	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	AD-AE-PRO-003
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	R.001
		MAYO 2017
		Página 1 de 18
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente

PROTOCOLO CUIDADOS DEL USUARIO CON TRAQUEOSTOMIA



GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S

PROTOCOLO

CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON
TRAQUEOSTOMIA

AD-AE-PRO-003

R.001

MAYO 2017

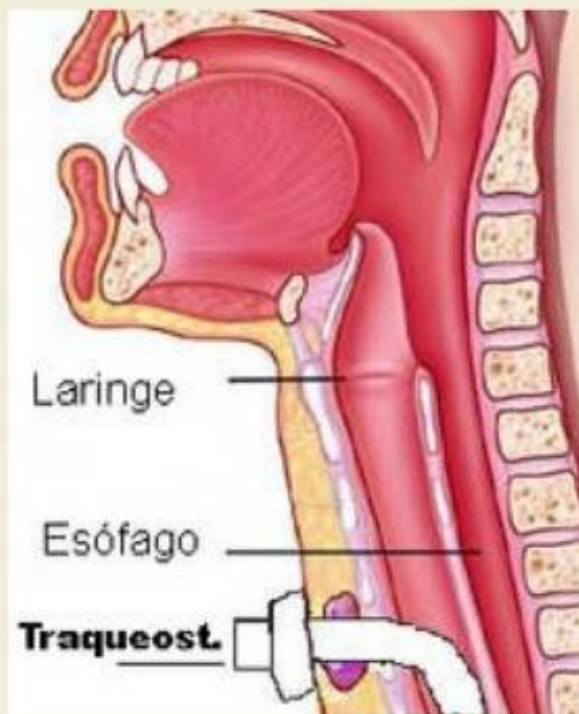
Página 2 de 18


REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD

REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD

APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente

TRAQUEOSTOMIA



	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003 R.001 MAYO 2017 Página 3 de 18	
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

OBJETIVO

Prevenir las complicaciones mecánicas e infecciosas relacionadas con la utilización de la traqueostomía.


INTRODUCCIÓN

La traqueostomía es una de las intervenciones quirúrgicas más antiguas utilizada en el tratamiento de urgencia de la obstrucción de la vía respiratoria superior. En las dos últimas décadas se ha utilizado para controlar las secreciones en los enfermos graves y más recientemente ha constituido un medio para proporcionar ayuda ventilatoria en caso de insuficiencia respiratoria. Este aumento ha despertado interés por las múltiples complicaciones que puede producir.

La traqueostomía no es recomendada como un procedimiento de urgencia para tener una vía aérea definitiva; sin embargo, con relativa frecuencia llegan al servicio de urgencias pacientes que la tienen instaurada y la enfermera debe estar preparada para atender estos pacientes.

DEFINICIÓN

La traqueostomía es el procedimiento quirúrgico usado para crear una abertura en la tráquea a través de la cual se puede pasar un tubo denominado cánula de traqueostomía. Evadir una obstrucción en la vía aérea superior, dar soporte ventilatorio por tiempo prolongado y ayudar a remover las secreciones del árbol traqueobronquial son las razones más comunes para crear una traqueostomía.

	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003 R.001 MAYO 2017 Página 4 de 18	
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente


En la respiración se mueve el aire de fuera hacia el interior de nuestro cuerpo a través del aparato respiratorio.

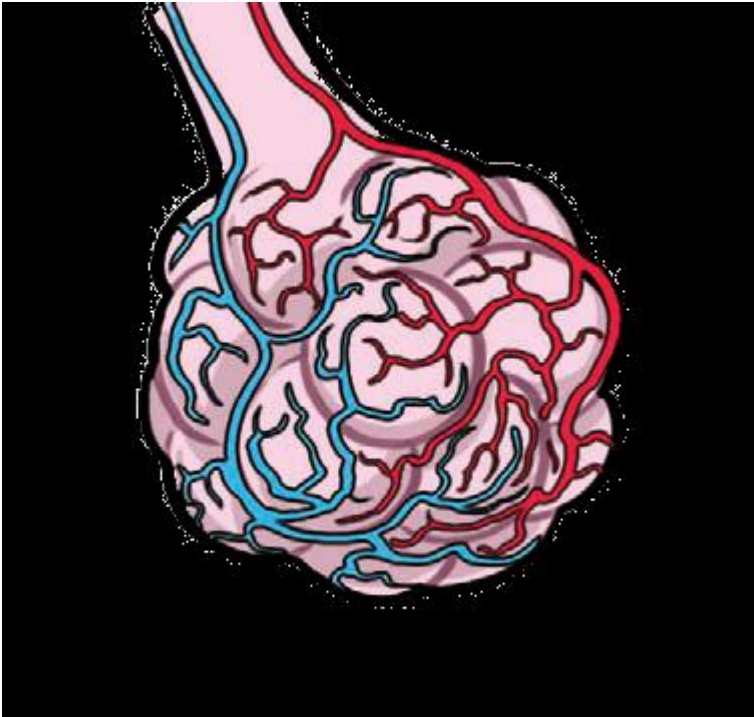
El aire entra a través de las fosas nasales y/o boca, pasando por otras zonas de la vía aérea superior que son las encargadas de calentar, filtrar y humedecer el aire oxigenado que se necesita como fuente de energía para el metabolismo celular. El aire que se desecha en la respiración, cargado de dióxido de carbono (CO₂), se expulsa igualmente por nariz o boca.

La respiración es un movimiento automático que se realiza involuntariamente. Al respirar, el diafragma, músculo muy potente que separa la cavidad abdominal de la torácica, baja dejando que la caja torácica se expanda y dando el máximo volumen a los pulmones. Éstos se llenan de aire que proviene del exterior.

RECORRIDO DEL AIRE HASTA LLEGAR A LOS PULMONES


ALVEOLOS

	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	AD-AE-PRO-003
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	R.001
		MAYO 2017
		Página 5 de 18
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente



CILIOS



	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003	R.001
		MAYO 2017
		Página 6 de 18
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente

- El aire pasa por: nariz, faringe, laringe Y Tráquea hasta llegar a los pulmones.
- En la tráquea llega a una zona anatómica llamada carina donde se divide en dos vías que son los bronquios principales, cada uno de los cuales entra en un pulmón.
- Los bronquios, a su vez, se subdividen en bronquios cada vez más pequeños hasta acabar en diminutas bolsas llamada alveolos donde se produce el intercambio gaseoso y circulatorio. La mucosa de la vía aérea superior está tapizada por unas estructuras llamadas cilios, que son como pequeños vellos (pelillos) que desarrollan un movimiento continuo. Con esto consiguen movilizar hacia la parte posterior de la garganta partículas envueltas en moco, secreciones,... que cuando llegan a la garganta son expulsadas al exterior por la tos.


INDICACIONES

1. Obstrucción de la vía aérea superior secundaria a epiglotitis, absceso o cuerpo extraño en la faringe que impide la intubación endotraqueal.
2. Traumatismo laringotraqueal grave o fractura laríngea.
3. Imposibilidad para realizar una intubación endotraqueal o una cricotiroidotomía.
4. Necesidad de una vía aérea definitiva después de cricotiroidotomía.
5. Mal manejo de las secreciones y prevención de broncoaspiración en pacientes con dificultad para toser, expectorar o deglutir.
6. Ventilación mecánica prolongada.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

La traqueotomía puede realizarse bajo anestesia local o general, comúnmente en salas de cirugía. Consiste en hacer una abertura en la tráquea, a través de la cual se puede pasar un tubo; la vía aérea artificial así creada permite respirar y expulsar las secreciones de los bronquios. Como la traqueostomía desvía la salida del aire de la tráquea al medio ambiente sin pasar por la laringe, el paciente no puede hablar


COMPLICACIONES

	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003	R.001
		MAYO 2017
		Página 7 de 18
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente


La tabla 1 muestra las complicaciones más frecuentes y las acciones para prevenirlas o tratarlas.

Tabla 1. Complicaciones de la traqueostomía, causas y manejo

COMPLICACIONES	CAUSAS	PREVENCION Y TRATAMIENTO
Hemorragia.	Lesión de los vasos tras la cirugía. Erosión de vasos por el tubo.	Prevención: Usar un tubo de tamaño apropiado. Tratar la infección local. Aspirar suavemente. Humidificar los gases inspirados. Hacer la ventana traqueal por encima del tercer anillo traqueal. Tratamiento: Compresión suave. Intervención quirúrgica.
Infección de la herida.	Colonización del estoma por flora hospitalaria.	Prevención: Cuidados diarios de la estoma. Tratamiento: Sacar el tubo si es necesario. Cuidado intensivo de la herida y desbridación de tejido necrótico. Administrar antibióticos.
Enfisema subcutáneo.	Ventilación con presión positiva. Tos contra un vendaje oclusivo o con una herida suturada y sujeta.	Prevención: Evitar las suturas y los vendajes compresivos Alrededor del tubo. Tratamiento: Retirar suturas o vendajes.
Obstrucción del tubo.	Sangre y secreciones secas. Falso paso a tejidos	Prevención Aspirar las secreciones según necesidad.

	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003	R.001
		MAYO 2017
		Página 8 de 18
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente

	<p>blandos. Apertura de la cánula colocada contra la pared traqueal. Cuerpo extraño. Tejido tumoral.</p>	<p>Humidificar los gases aspirados. Colocar el tubo de forma que la apertura no presione la pared traqueal. Tratamiento Sacar o sustituir la cánula interna. Reubicar el tubo.</p>
Desplazamiento del tubo.	<p>Movimientos del paciente. Tos. Tracción sobre las mangueras del ventilador.</p>	<p>Prevención: Poner el hiladillo de modo que permita el paso de un dedo entre este y el cuello. Usar tubos con placas ajustables en pacientes con cuello corto. Sujetar las mangueras del ventilador. Sedar al paciente en caso de necesidad. Inmovilizar al paciente si es necesario. Tratamiento: Cubrir el estoma y ventilar al paciente manualmente por la boca. Sustituir el tubo.</p>
Estenosis traqueal.	<p>Lesión del área final del tubo o manguito, con aparición de escara y estrechamiento de la vía aérea.</p>	<p>Prevención: Inflar el manguito con la mínima cantidad de aire necesaria. Controlar las presiones del manguito cada 8 horas. Tratamiento: Reparación quirúrgica.</p>
Fístula traqueoesofágica.	<p>Necrosis por presión de la pared posterior de la</p>	<p>Prevención: Inflar el manguito con la mínima cantidad de aire</p>

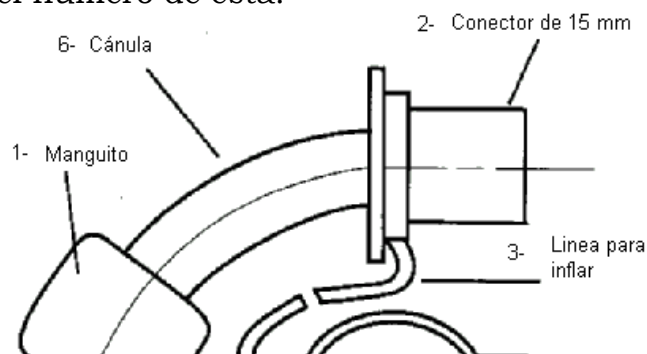
	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003 R.001 MAYO 2017 Página 9 de 18	
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente


	tráquea por un manguito excesivamente inflado y un tubo demasiado rígido.	necesaria. Controlar las presiones del manguito cada 8 horas. Tratamiento: Reparación quirúrgica.
Fístula traqueocutánea.	Fallo de cierre del estoma tras retirar el tubo.	Tratamiento: Reparación quirúrgica.
Fístula tráqueaarteria innominada.	Presión directa del codo de la cánula contra la arteria innominada. Colocación del estoma traqueal por debajo del cuarto anillo traqueal. Migración hacia abajo del estoma traqueal por tracción del tubo. Situación elevada de la arteria.	Prevención: Hacer la ventana traqueal por encima del tercer anillo traqueal. Tratamiento: Hiperinflar el manguito para controlar la hemorragia. Sacar el tubo y sustituirlo por un tubo endotraqueal y aplicar presión digital a través del estoma contra el esternón. Reparación quirúrgica.

DESCRIPCIÓN DE LAS CÁNULAS MÁS COMUNES

CÁNULA SIMPLE CON BALÓN

Es la cánula usada más frecuentemente. Consta de un tubo (la cánula propiamente dicha) que se pasa por el orificio de la piel hasta la tráquea; cerca del extremo distal tiene el manguito; en la porción proximal externa tiene el neumotaponador y un conector estándar (15 mm) que empata con todos los equipos respiratorios tales como los circuitos de los ventiladores. A los lados tiene las lengüetas de fijación con ranuras para pasar el hiladillo y contiene los datos del diámetro interno (I.D.) y externo (O.D.) de la cánula, así como el número de esta.



	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003	R.001
		MAYO 2017
		Página 10 de 18
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente

CÁNULA FENESTRADA CON BALÓN

Consta de una cánula fenestrada y una camisa sin fenestraciones, está formada por las mismas partes de la cánula simple, pero tiene orificios (fenestraciones) que permiten que parte del aire pase de la tráquea a la laringe para respirar por la nariz o por la boca y poder hablar; además, tiene una cánula más pequeña (camisa), el plato o alas del cuello con los datos de la cánula y el tapón de decanulación.

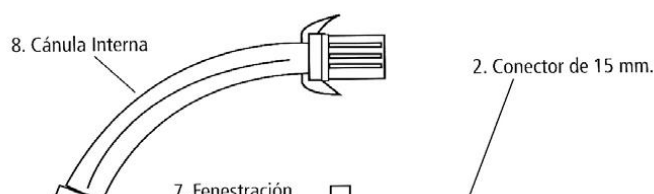
La cánula fenestrada presenta algunas ventajas sobre la cánula simple:


- Plato del cuello: plato que articula con la cánula.

Al ser articulado permite los movimientos del cuello sin que se desplace la cánula.

- Camisa (cánula interna): tubo interno removible, sin fenestraciones. Actúa como un pasaje para el flujo de aire y para remover secreciones, además simplifica el procedimiento de limpieza de la cánula. Cuando está puesta cierra las fenestraciones, lo que permite el paso de aire a la laringe y sólo se podrá respirar por la traqueostomía para usar con ventilación mecánica; no se debe tapar la cánula.

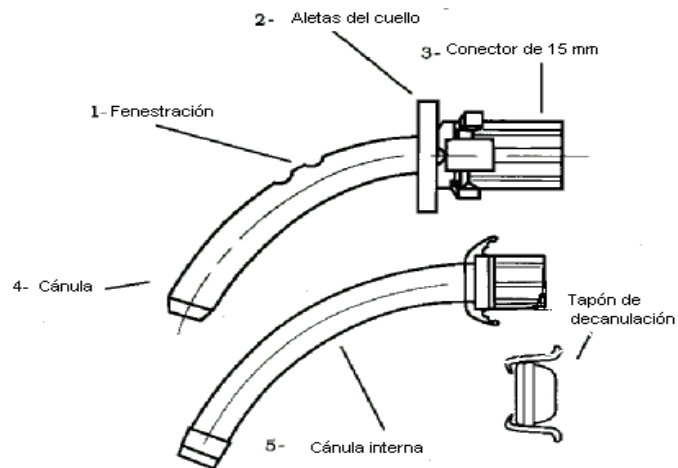
- Tapón de decanulación: se ajusta a la cánula cuando se retira la camisa y se desinfla el balón. Bloquea el flujo de aire a través de la cánula y dirige la respiración a través de boca y nariz.




	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003	R.001
		MAYO 2017
		Página 11 de 18
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente

CÁNULA FENESTRADA SIN BALÓN

Igual a la anterior, pero sin balón. Se usa en pacientes que tienen un adecuado mecanismo de deglución, que no necesitan ventilación mecánica y que tendrán la traqueostomía por tiempo prolongado.



CUIDADOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA NUEVA

	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003 R.001 MAYO 2017 Página 12 de 18	
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente

Las traqueostomías nuevas se deben observar muy de cerca para detectar o prevenir complicaciones.

Inmediatamente llega el paciente de salas de cirugía o una vez terminado el procedimiento de traqueostomía percutánea se deben iniciar los cuidados de la traqueostomía, los cuales se repetirán en cada turno o con más frecuencia si es necesario. No hay diferencia en los cuidados entre el paciente adulto y el paciente pediátrico.


La traqueostomía se considera nueva o inmadura hasta las 72 horas postoperatorias, cuando se asume que ya ha creado ruta o está madura.

Equipo

- Flujómetro de oxígeno conectado a una bolsa de respiración manual (Ambú o Jackson Rees) y una máscara.
- Equipo de oxigenoterapia indicado: ventilación mecánica o tienda de traqueostomía con manguera corrugada larga y nebulizador.
- Fonendoscopio.
- Oxímetro se pulso.
- Medidor de presión del neumotaponador.
- Equipo de succión.
- Sondas de succión del número adecuado para el tamaño de la cánula.
- Agua estéril.
- Guantes limpios.
- Solución salina normal (SSN).
- Jeringa de 10 mL.
- Gasa estéril.
- Aplicadores y vasos desechables.

PROCEDIMIENTO


1. Controle los signos vitales y ausculte el tórax para verificar que los ruidos sean simétricos.
2. Revise el estoma e identifique cualquier anomalía: saliva, sangrado, secreción purulenta.
3. Revise los puntos de prolene que fijan la cánula a la piel.
4. Si el estoma tiene puntos de tracción, proteja los hilos con esparadrapo para que no se desplacen.
5. Aspire las secreciones de la traqueostomía.
6. Oxigene con resucitador manual o instale el ventilador.
7. Aspire la boca y la faringe.

	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003 R.001 MAYO 2017 Página 13 de 18	
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente


8. Limpie cuidadosamente cualquier sangrado con gasa y con aplicadores empapados en solución salina.
9. Deje una gasa seca alrededor del estoma.
10. Revise la presión del neumotaponador. Esta debe ser inferior a 20 cm de H₂O, presión de perfusión de la tráquea. El manguito debe estar insuflado con 5 a 8 mL de aire.
11. Instale el oxígeno ordenado por el médico: ventilador mecánico o máscara de traqueostomía con nebulizador al FIO₂ necesario para alcanzar una saturación mayor de 90%.
12. Registre los datos de la traqueostomía y de la cánula en la historia clínica.
13. Tenga disponible una cánula de repuesto del mismo número o de un número inferior a la cánula del paciente.
14. Guarde el introductor en una bolsa plástica sellada y déjelo en un lugar visible.
15. Deje a la mano los elementos necesarios para la succión y la curación.
16. Reporte al médico cualquier duda o complicación.

CUIDADOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA

1. La limpieza del estoma y de la cánula remueve las secreciones y las costras secas que ocasionan obstrucción de la vía aérea, hipoxia, neumonía, bronquitis y atelectasias.
2. Solicite una cánula del mismo número o de un número inferior.
3. Tenga listo el succionador de secreciones así como el equipo de succión.
4. Ausculte el paciente. Si la orden médica lo indica o si el paciente presenta sobreagregados realice nebulización medicada por máscara de traqueostomía.
5. Si la cánula está presionando la piel o si hay secreción por el estoma deje una gasa estéril debajo de la cánula, alrededor del estoma.
6. El apósito del estoma debe permanecer siempre limpio. Limpiar con suero fisiológico
7. La cánula interna se cambiará cada 8 horas o más si precisa, para evitar la obstrucción de la cánula
8. Para realizar el procedimiento anterior se sujetará la placa pivotante firmemente y se girará el conector de la cánula, un cuarto de vuelta, en el sentido de las manecillas del reloj

	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003 R.001 MAYO 2017 Página 14 de 18	
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente


9. La cánula completa (interna y externa) se cambiará cada siete días, salvo que un mal funcionamiento aconseje adelantarlo
10. Para realizar el procedimiento anterior se introducirá una guía flexible por el interior de la cánula que se va a retirar. Retiraremos ésta e introduciremos, permitiendo que se deslice la guía por su interior, la nueva cánula. Antes y después de realizar este procedimiento, debemos facilitar al paciente oxígeno al 100% durante 2-3 minutos
11. La cánula interna se mantendrá siempre permeable, aspirando las secreciones si lo precisara
12. En presencia de secreciones espesas se aplicarán aerosoles
13. La aspiración de secreciones a través de una cánula fenestrada debe hacerse siempre con la cánula interna puesta, ya que evita que la sonda de aspiración salga por la ventana y dañe la tráquea o el balón
14. Evitar en las maniobras el desplazamiento de la cánula, sujetando con los dedos la placa pivotante
15. El tapón para decanulación (que sirve para taponar el extremo externo de la cánula y así obligar al paciente a respirar a través de la fenestración y las vías altas) sólo se usará en las cánulas fenestradas
16. Antes de colocar el tapón de decanulación debe desinflarse el balón y asegurarse que las vías altas respiratorias estén permeables
17. Tras colocar el tapón de decanulación deben vigilarse los signos vitales, muy especialmente la función respiratoria
18. No emplear nunca una presión superior a 25 mmHg para inflar el balón (puede dañar la tráquea)
19. El apósito del estoma debe permanecer siempre limpio. Limpiar con suero fisiológico
20. Cuando se use láser junto a la cánula, evitar el contacto de aquél con ésta, sobre todo en presencia de aire enriquecido de oxígeno
21. El tamaño inadecuado de la cánula y un balón poco hinchado, en presencia de ventilación mecánica, puede ocasionar enfisema subcutáneo
22. La alimentación será por sonda nasogástrica hasta que el usuario vaya educando la deglución
23. Si la cánula es fenestrada, el usuario podrá comunicarse verbalmente siempre que esté colocado el tapón de decanulación
24. Vigilar, sobre todo las primeras horas tras la colocación o el cambio, la posible aparición de hemorragias

	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003	R.001
		MAYO 2017
		Página 15 de 18
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente

25. Estar alerta ante el riesgo de obstrucción mucosa o, sobre todo en las primeras horas, con tapones de sangre
26. Si el usuario está consciente se le enseñará a comunicarse mediante gestos, escritura.

PRECAUCIONES DURANTE LA ASPIRACIÓN


- Puede exacerbar la presión intracraneal ya aumentada o la hipertensión grave por hipoxia, hipercapnia o estimulación del reflejo de tos durante el procedimiento.
- No desinfe el manguito de la cánula de traqueostomía antes de la aspiración. El manguito inflado previene la broncoaspiración si se estimula el reflejo de náuseas.
- Colocar el paciente con la cabecera a 30°, si no hay contraindicación, para prevenir broncoaspiración.
- La aspiración no debe exceder 10 segundos por intento para prevenir hipoxia y atelectasia.
- En pacientes con ventilación mecánica con presión positiva al final de la espiración (PEEP), añadir un adaptador de PEEP al respirador manual para no interrumpirlo durante la aspiración.
- Aspirar al paciente según necesidad y no por horario, para prevenir el excesivo deterioro de la mucosa y reducir la exposición a colonización bacteriana
- La instilación de suero fisiológico para remover secreciones no es efectivo, disminuye la oxigenación arterial y favorece la colonización bacteriana de la vía aérea inferior.
- La oxigenación del paciente debe realizarse durante 30 segundos (5-6 respiraciones) o cuando el paciente alerta presente señales de recuperación.
- Produce sensación de ahogo en el paciente y por ende ansiedad excesiva.

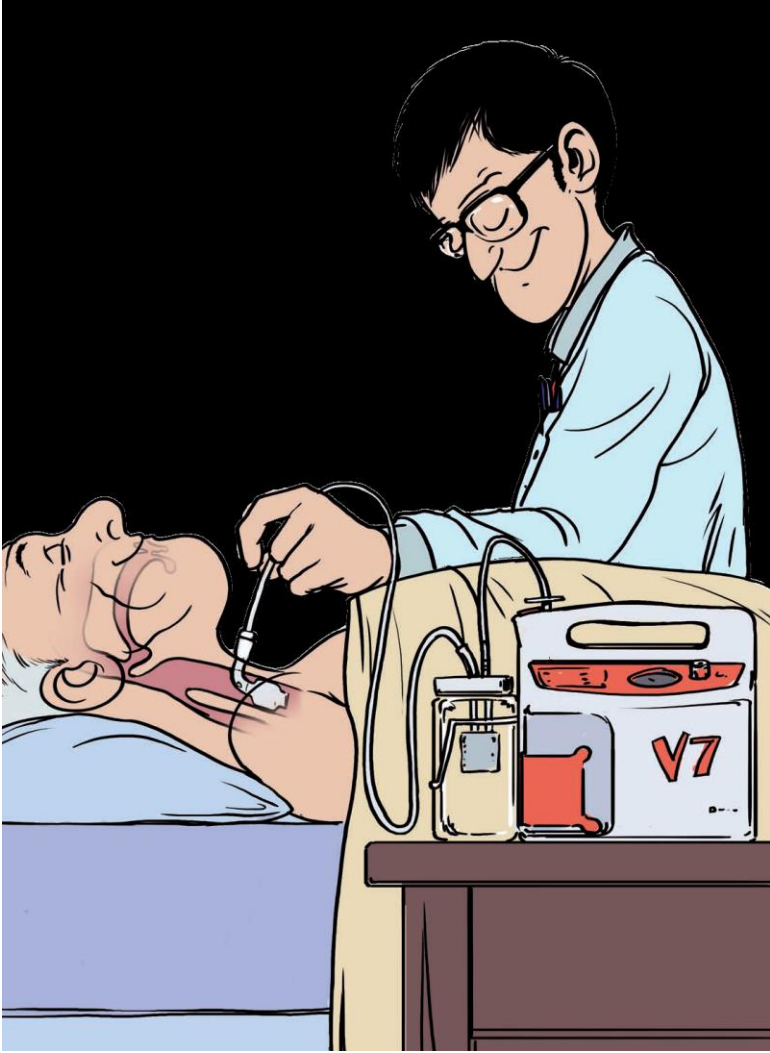
	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003 R.001 MAYO 2017 Página 16 de 18	
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente


- Puede estimular la respuesta vagal con hipotensión o bradicardia.
- Limitar la aspiración en pacientes anticoagulados o con terapia trombolítica.

COMPLICACIONES DEL ESTOMA

- Obstrucción traqueal.
- Infección del árbol traqueobronquial.
- Expulsión de la cánula.
- Estenosis del estoma.
- Lesiones de la mucosa traqueal.
- Constricción traqueal.
- Lesiones de la mucosa.
- Fístula traqueoesofágica.
- Infecciones de la herida.
- Sangrado
- Dehiscencia de la herida

	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	AD-AE-PRO-003
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	R.001
		MAYO 2017
		Página 17 de 18
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente



	GLOBAL LIFE AMBULANCIAS S.A.S	
	PROTOCOLO	
	CUIDADOS DE ENFERMERIA PACIENTE CON TRAQUEOSTOMIA	
	AD-AE-PRO-003 R.001 MAYO 2017 Página 18 de 18	
REALIZADO POR: OFICINA DE CALIDAD	REVISADO POR: ANA MARIA RAMIREZ LIDER DE CALIDAD	APROBADO POR: Javier Nieto, Gerente

BIBLIOGRAFIA

1. Barnett M. Tracheostomy management and care. Journal of Community Nursing. 2005; 19(1): 4-8.
2. Choate K, Barbetti J. Tracheostomy: your questions answered. Australian Nursing Journal. 2003; 10(11): CU1-CU4.
3. Dixon B, Tasota F. Desplazamiento involuntario de la cánula de traqueostomía. Nursing. 2003; 21: 7.
4. Edgton-Winn M, Wright K. Tracheostomy: a guide to nursing care. Australian Nursing Journal. 2005; 13(5): 1-4.
5. Hill T, Proehl JA. Aspiración endotraqueal o de traqueostomía. En JA Proehl. Enfermería de urgencias técnicas y procedimientos. Editorial Elsevier. Madrid, 2005.
6. Nettina S, Mills E. Lippincott Manual of Nursing Practice. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2006.
7. Scales D, Ferguson N. Tracheostomy: it's time to move from art to science. Crit Care Med 2006; 34(12): 3039-3040.
8. Sell S, Tasota F. Tapón mucoso en la traqueostomía. Nursing. 2005; 23: 7.
9. Tamburri L. Care of the patient with a tracheostomy. Nursing. 2000; 19(2): 49-60.
10. York D. Traqueostomía. En JA Proehl. Enfermería de urgencias técnicas y procedimientos. Editorial Elsevier. Madrid, 2005.
- 11 <http://revistaavances.blogspot.com/2012/03/tecnicquirurgica-de-la-traqueostomia.html>
- 12 <http://fibroanestesia.com/especialidades/traqueo-quirurgica/>
- 13 http://elanestesiologo.blogspot.com/2011_11_01_archive.html
- 14 http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_2_3.htm
- 15 http://www.enferpro.com/ttraqueostomia_.htm
- 16 www.esteveteijin.com