

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**MANEJO DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO
DEL SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA DEL
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ -
ESSALUD. HUANCAYO. 2014-2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA INTENSIVA**

NELIDA CONSUELO BALTAZAR BARRIONUEVO

**Callao, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nelida', is written over a horizontal line.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 005

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°046-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. BALTAZAR BARRIONUEVO NELIDA CONSUELO

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO.....	4
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 ANTECEDENTES.....	7
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	10
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	29
CAPÍTULO III: EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	34
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	34
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	44
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES.....	48
CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES.....	50
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
ANEXOS.....	55

INTRODUCCIÓN

Tras la permanencia laboral asistencial en el servicio de Medicina Especializada del Hospital Nacional RAMIRO PRIALE PRIALE ESSALUD HUANCAYO me percaté de la importancia de este tipo de unidades para el cuidado y seguimiento de los pacientes críticos, que son transferidos internamente de la unidad de cuidados intensivos. Las enfermeras, como administradoras de los cuidados y responsables de su monitorización, cobran gran relevancia, ya que debido al estado y gravedad de los mismos, son dependientes en su totalidad. Por ello, su conocimiento y habilidad para trabajar son de especial importancia. La elección del tema "Manejo de pacientes traqueostomizados" surgió tras valorar la necesidad de proporcionar o renovar conocimientos sobre el tema al personal de las plantas de hospitalización, tras haberse detectado complicaciones.

Mediante el presente trabajo se pretende realizar cambios y ser capaces de ofrecer un plan de cuidado al paciente traqueostomizado destacando las intervenciones que puedan reducir la posibilidad de complicaciones mejorando la calidad de nuestra asistencia.

Un importante número de pacientes ingresados a UCI son portadores de un tubo oro traqueal con soporte de ventilación mecánica durante largos periodos de tiempo. En estos casos se hace necesario la realización de una traqueotomía para facilitar el manejo de la vía aérea y en cuanto sean estabilizados los pacientes son transferidos al Servicio de Medicina

Especializada para su manejo, recuperación y posterior alta si son pacientes recuperables o en su defecto se espera su deceso o manejo en el hogar si son pacientes priorizados

CAPÍTULO I:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Gracias al avance de la medicina intensiva, actualmente es posible brindar a nuestros enfermos soporte vital por largos períodos de tiempo. En este escenario una proporción considerable de pacientes críticos pueden requerir intubación translaríngea y ventilación mecánica (VM) prolongada. Por esta razón, la traqueotomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente practicados en pacientes críticos. En diferentes series a nivel nacional e internacional, la prevalencia reportada es menor, aunque puede ser mayor en algunos subgrupos de enfermos como aquellos con trauma. Al momento no existen criterios objetivos validados para la indicación de una traqueostomía, por ende, la experiencia y el juicio clínico cobran especial relevancia en la toma de decisión.

1.2 OBJETIVO

- Describir el "Manejo de enfermería en pacientes traqueostomizados del servicio de Medicina Especializada del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud – Huancayo, 2014-2016.

- Mejorar los procedimientos de atención de enfermería respecto al paciente traqueostomizado del Servicio de Medicina Especializada del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud –Huancayo.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo académico profesional tiene por finalidad dar a conocer y explicar los cuidados de enfermería en pacientes traqueostomizados, asimismo propiciar propuestas de metodología y estrategias en el cuidado de enfermería. De esta manera vamos a reorientar y mejorar los cuidados del profesional de enfermería en el marco de la calidad, la calidez y sensibilidad social, buscando siempre el beneficio del paciente.

El presente trabajo académico profesional se justifica porque en el servicio de Medicina Especializada del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé se ha podido observar a través del tiempo 2014-2016 el manejo de pacientes traqueostomizados era inadecuado por no contar con guías clínicas.

Se justifica porque la aplicación de las estrategias adecuadas y uso de guías de atención podrán proponer mecanismos de solución para disminuir los riesgos de infección en los pacientes traqueostomizados del Servicio de Medicina Especializada del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo.

incrementar el marco de conocimientos referente a los cuidados de enfermería en pacientes con traqueotomía. Se brindará capacitación al familiar o cuidador del paciente sobre los cuidados de la cánula de traqueostomía en el servicio de Medicina especializada del hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 A nivel Internacional

- CHINGA CUSME XAVIER ALEJANDRO, en su estudio investigativo realizado por observación indirecta, de tipo transversal y descriptivo en el cual se obtuvo datos estadísticos sobre procedimientos de traqueotomía realizados en la unidad de cuidados intensivos en el Hospital Luis Vernaza (Ecuador) en el período 2014-2015, cuyo objetivo general es determinar la prevalencia y las complicaciones mediatas y tardías lo cual nos ayudaría a contribuir con datos para el desarrollo de medidas de prevención y sobre todo al mejoramiento de la técnica en el equipo conformado por cirujanos e intensivistas. Por otro lado, mediante mi estudio busco demostrar la importancia de una buena limpieza y adecuada curación tanto de la herida como del traqueótomo. Realizar un impresionante trabajo psicológico sobre el paciente de cómo manejarse con un traqueótomo y eliminar el miedo a su uso, detallando cuales son los cuidados personales del enfermo, explicándole los diversos métodos de

ayuda y que siempre contará con la ayuda profesional que él requiera.

- MADERO PÉREZ J et al, estudio "Traqueotomía percutánea en pacientes ventilados. en 2007. Chile. Encuentran diferencias estadísticamente significativas en los casos que ellos analizaron. Las diferencias son, que la traqueostomía percutánea es posible realizarla a los pies de la cama del paciente, lo que reduce costes, es igual de fiable, minimiza las complicaciones, reduce el riesgo de sangrado y disminuye el riesgo de infección en la estoma.
- MEROL JC, Charpiot A, LANGAGNE T, HÉMAR P, ACRESTAFF AH, HIGERs FJ. Randomized controlled trial on postoperative pulmonary humidification after total laryngectomy: external humidifier versus heat and moisture exchanger. EE. UU, publicado en 2012, ha demostrado los beneficios de la utilización de un "intercambiador de calor y humedad" frente a los humidificadores externos. Se trata de filtro que se coloca en el orificio externo de la cánula, retiene el calor y la humedad del aire espirado y lo transfiere al aire inhalado. En los modelos más novedosos se incorpora un filtro antibacteriano que evita infecciones de las vías aéreas bajas. Los pacientes portadores de este sistema muestran un menor número de

episodios de tos, las secreciones más fluidas, mayor sensación de confort y seguridad, y una baja incidencia en los trastornos del sueño.

2.1.2 A nivel Nacional

- **ESPINOSA HERRERA** Lucy, con su investigación titulada: “Percepción del usuario sobre la calidad de atención que brinda el personal de salud a pacientes con tuberculosis”. (2000) Utilizando un método cuantitativo, cuyo objetivo fue identificar y describir la percepción de los pacientes investigados aplicando una serie de ítems basados en los componentes de la calidad, concluyendo: Que el personal de salud brinda una atención regular, ya que la eficiencia, la accesibilidad las relaciones interpersonales afectuosas, la prontitud y la continuidad son los indicadores, en donde los pacientes no se muestran completamente satisfechos.

- **FERNÁNDEZ** y **TARILLO** (2012) realizaron un estudio titulado “El cuidado del enfermero a personas con traqueostomía: Un estudio desde la perspectiva del familiar cuidador”. Esta investigación se desarrolló dentro del hospital EsSalud de Chiclayo, en el año 2012, y tuvo como objetivo analizar el cuidado que brinda enfermería a la persona con traqueotomía desde la perspectiva del familiar cuidador. El estudio evaluó

tres contenidos del cuidado: experiencias de emociones y sentimientos en familiares cuidadores, cuidado de enfermería desde la perspectiva del familiar, insatisfacción de la familia en cuanto a la comunicación y educación. La investigación fue desarrollada tomando el enfoque cualitativo, los datos fueron recolectados a través de una entrevista no estructurada la cual se orientó a comprender, describir, explicar e interpretar el cuidado que brinda el profesional de enfermería a los pacientes portadores de traqueostomía que se encontraron hospitalizados desde el punto de vista del familiar que cuida. Los resultados indicaron una percepción negativa del familiar sobre el cuidado que brindan los profesionales, quedando a flote esta percepción porque no se satisfacen las necesidades que tiene el paciente traqueostomizado al momento de ser atendidos.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 TRAQUEOSTOMÍA

Se trata de un procedimiento quirúrgico que consiste en la comunicación directa de la pared anterior de la tráquea con el exterior a través de un orificio, denominado "traqueostoma". Se coloca una cánula subglótica, que permitirá el paso de aire o la

conexión de la ventilación mecánica en la tráquea del paciente.

(3) (4) (5)

La traqueostomía puede ser reversible o irreversible. En algunos casos se realizará de manera temporal, por un problema agudo. Cuando este problema es resuelto, se procede a la retirada de la cánula.

La realización de traqueostomías es cada vez más habitual en unidades de cuidados intensivos, en pacientes con un requerimiento de ventilación mecánica prolongada, o con compromiso de permeabilidad de la vía aérea. (4)

Esto se debe a que, en comparación con la intubación oro-traqueal, la traqueostomía da una mayor comodidad al paciente, mejor tolerancia, da una mayor seguridad de la vía aérea, reduce los espacios muertos y la resistencia al flujo, reduce la aparición de úlceras o fístulas, facilita el destete de la ventilación mecánica (VM), mejora la higiene bronquial, permite una mayor independencia, aparecen menos problemas en el aparato fonador y el paciente requiere una menor sedación y analgesia. (6) (7)

Encontramos dos técnicas vigentes en cuanto a la realización de la traqueostomía: Traqueostomía Quirúrgica y la Traqueostomía

curva de aprendizaje de los profesionales. En los primeros casos el número de complicaciones es más elevado que al final de los estudios cuando el personal sanitario está más familiarizado con la técnica, y su experiencia y habilidad es mayor.

a) En lo Anatómico y Fisiológico

La función del aparato respiratorio es conseguir que se produzca el intercambio gaseoso en los alveolos. Para poder llegar a realizar esta función uno de los requisitos es que el aire sea capaz de llegar hasta los pulmones atravesando una serie de estructuras. (14) (15)

El sistema respiratorio podemos clasificarlo en vías respiratorias altas y vías respiratorias bajas:

- Vías respiratorias altas: nariz y fosas nasales, senos paranasales (frontales, etmoidales, esfenoidales y maxilares), boca, faringe, laringe y tráquea.
- Vías respiratorias bajas: bronquios, pulmones y la unidad respiratoria (bronquiolo respiratorio, conducto alveolar, atrios y alveolos). (14)

La faringe, formada por tejido muscular y recubierto de mucosa, va desde el paladar blando hasta el esófago. Se

divide en tres partes: nasofaringe, orofaringe e hipofaringe.

Hacia los pulmones encontramos la laringe, en ella, están situadas las cuerdas vocales. En la parte inmediatamente superior a la laringe, encontramos la epiglotis, que es una estructura en forma de lámina. Actúa dirigiendo el aire hacia la tráquea, y los alimentos hacia el esófago, impidiendo su paso al pulmón y evitando broncoaspiraciones. (15)

La tráquea es el órgano tubular que conecta la laringe con los bronquios, llega hasta la carina, parte en la que la tráquea se divide en los dos bronquios y mide entre 10 y 12cm de longitud y unos 2.5 de diámetro en los adultos. Está formada por tejido cartilaginoso y membranoso.

La adventicia que es la capa más externa de la tráquea esta reforzada internamente por entre 16 o 20 cartílagos hialinos en forma de anillo. Será entre el 1er y el 2º de estos anillos, donde se realice la incisión de la estoma.

2.2.2 INDICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA

Cada vez se realizan más traqueostomías, su carácter reversible hace que también se utilice en patologías o problemas de salud

de manera temporal. En este tipo de traqueostomías temporales, una vez solucionada la situación de inestabilidad por la que se había realizado, se retira la cánula y la estoma cicatriza por segunda intención.

Los avances de la técnica y las últimas evidencias indican las ventajas de la traqueostomía precoz frente a la prolongada intubación, y hace que los profesionales la utilicen cada vez en más casos que antes no se planteaban. (2) (3) (7)

Tras el análisis de 118 pacientes realizado por Gandía-Martínez et al (7), en su estudio publicado en 2010, refieren que en casos de hemorragia cerebral espontánea el 10% de los pacientes requieren traqueostomía durante el curso de su enfermedad. En los enfermos con lesiones neurológicas traumáticas, vasculares o tumorales, la frecuencia de este procedimiento es del 33%, recomendándose la realización de traqueotomía en el 8º día.

Las diferentes indicaciones para la realización de una traqueotomía pueden clasificarse entre electivas y terapéuticas (12):

- *Electivas.* Se realizan en pacientes con problemas respiratorios que van a permanecer intubados más de 48h

tras una cirugía importante de cabeza, cuello tórax o cardiacas.

- *Terapéuticas.* Se realizan en pacientes con insuficiencia respiratoria por una hipoventilación alveolar. Se trata de pacientes que, el manejo de la obstrucción de vía aérea, el uso de ventilación mecánica o la eliminación de secreciones es posible a través la traqueostomía.

Las principales indicaciones son:

Tabla 1. Indicaciones para la realización de una traqueostomía. (12)

<p>OBSTRUCCION MECANICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tumores de vía aérea o digestiva superior. ✓ Cuerpos extraños que impiden la intubación o existe riesgo de desplazamiento hacia tráquea o bronquios. ✓ Secreciones. ✓ Parálisis laríngea bilateral en aducción. ✓ Traumatismo laríngeo o heridas de cuello complicadas. ✓ Malformaciones congénitas: membranas, hipoplasia. ✓ Infecciones: epiglotis, laringotraqueobronquitis aguda, difteria laríngea ✓ Quemaduras de vía aérea superior, cara o cuello.
<p>ENFERMEDADES PULMONARES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Neuropatías extensas. ✓ EPOC con enfermedad pulmonar aguda o enfisema. ✓ Edema agudo de pulmón.
<p>ENFERMEDADES SNC</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Accidente cerebro vascular (ACV). ✓ Coma. ✓ Craneotomía.
<p>PROFILACTICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cirugía radical de cuello. ✓ Cirugía de cánceres mandibulares y de la boca. ✓ Resecciones pulmonares.
<p>MALA ELIMINACION DE SECRECIONES BRONQUIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolor post-operatorio. ✓ Senilidad. ✓ Escoliosis. ✓ Debilidad de la pared torácica.
<p>ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poliomiélitis. ✓ Tétanos. ✓ Miastenia Gravis. ✓ Síndrome Guillan Barré. ✓ Polineuritis.
<p>DEPRESION DEL CENTRO RESPIRATORIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Traumatismo craneo encefálico (TEC). ✓ Intoxicación por depresores del sistema nervioso central (SNC) y centro respiratorio.
<p>TRAUMATISMO TORACICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tórax volante; fracturas costales.

2.2.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

No se ha llegado a un consenso de cuando un paciente con intubación endotraqueal y conectado a ventilación mecánica debe realizársele una traqueostomía. (12)

El estudio publicado por C. Hernández et al¹, en 2007, muestra que se puede mantener una intubación endotraqueal hasta 20 días sin que se aumente la posibilidad de producir secuelas laringotraqueales. Si se prevé que el paciente va a tener necesidad de ventilación mecánica superior a este periodo, se realizará la traqueotomía precozmente, disminuyendo al máximo el tiempo de intubación endotraqueal.

Otro estudio publicado en 2008 por O. Salcedo y F. FrutoVivar⁶, describe la realización de la traqueostomía el 5º día tras el ingreso, al prever un tiempo de intubación mayor a 15 días en pacientes quemados o con traumatismos con un Glasgow Coma Score de 8 puntos.

En los dos artículos citados anteriormente, el motivo por el que los autores recomiendan la reducción del tiempo que permanece un paciente con el tubo endotraqueal, es por la posible aparición de estenosis laringotraqueal. Complicación que puede aparecer semanas, incluso meses después de la intubación. (1) (6)

2.2.4 TÉCNICA TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA

a) Material (4) (9)

- Jeringas de 10cc.
- Agujas intramusculares y subcutáneas.
- Gasas y compresas estériles.
- Set quirúrgico con: pinzas de traqueotomía, portagujas, tijeras de punta roma, pinzas sin dientes, mosquitos de hemostasia, suero fisiológico, anestésico local, lubricante y set de cánula de traqueotomía.
- Para el control y manejo de la vía aérea se necesita un laringoscopio, tubo orotraqueal del mismo número que el que lleva el paciente, hoja de bisturí, venda.
- Ambú conectado a toma de oxígeno, aspiración conectada.

b) Procedimiento (4) (9)

- Comprobar que el material necesario está preparado.
- Comprobar la ausencia de fugas en el balón endotraqueal traqueal. Se realiza con ayuda de un manómetro, que se conectará a la sonda de llenado e inflaremos el balón endotraqueal, una vez colocado en el lugar definitivo la presión adecuada que debe tener será entre 20-25mmHg.

- Una persona se encarga de retirar el tubo endotraqueal (desinflando el balón del tubo y retirándolo hasta la entrada de la laringe por encima de las cuerdas vocales) y de vigilar la ventilación del paciente; el médico intensivista ejecutará la técnica.
- Se localiza mediante palpación el espacio ubicado entre el primer y el segundo anillo traqueal y se infiltra anestésico local.
- Se realiza una incisión cervical anterior transversa de 3mm con el bisturí.
- Se conecta el catéter de traqueotomía percutánea a la jeringa y se rellena con suero. Se pincha en la línea media de la inserción en dirección caudal, y se introduce la aguja hasta que se observe aire por el burbujeo del suero de la jeringa que confirma la entrada de la aguja y el catéter en la tráquea. Se deja el catéter y se retira la aguja y la jeringa.
- Se conecta el fiador al catéter y se introduce unos 10 cm en la tráquea. Se retira el catéter y se introduce el dilatador lubricado.
- Se retira el dilatador y se instala la cánula de traqueotomía sobre la guía a la vez que se retira el tubo endotraqueal. Antes de retirar el tubo se aspiran

aspirar secreciones. Este tipo de cánulas facilita el proceso de decanulación o weaning.

- Cánula de traqueostomía no fenestrada, no presentan aberturas en su estructura, pudiendo presentar balón endotraqueal o no.
- Según la presencia o no de balón endotraqueal:
- Cánula con balón endotraqueal, se utiliza en pacientes con ventilación mecánica con altas presiones, con fugas importantes con el tubo sin balón y en pacientes con riesgo de aspiración. Este deberá permanecer inflado en los tres casos.
 - Cánula sin balón endotraqueal, están indicadas en estadios avanzados del destete y decanulación, se usan cuando el paciente respira por sí mismo.
- Según el material de la cánula:
- Metálicos, son las que menos se usan.
 - De polivinilo, son más rígidos pero su inserción es más sencilla. Se pueden usar para traqueotomía de corta duración. Ajustan peor y producen mayor número de complicaciones locales.
 - De silicona, son cánulas más blandas y dañan menos la tráquea. Se utilizan en traqueostomías prolongadas.

2.2.5 COMPLICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA

Las posibles complicaciones que pueden presentarse durante o tras la realización de la técnica son:

**Tabla N° 02. Complicaciones de la traqueostomía.
(2,3,4,5,8,16,18 y 19)**

INMEDIATAS	A MEDIO PLAZO	TARDÍAS
➤ Hemorragia.	➤ Infecciones de la estoma.	➤ Granulomas traqueales.
➤ Neumotórax, neumomediastino.	➤ Enfisema subcutáneo.	➤ Fístulas traqueo cutáneas o traqueo esófagicas.
➤ Lesión cartilago cricoides, cuando se realiza una TP alta.	➤ Aspiración abscesos pulmonares.	➤ Fístula traqueo arterial.
➤ Traumatismo o daño quirúrgico. (Esófago, nervio laríngeo y cúpula pleural).	➤ Obstrucción de cánula por secreciones	➤ Necrosis traqueal por exceso de presión del balón endotraqueal.
➤ Colocación inadecuada de la cánula.	➤ Atelectasia.	➤ Estenosis de laringe o tráquea.
➤ Desaturación o hipoxia.	➤ Desplazamiento de la cánula.	➤ Traqueomalacia.
➤ <input type="checkbox"/> Falsa vía.	➤ Edema	➤ Disfagia
	➤ Extubación accidental	

a) Necesidad de Mantener la Vía Aérea Permeable

- Aspiración de secreciones

La permeabilidad de la vía aérea puede quedar comprometida por una obstrucción de mocos. Si la obstrucción se produce a

nivel de la cánula, cambiaremos la camisa interna de ésta, pero en el caso de que el tapón de mocos sea a un nivel más bajo, se procederá a la aspiración de secreciones. El procedimiento es el siguiente:

- Se le informa al paciente de que la aspiración puede provocar tos o sensación de ahogo, pero que no se va a ahogar.
- Comprobaremos que todo el material que necesitaremos está disponible: sondas estériles, guantes estériles y desechables, equipo de aspiración, lubricante hidrosoluble, envase con líquido para el lavado de la sonda al finalizar la aspiración y ambú conectado a una fuente de oxígeno.
- Antes de realizar la técnica es necesario valorar el patrón respiratorio del paciente, los signos y síntomas de obstrucción de las vías aéreas y la capacidad del paciente para toser.
- Colocar al paciente en posición semi-fowler o supina, tener en cuenta la posición más cómoda para el paciente. Debemos tener en cuenta la posición que mejor tolere el paciente con respecto a la respiración.

cualquier fuente hospitalaria; y preservar así la seguridad del paciente.

- Balón endotraqueal

El balón endotraqueal o neumotaponamiento debe permanecer inflado durante las primeras 24h. También si hay riesgo de aspiración y mientras que el paciente este sometido a ventilación mecánica. Se debe revisar la presión del balón endotraqueal, al menos, una vez por turno para evitar lesiones en la tráquea.

Se deberá comprobar la presión del balón endotraqueal, antes y después de cada aspiración para evitar la decanulación involuntaria debido a la manipulación de la traqueostomía. La presión máxima recomendada es de 20-25 mmHg.

- Humificación, calentamiento y filtrado del aire inspirado

Las fosas nasales tienen la función de humidificar, calentar y filtrar el aire. En los pacientes traqueostomizados el aire entra a nivel traqueal en el sistema respiratorio, por lo que será

necesario que los cuidados de enfermería también tengan en cuenta este cambio fisiológico.

Las traqueostomías recientes precisarán humedad permanente, pero con el tiempo el cuerpo puede adaptarse a los cambios y no ser necesaria la humidificación. Este déficit de humedad, hace que las secreciones sean más espesas y difíciles de expulsar espontáneamente, al mismo tiempo, aumenta el riesgo de infección en vías respiratorias bajas.

El presente trabajo está sustentado por MARGARET JEAN WATSON: Persona: Considera la persona como un ser en el mundo, como una unidad de mente, cuerpo y espíritu que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Salud: La salud tiene que ver con la unidad y la memoria, entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado. Entorno: Es el espacio de la curación. Es la realidad objetiva y externa del marco de referencia subjetivo del individuo. Enfermera: Está centrada en la relación de cuidado de transpersonal. Define la enfermera como ciencia humana y arte que estudia la experiencia y salud, enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética, y ética.

- Función Propio De La Enfermería

Para Margaret Jean Watson es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyen a su salud recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realiza por sí mismo, si tuviera la fuerza voluntad y conocimiento necesario. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la brevedad posible. La prioridad de la enfermera en ayudar a las personas y la familia (que ella consideraba como una unidad) por lo tanto la enfermera es dueña de la atención. En los postulados que sostienen los modelos, descubrimos el punto de vista del paciente que reciben los cuidados de la enfermera. (20)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- Estoma: abertura artificial de un órgano interno en la superficie del cuerpo, creada quirúrgicamente para una traqueostomía.
- Traqueostomía: orificio realizado en la tráquea del cuello, a través del cual se puede insertar un tubo permanente. Se observa la mucosa y parte distal de los dedos para ver cianosis y se administra oxígeno humidificado directamente al tubo de traqueostomía.

- Granuloma: nódulo o tumoración formado a partir de tejido de granulación
- Estenosis o estegnosis: utilizado para denotar la constricción o estrechamiento de un orificio o conducto corporal. ... Puede ser fisiológica como en el caso de la estenosis aórtica y esofágica o incluso el propio istmo uterino es fruto de una estenosis.
- Enfisema: es un tipo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en donde los alveolos, las bolsitas de aire de los pulmones, se dañan. Como consecuencia, su cuerpo no recibe el oxígeno que necesita. El enfisema hace que sea difícil recuperar el aliento
- Neumotórax: presencia de aire en el espacio interpleural. El neumotórax convierte un espacio virtual en real, y que provoca un colapso del pulmón.
- Disfagia: significa dificultad para comer) es el término técnico para describir el síntoma consistente en dificultad para la deglución (problemas para tragar)
- Cánula: tubo flexible que puede introducirse en el cuerpo guiado por el trocar rígido.

- **Antisepsia:** Método que consiste en combatir o prevenir los padecimientos infecciosos, destruyendo los microbios que los causan.
- **Asepsia:** La asepsia es la condición libre de microorganismos que producen enfermedades o infecciones. El término puede aplicarse tanto a situaciones quirúrgicas como médicas. La práctica de mantener en estado aséptico un área, se denomina técnica aséptica. La asepsia médica es la protección de los pacientes y del personal del hospital contra la infección o la reinfección por la transferencia de microorganismos patógenos de una persona a otra.
- **Higiene:** Se debe mantener la herida quirúrgica seca y aséptica, utilizando técnicas estrictamente estériles para cualquier manipulación. También se debe prestar atención a signos de infección que presente la estoma como exudado purulento alrededor del traqueostomía, dolor local o febrícula. La traqueotomía se debe limpiar diariamente, tanto si el paciente se encuentra en el hospital como en el domicilio, se puede lavar con suero fisiológico. Cuando las cintas de sujeción de la cánula estén sucias se cambiarán. Cambios de cánula: El primer cambio de cánula no debe realizarse antes de los 7 primeros días de la intervención.

- Los cambios de la cánula se recomienda hacerlos semanalmente o cada 15 días para garantizar su movilidad, limpieza y buen funcionamiento. Tras la aspiración de secreciones y la limpieza de la zona de la traqueostomía, se mantiene al paciente con oxígeno al 100%.
- Control de la presión del balón: Es importante controlar la presión del balón porque si es muy alta, puede producir isquemia de la mucosa traqueal, dando lugar a la aparición de úlceras por presión. Cuando la presión del balón es insuficiente se puede producir una broncoaspiración. Para medir la presión del balón se utiliza un manómetro, la presión no debe de 25 cm de agua porque se considera que es la presión suficiente para sellar la tráquea. Profilaxis de tapones mucosos: Cuando se realiza una traqueotomía se elimina el paso del aire por la nariz, lo que supone la pérdida de la función de humidificación, calentamiento y filtrado del aire para conseguir una correcta producción de moco traqueal. Cuando se ha producido un tapón de moco se recomienda al paciente que tosa fuerte para expulsarlo, en caso de que no sea así, se procede a realizarle aspiraciones de manera estéril y duración de 15 segundos.

- Pacientes traqueostomizados. Pacientes pertenecientes a una asociación de laringectomizados de Madrid, intervenidos en diferentes centros hospitalarios.
- Enfermeras ejerciendo en la actualidad. Enfermeras ejerciendo en la unidad de cirugía general en el Hospital Infanta Leonor.
- Capacidad de autocuidados de la estoma Capacidad de los pacientes para manejarse al momento del alta.
- Información recibida en el hospital. Información recibida a la fecha del alta.
- Guías de cuidados para pacientes portadores de traqueostomía. Guías existentes en la unidad para dispensar al paciente.
- Otros aspectos: Para que el paciente pueda hablar se pueden utilizar cánulas fenestradas que permiten respirar por las dos vías. Se debe deshinchar el manguito para evitar la obstrucción total de la vía aérea. Cuando se considera que el paciente ya no precisa la traqueotomía se procede a la decanulación. Antes de ello, se suspende la alimentación, se administra oxígeno con mascarilla y se extrae la cánula colocando una gasa estéril en la estoma.

CAPÍTULO III:

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente trabajo académico profesional se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de libro de ingresos y egresos de pacientes al servicio de Medicina Especializada, historias clínicas (edad y diagnóstico, en este caso pacientes críticos traqueostomizados) del Hospital nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo, durante los años 2014 al 2016. Estos datos son coherentes y están relacionados al tema en estudio.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

Se solicitó la autorización respectiva a la jefatura de enfermería, a fin de tener acceso a los registros e historias clínicas.

Se coordinó con el responsable de la red de gestión Hospitalaria para la obtención de datos. Luego se revisaron las historias clínicas y los Registros de ingresos y egresos de pacientes traqueostomizados

El procesamiento de datos se realizó elaborando un consolidado sobre los pacientes críticos traqueostomizados hospitalizados en el servicio de medicina especializada.

Los resultados se obtendrán luego del cruce de datos Obtenidos del procesamiento estadístico.

En base a los datos y gráficos realizados obtendremos una serie de conclusiones que nos servirán para reafirmar el objetivo del informe.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Actualmente, en el servicio de Medicina Especializada de nuestra Institución realizamos una traqueostomía ante los siguientes escenarios: 1. Pacientes cuyo diagnóstico anticipa la necesidad de ventilación mecánica prolongada (> 10 - 14 días), como, por ejemplo, enfermos con síndrome de distrés respiratorio agudo grave (índice de oxigenación ≥ 15 y/o $PaO_2 / FiO_2 \leq 100$) pancreatitis aguda grave complicada, lesión de médula cervical alta, síndrome de Guillain-Barré de variedad axonal. 2. Pacientes con lesión encefálica aguda grave que permanezcan con una puntuación inferior a 8 en la escala de coma de Glasgow al 5° día o que sean incapaces de proteger la vía aérea. 3. Obstrucción documentada de la vía aérea alta. 4. Fracaso al proceso de destete de la VM en dos oportunidades. 5. Pacientes con > 7 días de VM en quienes se prevea la necesidad de soporte ventilatorio por más de una semana.

MI experiencia laboral en ESSALUD comienza desde mayo del 2002 donde ingreso a laborar al hospital Hurtado Abadía en la Oroya, en el

servicio de hospitalización de diferentes servicios incluyendo UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva) posteriormente siendo rotada a la posta medica de San Cristóbal = ESSALUD en la compañía minera Volcán por necesidad de servicio atendiendo en la parte promocional, preventivo diagnóstico y recuperativo, realizando actividades diversas como atención en accidentes de trabajo dentro de la mina y superficie; tratamiento de enfermedades respiratorias, gastrointestinales, contusiones, atención de partos a esposas del personal minero realizando también actividades de primeros auxilios, suturas, curaciones, atención a pacientes poli contusos, hemorragias, fracturas, etc.

Luego de mi permanecía de aprox. 5 años en la posta medica San Cristóbal ESSALUD fui desplazada al hospital ESSALUD Huancayo la que se denominaba IPSS, llegando al servicio de medicina especializada trabajando ya en un turno asignado a cargo de 20 pacientes hospitalizados, a la ves también cubriendo como horas extras los servicios de endoscopia, fibrobronoscopias, servicio de traumatología, cirugía, etc. Posterior a ello fui rotada a medicina interna hospitalización de igual modo trabajando con 20 pacientes con múltiples patologías la mayoría de la tercera edad con grados de dependencia II, III, IV, pacientes postrados crónicos, traqueostomizados, con ventilación mecánica, con necesidad de aspiración de secreciones, etc. Mi rotación también se dio por el

servicio de oncología con la atención a mi cargo de 20 pacientes con tratamiento paliativo y cuidado oncológicos, conociendo más de cerca las quimioterapias, tratamiento del dolor, etc. Luego de pasar por este servicio me rotaron nuevamente al servicio de medicina la que contaba con 2 servicios: Medicina Especializada y Medicina Interna en las cuales trabaje siempre a cargo de 20 pacientes con el apoyo de un personal técnico, dichos pacientes se caracterizaban por sus patologías y cuidados de enfermería especiales que requerían, ya que eran pacientes que salían transferidos de UCI para continuar con su recuperación con todos los cuidados especiales requeridos o en su defecto esperar su deceso.

Luego el servicio de medicina fue creciendo debido a la demanda de atención. Viéndose obligada a contar con servicios de medicina especializada, medicina interna I, II y III tal es así que mi permanecía se centró específicamente a medicina especializada, un servicio que contaban con 20 pacientes hospitalizados, actualmente se atiende a 14 pacientes de cuidado con grados de dependencia II, III, IV con patologías diversas las cuales ingresan al servicio ya sea por consultorios externos, emergencia, UCI, incluidos pacientes traqueostomizados con necesidades múltiples de monitoreo constante con ayuda de monitores exclusivos para cada paciente, necesidad de aspiración de secreciones a demanda, cambios posturales, tomas de AGA o gases arteriales, control de balance

hidroelectrolítico estricto constante, así como cuidados especiales de enfermería en este tipo de pacientes siendo indispensable contar con vía aérea permeable para el intercambio gaseoso adecuado de este tipo de pacientes, así como aplicar conocimientos de asepsia, bioseguridad evitando infecciones cruzadas, identificando signos de alarma inmediatas favoreciendo así la recuperación del paciente.

La continuidad del contacto con estos pacientes en mi servicio las considero como parte de mi especialidad y el servicio de medicina especializada en la que laboro desde el 2007 hacen que me identifique con la especialidad que elegí de Enfermería Intensiva ya que contamos con los equipos similares a UCI y realizamos actividades similares.

El Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo – Junín fue inaugurado Un 8 de enero de 1990 se abren las puertas de este hospital como Instituto Peruano de Seguridad Social (ex IPSS). Actualidad es un nosocomio de alta complejidad y cabecera de red de 22 establecimientos de salud y centro de referencias de la macro región centro, brindando prestaciones de salud en los servicios de Servicios de Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, Centro Quirúrgico, y Centro Obstétrico y sus 14 especialidades: Medicina General, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología, Anestesiología, Cardiología, Gastroenterología, Urología,

Dermatología, Traumatología, Oftalmología, Radiología (Rayos X, Ecografía, Mamografía y Densitometría Ósea), Patología (Laboratorio), Medicina Física y Rehabilitación, Enfermería, Odontología, Obstetricia, Nutrición, Psicología, Farmacia y Tópico.

En cuanto a la infraestructura existen 8 habitaciones de hospitalización bipersonal y 2 habitaciones individuales para los pacientes que necesitan aislamiento invertido, corresponden a Medicina Especializada las habitaciones 301 (1 cama), 302 (1 camas), 303(2 camas A-B), 304(2 camas A-B), 305(2 camas A-B), 306(2 camas A-B), 307(2 camas A-B), 308 (2 camas A-B).

Debo resaltar la peculiaridad del servicio de Medicina especializada que cuenta con ambientes especiales unitarios para pacientes aislados o críticos y ambientes bipersonales provistos de monitores, tomas empotradas de oxígeno y de aspiración, camas clínicas, etc.

La ubicación de los pacientes es según su diagnóstico, necesidad de atención y grado de dependencia. El ingreso del paciente traqueostomizado crítico es admitido al servicio proveniente de transferencia interna del servicio de UCI, pocas veces de emergencia o consultorios externos; las condiciones por las que ingresan es para continuar con su manejo con su manejo en pacientes con buen pronóstico los que al recuperarse son dados de alta , otros pacientes son priorizados que ingresan para tratamiento paliativo y esperar su

deceso, estos pacientes generalmente tienen estancia prolongada las que a veces salen de alta voluntaria a solicitud de sus familiares para seguir sus cuidados en casa.

Al ingresar el paciente crítico traqueostomizado es ubicado en nuestros ambientes especiales que cuentan con tomas empotradas de oxígeno (flujómetro) y de aspiración (vacuómetro), con monitor de funciones vitales, este ambiente generalmente es unipersonal ubicado cerca a la estación de enfermeras, no descartando la posibilidad de una habitación bipersonal si existe mucha demanda de pacientes críticos.

Una vez recepcionado al paciente en el servicio lo valoramos íntegramente clasificando sus prioridades de atención, sus funciones vitales, observamos sus riesgos potenciales, si presenta úlceras por presión las anotamos en el cuaderno de eventos adversos, estado de sensorio para evitar riesgos de caída, se realiza la valoración de Dawton y Northon; se rotula el nombre completo del paciente, enfermedades crónicas, número de HCl, riesgo de caída al costado de la cama del paciente; se coloca el brazalete de identificación con datos completos. Se levanta barandales de la cama, se brinda apoyo emocional al paciente y consejería al familiar para apoyo en su recuperación, se brinda comodidad y confort indicando nuestra presencia en el cuidado de su salud identificándonos adecuadamente,

mostrando empatía en todo momento, se registra al paciente en el cuaderno de ingresos y control de historias clínicas. Es necesario considerar al paciente crítico traqueostomizado altamente potencial a complicaciones e infecciones, es importante los cambios posturales cada 2 horas para evitar UPP y si lo tuviera realizar las curaciones respectivas.

El mantener viable el intercambio gaseoso mediante la traqueostomía es de prioridad de la enfermera, evitando complicaciones, con las aspiraciones constantes a demanda.

La rutina del servicio comienza con el reporte del turno se valora el estado de higiene personal, control de funciones vitales, monitoreo en si, se realiza baño del paciente en cama, se coloca ropa del paciente, luego se realiza curación del estoma y cuidados de la traqueostomía en forma aséptica usando barreras de protección gorro, mandilón, mascarilla, se realiza aspiración de secreciones tanto por boca y tubo, se administra la dieta indicada por SNG, etc

Llegada la hora de la visita médica se coordina con personal médico respecto a su tratamiento el cual luego de evaluar al paciente prescribe el tratamiento farmacológico a seguir y los cuidados de enfermería respecto a la traqueostomía, alimentación, aspiración de secreciones, cambios posturales, curación de la estoma entre otros

consignados en la HISTORIA CLINICA las cuales son transcritas al KARDEX de enfermería con la que iniciamos la atención del paciente.

El horario de tratamiento en los pacientes se da 6am 12m 6pm, 12pma veces condicionales a dolor fiebre, etc. de acuerdo a la eventualidad que se presenta.

Luego de cumplir con la atención del paciente realizamos las anotaciones de enfermería en la historia clínica del paciente, el manejo del paciente traqueostomizado se realizaba en el servicio sin contar con guías de atención motivo por el cual se presentaban complicaciones en este tipo de pacientes críticos prolongando su estancia hospitalaria.

Actualmente el manejo de pacientes traqueostomizados están regidas por guías de atención las cuales han disminuido las complicaciones en este tipo de pacientes.

Durante la permanencia de 10 años de labor en dicho servicio debo resaltar que la evolución de los pacientes traqueostomizados depende de la enfermera, se ha podido observar complicaciones como infecciones, sangrado por aspiración de secreciones, obstrucción por acumulo de secreciones disfagia, por fistula traqueoesofágica, etc. Las cuales fueron superadas con cobertura antibiótica y tratamientos especiales reformulados llegando a recuperar al paciente acortando

su tiempo de hospitalización, considerando importante el apoyo de los familiares quienes recibían constantes consejerías para continuar con sus cuidados en casa.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS

Los datos obtenidos en el presente informe fueron procesados para la obtención de cuadros estadísticos en el programa Excel.

CUADRO N° 4.1

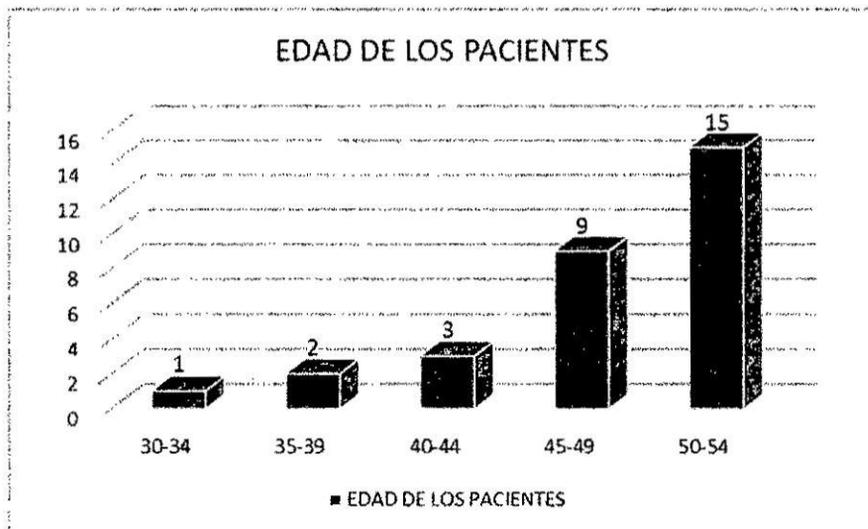
Edad de los Pacientes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
30-34	1	13,33%
35-39	2	20,00%
40-44	3	10,00%
45-49	9	50,00%
50-54	15	6,67%
TOTAL	30	100,00%

Fuente: Elaboración según ficha de observación.

GRÁFICO N° 4.1

Edad de los Pacientes



Interpretación:

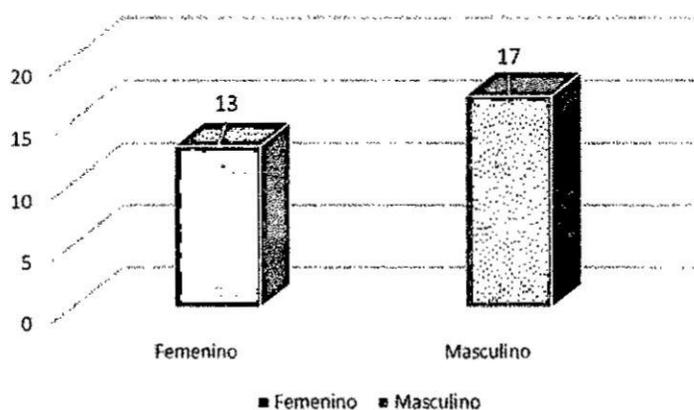
Según la tabla N° 03 y gráfico N° 01, de acuerdo a lo observado asumimos que el 50% de los pacientes tratados dentro del hospital, se encuentran entre las edades de 45 a 54 años, donde 9 pacientes constituyen las edades de 45 a 49 años y 15 pacientes de 50 a 54 años.

CUADRO N° 4.2
Sexo de los Pacientes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	13	43,33%
Masculino	17	56,67%
TOTAL	30	100,00%

Fuente: Elaboración según Ficha de Observación

GRÁFICO N° 4.2
Sexo de los Pacientes



Interpretación:

Según la tabla N° 04 y gráfico N° 02, de acuerdo a lo observado asumimos que el 56.67% (17 personas) de los pacientes son del sexo masculino, y el 43% (13 personas) son del sexo femenino.

CUADRO N° 4.3

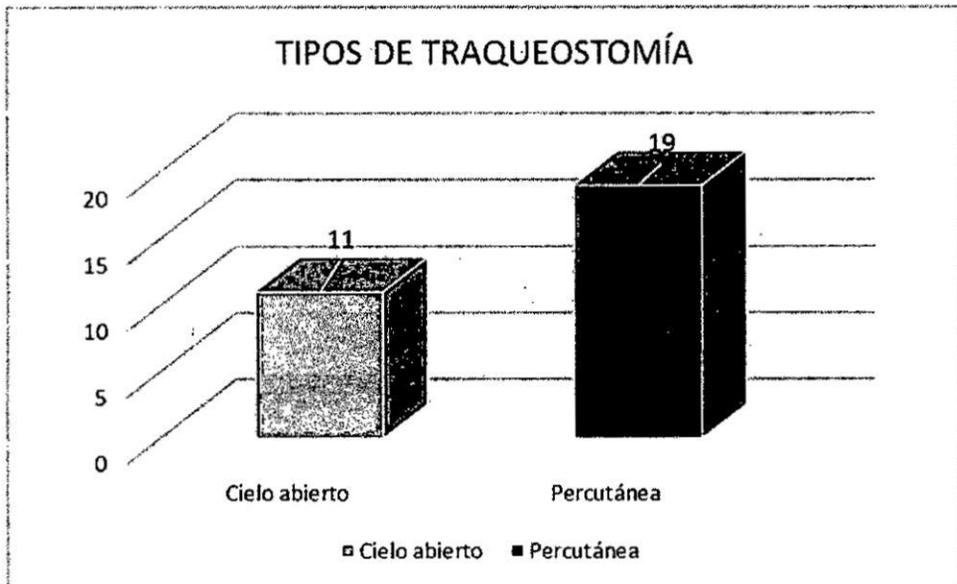
Tipos de Traqueostomía

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Cielo abierto	11	36,67%
Percutánea	19	63,33%
TOTAL	30	100,00%

Fuente: Informes operacionales de CRED del P.S

GRÁFICO N° 4.3

Deserción De CRED De Niño Menores De 1 Año En El P.S Miluchaca 2014-2016



Interpretación:

Según la tabla N° 05 y gráfico N° 03, de acuerdo a lo observado el 36.67% (11 personas) de los pacientes presentan el tipo de traqueostomía cielo abierto, y el 63.33% (19 personas) del tipo percutáneo.

CUADRO N° 4.4

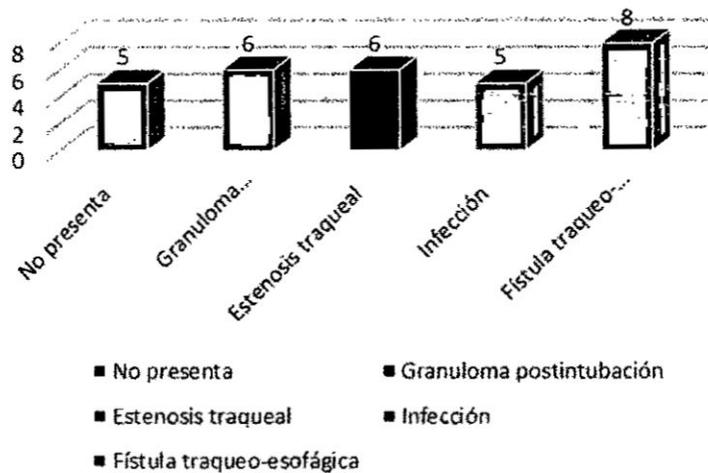
Complicaciones Tardías

Edad	Frecuencia	Porcentaje
No presenta	5	16,67%
Granuloma postintubación	6	20,00%
Estenosis traqueal	6	20,00%
Infección	5	16,67%
Fístula traqueo-esofágica	8	26,67%
TOTAL	30	100,00%

Fuente: Elaboración según ficha de Observación

GRÁFICO N° 4.4

Complicaciones Tardías



Interpretación:

Según la tabla N° 06 y gráfico N° 04, de acuerdo a lo observado existe variabilidad de los estratos es así que el 16.67% (5 personas) no presenta complicaciones, el 20% (6 personas) presenta Granuloma post-intubación, el 20% (6 personas) presenta Estenosis traqueal, y el 16.67% (5 personas) presenta Infección, el 26.67% (8 personas) presenta Fístula traqueo-esofágica.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES

a) Se ha descrito el caso clínico del paciente crítico traqueostomizado, los cuidados de enfermería, así como su tratamiento y evolución observados y abordados en la evaluación de enfermería. El plan de cuidados incluye el cuidado específico de la traqueostomía cuidado del estoma ,procedimientos asépticos a realizar durante el manejo del paciente incluyendo como base fundamental la aspiración de secreciones para facilitar el intercambio gaseoso esperado con dichas vías aéreas permeables valorando adecuadamente al paciente donde la educación y el apoyo realizado por enfermería fue una intervención que ocupó un papel importante en el manejo de pacientes en mención evitando infecciones cruzadas favoreciendo la pronta recuperación del paciente. El caso que se presenta es un paciente portador de traqueostomía donde se efectuaron todos los cuidados necesarios según el protocolo de atención del servicio de Medicina Especializada obteniéndose resultados positivos logrando recuperar a este paciente e integrándolo nuevamente a su entorno familiar y social.

b) Innovaciones – Aportes

Desde el punto de vista de mi experiencia ha sido de gran aporte para la enfermería considerando que es de suma importancia el uso

de guías o protocolos de atención en pacientes críticos traqueostomizados .tomando como esencial una valoración exacta del paciente buscando los problemas prioritarios, necesidades inmediatas y mediatas de este tipo de pacientes generalmente con grados de dependencia III o IV mejorando la calidad de vida de estas personas y haciendo un perfecto seguimiento en la recuperación total cumpliendo los objetivos plasmados en este presente informe. Esta experiencia deja caminos abiertos para continuar profundizando sobre el tema y para llevar a cabo futuros estudios con mayor valor estadístico que respalden el actuar de la Enfermera frente a pacientes traqueostomizados.

c) Limitaciones para el desempeño profesional

- Material insuficiente para el cumplimiento de actividades con el paciente gases, mascarillas, mandilones, guantes para no tener complicaciones.
- Aumento de la carga laboral en el cuidado de pacientes traqueostomizados.
- La poca colaboración del resto de profesionales
- Finalmente, las limitaciones para realizar el presente informe fue el tiempo por la sobrecarga de pacientes.

CAPÍTULO VI:

RECOMENDACIONES

- a) A Tener en cuenta que siempre que tengamos un paciente portador de una traqueostomía tendremos que tener material preparado para caso de urgencia en un lugar accesible y cercano al paciente; éste material sería:
- Cánulas de repuesto del mismo número de la que lleva y un número inferior.
 - Tijeras para poder cortar las cintas.
 - Tubo endotraqueal de tamaño inferior a la cánula
 - Aspirador
- b) Es importante que siempre que se haga el cambio de cánula se realice entre dos personas.
- c) El cambio de cánula normalmente se realiza cada 7 días, aunque a veces puede precisar menos días.
- d) Siempre que nosotros creamos conveniente realizar la cura lo haremos.

CAPÍTULO VII:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cusme Chinga, Xavier Alejandro. Traqueostomía: complicaciones y prevalencia en la uci del hospital Luis Vernaza año 2014-2015.
2. Carlos Hernandez A, Juan Pedro Bergeret V, Marcela Hernandez V. Traqueotomía: principios y técnica quirúrgica. Cuad. Cir. 2007;21:92-98. Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v21n1/art13.pdf>
3. García-Casillas Sánchez MA. Protocolo de cuidados de traqueotomía. [Internet]. Madrid: Hospital Infantil Gregorio marañón; 2014 [acceso el 24 de febrero de 2015]. Disponible en: http://mcmpediatria.org/sites/default/files/sitefiles/archivos_articulo_cirugia_pediatria/protocolo_traqueostomia.pdf
4. Schlegel San Martín G, Olivares Sánchez L, Molina Chailán P. Traqueostomías Percutáneas en UCI: Implicancias en el equipo de enfermería. Revista Chilena de Medicina Intensiva. 2013; Vol. 28(3): 147-152. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2013-3/pdf/4.pdf>
5. Basco Prado L, Fariñas Rodríguez S, Hidalgo Blanco MA. Revisión de la técnica y protocolo de enfermería en la realización de la traqueotomía percutánea. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y emergencias. 2010; 12:5. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2010/pagina5.html>
6. Palacios F, Vega A, Moreno M, Sorba N, Arias A, Zylinskei V. Protocolo de cuidados al paciente traqueostomizado. Notas de Enfermería. 2011; 17: 15-17. Disponible en:

[http://www.sanatorioallende.com/FILES/Archivos/docs/5%20Protocolo%20de%20cuidados%20al%20paciente%20traqueo stomizado.pdf](http://www.sanatorioallende.com/FILES/Archivos/docs/5%20Protocolo%20de%20cuidados%20al%20paciente%20traqueo%20stomizado.pdf)

7. Salcedo O, Frutos-Vivar F. Traqueotomía en pacientes ventilados: ¿para qué la hacemos? Rev. Med Intensiva. 2008; 32 (2): 91-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000200006
8. Gandía Martínez F, Martínez Gil I, Andaluz Ojeda D, Bobillo de Lamo F, Parra Morais L, Díez Gutiérrez F. Análisis de la traqueotomía precoz y su impacto sobre la incidencia de neumonía, consumo de recursos y mortalidad en pacientes neurocríticos. Neurocirugía. 2010; 21: 211-221. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732010000300002
9. Madero Pérez J, Vidal Tegedor R, Abizanda Campos M, Cubedo Bort M, Alvaro Sánchez R, Micó Gómez M. Traqueotomía percutánea en pacientes ventilados. Rev. Med Intensiva. 2007; 31 (3):120-125. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0210-56912007000300002&script=sci_arttext
10. Pérez E, Yañez R, Avilés E, Alarcon C, Weisse O, Curi Maximiliano et al. Traqueostomía percutánea en una unidad de cuidados intensivos. Rev Chilena de Cirugía.2011; 63 (4): 356-360. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262011000400004
11. De Leyn P, Bedert L, Delcroix M, et al. Tracheotomy: clinical review and guidelines. Eur J Cardiothorac Surg 2007; 32: 412-21.

12. Romero P, Carlos et al. Fiberoptic bronchoscopy assisted percutaneous tracheostomy: Report of 100 patients. Rev. méd. Chile [online]. 2008, vol.136, n.9 [cited 2015-05-22], pp. 1113-1120. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000900004&lng=en&nrm=iso
13. Climent Alcalá FJ, García Fernandez M, Villalobos Pinto E. Manejo y cuidados del niño con traqueostomía. Sepho. Disponible en: http://www.sepho.es/mediapool/120/1207910/data/Actualizaciones/Traqueostomia_Protocolo.pdf
14. Páez M, Buisán F, Almaraz A, Martínez-Martínez A, Muñoz F. Traqueotomía percutánea con la técnica de Ciaglia Blue Rhino®: un análisis crítico tras un año de experiencia. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2007; 52: 466-473. Disponible en: <https://www.sedar.es/vieja/restringido/2005/8/4.pdf>
15. Reiriz Palacios J. Sistema respiratorio: anatomía. Infermería Virtual. Colegio oficial enfermeras e enfermeros de Barcelona. 2014; Barcelona. Disponible en: <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/97/Sistema%20respiratorio.pdf?1358605430>
16. Manresa Ipresas F. Aparato respiratorio. Atlas del cuerpo humano. Medillust. Barcelona 2007; 10-16.
17. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Cuidados al paciente traqueostomizado. Documentación Sanitaria. 2014; PT-GEN-13. Versión 3: 1-15. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dcuidados_al_paciente_traqueostomizado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site

ANEXO 02

Protocolo

PROTOKOLO DE CUIDADOS AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

PROTOCOL, CARE OF TRAQUEOSTOMIZED PATIENT

Palacios, Fanny¹
Vega, Ana²
Morero, Mabel³
Sorbo, Noelia⁴
Arias, Annelia⁵
Zylinski, Vanesa⁶

Resumen:

El cuidado del paciente traqueostomizado debe cumplir ciertos objetivos imprescindibles para su atención segura y eficiente, minimizar los riesgos relacionados al procedimiento mismo y mantener la vía aérea despejada y libre.

El presente trabajo se desarrolla con el fin de aumentar la calidad en los cuidados de enfermería que se brindan a los pacientes con traqueostomía, basándonos en evidencias científicas y sistematizaciones del cuidado que redundan en seguridad para los pacientes y a la mejora de la práctica.

Palabras clave: Protocolo, Traqueostomía, Cuidados, Enfermería

Summary:

Care of the tracheostomized patients must meet certain objectives which are indispensable for its secure attention and efficiency, to minimize the risks related to the procedures and keep the airway clear and free. This work is developed in order to increase the quality of nursing care provided to patients with tracheostomy, based on scientific evidence and systematizations of the care that lead to safety for patients and to the improvement of clinical practice.

Key words: Protocol, Tracheostomy, Care, Nursing.

INTRODUCCION

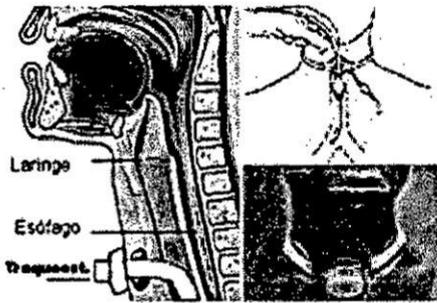
La traqueotomía es un procedimiento quirúrgico que permite la comunicación directa de la tráquea con el exterior a través de un "ostoma". Este orificio permite la colocación de una cánula, que al fijarla alrededor del cuello del paciente, permite el paso del aire o la conexión a equipos de ventilación mecánica, es allí cuando hablamos de "traqueotomía".

Si bien la traqueotomía es considerada un procedimiento eficaz, conlleva una agresión física y psíquica que afecta la integridad de la propia imagen de la persona e implica un cambio en su vida diaria. Es por ello que los cuidados de enfermería deben considerar planear actividades que atiendan la comodidad y seguridad del paciente.

El presente trabajo intenta determinar cuál es la mejor práctica para cuidar un paciente con traqueotomía, utilizando la evidencia basada en evidencia.

El cuidado del paciente traqueostomizado debe cumplir ciertos objetivos imprescindibles para su atención segura y eficiente: minimizar los riesgos del procedimiento y mantener la vía aérea despejada y libre de infecciones.

¹: Enfermera profesional del sector VIP, turno mañana, Sanatorio Allende
²: Enfermera profesional del sector VIP, turno mañana, Sanatorio Allende
³: Enfermera profesional del sector VIP, turno mañana, Sanatorio Allende
⁴: Enfermera profesional del sector VIP, turno mañana, Sanatorio Allende
⁵: Enfermera del sector VIP, turno mañana, Sanatorio Allende
⁶: Lic. En enfermería, Supervisora del sector VIP, turno mañana, Sanatorio Allende



Contexto institucional de desarrollo

Este protocolo está pensado para instalarlo en práctica en el área de internado general y sector VIP de una Institución privada de Córdoba capital, teniendo en cuenta que son pacientes de cuidado medio, y que han superado su estado crítico.

OBJETIVOS

- Mantener la vía permeable para facilitar el intercambio de gases.
- Eliminar las secreciones acumuladas en el área traqueo bronquial que el paciente no podrá eliminar espontáneamente.
- Mantener la zona limpia y evitar la infección perióstoma.
- Asegurar la humidificación y calentamiento del aire inspirado.

FUNDAMENTO

Para mantener la permeabilidad de vías aéreas se hace necesario en algunos casos la aspiración de secreciones. El principio básico es eliminar las secreciones sin compromiso de la función cardio-respiratoria del paciente y con un mínimo de trauma. La aspiración de secreciones por traqueotomía necesita de una técnica aséptica a fin de evitar las infecciones y minimizar los riesgos del procedimiento.

EQUIPO

1. Sistema, aparato de aspiración (central o portátil)
2. Sonda estéril para aspiración (k 32) y tubuladura de conexión.
3. Recipiente estéril con solución salina.
4. Guantes estériles
5. Jeringa de 5 ml con solución fisiológica
6. Toallas de papel

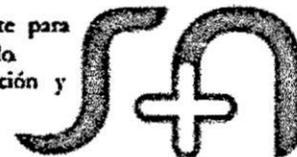
16 Año 11 - Volumen 17

7. Recipiente para desechos material
8. Ambú y fuente de oxígeno
9. Cánula traqueal del mismo número y una inferior.
10. Cinta de fijación



PROCEDIMIENTO

- Lavarse las manos antes de preparar el equipo
- Llevar el material y equipo a la unidad del paciente
- Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar
- Valorar signos vitales y condiciones del paciente.
- Observar la traqueotomía, coloración de la piel, facie, permeabilidad de la cánula y controlar la correcta sujeción de la misma.
- Colocar al paciente en posición semi fowler o supina. Tener en cuenta la posición más cómoda para cada paciente.
- Verificar la necesidad de oxígeno
- Hacer uso de alcohol en gel.
- Abrir el estuche de la sonda estéril, tubuladura de conexión y paquete de gasas.
- Colocarse los guantes, mantener en todo momento la mano dominante aséptica.
- Tomar la sonda con la mano dominante
- Con la otra mano conectar la tubuladura a la fuente de aspiración
- Introducir la punta de la sonda en el recipiente de solución salina y verificar la permeabilidad e intensidad de la aspiración.
- Solicitar al paciente, siempre que sea posible, que respire profundamente varias veces.
- Introducir suavemente la sonda sin aspirar, no más profundo que la longitud de la cánula
- Aspirar ocluyendo la boca de la sonda k 32, no más de 10 segundos
- Retirar en forma rotativa a medida que se aspira
- Purgar la sonda en el frasco de solución salina
- Repetir la operación si es necesario
- Descartar la sonda de aspiración y los guantes con las gasas en el recipiente correspondiente
- Cerrar la fuente de aspiración
- Asistir al paciente durante los episodios de tos: alcanzar toallas de papel.
- Examinar las características de lo aspirado, registrar.
- Ayudar al paciente para que se sienta cómodo
- Controlar respiración y

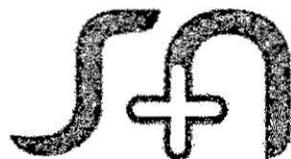


pulso.

- Reponer el material usado
- Lavarse las manos
- Realizar higiene bucal al paciente. Cuidar higiene ocular y nasal.
- Registrar las valoraciones que considere necesarias con respecto al procedimiento.

RECOMENDACIONES

- Lavado de manos.
- Controlar signos vitales y la salida de aire por la traqueotomía
- Controlar la capacidad del paciente de toser y eliminar secreciones espontáneamente. Estimular a que lo haga.
- Evaluar los sistemas para asistencia y seguridad del paciente.
- Tener en cuenta la posibilidad de ubicar al paciente en habitación cercana al estar de enfermería, con aspiración central y correcta iluminación.
- Educar al paciente y la familia para participar en su cuidado.
- No retirar la cánula externa en las primeras 48 a 72 horas.
- Valorar la necesidad de aspiración
- Usar siempre sonda estéril, una para cada aspiración.
- Si las secreciones son muy espesas, insular 3 ml de solución fisiológica con jeringa sin aguja por la traqueotomía y aspirar rápidamente.
- No aspirar más de 10 segundos.
- Los frascos con solución salina deben ser cambiados en cada aspiración.
- Siempre introducir la sonda sin aspirar y suavemente
- Atender las necesidades del paciente durante todo el procedimiento
- No se retire del lado del paciente hasta que compruebe que está cómodo y respira sin dificultad.
- Motivar al paciente para que tosa y expectore espontáneamente.
- Cambiar la cánula interna una vez por turno.
- Lavar con abundante agua y cepillo a los efectos de realizar una correcta higiene de su interior.
- Controlar la sujeción de la cánula de traqueotomía, considerar que debe pasar aproximadamente un dedo entre la cinta y el cuello del paciente. Cambiarlas cada vez que sea necesario (con ayuda si así lo requiere)



- Si hay expulsión o desplazamiento de la cánula, avisar al

médico de guardia, observar si el paciente respira (colocar la mano frente del ostoma). Tener el carro o bandeja con una cánula menor, otra igual y un tubo endotraqueal para su recanulación)

- Controlar la permeabilidad del ostoma (la entrada y salida de aire)
- La curación se realizará con solución fisiológica para remover las secreciones.
- Cortar la cinta de sujeción de la cánula a la medida del paciente. Tener en cuenta cinta hipoalergénica para evitar irritaciones en la piel, especialmente en niños pequeños.
- No se colocará gasa alrededor del ostoma
- Una vez por turno deben ser acondicionados los aparatos a utilizar.
- Se debe desechar el contenido del frasco colector, cada vez que se realice el procedimiento.
- El frasco colector debe tener un mínimo de nivel de agua.
- Avisar inmediatamente si se registra funcionamiento incorrecto del equipo, dejar debidamente anotado.
- Ante cualquier duda o urgencia, llamar al médico de guardia.
- Registrar la evaluación y las intervenciones realizadas en la hoja de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CRUZ COLCA, Javier B. Cuidados post traqueostomía. <http://www.uciperu.com/docs/traq.pdf>
2. SILVA, W. E., HUGHES J. Tracheotomy. In RIPPE J.M., IRWIN R.S., ALPERT J.S., FINK M.P. (eds): Intensive Core Medicine. Boston, Little, Brown, 2a ed., 1991, pg. 169-182.
3. TORRES E. S. Traqueostomía. Revista Residencia Médica. MedStudents
4. SZMUK P., EZRI T., EVRON S., et al. A brief history of tracheostomy and tracheal intubation, from the Bronze Age to the Space Age. Intensive Care Med 2008;34:222-8.
5. ENGELS Paul T. y col. Tracheostomy: from inserción to decannulation. Can J Surg, Vol. 52, No. 5, October 2009

ANEXO 03

Evidencias Fotográficas











ANEXO 04

Tablas y Gráficos adicionales

Tabla N° 07

Edad	2014		2015		2016	
	F	%	F	%	F	%
30 – 34	0	0.00%	0	0.00%	1	9.09%
35 – 39	1	10.00%	1	11.11%	0	0.00%
40 – 44	1	10.00%	1	11.11%	1	9.09%
45 – 49	4	40.00%	2	22.22%	3	27.27%
50 – 54	4	40.00%	5	55.56%	6	54.55%
TOTAL	10	100.00%	9	100.00%	11	100.00%

Gráfico N° 05

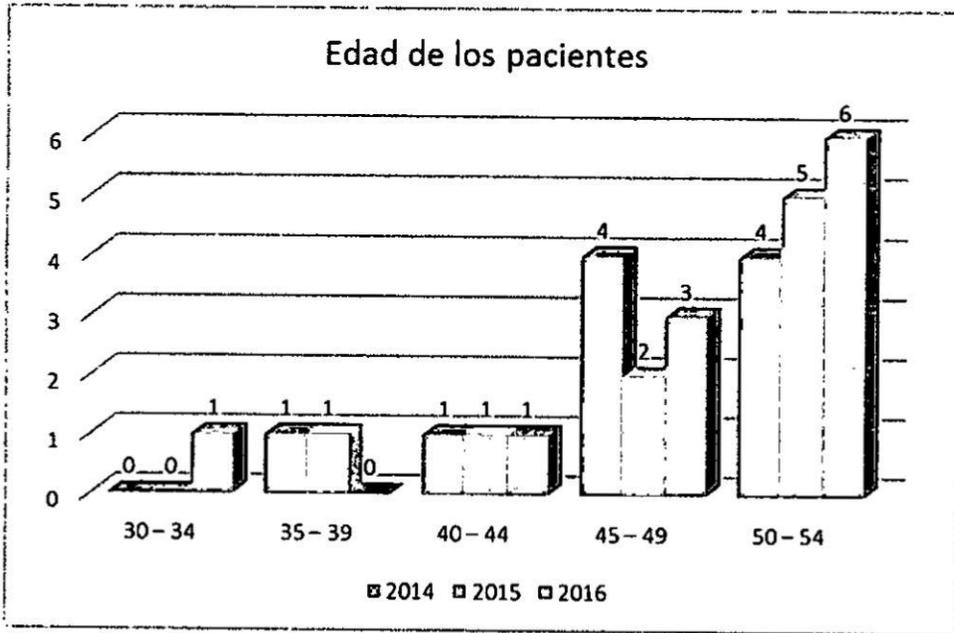


Tabla N° 08

Sexo	2014		2015		2016	
	F	%	F	%	F	%
Masculino	6	66.67%	7	63.64%	4	40.00%
Femenino	3	33.33%	4	36.36%	6	60.00%
TOTAL	9	100.00%	11	100.00%	10	100.00%

Tabla N° 10

COMPLICACIONES TARDÍAS	2014		2015		2016	
	F	%	F	%	F	%
No presenta	2	20.00%	1	10.00%	2	20.00%
Granuloma postintubación	3	30.00%	2	20.00%	1	10.00%
Estenosis traqueal	2	20.00%	2	20.00%	2	20.00%
Infección	1	10.00%	2	20.00%	2	20.00%
Fistula traqueo-esofágica	2	20.00%	3	30.00%	3	30.00%
TOTAL	10	100.00%	10	100.00%	10	100.00%

Gráfico N° 08

