

## 1. OBJETIVO

Estandarizar el procedimiento con el fin de evitar acciones inseguras o complicaciones durante el cuidado de los pacientes con traqueostomía garantizando de manera permanente los cuidados necesarios del estoma y la traqueostomía durante las actividades tales como la aspiración, higiene, curación y decanulación.

## 2. ALCANCE

Aplica para la sede Sur y la sede Norte de la Clínica Antioquia, para todos los pacientes con traqueostomía atendidos en la institución, inicia con la colocación de la traqueostomía y finaliza con la decanulación.

## 3. DEFINICIONES

Procedimientos que consisten en limpiar la cánula de Traqueostomía manteniendo la vía aérea permeable evitando sobreinfecciones traqueo bronquiales e igualmente mantener limpia el área de piel circundante, conservando la piel limpia y seca evitando infecciones asociadas.

- **Decanulación:** es el proceso de cierre de la Traqueostomía, cerciorándose de que el paciente respira normalmente a través de las vías aéreas superiores, sin necesidad de esta.
- **Traqueostomía:** es una técnica quirúrgica que permite la comunicación directa de la tráquea y vías respiratorias bajas con el exterior a través de un orificio practicado entre el segundo o tercer anillo traqueal. Este orificio también llamado “estoma” nos va a permitir la colocación de una cánula que al mantenerla fijada alrededor del cuello del paciente permitirá el paso del aire y/o la conexión a equipos de ventilación mecánica si fuera necesario.

## 4. NORMAS DEL PROCEDIMIENTO

### 4.1 INDICACIONES

- Mantener la vía aérea permeable por medio de una adecuada higiene.
- Evitar la obstrucción de la vía aérea.

- Evitar infecciones respiratorias.
- Mejorar la ventilación del paciente.
- Mantener el estoma en condiciones óptimas.
- Mantener limpia y evitar la infección periestomal.

#### 4.2 CONTRAINDICACIONES

Ninguna informada hasta el momento.

#### 4.3 MATERIALES Y EQUIPOS NECESARIOS

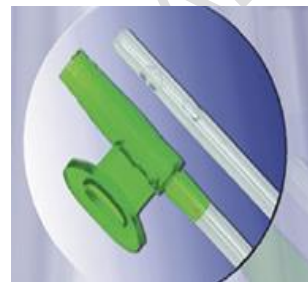
Insumos	Cantidad
Catéter de aspiración #14	1
Trachcare corto # 14 (pacientes en ventilación mecánica)	1
Guantes limpios y estériles	1
Jeringa de 5 o 10 ml	1
Suero fisiológico 50ml	1
Paquete de gasas	1
Hiladilla	1mt
Micropore	1
Equipo aspirador (líner – canister- vacuum de succión -tubo succión siliconado)	1
Elementos de protección personal	1
Hidrotrach	1
Mangueras corrugadas	1 mt
Nebulizador de alto flujo	1
Mascara de traqueostomía	1



1. Manguito
2. Línea de inflado
3. Neumatapongador
4. Válvula de inflado
5. Conector de la Endocánula
6. Sujetador de la cánula
7. Cuerpo de traqueostomía
8. Endocánula
9. Guiador-Obturador



Hidrotrach



Catéter de succión abierta



Máscara de  
Traqueostomía



Trachcare succión cerrada



Nebulizador de alto flujo

#### 4.4 RECOMENDACIONES

- No aspirar sin necesidad, si el paciente tose por sí solo.
- Respiraciones profundas entre una y otra succión.

- Aplicar succión sólo en forma intermitente en la retirada del catéter.
- Insertar el catéter suave hasta que sienta resistencia. En ese momento ocluir la válvula de succión y retirar el catéter suave.
- La sonda no debe ocluir más de la mitad del diámetro interno de la cánula.
- Presión de succión de 80 a 120 mmHg.
- Medir presión del manguito cada turno.

**Nota:** en ausencia de terapeuta respiratorio, personal de enfermería estará en la capacidad de realizar el procedimiento.

## 5. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

N°	Actividades esenciales para todos los procedimientos	Responsable
1	Explicar el procedimiento a realizar al usuario.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
2	Realizar lavado de manos según el protocolo.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
3	Aplicar todas las medidas de bioseguridad (guantes, gafas, tapaboca)	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
4	Registrar en historia clínica procedimiento.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería

N°	Actividades esenciales succión cerrada	Responsable
1	Preoxigenar los pulmones con Fio2 al 100%	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
2	Conectar el trachcare en T corto de aspiración al succionador.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
3	Instilar 5ml de solución salina si las secreciones son adherentes.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería

N°	Actividades esenciales succión cerrada	Responsable
4	Introducir el catéter al menos hasta la medida indicada de acuerdo al diámetro de la traqueostomía sin aspirar	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
5	Iniciar la aspiración al tiempo que se extrae el catéter girándolo lentamente, este paso no debe durar más de 10-15 segundos ya que puede causar hipoxia o estimulo vagal	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
6	Finalizar el procedimiento aspirando boca.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
7	Lavar con agua el tubo de succión siliconado de residuos de secreciones	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería

N°	Actividades esenciales succión abierta	Responsable
1	Explicar el procedimiento a realizar al usuario.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
2	Aplicar todas las medidas de bioseguridad (guantes estériles, gafas, tapaboca)	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
3	Colocar paciente semisentado	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
4	Conectar el catéter de aspiración (trachcare) al succionador.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
5	Preoxigenar los pulmones durante varios ciclos respiratorios profundos.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
6	Instilar de 3-5ml de solución salina si las secreciones son adherentes	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
7	Introducir el catéter de succión n: 14 al menos 10cm, sin colapsar el puerto que permite la aspiración.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
8	Iniciar la aspiración ocluyendo el puerto de succión al tiempo que se extrae el catéter girándolo lentamente, este paso no debe durar más de 10-15 segundos ya que puede causar hipoxia o estimulo vagal	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería

N°	Actividades esenciales succión abierta	Responsable
9	Oxigenar los pulmones del paciente durante varios ciclos para permitir la recuperación de la saturación de oxígeno	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
10	Finalizar el procedimiento aspirando boca.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería

N°	Actividades esenciales limpieza cánula interna de TQT	Responsable
1	Usar guantes estériles	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
2	Limpiar la cánula interna manteniendo técnica aséptica, uso de agua estéril. Si fuera necesario se puede hacer uso de una gasa envuelta en un aplicador, la cual se introduce dentro de la camisa para retirar las secreciones adheridas.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
3	Introducir nuevamente en la cánula externa del paciente	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería

N°	Actividades esenciales curación del estoma	Responsable
1	Explicar el procedimiento a realizar al usuario.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
2	Aplicar todas las medidas de bioseguridad (guantes, gafas, tapaboca)	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
3	Enjuagar el sitio del estoma con gasa humedecidas en agua estéril.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
4	Secar el área de la piel que rodea el sitio del estoma.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
5	Limpiar los orificios externos de la Traqueostomía.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
6	Colocar gasa debajo de la cinta de la cinta de fijación y de los orificios externos de la TQT.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería

N°	Actividades esenciales curación del estoma	Responsable
7	Colocar inmediatamente la cinta limpia y anude a lado y lado del cuello.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
8	Medir presión de manguito, no debe sobrepasar 25 mmHg	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería

N°	Actividades esenciales para colocación de hidrotrach	Responsable
1	Evaluar si el paciente cumple criterios para colocación y mantenimiento del hidrotrach	Médico tratante/Terapeuta Respiratorio
2	Colocar el dispositivo, con conexión directa a flujómetro, brindando el FiO2 requerido por el paciente	Terapeuta Respiratorio
3	Estar atento a si se aumenta la movilización de secreciones para cambio a mascara de traqueostomía	Terapeuta Respiratorio

N°	Actividades esenciales para conexión de nebulizador de alto flujo	Responsable
1	Evaluar si el paciente cumple criterios para colocación y mantenimiento del nebulizador de alto flujo	Médico tratante/Terapeuta Respiratorio
2	Colocar el dispositivo con conexión desde la máscara de traqueostomía con manguera corrugada hasta el puerto de entrada del nebulizador, el cual tiene el regulador donde se ajusta el FiO2 requerido por el paciente	Terapeuta Respiratorio

N°	Actividades esenciales Decanulación	Responsable
1	Evaluar que cumpla criterios de decanulación.	Médico- Terapeuta
2	Desinflar el manguito	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
3	Ocluir la traqueostomía con un tapón por 24 horas y evaluar tolerancia y signos de trabajo respiratorio.(si tolera las 24	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería

N°	Actividades esenciales Decanulación	Responsable
	horas continuas seguir con los pasos 4 al 9)	
4	O2 suplementario por Venturi	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
5	Explicar el procedimiento a realizar al usuario	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
6	Aplicar todas las medidas de bioseguridad (guantes, gafas, tapaboca)	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
7	Cortar fijación	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
8	Tras la eliminación de la cánula aplicar un apósito con gasa hermético en estoma traqueal.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
9	Dejar O2 por mascarilla Venturi	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería
10	El estoma se reducirá rápidamente luego de la decanulación, cerrándose espontáneamente.	Terapeuta Respiratorio/Personal de enfermería

N°	Actividades esenciales Alimentación vía oral	Responsable
1	Evaluar que cumpla criterios de inicio de la alimentación vía oral.	Médico
2	Si tiene sonda gástrica esperar de 4 a 6 horas para retirarla, garantizando la adecuada deglución y defensa de la vía aérea del paciente.	Personal de enfermería
3	Mantener siempre la higiene bucal para garantizar la palatabilidad de los alimentos (gusto).	Personal de enfermería/ Terapeuta Respiratorio
4	<b>Antes de la administración:</b> - Asegurar el equipo de aspiración. - Comprobar estado neurológico del paciente - Verificar el inflado del balón	Personal de enfermería/ Terapeuta Respiratorio



N°	Actividades esenciales Alimentación vía oral	Responsable
5	<p><b>Durante la administración:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recomienda empezar con pequeñas cantidades de agua con jeringa, para asegurarnos de la correcta deglución.</li> <li>- Mantener la cabecera elevada, e inclinar la cabeza levemente hacia adelante para permitir el paso de la alimentación.</li> <li>- En las primeras degluciones, se debe garantizar que la actividad sea realizada por personal de enfermería, vincular a la familia de manera gradual posterior a la verificación del conocimiento.</li> <li>- Administrar dieta supraglótica (líquidos con espesante).</li> </ul>	<p>Personal de enfermería/ Terapeuta Respiratorio</p>
6	<p><b>En caso de broncoaspiración con alimentos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspirar o retirar los alimentos que puedan quedar en la boca y fomentar la tos.</li> <li>- Aspirar a través de la cánula, para retirar la mayor cantidad de alimento del pulmón.</li> <li>- Asegurar que no haya restos de comida en la cánula fenestra.</li> <li>- Reportar el evento en la plataforma de seguridad del paciente: Almera.</li> </ul>	<p>Personal de enfermería/ Terapeuta Respiratorio</p>

## 6. INDICACIONES AL USUARIO


Para pacientes de alta con traqueostomía.

- Educar al paciente en el cuidado de la cánula: aprender a mantener limpia ésta, o en su defecto algún familiar deberá de hacerlo con el fin de evitar las infecciones.
- Es conveniente apoyar a los pacientes durante los primeros días ya que es sumamente difícil respirar a través del tubo traqueal; normalmente requieren de 1 a 3 días para adaptarse.
- Algo similar sucede con la fonación ya que de entrada no les es posible comunicarse, pero con entrenamiento y práctica, los pacientes aprenden a hacerlo.

- Hay que hacer conciencia en los pacientes que pueden llevar una vida normal y que casi inmediatamente pueden reanudar sus actividades diarias.
- Las medidas de seguridad que se deberán adoptar son: Evitar la exposición a aerosoles, polvos, agua, etc. Así mismo es conveniente que el orificio de la traqueostomía se cubra con alguna prenda suelta.

## 7. RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

N°	Riesgo	Barrera de seguridad
1	Estrechamiento del orificio ostomal: manifestado con: alteración signos vitales, distrés respiratorio, ansiedad, cianosis y sudoración profusa.	Colocar cánula lo más rápido posible. Hiperoxigenar. Tranquilizar al paciente. Tener a mano cánulas un n° mayor y menor del paciente. Control de la cinta de fijación para evitar posibles decanulaciones accidentales.
2	Desplazamiento de la cánula: manifestado con alteración signos vitales, distrés respiratorio, ansiedad, cianosis y sudoración profusa.	Evaluar la adecuada fijación de la Traqueostomía.
3	Infecciones: Irritación y picor local. Cambios aspecto secreciones, fiebre y alteración signos vitales.	Incrementar la ingesta de líquidos. Lavado higiénico de manos antes y después de cada técnica. Higiene adecuada de la cánula.
4	Bronco aspiración relacionado con emesis y manifestado con cianosis, alteración signos vitales, ansiedad y distrés respiratorio.	Colocar al paciente semifowler durante la ingesta de líquidos. Colocación de SNG si precisa, verificar ubicación Auscultación torácica para comprobar la entrada de aire.
5	Híper - hipopresión del manguito.	Medición de la presión del manguito cada 6 horas.

	<b>PROTOCOLO MANEJO DE PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA</b>	Código: E-GCC-T-024
		Versión: 003
		Fecha: Agosto 2019
		Páginas: 11 de 12

## 8. ESTRATEGIA DE SOCIALIZACIÓN

- Subir el documento en la plataforma documental del sistema de calidad para conocimiento de todo el personal involucrado en el procedimiento.
- A través de la plataforma virtual, se capacitará al personal de enfermería, al personal médico se hará a través de conversatorios durante los comités asistenciales.

## 9. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO

Se realizará evaluación de adherencia durante la socialización del protocolo, adicionalmente se aplicará el formato genérico de adherencia a protocolos **M-AHT-F-013**.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Berrouschot J, Oeken J, Steniger L, et al. (1997). (1997). "Perioperative complication of percutaneous dilational tracheostomy". Laryngoscope. 107(11): 1538 - 1544.
- Blackwood B (1999). "Normal saline instillation with ET suctioning: primum non nocere (first do no harm)". Journal of Advanced Nursing. 29 (4): 928 – 934. 6. 6
- Neumol Cir Torax, Vol. 73, No. 4, Octubre-diciembre 2014 Manejo integral del paciente con traqueostomía
- Pirez Diaz J, Espinel E, Rolle F, Castro J. 19 al 22 junio 2016 Alimentación segura en paciente con Traqueostomia. Valencia.

**10. CONTROL DE CAMBIOS**

<b>Versión</b>	<b>Fecha</b>	<b>Descripción</b>	<b>Elaboró</b>	<b>Revisó</b>	<b>Aprobó</b>
001	Enero 2015	Elaboración del documento.	Grupo de enfermería	Natasha Molina Vélez	Comité de calidad
002	Octubre 2018	Actualización del protocolo en cuanto a su estructura y contenido.	Coordinación de UCI	Coordinación Médica de UCI. Terapeuta respiratoria	Comité de Guías
003	Agosto 2019	Se incluye las actividades esenciales de la alimentación vía oral.	Coordinación de UCI	Coordinación Médica de UCI. Jefe de Seguridad del paciente.	Comité de Guías