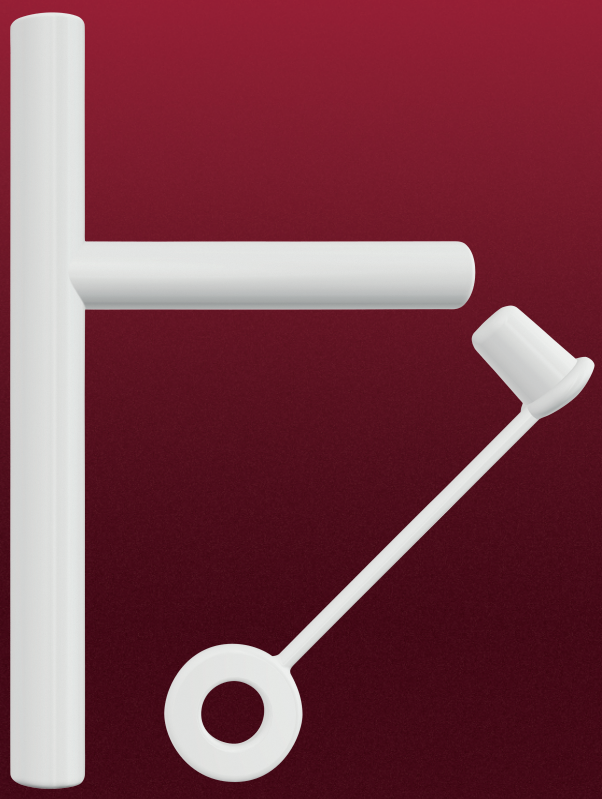
- Indicaciones
- Técnicas de Implante
- Remoción y cuidados

Tubos en T



STENING®

AIRWAY SILICONE DEVICES

ANIMUS BEYFORD
TRADING

STENING®

Animus Beyford Trading SL
Av. Alfredo Palma 24
29603 - Malaga - Spain

CSQ
MED
ISO 13485

https://stening.es/productos/laringologia-traqueostomia/tubos-en-t/

Tubo Traqueal en T

Código: TM

El Tubo Traqueal en "T" permite mantener un adecuado calibre en la vía aérea. Puede actuar como soporte de la pared traqueal en el tratamiento de la estenosis.

La rama externa de los tubos traqueales en "T" evita el desplazamiento y permite la aspiración de secreciones bronquiales.

Indicaciones:

- Estenosis traqueal
- Estenosis subglótica
- Estenosis laringotraqueal
- Luego de resección traqueal y anastomosis término-terminal
- Reconstrucción traqueal
- Traumatismo de tráquea o laringe
- Sustitución de cánula traqueal convencional

Modo de uso:

Inserción:

El procedimiento se efectúa, por lo común, en el mismo quirófano y durante la anestesia general que se dispuso para la reparación traqueal, pero también puede ser efectuado bajo anestesia local. Se requerirán dos pinzas curvas y sistema de aspiración. La rama inferior del tubo "T" debe ser plegada en su extremo (fig.1), para facilitar su introducción a través del estoma traqueal.

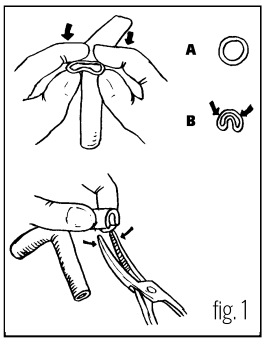


fig. 1

La pinza curva mantendrá el tubo en posición plegada (fig. 2). Luego se introducirá el conjunto en la tráquea a través del orificio de traqueostomía (fig. 3).

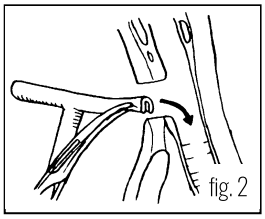


fig. 2

La segunda pinza asegurará el tubo en "T" por su rama externa, evitando así un desplazamiento indeseado (fig. 4). Movilizar el tubo en "T" hasta que la rama superior de éste ingrese a la tráquea y se aloje en su interior, ocupando la porción traqueal contigua a las cuerdas vocales (fig. 5). Finalmente, debe aplicarse el anillo con la tapa en la rama externa del tubo en "T". Para ello, se puede enhebrar el anillo en la pinza, asir con ésta la rama externa del tubo en "T" y deslizar el anillo hasta que se halle próximo a la piel del cuello, interponiendo una gasa entre la piel y el anillo. Ocluya la rama externa con la tapa provista.

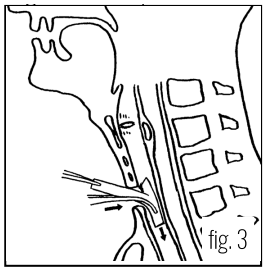


fig. 3

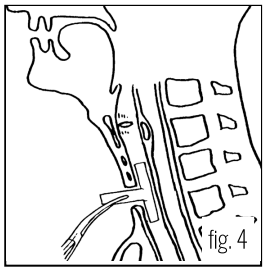


fig. 4

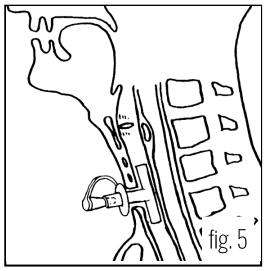


fig. 5

Método de la cinta:

Un recurso muy ingenioso y útil consiste en utilizar una cinta de unos 80 cm de longitud, que puede improvisarse con una venda angosta. Debe introducirse por el extremo de la rama externa del tubo "T", y guiarla en su interior de modo que salga por la rama traqueal superior del tubo. Luego se debe tomar este extremo de la venda y con la ayuda de una pinza, introducirla a través del traqueostoma hasta que alcance el interior de la tráquea.

Una segunda pinza larga se introduce dentro del broncoscopio hasta alcanzar y tomar el extremo de la cinta que se había abandonado en el interior de la tráquea y, traccionando de ella, la cinta recorrerá entonces el interior del broncoscopio o traqueoscopio hasta aparecer por su extremo proximal. Así tenemos ahora una cinta delgada que entra por la rama externa del tubo en "T" y sale por nuestro broncoscopio.

Como siempre sucede, la rama inferior del tubo en "T" siempre se aloja con facilidad en la tráquea distal, pero la rama superior puede quedar plegada, o hallar dificultad en ascender por la tráquea en dirección a la glotis. Al tensar ahora la cinta que hemos colocado, tomándola por sus extremos, las ramas del tubo en "T" se alinearán fácilmente siguiendo sin alternativa la dirección que la cinta ocupa, acomodando el tubo en forma segura. Adicionalmente, el método de la cinta impide cualquier desplazamiento accidental del tubo en "T" durante la maniobra de implante.

Remoción:

El tubo traqueal en "T" puede extraerse fácilmente tomándolo por su rama externa y traccionando. Esta tracción provoca el pliegue de sus ramas internas que se reunirán, abandonando así la tráquea por el estoma, siguiendo la dirección de la fuerza que lo jala desde el exterior.

La remoción puede efectuarse por haberse completado el tiempo de tratamiento o bien para efectuar un recambio del tubo en "T". La extracción más delicada puede también llevarse a cabo utilizando un laringoscopio recto o un traqueoscopio que, introducido en la vía aérea, permite visualizar el extremo del tubo en "T". Tomar el tubo en "T" a través del traqueoscopio, mientras un ayudante secciona con una tijera la rama externa del tubo en el punto más cercano a la tráquea. A continuación, se extraerá el tubo en "T" con la pinza a través del canal del traqueoscopio.

Otras formas de inserción y remoción son posibles dependiendo de la experiencia y preferencias del operador.

Anestesia a través del tubo en T:

La anestesia a través del Tubo Traqueal en "T" es posible. Debe ocluirse la rama superior para evitar la pérdida de gases anestésicos. Ello puede lograrse inflando el balón de un catéter que, introducido por vía nasal, debe cruzar las cuerdas vocales y alojarse dentro de la rama superior del Stening® "T". Dado que el Tubo traqueal en "T" carece de balón inflable la ventilación a presión positiva puede causar una variable pérdida del volumen aéreo administrado, y dependerá del mayor o menor espacio existente entre la pared del tubo y la tráquea.

Cuidados Posoperatorios:

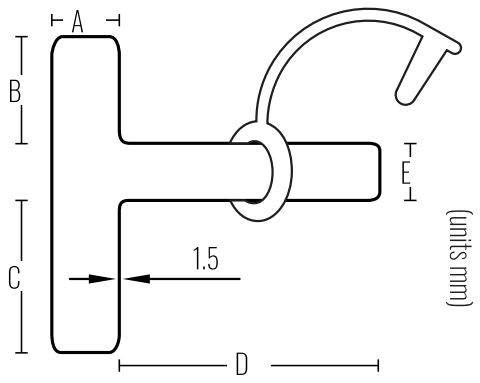
- Efectuar lavados y aspiración con frecuencia.
- Ambas ramas internas deben ser succionadas. Se puede utilizar un catéter delgado conectado al sistema de aspiración. Para guiar el catéter en la dirección superior o inferior dentro del tubo Stening® T, la rama externa puede inclinarse en la dirección opuesta a la que se va a succionar.
- La aspiración también se puede hacer con la ayuda de un broncoscopio flexible.
- Una vez finalizada la aspiración, la rama externa debe estar permanentemente cerrada.
- Mantener la rama externa ocluida para permitir la inhalación de aire húmedo y tibio por la vía aérea superior y reducir el volumen de secreciones.
- Higienizar la piel alrededor del tubo varias veces al día.
- Las instrucciones pueden variar en cada caso y deben ser proporcionadas y ajustadas por el médico tratante al paciente y a su familia.

Advertencias:

Mantenga la rama externa ocluida en forma permanente, con la tapa provista. Ante la aparición de estridor, respiración dificultosa o cualquier otra anomalía, retire la tapa externa y consulte al especialista de inmediato.

Características:

- Silicona de grado médico
- Bordes biselados para evitar granulomas
- Removible
- Superficie de máxima suavidad para evitar adherencia de secreciones
- Transparente o Radiopaco



Referencias		Medidas (mm)				
Translúcido	Radiopaco	Diámetro (A)	B	C	D	E
TM10	TMX10	10	20	29	50	11
TM11	TMX11	11	20	29	50	11
TM12	TMX12	12	23	32	60	11
TM13	TMX13	13	24	33	60	11
TM14	TMX14	14	26	35	70	11
TM15	TMX15	15	26	36	70	11
TM16	TMX16	16	27	37	70	11
TM18	TMX18	18	27	37	70	11

Stening® provee con cada dispositivo las instrucciones de uso detalladas, incluyendo las técnicas de inserción y remoción, las precauciones y los cuidados posoperatorios.

Para dispositivos especiales hechos a medida consúltenos.

Los dispositivos radiopacos pueden ser de color blanco o amarillo pálido.

Por las características del proceso productivo las medidas de los dispositivos están sujetas a una variación de +/- 2%.

Advertencia: los dispositivos no deben ser reutilizados porque esto podría causar contaminación cruzada.

Tubo Traqueal en T Largo

Código: TML

El Tubo Traqueal en "T" permite mantener un adecuado calibre en la vía aérea. Puede actuar como soporte de la pared traqueal en el tratamiento de la estenosis.

La rama externa de los tubos traqueales en "T" evita el desplazamiento y permite la aspiración de secreciones bronquiales.

Indicaciones:

- Estenosis traqueal, estenosis subglótica, estenosis laringotraqueal
- Luego de resección traqueal y anastomosis término-terminal
- Reconstrucción traqueal
- Traumatismo de tráquea o laringe
- Sustitución de cánula traqueal convencional
- Lesiones traqueales alejadas, precarinales

Modo de uso:

Inserción:

El procedimiento se efectúa, por lo común, en el mismo quirófano y durante la anestesia general que se dispuso para la reparación traqueal, pero también puede ser efectuado bajo anestesia local. Se requerirán dos pinzas curvas y sistema de aspiración. La rama inferior del tubo "T" debe ser plegada en su extremo (fig.1), para facilitar su introducción a través del estoma traqueal.

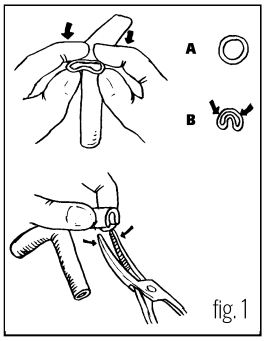


fig. 1

La pinza curva mantendrá el tubo en posición plegada (fig. 2). Luego se introducirá el conjunto en la tráquea a través del orificio de traqueostomía (fig. 3).

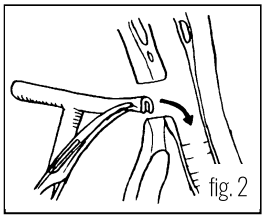


fig. 2

La segunda pinza asegurará el tubo en "T" por su rama externa, evitando así un desplazamiento indeseado (fig. 4). Movilizar el tubo en "T" hasta que la rama superior de éste ingrese a la tráquea y se aloje en su interior, ocupando la porción traqueal contigua a las cuerdas vocales (fig. 5). Finalmente, debe aplicarse el anillo con la tapa en la rama externa del tubo en "T". Para ello, se puede enhebrar el anillo en la pinza, asir con ésta la rama externa del tubo en "T" y deslizar el anillo hasta que se halle próximo a la piel del cuello, interponiendo una gasa entre la piel y el anillo. Ocluya la rama externa con la tapa provista.

Método de la cinta:

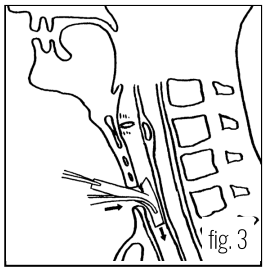


fig. 3

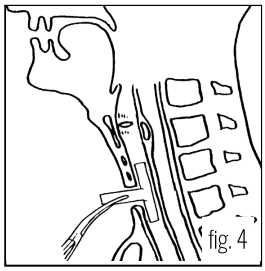


fig. 4

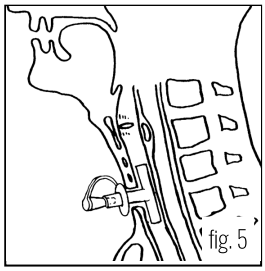


fig. 5

Un recurso muy ingenioso y útil consiste en utilizar una cinta de unos 80 cm de longitud, que puede improvisarse con una venda angosta. Debe introducirse por el extremo de la rama externa del tubo "T", y guiarla en su interior de modo que salga por la rama traqueal superior del tubo. Luego se debe tomar este extremo de la venda y con la ayuda de una pinza, introducirla a través del traqueostoma hasta que alcance el interior de la tráquea.

Una segunda pinza larga se introduce dentro del broncoscopio hasta alcanzar y tomar el extremo de la cinta que se había abandonado en el interior de la tráquea y, traccionando de ella, la cinta recorrerá entonces el interior del broncoscopio o traqueoscopio hasta aparecer por su extremo proximal. Así tenemos ahora una cinta delgada que entra por la rama externa del tubo en "T" y sale por nuestro broncoscopio.

Como siempre sucede, la rama inferior del tubo en "T" siempre se aloja con facilidad en la tráquea distal, pero la rama superior puede quedar plegada, o hallar dificultad en ascender por la tráquea en dirección a la glotis. Al tensar ahora la cinta que hemos colocado, tomándola por sus extremos, las ramas del tubo en "T" se alinearán fácilmente siguiendo sin alternativa la dirección que la cinta ocupa, acomodando el tubo en forma segura. Adicionalmente, el método de la cinta impide cualquier desplazamiento accidental del tubo en "T" durante la maniobra de implante.

Remoción:

El tubo traqueal en "T" puede extraerse fácilmente tomándolo por su rama externa y traccionando. Esta tracción provoca el pliegue de sus ramas internas que se reunirán, abandonando así la tráquea por el estoma, siguiendo la dirección de la fuerza que lo jala desde el exterior.

La remoción puede efectuarse por haberse completado el tiempo de tratamiento o bien para efectuar un recambio del tubo en "T". La extracción más delicada puede también llevarse a cabo utilizando un laringoscopio recto o un traqueoscopio que, introducido en la vía aérea, permite visualizar el extremo del tubo en "T". Tomar el tubo en "T" a través del traqueoscopio, mientras un ayudante secciona con una tijera la rama externa del tubo en el punto más cercano a la tráquea. A continuación, se extraerá el tubo en "T" con la pinza a través del canal del traqueoscopio.

Otras formas de inserción y remoción son posibles dependiendo de la experiencia y preferencias del operador.

Anestesia a través del tubo en T:

La anestesia a través del Tubo Traqueal en "T" es posible. Debe ocluirse la rama superior para evitar la pérdida de gases anestésicos. Ello puede lograrse inflando el balón de un catéter que, introducido por vía nasal, debe cruzar las cuerdas vocales y alojarse dentro de la rama superior del Stening® "T". Dado que el Tubo traqueal en "T" carece de balón inflable la ventilación a presión positiva puede causar una variable pérdida del volumen aéreo administrado, y dependerá del mayor o menor espacio existente entre la pared del tubo y la tráquea.

Cuidados Posoperatorios:

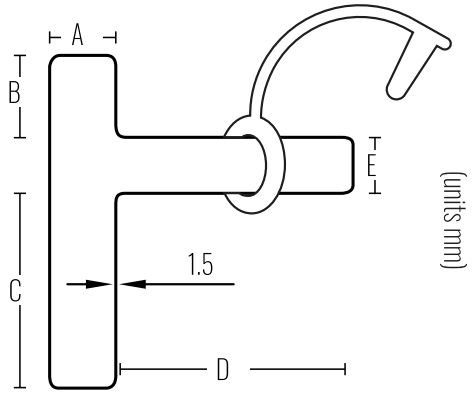
- Efectuar lavados y aspiración con frecuencia.
- Ambas ramas internas deben ser succionadas. Se puede utilizar un catéter delgado conectado al sistema de aspiración. Para guiar el catéter en la dirección superior o inferior dentro del tubo Stening® T, la rama externa puede inclinarse en la dirección opuesta a la que se va a succionar.
- La aspiración también se puede hacer con la ayuda de un broncoscopio flexible.
- Una vez finalizada la aspiración, la rama externa debe estar permanentemente cerrada.
- Mantener la rama externa ocluida para permitir la inhalación de aire húmedo y tibio por la vía aérea superior y reducir el volumen de secreciones.
- Higienizar la piel alrededor del tubo varias veces al día.
- Las instrucciones pueden variar en cada caso y deben ser proporcionadas y ajustadas por el médico tratante al paciente y a su familia.

Advertencias:

Mantenga la rama externa ocluida en forma permanente, con la tapa provista. Ante la aparición de estridor, respiración dificultosa o cualquier otra anomalía, retire la tapa externa y consulte al especialista de inmediato.

Características:

- Silicona de grado médico
- Bordes biselados para evitar granulomas
- Removible
- Superficie de máxima suavidad para evitar adherencia de secreciones
- Transparente o Radiopaco



Referencias		Medidas (mm)				
Translúcido	Radiopaco	Diámetro (A)	B	C	D	E
TML10	TMLX10	10	35	75	50	11
TML11	TMLX11	11	35	75	50	11
TML12	TMLX12	12	35	75	60	11
TML13	TMLX13	13	35	75	60	11
TML14	TMLX14	14	35	75	70	11
TML15	TMLX15	15	35	75	70	11
TML16	TMLX16	16	35	75	70	11
TML18	TMLX18	18	35	75	70	11

Stening® provee con cada dispositivo las instrucciones de uso detalladas, incluyendo las técnicas de inserción y remoción, las precauciones y los cuidados posoperatorios.

Para dispositivos especiales hechos a medida consúltenos.

Los dispositivos radiopacos pueden ser de color blanco o amarillo pálido.

Por las características del proceso productivo las medidas de los dispositivos están sujetas a una variación de +/- 2%.

Advertencia: los dispositivos no deben ser reutilizados porque esto podría causar contaminación cruzada.

Tubo Traqueal en "T" Extralargo

Código: TML2

Este tubo en T posee una rama cefálica más delgada que facilita su ubicación en la tráquea proximal, en la subglotis y si se lo prefiere, transcordal.

La rama externa de los tubos traqueales en "T" evita el desplazamiento y permite la aspiración de secreciones bronquiales.

Indicaciones:

- Estenosis traqueal, estenosis subglótica, estenosis laringotraqueal
- Luego de resección traqueal y anastomosis término-terminal
- Reconstrucción traqueal
- Traumatismo de tráquea o laringe
- Sustitución de cánula traqueal convencional
- Lesiones traqueales alejadas, precarinales

Modo de uso:

Inserción:

El procedimiento se efectúa, por lo común, en el mismo quirófano y durante la anestesia general que se dispuso para la reparación traqueal, pero también puede ser efectuado bajo anestesia local. Se requerirán dos pinzas curvas y sistema de aspiración. La rama inferior del tubo "T" debe ser plegada en su extremo (fig.1), para facilitar su introducción a través del estoma traqueal.

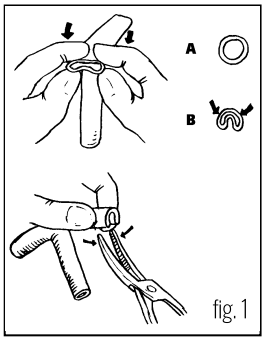


fig. 1

La pinza curva mantendrá el tubo en posición plegada (fig. 2). Luego se introducirá el conjunto en la tráquea a través del orificio de traqueostomía (fig. 3).

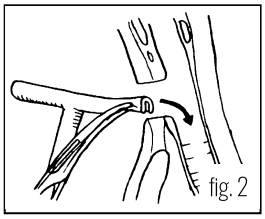


fig. 2

La segunda pinza asegurará el tubo en "T" por su rama externa, evitando así un desplazamiento indeseado (fig. 4). Movilizar el tubo en "T" hasta que la rama superior de éste ingrese a la tráquea y se aloje en su interior, ocupando la porción traqueal contigua a las cuerdas vocales (fig. 5). Finalmente, debe aplicarse el anillo con la tapa en la rama externa del tubo en "T". Para ello, se puede enhebrar el anillo en la pinza, asir con ésta la rama externa del tubo en "T" y deslizar el anillo hasta que se halle próximo a la piel del cuello, interponiendo una gasa entre la piel y el anillo. Ocluya la rama externa con la tapa provista.

Método de la cinta:

Un recurso muy ingenioso y útil consiste en utilizar una cinta de unos 80 cm de longitud, que puede improvisarse con una venda angosta. Debe introducirse por el extremo de la rama externa del tubo "T", y guiarla en su interior de modo que salga por la rama traqueal superior del tubo. Luego se debe tomar este extremo de la venda y con la ayuda de una pinza, introducirla a través del traqueostoma hasta que alcance el interior de la tráquea.

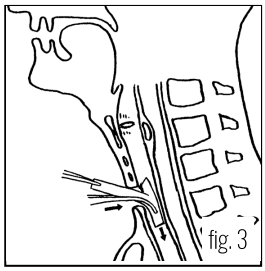


fig. 3

Una segunda pinza larga se introduce dentro del broncoscopio hasta alcanzar y tomar el extremo de la cinta que se había abandonado en el interior de la tráquea y, traccionando de ella, la cinta recorrerá entonces el interior del broncoscopio o traqueoscopio hasta aparecer por su extremo proximal. Así tenemos ahora una cinta delgada que entra por la rama externa del tubo en "T" y sale por nuestro broncoscopio.

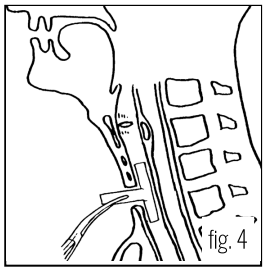


fig. 4

Como siempre sucede, la rama inferior del tubo en "T" siempre se aloja con facilidad en la tráquea distal, pero la rama superior puede quedar plegada, o hallar dificultad en ascender por la tráquea en dirección a la glotis. Al tensar ahora la cinta que hemos colocado, tomándola por sus extremos, las ramas del tubo en "T" se alinearán fácilmente siguiendo sin alternativa la dirección que la cinta ocupa, acomodando el tubo en forma segura. Adicionalmente, el método de la cinta impide cualquier desplazamiento accidental del tubo en "T" durante la maniobra de implante.

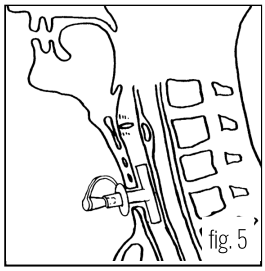


fig. 5

Remoción:

El tubo traqueal en "T" puede extraerse fácilmente tomándolo por su rama externa y traccionando. Esta tracción provoca el pliegue de sus ramas internas que se reunirán, abandonando así la tráquea por el estoma, siguiendo la dirección de la fuerza que lo jala desde el exterior.

La remoción puede efectuarse por haberse completado el tiempo de tratamiento o bien para efectuar un recambio del tubo en "T". La extracción más delicada puede también llevarse a cabo utilizando un laringoscopio recto o un traqueoscopio que, introducido en la vía aérea, permite visualizar el extremo del tubo en "T". Tomar el tubo en "T" a través del traqueoscopio, mientras un ayudante secciona con una tijera la rama externa del tubo en el punto más cercano a la tráquea. A continuación, se extraerá el tubo en "T" con la pinza a través del canal del traqueoscopio.

Otras formas de inserción y remoción son posibles dependiendo de la experiencia y preferencias del operador.

Anestesia a través del tubo en T:

La anestesia a través del Tubo Traqueal en "T" es posible. Debe ocluirse la rama superior para evitar la pérdida de gases anestésicos. Ello puede lograrse inflando el balón de un catéter que, introducido por vía nasal, debe cruzar las cuerdas vocales y alojarse dentro de la rama superior del Stening® "T". Dado que el Tubo traqueal en "T" carece de balón inflable la ventilación a presión positiva puede causar una variable pérdida del volumen aéreo administrado, y dependerá del mayor o menor espacio existente entre la pared del tubo y la tráquea.

Cuidados Posoperatorios:

- Efectuar lavados y aspiración con frecuencia.
- Ambas ramas internas deben ser succionadas. Se puede utilizar un catéter delgado conectado al sistema de aspiración. Para guiar el catéter en la dirección superior o inferior dentro del tubo Stening® T, la rama externa puede inclinarse en la dirección opuesta a la que se va a succionar.
- La aspiración también se puede hacer con la ayuda de un broncoscopio flexible.
- Una vez finalizada la aspiración, la rama externa debe estar permanentemente cerrada.
- Mantener la rama externa ocluida para permitir la inhalación de aire húmedo y tibio por la vía aérea superior y reducir el volumen de secreciones.
- Higienizar la piel alrededor del tubo varias veces al día.
- Las instrucciones pueden variar en cada caso y deben ser proporcionadas y ajustadas por el médico tratante al paciente y a su familia.

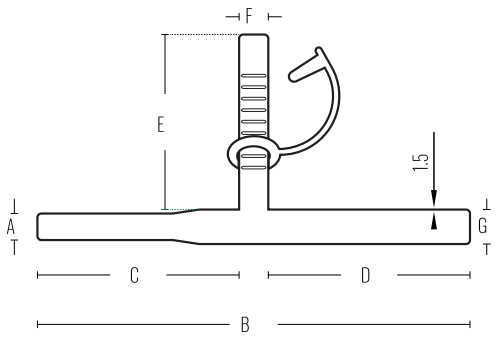
Advertencias:

Mantenga la rama externa ocluida en forma permanente, con la tapa provista. Ante la aparición de estridor, respiración dificultosa o cualquier otra anomalía, retire la tapa externa y consulte al especialista de inmediato.

Al introducir el dispositivo recuerde que debe orientar la rama más ancha en sentido caudal.

Características:

- Silicona de grado médico
- Bordes biselados para evitar granulomas
- Removible
- Superficie de máxima suavidad para evitar adherencia de secreciones
- Transparente o Radiopaco



(units mm)

Referencias		Medidas (mm)						
Translúcido	Radiopaco	Diámetro (A)	Largo (B)	Largo (C)	Largo (D)	Largo (E)	Diámetro (F)	Diámetro (G)
TML213	TML2X13	10	163	76	76	66	11	13

Stening® provee con cada dispositivo las instrucciones de uso detalladas, incluyendo las técnicas de inserción y remoción, las precauciones y los cuidados posoperatorios.

Para dispositivos especiales hechos a medida consúltenos.

Los dispositivos radiopacos pueden ser de color blanco o amarillo pálido.

Por las características del proceso productivo las medidas de los dispositivos están sujetas a una variación de +/- 2%.

Advertencia: los dispositivos no deben ser reutilizados porque esto podría causar contaminación cruzada.

Tubo Traqueal en T Pediátrico Angular

Código: TMPA

El Tubo Traqueal en "T" permite mantener un adecuado calibre en la vía aérea. Puede actuar como soporte de la pared traqueal en el tratamiento de la estenosis.

La rama externa de los tubos traqueales en "T" evita el desplazamiento y permite la aspiración de secreciones bronquiales.

TMPA tiene la rama externa con un ángulo de 70°.

Indicaciones:

- Estenosis traqueal
- Estenosis subglótica
- Estenosis laringotraqueal
- Luego de resección traqueal y anastomosis término-terminal
- Reconstrucción traqueal
- Traumatismo de tráquea o laringe
- Sustitución de cánula traqueal convencional

Modo de uso:

Inserción:

El procedimiento se efectúa, por lo común, en el mismo quirófano y durante la anestesia general que se dispuso para la reparación traqueal, pero también puede ser efectuado bajo anestesia local. Se requerirán dos pinzas curvas y sistema de aspiración. La rama inferior del tubo "T" debe ser plegada en su extremo (fig.1), para facilitar su introducción a través del estoma traqueal.

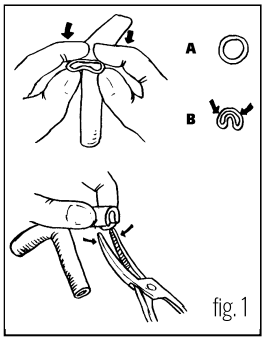


fig. 1

La pinza curva mantendrá el tubo en posición plegada (fig. 2). Luego se introducirá el conjunto en la tráquea a través del orificio de traqueostomía (fig. 3).

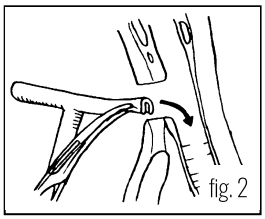


fig. 2

La segunda pinza asegurará el tubo en "T" por su rama externa, evitando así un desplazamiento indeseado (fig. 4). Movilizar el tubo en "T" hasta que la rama superior de éste ingrese a la tráquea y se aloje en su interior, ocupando la porción traqueal contigua a las cuerdas vocales (fig. 5). Finalmente, debe aplicarse el anillo con la tapa en la rama externa del tubo en "T". Para ello, se puede enhebrar el anillo en la pinza, asir con ésta la rama externa del tubo en "T" y deslizar el anillo hasta que se halle próximo a la piel del cuello, interponiendo una gasa entre la piel y el anillo. Ocluya la rama externa con la tapa provista.

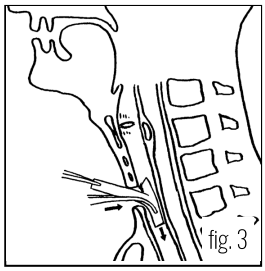


fig. 3

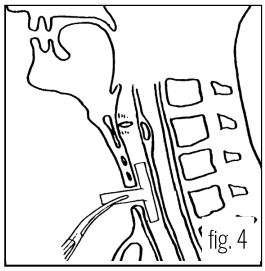


fig. 4

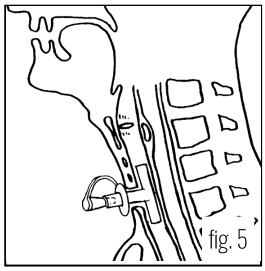


fig. 5

Método de la cinta:

Un recurso muy ingenioso y útil consiste en utilizar una cinta de unos 80 cm de longitud, que puede improvisarse con una venda angosta. Debe introducirse por el extremo de la rama externa del tubo "T", y guiarla en su interior de modo que salga por la rama traqueal superior del tubo. Luego se debe tomar este extremo de la venda y con la ayuda de una pinza, introducirla a través del traqueostoma hasta que alcance el interior de la tráquea.

Una segunda pinza larga se introduce dentro del broncoscopio hasta alcanzar y tomar el extremo de la cinta que se había abandonado en el interior de la tráquea y, traccionando de ella, la cinta recorrerá entonces el interior del broncoscopio o traqueoscopio hasta aparecer por su extremo proximal. Así tenemos ahora una cinta delgada que entra por la rama externa del tubo en "T" y sale por nuestro broncoscopio.

Como siempre sucede, la rama inferior del tubo en "T" siempre se aloja con facilidad en la tráquea distal, pero la rama superior puede quedar plegada, o hallar dificultad en ascender por la tráquea en dirección a la glotis. Al tensar ahora la cinta que hemos colocado, tomándola por sus extremos, las ramas del tubo en "T" se alinearán fácilmente siguiendo sin alternativa la dirección que la cinta ocupa, acomodando el tubo en forma segura. Adicionalmente, el método de la cinta impide cualquier desplazamiento accidental del tubo en "T" durante la maniobra de implante.

Remoción:

El tubo traqueal en "T" puede extraerse fácilmente tomándolo por su rama externa y traccionando. Esta tracción provoca el pliegue de sus ramas internas que se reunirán, abandonando así la tráquea por el estoma, siguiendo la dirección de la fuerza que lo jala desde el exterior.

La remoción puede efectuarse por haberse completado el tiempo de tratamiento o bien para efectuar un recambio del tubo en "T". La extracción más delicada puede también llevarse a cabo utilizando un laringoscopio recto o un traqueoscopio que, introducido en la vía aérea, permite visualizar el extremo del tubo en "T". Tomar el tubo en "T" a través del traqueoscopio, mientras un ayudante secciona con una tijera la rama externa del tubo en el punto más cercano a la tráquea. A continuación, se extraerá el tubo en "T" con la pinza a través del canal del traqueoscopio.

Otras formas de inserción y remoción son posibles dependiendo de la experiencia y preferencias del operador.

Anestesia a través del tubo en T:

La anestesia a través del Tubo Traqueal en "T" es posible. Debe ocluirse la rama superior para evitar la pérdida de gases anestésicos. Ello puede lograrse inflando el balón de un catéter que, introducido por vía nasal, debe cruzar las cuerdas vocales y alojarse dentro de la rama superior del Stening® "T". Dado que el Tubo traqueal en "T" carece de balón inflable la ventilación a presión positiva puede causar una variable pérdida del volumen aéreo administrado, y dependerá del mayor o menor espacio existente entre la pared del tubo y la tráquea.

Cuidados Posoperatorios:

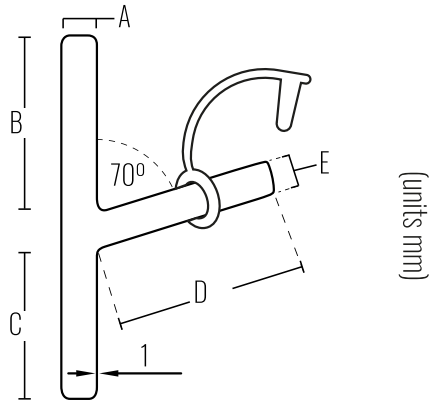
- Efectuar lavados y aspiración con frecuencia.
- Ambas ramas internas deben ser succionadas. Se puede utilizar un catéter delgado conectado al sistema de aspiración. Para guiar el catéter en la dirección superior o inferior dentro del tubo Stening® T, la rama externa puede inclinarse en la dirección opuesta a la que se va a succionar.
- La aspiración también se puede hacer con la ayuda de un broncoscopio flexible.
- Una vez finalizada la aspiración, la rama externa debe estar permanentemente cerrada.
- Mantener la rama externa ocluida para permitir la inhalación de aire húmedo y tibio por la vía aérea superior y reducir el volumen de secreciones.
- Higienizar la piel alrededor del tubo varias veces al día.
- Las instrucciones pueden variar en cada caso y deben ser proporcionadas y ajustadas por el médico tratante al paciente y a su familia.

Advertencias:

Mantenga la rama externa ocluida en forma permanente, con la tapa provista. Ante la aparición de estridor, respiración dificultosa o cualquier otra anomalía, retire la tapa externa y consulte al especialista de inmediato.

Características:

- Silicona de grado médico
- Bordes biselados para evitar granulomas
- Removible
- Superficie de máxima suavidad para evitar adherencia de secreciones
- Transparente o Radiopaco



Referencias		Medidas (mm)				
Translúcido	Radiopaco	Diámetro (A)	B	C	D	E
TMPA6	TMPAX6	6	56	40	40	6
TMPA7	TMPAX7	7	56	40	40	6
TMPA8	TMPAX8	8	56	40	40	8
TMPA9	TMPAX9	9	56	62	40	8

Stening® provee con cada dispositivo las instrucciones de uso detalladas, incluyendo las técnicas de inserción y remoción, las precauciones y los cuidados posoperatorios.

Para dispositivos especiales hechos a medida consúltenos.

Los dispositivos radiopacos pueden ser de color blanco o amarillo pálido.

Por las características del proceso productivo las medidas de los dispositivos están sujetas a una variación de +/- 2%.

Advertencia: los dispositivos no deben ser reutilizados porque esto podría causar contaminación cruzada.

Tutor de Traqueostomía

Código: TU

El Tutor de Traqueostomía permite disponer de un acceso a la vía aérea secundario.

Reemplaza a la cánula traqueal convencional proporcionando confort, reducción de la producción de secreciones y facilitando la fonación.

Mantiene el orificio de traqueostomía permeable hasta que se decida su cierre definitivo.

El Tutor se fija en el estoma de la pared traqueal anterior y en los planos del cuello.

Su introducción dentro de la luz traqueal es mínima.

El anillo de la rama externa lo mantiene en la posición deseada.

Debe ocluirse su rama externa en forma permanente, a fin de que el ingreso de aire tibio y húmedo por la vía aérea superior sea posible.

Indicaciones:

- Luego de extraer una cánula o un tubo en "T", para evitar el cierre definitivo del ostoma
- Conservar el orificio de traqueostomía

Modo de Uso:

El tutor de estoma se introduce a través del orificio traqueal ya conformado.

Previamente se higienizará la piel circundante y se aplicará una solución antiséptica.

Dado que el tutor es de pequeño tamaño, el uso de un lubricante es opcional.

Se introduce el tutor por el estoma tomándolo entre los dedos pulgar e índice o con la ayuda de una pinza curva.

Ya en posición y tal como se procede luego de la colocación del modelo tubo en T, se aplicará el anillo que fija la tapa, separado de la piel por una gasa pequeña.

Para retirar el tutor, sólo es necesario traccionar de su rama externa.

Cuidados:

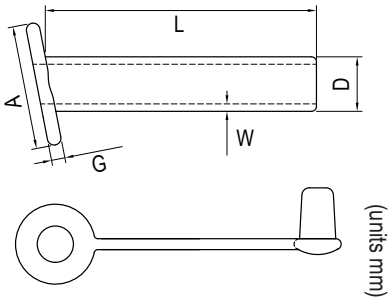
La porción del tutor que se aloja dentro de la tráquea consiste en dos pequeñas aletas que dificultan la extracción accidental.

Por lo tanto no existe dentro de la tráquea una parte del dispositivo como ocurre con una cánula convencional, de modo que la aspiración del interior del tutor es innecesaria.

Así mismo posee una tapa en su rama externa que hace posible la aspiración de secreciones traqueales en los casos en que por la abundancia de éstas, resulte útil.

Características:

- Silicona de grado médico
- Bordes biselados para evitar granulomas
- Removible
- Superficie de máxima suavidad para evitar adherencia de secreciones
- Transparente o Radiopaco



Referencias		Medidas (mm)				
Translúcido	Radiopaco	Diámetro (D)	Longitud (L)	Pared (W)	Ancho (A)	Grosor (G)
TU11	TUX11	11	55	1.5	25	2.75
TU8	TUX8	8	55	1	16	2.75

Stening® provee con cada dispositivo las instrucciones de uso detalladas, incluyendo las técnicas de inserción y remoción, las precauciones y los cuidados posoperatorios.

Para dispositivos especiales hechos a medida consúltenos.

Los dispositivos radiopacos pueden ser de color blanco o amarillo pálido.

Por las características del proceso productivo las medidas de los dispositivos están sujetas a una variación de +/- 2%.

Advertencia: los dispositivos no deben ser reutilizados porque esto podría causar contaminación cruzada.

Stent Laríngeo

Código: LK / LP / LM / LG

El Stent Laríngeo es una prótesis de silicona que copia los relieves de la endolaringe.

Este molde flexible es una alternativa para dar sustento al esqueleto laríngeo en situaciones de traumatismo del órgano o bien luego de la cirugía de reconstrucción. Presenta una superficie muy suave y bordes romos que reducen el traumatismo sobre la mucosa. Su flexibilidad favorece la tolerancia y la conformación maciza impide su colapso y deformación.

El Stent Laríngeo es radiopaco y se acompaña de cuatro discos de silicona para su fijación externa.

Indicaciones:

- Estenosis laríngeas
- Reconstrucción quirúrgica
- Laringectomías parciales
- Quemaduras severas

Modo de uso:

El implante de un stent laríngeo requiere de una traqueostomía previa, en virtud de que no será posible la respiración buconasal.

El procedimiento quirúrgico será el de elección del médico tratante, pero usualmente se practica en los casos de estenosis, una laringofisura anterior y posterior con injerto de cartílago costal para lograr una mayor estabilidad laríngea.

Una vez ubicado el stent en la posición adecuada, puede fijarse con dos puntos capitones de recorrido

[piel] – [planos subcutáneos] – [stent] – [partes blandas] – [piel]

y permanecerá así a modo de tutor durante el tiempo que el médico juzgue necesario para cada caso.

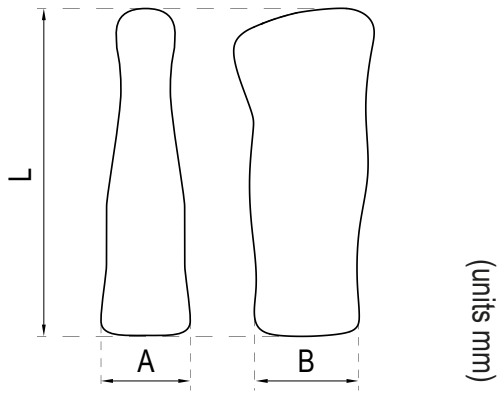
La extracción se realiza por la vía oral, removiéndolo con una pinza que lo tomará por su extremo superior.

Cuidados:

No requiere cuidados adicionales a los del posoperatorio de la cirugía laríngea.

Características:

- Silicona de grado médico
- Bordes biselados para evitar granulomas
- Removible
- Superficie de máxima suavidad para evitar adherencia de secreciones
- Radiopaco



Referencias		Medidas (mm)		
Translúcido	Radiopaco	Longitud	A	B
-	LK	20 to 33	6 to 9	7 to 10
-	LP	36.8	9.7	9.9
-	LM	39	10	11.3
-	LG	46	15	15.6

Stening® provee con cada dispositivo las instrucciones de uso detalladas, incluyendo las técnicas de inserción y remoción, las precauciones y los cuidados posoperatorios.

Para dispositivos especiales hechos a medida consúltenos.

Los dispositivos radiopacos pueden ser de color blanco o amarillo pálido.

Por las características del proceso productivo las medidas de los dispositivos están sujetas a una variación de +/- 2%.

Advertencia: los dispositivos no deben ser reutilizados porque esto podría causar contaminación cruzada.

Tubo Faríngeo

Código: TF

Elaborado con silicona flexible y resulta útil en una variedad de situaciones.

Su extremo apical se amplía progresivamente, de este modo el borde anterior mantiene contacto con la base de la lengua, mientras que el posterior descansa sobre la pared faríngea. Así colecciona la saliva en la orofaringe conduciéndola al esófago, previniendo la maceración de los tejidos y evitando la aspiración de la saliva hacia la vía aérea.

A través del Tubo Faríngeo puede introducirse una sonda nasoenteral para alimentación.

Indicaciones:

- Fístulas secundarias a laringectomía, radioterapia, afecciones neoplásicas e ingesta de cáusticos
- Fístula orocutáneas o faringeocutáneas, traumáticas
- Cirugía oncológica de cabeza y cuello
- Estenosis esofágica
- Carcinoma de esófago

Modo de Uso:

La introducción del Tubo Faríngeo debe realizarse bajo anestesia general. Puede cortarse a la longitud que se estime apropiada para el caso.

Se utilizará un laringoscopio para tener cómodo acceso a la laringe y adecuada visión.

Con la ayuda de un hipofaringoscopio y una pinza larga tome el tubo por su extremo distal para conducirlo hacia el esófago, hasta que la copa proximal se halle a nivel laríngeo.

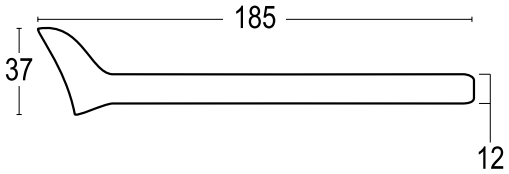
Puede ser necesaria la dilatación esofágica previa. Luego de su introducción puede fijarse con un punto percutáneo.

Cuidados:

Control médico periódico.

Características:

- Silicona de grado médico
- Bordes biselados para evitar granulomas
- Removible
- Superficie de máxima suavidad para evitar adherencia de secreciones
- Transparente o Radiopaco



(units in millimiters)

Referencias		Medidas (mm)		
Translúcido	Radiopaco	Ancho	Longitud	Diámetro
TF12	TFX12	37	185	12

Stening® provee con cada dispositivo las instrucciones de uso detalladas, incluyendo las técnicas de inserción y remoción, las precauciones y los cuidados posoperatorios.

Para dispositivos especiales hechos a medida consúltenos.

Los dispositivos radiopacos pueden ser de color blanco o amarillo pálido.

Por las características del proceso productivo las medidas de los dispositivos están sujetas a una variación de +/- 2%.

Advertencia: los dispositivos no deben ser reutilizados porque esto podría causar contaminación cruzada.

STENING®
MADE IN
EUROPE