







**PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE
USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y
TUBO ENDOTRAQUEAL**

Código: GCL 1.2.3
Edición: Primera
Fecha elaboración:
Febrero 2020
Vigencia: Febrero 2025
Página 1 de 30

**PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON
TRAQUEOSTOMÍA
Y TUBO ENDOTRAQUEAL**


Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
<p>Pamela Vega Marihueque Fonoaudióloga Carolina Barria Vania Nahualpan Enfermeras Servicios de Hospitalizados</p>	<p>MT. Carolina Quinteros Torrent Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente Dr. Bernardo Lopez Dubó María José Ferrada EU coordinadora</p>	<p>Ricardo Alvear Leal Director</p>
<p>Firmas</p> 	<p>Firmas</p> 	<p>Firmas</p> 

Oficina de Calidad
y Seguridad
Hospital San Francisco Pucón

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 2 de 30

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	3
3. ALCANCE	4
4. RESPONSABLES	4
4.1 DE LA EJECUCIÓN	4
4.2 DE LA SUPERVISIÓN	5
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	5
6. DEFINICIONES:	6
PROCEDIMIENTO DE ASPIRACIÓN.....	10
PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y CAMBIOS DE ENDOCÁNULA	12
7.2 MANEJO DE COMPLICACIONES Y EVENTOS ADV. ASOCIADOS A USUARIOS CON TQT .	14
7.6 FUNCIONES DE PROFESIONALES EN EL MANEJO DEL USUARIO CON TRAQ.	17
7.7 CONSIDERACIONES EN USUARIOS TRAQUEOSTOMIZADOS CON (O SOSPECHA DE) COVID-19	18
7.8 MANEJO DE PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL	20
8. DISTRIBUCIÓN	22
9. REGISTROS.....	23
10. CONTROL DE CAMBIOS.....	23
11. ANEXOS.....	24

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 3 de 30

1. INTRODUCCIÓN

El compromiso de la vía aérea y la insuficiencia respiratoria son con frecuencia causas de muerte u ocasionan graves complicaciones en el paciente, por lo que éstos pueden requerir de una vía aérea artificial, a través de, una traqueotomía o una intubación endotraqueal. Por otra parte, también se pueden realizar con el objeto de procedimientos, urgencias o medidas terapéuticas.

El Hospital Clínico San Francisco Pucón no posee una unidad de pacientes críticos, por lo tanto, la instalación de una traqueotomía no es una práctica frecuente, sin embargo, existen servicios clínicos con usuarios que podrían presentar este dispositivo. Por otra parte, el tubo endotraqueal, es instalado y manejado de manera inicial para posteriormente proceder con la derivación del paciente.

Es responsabilidad de todo el equipo multidisciplinario de los servicios clínicos, trabajar en forma coordinada e integral para entregar a los pacientes los cuidados clínicos adecuados, minimizando así las posibles complicaciones y/o eventos adversos derivados de estos procedimientos, lo que hace necesario considerar la necesidad de protocolizar el manejo seguro de estos.


2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Garantizar acciones de salud seguras para los usuarios de traqueotomía o tubo endotraqueal en el HCSFP.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estandarizar el manejo en el equipo de salud, en usuarios de traqueotomía y tubo endotraqueal.
- Minimizar las complicaciones relacionadas con la presencia de métodos invasivos.
- Prevenir infecciones asociadas a la atención en salud.
- Definir registros asociados al manejo de este dispositivo.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 4 de 30

3. ALCANCE

3.1 Ámbito de la aplicación: A todo el personal de salud involucrado en el manejo de elementos invasivos tales como la traqueotomía y tubo endotraqueal, del Hospital Clínico San Francisco de Pucón.

3.2 Alcance de la aplicación: A todos los usuarios de TQT, que se encuentren hospitalizados en los servicios clínicos del Hospital y todos los usuarios que por alguna emergencia vital se les realice instalación y deba manejarse un tubo endotraqueal.

4. RESPONSABLES

4.1 DE LA EJECUCIÓN

Sub Director médico: Es responsable de:

- ✓ Conocer y difundir el presente documento
- ✓ Generar instancias de capacitación al personal clínico y mantener esta condición en él.

Jefes de Servicios Clínicos con usuarios de estos dispositivos: Son responsables de

- ✓ Conocer, difundir y monitorear el cumplimiento del presente protocolo en sus áreas de trabajo.
- ✓ Identificar las capacidades del recurso humano clínico y brechas asociadas al manejo de estos dispositivos.

Profesionales kinesiólogos, fonoaudiólogos y enfermeros


- ✓ Manejar estos dispositivos
- ✓ Chequear el estado de los dispositivos a diario y en cada turno
- ✓ Realizar las intervenciones que correspondan
- ✓ Aplicar medidas de prevención de UPP asociadas al uso de estos dispositivos

Médicos tratantes de servicios de hospitalización: Son responsables de

- ✓ Instalar, cambiar y manejar estos dispositivos

TENS: Son responsables de

- ✓ Chequear el estado de los dispositivos a diario y en cada turno

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 5 de 30

- ✓ Realizar la higiene oral del paciente con TQT
- ✓ Asistir a profesionales en procedimientos de manejo de TQT y tubo endotraqueal
- ✓ Aplicar medidas de prevención de UPP asociadas al uso de estos dispositivos

Terapeutas ocupacionales y Fonoaudiólogos: Son responsables de

- ✓ Detectar situaciones anormales asociadas al funcionamiento de estos dispositivos y estado de Salud de un paciente.


4.2 DE LA SUPERVISIÓN

Profesionales que manejan estos dispositivos: Son responsables de

- ✓ Informar a Jefaturas y Subdirección medica prácticas desviadas a lo definido en este documento.

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- Che-Morales, J., Díaz-Landero, P. and Cortés-Tellés, A., Manejo integral del paciente con traqueostomía. *Neumol Cir Tórax*, (Núm. 4:254-262), pp.Vol. 73, No. 4, 2014.
- Recomendaciones para el manejo y cuidado de la traqueostomía en pacientes con (o sospecha) de infección por SARS-CoV-2. Sepúlveda, I., Tobar, R., Vidal, F., Arellano, D., Briceño, B., Flores, N., Fuentealba, I., Orellana, M., Peña, A. Sociedad Chilena de Medicina Intensiva, 2020.
- Protocolo de manejo y decanulación de la persona con traqueostomía. Briceño, B., Contreras, S., Márquez, S., Bravo, C., Pinto. Hospital San Juan de Dios de Curicó, 2016.
- Bosso, M., Lovazzano, P., Plotnikow, G. and Setten, M., 2014. Cánulas de traqueostomía para adultos. Selección y cuidados. *MEDICINA INTENSIVA*, (Nº 1).
- Cortés Q, C., Gálvez M, M., Moya D, F., Perrot T, D., Guerra R, P. and Papuzinski A, C., 2018. Evaluación del proceso de decanulación en pacientes traqueostomizados en el Hospital Carlos van Buren. Una cohorte retrospectiva. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 78(3), pp.251-258.
- Saavedra Mendoza, A. and Akaki Caballero, M., 2014. Puntos Esenciales En El Protocolo De Decanulación Traqueal. [Artículo de revisión] *An Orl Mex*, 59:254-261. Mendoza.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 6 de 30

- Villalba, D., Lebus, J., Quijano, A., Bezzi, M. and Plotnikow, G., 2014. Retirada De La Cánula De Traqueostomía. Revisión Bibliográfica. [Revisión] Capítulo de Kinesiología en el Paciente Crítico, Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, 31 N°1.

6. DEFINICIONES:

HCSFP: Hospital Clínico San Francisco de Pucón.

EPP: elementos de protección personal.

Aspiración de secreciones: Para efectos de este protocolo nos referiremos a la aspiración de secreciones por el tubo de traqueotomía, la cual consiste en succionar las secreciones traqueales a través de una sonda de aspiración conectada a un sistema de aspiración, con el objetivo de mantener la vía aérea permeable.

Cánula traqueotomía: Corresponde a un dispositivo tubular hueco invasivo que se introduce a través de la estoma, permitiendo mantener comunicación entre la tráquea y el exterior, asegurando oxigenación al paciente que en forma natural no puede realizar eficazmente el proceso de respiración

Cuff (o balón de neumotaponamiento): Componente de la cánula de traqueotomía, en forma de balón, es inflable, y rodea al eje del tubo traqueal cerca de su extremo distal. Proporciona un sellado entre el tubo y la pared de la tráquea, evitando la fuga de aire hacia la vía aérea superior.


Cuffómetro: es un aparato para inflar y controlar la presión de los balones de los tubos endotraqueales, permitiendo medir la presión del cuff.

Endocánula: Tubo de menor calibre e igual longitud, el cual se inserta dentro de la cánula de traqueotomía y puede ser retirado con facilidad para ser higienizado.

Tubo endotraqueal (TET): corresponde a un dispositivo tubular invasivo, que se introduce en la vía aérea a través de nariz o boca, asegurando oxigenación al paciente que en forma natural no puede realizar eficazmente el proceso de respiración.

Traqueotomía (TQT): Procedimiento de apertura (estoma) a nivel traqueal anterior bajo el cartílago cricoides, a través del cual se introduce una cánula de traqueotomía para asegurar la ventilación del paciente.

Válvula de fonación: Válvula unidireccional que se coloca en la cánula de traqueotomía a través del conector universal, la cual permite al usuario hablar o fonar.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 7 de 30

Deglución: Proceso neuromuscular, conformado por una secuencia refleja de contracciones de distintos grupos musculares pertenecientes a las cavidades bucal, faríngea y esofágica, que tiene como finalidad facilitar el transporte del contenido oral (alimentos, líquidos, secreciones o medicamentos) de forma segura y eficiente.

Disfagia: Trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos, líquidos y medicamentos por una deficiencia en cualquiera de las etapas de la deglución.

Decanulación: Evaluación de las competencias de la vía aérea superior que conlleva al retiro definitivo de una cánula de traqueotomía.


Estoma: Para efectos de este protocolo nos referiremos a la estoma traqueal, el cual consiste en una abertura que permite la comunicación entre la piel de la parte anterior del cuello y la tráquea.

Higiene oral: Conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a mantener una adecuada higiene de la boca, con el fin de prevenir complicaciones asociadas al incremento de carga bacteriana en la cavidad oral, y proporcionar mayor confort en el usuario.

Aerosolización: Proceso de conversión de alguna sustancia física en forma de partículas lo suficientemente pequeñas y ligeras para ser transportadas en el aire, es decir, en un aerosol. Se puede producir cuando un virus se mezcla con gotas en el aire y forma aerosoles, que tienen la capacidad de flotar en el aire y producir infección tras su inhalación.

Rehabilitación Integral: La Rehabilitación Integral es un proceso terapéutico, educativo, formativo y social, que busca el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona en condición de discapacidad al medio familiar, social y ocupacional. Está articulada en el desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales.

Equipo multidisciplinario de Rehabilitación: Equipo conformados por diversos profesionales de rehabilitación, como Fisiatra, Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, enfermera, TENS y asistente social; que trabajan en conjunto a un usuario para resolver las diferentes necesidades y requerimientos de este y su familia.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 8 de 30

7. DESARROLLO

La traqueotomía (TQT) es el procedimiento de apertura (estoma) a nivel traqueal anterior bajo el cartilago cricoides, a través del cual se introduce una cánula de traqueotomía para asegurar la ventilación del paciente.

Su implementación está relacionada a múltiples causas, siendo indicada principalmente en pacientes que presentan obstrucción de la vía aérea superior, que requieren uso de ventilación mecánica prolongada, o que presenten incapacidad de proteger la vía aérea, entre otros.

El uso de esta, presenta ventajas relevantes para el usuario, entre ellas, mejora su comodidad, reduce el trabajo respiratorio, permite la alimentación por vía oral y el habla, por lo que facilita los procesos de rehabilitación.


7.1 CARACTERÍSTICAS DE LA TRAQUEOSTOMÍA:

Existen distintos modelos y tipos de traqueostomía, entre ellas encontramos: traqueostomías con balón de neumotaponamiento, sin balón de neumotaponamiento, con sistema de aspiración subglótica, entre otras. El uso de cada una de ellas dependerá de las necesidades del usuario en particular.

Para efectos de este protocolo, se mencionará principalmente la traqueotomía con balón de neumotaponamiento, en relación al contexto que compete al quehacer clínico en el HCSFP.

Una traqueotomía generalmente está compuesta por:

- Una cánula externa o tubo de traqueotomía: es el cuerpo principal de la cánula, el cual pasa por la estoma e ingresa a la tráquea.
- Aletas de sujeción: las cuales sujetan la cánula al cuello del usuario.
- Balón de neumotaponamiento o cuff: proporciona un sellado entre el tubo y la pared de la tráquea.
- Línea de insuflado
- Balón piloto: conectado al balón interno por medio de la línea de insuflado. Permite la insuflación del cuff.
- Conector universal de 15 mm: permite adosar cualquier dispositivo a la cánula de traqueotomía.

	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 9 de 30

Algunas traqueotomías, además, cuentan con una endocánula o cánula interna, la cual corresponde a un tubo de menor calibre, el cual se inserta dentro de la cánula y puede ser retirado con facilidad para ser higienizado.

7.2 MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA:

Con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones en estos usuarios, es importante chequear su estado regularmente, ya que, todo paciente que es sometido a una traqueotomía pierde la capacidad para humidificar y calentar el aire inspirado, proteger la vía aérea, entre otros, aumentando el riesgo de infecciones del tracto respiratorio inferior.


-El manejo se basará en los siguientes cuidados generales de una TQT:

1. chequeo diario
2. aspiración de secreciones
3. curación del estoma y fijación de la cánula
4. limpieza y cambio de endocánula
5. medición presión de cuff
6. calefacción y humidificación del aire
7. higiene oral

1. CHEQUEO DIARIO: Con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones en estos usuarios, es importante chequear su estado regularmente. Se deberá revisar el posicionamiento adecuado de la cánula de traqueotomía junto con las cintas de sujeción, corroborar la adecuada presión de insuflado del cuff a través de su medición (si la cánula cuenta con este), observar la limpieza de endocánula, entre otros aspectos relevantes. Todos los integrantes del equipo que tratan al usuario deben informar a enfermera jefes o de turno si pesquisan algo fuera de lo habitual.

Frecuencia: Cada 12 horas

2. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES: Se realiza con técnica estéril y a cuatro manos (dos operadores). Un operador será el encargado de realizar el procedimiento y el segundo ayudará, facilitará y presentará el material estéril.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 10 de 30

Se debe tener precaución que la sonda de aspiración no supere la mitad del diámetro interno de la traqueotomía, y que la longitud de la introducción de la sonda no supere la de la cánula, esto último, para evitar lesiones traqueales o estimulación vagal en el usuario.

Frecuencia: según criterio o solo en caso necesario (SOS), dependiendo de cada usuario en particular. La frecuencia es relativa ya que, dado el contexto clínico de cada usuario, habrá que aspirar cada 2, 4, 6 u 8 horas.

PROCEDIMIENTO DE ASPIRACIÓN

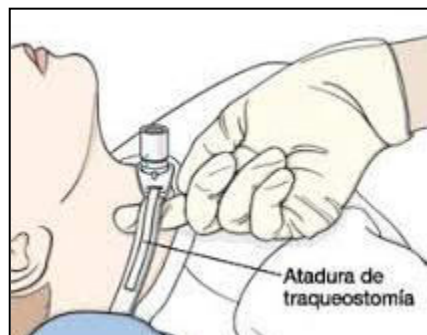
Materiales:

- guantes estériles
- sondas de aspiración estériles de calibre variable según diámetro interno de la cánula de traqueostomía
- bomba de aspiración portátil
- oxímetro de pulso
- suero fisiológico 0.9% o agua bidestilada

1. Reunir todo el material necesario
2. Informar al paciente de la técnica a realizar, si está consciente.
3. Lavado clínico de manos.
4. Monitorear signos vitales.
5. Retirar el humidificador de la TQT.
6. El operador N°1, quien realizará el procedimiento, debe proceder a colocarse los guantes estériles.
7. Con la ayuda del operador N°2, conectarán la sonda de aspiración estéril al equipo de aspiración, esta no debe superar más allá de la mitad del diámetro interno de la TQT.
8. El operador N°2 encenderá equipo de aspiración y seleccionará la presión negativa entre 100 – 120 mm Hg.
9. Operador N°1, introducirá la sonda sin aspirar a través de la cánula, la longitud de la introducción de la sonda no debe superar la de la cánula, esto último, para evitar lesiones traqueales o estimulación vagal en el usuario.


10. Retirar sonda aspirando intermitentemente y con movimientos rotatorios, para evitar que la sonda se adhiera a la mucosa traqueal. Se debe aspirar no más de 10-15 segundos. Repetir el procedimiento las veces que sean necesarias, entregando períodos de descanso al usuario.
11. Mientras tanto, el operador N°2 debe estar observando hemodinamia del usuario, con énfasis en la saturación de O₂.
12. Lavar sonda de aspiración con suero fisiológico 0.9% o agua bidestilada.
13. Al finalizar, eliminar sonda y guantes.
14. Reposicionar al usuario y reinstalar el humidificador de la TQT.
15. Lavado de manos.
16. Registrar en ficha clínica o en hoja de enfermería.

3. CURACIÓN DEL ESTOMA Y FIJACIÓN DE LA CÁNULA: Se realiza con técnica estéril. Mantener siempre el área limpia y seca. Se debe procurar la adecuada fijación de la cánula, evitando el movimiento de esta y la presión excesiva sobre el estoma, con el fin de prevenir la aparición de úlceras por presión. Se recomienda dejar espacio de un dedo entre las cintas de fijación, y el cuello del usuario.



Frecuencia: Cada 24 hrs, preferentemente en turno diurno.

4. LIMPIEZA Y CAMBIO DE ENDOCÁNULA: Se debe realizar con técnica estéril, utilizando suero fisiológico, gasas estériles o cepillo de limpieza (anexo 5, imagen 3). Una vez limpia, dejar secar al aire, e introducir la endocánula de recambio dentro de la cánula de traqueostomía.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO·PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 12 de 30


Frecuencia: Cada 24 horas o según necesidad del usuario. (Anexo N°2 Pauta de supervisión Limpieza endocánula y curación del estoma).

PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y CAMBIOS DE ENDOCÁNULA

Materiales:

- guantes estériles
- kit de curación
- suero fisiológico 0.9%
- gasas estériles,
- hisopos estériles
- tijeras

1. Reunir todo el material necesario
2. Informar al paciente de la técnica a realizar, si está consciente.
3. Lavado clínico de manos.
4. Abrir y preparar los insumos a utilizar.
5. Retirar el humidificador y gasas de protección de la TQT.
6. Uso de guantes estériles.
7. Proceder a retirar la endocánula de la TQT.
8. Se recomienda el cambio de endocánula si es posible, o si no, debe limpiarse con suero fisiológico y con la ayuda de un hisopo estéril (si no cuenta con hisopo estéril, utilice una gasa estéril empapada con suero y ayúdese con las pinzas para inducirla al interior de la endocánula y así poder limpiarla).
9. Limpiar el estoma de la TQT, con movimientos rotatorios de adentro hacia afuera de este.
10. Introducir la endocánula.
11. Colocar una gasa por debajo de la placa de la TQT, para evitar úlceras por presión.
12. Evaluar el estado de las cintas de sujeción. Si estas se encuentran húmedas o en mal estado, proceder a cambiarlas, recordar que se debe dejar el espacio de un dedo entre las cintas de fijación, y el cuello del usuario.
13. Reposicionar al usuario y reinstale el humidificador de la TQT.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 13 de 30

14. Lavado de manos.

15. Registrar en ficha clínica o en hoja de enfermería.

5. MEDICIÓN PRESIÓN DE CUFF: Mantener una adecuada presión del cuff puede prevenir el daño traqueal por sobre insuflación, y disminuir el riesgo de neumonía aspirativa por subinsuflación. Las presiones adecuadas del cuff, fluctúan entre los 20-30 cm de H₂O o 20-25 mm de Hg, dependiendo si la medición se realiza con cafómetro o manómetro respectivamente.

Frecuencia: Se debe verificar cada 24 horas por fonaudiología y al realizar cualquier procedimiento que requiera una adecuado insuflado del cuff.

6. CALEFACCIÓN Y HUMIDIFICACIÓN DEL AIRE: El usuario debe permanecer en todo momento con humidificador pasivo, para así garantizar un acondicionamiento adecuado de vía aérea.

Frecuencia: Se recomienda su cambio cada 24 hrs. o antes según los requerimientos del usuario.

7. HIGIENE ORAL: Se sugiere utilizar un cepillo suave junto a clorhexidina 0,12% o un antiséptico de uso bucal. Es importante igualmente, cuidar la hidratación de la cavidad oral. Esto último, se puede realizar con agua bidestilada.

Además, para asegurar un adecuado cuidado de la persona con traqueotomía, se deberá contar con los siguientes insumos disponibles en unidad del usuario: sistema de aspiración, cánula de recambio de igual o menor tamaño que la de usuario, suero o agua estéril, gasas estériles, guantes y monitor multiparámetros.

Frecuencia: Cada 12 horas

PASO A PASO DEL MANEJO DE TQT

1. Realizar chequeo cada 12 horas y revisar su estado regularmente.
2. Reunir los insumos necesarios para realizar procedimiento
3. Si el paciente está consciente, se le informa la técnica a realizar.
4. Observar y registrar características respiratorias generales del paciente (frecuencia respiratoria, mecánica respiratoria, oximetría), al inicio de cada turno.
5. Lavado clínico de manos y usos de material de protección personal
6. Abrir y preparar los insumos



PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL

Código: GCL 1.2.3

Edición: Primera

Fecha elaboración:
Febrero 2020

Vigencia: Febrero 2025

Página 14 de 30

7. Uso de guantes estériles.
8. Retirar el humidificador y gasas de protección de la TQT.
9. Limpiar la estoma de la TQT y el interior de la endocánula, con gasas estériles empapadas con suero fisiológico y con la ayuda de un hisopo estéril.
10. Cambiar la fijación (al menos 1 vez al día)
11. Realizar la curación cada 24 horas o según necesidad del paciente.
12. Corroborar la presión del cuff cada 24 horas.
13. Realizar aspiración de secreciones
14. Verificar cuff desinflado en caso de uso de válvula de fonación u oclusión según corresponda.
15. Realizar higiene oral cada 12 horas
16. Posicionar al paciente y reinstalar humidificador.
17. Lavado clínico de manos.
18. Registro de procedimiento en ficha clínica del paciente.


7.2 MANEJO DE COMPLICACIONES Y EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A USUARIOS CON TQT

La mayoría de eventos adversos o urgencias en los usuarios con TQT, son de carácter vital, por lo que es crítico realizar una valoración constante y frecuente del estado del usuario, siempre se debe dejar el timbre del paciente a mano o mantenerlo monitorizado con alarmas activas. Esto permitirá pesquisar inmediatamente la urgencia, y asistir rápidamente.

-Las complicaciones más frecuentes, causas y manejo del paciente con TQT y el protocolo a seguir en cada caso, se mencionan en Anexo 3: Tabla de complicaciones, causas y manejo de la persona con TQT).

✓ **DECANULACIÓN ACCIDENTAL:** Para prevenir este evento de riesgo vital, siempre se debe cautelar una adecuada fijación de la traqueotomía. En usuarios con agitación motora o desorientados, se debe evaluar el uso de contención física.

En caso de producirse la decanulación accidental, se debe recanular inmediatamente al usuario con una cánula de igual o menor tamaño. Se recomienda siempre tener una cánula de traqueotomía del mismo diámetro que la del usuario dentro de su unidad.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 15 de 30

Posterior a la recanulación, se debe aspirar y evaluar al usuario. Avisar a médico tratante o de turno en caso de complicaciones. Siempre registrar evento en ficha clínica, indicando hora del incidente.

Cuando la recanulación no es posible, se deberá iniciar ventilación asistida con AMBU con oxígeno al 100%, buscando sellar temporalmente traqueostoma con gasa y compresión externa, pedir ayuda y activar código rojo (protocolo AOC 1.1).

✓ **OBSTRUCCIÓN DE LA CÁNCULA DE TRAQUEOTOMÍA:** Se produce cuando las secreciones generadas por el usuario son muy espesas, o no se aspira con la frecuencia necesaria.

Algunos indicadores son: el incremento del trabajo respiratorio, desaturación de O₂, cianosis, ruidos respiratorios, entre otros.

Si la cánula de traqueostomía cuenta con endocánula, se recomienda retirarla y cambiarla por una limpia, de lo contrario, se debe proceder a aspirar al paciente por la cánula de traqueotomía rápidamente sin retirar cuerpo de traquetomia.


Si no se consigue eliminar la obstrucción, se deberá decanular al usuario y recanular con una nueva cánula o considerar TET.

7.4 USO DE ADITAMENTOS DE LA TQT:

Según el modelo y marca de traqueotomía, esta puede incluir diversos accesorios para añadir a través del conector universal de 15mm. No obstante, su uso debe ser evaluado por los profesionales competentes. Algunos de ellos son los siguientes:

✓ **VÁLVULA DE FONACIÓN:** Su uso será indicado a partir de la evaluación fonoaudiológica, pudiendo utilizarse durante el día, en terapia fonoaudiológica, o por otro profesional o familiar entrenado. Antes de colocar la válvula, siempre se debe desinsuflar el cuff. (Anexo N°5 Lámina 4).

✓ **TAPÓN DE TQT:** Se utiliza en las etapas finales de la rehabilitación del usuario con TQT, e igualmente, su uso debe ser evaluado por Fonoaudiólogo(a) tratante.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 16 de 30

7.5 REHABILITACIÓN DEL USUARIO CON TQT:

La rehabilitación de la persona con traqueotomía debe considerar siempre un abordaje multidisciplinario, en relación a la amplia gama de alteraciones que su uso puede ocasionar, siendo su objetivo final, la decanulación del usuario con TQT. Entre las alteraciones atribuibles al uso de traqueotomía se encuentran principalmente, la alteración de la respiración, de la deglución con presencia de disfagia, y de la comunicación verbal. Además de otras consecuencias funcionales, debido a la patología que llevo al uso de la traqueotomía, y a largas estadías hospitalarias de estos usuarios, muchas veces en la unidad de paciente crítico.


Es por ello, que se deben considerar además de la anatomía y fisiología alterada, impactos funcionales, en la participación social, emocional y psicológica en este tipo de usuario, para de esta manera confeccionar un adecuado plan de intervención.

Entre los profesionales participantes de este proceso se encuentran: Médico, Fonoaudiólogo, Kinesiólogo, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Enfermera, Psicólogo, TENS, entre otros.

Una vez alcanzados los requerimientos para la decanulación, el equipo tratante participará de manera activa y conjunta en este proceso, a través de un Protocolo de Decanulación previamente confeccionado. (Anexo N°4 Protocolo de Decanulación de la persona con Traqueostomía)

El proceso de decanulación es un proceso dinámico, el cual debe ser flexible a modificaciones según la necesidad de cada usuario, por lo que se deberá informar oportunamente de los lineamientos terapéuticos, y cambios en el manejo de la persona con traqueotomía al resto del equipo de salud involucrado.

En relación al contexto clínico, recursos humanos, e insumos del HSFP, se propone el siguiente lineamiento para decanulación:

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 17 de 30


7.6 FUNCIONES DE PROFESIONALES EN EL MANEJO DEL USUARIO CON TRAQUEOSTOMIA

Fonoaudiólogo:

- ✓ Revisar el posicionamiento adecuado de la cánula de traqueotomía junto con las cintas de sujeción
- ✓ Corroborar la adecuada presión de insuflado del cuff a través de su medición con cafómetro
- ✓ Aspirar secreciones por cánula de traqueostomía
- ✓ Realizar limpieza y cambio de endocánula
- ✓ Realizar recambio de humidificador pasivo según requerimiento
- ✓ Potenciar y supervisar una adecuada higiene e hidratación oral del usuario
- ✓ Desinsuflar el cuff según requerimientos terapéuticos de usuario
- ✓ Indicar uso de válvula de fonación en usuario traqueostomizado
- ✓ Potenciar manejo de secreciones en usuario traqueostomizado
- ✓ Potenciar mecanismos protectores de la vía aérea
- ✓ Indicar oclusión de cánula de traqueostomía
- ✓ Dirigir y coordinar el proceso de decanulación del usuario traqueostomizado
- ✓ Educar al resto del equipo de salud en cuidados de la traqueostomía
- ✓ Educar al resto del equipo de salud en proceso de decanulación
- ✓ Educar a usuario y familia en uso de válvula de fonación
- ✓ Decanular al usuario traqueostomizado si este ha cumplido los hitos para decanulación

Kinesiólogo:

- ✓ Revisar el posicionamiento adecuado de la cánula de traqueotomía junto con las cintas de sujeción
- ✓ Aspirar secreciones por cánula de traqueostomía
- ✓ Realizar limpieza y cambio de endocánula
- ✓ Realizar recambio de humidificador pasivo según requerimiento
- ✓ Potenciar una adecuada higiene oral del usuario
- ✓ Mantener vía aérea permeable
- ✓ Realizar manejo de oxigenoterapia y nebulizaciones

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 18 de 30

- ✓ Utilizar válvula de fonación cuando sea indicado por fonoaudiólogo

Terapeuta Ocupacional:

- ✓ Revisar el posicionamiento adecuado de la cánula de traqueotomía junto con las cintas de sujeción
- ✓ Potenciar una adecuada higiene oral del usuario
- ✓ Utilizar válvula de fonación cuando sea indicado por fonoaudiólogo

Enfermero:

- ✓ Revisar el posicionamiento adecuado de la cánula de traqueotomía junto con las cintas de sujeción
- ✓ Mantener vía aérea permeable aspirando secreciones por cánula de traqueostomía según necesidad del paciente
- ✓ Realizar limpieza y cambio de endocánula
- ✓ Realizar recambio de humidificador pasivo según requerimiento
- ✓ Potenciar una adecuada higiene oral del usuario
- ✓ Educar al resto del equipo de salud en cuidados de la traqueostomía
- ✓ Realizar curación del estoma y adecuada fijación de la cánula
- ✓ Realizar manejo de oxigenoterapia y nebulizaciones

7.7 CONSIDERACIONES EN USUARIOS TRAQUEOSTOMIZADOS CON (O SOSPECHA DE) COVID-19

El uso de traqueotomía y los procedimientos asociados a esta, constituyen un riesgo importante de aerosolización, por lo que, si no se toman las medidas adecuadas, podría llegar a ser un agente de contagio directo, tanto para profesionales como para otros usuarios hospitalizados.

A continuación, se nombrarán algunas consideraciones en el manejo de un usuario traqueotomizado con (o sospecha de) COVID-19:

1. Uso correcto de EPP en cualquier atención que se realice al usuario.
2. Mantener cuff insuflado entre 30-32 cm H₂O.



PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL

Código: GCL 1.2.3

Edición: Primera

Fecha elaboración:
Febrero 2020


Vigencia: Febrero 2025

Página 19 de 30

3. Utilizar humidificadores de calor/humedad con filtros de alta eficiencia incorporados (filtro viral-bacteriano). Para este efecto, se recomienda solo el uso de humidificadores HMEF (Lámina 5)
4. El procedimiento para cambio de filtro de TQT en usuarios con (o sospecha de) Covid-19 deberá ser el siguiente:
 - Usuario Cooperador: Solicitar al paciente una pausa espiratoria, retirar el filtro y reemplazar por uno nuevo
 - Usuario No cooperador: Realizar el procedimiento lo más rápido y seguro posible. El procedimiento no debería durar más de 10 segundos.
5. Actividades terapéuticas como Deflación del cuff/ Prueba de obturación/ Implementación válvula de fonación:

En general, son procedimiento con alto riesgo de exposición a aerosoles, por lo que es imperativo el uso correcto de EPP. Antes de iniciar cualquiera de estos procedimientos, se deberá colocar mascarilla quirúrgica al paciente. Se le solicita al usuario una pausa inspiratoria, y durante la pausa se reemplaza el filtro HMEF por la válvula de fonación o tapón de TQT.

Se recomienda la obturación total inmediata.
6. Cambio endocánula. Igualmente, si el usuario es cooperador, se le solicitará una pausa espiratoria, retirar la endocánula contaminada y reemplazar por una limpia. De lo contrario, realizar el procedimiento lo más rápido y seguro posible.
7. Aspiración de secreciones: Realizar solo en caso necesario, con uso correcto de EPP para procedimiento con riesgo de aerosoles. Preferir cambio de endocánula en su lugar.
8. Decanulación: Antes de iniciar el procedimiento, se deberá colocar mascarilla quirúrgica al paciente. Se le solicita al usuario una pausa inspiratoria, durante la pausa se retira la cánula de TQT, y se obtura inmediatamente el estoma.
9. Todos estos procedimientos constituyen riesgo de aerosolización, por lo tanto, requieren del uso de mascarillas KN95 y escudo facial o antiparras, pechera con mangas, guantes de procedimientos e higiene de manos antes y después de realizar el procedimiento.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 20 de 30

7.8 MANEJO DE PACIENTES CON TUBO ENDOTRAQUEAL

En el contexto del TET, este procedimiento se realiza bajo situaciones de urgencia vital y en Pabellón Quirúrgico, principalmente en los servicios de Urgencia y sala MQ, así como Pabellón-recuperación. Tras su instalación, los pacientes de Pabellón son extubados y devueltos a sala tras paso en Recuperación; los casos de urgencia vital serán derivados posteriormente a una institución de mayor complejidad de la red asistencial. A la espera de esta derivación, estos últimos casos, cuyo tiempo es variable por condiciones de disponibilidad de móviles avanzados u otras, debe existir un conocido y adecuado manejo de este dispositivo mientras el paciente se encuentre en las dependencias del hospital.

MATERIALES DE INTUBACION ENDOTRAQUEAL:

- Laringoscopio con hojas reutilizables metálicas con fuente de luz óptima o videolaringoscopio de hojas metálicas intercambiables reutilizables con fuente de luz óptima.
- Tubo endotraqueal de diferentes tamaños para que se disponga durante el procedimiento de un tamaño por encima y por debajo del tubo que se va a emplear y un tubo de repuesto en la eventualidad de un dispositivo defectuoso.
- Guía maleable o conductor para tubo endotraqueal.
- Máscara con bolsa y válvula de no reinhalación (AMBU).
- Cánulas orofaríngeas de distintos tamaños.
- Equipo de succión y sus respectivas sondas.
- Jeringas desechables de 10 mL.
- Fuente de oxígeno.
- Equipo de monitorización de frecuencia cardíaca, presión arterial, SpO2 y ECG.
- Medicamentos empleados en la secuencia rápida de intubación y reanimación avanzada (premedicación, inducción, relajación, antiarrítmicos, vasopresores).
- Equipo alternativo para situación de vía aérea difícil e intubación fallida (máscara laríngea)

PROCEDIMIENTO DE INTUBACION ENDOTRAQUEAL

1. Lavado clínico de manos y uso de material de protección si procede.
2. Uso de guantes estériles o de procedimiento.



PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL

Código: GCL 1.2.3


Edición: Primera

Fecha elaboración:
Febrero 2020

Vigencia: Febrero 2025

Página 21 de 30

3. Retirar cuerpos extraños, prótesis dentales, secreciones previo al procedimiento.
4. Proceder a sedar al paciente para la intubación según el esquema de secuencia de intubación rápida según la preferencia del médico a cargo y la condición del paciente.
5. Intubar bajo laringoscopia directa o videolarinoscopia según la preferencia del médico a cargo, con uso de conductor intraTET. Tras la canulación de la tráquea, retirar el conductor, inflar el cuff de TET, interponer filtro HME, ventilar con AMBU, verificar la ventilación de los campos pulmonares, saturometría. Si los resultados clínicos son óptimos, fijar el tubo anudando con una venda de gasa elástica alrededor de la cabeza del paciente preocupándose de registrar la distancia de TET respecto a la arcada dentaria. Considerar radiografía de tórax si se estima factible. La intubación de lactantes se lleva a cabo con TET sin cuff, sin uso de conductor, se fija de igual manera a la cabeza, se usa AMBU pediátrico para apoyar la ventilación, no se cuenta con filtros en pediatría, se debe verificar la ausencia de fugas, ventilación de los campos, considerar radiografía de tórax si es factible y valorar los resultados clínicos con saturometría.
6. Observar y registrar los signos vitales del paciente hasta su derivación (presión arterial, frecuencia respiratoria y cardíaca, mecánica respiratoria, saturometría)
7. Verificar la permeabilidad del TET: auscultar los campos pulmonares y confirmar la presencia o ausencia de ruidos pulmonares regularmente.
8. Asegurar la adecuada fijación del tubo según el grupo etéreo y comprobar la ausencia de fugas a través del cuff.
9. Aspirar TET según necesidad.
10. En pacientes con agitación motora, recurrir a la contención farmacológica o física según la indicación médica. Asegurar la infusión continua de sedoanalgesia mixta para optimizar el soporte ventilatorio. En HCSFP no se cuenta con ventilación mecánica de soporte, por lo que se ventila manualmente con AMBU hasta el traslado.
11. Lavado clínico de manos al final del procedimiento.
12. Registrar el procedimiento en la ficha clínica o Dau de urgencias y hoja de registro de PCR del paciente.
13. En todo momento la manipulación externa del TET se debe realizar con técnica limpia y el acceso al lumen de TET con técnica aséptica.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 22 de 30


14. Se podría realizar un cambio de TET cuando el tubo no asegure la permeabilidad o sellado de la vía aérea adecuadas.

MANEJO DE ENFERMERÍA POSTERIOR A INTUBACION ENDOTRAQUEAL

1. Lavado de Manos según norma y uso de guantes estériles o de procedimientos según requerimientos.
2. Verificar correcta insuflación del cuff con los ml correspondientes según el FR, realizado por médico o enfermera, esto evita el desplazamiento y fugas del TET.
3. Asegurar una adecuada fijación del tubo con venda gasa.
4. Comprobar correcta posición del tubo endotraqueal observar 4 a 5 cm por encima de la carina, equivalente al nivel de la tercera a cuarta vértebra dorsal. También, una vez colocado, se debe marcar el tubo endotraqueal a nivel del incisivo superior o de los labios para tener idea de la profundidad de este. La posición de la punta del tubo es dependiente de la posición de la cabeza y del cuello.
5. Asistir en la ventilación del paciente (Ambú) frente a la derivación a otro establecimiento, controlar saturimetría y monitorización. En pabellón se conecta a la máquina de anestesia, vigilar monitorización.
6. El aseo bucal se realizará tras asegurar la adecuada fijación del TET.
7. Aspiración de secreciones del tubo según necesidad.

8. DISTRIBUCIÓN

- Servicios de Hospitalización
- Servicio de Urgencia
- Unidad de Farmacia
- Servicio de Pabellón
- Oficina de Calidad y Seguridad del paciente

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 23 de 30

9. REGISTROS

- Pauta de supervisión aspiración de secreciones en pacientes con TQT (Anexo N°1).
- Pauta de supervisión Limpieza endocánula y curación del estoma (Anexo N°).
- Ficha Clínica del paciente.

10. CONTROL DE CAMBIOS

Corrección	Fecha	Descripción de la Modificación	Edición que se deja sin efecto




**PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE
USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y
TUBO ENDOTRAQUEAL**

Código: GCL 1.2.3
Edición: Primera
Fecha elaboración:
Febrero 2020
Vigencia: Febrero 2025
Página 24 de 30

11. ANEXOS

11.1 ANEXO 1: Pauta de supervisión Limpieza endocánula y curación del estoma.

Pauta de supervisión de limpieza de la endocánula y curación del estoma					
Evaluador:			Servicio:		
		Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
1	Informa al paciente de la técnica a realizar.				
2	Se higieniza las manos.				
3	Desconecta el humidificador y retira gasas de protección de la TQT.				
4	Se coloca los guantes estériles y procede a retirar la endocánula de la TQT				
5	Evalúa el cambio de endocánula si es posible, o si no debe limpiarse con suero fisiológico.				
6	Limpia el estoma de la TQT, con movimientos rotatorios de adentro hacia afuera de este.				
7	Introduce la endocánula de la TQT y coloca una gasa por debajo de la placa de la TQT, para evitar úlceras por presión.				
8	Reposiciona al paciente y conecta el humidificador de la TQT.				
9	Se higieniza las manos.				
10	Registra en ficha clínica o en hoja de enfermería.				
Cumple SI/NO					

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO-PUCÓN</p>	<p>PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL</p>	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 25 de 30

11.2 ANEXO 2: Pauta de supervisión aspiración de secreciones en pacientes con TQT.

Pauta de supervisión de aspiración se secreciones en traqueotomizados					
Evaluador:		Servicio:			
		Fecha:	Fecha:	Fecha:	Fecha:
1	Informa al paciente de la técnica a realizar.				
2	Se higieniza las manos.				
3	Monitorea signos vitales del paciente.				
4	Retira el humidificador de la TQT.				
5	Operador N°1 proceder a colocarse los guantes estériles.				
6	Operador N°2, conecta la sonda de aspiración estéril al equipo de aspiración, enciende el equipo de aspiración y seleccionará la presión negativa entre 100 – 120 mm Hg.				
7	Operador N°1, introduce la sonda sin aspirar a través de la cánula.				
8	Operador N°1 retira aspirando intermitentemente y con movimientos rotatorios aspirar no más de 10-15 segundos.				
9	Operador N°2 observa hemodinámica del usuario, con énfasis en la saturación de O ₂ .				
10	Reinstale el humidificador de la TQT				
12	Registra en ficha clínica o en hoja de enfermería.				
Cumple SI/NO					

**PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE
USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y
TUBO ENDOTRAQUEAL**

Código: GCL 1.2.3


Edición: Primera

Fecha elaboración:
Febrero 2020

Vigencia: Febrero 2025

Página 26 de 30

Complicaciones	Causas	Prevención/Tratamiento
Obstrucción del tubo	<ul style="list-style-type: none"> Mordedura de tubo Acodadura del tubo durante su instalación Herniación del manguito Secreciones secas o presencia de sangre Tejido tumoral Traumatismo Cuerpo extraño 	<ul style="list-style-type: none"> Instalar cánula mayo según indicación Mantener nivel de sedación de paciente según indicación médica Aspiración de secreciones según sea necesario Asegurar filtro termo humidificador en tubo de paciente Instalación de humidificación activa según indicación médica Cambio de tubo
Desplazamiento del tubo	<ul style="list-style-type: none"> Movimiento de la cabeza Movimiento del tubo con la lengua Auto extubación 	<ul style="list-style-type: none"> Tranquilizar al paciente Aviso a médico tratante Asegurar el tubo al labio superior con sistema de fijación. Mantener contención de EESS de paciente Mantener nivel de sedación de paciente según indicación médica verificando que se cumple objetivo clínico, en caso contrario avisar a médico tratante Controlar, verificar y registrar el nivel del tubo en forma continua (tres veces por turno) Cambio de intubación según indicación médica.
Sinusitis y lesión nasal	<ul style="list-style-type: none"> Obstrucción del drenaje del seno paranasal. Necrosis por presión sobre los orificios nasales. 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar intubaciones nasales. Proteger los orificios nasales del tubo.
Fístula traqueo esofágica	<ul style="list-style-type: none"> Necrosis por presión de la pared posterior de la tráquea como consecuencia de un manguito excesivamente inflado y una SNG demasiado rígida 	<ul style="list-style-type: none"> Inflar el balón con la mínima cantidad de aire necesaria Controlar las presiones del balón del tubo distal a la fistula Usar SNG de menor calibre, para la alimentación enteral
Lesión de mucosas	<ul style="list-style-type: none"> Presión del tubo sobre la mucosa 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar cambio de fijación del tubo cada 12 horas. Proteger zonas de mucosa oral más vulnerables Mantener fijación de tubo limpia y seca

	PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y TUBO ENDOTRAQUEAL	Código: GCL 1.2.3
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Febrero 2020
		Vigencia: Febrero 2025
		Página 27 de 30

11.3 ANEXO N°4: Protocolo de decanulación de la persona con traqueotomía



PROTOCOLO DE DECANULACIÓN DE LA PERSONA CON TRAQUEOTOMÍA

Flga. Pamela Vega M. (2020)

ANTECEDENTES PERSONALES					
Nombre:			RUT:		Edad:
Ficha:		Servicio/Sala:			Fecha:
Diagnóstico:			Motivo TQT:		
Tiempo de IOT:		Fecha de instalación TQT:		Tipo de TQT:	
Vía de alimentación	SNG ____	SNY ____	GTT ____	ORAL ____	MIXTA ____
				Consistencia:	Consistencia:
				Cantidad:	

ANTECEDENTES TQT		
Marca:	N° (Diámetro interno):	Diámetro externo:
Accesorios:		Característica especial:



EVALUACIÓN KINESIOLÓGICA			
Auscultación pulmonar:			FC: _____
			FR: _____
Moviliza secreciones	Si ____	No ____	Regular ____
	Sin secreciones ____		
Requerimientos de aspiración	Si ____	No ____	SOS ____
Requerimientos de O ₂	Si ____	Lts: _____	SpO ₂ : _____
	No ____		
Pruebas de función pulmonar	PiMax: _____	PeMax: _____	
Observaciones:			

EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA				
Evaluación no nutritiva		Degluciones espontáneas:		Degluciones voluntarias:
		CMO:		PCF:
Blue Dye Test	Secreciones ____	Líquido fino ____	Líquido espeso() ____	Sólido ____
	Tos refleja ____	Tos refleja ____	Tos refleja ____	Tos refleja ____
	Excursión laríngea ____	Excursión laríngea ____	Excursión laríngea ____	Excursión laríngea ____
	Tinción ____	Tinción ____	Tinción ____	Tinción ____
Fonación	Si ____	No ____	Disfonía ____	Otro: _____
Observaciones:				



**PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE
USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y
TUBO ENDOTRAQUEAL**

Código: GCL 1.2.3

Edición: Primera

Fecha elaboración:
Febrero 2020

Vigencia: Febrero 2025

Página 28 de 30



TOLERANCIA DEFLACIÓN DE CUFF				
Fecha	Horario	Tiempo	Logro	Hemodinamia
___/___/___		1 hr	Si ___ No ___	FC___ FR___ SpO ₂ ___ T°___ Comodidad___ Fatiga___ Aumento secreciones___ Otros_____
___/___/___		3 hrs	Si ___ No ___	FC___ FR___ SpO ₂ ___ T°___ Comodidad___ Fatiga___ Aumento secreciones___ Otros_____
___/___/___		6 hrs	Si ___ No ___	FC___ FR___ SpO ₂ ___ T°___ Comodidad___ Fatiga___ Aumento secreciones___ Otros_____
___/___/___		12 hrs	Si ___ No ___	FC___ FR___ SpO ₂ ___ T°___ Comodidad___ Fatiga___ Aumento secreciones___ Otros_____
___/___/___		24 hrs	Si ___ No ___	FC___ FR___ SpO ₂ ___ T°___ Comodidad___ Fatiga___ Aumento secreciones___ Otros_____

PRUEBA DE TOLERANCIA AL USO DE VÁLVULA DE FONACIÓN (FECHA: ___/___/___)					
Parámetro	Basal	5 min	10 min	15 min	Conducta
FC					___ Usar VF sólo en rehabilitación ___ Usar VF a tolerancia ___ No usar VF + IC ORL
FR					
SpO ₂					
U.M.A					
PEEP					

TOLERANCIA OCLUSIÓN DE CÁNULA (Oclusión con: _____)				
Fecha	Horario	Tiempo	Logro	Hemodinamia
___/___/___		2 hrs	Si ___ No ___	FC___ FR___ SpO ₂ ___ T°___ Comodidad___ Fatiga___ U.M.A. ___ Otros_____
___/___/___		4 hrs	Si ___ No ___	FC___ FR___ SpO ₂ ___ T°___ Comodidad___ Fatiga___ U.M.A. ___ Otros_____



**PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE
USUARIO CON TRAQUEOSTOMÍA Y
TUBO ENDOTRAQUEAL**

Código: GCL 1.2.3

Edición: Primera

Fecha elaboración:
Febrero 2020

Vigencia: Febrero 2025

Página 29 de 30



___/___/___		8 hrs	Si ___ No ___	FC ___ FR ___ SpO ₂ ___ T° ___ Comodidad ___ Fatiga ___ U.M.A. ___ Otros _____
___/___/___		12 hrs	Si ___ No ___	FC ___ FR ___ SpO ₂ ___ T° ___ Comodidad ___ Fatiga ___ U.M.A. ___ Otros _____
___/___/___		24 hrs	Si ___ No ___	FC ___ FR ___ SpO ₂ ___ T° ___ Comodidad ___ Fatiga ___ U.M.A. ___ Otros _____
___/___/___		48 hrs	Si ___ No ___	FC ___ FR ___ SpO ₂ ___ T° ___ Comodidad ___ Fatiga ___ U.M.A. ___ Otros _____

REEVALUACIÓN KINESIOLÓGICA

Auscultación pulmonar:		FC:	FR:
Moviliza secreciones	Si ___	No ___	Regular ___ Sin secreciones ___
Requerimientos de aspiración	Si ___	No ___	SOS ___
Requerimientos de O ₂	Si ___ Lts:	SpO ₂ :	No ___
Pruebas de función pulmonar	PiMax: _____	PeMax: _____	
Observaciones:			

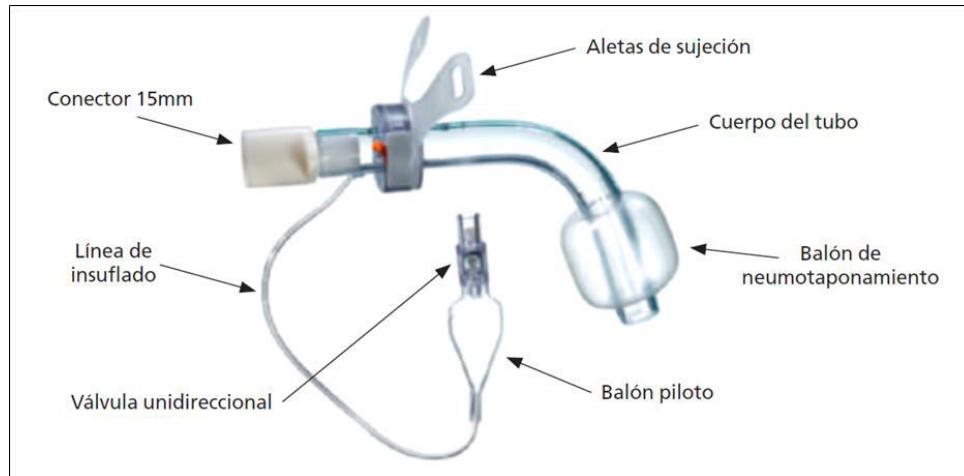
REEVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA

Evaluación no nutritiva		Degluciones espontáneas:		Degluciones voluntarias:	
		CMO:		PCF:	
Blue Dye Test	Secreciones ___	Líquido fino ___	Líquido espeso () ___	Sólido ___	
	Tos refleja ___	Tos refleja ___	Tos refleja ___	Tos refleja ___	
	Excursión laríngea ___	Excursión laríngea ___	Excursión laríngea ___	Excursión laríngea ___	
	Tinción ___	Tinción ___	Tinción ___	Tinción ___	
Fonación	Si ___	No ___	Disfonía ___	Otro: _____	
Observaciones:					

CONSENSO EQUIPO TRATANTE (FECHA: ___/___/___)

--

11.4 ANEXO 4: Composición de una traqueotomía



11.5 ANEXO 5: Imágenes de válvulas de fonación, filtro viral bacteriano, endocánula y humidificador pasivo

Válvula de fonación



filtro viral bacteriano



Endocánula



Humidificador pasivo

