



ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

Asistencia Mecánica Ventilatoria.- Intubación Endotraqueal y Traqueotomía.



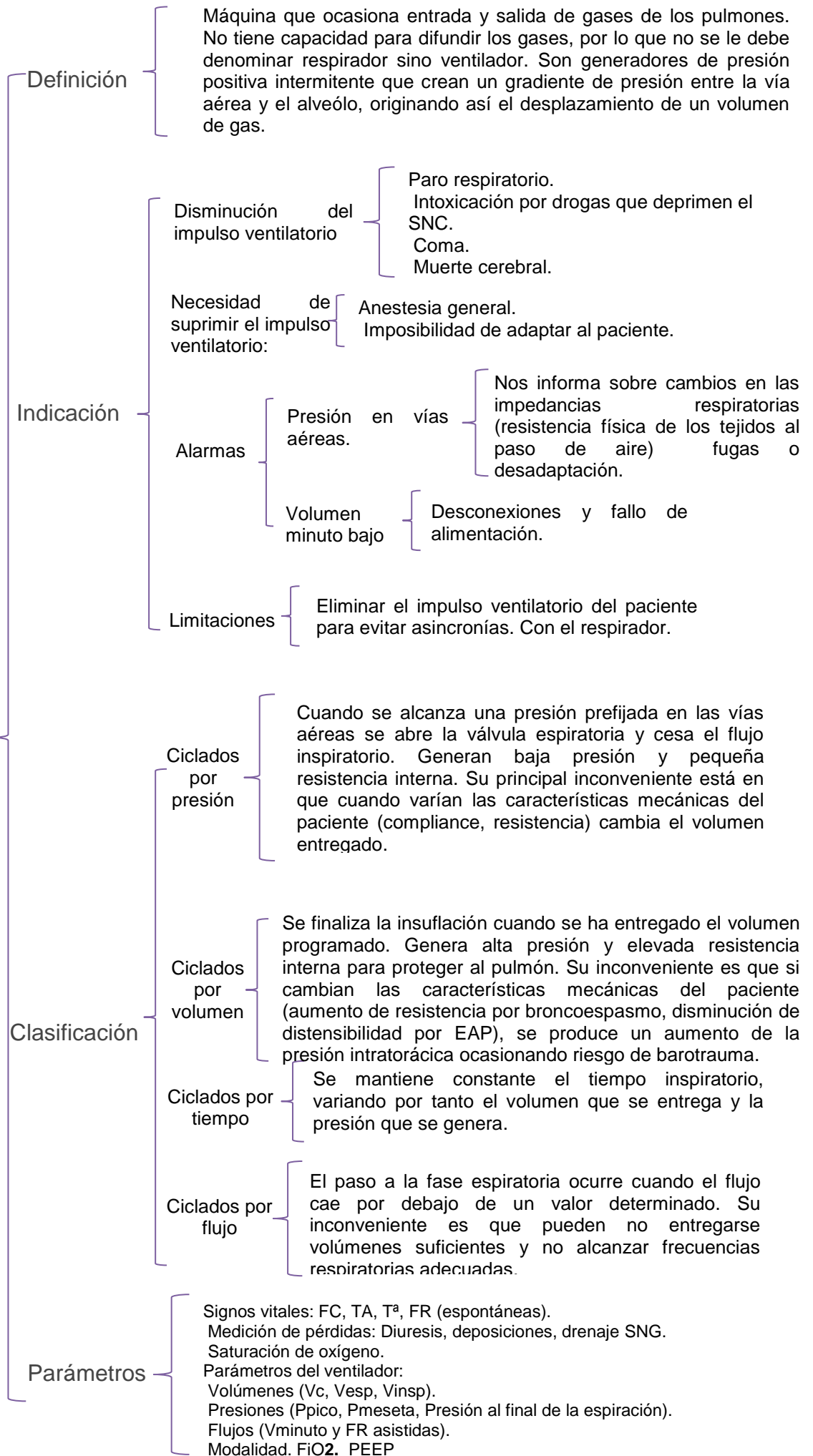
Asesor académico

Juana Inés Hernández López

Presenta

Lorena González Zacarías

Asistencia Mecánica Ventilatoria



Intubación Endotraqueal y Traqueotomía

Conceptos

El procedimiento se debe realizar en cualquier situación clínica grave incluyendo parada cardíaca, sepsis, obstrucción de la vía aérea, politraumatismos, TCE cerrado, ventilación y oxigenación dificultosa. Es el primer procedimiento que debe realizarse en un paciente grave con insuficiencia respiratoria o fallo respiratorio, salvo la desfibrilación que se realizará primero ante una pérdida de conciencia sin pulso.

Deriva del griego y significa abrir la tráquea, ya que se compone de las palabras traquearteria y cortar; el de traqueotomía, que se usa indistintamente para definir esta técnica quirúrgica, tiene la misma procedencia etimológica y se origina en las palabras traquearteria y estoma o boca.

Objetivos

Son librar una obstrucción de la vía aérea superior, asistencia respiratoria durante periodos prolongados, asistir el manejo de secreciones del tracto respiratorio inferior y prevenir la aspiración de secreciones orales y gástricas.

Indicaciones se concretan en

Evitar una obstrucción de la vía aérea.

Traumatismos cervicales con lesiones severas de los cartílagos tiroideos o cricoides, hueso hioides o grandes vasos.

Enfisema subcutáneo

Fracturas faciales y de mandíbula que puede desencadenar una obstrucción de la vía aérea superior.

Proveer una vía a largo tiempo para ventilación mecánica en casos de insuficiencia respiratoria.

Profilaxis (como preparación para procedimientos invasivos de cabeza y cuello y el periodo de convalecencia)

Apnea, sueño severo no susceptible de CPAP u otros.

Clasificación

Traqueotomía per-cutánea

Traqueotomía quirúrgica

Ventajas

La traqueotomía percutánea tiene numerosas ventajas frente a la traqueotomía quirúrgica, sobre todo en aquellos pacientes ingresados en UCI y que precisan de asistencia ventilatoria superior a 14 días.

Evita el traslado de la UCI al quirófano. Evita diseminar bacterias multirresistentes desde la UCI.

Reduce los costes.

Mejora el flujo de pacientes en UCI (altas tempranas).

Reduce la neumonía nosocomial.

Y

Desventajas

Necesidad de personal cualificado para cambios de cánula, ya que el traqueostoma es inestable.

En pacientes que requieren traqueotomía permanente es preferible la traqueotomía reglada para facilitar los cambios de cánula

El procedimiento es realizado en la cama del paciente con algunas incomodidades como peor iluminación, menor exposición del campo e instrumental menos adecuado.

Requiere entrenamiento específico adicional del cirujano. Se ha documentado que la curva de aprendizaje de un cirujano inexperto se alcanza a los 20 casos.

Bibliografía

https://especialidades.sld.cu/enfermeriaintensiva/files/2014/04/vent_mecanic_princ_basic.pdf

<https://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/110%20-%20TRAQUEOTOM%C3%8DA%20INDICACIONES,%20T%C3%89CNICA%20Y%20COMPLICACIONES.%>