

¡La traqueostomía es una intervención de vida! pero es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario

La traqueostomía está entre los procedimientos más antiguos que se conocen y es uno de los más utilizados en las unidades de cuidados intensivos, a su vez, es un procedimiento que genera aerosoles, por lo tanto, aumenta la exposición biológica al equipo de atención médica, para lo cual se requiere de un equipo de protección personal adecuado.¹ Es de vital importancia que se disminuya el riesgo de propagación del brote por COVID-19 a otros pacientes y trabajadores de la salud.² Todo esto sin dejar de lado la atención de calidad por parte del profesional de enfermería.

Existe un uso indiscriminado de las palabras traqueotomía y traqueostomía, la primera se define como la apertura quirúrgica en el segundo o tercer anillo de la pared anterior de la tráquea, y la segunda, es la apertura pero seguida de la fijación de una cánula con el objetivo de mantener la permeabilidad y garantizar su estabilidad.^{3,4}

La traqueostomía, se puede clasificar en dos tipos: la traqueostomía quirúrgica que consiste en la disección de los tejidos e inserción de la cánula en quirófano, y la traqueostomía percutánea donde se realiza disección roma de los tejidos pretraqueales, utilizando una guía por técnica de Seldinger a pie de cama del paciente. Es importante señalar que no existe evidencia que recomiende el uso de alguna técnica para reducir complicaciones.^{2-4,6}

Por otra parte, las cánulas pueden ser de plata, silicona y cloruro polivinilo (PVC), todas estas con o sin fenestración, así mismo, ser curvas o anguladas. Las primeras carecen del adaptador para integrarse al ventilador, aspecto limitante en urgencia; y las segundas, son termolábiles y se acoplan al ventilador mediante el puerto de adaptación universal.^{5,6}

Los pacientes que tienen traqueostomía pierden la capacidad de humidificar y calentar el aire inspirado, lo que condiciona, deshidratación del epitelio, aumento en la densidad de la capa de moco e incapacidad del aparato mucociliar para arrastrar las secreciones. Así mismo, existen alteraciones del reflejo tusígeno, mecánica de deglución, pérdida del PEEP, y por ende, incremento de atelectasia.^{5,6} Es por esto que el profesional de enfermería debe realizar intervenciones basadas en evidencia que le permitan al paciente restablecer su estado de salud, pero **¿cuáles son las intervenciones de enfermería dirigidas al paciente con traqueostomía?**

A partir de este cuestionamiento, se realizó una revisión sistematizada de la evidencia científica disponible en las bases de datos SciELO, CUIDEN, PubMed y LILACS con una delimitación de 5 meses en los idiomas español, inglés y portugués. Dicha búsqueda permitió constituir 6 dimensiones relacionadas con complicaciones a corto y largo plazo de los pacientes con COVID-19, donde sobresalieron alteraciones de tipo 1) indicaciones y contraindicaciones, 2) complicaciones, 3) intervenciones y 4) puntos críticos.

Indicaciones y contraindicaciones

El uso de la traqueostomía se encuentra indicado en los pacientes que requieren protección y acceso a la vía aérea para remover secreciones (pacientes con neuropatías), ventilación mecánica prolongada (15-20 días), obstrucción de la vía aérea superior, vía aérea difícil y reducción del espacio muerto para facilitar el destete ventilatorio.^{3,4,6,7,8,9}

Sin embargo, en pacientes con sospecha de COVID-19 las indicaciones se modifican conforme al protocolo de cada institución para garantizar la seguridad del paciente y personal de salud.^{10,11}

Por otra parte, se encuentra contraindicado en pacientes con trastornos de la coagulación, cuello corto (circunferencia del cuello < 46 cm, distancia entre el cartilago cricoides y la horquilla esternal < 2,5 cm), obesidad, glándulas tiroideas o istmo agrandados, infección de partes blandas en el cuello, incapacidad para la extensión cervical, presencia de vasos pulsátiles en la región, malignidad local, antecedente de cirugía cervical o de traqueostomía, antecedente de radioterapia en la región cervical (periodo < 4 semanas) y alta demanda ventilatoria (fracción inspirada de oxígeno > 0.7%, PEEP > 10 cmH₂O).³

Complicaciones secundarias al uso de traqueostomía

Este procedimiento no se encuentra libre de complicaciones durante y posterior al procedimiento, se ha reportado una incidencia del 0,3 y 3% cuando el procedimiento se realiza de forma electiva y entre el 20 y el 40% cuando se realiza en pacientes de alto riesgo, por ende, el profesional de enfermería debe detectar de manera oportuna signos de alarma como:⁶

- Inmediatas (< 24 horas) incluyen: fracaso en el procedimiento, embolismo aéreo, aspiración, hemorragia, neumotórax, lesión del cartilago cricoides, daño quirúrgico del esófago, nervio laríngeo o la cúpula pleural.^{3-8,12}
- Mediatas (día 1-7) se encuentran: neumotórax, neumomediastino, hemorragia, infección del estoma, ulceración del estoma, disfgia, decanulación

accidental, obstrucción de la cánula con secreciones, enfisema subcutáneo, laringotraqueal, fístulas traqueocutáneas/traqueoesofágicas, isquemia, broncoaspiración y abscesos pulmonares, traqueítis, traqueobronquitis, atelectasia, desplazamiento de la cánula.^{4-8,12}

- Tardías (> 7 días) son: neumonía, aspiración, disfgia, decanulación accidental, granulomas traqueales, traqueomalacia, estenosis necrosis y dilatación traqueal causadas por el uso inadecuado de la presión del balón.^{3-8,12,13}

Intervenciones del profesional de enfermería:

Es importante que antes de realizar cualquier intervención se debe hacer uso de precauciones estandar y del equipo de protección personal adecuado al procedimiento y tipo de paciente.

- Realizar aseo bucal de acuerdo con las políticas institucionales.¹²
- No retirar la cánula antes de 5 a 7 días (realizar cambio solo si existe daño en la cánula o se requiere cambiar el calibre de la misma).⁵ El cambio de cánula debe ser realizado por dos profesionales de la salud, este cambio se hace por 1ra vez a los 7 a 14 días de su colocación, y posteriormente, cada 30 a 90 días.^{5,7,8,12}
- Limpiar el estoma diariamente con solución salina al 0.9% con técnica de asepsia y antisepsia, para evitar infección o maceración de la piel.^{5-8,12} De acuerdo con normas institucionales cada 8 horas o antes si es necesario.
- Hacer uso de apósitos para traqueostomía y cambiar el cordón de fijación de la cánula una vez al día o cuando sea necesario. Se deben evitar lesiones en la piel por fricción o presión excesiva (verificar que el dedo índice pueda colocarse entre la nuca y la fijación de la cánula).^{5,8,12} En caso necesario hacer uso de ácidos grasos hiperoxigenados y lubricar constantemente la piel periférica al dispositivo.⁷
- Limpiar la endocánula con solución salina al 0.9% y cepillo exclusivo de la cánula, posteriormente sumergirla en glutaraldehído al 8.2% o agua oxigenada durante 15 a 20 minutos y retirar el exceso de desinfectante con solución salina antes de colocarla en la tráquea.^{5,7}
- Hacer uso de válvulas de fonación para mejorar la comunicación efectiva con el paciente y recuperar la función de las estructuras faringolaringeas secundario al aumento de la presión subglótica. En caso contrario usar lápiz y papel para mantener la comunicación.^{3,12,13}
- Mantener la presión del globo entre 20 – 30 mmHg. De acuerdo con normas institucionales corroborar al inicio y final del turno y realizar el registro en la hoja de enfermería.^{3,12}
- Nebulizar y preoxigenar al paciente previo a la aspiración para aumentar la eficacia de la aspiración y reducir complicaciones.¹¹
- Realizar la aspiración de secreciones previo a valoración clínica y detectar los siguientes signos o síntomas:^{5,8}
 - a) Roncus/Estertores en la auscultación de tráquea y tórax.
 - b) Deterioro en el nivel de saturación de oxígeno.²
 - c) Elevación de la presión pico durante la ventilación mecánica.
 - d) Incremento del trabajo respiratorio.
 - e) Secreciones visibles en el tubo traqueal.
 - f) Tiraje intercostal y subcostal, así como, aleteo nasal.
 - g) Somnolencia o intranquilidad.
- Garantizar hidratación, percusión, humidificación de la vía aérea, cambios de posición y posición semifowler para promover la eliminación de secreciones.^{8,12}

Puntos críticos:

- Realizar la aspiración de secreciones en menos de 15 segundos y a una presión entre 100-120 mmHg.^{6,8}
- No se recomienda instilar solución salina al 0.9% o mucolítico por traqueostomía, ya que aumenta la producción de secreciones y riesgo de infección.^{6,8}
- Valores > 30 mmHg en el balón, sobrepasan la presión de perfusión capilar en la mucosa traqueal aumentando el riesgo de isquemia y estenosis.⁵

Referencias bibliográficas



Para visualizar las referencias escanea o da clic en el código QR