

Cuidados del TCAE en el paciente traqueostomizado

Autores: Palmeiro Caballero, Maria del Pilar (Técnico en cuidados auxiliares de enfermería); Suárez Palmeiro, Sara (Técnico superior en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear).

Público: SANIDAD. **Materia:** Sanidad. **Idioma:** Español.

Título: Cuidados del TCAE en el paciente traqueostomizado.

Resumen

En el siguiente artículo procedemos a numerar los cuidados necesarios para un paciente al que se le ha practicado una traqueostomía. Explicaremos los pasos que tendremos que realizar dependiendo de las diferentes complicaciones surgidas a causa de ésta intervención. Haremos un recordatorio anatómico de la tráquea, y de sus funciones. Explicaremos el procedimiento antes y después de la operación y mencionaremos las posibles complicaciones a la hora de comenzar con la alimentación.

Palabras clave: traqueostomía, cuidados del paciente traqueostomizado, cuidados de enfermería, sanidad, traquea.

Title: Care of the TCAE in patients with tracheotomy.

Abstract

In the following article we proceed to number the necessary care for a patient who has undergone a tracheostomy. We will explain the steps that we will have to carry out depending on the different complications that have arisen because of this intervention. We will make an anatomical reminder of the trachea, and its functions. We will explain the procedure before and after the operation and we will mention the possible complications at the time of beginning with the feeding.

Keywords: tracheostomy, care the patient with tracheotomy, nursing, care health, trachea.

Recibido 2018-05-30; Aceptado 2018-06-06; Publicado 2018-06-25; Código PD: 096156

La tráquea es un conducto respiratorio de unos 12 cm de largo y unos 2,5 cm de diámetro. Anatómicamente es anterior al esófago y se extiende desde la laringe hasta la quinta vértebra torácica, donde se separa en los bronquios, bronquio izquierdo y derecho.¹

Anatómicamente es un conducto blando y elástico, se alarga con los movimientos inspiratorios y se acorta con los espiratorios.¹

La tráquea está formada por unos 15 anillos incompletos de cartílago hialino con forma de "C", la parte abierta del anillo se sitúa en posición posterior, frente al esófago, lo que le posibilita que la tráquea se expanda ligeramente con los movimientos que provoca la deglución. Los extremos abiertos de los anillos están unidos unos a otros por fibras transversales de músculo liso (músculo traqueal) y tejido conjuntivo elástico.^{1,2}

La función principal de la tráquea es funcionar como paso del aire entre la laringe y los pulmones. En el punto en el que la tráquea se divide en los bronquios derecho e izquierdo, se crea un borde interno llamado carina.^{1,2}

Definimos traqueostomía como: apertura y aislamiento de la vía aérea, la cual se realiza mediante un estoma. Su función es la de aislamiento y protección del árbol bronquial, también la mejora de la ventilación artificial y el hecho de realizar la aspiración de secreciones. La traqueostomía es temporal en caso de que se resuelva la causa que conlleva a su realización o puede ser permanente si el problema que la causó no se puede resolver.³

La función principal de la traqueostomía es: conservar su permeabilidad y mantener limpia la vía aérea, llevando a cabo los cuidados del estoma para prevenir complicaciones, y colaborar con el paciente en su adaptación con la traqueostomía.³

CUIDADOS EN EL PREOPERATORIO:

Avisaremos al paciente sobre los cambios que se produjeron debido a la cirugía: las funciones respiratorias, así como el habla y la tos y sobre los cambios en el aspecto físico.

Solemos planificar con el paciente algún medio de comunicación tras la cirugía, en casi todos los casos les proporcionaremos una pizarra para facilitar dicha comunicación. También hemos comprobado que el trato de los

pacientes postquirúrgicos con otros pacientes a los cuales se les vaya a dar el alta en los próximos días es muy beneficioso para ellos.

Deberemos hacer partícipe a la familia, en los casos que ellos quieran participar, del proceso al que será sometido su familiar, informándoles y explicándoles sobre el cuidado que necesitará y también del tipo de actividades que van a ser beneficiosas para su familiar.

CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO:

En primer lugar trataremos el cambio de cánula:

La cánula interna será cambiada tantas veces como sea requerido para mantener su permeabilidad. En la traqueostomía permanente el cambio de cánula se realizará cada 48 horas. En el caso de las traqueostomías temporales éstos cambios no serán posibles hasta que hayan transcurrido los primeros 7 días.

En caso del empleo de balón endotraqueal se tratará de un paciente con ventilación mecánica y riesgo de aspiración, mantendremos el balón inflado durante las primeras 24 horas tras la cirugía. Una vez que el paciente haya mejorado procederemos a desinflar el balón para evitar lesiones en la tráquea.

Cuidados del estoma reciente:

Utilizaremos materiales estériles y cánulas de traqueostomía. El estoma lo curaremos cada 24 horas de manera sistemática y las veces extras que sean necesarias para el mantenerla zona limpia y seca. Se recomienda que realicemos estos cuidados en presencia de otro compañero. Procederemos a la aplicación de un apósito absorbente entre el estoma y el otro apósito estéril, los puntos de sutura los retiraremos a partir del séptimo día y lo haremos coincidir con el cambio de cánula. Deberemos prestar atención a los signos de irritación que se podrán manifestar en los alrededores del estoma.

Procedimiento de cambio de cánula de traqueostomía:

Deberemos cambiar la cánula como mínimo en el séptimo día para cerciorarnos de que el tracto traqueo-cutáneo haya cicatrizado correctamente. Prestar atención al paciente, en caso de que sufra insuficiencia respiratoria deberemos preoxygenar antes del cambio de cánula.

Material que necesitaremos para el cambio de cánula:

Bata, mascarilla, guantes y gafas. Gasas estériles, suero salino, lubricante hidrosoluble, antiséptico. Apósito absorbente para traqueostomía y jeringa de 10 cc.

Dos cánulas de traqueostomía: una de un tamaño inferior a la que tiene colocada el paciente y otra del mismo número a la que tiene colocada el paciente, material de aspiración, sistema de sujeción de la cánula y resucitador manual

Material para oxigenoterapia:

Pinza trivalva o pinza Kocher estéril.

Preparación del paciente:

Identificaremos e informaremos al paciente y procederemos a colocarlo en posición casi sentado y sin almohada.

Técnica para el cambio de cánula:

Nos pondremos la bata, mascarilla y gafas y procederemos a lavarnos las manos, a continuación nos pondremos los guantes y crearemos un campo estéril.

Prepararemos la cánula nueva: o si la cánula es de neumotaponamiento, inflaremos el balón endotraqueal para verificar su estado y lo dejaremos desinflado para su inserción. Colocaremos al paciente con el cuello en hiperextensión y procederemos a cortar la cinta que sujeta la cánula que hay que cambiar.

Extraemos la cánula sucia con suavidad, limpiaremos la piel que rodea al estoma con una gasa empapada en suero fisiológico, desde los bordes del estoma hacia fuera y secarla.

Introduciremos la cánula conduciendo la punta sobre el estoma del enfermo y dirigirla hacia abajo con suavidad.

En las cánulas de neumotaponamiento inflaremos el balón con aire para conservar una presión de entre 20-30 mmHG, siempre que sea necesario, verificando que conserva el aire y no hay fuga por el estoma. Examinar la buena ventilación del paciente antes de fijar la cánula.

***Observaciones:**

Deberemos aumentar la vigilancia en aquellos pacientes que hayan sido intervenidos recientemente, siempre es aconsejable que el cambio de cánula se lleve a cabo por dos profesionales.

CUIDADOS POSTERIORES:

No se ha fijado en ningún artículo ni guía un tiempo exacto para el cambio de cánula. Deberemos tener en cuenta las indicaciones del fabricante de la cánula, el tipo de cánula utilizada y las características propias del paciente.

El cambio de la pieza interior se realizará cada vez que sea necesario según las secreciones del paciente y limpiaremos la cánula interna con solución salina.

En caso de infección procederemos a cambiar la cánula cada 24 horas y lo realizaremos siempre en condiciones asépticas, incluyendo por supuesto el uso de guantes y la higiene de manos.

Decanulación:

Deberemos retirarla con la mayor brevedad posible en los casos que la traqueostomía sea temporal para prevenir posibles secuelas y complicaciones:

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES:

Decanulación accidental:

Avisaremos al médico e intentaremos recolocar la cánula de manera inmediata.

Si el paciente no presenta dificultad respiratoria le proporcionaremos oxígeno por medio de una mascarilla facial, en caso que no hayamos podido reponer la cánula comenzaremos a ventilar a través de la vía aérea superior por medio del resucitador.

Esta ventilación se realizará taponando el estoma manualmente para impedir la salida del aire. Cuando el paciente no tiene comunicación entre las vías aéreas superior e inferior no es posible la ventilación con mascarilla a través de la vía aérea superior, por lo que la ventilación se llevará a cabo siempre, a través del orificio de la traqueostomía.

Obstrucción de la vía aérea por tapón mucoso:

Sacar la cánula interna en caso de que la tenga para comprobar la permeabilidad. Si la cánula interna está permeable el tapón es traqueal, por lo que es aconsejable administrar de 3 a 5 cc de suero con insuflaciones del respirador manual. Aspiraremos por el traqueostoma hasta que se establezca la permeabilidad de la vía aérea. En caso de que no se consiga extraer el tapón por el método de aspiración deberemos extraer la cánula para ayudar a la expulsión del tapón.⁴

Hemorragia:

Avisaremos al médico y procederemos a colocar la cánula con balón endotraqueal, lo mantendremos inflado y aspiraremos.

Broncoaspiración:

Se ha comprobado que la posibilidad de aspiración a partir de la tercera semana se hace mínima. Se puede prevenir siguiendo la siguiente pauta:

- Pacientes que inician la alimentación oral deberemos verificar que el neumotaponamiento está correctamente hinchado.
- Pacientes que inician la tolerancia en nutrición enteral comprobaremos cada cierto tiempo la colocación de la sonda y mediremos el residuo gástrico. Se comenzará la alimentación con alimentos blandos y separaremos las tomas de líquidos de la de los alimentos sólidos⁸.

Técnica de respiración para la ingesta de alimentos:

Lo primero que realizaremos será colocar el cabecero elevado unos 35°. Recomendaremos al paciente que realice una inspiración profunda seguida de apnea, tragará en apnea con la barbilla hacia el pecho. A continuación levantará la cabeza y espirará.

METODO

La búsqueda bibliográfica se realizó en diversas revistas y bases de datos con los siguientes descriptores: traqueotomía, cuidados en el paciente traqueostomizado, cuidados de enfermería, sanidad, atención especializada, tráquea, etc. Tras la búsqueda, elegiremos principalmente las guías del paciente traqueostomizado.^{1,2,3,4,5,6,7 y 8}

Tras la búsqueda vamos a describir un procedimiento común en los cuidados para los pacientes traqueostomizados.

RESULTADOS:

Hemos comprobado que llevando a cabo las técnicas anteriormente mencionadas y asegurándonos del cumplimiento de nuestras funciones asistenciales podemos asegurar el buen estado del paciente.

CONCLUSIÓN:

Hoy en día las técnicas utilizadas son: la traqueotomía quirúrgica y las diversas formas de traqueotomía percutánea. La mayoría de los pacientes necesitan de dos a tres días para adaptarse a respirar a través de la cánula.

Las traqueotomías suelen ser seguras, pero conllevan algunos riesgos. Lo más probable es que algunas complicaciones se presenten durante la cirugía o poco después. El riesgo de dichas complicaciones aumenta en gran medida cuando la traqueotomía se realiza como un procedimiento de emergencia^{4,5}. Algunas de las complicaciones inmediatas son⁴:

Sangrado.

Daño en la tráquea.

Aire atrapado en el tejido debajo de la piel del cuello que puede causar problemas de respiración y daño en la tráquea o el esófago.

Acumulación de aire entre la pared del tórax y los pulmones (neumotórax), que produce dolor, problemas de respiración o colapso pulmonar.

Se puede acumular sangre (hematoma) en el cuello y comprimir la tráquea, lo cual produce problemas de respiración.

Mala colocación o desplazamiento del tubo de traqueotomía^{5,6}.

Cuando está indicada, debe realizarse en forma temprana (de preferencia, antes del día 11 de la intubación orotraqueal) para evitar complicaciones por lesión traqueal derivadas de intubación orotraqueal prolongada.⁶

El procedimiento debe realizarse en quirófano, o al menos en una Unidad de Terapia Intensiva, para evitar problemas⁷.

Bibliografía

1. <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/traquea>¹
2. <https://www.lifeder.com/traquea-funciones-estructura>²
3. <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/traqueostomia>³
4. https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/74/documentos/74_traqueostomiaFinal1.pdf⁴
5. [https://www.news-medical.net/health/Tracheotomy-Complications-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/Tracheotomy-Complications-(Spanish).aspx)⁵
6. <http://www.hpc.org.ar/images/revista/623-r17n1p18.pdf>⁶
7. Gómez M, López C, Villalba MV, Muiño A. Reanimación cardiopulmonar. Soporte vital básico y avanzado⁷.
8. Actualización. Medicine [revista en Internet. 2015 [acceso el 21 de noviembre de 2016]; 11(87):5185-94⁸