

PROCOLO

MANEJO DE PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIA

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO

MAICAO, LA GUAJIRA



TABLA DE CONTENIDO

I. DEFINICION	3
II. OBJETIVO	3
III. INDICACIONES	3
IV. PRECAUCIONES GENERALES.....	4
V. EQUIPO.....	5
VI. PROCEDIMIENTO.. ..	5
VII. COMPLICACIONES	6
BIBLIOGRAFIA	
ELABORACION Y CONTROL DE CAMBIOS	



I. DEFINICION

Es el cuidado que se presta al paciente cuando se le ha practicado una traqueotomía. Incluye el manejo de la herida, la cánula y la aspiración de secreciones.

Traqueotomía en una intervención quirúrgica para abrir una hendidura horizontal en la región anterior del cuello, e introducir una cánula sencilla o de doble conducto para facilitar el paso del aire.

II. OBJETIVO

- Mantener libres de secreciones las vías respiratorias para facilitar el adecuado intercambio de gases.
- Aspirar secreciones internas traqueales.
- Facilitar la respiración artificial cuando el paciente no puede cumplir por sí mismo la función respiratoria.
- Ofrecer ventilación mecánica prolongada o cuidado de las vías aéreas a largo plazo.

III. INDICACIONES

- Pacientes con obstrucción de las vías aéreas por encima de la faringe, es decir pacientes con cáncer de laringe, cuerpos extraños, traumas de maxilar superior o de la lengua, edema angioneurótico.

Tipos de cánulas

Las sondas de traqueostomía pueden ser de plástico o de metal. La selección de la variedad depende de las condiciones del paciente y de la preferencia del médico. Es conveniente familiarizarse con las ventajas y desventajas de estas sondas de traqueostomía que se usan comúnmente.

Cánula sin manguito (plástico o de metal):

Ventajas:

- Permite el libre flujo de aire alrededor de la sonda y a través de la laringe.
- Reduce el riesgo de daño traqueal.
- Recomendada para niños ya que no requieren de manguito.
- Permiten la ventilación mecánica en el paciente con enfermedad neuromuscular.

Desventajas:

- En los adultos, la ausencia de manguito aumenta el riesgo de aspiración.
- Puede requerirse un adaptador para ventilación.

Plástico con manguito:

Ventajas:

- Desechable.
- Manguito unido al tubo; no puede desplazarse accidentalmente a la tráquea.



- La presión del manguito es baja y regularmente distribuida contra la pared traqueal; no necesita desinflarse periódicamente para reducir la presión.
- Reduce el riesgo de daño traqueal.

Desventajas:

- Puede ser más costosa que otras sondas.

Fenestrada:

Ventajas:

- Permite hablar a través de la vía respiratoria superior cuando la abertura externa está cerrada y el maguito desinflado.
- Permite la respiración por ventilación mecánica con la cánula interna colocada y el manguito inflado.
- La sonda interna se puede retirar fácilmente para limpiarse.

Desventajas:

- La fenestración se puede ocluir.
- La cánula interna se puede desprender

IV. PRECAUCIONES GENERALES

- Vigilar al paciente constantemente durante las 48 a 72 horas posteriores a la traqueotomía.
- Tener listo cerca del paciente: cánula de traqueotomía adicional y equipo de traqueotomía (retractores, dilatador de Trousseau y ganchos traqueales), timbre o campanilla, lápiz y papel, equipo para succión endotraqueal.
- Utilizar técnica aséptica.
- Humidificación del medio ambiente.
- Evitar traumatismos del árbol traqueo bronquial durante la aspiración de secreciones o al introducir la cánula interna.
- Hacer limpieza de la cánula interna con gasa, por lo menos cada 8 horas. No utilizar algodón.
- Lubricar la piel de los alrededores de la traqueotomía con gasa vaselinaza, si no utiliza oxígeno.
- Evitar golpear la cánula al manipularla.
- Atar firmemente las cintas de seguridad.
- Colocar la venoclisis en la mano que no utiliza para escribir.
- Procurar que el paciente no haga esfuerzos.
- Enseñar al paciente a sostener la cánula mientras tose para evitar que la expulse.
- Aspire al paciente con sondas y guantes estériles, tanto por la traqueotomía como por la boca.
- Aspire las secreciones a través de la cánula interna si ésta es metálica y desinfele el balón si es plástica.
- No coloque gastroclisis al paciente con el balón desinflado.
- Desinfele el balón cada hora para evitar necrosis de la tráquea.
- Observe la región que rodea al orificio de la traqueotomía en busca de edema o enrojecimiento que indiquen infección.
- Observe la cantidad, consistencia y color de las secreciones aspiradas y anótelas en la historia clínica del paciente.
- Vigile las secreciones del paciente durante la aspiración

- Tenga disponible el equipo de reanimación
- Valore la capacidad del paciente para expulsar las secreciones por medio de la tos y de cambiarlo p de posición cuando sea necesario.
- Vigile la permeabilidad de la cánula, aspirando secreciones frecuentemente, para evitar muerte por asfixia.
- Realice curación cada vez que sea necesario.
- Retire la cánula externa solamente por orden médica y si está entrenado para hacerlo.
- Coloque gasas secas o húmedas sobre la cánula según orden médica.
- El calibre de la sonda de aspiración debe ser de acuerdo al calibre de la cánula (14 o 16).

V. EQUIPO

Bandeja con:

- Guantes estériles
- Solución salina al 0.9% 2 frascos.
- Sondas para aspirar número 14 o 16.
- Aspirador de secreciones
- Oxígeno
- Gasas
- Aplicadores
- Riñonera
- Jeringa de 10 cc
- Cinta para fijar la cánula
- Tapabocas

VI. PROCEDIMIENTO

- Explique el procedimiento al paciente.
- Facilite lápiz y papel al paciente para que pueda comunicarse ya que no podrá hablar después de la traqueotomía.
- Coloque al paciente en posición de fowler para disminuir el edema y facilitar la respiración.
- Lávese las manos con agua y jabón antes y después del procedimiento.
- Colóquese los guantes estériles
- Haga asepsia en el sitio de incisión.
- Introduzca 2 – 3 cc de solución salina si las secreciones son muy espesas e hiperoxigenas con mascara de presión positiva o ambú conectado a una fuente de oxígeno por periodos no mayores de 15 minutos.
- aspire las secreciones. (ver guía de aspiración de secreciones).
- Posterior a la aspiración realice curación en el sitio de inserción de la cánula.
- Cambie la fijación de la cánula.
- Conecte la cánula al sistema de oxígeno que esté utilizando en paciente. (ver guía de oxigenoterapia).
- Deje al paciente cómodo.

- Realice segregación de desechos de acuerdo a la guía Institucional.
- Registre en la plantilla de evolución de enfermería el procedimiento realizado y los hallazgos.

Procedimiento para la curación:

- Lave la piel del paciente con solución salina normal y vigile cambios que presente.
- Antes de retirar la cánula interna para lavarla cerciórese que la cánula externa esté fija a la piel.
- Coloque la cánula interna en solución salina para aflojar las secreciones, utilice una gasa para retirar las secreciones adheridas y luego colóquela en solución desinfectante y por último en solución salina.
- Limpie la región circundante a la traqueotomía.
- Coloque una ruanita de gasa alrededor de la cánula para absorber las secreciones.
- Cambie la cinta anudándola en la parte posterior del cuello.
- Lave el frasco de secreciones aspiradas cada vez que lo utilice.
- Realice los registros en la historia clínica y describa el aspecto de las secreciones y la tolerancia del paciente al procedimiento.
- En caso de traqueotomía permanente enseñe al paciente y a familiares a realizar el procedimiento.

VII. COMPLICACIONES

- Signos de infección
- Sangrado
- Traumatismo traqueal
- Necrosis traqueal
- Neumotórax
- Edema
- Escape de aire

Signos de alarma

- Respiración rápida y superficial.
- Movimientos anormales de las fosas nasales (nariz).
- Tonalidad azul en boca y uñas.
- Poca respuesta al llamado.

BIBLIOGRAFIA

MANUAL DE ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA. BRUNNER, Edición 2016,
Editorial Interamericana





