

PROTOCOLO DE DECANULACIÓN EN EL PACIENTE PEDIATRICO

INTRODUCCIÓN

La traqueostomía supone la instauración de una vía aérea artificial, ya sea por patología obstructiva de la vía aérea central o necesidad de ventilación mecánica y manejo de secreciones. Aunque es un procedimiento seguro, no está exento de complicaciones, como granuloma, colapso supraestomal, estenosis traqueal, sangrado, infección del estoma, obstrucción, decanulación accidental o incluso la muerte. A su vez, se ha relacionado con trastornos de la deglución, retraso en el lenguaje y socialización, que afectan a la calidad de vida del paciente y su familia o cuidadores. Por ello, una vez lograda la estabilización clínica se debe priorizar la decanulación.

El proceso de decanulación consiste en retirar la cánula de traqueotomía de forma definitiva, una vez que la patología original que motivo su realización se haya resuelto o haya mejorado significativamente. La predicción del éxito es difícil debido a la influencia de varios factores que debemos tener en cuenta para realizarlo de manera segura y minimizando el riesgo de fracaso.

Cada vez que se realiza una traqueostomía se instruye por parte del personal de enfermería a dos cuidadores del pacientes para un correcto manejo de los cuidados en el domicilio, de tal manera que contamos con cuidadores muy entrenados en el manejo del cambio de cánula, aspiración de secreciones y detección de posibles complicaciones, de tal manera que el proceso de decanulación se puede hacer de forma ambulatoria con visitas semanales o quincenales hasta el momento del ingreso para la decanulación propiamente dicha.

Haber cubierto los cuidados de manera integral, además de conseguir mejoras sustanciales en la calidad de vida del paciente, optimiza el proceso de decanulación y el manejo seguro del paciente recién decanulado.

La decanulación requiere de la participación de un equipo multidisciplinar, planificando el momento de llevarla a cabo en las mejores condiciones. La adecuada comunicación entre pediatra, neumólogo, otorrino, cirujano y personal de enfermería facilitarán que este procedimiento se haga de forma adecuada para el paciente. En este protocolo se detallan una serie de recomendaciones para lograr la decanulación de forma gradual minimizando el riesgo de fracaso.

Para iniciar el proceso, es fundamental tener en cuenta que se cumplan los siguientes puntos.

1. Causa de la traqueostomía resuelta con mejoría significativa.
2. En niños con ventilación mecánica, ausencia de necesidad de ventilación mecánica al menos los 6 meses previos, y baja probabilidad de necesitar apoyo ventilatorio a corto plazo, ya sea por enfermedad respiratoria o por requerimiento de anestesia general. En casos seleccionados de pacientes dependientes de ventilador, se puede valorar individualmente si pueden beneficiarse de la decanulación e instauración de ventilación no invasiva durante parte del día.
3. Estabilidad hemodinámica y ausencia de infección activa.
4. Nivel de conciencia adecuado.
5. Reflejo tusígeno eficaz.
6. Valoración de adecuado manejo de secreciones conservando fuerza en la musculatura respiratoria y tos eficaz.
7. Mantener la deglución coordinada o portar de un dispositivo de nutrición enteral alternativo a la vía oral

Una vez comprobados todos estos aspectos y consensuado entre el equipo multidisciplinar, la familia y el paciente cuando tenga autonomía suficiente, se procederá a iniciar el proceso de decanulación, que consta de las siguientes fases.

1.EXAMEN ENDOSCÓPICO DE LA VÍA AÉREA

Se debe determinar la permeabilidad de la vía aérea y documentar la movilidad de al menos 1 cuerda vocal, así como la ausencia de lesiones como colapso supraestomal, granuloma o estenosis que sean necesario tratar antes de la decanulación.

2.DISMINUCIÓN DEL DIÁMETRO DE LA CÁNULA DE TRAQUEOTOMIA

Cambio de cánula a una de un calibre inferior. Con la disminución del calibre de la cánula aumenta el flujo de aire alrededor de ella, favoreciendo el inicio de una respiración convencional. Se indican pautas de alerta a los padres por aumento de riesgo de algunas complicaciones, como obstrucción de la cánula por secreciones espesas, necesidad de mayor frecuencia de aspiraciones por ser menos efectivas las realizadas, dificultad respiratoria, taquipnea etc.

3.OCLUSIÓN DE LA CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA

Consiste en ocluir de forma progresiva en el tiempo la totalidad de calibre de la cánula, bien con tapón o mediante esparadrapo de seda. Antes de emplear ningún dispositivo, se recomienda ocluir con el dedo para valorar la seguridad y la tolerancia inicial por parte del paciente. Se debe tapar por primera vez en consulta o en planta de hospitalización si el paciente está ingresado, dejándolo monitorizado unas dos horas, y enviar a domicilio aumentando progresivamente el tiempo hasta estar todo el día tapada salvo durante las horas de sueño (en siestas y noche).

La oclusión de la cánula de traqueostomía debe hacerse siempre con monitorización o supervisión continua de un adulto, sobre todo al inicio del proceso, valorando la presencia o ausencia de respiración nasal y/o oral, signos de dificultad respiratoria (estridor, ruidos, tiraje intercostal, inspiración prolongada, cianosis, taquipnea o bradipnea), valorar tolerancia al ejercicio si realiza y habilidad para el manejo de secreciones. Si es preciso, inicialmente se recomienda destapar, aspirar y volver a cubrir.

Si aparecen signos de obstrucción respiratoria, se debe destapar la cánula, aspirar, valorar su recuperación, y ante cualquier duda acudir a su centro de referencia.

Para proceder a la decanulación, la cánula debe permanecer ocluida totalmente las 24 horas del día. Para ello, una vez comprobada la seguridad durante las horas de vigilia en domicilio, el paciente permanecerá ingresado y monitorizado una noche en el hospital para comprobar que se tolera también la oclusión de la cánula durante las horas de sueño.

En casos de sospecha clínica de obstrucción multinivel de vía aérea superior o de apneas obstructivas del sueño (AOS) se debe plantear realizar, antes de la decanulación, un estudio de sueño y, en caso de presencia de apneas, desaturaciones o hipoventilación realizar las intervenciones necesarias para solucionar las causas de estas antes de proceder a la decanulación definitiva.

4. DECANULACIÓN

Se realizará en el hospital tras comprobar tolerancia a la oclusión traqueal durante la noche con el paciente monitorizado. Se retira la cánula, se aproximan los bordes del estoma y se realiza una cura oclusiva con gasa estéril y cinta adhesiva. En caso de complicación debe acudir de manera inmediata al servicio de urgencias. Se debe realizar control en 7 días en la consulta, aunque sea de forma presencial o telefónica.

El cierre total del estoma es difícil que sea de manera espontánea, pero si suele disminuir hasta una fístula traqueocutánea en pocas semanas. En caso de persistir la fístula, se programará para cierre quirúrgico entre 4 y 8 meses tras la decanulación.

5. FRACASO EN LA DECANULACIÓN

Si la decanulación fracasa, se debe colocar la cánula al paciente y, si esto no es posible, colocar un tubo o sonda de aspiración que favorezca la permeabilidad de la luz hasta que sea posible realizar intubación orotraqueal temporalmente. La mayoría de las recanulaciones se producen antes de 24h, aunque para considerar una decanulación exitosa deben pasar al menos 96h.