

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.