

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

Por **Bertyla Suñé**

Enfermera Docente



TECNICAS

**DE
ENFERMERIA**

Concepto de traqueotomía

La traqueotomía es una intervención quirúrgica que consiste en practicar una abertura en la tráquea.

Concepto de traqueostomía

La traqueostomía consiste en canalizar la tráquea mediante un tubo o cánula.

Finalidad de la traqueostomía

Permite la entrada de aire en los pulmones cuando no es posible a través de las vías aéreas superiores.

Motivos que impulsan a la práctica de la traqueostomía

- La obstrucción de las vías aéreas
 - edema de glotis,
 - cuerpos extraños,
 - tumores,situaciones urgentes
- La ventilación artificial.
- Después de laringectomía.
- Ante enfermos en coma en los que ha desaparecido el reflejo tusígeno y presentan un acúmulo de secreciones.

La traqueostomía es una intervención quirúrgica y, por tanto, siempre que no se trate de un caso de extrema urgencia, debe realizarse en las máximas condiciones de asepsia y en el quirófano.

TIPO DE CÁNULAS

Las cánulas de traqueostomía pueden ser metálicas (de plata), o de plástico. Estas últimas están provistas de uno o dos balones que al hincharse permiten el ajuste perfecto de la cánula a la tráquea en las situaciones que lo requieran: ventilación artificial, primeros días de la alimentación enteral del traqueostomizado. Las cánulas constan de tres piezas:

- cánula exterior,
- cánula interior que se introduce en la exterior y se fija mediante un mecanismo de cierre,
- obturador que sirve de guía en el paso de la cánula a través de la tráquea.

Para evitar isquemia de los tejidos y necrosis traqueal, se utilizan actualmente cánulas con balones de alto volumen y baja presión.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA A PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS

ASISTENCIA PSICOLÓGICA PREOPERATORIA

Objetivo: conseguir que el enfermo se adapte mejor a su nueva situación. El enfermo debe recibir explicaciones sobre el tipo de intervención y la finalidad de la misma.

Debe saber que no podrá hablar al menos temporalmente. Es importante que sepa que tras la intervención habrá un aumento de secreciones, o aparecerán si no existían, debido a la reacción de las vías respiratorias al nuevo orificio. Deberá colaborar en la eliminación de las mismas mediante la tos.

ASISTENCIA PSICOLÓGICA POSTOPERATORIA

Objetivo: aliviar la aprensión del enfermo.

El enfermo necesita sentirse seguro, pues puede temer asfixiarse por acúmulo de secreciones, especialmente durante el sueño. Al respecto, la enfermera deberá establecer, sobre todo durante los primeros días, una vigilancia y asistencia ininterrumpidas. El enfermo debe tener al alcance de su mano un timbre o algún mecanismo para llamar a la enfermera. Con el fin de que pueda comunicarse, se le proporcionará algún medio de escritura.

Al enfermo que ha sufrido una laringectomía total, se le indicará que existen métodos para aprender a hablar. Por ejemplo, el lenguaje esofágico, que se

basa en la regurgitación del aire inspirado.

Llegado el momento, a aquellos enfermos cuya traqueostomía es temporal, se les puede enseñar a hablar. Se les indica que tomen aire y obturen brevemente el orificio de la cánula con un dedo y emitan una o dos palabras. Después deben retirar el dedo y respirar de nuevo.

ASISTENCIA TÉCNICA

En cuatro objetivos podemos basar la asistencia técnica de enfermería a los pacientes traqueotomizados:

- 1.º Mantener abierto el orificio traqueal.
- 2.º Mantener permeables las vías áreas.
- 3.º Evitar la infección de la incisión.
- 4.º Evitar la infección de las secreciones.

MEDIDAS

PARA MANTENER ABIERTO EL ORIFICIO TRAQUEAL

- Correcta fijación de la cánula alrededor del cuello. La cánula se fija mediante una cinta que se hace pasar a través de los orificios laterales de tubo y se anuda a un lado del cuello.

Un golpe de tos violento podría desalojarla, si no estuviera bien sujeta.

- Si los bordes de la tráquea del paciente no han sido suturados a la piel, como en el caso de traqueostomía temporal, el cambio de cánula debe realizarse rápidamente para evitar que se cierre el orificio.

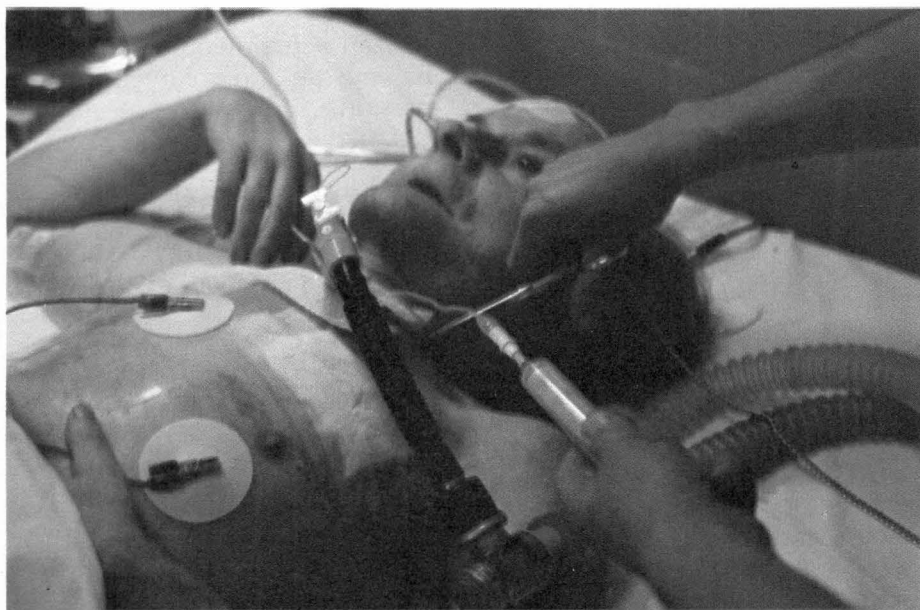
Una buena medida consiste en introducir un separador traqueal durante la maniobra.

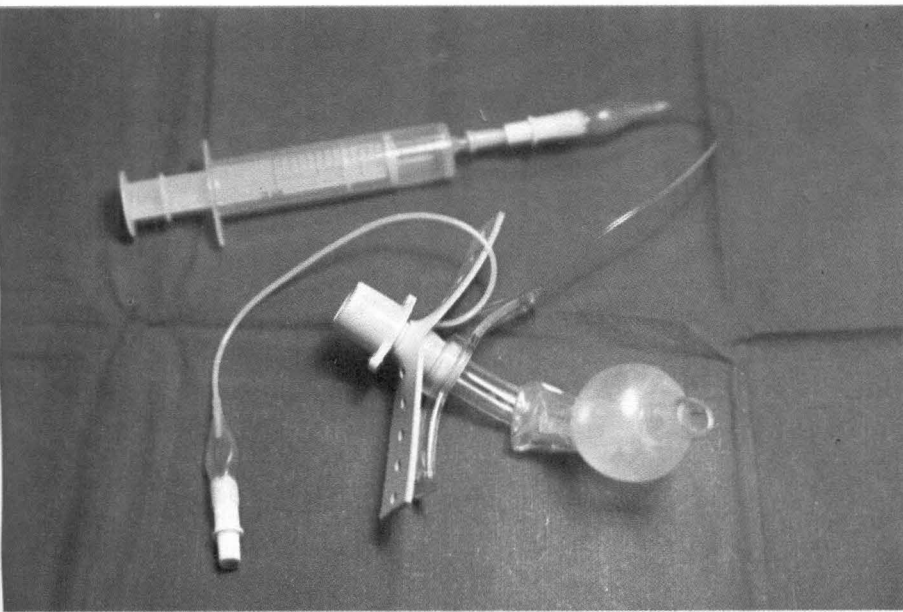
MEDIDAS

PARA MANTENER PERMEABLES LAS VÍAS AÉREAS

- Humidificación del aire inspirado.

Al ser suprimidas las funciones normales de humectación, calentamiento y filtro de la nariz, es preciso instaurarlas artificialmente, de lo contrario las secreciones se endurecen formando concreciones que obturan la tráquea impidiendo el paso del aire. Asimismo, aumenta el riesgo de infección de las secreciones bronquiales. En los enfermos no sometidos a respiración artificial, la humidificación del aire inspirado debe ser constante, especialmente en los pacientes bajo oxigenoterapia a altas concentraciones por el efecto irritante y secante del O₂. Pueden utilizarse a este fin, aerosoles de suero fisiológico o agua destilada. La niebla que se desprende debe proyectarse delante de la traqueostomía. La humectación será mas eficaz, si el aparato calienta el aire inspirado. Para no mojar al enfermo, puede colocarse una toalla protectora por debajo del orificio que cubra el tórax. Otro procedimiento que se emplea es la nariz artificial. La humedad del aire espirado precipita sobre una superficie metálica filtrante. Al mismo tiempo se calienta el metal. Así en la inspiración, la





humedad y el calor acumulados pasan al aire inspirado.

La nariz artificial se acopla a la cánula del paciente.

El único peligro de la humidificación es el aporte de agua a las vías respiratorias que puede ser excesivo.

En pacientes sometidos a respiración artificial, la enfermera deberá controlar:

- El nivel de agua del humidificador y la temperatura de la misma.
- La condensación de agua en los tubos del respirador que se unen a la cánula de traqueostomía y el nivel de dichos tubos. Es decir, que deben estar situados por debajo de la abertura de la traqueostomía. De lo contrario, podría entrar agua condensada en la tráquea.

Fluidificación de las secreciones

Si al aspirar la tráquea del enfermo, no se obtienen secreciones o si éstas son muy espesas, puede procederse al lavado bronquial. Se introducen en la tráquea de 5 a 10 ml de suero fisiológico de forma estéril. Al cabo de unos segundos se aspira.

En pacientes conectados a un

respirador, se utiliza la nebulización. Es la forma menos traumática de fluidificar las secreciones. Dentro del nebulizador se introduce suero fisiológico estéril o agua destilada estéril. Es importante que el nebulizador se mantenga aséptico, de lo contrario pueden producirse neumonías. El nebulizador se utiliza también para aplicar medicación mucolítica, humectante y broncodilatadora. No hay que olvidar que el grado de hidratación del enfermo contribuye de forma indirecta a la fluidificación de las secreciones.

Fisioterapia respiratoria

Es preciso iniciar sesiones de fisioterapia respiratoria: clapping, drenaje postural, compresiones del tórax, con el fin de despegar, y hacer avanzar las secreciones hacia la tráquea y facilitar su evacuación.

Los cambios posturales facilitan la movilización de las secreciones.

Aspiración traqueal

La aspiración traqueal desaloja el árbol bronquial de secreciones. En el postoperatorio inmediato es necesario realizar aspiraciones

como mínimo cada hora, ya que ha habido un incremento de las secreciones y, por tanto, el riesgo de obstrucción es mayor. Por otra parte, durante la práctica de la traqueostomía puede haber pasado sangre a las vías aéreas, lo cual justifica las aspiraciones pertinentes. La aspiración bronquial debe efectuarse en las máximas condiciones de asepsia, suavemente y no por un tiempo superior a 10 segundos cada maniobra de aspiración, para no dañar la mucosa bronquial. Si se quiere aspirar el bronquio derecho, se girará la cabeza del enfermo hacia la izquierda y si se quiere aspirar el bronquio izquierdo, se hará girar la cabeza hacia la derecha.

MEDIDAS PARA EVITAR LA INFECCIÓN DE LA INCISIÓN

- Deberá colocarse un apósito estéril alrededor del orificio traqueal para absorber las secreciones que con la tos son expulsadas al exterior y evitar que se infecte la herida.

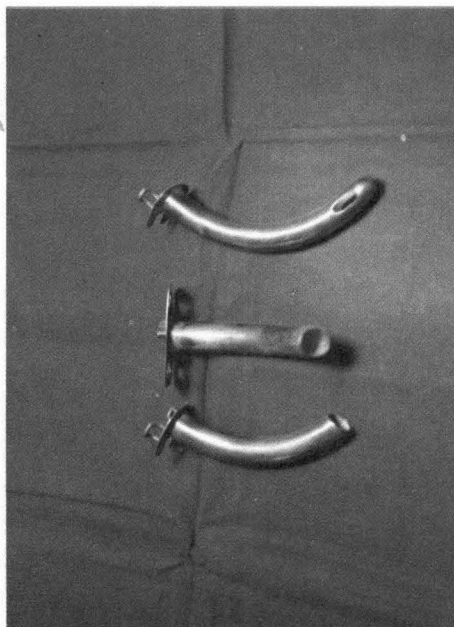
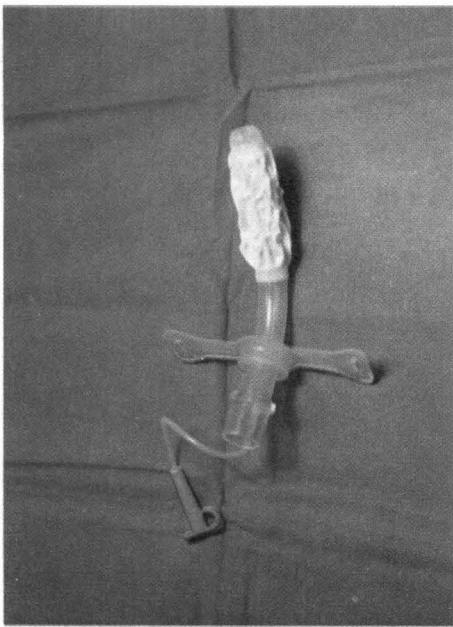
El apósito está constituido por un par de gasas en las que se ha practicado un corte hasta el centro. De esta forma se adapta mejor al tubo o cánula. Los bordes del corte pueden protegerse con esparadrapo para que no penetren hilos en el orificio; por la misma razón deben desecharse las gasas deshilachadas.

Este apósito debe cambiarse siempre que aparezca húmedo o manchado.

- Limpiar a diario la zona que bordea el orificio y desinfectar la herida. Secar antes de colocar el apósito.

MEDIDAS PARA EVITAR LA INFECCIÓN DE LAS SECRECIONES BRONQUIALES

La traqueostomía hace desaparecer las barreras naturales que impedían la



infección del árbol bronquial. En la medida de lo posible hay que procurar que la infección de las secreciones no se produzca o sea mínima y no llegue a producir neumonías.

- Es imprescindible lavarse las manos antes de iniciar cualquier maniobra que tenga por objeto intervenir en la cánula o el orificio.
- Debe procurarse la máxima asepsia posible en la realización de las técnicas y maniobras que deban efectuarse en la traqueostomía.
- La fisioterapia respiratoria, las aspiraciones frecuentes y cuidadosas, los lavados bronquiales y la fluidificación de las secreciones contribuirán a que las secreciones no se acumulen y se infecten.
- Es preciso mantener al enfermo limpio y aseado.
- La cánula de traqueostomía debe cambiarse a diario a partir del 2.º día de la intervención.

La cánula interna deberá extraerse y limpiarse a menudo con un cepillo, agua y jabón, especialmente la parte interior.

Luego, o bien se hervirá o bien se introducirá en una sustancia antiséptica el tiempo que requiera y, finalmente, se enjuagará en suero fisiológico estéril.

Antes de ser de nuevo introducida se secará con una gasa estéril y se aspirará la cánula externa.

DESCANULACIÓN

Si la traqueostomía es temporal el enfermo deberá recuperar gradualmente la respiración normal. Se logra produciendo obstrucción parcial de la respiración en la cánula de traqueostomía mediante tapones de distintos tamaños. Cuando éstos se introducen por primera vez, hay que observar al paciente en busca de signos de obstrucción respiratoria. Se comienza por obturar la cánula parcialmente hasta que se llega a su completa obturación. Cuando el paciente tolera sin problemas la obturación completa de la cánula, se procede a su extracción, dejando al orificio cicatrizar.

Si la traqueostomía es permanente, se instruirá al enfermo sobre el peligro de

aspirar agua, que puede ocurrir al bañarse.

MEDIDAS DE URGENCIA EN CASO DE CIANOSIS

Ante un enfermo traqueostomizado cianótico la enfermera debe:

- asegurarse de que el respirador funciona correctamente, si el paciente está ventilado artificialmente;
- comprobar con una mano delante de la traqueostomía la salida de aire;
- aspirar inmediatamente. El hecho de que la sonda de aspiración descienda con facilidad por el tubo o cánula no quiere decir que no exista obstrucción. Puede tratarse de un tapón mucoso a modo de válvula;
- ventilar al enfermo con oxígeno puro;
- retirar la cánula y aspirar directamente en la tráquea si con las medidas precedentes no se ha solucionado el problema;
- introducir una nueva cánula;

En todos los casos hay que poner la situación en conocimiento del médico. Es importante disponer de una cánula de traqueostomía de repuesto y de un separador traqueal en la mesita del enfermo.

ENSEÑANZA AL PACIENTE

Al enfermo cuya traqueostomía es permanente y en vistas a su próxima salida del hospital para instruirle en algunos aspectos que le pueden ser útiles en casa, se le enseña a limpiar y asepsitar su cánula y el orificio. Se le instruye sobre cómo debe cambiar la cánula y sobre el peligro de aspirar agua por la traqueostomía, que puede ocurrir al bañarse.

BIBLIOGRAFÍA:

- Smith, Germain. *Enfermería médico-quirúrgica*. Brunner. Suddarth. *Enfermería médico-quirúrgica*. Lucile A. Wood. *Techniques de Nursing*. V 3. *Cuidados intensivos*. C. Lecacheux. *Manual de Reanimation*.