

SK-002 NORMAS PARA EL SEGUIMIENTO DE DECANULACIÓN DE CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA

ORIGEN: Área de Kinesiología

FECHA DE REDACCIÓN: 14/03/2012

FECHA DE REVISIÓN:

FECHA DE APROBACIÓN: 25 SET. 2012

DEFINICIÓN:

La **traqueostomía** es un acto quirúrgico mediante el cual se practica una apertura en la tráquea a través del cuello y en la cual se coloca un tubo para mantener una vía aérea permeable además de permitir la extracción de secreciones de los pulmones. Esta técnica está indicada en aquellos casos en lo que se requiere tener una vía aérea disponible, sea porque las naturales se encuentran obstruidas o seriamente lesionadas. Algunas de sus indicaciones son las lesiones severas del cuello o de la boca, inhalación de material corrosivo, humo o vapor, pérdida del conocimiento o coma por largo tiempo, parálisis de los músculos de la deglución y anomalías hereditarias de la laringe o de la tráquea.

La traqueostomía es uno de los procedimientos más comunes que se realizan en una unidad de terapia intensiva y uno de los más antiguos, ya que su empleo se remonta a unos 3.500 años. Las ventajas incluyen el confort del paciente, la seguridad, la capacidad para comunicarse y mejor cuidado oral y de la vía aérea. Una de las ventajas propuestas de la traqueostomía es la de facilitar el destete de la ventilación mecánica. Y tal como lo muestra la experiencia diaria, muchos pacientes que no progresan a la extubación, en ocasiones se destetan temprano luego de la traqueostomía, ya que esta reduce el espacio muerto, hay menor resistencia etc.

La decanulación es el proceso de cierre de la traqueostomía, cerciorándose de que el paciente respire normalmente a través de sus vías aéreas superiores, sin necesidad de aquélla.

Para poder llevar a cabo el cierre de la traqueostomía, deben darse los siguientes criterios:

1. El problema original por el cual se realizó la traqueostomía tiene que haber sido resuelto o mejorado.
2. Con la obstrucción temporal de la cánula de traqueostomía permite que la respiración continúe adecuadamente a través de la glotis.
3. La vía aérea entera (nariz, boca, faringe, laringe y árbol traqueobronquial), debe ser evaluado para valorar si está funcionando correctamente para cubrir las necesidades respiratorias del paciente.
4. El paciente debe tener capacidad para expectorar. Se evalúa a través de la PEMAX, presión espiratoria máxima, la cual permite inferir la capacidad tusígena y resulta adecuado un valor de 60 cm H₂O, requiriendo como mínimo 30 cm H₂O.

El procedimiento consta de los siguientes pasos:

1. Desconexión de la ventilación mecánica.
2. Probar la tolerancia a la respiración espontánea.
3. Destete progresivo de la cánula. Desinflado de balón, blue test y oclusión de cánula.
4. Retirada completa de la cánula para restablecer la respiración por la vía aérea natural

OBJETIVO GENERAL:

Mediante la implementación de la normativa de decanulación buscamos igualar criterios, mejorar la calidad de atención, eficiencia y eficacia.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Utilización del flujograma de atención y destete de traqueostomía aplicable en nuestro hospital siguiendo un mismo criterio en todas las áreas, permitiendo reducir los días de internación.
- Analizar etapas de decanulación según diferentes patologías siguiendo protocolos creados específicamente.

JUSTIFICACIÓN:

La decanulación permite recuperar la función respiratoria por vía aérea superior, disminuyendo los riesgos de infección por la presencia de la vía aérea artificial.

Mejora la calidad de vida del paciente.

Disminuye los costos hospitalarios.

ÁMBITOS DE APLICACIÓN : UTIA , UCIA, UCO, RCV

RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN: Personal profesional del área de rehabilitación y kinesiología.

INDICACIONES:

- Estabilidad de la causa de la traqueostomía.
- Buen estado de conciencia.
- Presencia de reflejos protectivos de la vía aérea.
- Tos espontánea efectiva.
- Escasa movilización de secreciones.
- Control de la función deglutoria.
- No evidencia de broncoaspiración.

CONTRAINDICACIONES:

- Signos de dificultad respiratoria.
- Imposibilidad de uso de vía aérea superior.
- Infección del ostoma.
- Traqueítis.
- Obstrucción de Vía aérea superior (granuloma, estenosis, pólipos, etc.)
- Ansiedad.

PROCEDIMIENTO:

Personal, equipos e insumos necesarios

▣ **Recursos humanos:**

- ▣ Kinesiólogo

Enfermero

▣ **Recursos materiales:**

- ▣ Tapón de decanulación.
- ▣ Guantes estériles y guantes limpios.
- ▣ Equipo y material para aspiración.
- ▣ Jeringa de 10 ml o tijera.
- ▣ Gasas estériles.
- ▣ Suero salino al 0.9 %.
- ▣ Antiséptico.
- ▣ Fuente de oxígeno.
- ▣ Saturómetro.
- ▣ Kit de traqueostomía por eventual fracaso en la decanulación.

TÉCNICA

El proceso de decanulación se puede realizar de dos maneras, por primera o por segunda intención. En ambos casos la eficacia del cierre de la traqueostomía se debe evaluar por un ensayo previo con tapón de decanulación.

El procedimiento en sí se lleva a cabo de la siguiente forma:

1. Higiene de manos (ver Norma AI-005).
2. Explicación de la actividad al paciente y su familia (a los padres en casos de pacientes pediátricos).
3. Monitorización: vigilancia permanente, saturometría continua, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, TA, disnea y evaluación de signos de dificultad respiratoria o de intolerancia al gusos de los procedimientos realizados..
4. Colocación del paciente en posición de semifowler (30°), aspirando la nasofaringe y a través de la cánula de traqueostomía por si existiesen secreciones.
5. Desinflar el manguito traqueal con la jeringa.
6. Colocación del tapón de decanulación, observando al paciente para detectar signos de dificultad respiratoria.
 - Si el paciente tolera el taponamiento durante 24 horas y la tos es eficaz, se retira la cánula de traqueostomía, limpiando posteriormente el ostoma.aproximar los bordes y realizar cura oclusiva con gasas estériles . El cierre del ostoma traqueal por segunda intención suele producirse en un lapso de entre unas horas y 8 a 10 días.
 - Si el paciente no tolera la oclusión durante 24 horas se debe retirar el tapón, aspirar a través de la cánula, conectar a la fuente de oxígeno e informar al médico. En estos casos puede ser necesaria la reducción del calibre de la cánula de traqueostomía o colocación de una cánula fenestrada y repetir las maniobras hasta lograr la decanulación.

COMPLICACIONES DEL PROCEDIMIENTO:

A pesar del ensayo previo a la decanulación, algunos pacientes desarrollan problemas que pueden ser:

1. El aumento del espacio muerto al cerrar la traqueostomía, con lo que aumentan los requisitos de oxígeno y el trabajo respiratorio.
2. Broncoespasmo.
3. Estrechamiento traqueal sobre el ostoma, que es el factor más comúnmente asociado a problemas de decanulación, presentando varias etiologías entre las que se encuentran:
 - A. Granuloma que puede evidenciarse por medio de la fibrobroncoscopía.
 - B. Desplazamiento de una membrana de tejido fibroso sobre el ostoma o la pared traqueal anterior.
 - C. Traqueomalacia o debilitamiento de la pared traqueal.
4. Movimientos reducidos de las cuerdas vocales.
5. Persistencia de trayecto fistuloso tras la decanulación.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y REVISIÓN:

ANEXO: ALGORITMO DE EVALUACIÓN DE DECANULACION

BIBLIOGRAFÍA:

- CAVIEDES I.: Insuficiencia Respiratoria y Mecanica ventilatoria. Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2000.
- HUFORD WE, BIGATELLO LM *et al* (ed.): Massachussets General Hospital. Cuidados Intensivos. 3ª ed. Madrid: Marbán. S.L.; 2001.
- KERSTEN LD. (Ed.): Comprehensive respiratory nursing: A decision making approach. Toronto (1998): W.B. Saunders Company.
- Comisión de Protocolos de la Junta de Enfermería y Unidad de Formación Continuada: Cuidados de traqueostomía. HU Virgen del Rocío, Sevilla, España. En http://www.enferpro.com/ttraqueostomia_.htm Webmaster: Torné Pérez E. (consultado el 1/08/2012).
- COFFIN S, KLOMPAS M. *et al*: Strategies to prevent ventilator-Associated pneumonia in acute care hospitals. *Infect Control and Hosp Epidem.* Octubre 2008, vol 29, suppl. 1. pp S31-S40.
- NEDER JA, ANDREONI S, LERARIO MC, NERY LE.: Reference values for lung function tests. II. Maximal respiratory pressures and voluntary ventilation. *Brazilian J Med and Biol Res* (1999) 32:719-727.
- RUMBAK MJ, NEWTON M, TRUNCALE T, *et al*.: A prospective randomized study comparing early percutaneous dilational tracheotomy to prolonged translaryngeal intubation (delayed tracheotomy) in critically ill medical patients. *Crit Care Med* 2004 Aug;32(8): 1689-94. Erratum in *Crit Care Med* 2004 Dec;32(12): 2566.

Lic. TENASCZUK KARINA A.
Kinesióloga Fisiatra U.B.A.
1641/M.N. 4954

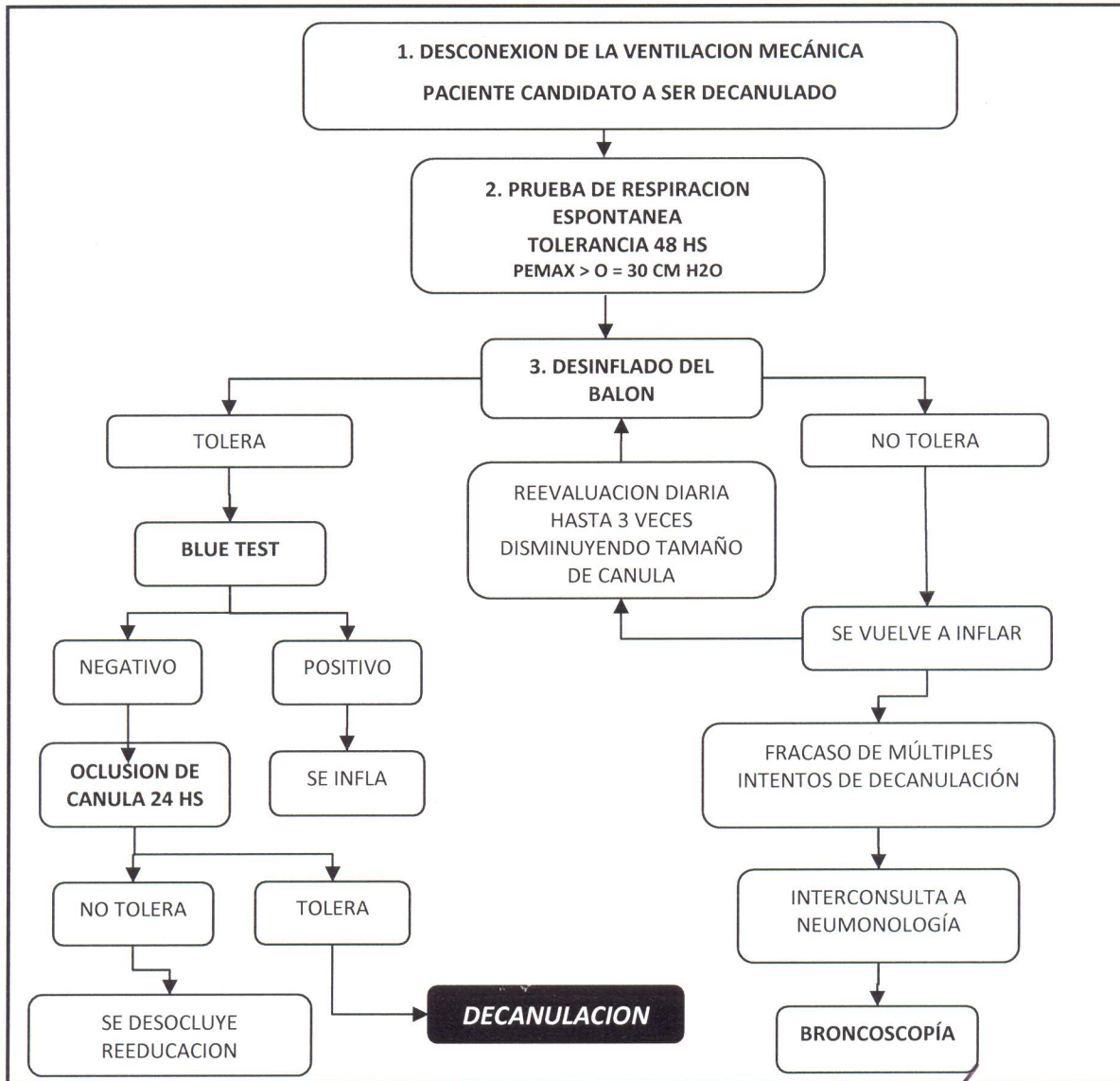
Lic. KRZYSZKOWSKA KARINA
MN 3183

Bernardini Monica
MN 8000 MP 3717

Caro y Ochoa
MP 4675

CARDINA BOBIS
MP 4173

ANEXO: FLUJOGRAMA



*Lic. KRZYZOWSKI KARINA
MP 3183*

*Lic. TENASCZUK KARINA A.
MP 4173*

Lic. TENASCZUK KARINA A.
Kinesióloga Fisiatra U.B.A.
MP 1641 M.N. 4954

*Amalio Medina
Dirección Ejecutiva
Hospital El Cruce*

*Bernardino, María
MP 3177
MP 3177*

MP 4675

MP 4956

Dr. RICARDO A. OTERO
Responsable Área Calidad
Hospital EL CRUCE