

Manual de cuidados de traqueotomía



Tabla de contenido

1. Introducción

¿Qué es una traqueostomía?	3
----------------------------------	---

2. Traqueotomía

Tipos y partes de tubos de traqueotomía	4
Succión de traqueotomía	5
Cuidados de la piel en traqueotomía	8
Cambio de cintas de amarre de traqueotomía	10
Cambio de tubo de traqueotomía.....	11
Humidificación	14

3. Atención de emergencia

Equipo en bolso para emergencias	15
Signos de dificultad respiratoria	16
Tapones de moco	17
Decanulación accidental	18
Sangrado en el tubo de traqueotomía	19
Aspiración	20
Broncoespasmo	21

4. Cuidados de transición

22

5. Cuidados en el hogar

Consejos para cuidados en el hogar	23
--	----

6. Recursos

Habla	24
Ir a la escuela	26



¿Qué es una traqueostomía?

Una traqueostomía es una cirugía en la que un médico coloca un tubo para respirar en la tráquea de un niño. También se le llama “traqueo”. Se comenzó a hacer hace casi 500 años y se hace por muchos motivos. Algunos motivos son:

- solucionar una obstrucción en las vías respiratorias
- ayudar a pacientes que no pueden toser para expulsar moco de los pulmones
- ayudar a pacientes que necesitan usar un ventilador (respirador) durante mucho tiempo

La cirugía generalmente se hace en un quirófano, con anestesia general. El siguiente dibujo les ayudará a ver dónde se hace la cirugía. El tubo de traqueotomía se coloca debajo de la laringe. Debido al lugar donde se coloca el tubo, la mayoría de los niños no pierden la capacidad de hablar después de que se coloca el tubo de traqueotomía. Es posible que algunos niños no puedan hablar después de la cirugía por los siguientes motivos:

- Hinchazón alrededor del tubo de traqueotomía
- El tamaño del tubo de traqueotomía necesario para que el niño respire fácilmente
- Hay una obstrucción en las vías respiratorias



El tubo de traqueotomía se coloca adelante del esófago (tubo para tragar), y por eso la mayoría de los niños pueden comer normalmente. Algunos niños que tienen antecedentes de atragantarse y toser después de tragar pueden seguir teniendo esos problemas después de una traqueostomía. Hablen con su médico, enfermera, dietista o terapeuta sobre las necesidades específicas de su hijo/a para alimentarse.

Dependiendo del motivo de su hijo/a para necesitar la traqueostomía, puede ser temporal. La mayoría de las afecciones que requieren traqueostomía en niños pueden solucionarse con el tiempo o se pueden corregir con cirugía. Sin embargo, la traqueotomía puede ser necesaria durante un tiempo largo para niños que no pueden toser para expulsar moco de los pulmones o necesitan un ventilador (respirador). Hablen con su médico sobre la afección de su hijo/a para entender cuánto tiempo necesitará una traqueotomía.

Charles M. Myer III, M.D.



Partes de los tubos de traqueotomía

Hay muchos tipos y muchas marcas de tubos de traqueotomía. También hay muchos tamaños y muchas longitudes de tubos. Su médico decidirá el tipo, el tamaño y la longitud del tubo que necesitará su hijo/a.

El tipo de tubo de traqueotomía depende de los siguientes factores de su hijo/a:

- problema para respirar
- edad
- tamaño de las vías respiratorias
- necesidades especiales

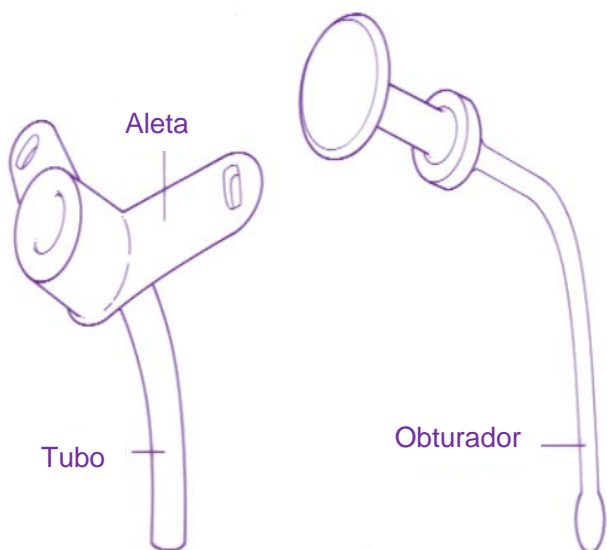
A medida que su hijo/a crece y la afección cambia, esos mismos factores ayudarán a decidir el tipo, tamaño y longitud correctos del tubo de traqueotomía.

La mayoría de los tubos de traqueotomía generalmente tienen las mismas partes básicas:

- El tubo o cánula de traqueotomía
- Las aletas o pestañas, a las que se amarran las cintas
 - Algunos tubos tienen una aleta o pestaña extendida para conectar en el cuello
- El obturador, o guía, para insertar el tubo

Aletas

Las aletas se apoyan en el cuello. Las cintas de amarre de la traqueotomía se colocan en ambos lados



Obturador

Una guía que se coloca adentro del tubo cuando se coloca el tubo al paciente. El obturador se retira inmediatamente después de que se coloca el tubo.

Por favor, vean el folleto en el paquete en el tubo de traqueotomía de su hijo/a para obtener información específica.

Succionar un tubo de traqueotomía

Propósito

El tubo de traqueotomía se succiona para:

- retirar moco del tubo de traqueotomía y la tráquea de su hijo/a
- permitir respirar más fácilmente

El moco es la respuesta normal del cuerpo para limpiar las vías respiratorias. En las primeras semanas después de una traqueostomía, su hijo/a puede tener una gran cantidad de moco. Eso ocurre debido a la cirugía y a la respuesta normal de los tejidos al nuevo tubo. En muchos niños, la cantidad de moco debería disminuir con el tiempo.

Cuándo succionar

Deben aprender el patrón de respiración normal de su hijo/a, para saber cuándo es necesario succionar. Lo que vean, sientan y oigan les indicará cuándo succionar el tubo de su hijo/a. Algunos signos a los que deben estar atentos son:

- moco que hace ruido y que no se despeja al toser
- ruidos rápidos
- burbujas de moco en la abertura de la traqueotomía

Algunos signos avanzados de que es necesario succionar el tubo de su hijo/a:

- Mirada asustada
- Narinas ensanchadas
- Inquietud
- Palidez o color azulado en la piel, las uñas, la boca
- Piel sudorosa y pegajosa
- Respiración rápida, con ruido y con esfuerzo
- Sonido seco y con silbido



Succionar un tubo de traqueotomía

Materiales necesarios

- Catéter de succión – Tamaño _____
 - El tamaño ideal del catéter de succión es 2/3 de la abertura del tubo de traqueotomía.
- Máquina de succión
 - Los medidores de presión, o manómetros, varían entre las máquinas de succión. Pregunte a la compañía de su equipo sobre la configuración del límite de presión.
- Viales de solución salina desechables
 - Solo use solución salina cuando las secreciones sean espesas, o estén teñidas con sangre
 - Puede haber efectos secundarios debido al uso de solución salina, entre ellos niveles de oxígeno más bajos, cambios en el ritmo cardíaco o infección
- Bolsa de respiración artificial - con adaptador opcional de traqueotomía para tubo de metal de traqueo
- Guantes
- Pañuelo de papel
- Agua para enjuagar y vasos de papel (si los catéteres se enjuagan en agua en vez de en solución salina)

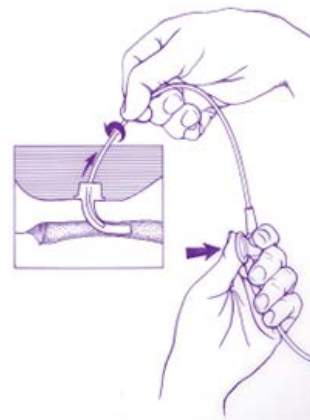


Succionar un tubo de traqueotomía

Cómo succionar

Antes de empezar a succionar, asegúrese de saber la profundidad de la succión. Usando el obturador como guía, mida con qué profundidad insertar el catéter de succión (muchos catéteres tienen marcas para facilitar la medición).

1. Lávese y séquese las manos.
2. Prepare el equipo.
3. Vierta agua para enjuagar en el vaso de papel.
4. Conecte el catéter de succión al tubo de la máquina de succión.
5. Encienda la máquina de succión.
6. Ponga pequeñas gotas de solución salina normal en el tubo de traqueotomía. (No tiene que usar solución salina normal si el moco no es espeso y está flojo.)
7. Use un pañuelo de papel para limpiar el moco que sale al toser.
8. Ponga el pulgar sobre la abertura del catéter de succión.
9. Mientras succiona, coloque suavemente el catéter de succión en el tubo de traqueotomía hasta la marca que se midió previamente.
10. Use un movimiento en círculo suave mientras retira el catéter de succión para retirar bien el moco de todos los lugares. Este paso no debería tardar más de 5 segundos. Puede ser tan breve como 1 segundo.
11. Enjuague el catéter de succión.
12. Observe el color y el esfuerzo para respirar de su hijo/a.
13. Deje que su hijo/a recupere el aire entre succiones.
14. Repita la succión hasta que las respiraciones de su hijo/a suenen limpias y el catéter de succión salga con poco o nada de moco.
 - a. Limite las pasadas del catéter de succión a tres (3) veces siempre que sea posible.
15. Bote los materiales para succionar y apague la máquina de succión.
 - a. Si está reusando catéteres en el hogar, es buena idea que ponga los catéteres usados en una bolsa de plástico hasta que tenga tiempo de lavarlos con agua y jabón. Deje secar los catéteres al aire y guárdelos en un recipiente sin tapa.
16. Lávese y séquese las manos.



CONSEJO: Si hay trazas de sangre en el moco, compruebe la profundidad de succión e intente usar gotas de solución salina para succionar. Más tiempo en la máquina de niebla también puede ayudar a disminuir la sangre en el moco. Si la cantidad de sangre en el moco no mejora en 24-48 horas, avisen a su médico. Si ven sangre de color rojo intenso, su hijo/a tiene que ver inmediatamente a su médico.

Cuidados de la piel en la traqueotomía

Propósito

La piel en el lugar de la traqueotomía tiene que mantenerse limpia y seca. Si se acumula supuración alrededor del tubo de traqueotomía, pueden crecer gérmenes y causar infección o sarpullido en la piel.

Cuándo

Hay que mirar la zona y limpiarla 2 veces al día, o con más frecuencia si hay enrojecimiento, irritación, supuración o cortes.

Materiales necesarios

- Jabón suave y agua cuando la piel haya sanado
- Peróxido de sodio (hydrogen peroxide) de concentración $\frac{1}{2}$ (mezclar partes iguales de peróxido de hidrógeno y agua) cuando la piel todavía no haya sanado
- Hisopos de algodón
- Vasos de papel
- Vendajes para cuidado de la piel según las recomendaciones del proveedor (opcional)

Cómo limpiar

1. Lávese y séquese las manos.
2. Prepare los materiales.
3. Observe el cuello para ver si hay cortes o signos de infección.
4. Prepare agua y jabón o peróxido de hidrógeno de concentración $\frac{1}{2}$ en un vaso limpio.
5. Sumerja el hisopo de algodón en la solución.
6. Comenzando en el estoma, pase el hisopo alejándose de la abertura de la traqueotomía, usando un hisopo por pasada. Bote el hisopo.
7. Limpie las aletas del tubo de traqueotomía.
8. Usando hisopos de algodón secos, seque la piel de la misma manera que la limpió.
9. Nuevamente, observe el cuello.
10. Aplique un vendaje para el exceso de supuración o si el tubo de traqueotomía está rozando la piel.
11. Si usa gasa, no la corte. Las fibras deshilachadas pueden entrar en el tubo.



Cuidados de la piel en la traqueotomía

Signos de infección

- Enrojecimiento
- Supuración
- Mal olor
- Hinchazón
- Cortes

Cómo tratar problemas en la piel

El uso de cremas y lociones en el cuello y en el sitio de la traqueotomía no es rutina. Llame a su médico o enfermera de medicina práctica si hay:

- cualquier signo de infección o irritación de la piel que rodea el tubo de traqueotomía
- cualquier problema en el cuidado de la piel en el sitio de la traqueotomía



Cambio de cintas de amarre de traqueotomía

Propósito

Los cambios de las citas de amarre se hacen para evitar que el tubo de traqueotomía se salga y para evitar lesiones en la piel y sarpullido en el cuello.

Cuándo

Las cintas se cambian al menos una vez al día o cuando están mojadas o sucias.

Suministros

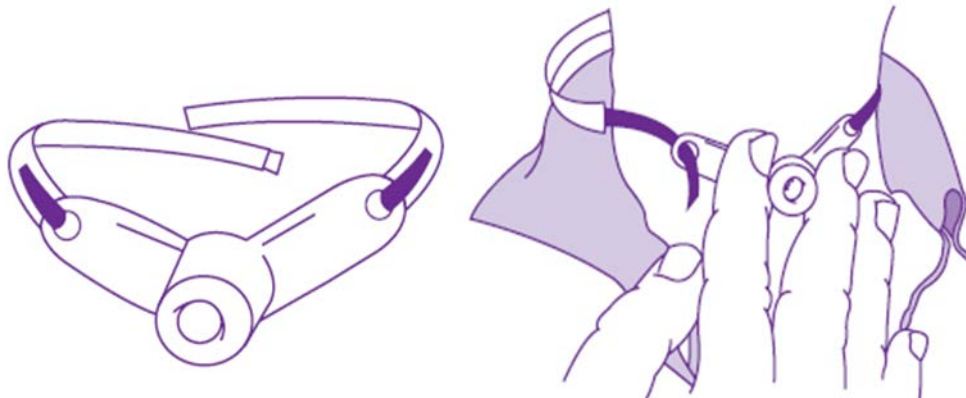
- Tijeras
- Pinzas (hemostato)
- Cintas para traqueotomía extras de tela o que se abrochan sobre sí mismas con Velcro



Cintas que se abrochan sobre sí mismas (Velcro®):

Cómo cambiar cintas que se abrochan sobre sí mismas:

1. Retire las cintas viejas, un lado a la vez, mientras la otra persona sujeta la pestaña del tubo de traqueotomía.
2. Deslice la lengüeta que se abrocha sobre sí misma a través de la abertura en la aleta de la traqueotomía, doblándola hacia atrás sobre la tela para abrocharla firmemente. Hágalo de a un lado a la vez, para asegurar que un lado siempre esté abrochado.
3. Repita este paso en el otro lado.
4. Con la cabeza del niño inclinada levemente hacia adelante, una los dos extremos de las cintas, abrochando la tercera lengüeta a la tela.
5. Compruebe que las cintas estén firmes y que solo se pueda pasar un dedo entre la cinta y el cuello.



Consejo: Si está usando cintas que se abrochan sobre sí mismas, debe comprobar que estén firmes a lo largo del día, para asegurarse de que el Velcro cierre bien.

Cambio de tubo de traqueotomía

Propósito

Prevenir que haya tapones de moco en el tubo de traqueotomía y mantener el tubo de traqueotomía limpio.

Cuándo

Cambiar el tubo de traqueotomía cada 1-2 semanas (cada 2-4 semanas para tubos de traqueotomía de adultos). Es necesario que dos personas capacitadas hagan el cambio de rutina del tubo de traqueo. Debe estar preparado para cambiar el tubo sin ayuda de otra persona en una emergencia.

Suministros

- Tamaño y longitud actual del tubo de traqueotomía
- Tubo de traqueotomía de tamaño más pequeño y longitud correcta
- Cintas para traqueotomía
- Lubricante en base a agua
- Tijeras
- Hemostato (pinzas sin punta)
- Materiales para succionar
- Pañuelos de papel
- Bolsa inflable



Cambio de tubo de traqueotomía

Cómo cambiar el tubo:

1. Lávese y séquese las manos.
2. Prepare las cintas. Asegure las cintas con Velcro a las aletas del nuevo tubo de traqueotomía o inserte cintas de tela en una de las aletas. Coloque el tubo de traqueotomía sobre una superficie limpia. Evite que la cánula toque cualquier superficie que no esté limpia.
3. Humedezca el extremo del tubo de traqueotomía con lubricante.
4. Prepare el equipo de succión.
5. Succione el tubo de traqueotomía del niño.
6. Acueste al niño boca arriba con un rollo pequeño abajo de los hombros. Si el niño no puede tolerar estar boca arriba, le enseñaremos la técnica con la posición tendido de lado o sentado.
7. Una persona desabrocha las cintas, sujetando el tubo de traqueotomía en el lugar y calmando al niño.



Pregunte a su médico o enfermera antes de colocar al niño en esta posición. Algunos niños no deben estar en esta posición.



8. La primera persona retira el tubo de traqueotomía viejo cuando la segunda persona esté lista.
9. La segunda persona inserta el tubo de traqueotomía con un movimiento curvo suave, dirigiendo el extremo del tubo de traqueotomía hacia la parte de atrás del cuello. ¡No fuerce el tubo!
10. Retire el obturador, sujetando el tubo de traqueotomía firmemente.
11. Cambiar el tubo de traqueotomía hará que el niño tosa. Tenga preparados pañuelos de papel para limpiar secreciones o prepárese para succionar. ¡Nunca suelte el tubo!
12. Abroche las cintas de traqueotomía, dejando que solo un dedo o la punta de un dedo pueda entrar entre el cuello y las cintas.



Cambio de tubo de traqueotomía

Si el tubo no pasa fácilmente:

1. Mantenga la calma y actúe rápidamente.
2. **¡No fuerce el tubo de traqueotomía!**
3. Deje que el niño se relaje y respire.
4. Cambie la posición del niño para que la cabeza esté hacia atrás y se pueda ver el estoma. Intente colocar el tubo nuevamente.
5. Vuelva a lubricar el tubo, compruebe el ángulo de inserción. Intente insertar el tubo nuevamente.
6. Si sigue sin poder colocar el tubo de traqueo, **llame al 911**. Comience respiración de rescate y/o reanimación cardiopulmonar si no pudo cambiar el tubo de traqueo.
7. Intente insertar el tubo de traqueo más pequeño. Recuerde que puede hacer que el niño respire con una mascarilla sobre la nariz y la boca si no puede colocar el tubo de traqueo.
8. Cuando el niño esté de color rosa, continúe haciendo respiraciones con la mascarilla y la bolsa e intente insertar el tubo de traqueo más pequeño.
9. Si no puede insertar el tubo más pequeño, inserte un catéter de succión a través del tubo de traqueo más pequeño. Guíe el catéter de succión a través del estoma. Luego deslice el tubo de traqueo por el catéter de succión a través del estoma.
10. Retire el catéter de succión. Abroche las cintas de traqueotomía. Retire la mascarilla de la bolsa de respiración y coloque la bolsa de respiración en el nuevo tubo de traqueo.
11. Haga respiraciones por el niño con la bolsa de respiración artificial hasta que comience a respirar por sí mismo o hasta que llegue ayuda.
12. Después de que pase la emergencia, llame al médico del niño para preguntar qué hacer si no se pudo colocar el tubo de traqueo más pequeño.

Nota: A la mayoría de los niños con traqueotomía se les puede hacer respiración con mascarilla sobre la nariz y la boca y bolsa de respiración cuando no es posible colocar el tubo de traqueo en el estoma. Pregunte al médico si las vías respiratorias de su hijo/a permiten usar mascarilla y bolsa de respiración en ese tipo de emergencia.

Consejo: Es bueno tener un tubo de emergencia y un set de cintas en una bolsa de plástico pequeña en su bolsa de traqueotomía de emergencia. Use ese tubo de traqueo con cintas para su cambio de tubo de traqueo de rutina cada una o dos semanas. Luego coloque un nuevo tubo de traqueo y cintas en una bolsa de plástico pequeña en su bolso de traqueotomía para emergencias. Nunca guarde el tubo y las cintas de emergencia en el bolso durante más de dos semanas.



Humidificación

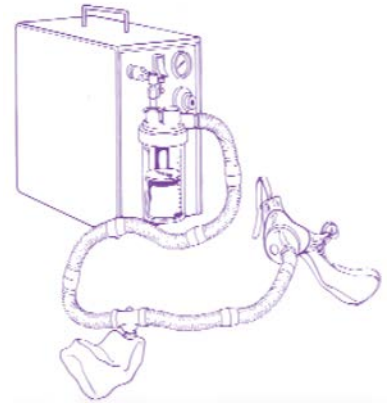
Propósito

La nariz calienta, humedece y filtra el aire que respiramos. Con una traqueotomía, el aire que respira su hijo/a va directamente a los pulmones a través del tubo de traqueotomía. La humedad es necesaria para:

- Evitar que el tubo de traqueotomía de su hijo/a se tape con moco
- Mantener los mocos blandos evitando que entre aire seco en los pulmones de su hijo/a. El aire seco puede causar más tos y moco con trazas de sangre.

Puede proporcionar humedad con:

- Un cuello humidificador con neblina
- Una “nariz artificial”



Cuello humidificador con neblina

El cuello humidificador se debe usar cuando:

- El niño está dormido
- Se usa oxígeno a través del tubo de traqueo
- El niño tiene moco espeso o con trazas de sangre

Asegúrese siempre de que la neblina esté funcionando y que haya suficiente agua para que se forme neblina

Nariz artificial

Una “nariz artificial”:

- Mantiene la temperatura y la humedad natural del niño en las vías respiratorias
- Filtra pequeños objetos para impedir que entren en las vías respiratorias
- También se le llama HME o intercambiador de humedad-humidificación

Una “nariz artificial” se puede usar:

- Durante el día cuando no se está usando el humidificador
- Al aire libre en días fríos o con viento

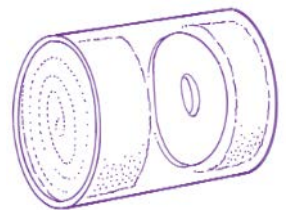
La “nariz” se cambia todos los días o según sea necesario cuando se moja o se ensucia.

Humidificadores de ambiente

Los humidificadores de ambiente agregan humedad extra a la habitación. A veces los usan:

- Niños más grandes que no quieren usar cuellos humidificadores con neblina
- En las temporadas en que el aire es más seco

Limpiar los humidificadores con cuidado para evitar el crecimiento de moho y esporas.



Consejo: Si su hijo/a se niega a usar un collar humidificador o una “nariz artificial”, pruebe:

- Un babero de tela sin plástico en la parte de atrás que no apriete
- Un lugar para jugar o tranquilo cerca de la máquina de niebla
- Un humidificador de ambiente, si el proveedor de atención médica lo aprueba



Equipo en bolso para emergencias

Los cuidados minuciosos para la traqueotomía de su hijo/a pueden evitar la mayoría de los problemas para respirar. A pesar de los cuidados, pueden ocurrir accidentes y problemas respiratorios. Deben estar preparados.

¡SU HIJO/A DEBE TENER SIEMPRE EL EQUIPO PARA EMERGENCIAS!

El equipo para emergencias debe incluir:

1. Tubo de traqueotomía del mismo tamaño y longitud con las cintas ya colocadas, con obturador
2. Tubo de traqueotomía más pequeño con las cintas ya colocadas, con obturador
3. Máquina de succión (la unidad debe tener la carga completa) con tubos
4. Catéteres de succión
5. Bolsa de respiración artificial con mascarilla y adaptadores, si se indicó
6. Solución salina normal
7. Cintas para traqueotomía extra
8. Tijeras
9. Pinzas (hemostato)
10. Lubricante en base a agua
11. Succión DeLee
12. Lista de teléfonos
13. Jeringa, si el tubo de traqueo tiene un balón con agua esterilizada

Consejo: El bolso de traqueo para emergencias debe ser resistente. Debe cerrar bien y permitir que las cintas se encuentren fácilmente.



Signos de dificultad respiratoria

Antes de irse del hospital, podrán cuidar a su hijo/a con un tubo de traqueotomía y aprender a evitar la mayoría de los problemas respiratorios. Una de las cosas más importantes que aprenderán son los signos que indican que su hijo/a tiene dificultades para respirar.

Los primeros signos de dificultad para respirar pueden incluir:

- Respiración ruidosa
- Respiración acelerada
- Piel sudorosa, húmeda y pegajosa
- Inquietud
- Alteraciones en el patrón respiratorio

Los signos más avanzados de dificultad para respirar pueden incluir:

- Respiración con esfuerzo, que se ve con el hundimiento del pecho, cuello o costillas o movimiento de la cabeza hacia adelante y hacia atrás
- Narinas ensanchadas
- Color azulado o gris pálido alrededor de los labios, las uñas y la piel
- No se despierta cuando lo tocan o cuando lo llaman por el nombre

Si su hijo/a está teniendo problemas para respirar y no recibe ayuda, podría dejar de respirar. Tienen que llamar al 911 o al médico, dependiendo de qué tan mal esté respirando. También tienen que seguir pasos para comprobar cómo están las vías respiratorias y despejarlas hasta que llegue ayuda, usando los cuidados que les enseñaron.



Obstrucción con tapón de moco

¿Qué es un tapón de moco?

El moco se puede acumular en el tubo de traqueotomía o en las vías respiratorias y causar un “tapón”. Eso hace que difícil para su hijo/a respirar fácilmente.

Maneras de evitar un tapón de moco:

- Asegúrense de que su hijo/a beba o reciba abundantes líquidos a través de la sonda de alimentación.
- Usen un collar humidificador de neblina con el tubo de traqueotomía mientras su hijo/a duerme o si el moco es espeso o tiene trazas de sangre.
- Usen una nariz artificial cuando no se esté usando neblina.
- Animen a su hijo/a a toser para expulsar las secreciones.
- Succionen dos veces al día, a menos que su hijo/a pueda despejar las secreciones tosiendo o de otra manera.
- Usen gotas de solución salina para aflojar el moco con o sin succionar.
- Hagan los cambios de tubo de traqueotomía de rutina.

Signos de que un tubo de traqueotomía puede estar tapado:

- Respiración rápida, con ruido y con esfuerzo
- Sonido de silbido seco en el tubo de traqueotomía
- Inquietud
- Piel sudorosa y pegajosa, sudor
- Su hijo/a se queja de que no puede respirar
- Dificultad para pasar un catéter de succión a través del tubo de traqueotomía
- Color azulado alrededor de los labios, las uñas y en la piel
- No hay respiración y no se despierta cuando lo tocan o cuando lo llaman por el nombre

Cómo sacar un tapón de moco:

1. Intenten succionar el tubo de traqueotomía.
2. Pongan gotas de solución salina en el tubo de traqueotomía e intenten succionar nuevamente.
3. Vuelvan a poner gotas de solución salina en el tubo de traqueotomía y empujen las gotas a través del tapón con aire de la bolsa de respiración artificial colocada en el tubo de traqueotomía. Intenten succionar nuevamente.
4. Cambien el tubo de traqueotomía si no pueden pasar un catéter de succión, o si los síntomas no se resuelven con solución salina, succión y aire de la bolsa de respiración artificial.
5. Si el cambio del tubo de traqueo no ayuda a aliviar los síntomas, llamen al 911, comiencen respiración de rescate y/o reanimación cardiopulmonar.



Decanulación accidental

¿Qué es una decanulación accidental?

Cuando las cintas de la traqueotomía están demasiado flojas, el tubo se puede salir al toser, se puede jalar o puede caer fuera de las vías respiratorias, y su hijo/a no puede respirar fácilmente.

Cómo evitar una decanulación accidental

- Comprueben que las cintas de traqueotomía estén bien abrochadas, secas e intactas varias veces en el día y cuando succionen.
- Si las cintas están flojas, ajústelas. Si se están rompiendo, cámbienlas.
- No permitan que su hijo/a ni ninguna otra persona jale las cintas del tubo de traqueotomía.
- Mantengan el nivel de humedad adecuado y succionen cuando sea necesario para controlar la cantidad de secreciones. Demasiadas secreciones pueden causar tos.

Signos de que un tubo de traqueotomía puede haberse salido:

- Respiración rápida, con ruido y con esfuerzo
- Inquietud
- Piel sudorosa y pegajosa, sudor
- Su hijo/a se queja de que no puede respirar
- Color azulado alrededor de los labios, las uñas y en la piel
- Algunos niños pueden hacer ruidos más fuertes de los que hacían antes de que el tubo se saliera
- No hay respiración y no se despierta cuando lo tocan o cuando lo llaman por el nombre

Cómo reemplazar un tubo de traqueo:

1. Mantenga la calma y actúe rápidamente.
2. Si hay otra persona con usted, dígame que el tubo de traqueotomía se salió.
3. Inserte el tubo de traqueo, como se indica en la sección “Cambio de tubo de traqueotomía”.
 - Puede volver a deslizarse nuevamente hacia adentro el tubo viejo que acaba de salirse si es el único tubo en la zona y su hijo/a está teniendo problemas para respirar. Después de que su hijo/a esté seguro/a y tranquilo/a, debe reemplazar el tubo con un tubo limpio.
4. Si no puede reemplazar el tubo, o su hijo/a tiene dificultades para respirar, llame al 911, comience respiración de rescate y/o reanimación cardiopulmonar. Siempre pida ayuda y llame a su médico si su hijo/a está teniendo dificultad para respirar o si no puede colocar un tubo de traqueotomía del mismo tamaño.
 - Hable con su médico, enfermera de medicina práctica, enfermeras o terapeutas respiratorios sobre las cosas específicas que usted puede hacer por su hijo/a si no puede reemplazar el tubo de traqueotomía.

CONSEJO: Si es probable que su hijo/a jale las cintas o el tubo de traqueotomía, las cintas que se abrochan a sí mismas con Velcro no son una buena opción. Hablen con su enfermera o enfermera de medicina práctica sobre otras opciones de cintas de traqueotomía. Si están lavando y reusando las cintas que se abrochan a sí mismas, comprueben las cintas para asegurarse de que cierran bien.



Sangrado en el tubo de traqueotomía

¿Qué causa sangrado en el tubo de traqueotomía?

Si hay sangre color rojo intenso saliendo del tubo de traqueotomía es grave y puede ser un signo de irritación o ulceración severa de las vías respiratorias. Es necesario que su hijo/a vea a un médico inmediatamente.

Las trazas de sangre en el moco también son preocupantes. Pueden ser causadas por:

- vías respiratorias secas
- succión frecuente, profunda y enérgica
- infección
- toser demasiado, especialmente con cintas flojas
- irritación debido a que el tubo de traqueo no se ajusta bien
- trauma causado por el tubo
- cuerpo extraño en las vías respiratorias

Cómo evitar el sangrado

- Hacer controles regulares con el médico para asegurarse de que el tubo de traqueo se ajuste bien.
- Usar la técnica de succión indicada en la sección “Succión”.
 - Solo succionar la longitud del tubo de traqueo: hay que evitar crear raspones en la pared de la tráquea.
- Usar humidificación. Consultar la sección “Humidificación”.
- Buscar tratamiento temprano para su hijo/a si tiene signos de infección o aumenta la tos.

Qué hacer si hay sangrado con sangre color rojo intenso

- Llame al 911.
- Mantenga la calma.
- Succione suavemente la longitud del tubo de traqueo.
- Use solución salina para ayudar a despejar las vías respiratorias y evitar que se bloqueen.
- Si el sangrado se detuvo, use humedad hasta que llegue ayuda.

Qué hacer si hay moco con trazas de sangre

- Succione suavemente la longitud del tubo de traqueo.
- Aumente el uso de solución salina, si se indicó.
- Moje el extremo del tubo de traqueotomía con solución salina o lubricante a base de agua cuando cambie el tubo de traqueotomía.
- Aumente el uso de humedad.
- Llame a su médico para hacer un control.



Aspiración

¿Qué es la aspiración?

Sólidos, líquidos o saliva entran en las vías respiratorias en vez de entrar en el esófago.

Por qué los niños aspiran

Algunos niños con traqueotomía comen normalmente. Otros tienen problemas médicos que hacen que sea difícil masticar y tragar, antes o después de que se coloca un tubo de traqueotomía, o en ambas ocasiones. Otro grupo pequeño de niños, especialmente niños más grandes, pueden tender a aspirar. Terapeutas y tratamientos especiales pueden ayudar a niños que tienen problemas para masticar y tragar.

Signos de que su hijo/a puede estar aspirando

- Atragantarse o toser al tragar.
- Secreciones acuosas en el tubo de traqueo, especialmente después de tragar.
- Babear o mantener saliva y líquidos en la boca.
- El color de la comida o del líquido que su hijo/a está tragando aparece en el tubo de traqueotomía al toser.
- Infecciones frecuentes en los pulmones.

Cómo evitar la aspiración

- Espesar los líquidos con espesantes artificiales.
- Comer comidas como pudín, comidas para bebé, cereales, gelatina y yogur (los líquidos más espesos generalmente son más fáciles de tragar que los líquidos más diluidos).
- Masticar y tragar lentamente.
- Sentarse erguido, en posición vertical, mientras come o bebe.
- Seguir las órdenes de su médico sobre comida y alimentación.
- Den los medicamentos siguiendo las indicaciones, porque muchos medicamentos ayudan con las secreciones o ayudan a vaciar el estómago.

Qué hacer si hay aspiración

- Observe a su hijo(a) cuando come y bebe.
- Succione el tubo de traqueotomía usando solución salina hasta que el tubo esté limpio, sin el líquido o la comida que su hijo/a estaba comiendo.
- Cambie el tubo de traqueotomía si está tapado con líquido o comida.
- Llame a su médico si tiene signos de aspiración: su médico puede coordinar pruebas para verificar si hay aspiración.
- Trabajen con terapeutas de tragado, si se indica.

CONSEJO: Recuerden, su hijo/a también puede aspirar cuando vomita.

Si su hijo/a vomita, intenten mantener el vómito fuera del tubo de traqueotomía girando la cabeza del niño hacia el lado y succionando la tráquea.



Broncoespasmo

¿Qué es un broncoespasmo?

Un broncoespasmo es un evento poco común. Generalmente es una tensión de los músculos de las vías respiratorias, lo que hace que las vías respiratorias se hagan más estrechas y se bloqueen. Si no se trata, puede poner en riesgo la vida de su hijo/a.

Causas del broncoespasmo

- Reacción alérgica
- Resfriado o infección
- Exposición a humo o vapores
- Polvo
- Aire frío
- Objetos pequeños que pueden entrar en las vías respiratorias y causar irritación o inflamación de las vías respiratorias

Signos de broncoespasmo

- Tos
- Hace un silbido al respirar
- Piel sudorosa, húmeda y pegajosa
- Inquietud
- Sensación de opresión en el pecho
- No puede recuperar el aliento
- Respiración rápida y con esfuerzo con hundimiento del pecho, cuello o costillas y/o movimiento de la cabeza hacia adelante y hacia atrás
- Narinas ensanchadas
- Color azulado o gris pálido alrededor de los labios, las uñas y la piel
- No se despierta cuando lo tocan o cuando lo llaman por el nombre

Cómo evitar un broncoespasmo

- Evitar los factores indicados en la lista que pueden causar broncoespasmo.
- Hablen con su médico sobre el riesgo de broncoespasmo de su hijo/a y si necesita medicamentos y tratamientos para evitar broncoespasmos en el hogar.
- Si su hijo/a muestra signos iniciales de broncoespasmo, llamen para pedir ayuda. Su médico o equipo de rescate pueden darle los medicamentos que necesita para detener el broncoespasmo o llevar a su hijo/a a un hospital.

Qué hacer si hay un broncoespasmo

1. Llame al 911.
2. Mantenga la calma.
3. Ayude a su hijo/a a mantener la calma.
4. Si tiene oxígeno en casa, dé oxígeno a su hijo/a siguiendo las indicaciones.
5. Dele los medicamentos siguiendo las indicaciones de su médico.
6. Succione suavemente el tubo de traqueotomía. Si el tubo está abierto y succionar parece empeorar la respiración de su hijo/a, deténgase.
7. Si el tubo de traqueotomía está tapado, y la succión no despeja el tapón, cambie suavemente el tubo de traqueotomía.
8. Comience respiración de rescate o reanimación cardiopulmonar si es necesario.



Cuidados de transición

Propósito

Asegurarse de que usted y la otra persona que brinda cuidados puedan cuidar con seguridad y comodidad la traqueotomía de su hijo/a sin ayuda.

Definición

Las dos personas a cargo cuidarán al niño durante 24 horas antes de que el niño regrese a casa. Ese período se llama cuidados de transición.

Cuándo se hace

Después de completar la lista de control de educación, cada una de las 2 personas a cargo debe completar una estadía de 24 horas sola. Durante esa estadía, se espera que cada persona a cargo haga todos los aspectos del cuidado del niño sin la ayuda del personal de enfermería o de otros miembros de la familia.

Al comienzo de la estadía de 24 horas, su enfermera revisará la herramienta de observación durante 24 horas con usted. La herramienta se usará para evaluar su progreso en la estadía de 24 horas.

- Se puede hacer en dos bloques de 12 horas, pero debe incluir una estadía durante la noche de 12 horas.
- Si no se cumple con más de 2 requisitos para las personas a cargo (o falta 1 requisito que pone en riesgo la vida) en una estadía de 12 horas, la estadía se detendrá. Será necesario completarla más adelante.



Consejos para cuidados en el hogar

Estos son algunos consejos que es bueno que consideren para cuidar a su hijo/a. Pueden escribir sus propios consejos y compartirlos con su personal de enfermería y el equipo de atención de la salud.

1. Si tienen que succionar a su hijo/a durante una comida, háganlo suavemente para disminuir la probabilidad de que vomite.
2. ¡Su hijo/a no debe estar debajo del agua!
 - Observe con cuidado a su hijo/a a la hora del baño para evitar que entre agua en el tubo de traqueotomía.
 - Use una nariz artificial en el tubo de traqueotomía para evitar salpicar agua y que entre en el tubo.
 - Los niños con traqueotomía no deben nadar.
3. Cuando lave el pelo de su hijo/a, vierta agua con cuidado por el pelo con un recipiente mientras su hijo/a está boca arriba con la cabeza y el cuello apoyados.
4. No use polvos, aerosoles ni atomizadores cerca de su hijo/a.
5. Evite los deportes de contacto.
6. Evite usar ropa con pelos o aterciopelada alrededor del tubo de traqueotomía. No use ropa que bloquee el tubo de traqueotomía (por ejemplo, camisetas con cuello tortuga).
7. Cuando elijan una mascota, tengan en cuenta que pueda vivir afuera o que no pierda pelos.
8. **NO FUMEN CERCA DE SU HIJO/A.** El humo es muy irritante para las vías



Agreguen sus consejos aquí:



Desarrollo del habla y el lenguaje

Desarrollo típico

Recién nacido - 12 meses: El niño escucha y entiende las palabras que le dicen. Practica hablar balbuceando y haciendo gorgoritos.

12 meses: El niño puede decir una palabra o algunas palabras.

12 - 18 meses: El niño aumenta la cantidad de palabras que puede decir. Puede decir frases de dos palabras, como “más jugo”.

18 meses - 2 años: El niño es más verbal y dice frases de tres a cinco palabras.

3 años - 4 años: El niño está perfeccionando su lenguaje. Una persona extraña debería poder entenderle y debería poder contar una historia de algo que le pasó en el pasado reciente.

Efectos de una traqueotomía en la comunicación

Tener una traqueotomía puede afectar la capacidad de hablar de su hijo/a. Algunos de los motivos pueden ser:

1. Si el espacio laringotraqueal es muy pequeño o tiene cicatrices, su hijo/a no podrá dejar pasar suficiente aire por las cuerdas vocales para hacer sonidos.
2. Si las cuerdas vocales tienen cicatrices, el sonido de las cuerdas puede ser ronco o áspero. Si una o ambas cuerdas vocales no se pueden mover, los sonidos de su hijo/a variarán según la posición de las cuerdas vocales.
3. Con frecuencia, los niños con traqueotomía tienen otros problemas. Si su hijo/a nació antes de tiempo, puede tener problemas con el lenguaje. Si tiene antecedentes de trauma en la cabeza o lesión en la columna vertebral, puede haber un motivo con base neurológica para los problemas de su hijo/a para comunicarse.
4. El tamaño del tubo de traqueotomía para mantener seguras las vías respiratorias de su hijo/a puede disminuir la cantidad de aire que puede pasar por las cuerdas vocales para formar el habla.

Es importante recordar que retirar el tubo de traqueotomía puede no ser la respuesta para el problema del habla de su hijo/a.



Desarrollo del habla y el lenguaje

Un terapeuta del habla cualificado puede hacer pruebas a su hijo/a en estas áreas:

Elementos de comunicación

- Lenguaje receptivo: Es la comprensión de la palabra hablada, escrita o con signos.
- Lenguaje expresivo: Es transmitir los pensamientos a través del habla, la escritura o con signos. Es el proceso de pensamiento de unir palabras y conocer palabras.
- Habla o pronunciación: Es el sonido que se usa para hacer el lenguaje.
- Voz: Es la calidad del sonido que hacen las cuerdas vocales
- Fluidez: Es el ritmo del habla, cómo fluye.

¿Qué pasa si mi hijo/a no puede hablar?

Tener problemas leves a severos para hablar no significa no poder comunicarse. Es muy importante dar a su hijo/a una base de lenguaje sólida. Hay muchas opciones que pueden ayudar a su hijo/a a comunicarse:

1. Lenguaje de signos: El lenguaje de signos no es solo para niños que no pueden oír. Si su hijo/a no tiene la voz para comunicar bien sus necesidades, puede hacer signos para comunicar sus necesidades y sus pensamientos.
2. Laringe artificial: Este dispositivo generalmente es para niños más grandes, que tienen algo de experiencia con la comunicación verbal. El dispositivo ayuda a que el sonido que hace el niño llegue a la boca a medida que el niño articula las palabras.
3. Dispositivo de comunicación aumentativa: Este dispositivo se parece a una computadora. El niño selecciona la palabra en el tablero y la voz computarizada dice la palabra seleccionada por el niño.
4. Dispositivo de comunicación por imágenes: Se puede hacer para el niño con diferentes imágenes o con objetos personales. Al señalar el objeto, el niño comunica sus necesidades o pensamientos. El niño puede ayudar a hacer su tablero de imágenes personal.
5. Válvula de habla: La válvula se coloca en el tubo de traqueotomía. Permite que el niño inhale a través de la válvula y al exhalar, la válvula se cierra y permite que el aire pase a través de las cuerdas vocales. **NO ES PARA TODOS LOS NIÑOS CON TRAQUEOTOMÍA.** No funciona bien para niños que siguen teniendo angostamiento por arriba de la traqueotomía. Solo se usa con permiso de su médico otorrinolaringólogo. Pregunte a su médico otorrinolaringólogo si esta válvula es una opción para su hijo/a.



Desarrollo del habla y el lenguaje

La Ley Pública 94-142 establece que todos los niños tienen derecho a educación pública gratuita y adecuada. Esta ley es muy importante para los niños con discapacidades. Los niños con traqueotomía pueden recibir servicios de educación especial a través de esta ley. Esta ley brinda educación para su hijo/a en el “entorno menos restrictivo”. Eso significa que su hijo/a debe asistir a clases regulares siempre que sea posible. También significa que su hijo/a tiene derecho a recibir cualquier servicio que necesite para asistir a clases regulares.

Los educadores, el personal de salud, los padres, y cuando sea adecuado, el niño, se reúnen anualmente para desarrollar las metas educativas y un plan de atención médica. Esos planes deben satisfacer las necesidades individuales de salud y de educación de su hijo/a.

Alguien en la escuela debe tener capacitación en los cuidados para la traqueotomía de su hijo/a. La Junta de Enfermería de la mayoría de los estados recomiendan que una enfermera registrada o enfermera de medicina práctica con licencia participe en la atención de su hijo/a, ya sea directamente en el sitio escolar o a través de la educación y delegación de esa atención a un asistente de atención de la salud, además de transporte especial hacia y desde la escuela. Trabajar con el personal de la escuela y de atención de la salud de su hijo/a puede garantizar que esté seguro/a en la escuela. Recuerde, el bolso de traqueotomía para emergencias debe estar junto a su hijo/a en todo momento.

Si necesita ayuda para inscribir a su hijo/a en la escuela, contacte a su sistema escolar, su enfermera, su médico o al grupo de defensoría para menores.

