¡Déjanos ayudarte!

Guía de cuidados al alta para pacientes con traqueotomía

Consulta de Enfermería de Laringuectomizados y Traqueotomizados (CELT). Servicio de Consultas Externas ORL. Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena (Murcia).

© Hospital General Universitario Santa Lucía
© María Dolores Calvo Torres et al.
ISBN (edición impresa): 978-84-945433-5-7.
D.L.: MU 1113-2016
1ª Edición Septiembre 2016
Impreso en España / *Printed in Spain*
Edita: Hospital General Universitario Santa Lucía y Compobell, S.L.

Impresión de la obra patrocinada por 3M.
Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Guía de cuidados al alta para pacientes con traqueotomía

Hospital General Universitario
Santa Lucía

Science.
Applied to Life.™

AUTORES

María Dolores Calvo Torres

Enfermera de la Consulta externa del Servicio de ORL del Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena

Rosa Clavel Cerón

Enfermera de la Consulta externa del Servicio de ORL del Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena

Mª José Luque Martínez

Enfermera de la Consulta externa del Servicio de ORL del Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena

José Antonio Subiela García

Enfermero Responsable de Formación, Docencia e Investigación del Área VIII de Salud (Mar Menor)

Teresa Roldán Chicano

Enfermera Mentora del Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena

Javier Rodríguez Tello

Enfermero Mentor del Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena

Ana Mª Cayuela García

Enfermera y Dietista del Servicio de Endocrino y Nutrición del Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena

Antonio Tomás Ríos Cortés

Fisioterapeuta del Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena

Ana Mª Cegarra González

Trabajador Social del Hospital General Universitario Santa Lucia de Cartagena

Juan Antonio Blázquez Soto

Enfermero del Centro Ocupacional Dr. Julio López Ambit del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS) de Murcia

A todos los pacientes portadores de cánula y sus cuidadores.

JUSTIFICACIÓN

Cuando el alta hospitalaria está próxima en los pacientes portadores de cánula, las enfermeras de la consulta comenzamos con el proceso de educación para la salud en autocuidados tanto para el paciente como para sus cuidadores.

La guía de cuidados al alta para el paciente portador de cánula es una herramienta que sirve como apoyo a la información y a la educación para la salud transmitida de forma verbal por el personal de la consulta de enfermería de laringuectomizados y traqueotomizados (CELT) de las Consultas Externas del Servicio de ORL del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena.

Desde un abordaje multidisciplinar esta guía responde a las dudas presentadas por los pacientes y sus cuidadores al tener que enfrentarse a una nueva forma de vida.

Se han elaborado dos guías de cuidado al alta: una para pacientes con traqueotomía y otra para pacientes con laringuectomía total (pacientes traqueostomizados).

El hecho de disponer de estas guías tiene como beneficios:

a) Permitir que puedan ser consultadas en cualquier momento reforzando lo aprendido y recordando detalles importantes que puedan haberse olvidado o haber pasado desapercibidos.

b) Evitar la aparición de complicaciones, sus consiguientes riesgos y reingresos hospitalarios innecesarios.

c) En definitiva, mejorar la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores.

Índice

1.-Introducción	11
2.-¿Qué es una traqueotomía?	11
3.-¿Cuándo es necesaria?	12
4.-¿Cuánto tiempo tendré el estoma?	12
5.-¿Cómo será mi respiración?	12
6.-¿Podré hablar?	13
7.-¿Cómo es una cánula y para qué sirve?	13
8.-¿Todas las cánulas son iguales?	14
9.-¿Qué cánula llevaré yo?	15
10.-¿Cómo se limpia la cánula?	16
11.-¿Cómo se cuida el estoma?	17
12.-¿Cómo puedo evitar los tapones de moco?	18
13.-¿Qué material debo tener en casa?	19
14.-¿Cómo serán a partir de ahora mis cuidados personales?	20
15.-¿Debo seguir alguna dieta especial?	21
16.-Soy portador de sonda de gastrostomía (PEG). ¿Qué debo saber?	21
17.-Tengo dificultad para tragar ¿qué puedo hacer?	22
18.-Tengo dificultad para dormir ¿cómo podría solucionarlo?	22
19.-¿Cómo será mi vida social a partir de ahora?	23
20.-Voy a recibir tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia ¿qué debo saber?	23
21.-Signos de alarma por los que debe consultar o acudir a la consulta de ORL	24
22.-En caso de una emergencia acudirá a urgencias del hospital o avisará al 112 según la gravedad	24
23.-RECUERDE QUE ES MUY IMPORTANTE	25
PRIMEROS AUXILIOS EN UN PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO	26
TELÉFONOS QUE PUEDEN SER DE SU INTERÉS	29
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	30

GUÍA DE CUIDADOS PARA PACIENTES CON TRAQUEOTOMÍA

1.-Introducción

Si usted ha sido operado y es portador de manera temporal o permanente de una cánula de traqueotomía es importante que adquiera autonomía en sus autocuidados. Con esta guía pretendemos darle una información lo más completa posible para que usted y su familia puedan comprender mejor su enfermedad, conozcan cuáles serán los nuevos cuidados que tendrá que incorporar en su vida diaria, ayudarles a sentirse seguros y puedan vencer las dificultades.

Por si fuera necesario se le facilita el teléfono 968128600 (Extensión: 951255) de contacto con la Consulta de Enfermería CELT cuyo horario es de Lunes a Viernes de 8:00 a 15:00 horas.

2.-¿Qué es una traqueotomía?

Es una intervención quirúrgica que consiste en realizar un pequeño orificio en el cuello, para comunicar la tráquea con el exterior y permitir la entrada de aire a los pulmones. A este orificio se le denomina estoma o traqueostoma (Figura 1).

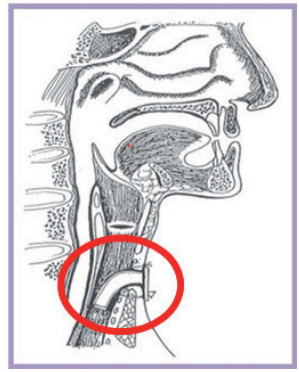

Figura 1. Traqueotomía con cánula en tráquea a través del estoma.

Para asegurar la comunicación creada entre la tráquea y la piel y para que no se cierre, deforme ni obstruya, se le colocará un pequeño tubo llamado cánula.

3.-¿Cuándo es necesaria?

La traqueotomía está indicada siempre que exista una obstrucción de las vías aéreas superiores (el trayecto desde la faringe hasta la tráquea). Podrían ser causas de obstrucción: inflamaciones severas, infecciones, atragantamientos con alimentos o cualquier objeto que tape la vía aérea superior, parálisis de cuerdas, tumores (laringuectomía parcial y cordectomía), traumatismos graves en la laringe, enfermedades neurológicas, en casos de intubación y/o ventilación asistida prolongada (habitualmente en la UCI) y en algunos casos con tratamiento de radioterapia[1].

4.-¿Cuánto tiempo tendré el estoma?

Las traqueotomías pueden ser transitorias o permanentes[2]. Su caso siempre será estudiado de una forma personalizada y podrá cerrarse cuando desaparezca o se solucione la lesión causal. No se preocupe por su traqueotomía, lo más importante es que respire normalmente sin problemas de ahogo.

5.-¿Cómo será mi respiración?

La tráquea es un órgano que interviene en el proceso de la respiración por el que el aire que respiramos pasa a través de la nariz y la boca a la faringe, laringe y de la tráquea a los pulmones.

A partir de la intervención de traqueotomía la mayor parte del aire pasará por la cánula directamente hacia los pulmones. Dependiendo de la severidad de la patología puede que todo el aire que llegue a sus pulmones sea exclusivamente el que pase a través de la cánula.

Al no pasar por la nariz, el aire no es calentado y humidificado por lo que llegará más seco y frío a los pulmones, además la incisión y la colocación de la cánula modifican la morfología y el funcionamiento normal de la tráquea produciendo una mayor cantidad de secreciones que tendrá que expulsar a través de la cánula.

Por todo ello, mientras se adapta a la traqueotomía y a la cánula, podrá tener golpes continuos y fuertes de tos.

6.-¿Podré hablar?

Sí, podrá hablar puesto que no le han quitado las cuerdas vocales, aunque según la intervención practicada su voz será más o menos parecida a la que tenía antes de ser intervenido. Para poder hablar necesitará una válvula fonatoria que se adapte a su cánula o bien tapar (con un tapón o en su defecto con el dedo) el orificio de la cánula[1].

Durante los primeros días después de la intervención no deberá hablar hasta que se le indique. En esos días para facilitarte la comunicación tendrá que utilizar una pizarra con rotulador, hojas con dibujos (pictogramas), papel y lápiz, una tablet, un teléfono móvil[3], etc.

7.-¿Cómo es una cánula y para qué sirve?

Tal y como le hemos dicho anteriormente la cánula es un tubo que sirve para garantizar la vía de comunicación entre la tráquea y el exterior para poder respirar y para que el orificio o estoma no se deforme ni se cierre.

La cánula consta de tres partes o piezas (Figura 2):

- **Cánula externa**. Es la que se introduce dentro del estoma (apertura en el cuello que comunica con la tráquea) para que no se cierre y que permite respirar. Lleva un reborde con dos agujeros (aletas de fijación) para introducir la cinta de sujeción al cuello (donde normalmente aparece el número del tamaño de la cánula que usted lleva).
- **Fiador**. Sirve para ayudar a introducir la cánula externa a través del estoma (no todas las cánulas tienen fiador).
- **Cánula interna también llamada, camisa o macho**. Es la parte que se introduce dentro de la cánula externa y sirve para evitar que se obstruya por las secreciones por lo que es muy importante la limpieza y mantenimiento de esta pieza[2-5].

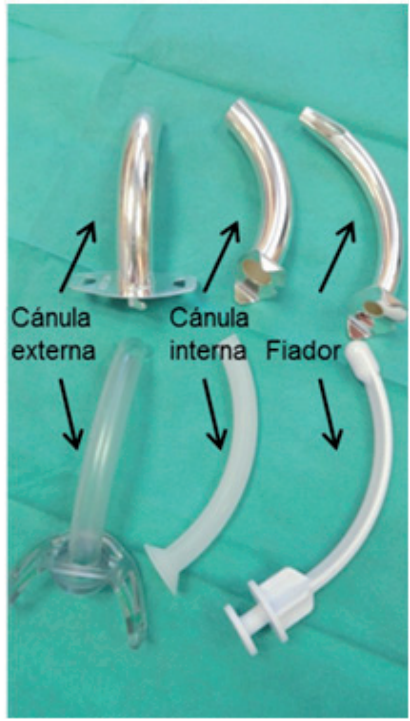

Figura 2. Cánula externa, cánula interna y fiador (de izq a dcha) de plata (arriba) y de PVC (debajo).

8.-¿Todas las cánulas son iguales?

No, en el mercado existen diferentes tipos de cánulas en función de los materiales con los que son fabricadas pudiendo encontrar fundalmentalmente cánulas de plata, de poliuretano (PVC) y de silicona. Los tamaños de las cánulas varían tanto en longitud como en diámetro. También pueden ser fenestradas (Figura 3) y no fenestradas y pueden llevar o no balón de neumotaponamiento (Figura 4). El tipo de cánula se selecciona en función de las necesidades de cada persona[1,2,4,6].

Figura 3. Cánula externa y cánula interna con fenestración y fiador .

Figura 4. Cánula externa con neumotaponamiento, cánula interna sin fenestración y fiador.

9.-¿Qué cánula llevaré yo?

Será la que mejor se adapte a sus necesidades y características: tamaño del estoma, grosor del cuello, tipo de respiración y de fonación, etc. En nuestro medio la más utilizada es la de PVC y sus fabricantes aconsejan cambiarla por otra nueva cada 28-30 días[7]. Es frecuente que el estoma se cierre durante el cambio de la cánula por lo que esta técnica debe ser realizada por el personal de enfermería en la consulta CELT y para ello será citado mensualmente.

Estas cánulas de PVC pueden tener diferentes accesorios (Figuras 5 y 6):

- (1)Anilla de fijación → solo si necesita mucho flujo de aire; para poder hablar tendrá que taparla con el dedo.

- (2)Tapa de anti-tos → Hay que colocar la apertura hacia abajo para permitir que salgan las secreciones con facilidad. Para poder hablar tendría que taparse esa apertura con el dedo.
- (3)Válvula fonatoria→ se utiliza para poder hablar cuando no es posible llevar el tapón cerrado; durante la inspiración la membrana de la válvula se abre y el paciente puede hablar.
- (4)Tapa de sellado de habituación (tapón cerrado) → se coloca cuando es capaz de respirar por boca-nariz pero si en un momento requiriese respirar por la cánula se podría retirar; con el tapón cerrado puede hablar sin problemas.
- (5)Conector 15 mm → es una pieza necesaria para poder adaptar la cánula a un respirador o a un sistema de oxígeno en T; es importante llevarla siempre a mano ante una emergencia.

Figuras 5 y 6. Diferentes cánulas de PVC con sus accesorios. De izquierda a derecha en la parte superior (1.-anilla de fijación, 2.-tapa anti-tos, 3.-válvula fonatoria y 4.-tapón cerrado). En amarillo a la derecha y en blanco a la izquierda (5.-conector de 15 mm).

10.-¿Cómo se limpia la cánula?

La enfermera de la consulta de CELT cambiará cada mes la parte externa de la cánula por otra nueva del mismo modelo.

Usted será el encargado de cambiar la cinta que fija la cánula al cuello y la cánula interna.

La cinta que fija la cánula al cuello la tendrá que cambiar siempre que se ensucie y se puede reutilizar lavándola con agua y jabón neutro.

Es importante que la cinta se mantenga en buen estado para evitar una salida accidental de la cánula (revisar los velcros). La cinta no debe ir ni muy apretada porque puede producir heridas ni demasiado floja porque entonces la cánula se puede mover, puede dañar la mucosa y además salirse de forma accidental. La medida óptima para la fijación de la cinta es que su dedo pueda meterse sin dificultad entre la cinta y el cuello.

La parte de la cánula que requiere de su limpieza es la cánula interna (Figura 7). Es recomendable limpiar ésta al menos tres veces al día y en caso de que haya muchas secreciones tantas veces como sea necesario[3]. Se limpiará con agua caliente y jabón neutro[4] utilizando un cepillo que se le entregara en la consulta de enfermería.

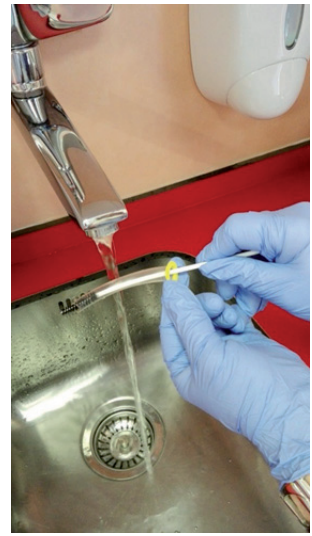

Figura 7. Limpieza de cánula interna.

11.-¿Cómo se cuida el estoma?

Antes de iniciar el cuidado del estoma debe lavarse las manos con agua y jabón[1,3,4].

La piel alrededor del estoma se limpiará siempre que sea necesario y al menos dos veces al día, con agua jabonosa, suero fisiológico y gasas[4]. Es importante mantener limpia y seca la piel para evitar la maceración de la zona (al estar húmeda por las secreciones)[1]. Se recomienda la utilización de crema hidratante de barrera tipo Cavilon® (cuya función es actuar como una segunda piel hidratando y protegiendo de la humedad)[1] que podrá aplicarse con un bastoncillo para su mayor comodidad.

Una vez limpia la piel cambiará el apósito del estoma que tiene dos caras: una de celulosa que es la que se pone en contacto con la piel, y otra que es de material plástico e

impermeable para que las secreciones no lo traspasen[2]. El apósito se cambiará tantas veces como sea necesario para mantenerlo limpio y seco y evitar que la piel se irrite[1].

12.-¿Cómo puedo evitar los tapones de moco?

Es muy importante que usted esté bien hidratado bebiendo al menos un litro y medio o dos de agua al día[1]. De esta forma las secreciones estarán fluidas y no se espesarán formando tapones de moco que le podrían originar problemas importantes para su respiración.

Se aconseja que al menos dos veces al día, por la mañana y por la noche, se haga un lavado con 2 ml de suero salino fisiológico a través de la cánula para ayudarle a expectorar las secreciones[1].

En aquellos casos en los que no lleve un tapón cerrado en su cánula, desde la consulta recomendamos que lleve un pañuelo al cuello tapando el estoma para filtrar, calentar y humidificar el aire.

Cuando esté en casa es aconsejable que ni la calefacción ni el aire acondicionado estén demasiado elevados siendo recomendable humidificar el ambiente[1].

Se pueden realizar ejercicios respiratorios para eliminar las posibles secreciones que además de poder taponar la cánula producen una tos continua que dificultan el descanso nocturno y reducen la calidad de vida.

12.1.-Ejercicios respiratorios para evitar tapones de moco

En general se trata de coger bastante aire pero despacio, mantenerlo dentro unos dos o tres segundos y luego expulsarlo lentamente si el moco está más lejos de la cánula o el estoma, y poco a poco más fuerte y rápido cuando esté más cerca de la salida para poder expulsarlo finalmente. Realizar este tipo de respiración como mínimo un par de veces al día y de forma más frecuente si por algún motivo tiene más secreciones. Existen dispositivos u otros tipos de técnicas que el fisioterapeuta de su hospital y/o personal de enfermería pueden realizar en caso de que con este sencillo ejercicio no sea suficiente. Si usted toma inhaladores de algún tipo debe verificar con los profesionales del hospital que los utiliza de una manera correcta.

13.-¿Qué material debo tener en casa?

Antes de marcharse del hospital le proporcionaremos el material necesario (Figura 8) para sus cuidados y en su defecto le indicaremos cómo puede obtenerlos.

La entrega de material será para un mes hasta el siguiente cambio de cánula:

- Siempre debe disponer de una cánula nueva igual a la que lleva tanto en número y modelo. También se aconseja tener otra de menor tamaño para ser utilizada en caso de una emergencia ante una salida accidental de la cánula que usted mismo o un familiar deberá intentar colocar de nuevo en su traqueostoma.
- Cánulas internas y accesorios necesarios (según modelos).
- Cepillo para su limpieza.
- Agua jabonosa (jabón natural o neutro).
- Cintas para la fijación de la cánula.
- Suero salino fisiológico.
- Gasas.
- Apósitos especiales hidrófobos (presentando su informe de alta el enfermero del centro de salud se los debe proporcionar).
- Crema hidratante de barrera tipo Cavilon®.
- Clorhexidina al 1% (hasta la cicatrización del estoma).

Figura 8. Material necesario tras el alta para la realización de los cuidados.

Además deberá disponer de un kit de limpieza de bolsillo (Figuras 9a y 9b) formado por una cánula interna, un cepillo, monodosis de suero salino fisiológico (5-10 ml),

pañuelos o gasas, un espejo, los accesorios de cánula necesarios (según el modelo de cánula) y un adaptador de 15 mm (que sirve, en caso de emergencia, para conectar su cánula a un respirador o a una bolsa auto-inflable, a oxígeno en T, etc.).

Figura9a. Kit de limpieza

Figura 9b. Componentes del Kit de limpieza

14.-¿Cómo serán a partir de ahora mis cuidados personales?

- Debe ducharse o bañarse a diario evitando siempre que el agua le llegue al estoma. Se aconseja mejor ducha que baño (para evitar la entrada de agua durante la ducha incline la cabeza mirando al suelo)[5].
- Debe tener precaución para que no entre jabón o espuma por el estoma, y durante el afeitado deberá controlar que no penetren ni pelos ni perfumes en él. Se recomienda afeitarse con maquinilla eléctrica[5].
- No olvide la higiene de las fosas nasales y de la boca al menos después de las comidas principales. Realizar visitas periódicas al dentista[1].
- Recuerde lavarse las manos antes y después de sus cuidados de la cánula y del estoma[1-5,7].
- Podrá vestir como siempre teniendo en cuenta que las camisetas, camisas, jerséis, corbatas y pañuelos no le opriman en la zona de la cánula[5].
- Prepare y lleve siempre consigo el kit de limpieza.

15.-¿Debo seguir alguna dieta especial?

Su dieta debe ser normal, rica en fibra, de fácil deglución, bebiendo abundantes líquidos evitando así el estreñimiento. Si padece alguna enfermedad (diabetes, hipertensión, colesterol, etc.) deberá llevar el tipo de dieta recomendada por su médico Puede tener más aerofagia (eructos, gases).

16.-Soy portador de sonda de gastrostomía (PEG) ¿Qué debo saber?

Con esta sonda usted podrá alimentarse ya que la sonda PEG entra directamente al estómago y por ella pasará el alimento. Deberá seguir la pauta recomendada prescrita por la enfermera de la Unidad de Nutrición en cuanto a tomas, duración e hidratación y limpieza de la sonda.

La gastrostomía se considera madura y cicatrizada transcurridos unos catorce días desde su colocación. La limpieza del estoma se realizará diariamente con agua y jabón neutro con movimientos circulares desde el estoma hacia fuera; girar la sonda en el sentido de las agujas del reloj y hacia arriba y hacia abajo para favorecer la tunelización[8,9](Figura 10). Si se obstruye la sonda se deberá pasar agua templada con la jeringuilla y si no se consigue su desobstrucción hacerlo con zumo de piña o bebidas de cola[10]. La medicación se administrará por la sonda y su enfermera de nutrición le dará las pautas de cómo administrarla.

Figura 10. Cuidados de las sondas NG y PEG.

17.-Tengo dificultad para tragar ¿qué puedo hacer?

Uno de los problemas más comunes tras ser intervenido de una laringuectomía supraglótica es la dificultad para tragar correctamente pudiéndose atragantar. Como medida general debe flexionar el cuello hacia delante en el momento de tragar (sobre todo con los líquidos, pudiendo utilizar espesantes) como si quisiera "hacer papada" bajando la barbilla hacia el pecho (se conoce como maniobra doble mentón).

Sigamos las recomendaciones del fisioterapeuta para realizar la maniobra doble mentón:

1. Coger aire por la nariz.
2. Tragar el alimento mientras se coloca el doble mentón sin soltar el aire.
3. Expulsar el aire fuerte por la boca o toser para comprobar que se ha tragado correctamente o incluso poder expulsar el alimento si no ha sido tragado bien.

Si esta forma general de tragar es insuficiente o no se adapta a usted el personal de enfermería de su hospital le informará de otros tipos de ejercicios, posturas y maniobras que pueden ayudarle a realizar esta actividad sin consecuencias para su salud.

18.-Tengo dificultad para dormir ¿cómo podría solucionarlo?

Es muy común que las personas que como usted son portadores de cánula tengan miedo a la hora de dormir por si se produce un tapón de moco, tos intensa o continua que le produzca asfixia (miedo a morir asfixiado) dificultando el descanso nocturno. Algunas recomendaciones son las siguientes:

- Se aconseja tener una cierta actividad física diaria.
- Mantener la habitación ventilada a una temperatura adecuada sin excesivo frío o calor antes de acostarse.
- Tener la cama incorporada para respirar mejor. También es bueno poner una almohada bajo el colchón.
- Crear un ambiente húmedo y tranquilo.

- Mantener despejadas las vías aéreas recomendándose el cuidado de la cánula antes de acostarse.
- Estar bien hidratado.
- Darse una ducha antes de acostarse si eso le relaja.
- Controlar el dolor tomando la medicación prescrita por su médico.

19.-¿Cómo será mi vida social a partir de ahora?

- Debe continuar con su vida social cuidando su imagen y manteniendo unas medidas de higiene normales.
- Evitar deportes acuáticos y de esfuerzo. Se recomienda caminar y bailar.
- No fumar ni beber alcohol.
- Procurar estar en ambientes húmedos sin humos.
- Aceptar su enfermedad y su nueva imagen.
- Utilizar pañuelos para protegerse y como complemento de su ropa.
- Procurar no ponerse nervioso si tiene dificultad para hablar.
- No existe ningún problema para mantener relaciones sexuales (tenga en cuenta que pueden aumentar las secreciones bronquiales y el ruido respiratorio).
- En función del trabajo que realice podrá reincorporarse a éste.
- Es importante que se relacione con sus amigos, compañeros y familiares.
- Salga a la calle y haga su vida habitual.

20.-Voy a recibir tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia ¿qué debo saber?

Las enfermeras de estos servicios le explicarán el tratamiento a seguir, sus posibles efectos secundarios y cómo solucionarlos. Piense que con este tratamiento va a terminar de curar su enfermedad por lo que debe acudir con optimismo y sin rechazos.

Si va a recibir radioterapia es importante que visite a su dentista antes de que comience el tratamiento para que le haga una valoración y si requiriese alguna intervención dental que ésta termine antes de comenzar con la radioterapia porque no podrá hacerse ninguna extracción hasta pasado un año como mínimo tras finalizar el tratamiento.

También es importante el cuidado de la piel y del estoma manteniéndolo limpio e hidratado con la crema específica que le haya indicado su enfermera de radioterapia.

Acudirá al tratamiento de radioterapia con la piel limpia y sin haberse aplicado crema al menos desde dos horas antes. Se recomienda aplicarse la crema tras recibir la radioterapia para evitar quemaduras.

En el caso de recibir tratamiento con quimioterapia su enfermera de oncología médica le entregará un tríptico con todos los cuidados que debe tener en cuenta.

21.-Signos de alarma por los que debe consultar o acudir a la consulta de ORL

- En caso de dificultad respiratoria (sudoración, asfixia, presencia de tapón mucoso, etc.).
- Si el estoma está muy enrojecido, inflamado y presenta mucho dolor.
- Si hay cambio en el color y olor de las secreciones.
- Si saliese alimento por el estoma (no siga comiendo).

22.-En caso de una emergencia acudirá a urgencias del hospital o avisará al 112 según la gravedad[7]

- Por un tapón de moco que no es capaz de expulsar y que le impide respirar con normalidad.
- Por sangrado importante a través del estoma o la cánula. Acción inmediata: mantendrá la cabeza y el tórax más bajos que las piernas para que la sangre no se introduzca a los pulmones.
- En caso de la salida accidental de la cánula y que no haya podido reemplazarla.
- En caso de salida accidental de la sonda de gastrostomía (PEG): intentar volver a introducir la sonda (unos 3 cms) con la misma sonda o con una sonda tipo “Foley” (proporcionada por la enfermera de Nutrición) con el fin de que no se cierre el estoma.

23.-RECUERDE QUE ES MUY IMPORTANTE

- Una dieta variada.
- Una buena hidratación.
- Boca sana.
- No alcohol.
- No tabaco.
- Ejercicio.
- Buen descanso.
- Para respirar y hablar bien es imprescindible tener siempre muy limpia la cánula interna y no aguantar la mucosidad.
- Ante un repentino golpe de tos hacer pequeñas degluciones y respiraciones suaves hasta que se suavice.
- Disponer siempre de un kit de limpieza.
- Si no existen contraindicaciones se aconseja vacuna antigripal anual para evitar infecciones respiratorias.

PRIMEROS AUXILIOS EN UN PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO[11]

Método de actuación en caso de parada cardiorrespiratoria

En el caso de que observemos que una persona portadora de cánula se encuentra en mal estado o tiene problemas respiratorios deberemos:

- Comprobar su estado de consciencia (agitándola suavemente por los hombros). En caso de que no responda (inconsciente), comprobaremos su respiración y para ello:
    - Aflojaremos o quitaremos cuanta ropa pueda entorpecer, dejando pecho y cuello al descubierto.
    - Quitar todo cuanto tape el orificio del cuello: baberos, pañuelos, medallas, collares, etc.
    - Comprobaremos si respira colocando nuestro oido a la altura del orificio del cuello (estoma) para oir y sentir el paso del aire, mirando al pecho para ver si éste se eleva o no (Figura 11).
    - Retiraremos la cánula interna (camisa), pero nunca quitaremos la cánula externa.
    - Colocaremos la cabeza horizontal sin utilizar la técnica de hiperextensión (cabeza hacia atrás) (Figura 12).

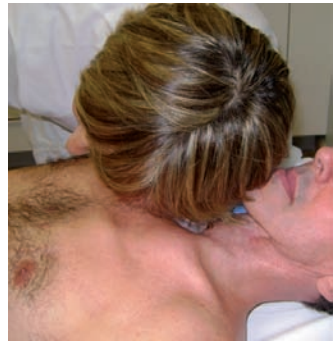

Figura 11. Comprobar si respira (Oido-Estoma) a través del estoma.

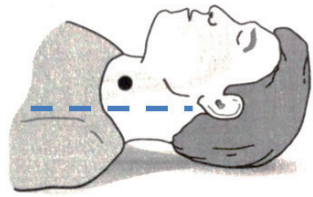

Figura 12. Cabeza horizontalsin hiperextensión.

- Si respira lo colocaremos en posición lateral de seguridad (de lado)girando al paciente en bloque. Si no respira, lo colocaremos sobre una superficie dura e iniciaremos inmediatamente la reanimación cardiopulmonar (en un adulto son treinta compresiones y dos insuflaciones de aire, hasta llegar al menos a 100-120 compresiones por minuto, deprimiendo el pecho entre 5-6 cms y permitiendo el completo retroceso del tórax). Esta técnica es idéntica a la que se le realiza a cualquier persona (Figura 13), excepto que en el caso de la respiración, ésta se suministra a través del estoma (boca-estoma) colocando la boca y los labios firmemente alrededor de la cánula (Figura 14).

Figura 13. Iniciaremos masaje cardiaco y respiraciones boca-estoma.

Figura 14. Iniciaremos masaje cardiaco y respiraciones boca-estoma.

- En caso de disponer de una bolsa autoinflable o algún método de barrera que se adapte al estoma o cánula (máscarilla, protector, etc.), utilícelo para dar las insuflaciones.
- El tiempo, forma y ritmo de este suministro de aire a los pulmones se hará siguiendo la técnica habitual de respiración boca-a-estoma alternando con las compresiones (30 compresiones, 2 insuflaciones), insuflando aire durante 1 segundo.
- En caso de que se vea que el aire insuflado sale por la boca o nariz hay que ocluir (tapar) con la mano boca y nariz para evitar que el aire insuflado se escape por estos orificios restando aire a los pulmones.

En caso de incendio[11,12]

- La víctima traqueotomizada portadora de cánula tiene un tratamiento especial en caso de incendio: hay que cubrir con un pañuelo húmedo el orificio de la cánula pero sin cegarlo para dejar que respire.
- En caso de administración de oxígeno con mascarilla, ésta ha de colocarse en el orificio de la cánula.
- Si la víctima está en llamas no dirigir ni el chorro del extintor ni agua hacia la zona del cuello porque la entrada de agua o líquido puede ser mortal.
- En caso de vómitos, no solo girar la cabeza sino todo el cuerpo ya que si giramos solo la cabeza podemos estrangular el estoma y la persona puede dejar de respirar.

TELÉFONOS QUE PUEDEN SER DE SU INTERES

-Consulta de Enfermería (CELT) Hospital: 968 12 86 02 (Extensión: 95 12 55).

-Urgencias y Emergencias: 112.

-Taller de Familiares (Teléfono de contacto: Dª Asunción Serna: 600 04 39 83)

-Sede de la AECC en la calle Trafalgar nº 16 de Cartagena (Teléfonos de contacto: 968 12 08 80, 968 52 30 69. Fax: 968 12 08 80. Correo electrónico: cartagena@aecc.es).

-Asociaciones de Laringuectomizados y Traqueotomizados (Asociación Traqueo-Laringuectomizados Pedro Torralba de Cartagena –A.T-L.CT- Teléfonos de contacto: 620308117, 968518869, correo electrónico:nuevavoz.ct@hotmail.com).

-Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), Alameda de San Antón, nº29 de Cartagena, 30205. Teléfono de contacto: 968 53 43 38. Fax: 968 31 47 57.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Pardal-Refoyo J-L, Muñoz Navarro C, Escaja Muga MA. Guía para pacientes portadores de cánula. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2013;4(Supl.4):S19-47.

2. Poza-Artés M, Ruiz-Magañas E, Ramos-Bosquet G, Ramos-Sánchez R, Maldonado-Martín I, Martínez Ocaña A. Programa de educación al paciente traqueotomizado. Bibl Lascasas [Internet]. 2008 [citado 2 de septiembre de 2016];4(1). Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0304.pdf

3. Martín Martín M. Propuesta de guía de enfermería para el cuidado integral del paciente laringectomizado [Internet] [Trabajo Fin de Grado]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid; 2015 [citado 2 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://157.88.20.45:80/handle/10324/11910

4. Caravaca García A, Araujo Rodríguez JM, Asenso Fernández AI, Caravaca Gámez C, Elhendi Halawa W, Fernández Salas I, et al. Manual para el paciente portador de una cánula de traqueotomía y sus cuidadores. En: Manual de manejo de la traqueotomía para sanitarios y pacientes. Liberlibro; 2014. p. 144-76.

5. Hospital Bellvitge, editor. Guía informativa: Información a los pacientes traqueostomizados. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006.

6. Esteve Teijin Healthcare, editor. Cuidados domiciliarios de pacientes con traqueostomía: Manual para pacientes y cuidadores [Internet]. [citado 2 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.esteveteijin.com/filesupload/contenido_subapartado/17_39_materiales-de-descarga-y-consulta-online_cuidados-domiciliarios-de-pacientes-con-traqueostomia_contenido_subapartado.pdf

7. Hess DR, Altobelli NP. Tracheostomy Tubes. Respir Care. junio de 2014;59(6):956-73.

8. Conroy T. The prevention and management of complications associated with established percutaneous gastrostomy tubes in adults: a systematic review. JBI Libr Syst Rev. 2009;7(1):1-37.

9. Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EMH, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition--percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clin Nutr Edinb Scotl. octubre de 2005;24(5):848-61.

10. Reising DL, Neal RS. Enteral tube flushing. Am J Nurs. marzo de 2005;105(3):58-63-64.

11. Asociación de Laringectomizados de Leon (ALLE), editor. Manual del monitor.

12. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección: Comunidad de Madrid, editor. Guía de recomendaciones al paciente: Paciente traqueotomizado [Internet]. Comunidad de Madrid; 2006 [citado 9 de septiembre de 2016].Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobheadervalue1=filename%3DPaciente+traqueotomizado.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271566210000&ssbinary=true

3M Science. Applied to Life.™

Servicio Murciano de Salud

Hospital General Universitario
Santa Lucía