

ANESTESIA LOCAL:

Guantes estériles.

Torundas estériles.

Soluciones antisépticas.

Jabón.

Pinza de anillos.

1 recipiente estéril

1 funda de Mayo

Gasa estéril

Tela adhesiva.

Jeringas 5 cc. y 2 cc., agujas hipodérmicas No. 18 y No. 23.

Xilocaína al 1% y al 2%.

ASISTENCIA DE ENFERMERIA:

Hay casos de obstrucción laríngea que se presentan de urgencia, donde hay que efectuar la traqueostomía; la vida del enfermo pelagra y tienen importancia secundaria las técnicas de asepsia, preparación psicológica y la anestesia. Sin embargo hay veces que la traqueostomía es electiva y hay tiempo de explicarle al paciente las finalidades de la operación, lo que permite que éste se adapte mejor a las circunstancias después de ser operado. Debe saber que perderá la voz temporal o definitivamente y que respirará a través de un tubo colocado en la tráquea.

CUIDADOS POST-OPERATORIOS INMEDIATOS:

El paciente debe ser asistido constantemente por la enfermera, al menos durante las primeras 24 horas que siguen a la operación. Si ésto es imposible, debe quedar cerca del puesto principal de enfermeras, donde pueda vigilarse estrechamente.

La operación se efectúa para aliviar la obstrucción; la enfermera tiene el deber de mantener libre la nueva abertura. Otro objetivo de la asistencia es aliviar la aprehensión del paciente; las circunstancias son nuevas para él y a menudo tiene temor verdadero de asfixiarse.

Por lo general, la primera secreción que sale por la cánula de traqueostomía es moco algo sanguinolento. A medida que pasa el tiempo, la cantidad de sangre debe disminuir gradualmente hasta desaparecer, cuando no ocurre así, puede indicar hemorragia y debe informarse al cirujano.

Las secreciones deben quitarse con cuidado y rápidamente, antes que sean aspiradas por el paciente, debe tenerse a la mano un aspirador eléctrico o de pared. El recipiente para recolectar las secreciones debe contener unos 50 centímetros de agua para impedir que el moco se adhiera a sus paredes. La sonda de caucho puede ser de calibre 8 y 10 para niños y de 12 a 16 para adultos. La punta debe estar cortada diagonalmente sin aristas y ha de tener dos o tres orificios a los lados.

La aspiración no debe ser demasiado intensa, ni se debe aspirar mientras se inserta el cáteter, para no lesionar la mucosa de la tráquea que es demasiado delicada. La presión de la aspiración se adapta al tipo de secreción por eliminar. Un tubo de conexión en "Y" entre el cáteter y los tubos del aparato de succión, es un medio conveniente para que la enfermera regule la aspiración con el dedo pulgar, tapando y destapando el orificio del tubo en "Y" (ver figura No. 3). Existen en el mercado cáte-ter con válvula de control de succión (ver figura No. 4) Por lo general le está permitido a la enfermera introducir la sonda de 12.5 a 15 cms. la aspiración más profunda solo puede efectuarla la enfermera si está adies- trada. Para impedir la contaminación de la sonda de aspiración se reco- mienda que la persona que haga este método use guantes estériles. Esta sonda podrá sustituirse por otra sonda estéril cada vez que se haga aspi- ración. La aspiración debe ser intermitente por períodos no mayores de 10 segundos; la sonda no debe permanecer en la tráquea más de lo ne- cesario, pues disminuiría el volumen de aire inspirado y el paciente co- rre el riesgo de morir por asfixia.

Si no se extrae por completo el moco con intervalos frecuentes, las secreciones pueden causar obstrucción. Si la secreción es profusa puede ser útil colocar una toalla como babero y debajo de la sonda.

Durante el primer día la enfermera debe quitar la cánula interior cada hora, y con intervalos más largos después. Es importante mantener la cánula limpia para impedir la acumulación de secreciones y la obstruc- ción. Cuando la secreción es espesa antes de efectuar la aspiración se in- yectan 5 gotas de agua estéril por la cánula de traqueostomía.

Antes de volver a colocar el tubo interior, debe hacerse la aspiración. La enfermera no quita la cánula exterior, sin embargo cuando se efectúa la traqueostomía permanente, esto puede incumbirle después de unos diez días. Mientras tanto el cirujano cambia la cánula exterior con la frecuen- cia que considere necesaria.

Otro punto de atención del paciente es la posición, ésta depende del estado del paciente, incorporada aminora el riesgo de complicaciones torá- cicas. Con un respirador artificial de presión positiva la posición horizontal es más usual, ya que es posible que el paciente se encuentre inconsciente.

Se corta un apósito seco de 7.5 centímetros para colocarlos debajo de las cintas y las orejas de la cánula, con el objeto de cubrir la incisión (ver

Figura Núm. 5), como el apósito se ensucia con facilidad debe cambiarse con frecuencia cuidando de no extraer y mover el tubo de la traqueostomía al hacerlo.

Durante algún tiempo después de la operación muchos cirujanos acostumbran cubrir el orificio de la cánula con algunas capas de gasas humedecidas en solución salina caliente, con esto se humedece el aire inspirado, y se impide que entre el polvo, funciones que en estados normales corresponden a la nariz y la laringe.

Es necesario, la humidificación continua del aire cuando menos los dos o tres primeros días después de la operación, lo cual se puede lograr administrando vapor muy saturado en tienda de Crup, por medio de niebla producida con ultrasonido o por inhalación de agua nebulizada, solución salina o agentes mucolíticos. La ingestión adecuada de líquidos también ayuda a la humidificación.

Después se puede conservar la humedad del medio ambiente (habitación) con vapor caliente o frío, lo cual es más favorable que empleando gasa húmeda, como se mencionó antes, ya que impide la evacuación de las secreciones.

FIGURA Núm. 3 CATETER CON CONEXION EN "Y"

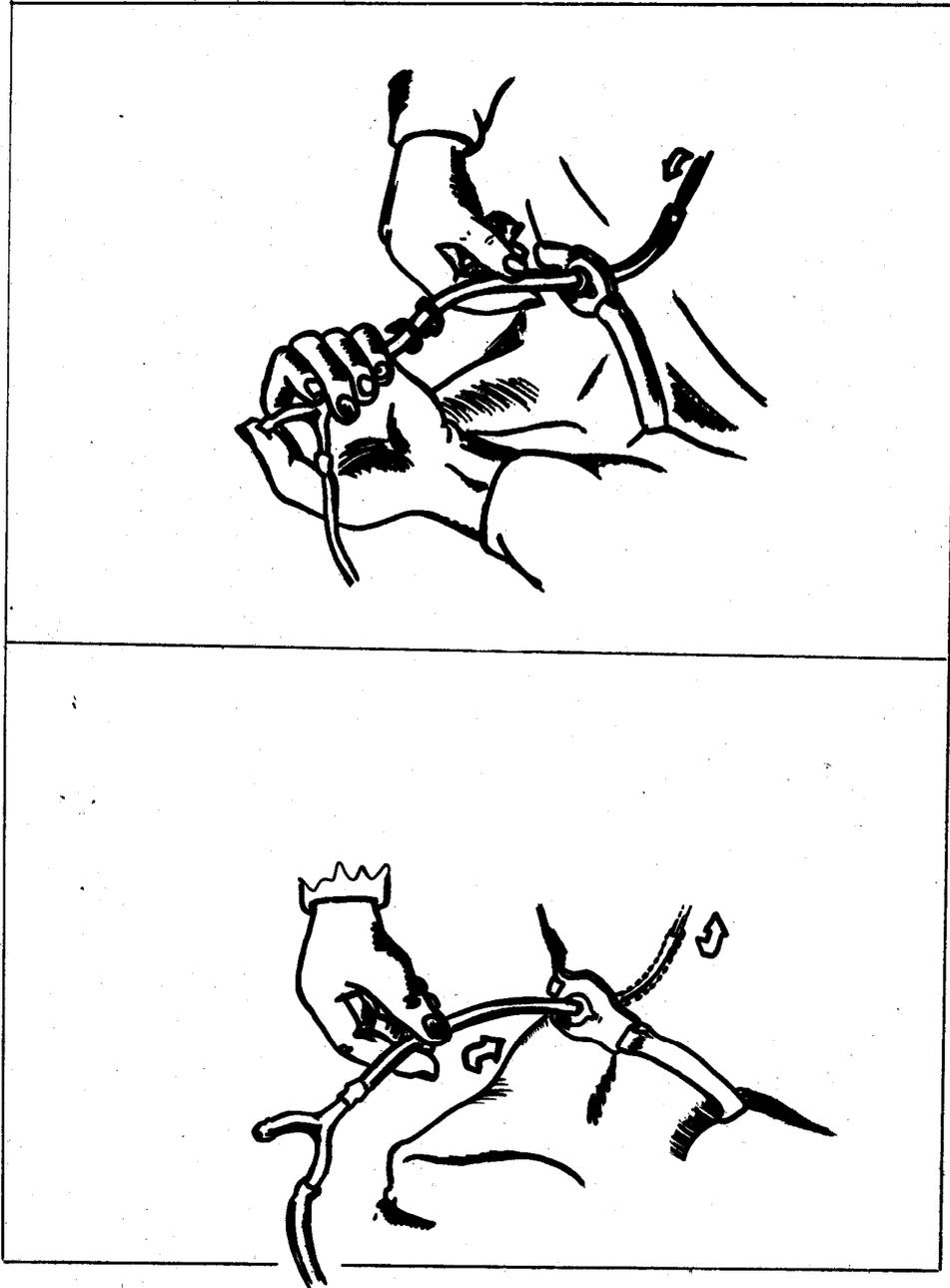


FIGURA N^o. 4 CATETER CON VALVULA DE CONTROL DE SUCCION.

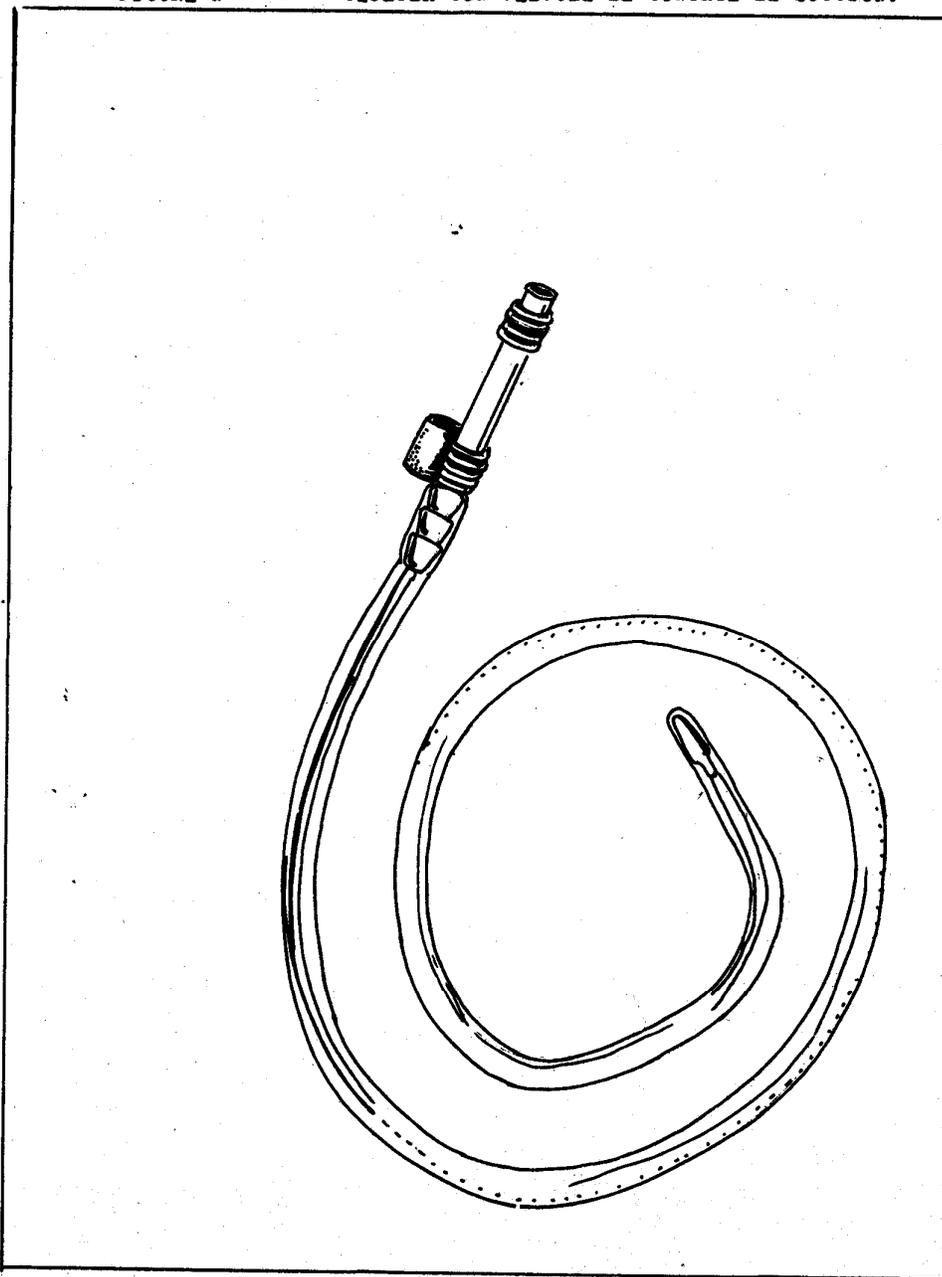


FIGURA N^o. 5 METODO PARA PROTEGER EL ORIFICIO DE TRAQUEOSTOMIA.

