

constituyen de tres piezas: Una cánula externa, a la cual se sujetan las cintas de retención; un obturador curvo con la punta en forma de oliva para guiarla cánula en el orificio de la tráquea; y finalmente, una cánula interna (endocánula) que se inserta en la externa después de retirar el obturador.

Las cánulas de plata (Jackson) tienen la siguiente denominación: describiendo únicamente las de uso pediátrico:

Número	Longitud corta	Longitud larga
00	3.0 cm.	3.2 cm.
0	3.6	3.8
1	4.0	4.4
2	4.4	5.1
3	4.8	5.8
4	5.2	6.2
5	5.6	6.8

Las otras cánulas que siguen un orden numérico progresivo sólo tienen aumento en -- cuanto al diámetro de su luz y no en lo referente a su longitud.

Las cánulas de plástico tienen una numeración por las mismas razones, sólo que se expresan en números pares y van del 12 hasta el 40.

Existen además otros tipos de cánulas de diferente material.

#### VI: CUIDADOS DE ENFERMERIA AL NINO TRAQUEOSTOMIZADO.

Antes de mencionar uno a uno los cuidados físicos del paciente, he creído pertinente

hacer un pequeño análisis de la necesidad de participación de la enfermera en el manejo de los cambios psíquicos que estos pacientes, así como sus padres, sufren antes y después de la intervención.

Por las condiciones psicósomáticas en que se encuentran, presentan angustia y miedo al tratamiento, y toca a la enfermera darles seguridad y apoyo para disminuir este estado angustioso.

Cuando se presentan situaciones de urgencia, en que la vida del paciente está en peligro, la preparación psicológica es secundaria. Hay otros casos en que se dispone de tiempo para explicarle al niño y a sus familiares todo lo relativo al procedimiento.

Un niño pequeño comprenderá más por la actitud de la enfermera al hablarle, que por el sentido exacto de sus palabras.

Se le explicará a los padres y al niño, si sus condiciones y edad lo permiten, que perderá la voz de manera temporal, que respirará a través del orificio de la traqueostomía y que podrá respirar con facilidad.

Para dar las explicaciones pertinentes y contestar a las preguntas que a ella le hagan, la enfermera debe mostrarse serena y segura de su capacidad, para que de una manera conjunta (padres, médico y enfermera) puedan dar el apoyo psíquico y moral que estos pacientes tan importantemente necesitan, consiguiendo con ello una mejor adaptación y un más pronto restablecimiento.

Dentro del auxilio físico deben mencionarse los siguientes puntos que tienen importancia igualmente determinante para el buen pronóstico del paciente.

1. Nunca debe dejarse desatendido a un paciente traqueostomizado. El infante puede no llorar y el niño mayor no llamar para pedir ayuda, por razones obvias.
2. Deben determinarse los signos vitales de acuerdo a las condiciones del paciente.
3. Aspiración de secreciones, la cual se llevará a cabo previo aseo de manos y usando guantes estériles en cada ocasión. Se harán movimientos suaves de rotación de la sonda, no prolongando mucho el tiempo de manejo para evitar la fatiga del pequeño. En el postoperatorio inmediato se recomienda la aspiración cada 15 a 30 minutos. Antes de proceder a la aspiración al sacar la sonda de la solución antiséptica debe ser enjuagada en solución salina estéril. Para ayudar a la fluidificación de las secreciones se aplicarán de 3 a 5 gotas de solución fisiológica o mucomyst al 2% a través de la cánula.
4. Humidificar y calentar el aire, esto puede hacerse mediante tienda de oxígeno, humidificador, nebulizador, etc. de acuerdo a órdenes médicas y los recursos de la institución.
5. Mantener buena oxigenación.
6. Control de ingestas y excretas.
7. Mantener húmeda la mucosa oral.
8. Asear frecuentemente la cavidad bucal.
9. Nunca usar opiáceos (ya que inhiben el centro respiratorio) ni atropínicos (porque inhiben el reflejo tusígeno y secan las secreciones).
10. Debe mantenerse una temperatura ambiente de 26.6°C.
11. Estimular reflejo tusígeno para ayudar al paciente a que expulse las secreciones.

12. Se darán cambios frecuentes de posición para evitar la acumulación de secreciones.
  13. Dar puño percusiones en la parte posterior del tórax para ayudar a la movilización de secreciones, y evitar su adhesión a las paredes alveolares.
  14. La endocánula debe ser limpiada y lavada 2 ó 3 veces por turno en el postoperatorio y luego cada 8 horas para evitar que las secreciones se adhieran a sus paredes y puedan obstruir su luz.
  15. Hacer limpieza de los bordes de la herida y de la piel circundante, con alguna solución antiséptica, lo que tiene por objeto evitar infecciones locales y proteger el área. Sin embargo, esta maniobra es irritante por sí misma, por lo que es también un buen método poner una gasa en la periferia de la herida y cambiarla tantas veces como sea necesario.
  16. Cambiar la cinta de la cánula cada vez que sea necesario.
  17. En los pacientes que tienen colocada una sonda gástrica, es importante vaciar primero el estómago por aspiración, puesto que en el momento del cambio de cánula pudiera ocurrir aspiración a pulmones.
  18. Anotar en la hoja de enfermería, todos los procedimientos y las observaciones de los acontecimientos que sufra el paciente.
- Para desarrollar en el paciente pediátrico las maniobras indicadas, debe colocársele en posición semi-fowler, con el cuello en extensión y se fijarán los miembros con brazaletes.
- Es evidente que se evitarán los movimientos bruscos del cuello.
- Todas las maniobras se harán posterior al aseo quirúrgico del personal involucrado en