

El material para lavar los tubos puede estar a la mano o bien en un lavabo cercano.

CUIDADOS DE LA CANULA:

El agua corriente fría quita gran parte de las secreciones: para el moco más adherente se recomienda el siguiente método de limpieza:

Colóquese la cánula en un recipiente con agua oxigenada, bicarbonato sódico 2x100, que ayuda a reblandecer las secreciones.

Resultan útiles los limpiapipas, no dañan el metal por ser suaves y el alma del alambre les proporciona cierta firmeza, pueden emplearse gasas de 5 centímetros colocadas sobre un alambre doblado, también sirven los escobillones para tubos de ensayo pequeños.

Después de una buena limpieza puede usarse con el fin de eliminar las manchas una pasta pulidora para plata.

Luego la cánula se hierve por espacio de 10 minutos o se esteriliza en autoclave para reinstalarla con rigurosa técnica estéril.

Es importante manejar con cuidado las cánulas de traqueostomía, pues son de metal blando y se dañan con facilidad.

Un tubo irregular puede adaptarse inadecuadamente y causar traumatismo al intentar quitarlo. Una parte de una cánula no sirve para otra; por lo tanto, cada juego de tres partes debe mantenerse completo.

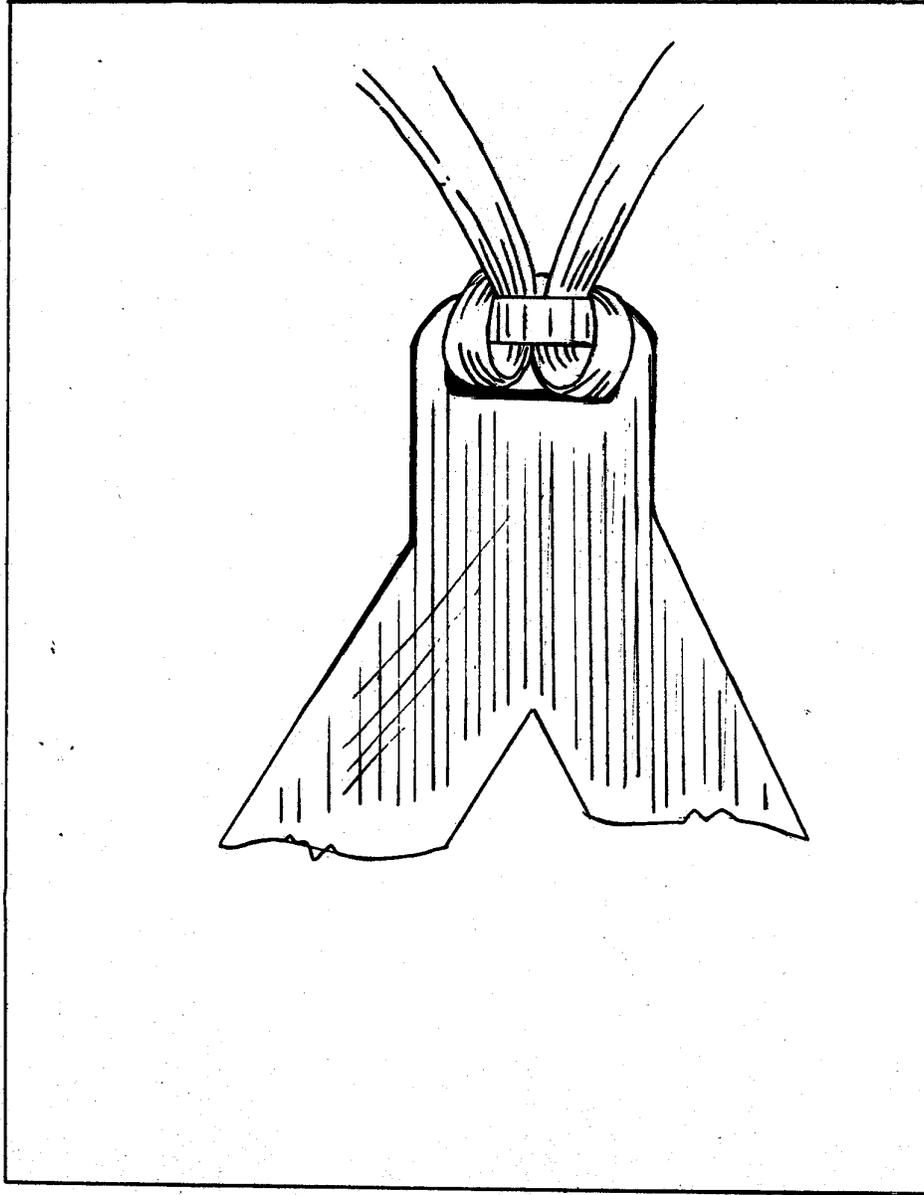
METODO PARA ASEGURAR EL TUBO DE LA TRAQUEOSTOMIA:

La cinta de tela de 1.7 centímetros de ancho es útil para sujetar la cánula de la traqueostomía; cada cinta debe tener 80 centímetros de largo, deben doblarse a la mitad amarrándose el asa a través del protector y pasando el otro extremo por ella (ver figura No. 6). Este método es más eficaz que anudar la cinta a la cánula, pues el nudo puede producir una zona de presión en el cuello del paciente, también puede hacerse un ojal transversal a la cinta de 40 cms. de largo a 2.5 cms. del extremo, este extremo se pasa por el orificio de la cánula externa y se introduce por el ojal la otra punta de la cinta, y después se aprieta.

ENSEÑANZA O EDUCACION AL PACIENTE:

Tan pronto como sea posible, se enseña al paciente el cuidado del tubo de traqueostomía. La enfermera puede indicarle las partes de que consta el instrumento y su funcionamiento. Valléndose de un espejo puede mostrarle como quitar e introducir la cánula interior. El cuidado de este instrumento delicado debe explicarse y demostrarse en detalle, y el paciente debe repetir la demostración ante la enfermera. Si el operado es incapaz

FIGURA Núm. 6 METODO PARA ASEGURAR EL TUBO DE TRAQUEOSTOMIA



de valerse por sí mismo, tendrá que enseñarse a un miembro de su familia antes de darlo de alta.

A veces la traqueostomía es medida transitoria para vencer una obstrucción respiratoria aguda. En estas circunstancias, el paciente debe volver poco a poco a su respiración normal. Esto se logra produciendo obstrucción limitada en la vía aérea en la cánula de traqueostomía mediante tapones que la ocluyen parcialmente. La primera vez que se ponen deben vigilarse la aparición de signos de obstrucción respiratoria; si el paciente tolera un tapón pequeño, puede disminuirse más la abertura empleando tapones mayores, hasta que el orificio se tape. Cuando el paciente soporta la obstrucción completa de la cánula de traqueostomía, ésta puede quitarse y se deja que el orificio cicatrice. Este proceso se conoce con el nombre de DESCANULACION. La enfermera debe observar los tapones detenidamente para ver que no estén rotos. Por lo general, se fijan a la cánula de traqueostomía con hilo de seda trenzada. Los tapones más adecuados son los de caucho puro rebajados hasta que se adaptan al tubo. Cuando aprende a hablar, puede permitirse al paciente que use tapón para cerrar transitoriamente el orificio, con objeto de que los sonidos se emitan más claramente. Muchas veces basta colocar un dedo sobre el orificio de traqueostomía para poder hablar. Sin embargo, este punto debe de aclararse con el médico, pues hablar puede estar contraindicado cuando la laringe debe de estar en reposo después de haber sufrido enfermedad o edema.

Generalmente la traqueostomía permanente se hace junto con la laringectomía, pausa por la cual se pierde la voz.

Se le explicará al paciente que podrá hablar obstruyendo la vía aérea, ya sea con tapones como se dijo anteriormente o simplemente con el dedo; que su voz será diferente profunda pero fuerte, útil para la comunicación.

Existen métodos para que estos pacientes aprendan a hablar, ejemplo: la voz esofágica, con este método los pacientes tragan aire el cual almacenan en la parte superior del esófago, controlando la emisión de este aire; están en condiciones o pueden llegar a pronunciar de seis a diez palabras antes de que tengan que detenerse para volver a tragar aire.

No todos los pacientes aprenden a usar la voz esofágica de una forma efectiva y hay algunos que no aprenden nada. En estos casos existen aparatos mecánicos y eléctricos, el enfermo sostiene uno de los extremos del aparato dentro de la boca y forma palabras; el tono que se produce es monótono y artificial, pero es mejor esto a que no hable nada.

Se debe advertir al paciente el peligro de aspirar agua; por ello no debe nadar y ha de observar precauciones antes de tomar una ducha. En lo que se refiere al aspecto, las mujeres pueden usar collares hechos expresamente por el joyero, bufandas, lazos, gazaré, y cosas por el estilo, de manera que oculten el tubo de la traqueostomía; por lo general en el hombre la camisa cubre el orificio.