

# Papel de la Enfermería ante complicaciones por traqueostomía

Autores: Torres Domínguez Manuela, González Sobrino M<sup>a</sup>. Dolores

## INTRODUCCIÓN

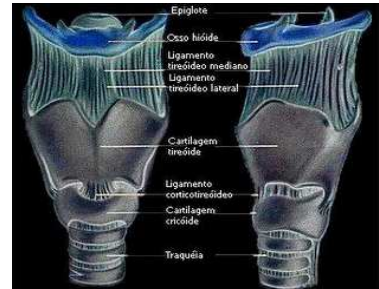
Es interesante y necesario para el personal de enfermería saber tratar y cuidar a un paciente con traqueostomía y así saber actuar ante cualquier complicación que le pueda surgir como buenos profesionales, velando en todo momento por la vida y la integridad del paciente.

## OBJETIVO

Identificar evidencia acerca de las complicaciones que aparecen con mayor frecuencia en los pacientes traqueostomizados y que pueden originar o ser motivo de urgencia o emergencia, dependiendo de la gravedad y las complicaciones que pueden originar poniendo en peligro la vida del individuo, así como determinar las actuaciones enfermeras más adecuadas para evitar o minimizar dichas complicaciones.

## MÉTODO

Para ello hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos; Medline, Pubmed, Cochrane, Biblioteca Virtual de Salud, SumSearch y Tripdatabase, acerca de cuáles son las situaciones en los pacientes traqueostomizados que pueden poner en peligro su vida, y las actuaciones más adecuadas para poder solucionarlos.



## RESULTADOS

Las complicaciones en los pacientes traqueostomizados pueden aparecer antes o después del período postoperatorio.

### Complicaciones tempranas:

**Ascensión de la pleura** hasta bien entrado el cuello, especialmente en pacientes con enfisema, neumotórax que puede complicar la cirugía, esto ocurre aproximadamente en el 0,9%- 5% de éstos pacientes.

**Sangrado postoperatorio:** ocurre hasta en el 5% de los pacientes traqueostomizados, el sangrado puede proceder de la vena yugular o de la glándula tiroideas.

### Desplazamiento del tubo de traqueostomía.

Hay que tener cuidado con la rápida decanulación durante los primeros 5 días, ya que la cicatriz de la traqueostomía todavía no ha cicatrizado y se puede cerrar por un **laringoespasm**, también se puede crear un canal falso por la parte anterior del tejido subcutáneo provocando la **compresión traqueal**.

**Estenosis:** si se realiza demasiado alto puede dañar el cartilago cricoide pudiendo desarrollarse **estenosis subglótica**. También puede provocar **estenosis traqueal** porque la tensión de la pared de la mucosa traqueal supera la presión de perfusión capilar que suele ser de 20-30 mmHg. Las manifestaciones clínicas de la estenosis traqueal incluyen: disnea de esfuerzo, tos e incapacidad para eliminar secreciones.

**Hemorragia traqueal de la fistula:** ocurre en un 2% de los pacientes, puede suceder porque la cánula se ha colocado demasiado inferior y atraviesa la arteria provocando, puede suceder desde días a meses después de su colocación. Si la hemorragia es masiva debe ser tratada con una hiperinsuflación del manguito e hiperinflación de la traqueotomía través del estoma traqueal y quirófano para cortar la hemorragia.

**Fistula traqueoesofágica:** ocurre en menos del 1% de los casos, se presenta cuando el paciente presenta secreciones copiosas, aspiración de alimentos y fuga de aire alrededor, se diagnostica mediante esofagografía, y si el paciente está clínicamente estable se le debe de realizar cirugía mediante incisión cervical.

### Complicaciones tardías:

**Infecciones pulmonares:** ocurre en el 66% de los pacientes, (por pseudomonas y gram-negativos). Suelen tener una mayor incidencia en el árbol traqueobronquial (76%) que en la orofaringe (37%).

Para prevenir a neumonía nosocomial: utilizar una técnica estéril en el cuidado de la traqueostomía, humidificar el aire instilado, aspiración frecuente e instilación de solución salina, todo ello con una buena técnica de limpieza de la cánula extraíble.

## CONCLUSIONES

Una correcta actuación y educación tanto del personal de enfermería, como de los pacientes traqueostomizados y sus familiares acerca de las complicaciones de la traqueostomía y su prevención disminuirán tanto la frecuencia como la gravedad en la aparición de complicaciones. Mediante la comprensión de las posibles complicaciones que pueden aparecer en la traqueostomía podremos determinar una adecuada intervención.

## BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo80/capitulo80.htm> Kearney PA, Griffen MM, Ochoa JB, Boulanger BR, Tseui BJ, Mentzer RM Jr. A single-center 8-year experience with percutaneous dilational tracheostomy. Ann Surg 2000; 231: 701-9
- <http://www.slideshare.net/plascotti/cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-traqueostomizados>
- J. E Heffner, K. S Miller, Chest 1986;90;430-436S.A. Sahn. "Tracheostomy in the intensive care unit. Part 2: complications". Chest 1986;90;430- 436
- [https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos\\_2012/d5\\_cuidados\\_pacientes\\_canula\\_traqueostomia.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d5_cuidados_pacientes_canula_traqueostomia.pdf)<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002955.htm>
- <http://liberitas.com/2005/08/24/instrucciones-para-una-correcta-traqueotomia-de-emergencia/>
- [http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1292/1/TFG\\_OlleroAguayo\\_Jes%C3%BA\\_sJavier.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1292/1/TFG_OlleroAguayo_Jes%C3%BA_sJavier.pdf)
- <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVkyuuAZVDXTphYmS.php>