



Nombre del Alumno Karla Lucía Contreras Alegría.

Nombre del tema traqueostomía.

Parcial 4to.

Nombre de la Materia enfermería medico quirúrgica,

Nombre del profesor Alfonso Velázquez Ramírez.

Nombre de la Licenciatura enfermería,

Cuatrimestre 6to.

TRAQUEOSTIMIA.

La traqueostomía consiste en un pequeño orificio que es realizado en la garganta, sobre la región de la tráquea, donde es introducido un tubo para facilitar la entrada de aire en los pulmones cuando la vía normal de respiración tiene algún bloqueo o existe una reducción del paso de aire. En ciertos casos, el tubo de la traqueostomía puede estar conectado a una máquina para suministro de oxígeno.

Generalmente, la traqueostomía es realizada en el hospital por el médico y es indicada en los casos de:

- Tumor en la garganta.
- Parálisis debido a problemas neurológicos.
- Lesión traumática en el rostro o el cuello.
- Reacciones anafilácticas o infección grave por el COVID-19.

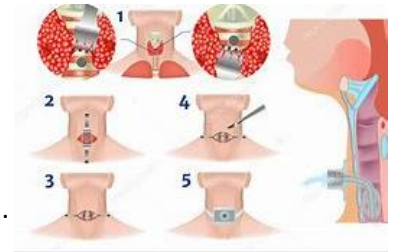


Por ejemplo, pudiendo ser mantenida apenas durante unos días o por toda la vida, dependiendo de la causa. En caso de que sea necesario mantener la traqueostomía por mucho tiempo, es importante saber realizar los cuidados correctamente para evitar complicaciones graves como asfixia o incluso una infección pulmonar. Este procedimiento puede ser llevado a cabo por un cuidador, cuando la persona se encuentra postrada en cama, o por el propio individuo, cuando este se siente capaz de hacerlo.

FUNCION.

La traqueostomía es indicada para facilitar la entrada de aire en los pulmones o para suministrar oxígeno, ayudando a mantener la respiración y las vías aéreas abiertas, y normalmente está indicada en las siguientes situaciones:

- Malformaciones congénitas de la laringe.
- Presencia de cuerpo extraño en las vías respiratorias superiores.
- Traumatismo o preparación para cirugías de la cabeza y cuello.
- Cáncer de garganta, laringe, faringe o de la parte superior de la tráquea.
- Parálisis de las cuerdas vocales.
- Intubación orotraqueal prolongada, generalmente más de 1 o 2 semanas.
- Edema de glotis debido a quemaduras, infecciones o reacción anafiláctica.
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño.



Asimismo, la traqueostomía también puede ser indicada para aspirar y limpiar las vías aéreas en los casos de parálisis o problemas neurológicos que dificulten el reflejo de la tos y la eliminación del moco de la garganta.

INDICACIONES.

La traqueotomía es un procedimiento cada más frecuente en la Unidad de Cuidados intensivos (UCI), para soporte ventilatorio y manejo de secreciones, ya que aquí una gran cantidad de pacientes necesitan ventilación mecánica durante periodos de tiempo muy largos y cuando esto ocurre es una de las indicaciones más frecuentes para realizar una traqueotomía.

- Dependencia crónica al ventilador.
- Patologías neurológicas y pulmonares.
- Manejo de secreciones y prevenir la aspiración de secreciones gástricas y orales.
- Obstrucción de la vía aérea.
- Cirugías mayores de cabeza y cuello.

- Trauma maxilofacial o laríngeo.
- Edema por traumas, quemaduras, infecciones.
- Enfisema subcutáneo.
- Apnea obstructiva del sueño.
- Disminución del espacio muerto pulmonar.



CONTRAINDICACIONES.

1. Absolutas:
 - Infecciones preexistentes en el área de la traqueotomía.
 - Malignidad preexistente en el área de la traqueotomía.
 - Imposibilidad de identificar las referencias anatómicas.
 - Edad inferior a 15 años (se eleva considerablemente el riesgo de inserción paratraqueal).
2. Relativas:
 - Hipertrofia de la glándula tiroides.
 - Previa cirugía en el área de la traqueotomía.
 - Riesgo de hemorragia por presentar en paciente con alteración en los factores de coagulación.
 - Cirugía de emergencia: en una emergencia la cricotirotomía es el procedimiento adecuado.
 - Condiciones anatómicas desfavorables (obesidad, cuello corto, etc.).
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Necesidad de PEEP >15 cmH₂O y/o FiO₂ > 0,6.
 - Radioterapia cervical previa.
 - Quemaduras extensas en región cervical.
 - Presión intracraneal elevada.



RECOMENDACIONES GENERALES:

- Utilización de material quirúrgico de traqueotomía estándar.
- En la medida de lo posible evitar sistemas de corte y coagulación eléctricos, ultrasonidos o de cualquier sistema que pueda esparcir micropartículas aéreas. Utilizar preferentemente material frío y sistemas de hemostasia convencionales.
- Utilizar sistemas de aspiración de circuito cerrado con filtro antivírico.
- Realizar la traqueotomía en el quirófano o habitación de intensivos aislada y si es posible con sistema de presión negativa.
- Permanecer durante la técnica el mínimo personal indispensable.
- Realizar la traqueotomía por el personal más experimentado utilizando el mínimo tiempo posible.
- Utilizar las medidas de protección adecuadas (según la normativa del servicio de medicina preventiva de cada centro).

RECOMENDACIÓN EN TRAQUEOTOMÍA PROGRAMADA (PACIENTE INTUBADO):

- Seguir las recomendaciones generales descritas en el apartado anterior.
- Establecer una preoxigenación adecuada al paciente (100% de oxígeno 5 minutos).
- Relajación muscular completa del paciente durante todo el procedimiento y sobre todo en el momento de retirada de la intubación y canulación, para evitar tos y aerosolización.
- Antes de comenzar la técnica, proceder con la retirada de la ventilación mecánica.
- Realizar la traqueotomía, retirar el tubo de intubación endotraqueal hasta permitir colocar la cánula con balón e inflar el balón.
- Conectar el ventilador, cuando se compruebe la correcta ventilación, retirar el tubo endotraqueal y fijar la cánula de traqueostomía.
- Recoger todo el material de traqueotomía.
- Retirar el material de protección del cirujano dentro del quirófano o habitación según las normas vigentes.

- Salir del quirófano o habitación según las normas.

RECOMENDACIONES EN TRAQUEOTOMÍA URGENTE (PACIENTE NO INTUBADO):

- Recomendaciones generales descritas anteriormente.
- Establecer una preoxigenación adecuada al paciente (100% de oxígeno durante 5 minutos).
- Relajación muscular completa para evitar movimientos del paciente, así como la tos.
- Si no es posible una traqueotomía se procederá a la realización de un cricotiroidectomia según técnica.
- Colocar la cánula de traqueostomía e inflar el balón.
- Conectar el ventilador mecánico y proceder a la estabilización del paciente.
- Fijar la cánula.
- En caso de haber practicado una cricotiroidotomía, se procederá, una vez estabilizado el paciente, a realizar una traqueotomía reglada utilizando una incisión diferente. La incisión de la cricotiroidotomía se cerrará tras la retirada de la cánula de cricotiroidotomía y la colocación de la cánula en la traqueotomía.
- Conectar el ventilador mecánico y comprobar la ventilación del paciente.
- Recoger todo el material de protección del cirujano dentro del quirófano o habitación según las normas vigentes.
- Salir del quirófano o habitación según las normas.

SINTOMAS.

- Sangrado en el sitio de la traqueostomía o desde la tráquea
- Dificultad para respirar a través del tubo
- Dolor o cambio en el nivel de comodidad
- Enrojecimiento o hinchazón alrededor de la traqueostomía
- Un cambio en la posición del tubo de traqueostomía



TIPOS.

La traqueostomía quirúrgica puede realizarse en un quirófano o en una sala de hospital. El cirujano generalmente hace una incisión horizontal a través de la piel en la parte inferior de la parte frontal del cuello. Los músculos circundantes se jalan cuidadosamente hacia atrás y se corta una pequeña porción de la glándula tiroides, exponiendo la tráquea. En un punto específico de la tráquea cerca de la base del cuello, el cirujano crea un orificio de traqueostomía.



La traqueostomía mínimamente invasiva (traqueotomía percutánea) es un procedimiento mínimamente invasivo, en el que el abordaje traqueal se efectúa usando el método Seldinger, técnica de primera elección en los pacientes en estado crítico, ya que aporta numerosas ventajas, entre las que destacan:

- Técnica sencilla (precisa poco instrumental),
- Segura.
- Rápida (disminuye el tiempo quirúrgico).
- Económica.



Que no precisa traslado al quirófano, por lo que disminuye la morbilidad por traslado y evita la utilización del quirófano. En comparación con la traqueostomía convencional (TQ) presenta menor

tasa de complicaciones peri y posoperatorias y favorece el cierre precoz del estoma con buenos resultados estéticos (cicatriz más pequeña, puesto que el estoma es más pequeño).

RIESGOS.

- Los riesgos de cualquier anestesia son:
 - Problemas respiratorios
 - Reacciones a medicamentos, incluso ataque cardíaco y accidente cerebrovascular, o reacciones alérgicas (erupción, hinchazón, dificultad para respirar)
- Los riesgos de cualquier cirugía son:
 - Sangrado
 - Infección
 - Lesión a nervios, incluso parálisis
 - Cicatrización
- Otros riesgos incluyen:
 - Conexión anormal entre la tráquea y los vasos sanguíneos principales
 - Daño a la glándula tiroidea
 - Erosión de la tráquea (poco frecuente)
 - Punción del pulmón y atelectasia pulmonar
 - Tejido cicatricial en la tráquea que causa dolor o dificultad para respirar

CAUSAS.

- Necesidad de usar un respirador (ventilador) durante un período prolongado.
- Bloqueo o estrechamiento de las vías respiratorias debido a afecciones médicas como parálisis de las cuerdas vocales o cáncer de garganta.
- Presencia de un cuerpo extraño grande que obstruye las vías respiratorias.
- Incapacidad para respirar por sí mismo.
- Anomalías hereditarias de la laringe o la tráquea.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

- El paciente con traqueostomía depende mucho del equipo de enfermería. Después de haber efectuado una traqueostomía, puede quedar preocupado por su incapacidad para comunicarse con los demás y con el miedo de asfixia.
- Monitorización continua de la traqueostomía.
- Reducir al mínimo el riesgo de infección.
- Observar al paciente regularmente en cuanto al exceso de secreciones y hacer aspiración según la norma del servicio y con la frecuencia necesaria.
- Sustituir las piezas periódicamente cuando es necesario, pedir piezas en T o máscara de O2 siempre que éstas caigan al suelo y protegerlas cuando no estén siendo utilizadas por el paciente.
- Quitar el agua que condensa y no volver a introducirla en el nebulizador.
- Despeje el agua destilada restante del nebulizador cada vez que se llena de nuevo, o al menos a intervalos de 24 horas.
- Hacer curativo del ostoma conforme norma del servicio.
- Asegurar una adecuada ventilación y oxigenación
- Vigilancia de las saturaciones de O₂.
- Vigilar frecuencias respiratorias y expansión torácica que deberá ser simétrica.
- Cambio de decúbito del paciente de dos en dos horas o de tres en tres horas si enfermo inconsciente.
- Proporcionar seguridad y confort.
- El cuff debe ser insuflado de acuerdo con el protocolo de la institución, si es necesario cambiar al paciente antes de cada aspiración.
- Hacer una cuidadosa aspiración de la orofaringe cuando sea necesario.

- Inspeccionar los labios, la lengua y la cavidad oral regularmente.
- Limpiar la cavidad oral
- Aplicar vaselina o cualquier otro lubricante en los labios
- Establecer un método de comunicación aceptable.
- Organizar las preguntas, de modo que el paciente pueda responder con un simple «sí» o «no», agitar de cabeza o por movimientos de manos.
- Si el enfermo sabe escribir, animarle a escribir en un papel para comunicarse.
- Hablar con el paciente y explicarle todas las actividades
- Alentar a la familia y a los amigos a hablar con el paciente.
- Tener siempre el timbre al alcance del paciente.
- Orientar con frecuencia al paciente.
- Repetir con insistencia que la capacidad de hablar regresará cuando la cánula sea retirada.
- Mantener una vía aérea permeable;
- Promover el confort;
- Promover el conocimiento del paciente;
- Promover la comunicación;
- Enseñar el autocuidado al paciente;
- Monitorear y tratar posibles complicaciones;
- Promover la nutrición adecuada
- Cambio de la cánula de traqueostomía:
- Control del balón de neumotaponamiento.
- Posicionamiento de la cánula de traqueostomía.
- Fijación de la cánula de traqueostomía.
- Cuidados del ostoma
- Aspiración de secreciones siempre que sea necesario. Puede realizarse mediante técnica abierta o por sistema cerrado.
- Cura del estoma: cada 12 horas o siempre que sea preciso para evitar infecciones o maceración.
- Cambio de la cánula interna ya que pueden acumularse secreciones produciendo obstrucción de la vía aérea inferior, disminuyendo la saturación del paciente y comprometiendo gravemente su vida.
- Cambio de cánula traqueal, cada 7 días o cuando se haya producido una decanulación accidental. Es una técnica estéril que precisa de la presencia de dos profesionales.
- Vigilar la presencia de tapones mucosos. Ponen en riesgo la vida del paciente, producen parada respiratoria y posteriormente cardíaca. Para evitarlos se realiza clapping, drenajes posturales y humidificación del oxígeno con suero fisiológico o aerosoles



REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

1. Traqueostomía: qué es, para qué sirve y cuidados - Tua Saúde (tuasaude.com)
2. Cuidados de enfermería: la traqueostomía (revistasanitariadeinvestigacion.com)
3. Complicaciones de las traqueotomías. (revistasanitariadeinvestigacion.com)
4. Indicaciones y contraindicaciones para realizar una traqueostomía. (revistasanitariadeinvestigacion.com)
5. Traqueotomía - Mayo Clinic
6. Procedimiento de traqueostomía percutánea: control y seguimiento de enfermería | Enfermería Intensiva (elsevier.es)
7. Traqueotomía: MedlinePlus enciclopedia médica
8. Traqueostomía Cuidados de enfermería (yoamoenfermeriablog.com)