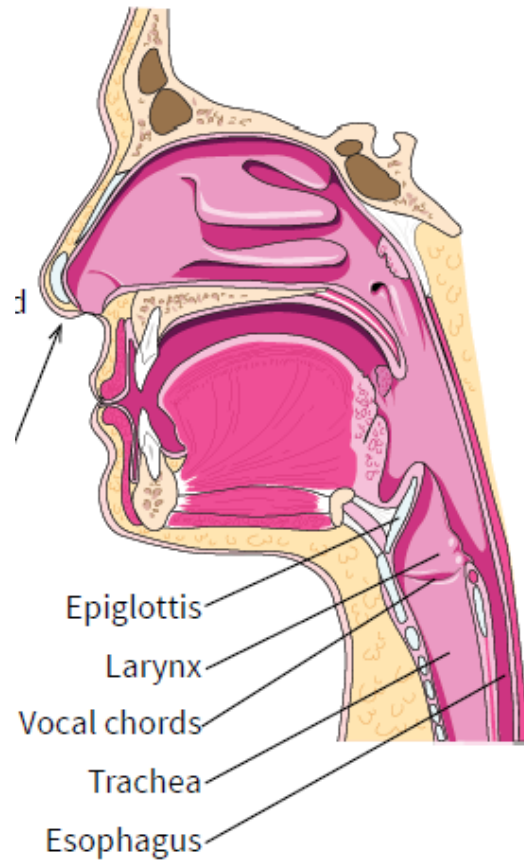


INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD CUIDADO DOMICILIARIO

TRAQUEOBRONQUITIS

Dra. Beatriz Altamiranda

Asesor comité de infecciones



- Las infecciones de las vías respiratorias inferiores son IAAS comunes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) pero pocos estudios han evaluado la traqueobronquitis asociada al ventilador o al uso de la cánula a diferencia de la neumonía asociada a ventilador

Traqueobronquitis

Todos los criterios siguientes:

Fiebre(> 38 ° C) sin otra causa reconocible

Producción de esputo (nuevo o aumentado)

Cultivo positivo ($\geq 10^6$ unidades formadoras de colonias / ml)

Sin evidencia radiográfica de neumonía

En pacientes con radiografía de tórax anormal al ingreso, evaluar la ausencia de infiltrados radiográficos nuevos o progresivos

La TB es probablemente un proceso intermedio entre la colonización del tracto y Neumonía

Diagnóstico de TB

Puede ser difícil en pacientes con anomalías radiográficas de tórax a su admisión

Se recomienda:

Nueva radiografía de tórax como criterio para el diagnóstico con infiltrados se demostraría neumonía

Utilizar Aspirados traqueales para diagnosticarlo, con un umbral alto de 10^6 unidades formadoras de colonias / ml.

La alta proporción de bacterias multirresistentes en pacientes con TB pueden explicarse por los siguientes factores:

Transferidos de otros centros hospitalarios

Recibieron antibióticos antes de la admisión

Estos factores son bien conocidos por ser asociados con la aparición de bacterias multirresistentes

Research

Open Access

Effect of ventilator-associated tracheobronchitis on outcome in patients without chronic respiratory failure: a case-control study

Saad Nseir¹, Christophe Di Pompeo², Stéphane Soubrier¹, Hélène Lenci³, Pierre Delour³, Thierry Onimus¹, Fabienne Saulnier¹, Daniel Mathieu³ and Alain Durocher¹

¹Intensive Care Unit, Calmette Hospital, Regional University Centre, and Medical Assessment Laboratory, EA 3614, Lille II University, Lille, France

²Medical Assessment Laboratory, EA 3614, Lille II University, Lille, France

³Intensive Care Unit, Calmette Hospital, Regional University Centre, Lille, France

Corresponding author: Saad Nseir, s-nseir@chru-lille.fr

Received: 26 Oct 2004 Revisions requested: 9 Feb 2005 Revisions received: 16 Feb 2005 Accepted: 24 Feb 2005 Published: 31 Mar 2005

Critical Care 2005, **9**:R238-R245 (DOI 10.1186/cc3508)

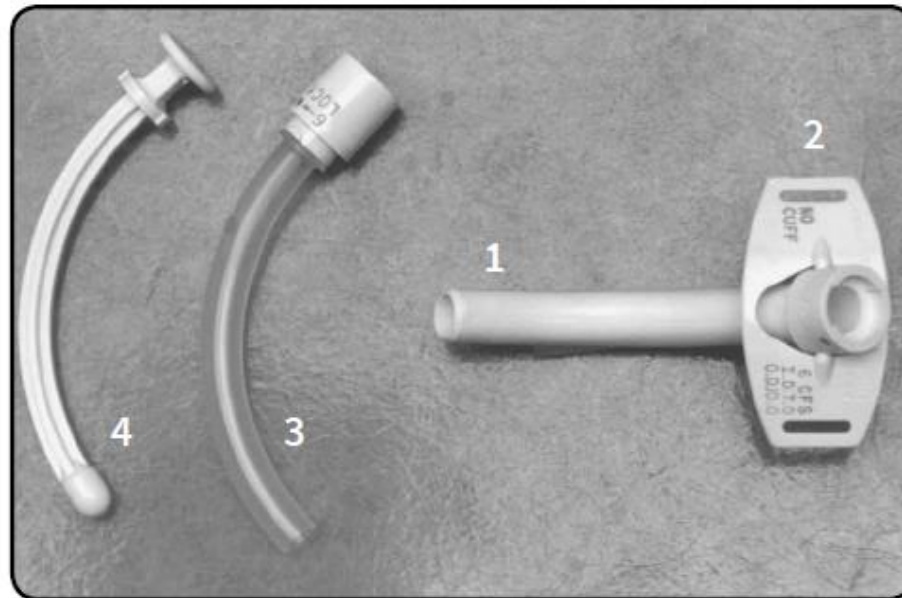
This article is online at: <http://ccforum.com/content/9/3/R238>

© 2005 Nseir et al.; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

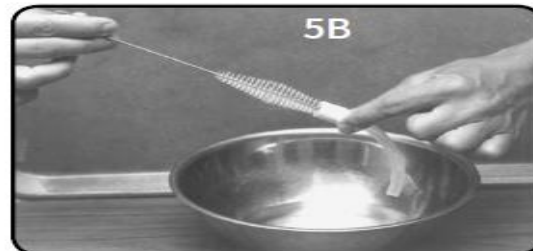
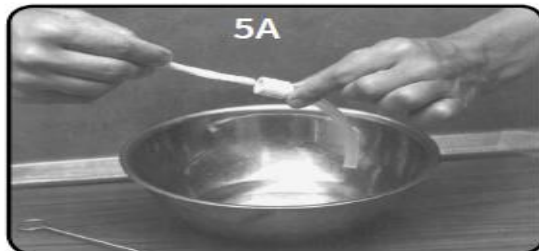
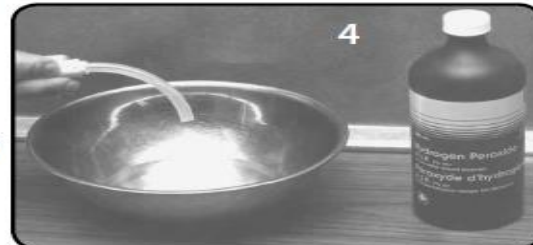
Partes de un tubo de traqueostomía

- 1- Cánula exterior
- 2- Placa o plato
- 3- Cánula interior
- 4- Obturador



Now you are ready to clean the inner cannula:

1. Loosen the inner cannula.
2. Hold the outer cannula with one hand. With the other hand, turn the inner cannula to your right to unlock.
3. Remove the inner cannula by steadily pulling it down and toward your chest until it is out.
4. Place the inner cannula in the peroxide solution.
5. Use a pipe cleaner folded in half, an applicator stick, or trach brush to gently clean the inner cannula and to remove mucus and dried secretions.

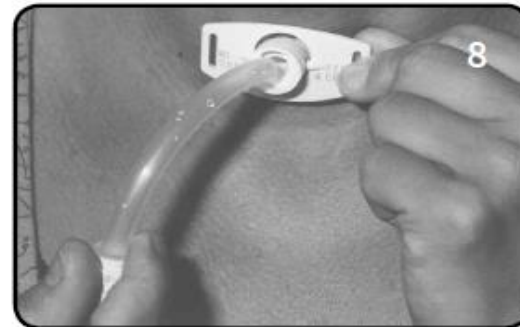


6. Now put it in the bowl of plain sterile water and rinse well.



7. Shake off extra water. Do not dry it. Moisture will make the inner cannula slide back in easily.

8. Put the inner cannula back in. Keep the curved part facing downward.



9. Lock the inner cannula into position.
10. Wash bowls thoroughly and leave to dry in a clean place. If using a trach brush, soak it in hydrogen peroxide, rinse with sterile water, and leave to dry. Throw away pipe cleaners or applicator sticks and paper cups.
11. Wash your hands.



- Cuidados del estoma
- Cuidados de la cinta o sujetador de la cánula
- Manteniendo la cánula con aspiración/
succión de secreciones

Cuidados de enfermería

Proporcionar la atención de la traqueostomía en conjunto con el equipo humano que cuida a un paciente:

- ☐ Aspiración, limpieza de los tubos internos, cuidado del estoma de la traqueostomía control de las presiones del manguito
- ☐ Evaluación y seguimiento del estado respiratorio
- ☐ Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias
- ☐ Control de la hidratación de las secreciones
- ☐ Participación en la selección de tubos de traqueostomía
- ☐ Educación al personal
- ☐ Solucionar problemas
- ☐ Manejo de emergencias de traqueostomía
- ☐ Cambio de los tubos de traqueostomía de los pacientes
- ☐ Participación en el destete y decanulación de la traqueostomía
- ☐ Proporcionar educación a los cuidadores, familias, pacientes y padres que facilita la independencia del paciente

Terapia respiratoria

- ☐ Higiene traqueobronquial incluyendo deflación del manguito
- ☐ Movilidad
- ☐ Ensayos de deflación del manguito
- ☐ Decanulación física o cambios en los tubos
- ☐ Recomendaciones de humidificación
- ☐ Reforzamiento del músculo respiratorio
- ☐ Educación del personal de enfermería

Ambiente seguro para pacientes con traqueostomía in situ

- ☐ Atención del entorno
- ☐ Plan de atención y comunicación
- ☐ Evaluación del paciente
- ☐ Equipo esencial

- El cuidado de pacientes con una traqueostomía requiere un enfoque multidisciplinario coordinado
- Los miembros del Equipo de Manejo de Traqueostomía (TRT) deben incluir pero no están limitados a:
 - Médico
 - Enfermera profesional
 - Auxiliar de enfermería
 - Fisioterapeuta
 - Fonoaudiólogo

- Todos los pacientes con tubo de traqueostomía deben tener un plan documentado de cuidado específico para la atención de la traqueostomía que se desarrolla desde la inserción, que debe ser revisado de forma regular y actualizado según sea necesario

Cuando se transfiera el cuidado entre los clínicos idealmente debe ocurrir un traspaso visual, verbal y escrito incluyendo:

- ☐ Historial del paciente incluyendo la razón de TT, anatomía de las vías respiratorias, fisiología,
- ☐ Fecha de inserción del tubo de traqueostomía, tipo de tubo, método de inserción, tamaño y método de anclaje
- ☐ Fecha del próximo cambio de tubo
- ☐ Gestión de la secreción (cantidad, color, consistencia, capacidad de tos y requerimientos de succión)
- ☐ Método de humidificación
- ☐ Requisitos de oxígeno - método actual, rango objetivo FiO₂ y SpO₂
- ☐ Nutrición
- ☐ Método de comunicación

Evaluación del equipo médico y enfermería

Para el personal de enfermería, esta evaluación del paciente debe incluir:

- ☐ La permeabilidad de las vías respiratorias (incluye la evaluación de la permeabilidad del tubo de traqueostomía, la eficacia del método de estabilización y la presión del manguito)
- ☐ Respiración (incluye auscultación torácica)
- ☐ Nivel de conciencia y orientación

La oximetría de pulso continua debe indicarse en pacientes:

- ☐ Con un TT nuevo o modificado recientemente
- ☐ Recibe oxígeno continuo ≥ 4 lpm
- ☐ Estado respiratorio inestable
- ☐ Soporte ventilatorio

Equipo

- ☐ Equipos de succión incluyendo catéteres de succión apropiados para el tamaño y equipo de succión oral
- ☐ Suministro de oxígeno y accesorios para aplicar oxígeno tanto a la traqueotomía como facial
- ☐ Manómetro del manguito y jeringa de 10 ml (donde se usa una traqueostomía con manguito)
- ☐ Equipo de protección personal para las precauciones estándar, incluyendo: guantes, delantales / batas, gafas protectoras y máscara resistente a los líquidos, o visera de cara completa. El tipo de máscara requerida puede variar si el paciente está bajo las precauciones de gotas o en el aire
- ☐ Dispositivos de humidificación según corresponda

☐ Recipientes adecuados para residuos generales y clínicos

☐ Botella de agua estéril para limpiar la tubería de succión después de usarla (marcada con fecha y cambiada diariamente)

☐ Cánula interior de repuesto

☐ Plan de respuesta a emergencias de traqueotomía específico para la naturaleza crítica de la vía respiratoria del paciente

Table 6 Potential complications of incorrect tracheostomy tube size

Complications caused by tube length	Complications caused by tube width
Too long • Trauma caused by tube tip or suction catheter catching on carina • Collapsed lung due to unilateral ventilation • Patient discomfort • Convulsive or excessive coughing due to irritation of the carina	Too wide • Tracheal ulceration • Tracheal erosion • Granulation tissue caused by shearing effect of TT against tracheal wall • Discomfort • Difficulty swallowing • Inability to achieve voice • Tracheostomy stoma site stenosis • Difficult tube changes • Subcutaneous emphysema caused by shearing and tearing of the trachea wall • Trachoesophageal fistula caused by the TT and/or cuff pressing against the posterior wall of the trachea
Too short • Tube displacement - loss of tracheostomy tract, respiratory arrest and/or death - causing ventilation into pre-tracheal space leading to surgical emphysema • Ulceration and/or erosion of the posterior tracheal wall, from poorly positioned/angled tube in trachea • Ineffective ventilation from a poorly positioned/angled tube within the trachea	Too narrow • Inadequate ventilation • Increased respiratory effort • Ventilator indicates leakage via nose and mouth • Ineffective clearance of secretions
Adapted from Russell and Matta (2004) Tracheostomy: a multiprofessional handbook [16]: Table 5b-6	

