



Atención Integral
AL PACIENTE
PORTADOR DE CÁNULA

AIPPC2016



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social



Hospital General Universitario
Santa Lucía

ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA

AIPPC2016



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social



Hospital General Universitario
Santa Lucía



ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA©

Coordinación de la obra:

Rosa Clavel Cerón

Enfermera de la Consulta de Enfermería de Laringectomizados y Traqueostomizados del Complejo Hospitalario de Cartagena. Hospital General Universitario de Santa Lucía. Área II. Cartagena. Murcia.

M^a Dolores Calvo Torres

Enfermera de la Consulta de Enfermería de Laringectomizados y Traqueostomizados del Complejo Hospitalario de Cartagena. Hospital General Universitario de Santa Lucía. Área II. Cartagena. Murcia.

M^a José Luque Martínez

Enfermera de la Consulta de Enfermería de Laringectomizados y Traqueostomizados del Complejo Hospitalario de Cartagena. Hospital General Universitario de Santa Lucía. Área II. Cartagena. Murcia.

José Antonio Subiela García

Enfermero responsable de Formación, Docencia e Investigación del Área VIII de Salud. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier. Murcia.

Edición: Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano de Salud.
Dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario de Santa Lucía.
Área II de Salud. Cartagena. Murcia.

Maquetación: María del Mar Sánchez Álvarez-Castellanos
(Unidad Técnica de Comunicación del Hospital General Universitario Reina Sofía).

ISBN: 978-84-15909-15-6

D.L.: MU 1105-2016

Impresión: COMPOBELL, S.L.

Índice de autores

- AA (Alcohólicos Anónimos).
Asociación de Alcohólicos Anónimos.
- Aguilón Leiva, Juan José. Enfermero
Medicina Interna. Hospital de Alcañiz (Teruel).
- AL-ANON Familiares.
Asociación de Familias Al-Anon / Alateen.
- Álvaro Matel, Blanca. Enfermera
Oncología Radioterápica HGUSL Cartagena. Murcia.
- Balaguer Meler, Jordi. Médico
Unidad deshabituación tabáquica. Cartagena. Murcia.
- Bejar Espín, Laura. Trabajadora Social
HGUSL Cartagena. Murcia.
- Bernal Calvo, Beatriz. Grado Lengua y Literatura Españolas.
Correctora Idiomática.
- Blaya Sánchez, Yolanda. Psicóloga Clínica
Centro de Salud Mental Cartagena. Murcia.
- Blázquez Soto, Juan Antonio. Enfermero
Hospitalización HGUSL Cartagena. Murcia.
- Calderón García, María. Enfermera
Hospital de día Oncológico. HGUSL Cartagena. Murcia.
- Calero Márquez, Juan Bautista. Enfermero
Hospitalización HGUSL Cartagena. Murcia.
- Calvo Torres, María Dolores. Enfermera
CEX ORL HGUSL Cartagena. Murcia.
- Carrasco Martínez, Ángeles. Psicóloga
AECC Murcia.
- Cayuela García, Ana M^a. Enfermera
Nutricionista HGUSL Cartagena. Murcia.
- Cegarra González, Ana M^a. Trabajadora Social
HGUSL Cartagena. Murcia.
- Cegarra López, M^a del Mar. Enfermera
HGUSL Cartagena. Murcia.
- Cervantes Urán, Luisa María. Enfermera
Oncología Radioterápica. HGUSL Cartagena. Murcia.
- Clavel Cerón, Rosa. Enfermera
CEX ORL HGUSL Cartagena. Murcia.

Esteban García, David. Estudiante de Medicina
Medicina UCAM Murcia.

Esteban Sánchez, Tomás. Doctor en Medicina
ORL HGUSL Cartagena. Murcia.

Fandiño Navarro, Caridad. Enfermera
Quirófano HGUSL Cartagena. Murcia.

Fernández Carvajal, Francisca. Enfermera
Hospital de día Oncológico. HGUSL Cartagena. Murcia.

García Charcos, Carmen. Enfermera
Hospital de Torrevieja (Alicante).

García Charcos, María. Enfermera
ESAD Cartagena. Murcia.

García Delgado, Esther. Fisioterapeuta
HGUSL Cartagena. Murcia.

García López, María del Mar. Enfermera
Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia.

García Murcia, José M^a. Enfermero
CEX ORL Hospital Nuestra Señora del Rosell. Cartagena. Murcia.

García Teruel, Ana M^a. Enfermera
Hospitalización HGUSL Cartagena. Murcia.

Gómez de Mercado Martínez, María Dolores. Auxiliar de Enfermería
CEX ORL HGUSL Cartagena. Murcia.

Hernández Agüera, María Concepción. Enfermera
Hospitalización HGUSL Cartagena. Murcia.

Iglesias Ortuño, Carlota. Logopeda
AECC Murcia.

Jover Blaya, María Pilar. Auxiliar de Enfermería
CEX ORL HGUSL Cartagena. Murcia.

Lorente Tello, Francisca. Enfermera
Hospitalización. HGUSL Cartagena. Murcia.

Luque Martínez, M^a José. Enfermera
CEX ORL HGUSL Cartagena. Murcia.

Magariño Valero, Rocio. Enfermera
Hospital Los Pinos Cartagena. Murcia.

Marín Hernández, Francisca. Enfermera
Hospitalización HGUSL Cartagena. Murcia.

Martínez Molina, María del Mar. Auxiliar de Enfermería
CEX ORL HGUSL Cartagena. Murcia.

Martínez Soriano, María. Enfermera
Pediatría. Hospital de Alcañiz (Teruel).

Navarro Manchado, Celia. Enfermera
Hospitalización HGUSL Cartagena. Murcia.

Navarro Pérez, Almudena. Psicóloga Clínica
HGUSL Cartagena. Murcia.

Ortuño Campillo, Trinidad. Psicóloga Clínica
Centro de Salud Mental Lorca. Murcia.

Perálvarez Torres, Elisabeth. Logopeda
ATOS Médica.

Pérez Cuadrado, Daniel. Enfermero
CEX HGUSL Cartagena. Murcia.

Ramos Postigo, Francisco Bernardo. Médico
*Medicina Preventiva y Salud Pública, Unidad Deshabitación Tabáquica.
 Cartagena. Murcia.*

Ríos Cortés, Antonio Tomas. Fisioterapeuta
HGUSL Cartagena. Murcia.

Rodríguez Domínguez, Rocío. Enfermera
Quirófano Centro Virgen de la Caridad Cartagena. Murcia.

Rodríguez Tello, Javier. Enfermero
Mentor HGUSL Cartagena. Murcia.

Roldán Chicano, María Teresa. Enfermera
Mentora HGUSL Cartagena. Murcia.

Ros Martínez, Inés. Enfermera
CEX ORL HULAMM Mar Menor. San Javier. Murcia

Sáez de Jódar, Paz. Enfermera
ESAH HGUSL Cartagena. Murcia.

Sánchez Clavel, Mercedes. Enfermera
Unidad de Diálisis HGUSL Cartagena. Murcia.

Sánchez Fandiño, Diego. Enfermero
Urgencias Hospital de la Vega Baja de Orihuela (Alicante).

Sánchez Fernández, Gema. Enfermera
Hospitalización HGUSL Cartagena. Murcia.

Schmidt Clavel, Gustavo. Fisioterapeuta
Mutua Murciana de Cartagena. Murcia.

Serna Maestro, Asunción. Auxiliar de Enfermería
Fundadora Taller de Familiares CELT. Cartagena. Murcia.

Subiela García, Jose Antonio. Enfermero
*Responsable de Formación, Docencia e Investigación Área VIII de Salud
 (Mar Menor). San Javier. Murcia. (HULAMM) Mar Menor.*

Torres Pérez, Antonio Manuel. Enfermero
Medicina Interna y Cirugía. Hospital de Alcañiz (Teruel).

Yagüe Albaladejo, José Miguel. Enfermero
UCI HUVA. Murcia

Abreviaturas:

A.A.	Alcohólicos anónimos
AECC	Asociación Española contra el Cáncer
AINEs	Antiinflamatorios no esteroideos
ATLCT	Asociación de Traqueo-Laringectomizados de Cartagena
BDI	Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck)
BIPAP	Bilevel Positive Airway Pressure (Sistema de bipresión positiva)
CELF	Cirugía Endoscópica Laríngea Funcional
CELT	Consulta de enfermería de laringectomizados y traqueostomizados
CIE	Clasificación de Intervenciones de Enfermería
CIR	Cirugía
CM	Cirugía menor
CMA	Cirugía mayor ambulatoria
CN	Código Nacional
CP	Complicación potencial
CRE	Clasificación de Resultados de Enfermería.
DA	Drenaje autógeno
DAI	Desfibrilador automático implantado
DdE	Diagnóstico de enfermería
DEA	Desfibrilador externo automático
DESA	Desfibrilador externo semiautomático
DMS	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)
EAP	Equipo de atención primaria
EAs	Efectos adversos
ECG	Electrocardiograma
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
ELA	Esclerosis lateral amiotrófica
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EpS	Educación para la salud
ERC	European Resuscitation Council
ESAD	Equipo de Soporte y Atención Domiciliaria
ESAH	Equipo de Soporte y Atención Hospitalaria

ESCP	Equipo de soporte de cuidados paliativos
ESVA	Equipo de soporte vital avanzado
EVA	Escala visual analógica
FC	Frecuencia cardiaca
FFIS	Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria
FR	Frecuencia respiratoria
FTE	Fístula traqueoesofágica
GQ	Gastrotomía quirúrgica
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala de Depresión y Ansiedad Hospitalaria)
HCD	Historia clínica domiciliaria
HDDO	Hospital de Día Oncológico
HME	Heat and Moisture Exchanger (intercambio de humedad y calor)
HTA	Hipertensión arterial
ICP	Inhalador de cartucho presurizado
IET	Intubación endotraqueal
IMAS	Instituto Murciano de Acción Social
IMC	Índice de masa corporal
ISO	International Organization for Standardization (Organización Internacional de Normalización)
ITC	Interconsulta
LDS	Laringoscopia Directa en Suspensión
NIC	Nursing Interventions Classification (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)
NOC	Nursing Outcomes Classification (Clasificación de Resultados de Enfermería)
NRS	Nutrition Risk Screening
OMS	Organización Mundial de la Salud
ORL	Otorrinolaringología
PAAF	Punción aspiración con aguja fina
PAE	Proceso de atención de enfermería
PCR	Parada cardiorespiratoria
PdC	Plan de Cuidados
PEG /GEP	Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (Gastrotomía endoscópica percutánea).

PET-TC	Tomografía por emisión de positrones-tomografía computada
PiT	Programa de información sobre tabaquismo
PRG	Percutaneous Radiologic Gastrostomy (Gastrostomía radiológica percutánea).
PSV	Presión de soporte ventilatorio
PVC	Polyvinyl Chloride (cloruro de vinilo).
QTP/QT	Quimioterapia
RCP	Reanimación cardiopulmonar
RGE	Reflujo gastroesofágico
RMN/RM	Resonancia magnética nuclear
RTP/RT	Radioterapia
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SMS	Servicio Murciano de Salud
SNC	Sistema nervioso central
SNG	Sonda nasogástrica
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSF	Suero salino fisiológico
STAI	State-Trait Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo)
SVA	Soporte vital avanzado
T ^a	Temperatura
TA	Tensión arterial
TAC/TC	Tomografía axial computerizada
TCE	Traumatismo craneoencefálico
TEF	Técnica de espiración forzada
TET	Tubo endotraqueal
TQT	Traqueotomía
TQST	Traqueostomía
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UPP	Úlcera por presión
VM	Ventilación mecánica
VMI	Ventilación mecánica invasiva
VMNI	Ventilación mecánica no invasiva
VMP	Ventilación mecánica prolongada

Agradecimientos

A María del Mar Sánchez Álvarez-Castellanos de la Unidad Técnica de Comunicación del Hospital General Universitario Reina Sofía por su desinteresada implicación ya que ha sido la encargada de la maquetación de este libro.

A la Dirección de Enfermería del Hospital General Universitario Reina Sofía por su colaboración en la maquetación del libro a través de la UTC.

A la Dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario de Cartagena por creer en nuestro proyecto ayudándonos económicamente para que este libro sea una realidad.

A nuestras familias (hijos, cónyuges, padres, hermanos, etc.) quienes se han quitado de su tiempo de estar con nosotros por una buena causa.

En definitiva queremos agradecer su atención y dedicación a todos aquellos profesionales implicados en la atención de este tipo de pacientes que, por sus características, hacen que esta atención, en ocasiones, sea compleja y difícil pero no por ello menos reconfortante y eficaz.

Con el aval científico



Asociación Española de Enfermería en Otorrinolaringología

y de la



Asociación Española Contra el Cáncer

Índice

1ª PARTE. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA	21
Capítulo 1. Recuerdo anatomofisiológico de la laringe	25
<i>Tomás Esteban Sánchez y David Esteban García</i>	
Capítulo 2. Definición y diferencias entre traqueostoma, traqueostomía y traqueotomía..	37
<i>Rosa Clavel Cerón, Mercedes Sánchez Clavel y Rocío Rodríguez Domínguez</i>	
Capítulo 3. Clasificación por patologías	45
<i>María José Luque Martínez, Francisca Lorente Tello, María Concepción Hernández Agüera y Rocío Magariño Valero</i>	
Capítulo 4. Tipos de cánulas y sus características.....	55
<i>Rosa Clavel Cerón, Mercedes Sánchez Clavel, Juan Bautista Calero Márquez y José Miguel Yagüe Albaladejo</i>	
Capítulo 5. Rehabilitación pulmonar y gestión de las secreciones del paciente con estoma respiratorio.....	81
<i>Elisabeth Perálvarez Torres</i>	
Capítulo 6. Cuidados de enfermería y prevención de complicaciones en los pacientes portadores de cánulas.....	91
<i>María Dolores Calvo Torres, Francisca Marín Hernández, Juan Antonio Blázquez Soto, Beatriz Bernal Calvo</i>	
Capítulo 7. Planes de Cuidados estandarizados para pacientes con cánula: Diagnósticos de Enfermería y Problemas de Colaboración. Taxonomías NANDA – NOC – NIC.....	113
<i>María del Mar García López, Javier Rodríguez Tello, María Teresa Roldán Chicano</i>	
2ª PARTE. TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS EN EL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA.....	131
Capítulo 8. Cambio de cánula en pacientes traqueotomizados/traqueostomizados...	135
<i>Rosa Clavel Cerón, Mercedes Sánchez Clavel, Mª Dolores Gómez de Mercado Martínez, Rocío Rodríguez Domínguez</i>	
Capítulo 9. Cambio de prótesis fonatoria	143
<i>Elisabeth Perálvarez Torres, María Dolores Calvo Torres, José Antonio Subiela García, Carlota Iglesias Ortuño</i>	
Capítulo 10. Aspiración de secreciones	153
<i>María José Luque Martínez, Ana Mª García Teruel, Francisca Lorente Tello, José Miguel Yagüe Albaladejo</i>	
Capítulo 11. Extracción de granulomas.....	163
<i>María José Luque Martínez, María Concepción Hernández Agüera, Rocío Magariño Valero, Mª Pilar Jover Blaya</i>	
Capítulo 12. Cierre programado del estoma	171
<i>María Dolores Calvo Torres, Juan Antonio Blázquez Soto, Gema Sánchez Fernández, Beatriz Bernal Calvo</i>	

Capítulo 13. Ventilación mecánica prolongada en el paciente portador de cánula de traqueotomía	181
<i>José A. Subiela García, Antonio Manuel Torres Pérez, Juan José Aguilón Leiva, María Martínez Soriano</i>	
Capítulo 14. Oxigenoterapia y aerosolterapia en pacientes portadores de cánula de traqueotomía	199
<i>José Antonio Subiela García, María Martínez Soriano, Antonio Manuel Torres Pérez, Juan José Aguilón Leiva</i>	
Capítulo 15. Actuación de urgencia frente al cierre accidental del estoma.....	213
<i>María Dolores Calvo Torres, Juan Antonio Blázquez Soto, Gema Sánchez Fernández, M^a del Mar Martínez Molina</i>	
Capítulo 16. Extracción de tapón mucoso.....	221
<i>María Dolores Calvo Torres, Rosa Clavel Cerón, Francisca Marín Hernández, Juan Antonio Blázquez Soto</i>	
Capítulo 17. Reanimación cardiopulmonar básica (RCP-B) y desfibrilación externa semiautomática (DESA) en pacientes adultos con laringectomía total o traqueotomía...	229
<i>José A. Subiela García, Juan José Aguilón Leiva, María Martínez Soriano, Antonio Manuel Torres Pérez</i>	
3 ^a PARTE. CONSULTA DE ENFERMERÍA (CELT) EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE LARINGE.....	255
Capítulo 18. Clasificación de los tipos de cáncer de laringe e intervenciones.....	259
<i>Tomás Esteban Sánchez, David Esteban García</i>	
Capítulo 19. Comité de Tumores.....	271
<i>Tomás Esteban Sánchez, David Esteban García</i>	
Capítulo 20. Consulta de Enfermería para el paciente laringectomizado y traqueotomizado (CELT).....	283
<i>M^a Dolores Calvo Torres, José María García Murcia, José Antonio Subiela García, Inés Ros Martínez</i>	
Capítulo 21. Vías Clínicas para pacientes operados de laringe.....	305
<i>Rosa Clavel Cerón, Mercedes Sánchez Clavel, Gustavo Schmitd Clavel, José Antonio Subiela García</i>	
Capítulo 22. Planificación de los cuidados al alta	325
<i>María Dolores Calvo Torres, Juan Antonio Blázquez Soto, Gema Sánchez Fernández, José Antonio Subiela García</i>	
Capítulo 23. Educación para la salud en pacientes portadores de cánula	337
<i>María Dolores Calvo Torres, Juan Antonio Blázquez Soto, Rocío Magariño Valero, Daniel Pérez Cuadrado</i>	
Capítulo 24. Guía de cuidados al alta	347
<i>María Dolores Calvo Torres, José Antonio Subiela García, Juan Antonio Blázquez Soto, Gema Sánchez Fernández</i>	

4ª PARTE. CUIDADOS DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE LARINGE.....	393
Capítulo 25. Quirófano y reanimación.....	397
<i>Caridad Fandiño Navarro, Diego Sánchez Fandiño, José Antonio Subiela García</i>	
Capítulo 26. Cuidados en la Unidad de Hospitalización.....	421
<i>Francisca Marín Hernández, Rosa Clavel Cerón, Inés Ros Martínez, Mercedes Sánchez Clavel</i>	
Capítulo 27. La nutrición en pacientes con cáncer de laringe.....	449
<i>Ana María Cayuela García</i>	
Capítulo 28. Cuidados de fisioterapia en el paciente intervenido de cáncer de laringe...	463
<i>Antonio Tomás Ríos Cortés, Esther García Delgado</i>	
Capítulo 29. Intervención psicológica en pacientes laringectomizados	473
<i>Almudena Navarro Pérez, Trinidad Ortuño Campillo, Yolanda Blaya Sánchez</i>	
Capítulo 30. Oncología médica	493
<i>Francisca Fernández Carvajal, María Calderón García, Celia Navarro Manchado, Gema Sánchez Fernández</i>	
Capítulo 31. Radioterapia en el cáncer de laringe	511
<i>Blanca Álvaro Matel, Juan Antonio Blázquez Soto, Luisa Mª Cervantes Urán</i>	
Capítulo 32. El trabajador social en la atención al paciente con cáncer de laringe	523
<i>Ana María Cegarra González, María del Mar Cegarra López, Laura Bejar Espín</i>	
Capítulo 33. Actuación sobre el tabaquismo desde el servicio de ORL.....	537
<i>Francisco Bernardo Ramos Postigo, Jordi Balaguer Meler</i>	
Capítulo 34. Taller de logopedia para laringectomizados. Hospital Santa Lucía. AECC (Cartagena)	561
<i>Carlota Iglesias Ortuño</i>	
Capítulo 35. Taller de familiares de pacientes laringectomizados.....	573
<i>Asunción Serna Maestro, Mª José Luque Martínez</i>	
Capítulo 36. Asociación de Alcohólicos Anónimos / AL-ANON	579
Capítulo 37. Voluntariado en pacientes con cáncer de laringe en la Asociación Española contra el Cáncer	587
<i>Ángeles Carrasco Martínez</i>	
Capítulo 38. Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH)	593
<i>Paz Sáez de Jódar, José Antonio Subiela García</i>	
Capítulo 39. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria.....	601
<i>María García Charcos, Carmen García Charcos</i>	
BIBLIOGRAFÍA.....	619

Prólogo I

Las enfermeras están presentes cuando respiramos por primera vez recién nacidos y, si somos afortunados, también estarán allí con nosotros cuando lo hagamos por última vez. La práctica profesional de las enfermeras se desarrolla en una gran variedad de ámbitos como las residencias, los centros penitenciarios, las escuelas, los hospitales o los centros de salud. Cuidamos de pobres y de ricos; de drogadictos y de alcohólicos; de aquellos que han tenido un intento de suicidio y de los que están luchando por vivir; de los desfigurados por la enfermedad y de los paralizados por depresión; de los padres que quieren a sus hijos y de los padres que hacen daño a sus hijos; del hombre que es propietario de un banco y del hombre que limpia el banco.

Las enfermeras nos enfrentamos a retos formidables a diario. Una de las situaciones más complejas y exigentes a la que se puede enfrentar una enfermera es cuidar de una persona con cáncer de cabeza y cuello. Que te digan que tienes cáncer es probablemente el diagnóstico más temido por todos. El cáncer suele ser invisible a los demás; incluso si precisa tratamiento quirúrgico, sus cicatrices lo son, habitualmente. Las personas con cáncer de cabeza y cuello, y sus familias, tienen que hacer frente a multitud de pérdidas visibles acompañadas de deformaciones, traqueostomías, sondas de alimentación, dolor, incomodidad o barreras para la comunicación. Además, el cáncer de cabeza y cuello está frecuentemente asociado al consumo de alcohol y de tabaco crónico, lo que complica más la situación por el factor de la culpabilidad y el estrés. En adición a todos estos elementos estresantes se encuentra el diagnóstico en sí de cáncer y la incertidumbre sobre el futuro que conlleva.

La capacidad para relacionarse se ve alterada y, por tanto, la comunicación supone un foco de atención para mantener el apoyo social y las relaciones. La comunicación puede resultar un problema para estas personas; es frecuente

que tengan dificultad para hablar, para transmitir expresiones faciales, o para abrazar o ser abrazados. Ellos se ven diferentes, se sienten diferentes y no es poco habitual que se les rehúya de alguna manera.

Este libro trata sobre una sub-especialidad dentro de la Enfermería Oncológica. El hecho de que sus autores hayan elegido este campo de la práctica clínica supone un testimonio de su valentía profesional así como una manera de honrar tanto a las personas con cáncer de cabeza y cuello, como a sus seres queridos.

Estas enfermeras demuestran su respeto a la Enfermería mediante su dedicación al arte y la ciencia de cuidar de estas personas, que se sienten desesperados y con miedo. **Su dedicación transmite que estas personas y sus vidas realmente les importan, más allá de lo que las palabras solas podrían expresar.**

Con un profundo respeto para mis colegas enfermeras.

Lynda Juall Carpenito RN, MSN

(Traducción de M^a del Mar García López)

Prólogo II

Este libro constituye una ayuda excepcional para aquellas/os enfermeras/os que se integren en un equipo de Otorrinolaringología dado que su labor diaria es cada día más compleja y requiere de unos conocimientos especializados.

Esta obra es un medio de formación de gran valor didáctico y práctico. Ha sido elaborada por profesionales con una dilatada experiencia en nuestra especialidad, siendo su mérito recoger en forma protocolizada las técnicas y cuidados más habituales a los pacientes traqueostomizados. La traqueostomía, es una de las intervenciones que tiene muy poca aceptación por la población en general e incluso por el personal sanitario. El moco, ese eterno desconocido, junto a la dificultad para comunicarse son dos características que fácilmente merman la autoestima del traqueostomizado, por ello es necesario que quienes cuidan a este tipo de pacientes sean capaces, además de cuidar su ostomía, mantener un nivel psicológico de comprensión y aceptación de la traqueostomía. Todo ello se puede conseguir aplicando los fundamentos metodológicos de la investigación científica, y en especial, utilizando con eficacia los recursos de que disponemos con una formación adecuada.

De esta forma seremos capaces en nuestro trabajo diario, de proporcionar cuidados de alto nivel científico, humano y ético, que den respuesta a las necesidades físicas y psíquicas de cada paciente.

Quisiera que estas líneas fuesen un acto de reconocimiento al equipo de enfermería del Hospital General Universitario de Cartagena, que con su constancia esfuerzo y dedicación, han sido capaces de llevar a feliz término una consulta de enfermería para traqueostomizados proporcionando una atención integral a este tipo de pacientes, mediante la creación de un equipo multidisciplinar y la publicación de este libro.

Josep M^a García Rambla

Presidente de la Asociación Española de Enfermería en Otorrinolaringología

Introducción

Este libro de “*Atención integral al paciente portador de cánula*” nació en Junio de 2013 con el objetivo de explicar las técnicas y cuidados que se aplicaban a este tipo de pacientes sobre todo en la Consulta de Enfermería de Laringectomizados y Traqueotomizados (CELT) del Hospital General Universitario de Santa Lucía. Cartagena.

A medida que fuimos trabajando en la elaboración de los protocolos sobre diversas técnicas, el marco de acción se fue ampliando y decidimos contar con más disciplinas, incluyendo a psicólogos, fisioterapeutas, trabajadores sociales, etc. La idea inicial había cambiado y decidimos enfrentarnos al reto de aunar en un solo libro la experiencia y los conocimientos de todos los profesionales involucrados en los cuidados de los pacientes que por un motivo u otro son portadores de cánula. En definitiva, decidimos crear una hoja de ruta que sirviese como ayuda o referencia a cualquier institución sanitaria o a cualquier profesional de la salud para implementar de una forma fácil y estructurada los circuitos que hay establecidos en nuestra CELT.

Basándonos en la evidencia y en nuestra práctica diaria este libro describe de una forma sencilla y clara el trabajo que desde hace una década se realiza a través de la CELT y del equipo multidisciplinar.

En cuanto a la estructura, el libro está organizado en cuatro grandes bloques:

Bloque 1 (Tema 1 – Tema 7): “*Cuidados de enfermería en el paciente portador de cánula*”. En este bloque se describen aspectos básicos sobre los cuidados, los diagnósticos de enfermería más habituales y los tipos de cánulas que se emplean en la CELT.

Bloque 2 (Tema 8 – Tema 17): *“Técnicas y procedimientos en el paciente portador de cánula”*. Aquí se describen todas las técnicas y procedimientos que se realizan en la CELT y otras que son más habituales en la planta de hospitalización (ventilación mecánica prolongada, aerosolterapia, etc.).

Bloque 3 (Tema 18 – Tema 24): *“Consulta de enfermería (CELT) en el paciente con cáncer de laringe”*. En esta parte del libro se explica la estructura y la organización de la CELT en su día a día, las vías clínicas que se emplean, como se planifica el alta del paciente, la educación sanitaria que se suministra a los pacientes y familiares y los contenidos de la guía de cuidados al alta.

Bloque 4 (Tema 25 – Tema 39): *“Cuidados del equipo multidisciplinar en el paciente con cáncer de laringe”*. Este cuarto y último bloque describe, tanto las funciones de todos y cada uno de los miembros del equipo multidisciplinar como las interrelaciones y circuitos que se establecen entre todos ellos desde que el paciente es diagnosticado hasta el alta definitiva, si no hay complicaciones, a los cinco años tras el diagnóstico.

Han sido muchas las horas y las dificultades, ha supuesto un gran esfuerzo y dedicación por parte de todos y cada uno de los profesionales que en su día se subieron a este tren entre nosotros conocido como “el libro de las cánulas”, pero nuestra pasión por nuestros pacientes y sobre todo, por la profesión enfermera, nos ha permitido conseguir nuestro objetivo.

El trabajo inicial creció exponencialmente pero nuestra motivación por mejorar la calidad de los cuidados que se prestan a este tipo de pacientes nos hizo fuertes y tras tres años de investigación, reuniones, revisiones, cambios y más cambios, incorporaciones, abandonos, enfermedades, algunas de ellas muy graves, emociones y mucho empeño, conseguimos elaborar un trabajo del cual, a pesar de todos los problemas para sacarlo adelante, estamos muy satisfechos.

Esperamos que este libro sirva no solo para aprender aspectos relacionados con la Otorrinolaringología, sino también, como fuente de inspiración a otros profesionales para crear itinerarios que faciliten la aplicación de unos cuidados enfermeros de calidad para nuestros pacientes.

Los coordinadores de la obra

1^a

PARTE

Cuidados de enfermería en el paciente portador de cánula

Capítulo 1

Recuerdo anatomofisiológico de la laringe

Tomás Esteban Sánchez
David Esteban García

1. LOCALIZACIÓN

La laringe es un órgano que interviene en la función fonatoria y está situado en la confluencia de los aparatos digestivo y respiratorio.

Se encuentra en la parte anterior y media del cuello, delante de la faringe, debajo del hueso hioides y por encima de la tráquea.

Es un órgano móvil que se eleva durante la deglución y con la emisión de sonidos agudos.

La relación de la laringe con la columna vertebral varía en función de la edad y del sexo. Los niños tienen situada la laringe en una posición más alta, mientras que los varones adultos está más baja, situándose el límite inferior a nivel del borde caudal del cuerpo de la sexta vértebra cervical. En las mujeres adultas la laringe se encuentra en una posición intermedia entre los niños y los varones.

2. ESTRUCTURA

La estructura laríngea está constituida por: cartílagos, ligamentos, membranas, articulaciones, musculatura, arterias, venas y nervios.

2.1. CARTÍLAGOS

La laringe está formada por once cartílagos:

- Tiroides, cricoides, epiglotis y aritenoides (los más importantes y conocidos).
- Cartílagos corniculados de Santorini, cartílago de Morgagni (Wrisberg) y sesamoideos anteriores (son los cartílagos accesorios).
- Cartílago interaritenoso y cartílagos sesamoideos posteriores (son inconstantes).

Caudocranealmente:

Cartílago cricoides:

Constituye el límite inferior laríngeo. Tiene forma de anillo completo, con una placa o sello en la zona posterior. En ésta se encuentran cuatro carillas articulares, dos inferiores para articularse con las astas inferiores del cartílago tiroideo y otras dos superiores que se articulan con los cartílagos aritenoides.

Cartílago tiroides:

Se sitúa por encima del cricoides, con el que se articula. Tiene forma de dos láminas cuadriláteras unidas por su borde anterior que originan un ángulo diedro

abierto hacia atrás. Este ángulo es mayor en la mujer que en el hombre y de ello depende la tonalidad vocal.

Por la cara anterior presenta una prominencia llamada bocado de Adán. Los bordes posteriores son romos y se prolongan craneocaudalmente, constituyendo las astas superiores e inferiores.

Cartílago epiglotis:

Se sitúa en la parte anterosuperior de la laringe, detrás del cartílago tiroideo y del hueso hioides sobrepasándolos por arriba.

Es un cartílago elástico, flexible y de forma oval. Tiene curvatura convexa por su cara posterior en la zona craneal y cóncava caudalmente. Además presenta concavidad transversal posterior.

Se relaciona de abajo hacia arriba con el cartílago tiroides, la membrana tirohioidea, el hueso hioides, la base de lengua y finalmente el borde superior es libre.

Cartílagos aritenoides:

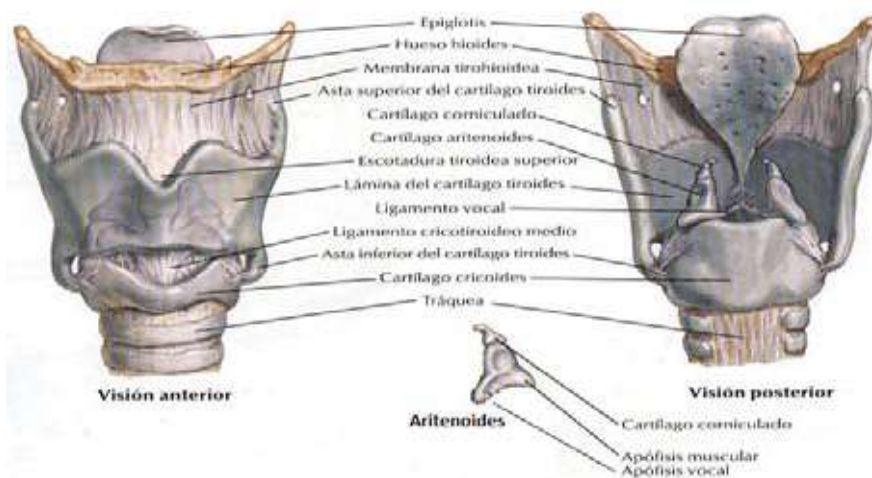


Figura 1. Cartílagos de la laringe

Son dos cartílagos con forma de pirámide triangular, situados encima de la placa cricoidea y se articulan con las carillas superiores. Además de la base y el vértice se observan tres caras: interna, posterior y anteroexterna.

El vértice superior se relaciona con los cartílagos corniculados de Santorini. El vértice anterior constituye la apófisis vocal y el posteroexterno la apófisis muscular.

Cartílagos de Santorini, Morgagni y sesamoideos anteriores:

Los cartílagos de Santorini se encuentran situados encima de los cartílagos aritenoides.

Los cartílagos de Morgagni se sitúan en los repliegues aritenoepliglóticos.

Los cartílagos sesamoideos anteriores se sitúan en la zona anterior de los ligamentos tiroaritenoides inferiores.

2.2. ARTICULACIONES, LIGAMENTOS Y MEMBRANAS

Articulaciones Cricotiroideas:

Estas articulaciones se encuentran entre las astas inferiores tiroideas y las carillas articulares inferiores cricoideas. Permiten la basculación entre ambos cartílagos, consiguiendo aumentar o disminuir la tensión de las cuerdas vocales.

Articulaciones cricoaritenoides:

Articulaciones entre las bases de los cartílagos aritenoides y las carillas articulares superiores de la placa cricoidea.

Articulaciones aricorniculadas:

Son uniones fibrocartilaginosas entre los cartílagos aritenoides y los corniculados de Santorini.

Ligamento tiroepiglótico:

Este ligamento se encuentra entre el extremo inferior de la epiglotis y el ángulo entrante del cartílago tiroideo.

Ligamentos tiroaritenoides superiores:

Estos ligamentos se sitúan a nivel de las bandas o cuerdas falsas, delimitando el límite superior de los ventrículos de Morgagni.

Ligamentos tiroaritenoides inferiores:

Van desde las apófisis vocales de los cartílagos aritenoides al ángulo interno del cartílago tiroideo. Constituyen los ligamentos vocales, estructura muy importante en la cirugía funcional glótica que no debe lesionarse.

Ligamento hioepiglótico:

Este ligamento se sitúa entre la cara anterior de la epiglotis y el hueso hioideo. Se delimita un espacio preepiglótico entre dicho ligamento, la epiglotis, el

cartílago tiroides y la membrana tirohioidea. Este espacio preepiglótico es una zona de expansión de los tumores supraglóticos, empeorando el pronóstico cuando está afectado.

Ligamentos glosopiglóticos:

Hay uno central y dos laterales que van desde la epiglotis a la mucosa de la base de lengua.

Ligamentos faringoepiglóticos:

Van desde los bordes laterales de la epiglotis a la dermis de la mucosa faríngea lateral.

Membrana cricotiroides:

Se sitúa entre el cartílago tiroides y el cricoides, saltando entre el borde inferior del primero hasta el borde superior del arco cricoideo.

La localización de esta membrana es sumamente importante en las situaciones de emergencia, ya que es donde deberemos realizar la traqueotomía urgente o coniotomía a un paciente con insuficiencia respiratoria aguda al que no se le pueda realizar una intubación.

Membrana tirohioidea y ligamentos tirohioideos laterales:

Estas estructuras se encuentran situadas entre el borde superior del cartílago tiroides y el borde inferior del hueso hioides. Los ligamentos tirohioideos laterales se sitúan entre las astas mayores del cartílago tiroideo y las astas mayores del hueso hioides. La membrana tirohioidea se encuentra entre los ligamentos tirohioideos.

2.3. MUSCULATURA

Podemos distinguir músculos extrínsecos e intrínsecos. Los primeros se sitúan entre la laringe y los órganos vecinos (solo se nombrarán), mientras que los segundos están entre las estructuras laríngeas y son los responsables de la aproximación, dilatación y tensión de las cuerdas vocales.

M. Extrínseca:

- Esternotiroideo.
- Tirohioideo.
- Esternocleidohioideo.
- Constrictor inferior faríngeo.
- Estilofaríngeo.
- Faringoestafilino.

M. Intrínseca:

Tensores de las cuerdas vocales:

M. Cricotiroideos: se sitúan entre el arco o zona anterior cricoidea y el cartílago tiroideo y movilizan la basculación cricotiroidea.

Dilatadores de las cuerdas vocales:

M. Cricoaritenoides posteriores: músculos que se encuentra entre la cara posterior de la placa cricoidea y los cartílagos aritenoides. Con la contracción se giran los aritenoides hacia fuera, ocasionando la dilatación de la glotis.

Constrictores de las cuerdas vocales:

M. Cricoaritenoides laterales: se sitúan entre los arcos cricoideos y las apófisis musculares de los aritenoides, originando la rotación interna de los mismos.

M. Tiroaritenoides inferiores: entre las apófisis vocales y la cara interna del cartílago tiroides. Conforman la musculatura de las cuerdas vocales.

M. Tiroaritenoides superiores: van desde el aritenoides hasta la cara interna superior del tiroides.

M. Ariaritenoides o interaritenoides: músculo que salta entre ambos aritenoides, a los cuales aproxima.

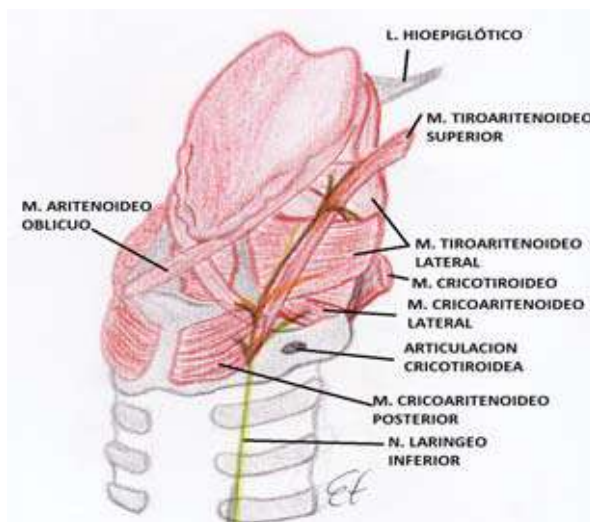


Figura 2. Músculos de la laringe

2.4. ARTERIAS, VENAS Y NERVIOS

La vascularización de la laringe está constituida por arterias y venas.

Arterias:

A. laríngea superior: rama de la arteria tiroidea superior, que a su vez es rama de la arteria carótida externa. Atraviesa la membrana tirohioidea y da aporte vascular a la zona supraglótica.

A. laríngea inferior: rama de la arteria tiroidea superior. Atraviesa la membrana cricotiroides y da aporte vascular a la zona subglótica.

A. laríngea posterior: rama de la arteria tiroidea inferior, que es rama de la arteria subclavia o del tronco tirobicervicoescapular. Acompaña al nervio recurrente en su trayecto por debajo del músculo constrictor inferior faríngeo. Da aporte vascular a la mucosa de la cara posterior laríngea y se anastomosa con la arteria laríngea superior.

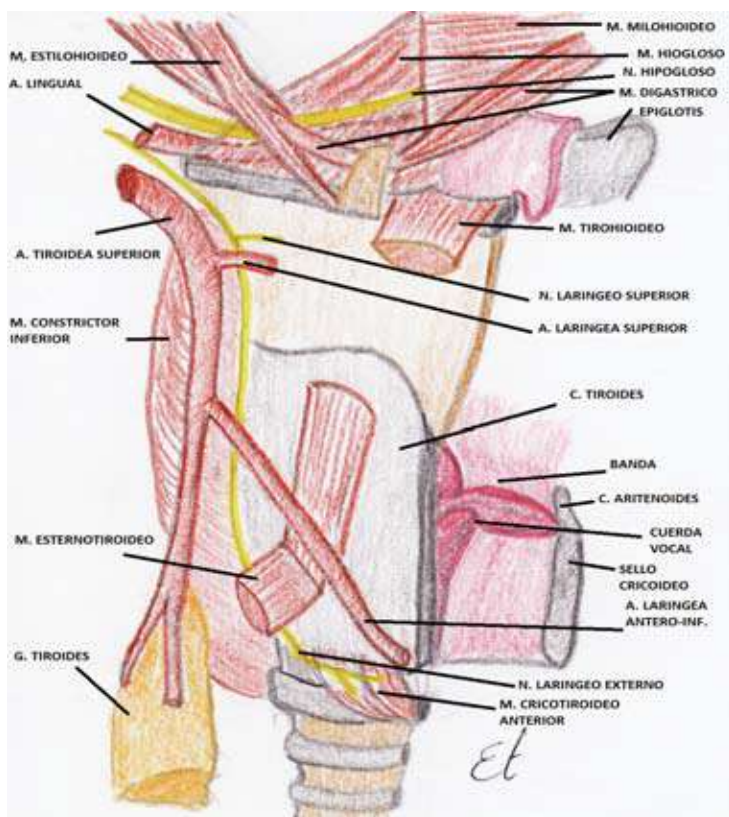


Figura 3. Arterias y nervios laríngeos superiores.

Venas:

Las venas siguen el mismo trayecto que las arterias. La vena laríngea superior y la inferior van a confluir a la vena tiroidea superior que acaba en el tronco tiro-linguofacial, que a su vez finaliza en la vena yugular interna. La vena laríngea posterior se continúa con la vena tiroidea inferior.

Nervios:

Nervios laríngeos superiores:

Son ramas de los X pares craneales o nervios vagos. Cada nervio laríngeo superior se divide a nivel del hueso hioides en rama superior o interna y otra inferior o externa. La superior atraviesa la membrana tirohioidea acompañando a la arteria y vena laríngeas superiores. Se encarga de recoger la sensibilidad de la zona supraglótica.

La rama externa da la inervación al músculo cricotiroides anterior y recoge la sensibilidad del espacio subglótico.

Nervios laríngeos inferiores o recurrentes:

Surgen de los nervios vagos tras cruzar la aorta o la arteria subclavia, según sea izquierdo o derecho. Penetran bajo la mucosa del surco faringolaríngeo, debajo del músculo constrictor inferior. Se encargan de la inervación de todos los músculos laríngeos salvo el cricotiroides anterior. Se unen a las ramas superiores de los nervios laríngeos superiores y forman el asa de Galeno, recogiendo la sensibilidad de la mucosa de la cara posterior laríngea.

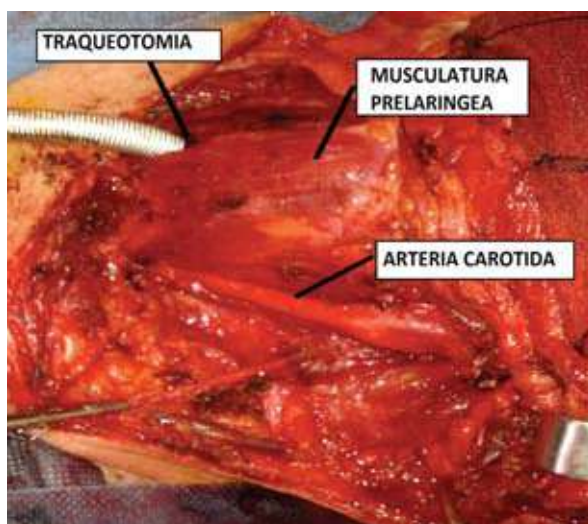


Figura 4. Disección de cuello.

La mayor longitud de estas ramas, así como su recorrido por el mediastino, relacionándose con estructuras como el cayado aórtico y las aurículas, los hacen más vulnerables. Las parálisis recurrenciales son más frecuentes y evidentes, dada la disfonía que ocasionan.

3. CONFIGURACIÓN INTERIOR DE LA LARINGE

La superficie interna de la laringe esta recubierta por una mucosa que presenta en su zona media dos repliegues anteroposteriores a cada lado, que son las bandas ventriculares y las cuerdas vocales. Todo el espacio laríngeo se divide en tres pisos o espacios: superior o supraglótico, medio o glótico e inferior o subglótico.

El superior o vestíbulo laríngeo se sitúa por encima del borde libre de la banda ventricular y tiene forma de embudo. El medio se encuentra entre los bordes libres de las cuerdas vocales.

El inferior abarca desde el borde libre de las cuerdas vocales hasta la tráquea.

Las bandas van desde el ángulo entrante del cartílago tiroides a los aritenoides. Tienen dos caras, una se orienta hacia adentro y arriba y otra hacia abajo y afuera, y un borde libre que se encuentra hacia la línea media.

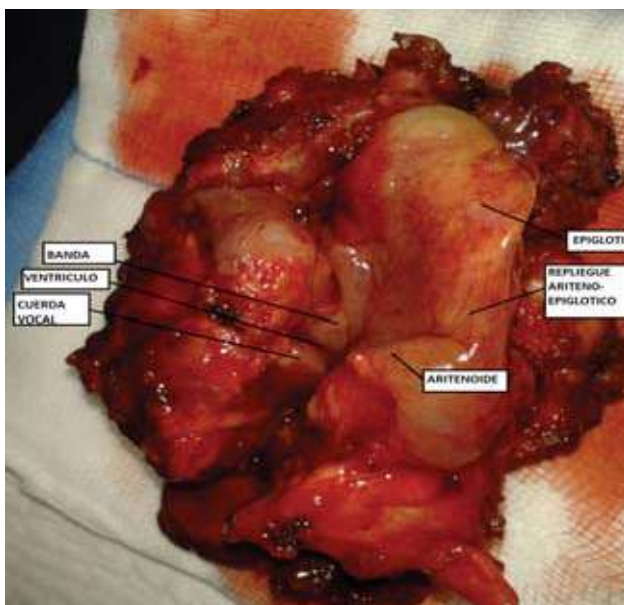


Figura 5. Interior de la laringe

Las cuerdas vocales se sitúan debajo de las bandas, desde el ángulo entrante del tiroides a la apófisis vocal aritenoides. Tienen forma de prisma triangular, con una cara externa que contacta con el cartílago tiroideo y dos caras libres: una superior horizontal y otra inferointerna. El borde libre sobrepasa hacia adentro la banda ventricular. En su espesor está el ligamento tiroaritenoides inferior y el músculo vocal o músculo tiroaritenoides inferior.

Entre las bandas y las cuerdas vocales hay unos espacios huecos que son los ventrículos de Morgagni.

4. FISIOLÓGIA DE LA LARINGE

La laringe es un órgano que forma parte de la función respiratoria, digestiva y fonatoria. Aunque interviene en las tres, podríamos decir que la fonatoria es su función específica.

Función fonatoria:

La laringe es el órgano central de la producción vocal. Esta se consigue con la vibración de las cuerdas vocales, modulándose posteriormente con las cavidades resonantes: la faringe, fosas nasales y cavidad oral. La lengua interviene junto con el velo del paladar en la elaboración del lenguaje, tanto de las consonantes como de las vocales.

En la voz hay una serie de características evaluables:

- Tono o frecuencia a la que vibran las cuerdas vocales: en conversación varía entre 100-200 Hz en los varones y 150-300 Hz en las mujeres.
- Intensidad que depende de la presión subglótica y de la apertura bucal.
- Timbre vocal que se determina por el número e intensidad de los sobretonos y se encuentra determinada por las cavidades oral y faríngea.

Función digestiva:

La laringe interviene en esta función por encontrarse situada en la encrucijada aerodigestiva, teniendo la misión de proteger la vía aérea del paso del alimento. Durante la deglución la laringe asciende hasta esconderse debajo de la base de la lengua. Además de este movimiento tiene una función esfinteriana que es la más antigua filogenéticamente. Esto lo consigue gracias a los músculos y ligamentos que constituyen las cuerdas vocales (importantísimo este esfínter glótico). Los cartílagos móviles de la laringe como son la epiglotis y los aritenoides intervienen en el cierre supraglótico.

Función respiratoria:

La laringe constituye una estructura rígida que permite el paso del aire sin que las estructuras vecinas puedan colapsarla.

La respiración normal es pasiva, interviniendo la contracción del diafragma en la inspiración y la elasticidad de la caja torácica en la espiración.

La musculatura accesorio de la inspiración está formada por los músculos intercostales externos y medios, músculos escalenos y el músculo esternocleidomastoideo.

Los músculos que intervienen en la espiración son los músculos intercostales internos y los músculos abdominales: oblicuos mayor y menor, recto mayor y dorsal ancho.

Fijación torácica:

Con el cierre glótico conseguimos tener un punto de apoyo para las maniobras de la tos, la defecación, la micción, el vómito y el parto.

Capítulo 2

Definición y diferencias entre traqueostoma, traqueostomía y traqueotomía

Rosa Clavel Cerón

Mercedes Sánchez Clavel

Rocío Rodríguez Domínguez

1. INTRODUCCIÓN

La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que corresponde a la abertura de la pared anterior de la tráquea. Data del año 1500 a.C., en donde existen referencias en el papiro de Eber y Rig-Veda en que Alejandro Magno y Galeno, entre otros, hicieron varios tipos de incisiones en el cuello y la garganta.

En su historia, la traqueostomía ha atravesado por 3 periodos: el primero comprende desde el año 1500 a.C. hasta el 1500 d.C. en que se practicaron las primeras incisiones mencionadas. Posteriormente desde 1546 al 1833 se reporta en los escritos de Buassorolo como un procedimiento inadecuado, que escasos cirujanos se atreverían a practicarlo. En esa fecha, Trausseau comunica 200 casos de difteria en los que realizó la técnica. Fue de esta manera que la traqueostomía se fue convirtiendo en una cirugía exitosa para tratar principalmente la obstrucción respiratoria aguda y la asfixia. Debieron pasar 100 años hasta que Wilson en 1932 demostró la utilidad terapéutica y preventiva para el manejo de la poliomielitis y adquiriendo de este modo más seguidores hasta llegar a la actualidad.

2. DEFINICIÓN Y DIFERENCIAS

La Real Academia de la lengua Española (R.A.E.) es clara en su definición de las palabras TRAQUEOTOMIA Y TRAQUEOSTOMIA.

Traqueotomía:” Del gr. τραχεῖα tracheîa «tráquea» y -,tomia der. de τέμνειν témnlein «cortar».

f. Med. Abertura artificial de la tráquea para evitar la asfixia

Traqueostomía: Del gr. τραχεῖα tracheîa «tráquea», στόμα stóma «boca» 2. m. Med. Abertura al exterior que se practica en un órgano hueco, como el intestino, o entre dos de ellos

f. Med. Operación quirúrgica consistente en la abertura permanente de la tráquea mediante la incisión de su pared anterior, seguida de la colocación de una cánula.

Revisando la bibliografía sobre el tema, hemos encontrado gran variedad de definiciones diferentes que vamos a comentar:

- Hay unos autores que se basan para su definición en el momento que se realiza la técnica; si es urgente sería una TQT y si es programada TQST, y en nuestro medio, por ejemplo, la Laringuectomía Supraglótica es una intervención programada y sin embargo lo que se realiza es una TQT.
- También hemos encontrado autores que definen la traqueotomía como «la simple apertura de la tráquea y colocación de una cánula de manera urgente, con el único objetivo de mantener y liberar la vía aérea de forma

temporal, para salvar una vida de una posible asfixia». Con esta definición tampoco estamos de acuerdo en su totalidad porque también se puede realizar una TQT de forma programada (p.ej.: para tratamiento de radioterapia).

- Otra definición encontrada es: «Una traqueostomía es un procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea a través de una incisión ejecutada en el cuello con la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones. Este término no debe ser confundido (aunque es frecuente incluso en la literatura médica) con otros procedimientos quirúrgicos como la traqueotomía (que sólo tiene por objeto retirar cuerpos extraños o muestras para biopsias y se cierra inmediatamente después), la realización de un traqueostoma (abocadura de la tráquea a la superficie del cuello para laringectomizados) o la cricotirotomía (procedimiento de urgencia realizado entre los cartílagos tiroideos y cricoides)». En este caso define cuatro conceptos TQST, TQT, TQS y cricotirotomía, no estando de acuerdo en la definición del TQST porque esa misma definición se puede aplicar a la TQT igualmente; no coincidimos en la afirmación de que la TQT solo tenga el objetivo de la retirada de cuerpos extraños o biopsia ni tampoco que se cierre inmediatamente después ya que hay pacientes que por su patología tendrán que llevar permanentemente la TQT como ocurre en la parálisis de cuerdas vocales, en las enfermedades degenerativas (Esclerosis Lateral Amiotrófica), circulatorias (A.C.V), respiratorias (EPOC) así como todas aquellas que exista compromiso en la función respiratoria. Con respecto a la cricotirotomía, en realidad es una TQT no reglada.

Es curioso que con otras palabras con la misma terminación no ocurra esto como por ejemplo con la palabra Colo-stomia y Laparo-tomia.

Laparotomía: Del gr. λαπάρα *lapára* 'costado', 'lado del vientre' y -tomía. τομία *corte-incisión*

1. f. Med. Operación quirúrgica que consiste en abrir las paredes abdominales y el peritoneo.
2. **Colostomía:** Del lat. cient. *colostomia*, y este del gr. κόλον *kólon* 'colon'¹, στόμα *stóma* 'boca' y -ia '-ia'.
 1. f. Med. Operación quirúrgica consistente en dar al colon una vía de salida a través de la pared abdominal.

Buscar una definición adecuada es muy importante a estas alturas del libro para conocer exactamente lo que nos vamos a encontrar si hablamos de una Traqueotomía o de una Traqueostomía. Por ese motivo, después de valorar todas las opciones, a continuación definiremos los siguientes conceptos:

Traqueostoma:

Es un **procedimiento quirúrgico** que consiste en un orificio (estoma) practicado en la región antero-inferior del cuello que comunica la tráquea directamente con el exterior.

Traqueotomía:

Es una intervención en la que se realiza una incisión u orificio en la región inferior del cuello, comunicándolo desde la piel a la tráquea, pero **manteniendo esta su continuidad anatómica con la laringe**. El objetivo es asegurar una vía aérea permeable, conservando en mayor o menor grado el paso de aire (Figura 6).

Traqueostomía:

Tras la extirpación completa de la Laringe (Laringectomía total) la tráquea es abocada al exterior, perdiendo su continuidad anatómica con la faringe, la boca y la nariz, quedando así separada definitivamente la vía respiratoria de la vía digestiva y siendo esta la única vía de ventilación (Figura 7).

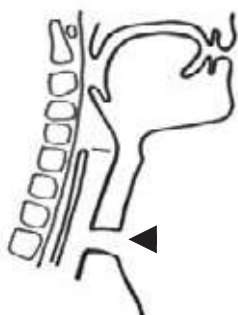


Figura 6. Traqueotomía



Figura 7. Traqueostomía

¿Por qué es importante para enfermería saber exactamente de que estamos hablando?

Principalmente porque dependiendo de que se trate de una u otra opción, nuestra actuación va a variar en determinadas técnicas y cuidados como por ejemplo cuando tengamos que realizar un cambio de cánula. Si estamos ante una traqueotomía tendremos que tener en cuenta cuando realicemos el cambio de cánula que éste debe hacerse de una forma rápida y segura pues corremos el riesgo de que la abertura se cierre en unos minutos y que la introducción de la cánula sea costosa porque el traqueostoma puede presentar unas irregularidades que dificulten su introducción y dar lugar en algunos casos a producir una falsa vía. En cambio si estamos ante una traqueostomía el traqueostoma no se va a cerrar de forma inmediata aunque si no se conservó el cricoides en la intervención puede ir disminuyendo su diámetro en días. En este caso tam-

poco suele presentar problemas a la hora de introducir la cánula, incluso con el paso del tiempo, muchos pacientes llegan a prescindir de ella.

Así mismo las **indicaciones** de una y otra son diferentes:

La **traqueotomía** está indicada en pacientes con patologías de laringe como tumores, estenosis de origen inflamatorio o traumático, parálisis de cuerdas, etc. y en intervenciones sobre la laringe en que la inflamación secundaria a la cirugía puede comprometer la respiración del paciente por ejemplo cordectomías, larigüectomías parciales, tratamientos con radioterapia, intubaciones prolongadas, etc. En pacientes que por cualquier patología puede tener comprometida su ventilación como pacientes neurológicos, accidentados, enfermedades degenerativas, etc., también está indicada la traqueotomía. Cuando hablamos de **traqueostomía** nos referimos solo a pacientes a los que se le ha extirpado la laringe completa.

El **tiempo** en que tienen que ser portadores de estoma también es diferente, en caso de la traqueotomía puede ser temporal y potencialmente reversible mediante el cierre del traqueostoma, sin embargo en el caso de la traqueostomía es permanente, siendo esta su única vía de ventilación.

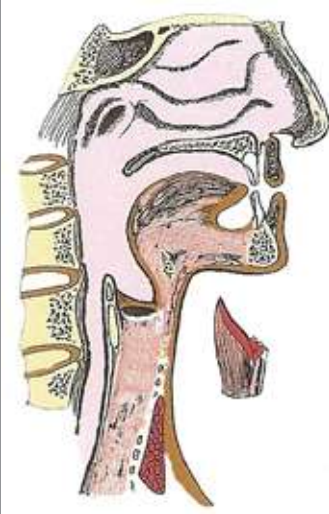
Los pacientes traqueotomizados pueden hablar a través de una válvula pero sin embargo los traqueostomizados tienen que aprender a hablar por erigmofofonía o ser portadores de prótesis fonatoria o aparatos que le permitan comunicarse.

El tipo de cánula va a ser diferente para un traqueotomizado o un traqueostomizado que ya comentaremos en el tema 4^a.

A continuación observamos en los siguientes cuadros las diferencias entre una y otra:

En las imágenes anteriores podemos ver que se trata de dos intervenciones quirúrgicas como son la Laringüectomía Supraglótica o parcial (Figura 8) y la Laringüectomía total (Figura 9) y sin embargo una necesita una traqueotomía y otra una traqueostomía. La figura 10 representa una traqueotomía pero con la particularidad de que se trata de un paciente portador de cánula por otro motivo (p.ej.: intubación prolongada en UCI, enfermedades neurológicas, inmunes, parálisis de cuerdas etc.).

TRAQUEOTOMÍA



- Incisión en la región inferior del cuello.
- Mantiene su continuidad anatómica.
- Objetivo: Mantener vía permeable.
- Algunas causas:
 - Enfermedades de laringe.
 - Intervenciones de laringe.
 - Procesos tumorales.
- Potencialmente reversible.
- Requiere el uso de una cánula provisional.
- En ocasiones encontramos dificultad en la introducción de la cánula.

Figura 8. Laringectomía parcial supraglótica (Traqueotomía).

TRAQUEOSTOMÍA



- Extirpación completa de la laringe.
- La tráquea es abocada al exterior.
- Se pierde la continuidad anatómica.
- Se produce una separación definitiva entre la vía aérea y la digestiva.
- El traqueostoma es la única vía de respiración.
- Afecta al olfato y al gusto.
- Normalmente no existen problemas para introducir la cánula.
- En ocasiones se puede prescindir de la cánula.
- Afecta a la respiración y fonación pero no a la deglución.

Figura 9. Laringectomía total (Traqueostomía).

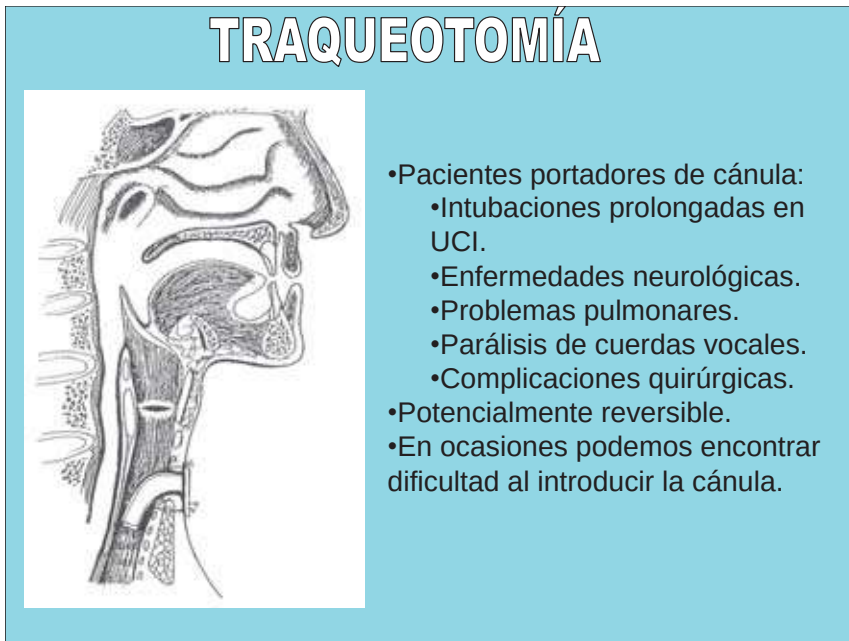


Figura 10. Paciente portador de cánula (Traqueotomía).

3. CONCLUSIONES

Hemos expuesto las diferencias existentes entre una traqueostomía y una traqueotomía en cuanto a la indicación, temporalidad, finalidad, cuidados, afectación, acceso quirúrgico, tipo de cánula, consecuencias, etc. Todos estos conceptos son básicos y deben tenerse muy claros antes de abordar el cuidado de un paciente portador de cánula.

Capítulo 3

Clasificación por patologías

María José Luque Martínez
Francisca Lorente Tello
María Concepción Hernández Agüera
Rocío Magariño Valero

1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes portadores de cánula constituyen un grupo muy heterogéneo en cuanto a la etiopatología que les ha llevado a la insuficiencia respiratoria y a tener que ser sometidos a una traqueotomía pudiendo pertenecer a cualquier especialidad médico-quirúrgica del hospital. Esto invita a que todo el personal de enfermería debe conocer el manejo de las cánulas y resolver las complicaciones que se derivan de ellas.

Una de las indicaciones más frecuentes de traqueotomía es la intubación prolongada en pacientes con patología pulmonar que precisan ventilación mecánica asistida. De ahí que tengamos que erradicar el concepto de que los pacientes con traqueotomía son pacientes con patología de Otorrinolaringología.

La patología tumoral de cabeza y cuello que pueden necesitar la realización de una traqueotomía puede ser maligna o benigna y puede afectar a distintas localizaciones: la laringe (supraglotis, glotis o subglotis), la faringe (siendo más frecuente en hipofaringe) y la cavidad oral siendo más frecuente en el suelo de la boca.

Revisaremos en este tema las causas más frecuentes que hacen necesaria la realización de una traqueotomía. El paciente portador de cánula del servicio de ORL, es un paciente con un proceso de laringe cuyo origen puede ser tumoral (Ca epidermoide, Ca de laringe, etc.) o no tumoral (parálisis de cuerda vocal, etc.).

El número de pacientes portadores de cánula por problemas tumorales de cabeza y cuello ha descendido en los últimos años como consecuencia de la aplicación de nuevas terapias que se han ido incorporando a la cartera de servicios (p.ej: el empleo de la cirugía láser que permite intervenir sin precisar la realización de una traqueotomía) y las nuevas recomendaciones de la Comunidad Internacional de Oncología, que han potenciado nuevas terapias conservadoras de órganos en estadios avanzados como la asociación de radioterapia y quimioterapia.

De ahí que la traqueotomía sea menos frecuente que hace unas décadas, cuando cualquier tumor maligno avanzado de laringe se trataba mediante una laringectomía total.

2. CLASIFICACIÓN DE PATOLOGÍAS (ver esquema 1):

2.1. Patología tumoral:

Entre las **neoplasias benignas** podemos encontrar:

- Papilomas de etiología vírica (Papovavirus) (Figura 11). Aunque en

principio el tratamiento recomendado es la microcirugía laríngea con láser, destacan por su capacidad de recidiva lo que en ocasiones conlleva a la realización de una traqueotomía.

- Condromas, schwannomas, hemangiomas, linfangiomas y neurofibromas son tumores con baja frecuencia que afectan a veces a las estructuras laríngeas siendo raros los casos en los que haya que realizar una traqueotomía.



Figura 11. Papiloma.

En el apartado de neoplasias malignas podemos encontrar:

- El Carcinoma Epidermoide (Figura 12) supone el 90% de los tumores faringo-laríngeos y representa el 45% de los tumores de cabeza y cuello, siendo la neoplasia maligna más frecuente.



Figura 12. Ca Epidermoide.

2.2. Patología no tumoral:

La podemos dividir en:

1. Patología funcional:

Dentro de la patología funcional laríngea solo en raras ocasiones habrá que realizar una traqueotomía como por ejemplo en el Edema de Reinke bilateral grave (Figura 13) que puede producir una insuficiencia respiratoria aguda.



Figura 13. Edema de Reinke.

2. Patología infecciosa:

– Laringitis crónica:

Suele estar ocasionada por patologías como la tuberculosis, la sífilis, la lepra o las micosis laríngeas.

En todas ellas lo más importante es el diagnóstico diferencial con los tumores malignos no siendo causa frecuente de traqueotomía.

– Laringitis aguda:

Las patologías más importantes son:

- Laringotraqueítis aguda: Son más frecuentes en niños pequeños (menores de 3-4 años).
- Epiglotitis aguda que afecta a niños hasta los 7-8 años.

Ambos procesos se suelen resolver con medidas conservadoras y tratamiento antibiótico sin necesidad de hacer una traqueotomía normalmente.

3. Traumatismos: Dentro de los traumatismos podemos encontrar:

3.1. Traumatismos Laríngeos:

A. Traumatismos iatrogénicos relacionados con los procedimientos de soporte ventilatorio, técnicas quirúrgicas y/o procedimientos endoscópicos: intubación, colocación de sondas o catéteres, etc. No se deben olvidar en este apartado las medidas preventivas porque tienen un papel destacado a la hora de disminuir la frecuencia de este tipo de traumatismos.

B. Traumatismos cérvico-faciales:

1. Cerrados: como consecuencia de una contusión o fractura de los cartílagos laríngeos que ocurre con frecuencia en los accidentes de tráfico por la acción directa del volante sobre el cartílago tiroideo. Se produce disnea por edema, enfisema y hematomas, es grave y requiere tratamiento urgente para conseguir una vía aérea y reducción de la fractura. Dentro de este grupo encontramos el traumatismo producido por el ahorcamiento o estrangulación.
2. Abiertos: lesiones por arma de fuego o arma blanca.

3.2. Traumatismos torácicos:

Como consecuencia de un traumatismo torácico se puede producir una disfunción o parálisis del diafragma y las fracturas costales que den lugar a una insuficiencia respiratoria que en raras ocasiones acaban en traqueotomía.

4. Parálisis glóticas: En el caso de las parálisis de cuerdas vocales. El 10% están causadas por un problema de origen central y el 90% por un problema de origen periférico.

La principal causa son los traumatismos sobre el nervio recurrente (rama del nervio vago) que ocurre durante la cirugía cérvico-torácica siendo la más frecuente la cirugía tiroidea.

La parálisis recurrencial bilateral puede ocasionar insuficiencia respiratoria y precisar en ocasiones una traqueotomía, no así la parálisis unilateral.

La causa más frecuente de disnea en las parálisis sucede con las parálisis de abductores precisando traqueotomía frecuentemente.

5. Pseudotumores y quistes:

- -Laringoceles: Pueden ser internos o mixtos y cuando se complican como es el caso de los piolaringoceles pueden acabar en traqueotomía por insuficiencia respiratoria aguda.
- -Prolapso o eversión ventricular: es raro que acaben en traqueotomía (según progresión).



Figura 14. Quiste benigno.

6. Cuerpos extraños:

La obstrucción por un cuerpo extraño que impide la intubación o que existe el riesgo de desplazamiento de éste hacia tráquea o bronquios puede ocasionar la realización de una traqueotomía.

7. Laringomalacia:

Más frecuente en los recién nacidos donde podemos observar estridor aunque es raro que acaben en traqueotomía.

8. Estenosis:

Puede ser congénitas o subglóticas. En el caso de la estenosis subglótica (Figura 15) sus principales mecanismos etiopatogénicos son la intubación orotraqueal y las causadas por quemaduras de vías altas.



Figura 15. Estenosis glótica postintubación.

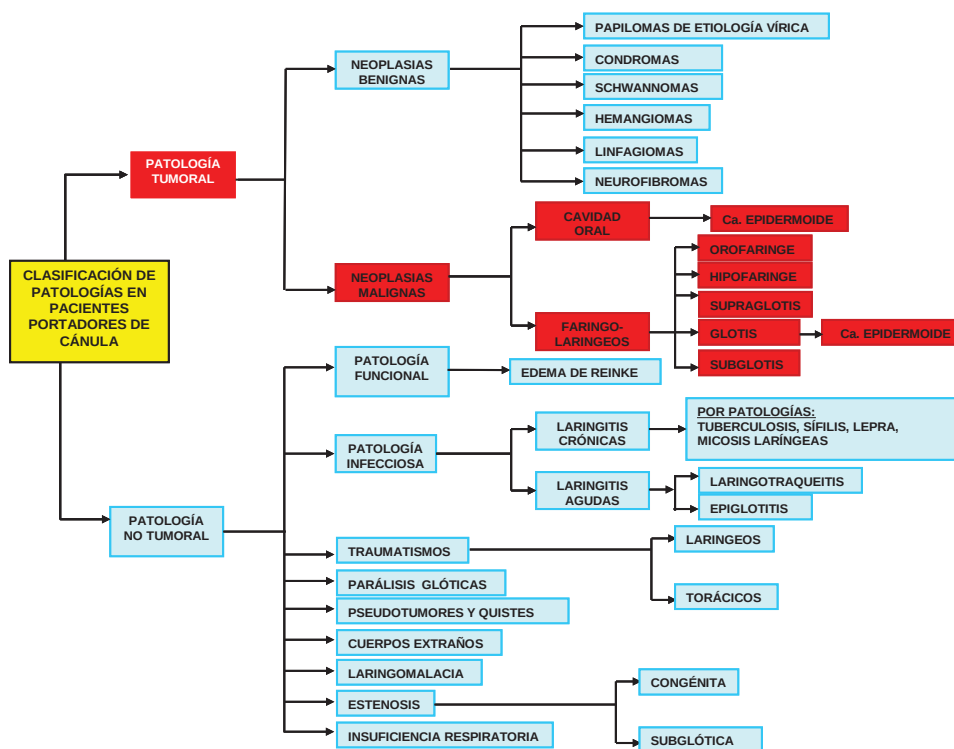
9.-Insuficiencia respiratoria. Puede estar causadas por:

- Inhalación de sustancias irritantes o quemaduras laríngeas provocando un gran edema e intensa dificultad respiratoria que requiere tratamiento urgente mediante una traqueotomía.
- La apnea obstructiva durante el sueño puede ocasionar en raras ocasiones la realización de una traqueotomía para controlar las apneas.
- Enfermedades pulmonares: EPOC.
- Enfermedades neurológicas y neuromusculares: ELA, Tétanos, Polio, Miastenia gravis, Polineuritis, Síndrome Guillen Barre, etc.
- Enfermedades en la que no es posible la adecuada deglución por episodios de disfagia y aspiración (p. ej: laringectomía supraglótica).
- Depresión del centro respiratorio: TCE, intoxicación por depresores del SNC, anestesia general, etc.
- Fractura cervical con afectación medular.
- Estados de coma de larga duración.

- Intubación prolongada.
- Enfermedades del SNC.
- Edema de Quincke se manifiesta por un cuadro disneico agudo y grave que requiere tratamiento urgente y que ocurre en el transcurso de un cuadro alérgico general en un paciente con esta predisposición.

Otros edemas laríngeos con cuadro similar al anterior se producen en las enfermedades renales, endocrinas, reumáticas y las intoxicaciones medicamentosas.

Esquema 1. Clasificación de patologías en pacientes portadores de cánula.



Capítulo 4

Tipos de cánulas y sus características

Rosa Clavel Cerón
Mercedes Sánchez Clavel
Juan Bautista Calero Márquez
José Miguel Yagüe Albaladejo

1. INTRODUCCIÓN

Ante la cantidad de cánulas existentes en el mercado consideramos que es muy importante conocer todas las posibilidades que tenemos a nuestro alcance para poder ofrecer a nuestros pacientes aquellas cánulas que mejor se adapten a sus necesidades y si es posible crear un algoritmo estandarizado para unificar criterios a la hora de tratarlos. Desde la consulta de enfermería para pacientes Laringectomizados y Traqueotomizados (CELT) creada en 2006 se nos planteó la necesidad de conocer que cánulas ofrecía el mercado, sus características y para qué tipo de pacientes estaban indicadas.

2. CARACTERÍSTICAS DE LAS CÁNULAS

Existen cánulas de diferentes modelos, medidas, composición, etc. El material puede ser también muy variado encontrando sobre todo de plata (antiguamente la más usada), silicona, poli-vinilo, etc. El tamaño de la cánula más adecuado para cada paciente va a depender, entre otras medidas, de la abertura del estoma y según éste tendremos que elegir la cánula que más se adapte a las dimensiones del mismo.

Partes de una cánula (ver figura 16):

– **CÁNULA MADRE/CÁNULA EXTERNA:**

Es la parte que mantiene abierta el traqueostoma y que permite la comunicación entre la tráquea y el aire exterior. La parte más externa presenta una aleta de fijación a través de la cual puede sujetarse al cuello del paciente; en ella encontraremos habitualmente identificado el número de la cánula.

– **CAMISA INTERNA/CÁNULA INTERNA:**

Consiste en un dispositivo hueco que se coloca en el interior de la cánula madre para asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Ésta reduce ligeramente el diámetro interno de la cánula pero a su vez evita el recambio de la cánula madre cuando se ocluye su luz con tapones mucosos o incrustaciones sanguinolentas. La camisa interna debe mantenerse íntimamente unida a la cánula madre para ello lleva incorporado en su extremo más proximal un dispositivo de cierre de seguridad para evitar retiradas accidentales.

– **OBTURADOR/FIADOR:**

El obturador es el elemento destinado a facilitar la introducción de la cánula madre a través de la tráquea. Su longitud es ligeramente mayor a la cánula interna o madre con un extremo distal romo para evitar el trauma

tisular. Este deberá ser siempre retirado en el mismo instante en que se coloca la cánula al paciente.

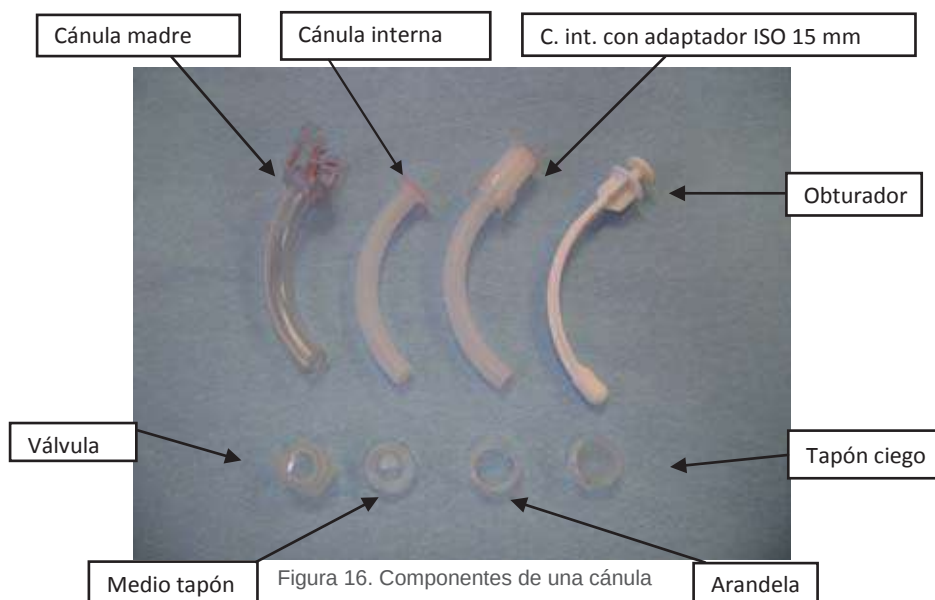
– **MANGUITO INTERNO:**

El balón traqueal o manguito interno es un dispositivo opcional que se incorpora por encima de la luz distal de la cánula madre para conseguir con ello un sellado perfecto de la tráquea. Éste balón puede hincharse y deshincharse desde el exterior a través de una jeringa que se conecta a una válvula anti reflujo.

Hay que tener especial cuidado en mantenerlo inflado el menor tiempo posible, así como programar periodos de inflado y desinflado para evitar UPP, falsas vías, o fístulas. La presión del manguito debe ser controlada periódicamente por un medidor de presión e ir ajustando ésta a los valores prescritos por el facultativo.

– **CÁNULA FENESTRADA:**

Las cánulas fenestradas incorporan en la cánula madre un/os orificio/os que permite el paso del aire a través de la cánula desde la vía aérea superior. Éstas permiten el paso del aire hacia la región oro-naso-faríngea posibilitando la fonación.



Según el estado de salud del paciente y sus necesidades tendremos que determinar cual es la cánula más adecuada teniendo en cuenta, entre otros, los siguientes aspectos:

- Paciente traqueotomizado o traqueostomizado,
- Paciente con cuello corto o largo,
- Tiempo previsto que va a ser portador de cánula.

Hay pacientes que debido a los tratamientos agresivos como la RTP y sus efectos secundarios no podrán ser decanulados hasta que pase el periodo de las consecuencias derivadas del tratamiento.

Otros pacientes con traqueotomía por su patología (problemas neurológicos, enfermedades que cursan con el deterioro de la capacidad ventiladora, enfermedades raras, etc.) serán portadores de cánula durante un largo periodo de tiempo aunque se trate de una traqueotomía y sin embargo habrá pacientes operados de una Laringuectomía total (que conservan el cricoides o parte de él) que podrán decanularse. Así mismo cuando pase un periodo de tiempo en que ya no se le cierre el estoma estos pacientes con una Laringuectomía total podrían ser decanulados definitivamente.

3. RESULTADOS

Teniendo en cuenta todas estas situaciones creamos un algoritmo (Anexo 1) para facilitar la elección adecuada de la cánula que ayude a los profesionales de Enfermería desde el ingreso hasta el alta del paciente de manera que se permita mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida de estos pacientes.

El avance en los tratamientos, así como la innovación y aparición de nuevas cánulas y accesorios en el mercado nos hace creer que existe cierta dificultad para decidir cuál es la mejor elección para cada paciente.

Realizamos un estudio desde 2006 hasta la actualidad donde se ha tenido en cuenta en cada caso el tipo de cánula que utiliza el paciente así como la evolución y los cambios del tipo de cánula realizados durante este periodo para cada uno de ellos.

El resultado es un algoritmo de decisión sencillo y fácil de interpretar teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Paciente traqueotomizado o traqueostomizado
- Postoperatorio inmediato o no.
- Alta a domicilio con cánula
- Tratamiento con RTP o QTP.
- Enfermedades que precisan una traqueotomía.

Además en aquellos casos en los que al paciente se le realiza un traqueostoma tenemos que preguntarnos si se trata de:

- ¿Traqueotomía o una Traqueostomía?
- ¿Va a necesitar RTP o QMT?
- ¿Tiene problemas respiratorios?
- ¿Cumple con el perfil para ponerle hemicánulas o prótesis fonatoria en un futuro?

Teniendo en cuenta todos estos criterios y atendiendo al algoritmo determinaremos cuál es la cánula más adecuada en cada situación. Deberemos estar muy atentos y seguir su evolución ya que según vayan variando las condiciones físicas y anatómicas del paciente así como su tratamiento deberemos cambiar a uno y otro tipo de cánula.

Según las condiciones anteriores vamos a describir las principales características de las cánulas más empleadas:

A la hora de cambiar de cánula es importante conocer las medidas de las cánulas ya que aunque sean del mismo número, al ser de fabricantes distintos, el largo y los diámetros internos y externos van a variar, aspecto que deberemos tener en cuenta a la hora de realizar el cambio y para ello nos apoyaremos en una tabla de medidas elaborada a tal efecto (Anexo 2).

4. CARACTERÍSTICAS DE LAS CÁNULAS

A continuación vamos a presentar todos los tipos de cánulas que se emplean en nuestra consulta de enfermería. La información aquí descrita está basada, además de los datos suministrados por el fabricante (indicaciones, duración y características especiales), de nuestra experiencia personal (observaciones, inconvenientes y contraindicaciones) durante una década en el empleo de cada uno de estos modelos. Los inconvenientes o contraindicaciones aquí descritas se corresponden con la experiencia clínica observada en los pacientes que han sido tratados en nuestra consulta de enfermería CELT durante el periodo 2006-2016.

4.1. Cánulas más usadas tras traqueostoma postquirúrgico:

- Portex
- Shiley

MARCA/MODELO	PORTEX (Figura 17)
INDICACIONES	Pacientes laringectomizados parciales, totales o traqueotomizados tras intervención quirúrgica.
DURACIÓN	Desechables: Se suelen cambiar a los 4-5 días tras la intervención para pasar a otro tipo. Pueden durar hasta un mes.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Son de Cloruro de polivinilo radiopaco transparente. Disponen de un conector de 15 mm para su conexión con el circuito de anestesia o de respirador. Consta de cánula interna y un obturador con punta atraumática para su uso con o sin guía para una inserción más fácil. Pueden ser con neumotaponamiento o sin él. Se utilizan en el postoperatorio tanto de traqueostomizados como traqueotomizados. La longitud de la caña va desde 64,5 mm hasta 87,5 mm. Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro.
OBSERVACIONES	Accesorios: Cánulas internas en cajas de 2 unidades.
INCONVENIENTES	En ocasiones podría resultar incomoda al llevar fijo el conector de 15 mm cuando ya no lo necesite.



Figura 17.

MARCA/MODELO	SHILEY (Figura 18)
INDICACIONES	Pacientes Laringuectomizados parciales, totales o Traqueotomizados tras intervención quirúrgica.
DURACIÓN	Desechables: Se suelen cambiar a los 4-5 días tras la intervención para pasar a otro tipo. Pueden durar hasta un mes.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Cánula de polivinilo semirrígida. Distintas curvaturas y longitudes. Fenestradas o sin fenestrar. Con balón de baja presión o sin él. Indicación: evitar bronco aspiración por sangrado o mala deglución y post-operatorio inmediato Se utilizan en el postoperatorio tanto de Traqueostomizados como Traqueotomizados.
OBSERVACIONES	Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro.
INCONVENIENTES	La base es relativamente dura y podría producir UPP sobre la incisión del estoma. En ocasiones puede resultar incomoda al llevar fijo el conector de 15 mm cuando ya no lo necesite. La extracción de la cánula interna puede resultar incomoda para el paciente por su sistema de fijación.



Figura 18.

4.2. Cánulas más usadas tras traqueostoma secundario a Laringuectomía total o Traqueostomía

- Cánula de plata
- Bivona
- Free Vent / Silver
- Free Vent / Silver HME
- Provox / Lary Tube Estándar
- Provox / Lary Tube Fenestrada + Prótesis Fonatoria
- Provox / Hemicánula Lary Button
- Provox/Placa Basal Adhesiva + HME cassette

MARCA/MODELO	CANULA DE PLATA (Figura 19)
INDICACIONES	Pacientes laringuectomizados totales que no conservan el cricoides sin prótesis fonatoria.
DURACIÓN	Permanentes: Hasta que se rompa o se deteriore del uso.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	El tamaño dependerá de si es un laringuectomizado total o parcial (más larga en los totales y más corta en los parciales). Constan de 3 partes: Fiador, cánula interna y cánula externa. Material: Plata.
OBSERVACIONES	Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro. Tamaño según el tamaño del estoma (ver anexo 2).
INCONVENIENTES	Son incompatibles con el tratamiento de RT. Al ser tan rígidas podrían producir lesiones por el roce en el interior de la tráquea. Se ha dado algún caso de rotura de la base de la cánula externa.



Figura 19.

MARCA/MODELO	BIVONA (Figura 20)
INDICACIONES	Pacientes Laringuectomizados totales que no conservan el cricoides sin prótesis fonatoria y que necesitan RTP.
DURACIÓN	Desechables: +/- 6 meses
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Material: Silicona. Se pueden fenestrar a conveniencia. No llevan cánula interna. Se pueden poner para el tratamiento con RTP.
OBSERVACIONES	Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro. Tamaño según el tamaño del estoma (ver anexo 2).
INCONVENIENTES	Se ha observado fragilidad en los pasadores de la cinta.



Figura 20.

MARCA/MODELO	FREE VENT / SILVER (Figura 21)
INDICACIONES	Pacientes Laringuectomizados totales que no conservan el cricoides sin prótesis fonatoria.
DURACIÓN	Permanentes: Hasta que se rompa o se deteriore del uso.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Consta de 3 partes: Fiador, cánula interior lisa o con conector ISO de 15 mm. Las cánulas de plata son particularmente ventajosas cuando el nivel de secreciones es elevado, ya que la adherencia es mínima. La forma cónica simplifica considerablemente la inserción y aumenta el confort. Material: Plata. Una de las cánulas internas tiene conector ISO de 15 mm.
OBSERVACIONES	Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro. Tamaño según el tamaño del estoma.
INCONVENIENTES	No se pueden poner para el tratamiento con RTP. Al ser tan rígidas podrían producir lesiones por el roce en el interior de la tráquea.



Figura 21.

MARCA/MODELO	FREE VENT / SILVER HME (Figura 22)
INDICACIONES	Pacientes laringectomizados totales que no conservan el cricoides y que no disponen de prótesis fonatoria.
DURACIÓN	Permanentes: Hasta que se rompa o se deteriore del uso.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Consta de 3 partes: Fiador, cánula interior lisa o con adaptador para filtro. Las cánulas de plata son particularmente ventajosas cuando el nivel de secreciones es elevado, ya que la adherencia es mínima. La forma cónica simplifica considerablemente la inserción y aumenta el confort. Material: Plata.
OBSERVACIONES	Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro. Tamaño según el tamaño del estoma.
INCONVENIENTES	No se pueden poner para el tratamiento con RTP. Al ser tan rígidas podrían producir lesiones por el roce en el interior de la tráquea.



Figura 22.

MARCA/MODELO	PROVOX / LARY TUBE ESTÁNDAR (Figura 23)
INDICACIONES	Pacientes laringectomizados totales que no conservan el cricoides que no disponen de prótesis fonatoria.
DURACIÓN	Desechables: +/- 6 meses.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Standard, para uso sin prótesis de voz, o que requieren una fenestración personal para acomodar una prótesis en posición inusual. Material: Silicona muy flexible. Se les puede adaptar un Cassette HME (Filtro). Se pueden poner para el tratamiento con RTP.
OBSERVACIONES	Limpieza con agua caliente y jabón neutro.
INCONVENIENTES	Solo se pueden utilizar para laringuectomía total por su longitud,y porque no disponen de cánula interna.



Figura 23.

MARCA/MODELO	PROVOX / LARY TUBE FENESTRADA + PROTESIS FONATORIA (Figura 24)
INDICACIONES	Pacientes Laringuectomizados totales que no conservan el cricoides.
DURACIÓN	Desechables: +/- 6 meses.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Cánula Fenestradas: diseñada para utilizarse en combinación con una prótesis de voz para comunicarse, en los casos en que la prótesis y la cánula están situadas en la misma posición. Se prefieren varias fenestraciones pequeñas a una más larga y única para evitar el cierre y el desplazamiento accidental de la prótesis de voz. Material: Silicona muy flexible. Se les puede adaptar un Cassette HME (Filtro). “Provox 2” es una prótesis de voz interna de silicona de baja resistencia. Actualmente existe otro modelo, más moderno, en el mercado (Provox Vega) que también puede usarse. Características: • Baja resistencia a la respiración, • Mantenimiento sencillo, • Colocación segura, • Detectable en una radiografía, • Alto índice de éxito. Se pueden poner para el tratamiento con RTP.
OBSERVACIONES	Limpieza con agua caliente y jabón neutro.
INCONVENIENTES	Solo se pueden utilizar para laringuectomía total por su longitud y porque no disponen de cánula interna.



Figura 24.

MARCA/MODELO	PROVOX / HEMICÁNULA LARY BUTTON (Figura 25)
INDICACIONES	Laringuectomizados totales que no conservan el cricoides que tengan la piel sensible y /o portadores de prótesis fonatoria.
DURACIÓN	Desechables: +/- 6 meses.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Provox Lary Button es una cánula traqueal de silicona corta y autosujetable. Mantiene el estoma abierto y actúa como soporte para otros dispositivos de rehabilitación del sistema Provox incluidos los HME cassettes. También se puede poner con prótesis de voz Se pueden poner para el tratamiento con RTP.
OBSERVACIONES	Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro.
INCONVENIENTES	Son difíciles de colocar por el propio paciente



Figura 25.

MARCA/MODELO	PROVOX/PLACA BASAL ADHESIVA + HME CASSETTE (Figura 26)
INDICACIONES	Pacientes laringuectomizados totales que conservan el cricoides.
DURACIÓN	Cambio diario.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Los Provox HME Cassettes están disponibles en dos versiones: • Normal, para uso durante todo el día. • HiFlow, para menor resistencia a la respiración, por ejemplo, para realizar actividades físicas o cuando se adapta inicialmente a un HME. Características: Intercambiador de Calor y Humedad (HME), con eficacia clínica probada: • Facilita la oclusión manual del estoma con la ayuda de un simple mecanismo de válvula-tapa y consecuentemente mejorando el habla y la higiene. • Una única cara de abertura que permite el cierre al aire del estoma incluso cuando el HME se cubre con ropa, lo que significa que el HME puede ser ocultado discretamente. • Hace que no aparezcan manchas de humedad en la ropa. • Oclusión higiénica.
OBSERVACIONES	Para mayor adherencia calentar sobre la piel durante un tiempo.
INCONVENIENTES	No se pueden utilizar placas basales si se está recibiendo radioterapia localizada en la zona del traqueostoma. Hay que esperar dos semanas después de la última sesión. En estos casos utilizar Lary Tube.



Figura 26.

4.3. Cánulas más usadas tras traqueostoma secundario a traqueotomía / laringuectomía parcial:

- Artesano / Cánula de plata fenestrada
- Rusch / Traqueofix
- Rusch / Biesalsky
- Free Vent / Pur Speech
- BMD / Hemicánula

MARCA/MODELO	ARTESANO/ CANULA DE PLATA FENESTRADA (Figura 27)
INDICACIONES	Pacientes laringuectomizados parciales o traqueotomizados que tienen que ser portadores de cánula por un largo periodo de tiempo y precisan de la fenestración por problemas respiratorios o por parálisis parcial de cuerdas vocales o músculos respiratorios.
DURACIÓN	Permanentes: Hasta que se rompa o se deteriore del uso.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Constan de 3 partes: Fiador, cánula interna y cánula externa ambas fenestradas. Material: Plata.
OBSERVACIONES	Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro. Tamaño según el tamaño del estoma.
INCONVENIENTES	No se pueden poner para el tratamiento con RTP. Al ser tan rígidas podrían producir lesiones por el roce en el interior de la tráquea. Se han dado casos de aparición de granuloma entre la fenestración.



Figura 27.

MARCA/MODELO	RUSCH/ TRAQUEOFIX (Figura 28)
INDICACIONES	Pacientes laringuectomizados parciales o traqueotomizados que necesitan una cánula mas larga (por anatomía).
DURACIÓN	Desechables: +/- 28 días.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Son de PVC termosensible, semiflexible, transparente de mayor longitud (de 70 mm a 86 mm). Tiene una línea radiopaca para control radiológico. Tienen diversos accesorios para comenzar la fonación: 1- Medio tapón: Sirve para evitar que las secreciones salgan lanzadas al exterior. 2- Válvula fonatoria: Sirve para empezar a fonar. 3- Tapón cerrado: Se pone cuando ya ha tolerado la válvula fonatoria durante 48 horas, entonces se coloca el tapón cerrado durante otras 48 horas y si lo tolera nos indica que podría ser decanulado. 3- Conector de 15mm: Sirve para conectar cualquier aparato, respirador, bolsa autoinflable, etc. 4- Cinta con velcro de fácil colocación. Son muy cómodas para el paciente .Pueden ser utilizadas en tratamientos de RTP.
OBSERVACIONES	Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro. Diversos tamaños según la medida del estoma.
INCONVENIENTES	Los accesorios hay que cambiarlos con cierta frecuencia porque ocasionalmente, con el uso, se dilatan y no ajustan bien.



Figura 28.

MARCA/MODELO	RUSCH/ BIESALSKY (Figura 29)
INDICACIONES	Pacientes laringectomizados parciales o traqueotomizados que necesitan una cánula corta (por anatomía o mayor comodidad).
DURACIÓN	Desechables: +/- 28 días.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Son de menor longitud (de 47mm a 83,2mm). Consta de 2 partes: cánula interna y cánula externa. Material: Son de PVC preformado termosensible. Tienen los mismos accesorios que las cánulas Traqueofix, teniendo el adaptador de los 15mm independiente. Se adaptan muy bien para el paciente ambulante, y en domicilio, al ser más cortas provocan menos tos al movilizar el cuello. Pueden ser utilizadas en tratamientos de RTP.
OBSERVACIONES	Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro. Tamaño según el tamaño del estoma.
INCONVENIENTES	La base es dura y podría producir UPP.



Figura 29.

MARCA/MODELO	FREE VENT/ PUR SPEECH (Figura 30)
INDICACIONES	Pacientes laringectomizados parciales o traqueotomizados que tienen que ser portadores de cánula por un largo periodo de tiempo y precisan de la fenestración por problemas respiratorios o por parálisis parcial de cuerdas o músculos respiratorios.
DURACIÓN	Desechables: +/- 7 meses.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Son de Poliuretano termosensible y plata. Constan de un tubo exterior con fenestración tipo criba. Una cánula interior con válvula de plata y fenestración de tipo ventana. Pueden ser utilizadas en tratamientos de RTP sin la cánula interna que tiene un conector de plata.
OBSERVACIONES	Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro. Tamaño según el tamaño del estoma. Diversos tamaños según la medida del estoma.
INCONVENIENTES	La base es relativamente dura y podría producir UPP sobre la incisión del estoma.

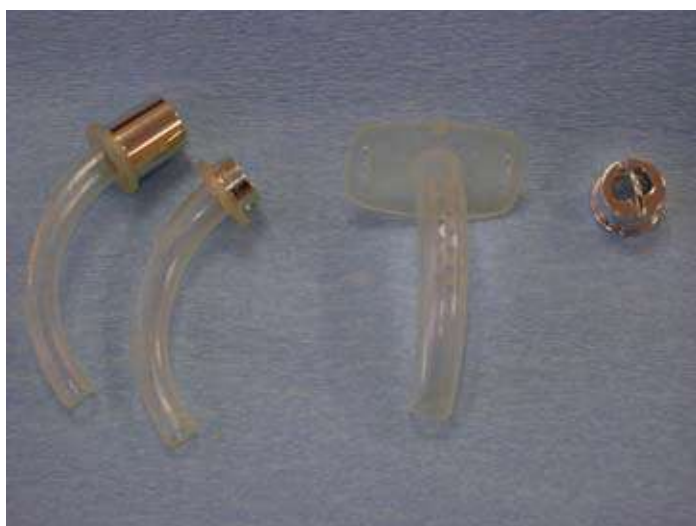


Figura 30.

MARCA/MODELO	BMD/ HEMICÁNULA (Figura 31)
INDICACIONES	Pacientes laringectomizados parciales o traqueotomizados portadores de cánula por un periodo largo.
DURACIÓN	Desechables: Hasta que se deterioren.
CARACTERÍSTICAS ESPECIALES	Material: Silicona de grado médico. Disminuye las reacciones granulomatosas y la formación de tapones mucosos. Previene la colonización de gérmenes patógenos, reduciendo las infecciones. Específica para afianzar un estoma cicatrizado y consolidado manteniendo inalterable la luz traqueal. Puede reemplazar a las cánulas de traqueotomía clásicas en aquellos casos en que el paciente solo requiere mantener el estoma abierto, o temporalmente como paso previo a su cierre. No precisa de cintas u otros elementos de sujeción al cuello del paciente. Tamaño: Es personalizada según el diámetro del estoma y la longitud desde el estoma a la pared de la tráquea. Accesorio: Tapón para fonar. Almohadillas para ajustar la longitud.
OBSERVACIONES	Limpieza diaria con agua caliente y jabón neutro.
INCONVENIENTES	La medición personalizada no es fácil, el paciente tiene que ser independiente para su cuidado y tiene que tener un perfil específico.



Figura 31.

4. CONCLUSIONES

La selección de la cánula apropiada, permite a nuestros pacientes conseguir una mayor calidad de vida y recuperar de una forma más rápida y fácil su integración en la vida social y laboral.

Es necesario valorar que estos pacientes tienen que aprender a vivir con un cuerpo extraño en su cuello y por tanto hay que poner gran esmero en que esta situación sea lo más cómoda posible. El hecho de disponer de gran variedad de cánulas donde elegir la más adecuada y aquella que cumpla con las expectativas del paciente hace que este proceso de recuperación sea mejor y más llevadero tanto por el paciente como por su familia.

A modo de ejemplo en las siguientes imágenes podemos ver la evolución que se ha producido en la consulta CELT donde se muestra lo que en ocasiones llevaba un paciente al llegar a la consulta en 2006 y cual es su situación en la actualidad (Figura 32).

AÑO 2006	EN LA ACTUALIDAD
	
Cánula con un tapón de caucho fonatorio al que se le ha puesto una alcayata como asa para poder extraerlo.	Laringuectomía total con filtro humidificador.

Figura 32.

TRAQUEOSTOMIA POSTQUIRÚRGICA

Laringectomía parcial o TRAQUEOTOMÍA

Cánula Portex / Shiley con Neumofonamiento (según criterio médico)

Laringectomía total o TRAQUEOSTOMÍA

PACIENTE EN OBSERVACIÓN

¿Requiere tratamiento con RTP/QMT?

SÍ

Según la fisiología del paciente de Cuello corto / largo / Dificultad respiratoria^{***}

Cuello corto:
Opción 1: Belzasky Rusch(8)
Cuello largo:
Opción 1: Traqueostoma Portex(9)
Opción 2: Free Vent Silver HME(10)
Especiales problemas según datos:
Opción 1: Free Vent Fenestrado(7)
Opción 2: Free Vent Fenestrado(6)

(1)*** Hem Cánula MDBS

NO

¿El paciente tiene una patología que le produce IRP? P. Ej. Parálisis de cuerdas, Enfermedad Neurológica o inmunológica grave, Edema de glotis, etc.

SÍ

NO

Cierre del traqueostoma tras valoración:

1- Se coloca válvula durante 48 hrs.
2- Se colocan tapón durante 48 hrs.
3- Cierre: Guardar globo por aproximación.

VALORACIÓN RESIDUAL y Mantener la IRP

SÍ

NO

¿Consenso Clínico?

NO

Opción 1- Cánula LARY TUBE+ (10)

Opción 2- Se realiza neopneumotomía para Anular Opción 22 Insulado de LARY BUTTOL (15) Opción 23- LARY TUBE FENESTRADO (12)

Opción 3.1- Cánula de Plata convencional Alucanté (13). Opción 3.2- Free Vent Silver HME (14). Opción 3.3- Free Vent Silver+ (15)

SÍ

Cánula Silbata (Opciones 16 y 17) con TTD, diámetro TTD.

Al finalizar al TTD

1- Adhesivo + Filtro Poroxel (16) 2- Si Silbata intrapneumotómica: Prótesis longitudo + filtro y adhesivo.

VALORACIÓN DEFENSIVA

Depende de la calidad de cada caso. Puede implicarse el cambio de cánula

PACIENTE EN OBSERVACIÓN

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

ANEXO 2. TABLA CON LAS MEDIDAS COMPARATIVAS DE VARIOS MODELOS DE CÁNULAS

Nº	PLATA			PORTEX Blue Line Ultra			RUSCH Traqueofix			RUSCH Biesalsky			PROVOX* Lary /tube			FREVENT Pur Speech			BMD** Hemicánula			SHILEY*** CFSCFN/LGT		
	DI	DE	L	DI	DE	L	DI	DE	L	DI	DE	L	DI	DE	L	DI	DE	L	DI	DE	L	DI	DE	L
6	11	12	75	6	9,2	64,5	---	---	---	6	9,2	62,8	---	---	---	---	---	---	9	13	10*	6,4	10,8	76/50
7	11,8	13	80	7	10,5	70	7,2	8,8	70	7	10,8	62,8	---	---	---	7	10,6	65	---	---	---	---	---	---
7,5	---	---	---	7,5	11,3	73	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
8	12,6	14	80	8	11,9	75,5	---	---	---	8	11,9	70,6	9,5	12	27*	8,3	12,5	70	10	15	10*	7,6	12,2	81/50
8,5	---	---	---	8,5	12,6	78	8,7	10,3	78	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
9	13,7	15	80	9	13,3	81	---	---	---	9	12,9	70,6	10,5	13,5	27*	9,4	13,6	75	---	---	---	---	---	---
10	---	---	---	10	14	87,5	10,2	12,3	86	10	13,9	70,6	12	15	27*	10,3	14,6	85	12	17	10*	8,9	13,8	81/50

Medidas en mm de la cánula de traqueotomía;

DI = Diámetro Interno; DE = Diámetro externo;

L = Longitud de la caña

*La longitud en Provox en todos los números son 27/36/55 mm.

** La longitud en BMD para todos los números son 10/15/20/25/30 mm.

***La longitud del modelo LGT de Shiley es de 50 variando el diámetro externo en los nº6 = 11,1; nº 8 = 12,6 y nº 10 = 13,7 mm, quedando el interno sin variar.

Capítulo 5

Rehabilitación pulmonar y gestión de las secreciones del paciente con estoma respiratorio

Elisabeth Perálvarez Torres

1. SISTEMAS DE HUMIDIFICACIÓN PASIVOS: FILTROS HME

La vía aérea superior, y especialmente la nariz, tienen un papel fundamental en la adecuación del aire inspirado para que, a través de su recorrido hacia la vía aérea inferior, alcance los pulmones en las condiciones fisiológicas adecuadas.

Puesto que la nariz queda desconectada de la tráquea tras la laringuectomía total, las funciones que ésta ejercía, quedarán inhabilitadas.

La nariz desempeña cuatro funciones principales: el filtrado o limpieza del aire inspirado, la humidificación de este aire, la regulación de su temperatura, y la resistencia respiratoria al paso del aire, relacionada a su vez, con el trabajo pulmonar y el proceso respiratorio normal.

Después de la intervención, el paciente laringuectomizado respirará directamente a través de su estoma, y por lo tanto, el aire que inspire no estará siendo acondicionado, introduciéndose en su vía aérea sin filtrar, con niveles de humidificación inferiores a los recomendables, por regla general más frío, y sin ningún elemento que haya interpuesto resistencia al paso del flujo aéreo.

Este déficit en el acondicionamiento del aire respirado, es el responsable de las secuelas más frecuentes a nivel respiratorio que experimentan las personas laringuectomizadas, como son:

- Aumento de la cantidad de las secreciones
- Secreciones muy espesas
- Irritación de la mucosa traqueal
- Tos irritativa
- Necesidad de expectorar de forma forzada con frecuencia
- Dependencia del mantenimiento y limpieza del estoma
- Riesgo mayor de sufrir afecciones respiratorias

Los denominados “filtros” o HME (por sus siglas en inglés, Heat and Moisture Exchanger), actúan como una nariz artificial (Figura 33), compensando en gran parte las funciones perdidas de la nariz, y mejorando muy significativamente las secuelas pulmonares del paciente con estoma respiratorio.

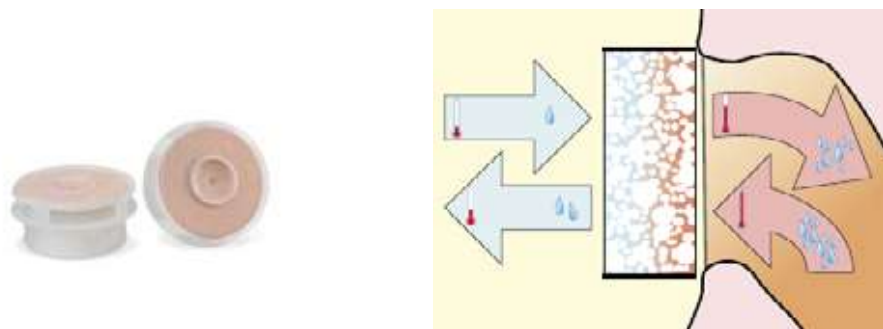


Figura 33. HME.

Estos “filtros HME” constituyen un sistema de humidificación pasivo o, lo que es lo mismo, actúan a modo de nariz artificial o “la nueva nariz” de la persona laringuectomizada.

Es muy importante que el paciente inicie su tratamiento con estos dispositivos lo antes posible, para evitar así, la aparición de las primeras y más molestas secuelas.

Para que este tratamiento rehabilitador sea lo más efectivo posible, es muy importante que los utilice siempre, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Existen diferentes tipos de “filtros HME” para que, en base a las características y especificidades de cada paciente, podamos seleccionar la combinación que mejor se ajuste a sus necesidades y a su actividad diaria.

Cabe considerar que, para que estos HME funcionen como tales, como intercambiadores de calor y humedad, la espuma que contienen está impregnada de una sustancia especial (CaCl_2) que hace esta función. No se trata sólo de un filtro; la mejoría en todas las secuelas anteriormente mencionadas se debe a este diseño.



Figura 34. La espuma del filtro está impregnada de CaCl_2 .

Por esta razón, deberemos educar al paciente usuario de estos sistemas de rehabilitación pulmonar para que, cuando observe que su filtro se ha saturado de secreciones, lo deseche y se coloque inmediatamente uno nuevo.

Siguiendo estas sencillas pautas de utilización, observaremos en el paciente:

- Reducción importante de la cantidad de secreciones.
- Secreciones más diluidas (sin tapones de moco).
- Disminución significativa de los episodios de tos irritativa.
- Menor sensación de sequedad e irritación traqueal.
- Prevención ante afecciones respiratorias.
- Mejor higiene y control de las secreciones.
- Menor dependencia del mantenimiento de su estoma.
- Mejor protección e imagen personal

Estos dispositivos pueden ser recetados como un tratamiento para pacientes crónicos (Tabla 1).

PROVOX® HME SYSTEM™ (Intercambiador de calor y humedad)			
Filtros Laringuectomía	Cantidad	REF	CN
Provox XtraMoist HME	20 unidades	7290ES	400048
Provox XtraFlow HME	20 unidades	7291ES	400049

ADHESIVOS PROVOX®			
Apósitos adhesivos filtros laringuectomía	Cantidad	REF	CN
Provox Adh. FlexiDerm Oval	20 unidades	7254ES	400054
Provox Adh. FlexiDerm Round	20 unidades	7253ES	400053
Provox Adh. Regular Oval	20 unidades	7252ES	400052
Provox Adh. Regular Round	20 unidades	7251ES	400050

Tabla 1. Códigos CN de filtros y apósitos adhesivos que pueden ser recetados.

2. SOPORTE DEL FILTRO HME

Para poder mantener la “nariz artificial” sobre el estoma, disponemos de diferentes alternativas a ofrecer al paciente, según sus necesidades y características físicas y anatómicas.

Entre ellas se encuentran, las cánulas de silicona con conector de 22 mm., los adhesivos, o los botones laríngeos.

2.1. Cánulas

Como sabemos, la cánula es el instrumento que asegura la permeabilidad de la vía aérea del paciente.

En cuanto a los materiales, puede encontrar cánulas de metal, de poliuretano, de silicona rígida y de silicona flexible (Figura 35).



Figura 35. Diferentes tipos de cánulas.

Una importante característica de las cánulas, es su formato estándar o fenestrado.

Como norma general, todas aquellas personas laringuectomizadas, que sean usuarias de una prótesis fonatoria, deberán utilizar cánulas fenestradas para que el aire proveniente de los pulmones, pueda pasar a través de los orificios de la cánula hacia la prótesis, y alcanzar así el esfínter esofágico superior o zona de generación de la nueva voz.

Aunque como hemos mencionado más arriba, la función principal de la cánula es mantener abierta y segura la vía respiratoria, y considerando que todas las cánulas a las que el paciente puede acceder son igual de válidas a tal fin, únicamente las cánulas de silicona flexible con conector de 22 mm. (Provox LaryTube), van a permitir la adaptación de los filtros HME.

2.2. Adhesivos

En la mayoría de ocasiones, las personas laringuectomizadas podrán ir decanuladas, transcurrido un cierto tiempo después de la operación.

Este tiempo es variable y dependerá de diversos factores que el médico tendrá que valorar.

El proceso de decanulación suele ser progresivo, de modo que nos permita observar y valorar, la estabilidad del traqueoestoma del paciente.

Cuando pueda procederse a la decanulación con seguridad, el paciente podrá optar por los adhesivos (Figuras 36 y 37), como base de sujeción de su HME.

Los adhesivos tienen dos funciones principales: Sellar correctamente el traqueoestoma (especialmente importante para aquellos que se comuniquen mediante una prótesis de voz), y mantener el filtro HME sobre el traqueoestoma.

Existen adhesivos de diferentes tipos, que también pueden ser recetados (Tabla 1).

Cuando debemos seleccionar el tipo de adhesivo más adecuado para cada paciente, nos puede resultar muy útil fijarnos en los siguientes tres parámetros: ¿Cuál de estos adhesivos se ajusta mejor a la forma del cuello del paciente?, ¿Cuál es más conveniente según las características de su piel?, ¿Cuál de ellos es mejor en relación a su sistema de comunicación principal?



Figura 36



Figura 37

2.3. Botones laríngeos

Los botones laríngeos constituyen una alternativa más para la sujeción del filtro o nariz artificial sobre el traqueoestoma, permitiendo así al paciente, el acceso a la rehabilitación pulmonar.

Son cánulas sin caña, que permanecen estables en el estoma mediante un mecanismo de auto sujeción (parecido al efecto ventosa) (Figura 38).

Se trata de una alternativa a medio camino entre las cánulas y los adhesivos aunque, para poder utilizarlos, existen algunos condicionantes, como la forma del traqueoestoma o el patrón respiratorio del paciente, que debe evaluar preferiblemente un logopeda, para confirmar que puede funcionarle bien.



Figura 38. Botones laríngeos.

Capítulo 6

Cuidados de enfermería y prevención de complicaciones en los pacientes portadores de cánulas

María Dolores Calvo Torres
Francisca Marín Hernández
Juan Antonio Blázquez Soto
Beatriz Bernal Calvo

1. INTRODUCCIÓN

El personal de enfermería del servicio de ORL ha observado que los pacientes portadores de cánula son tratados con cierto temor, desconocimiento y/o respeto, sobre todo cuando se encuentran ingresados en unidades de hospitalización diferentes a las del servicio de ORL. Este hecho puede favorecer la aparición de complicaciones que en su mayoría serían evitables con técnicas y procedimientos de fácil aprendizaje.

2. OBJETIVOS

Los cuidados de enfermería en los pacientes portadores de cánula deben garantizar una atención de calidad, segura y eficiente. Estos cuidados tienen que ir encaminados a:

- Reconocer las alteraciones fisiológicas que conlleva ser portador de cánula.
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea transitoria o definitiva a través de la tráquea.
- Realizar un cambio de cánula de manera adecuada y no traumática.
- Proporcionar una ventilación asistida por un periodo de tiempo prolongado.
- Controlar los signos vitales que pueden modificarse ante un patrón respiratorio alterado.
- Asegurar la humidificación y el calentamiento del aire inspirado para preservar la integridad de la mucosa traqueobronquial.
- Eliminar las secreciones.
- Prevenir las infecciones.
- Evitar la irritación de la piel.
- Conocer las posibles complicaciones con objeto de identificarlas y tratarlas.
- Estar actualizado en los nuevos productos que aparecen en el mercado para conseguir un mayor confort en los pacientes y mejorar su calidad de vida.

3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Para la consecución de los objetivos arriba descritos, proponemos la realización de los siguientes cuidados de enfermería:

- **Cambio de cánula.** (Ver Tema 8 Técnicas y Procedimientos - Cambio de Cánula).

Es uno de los cuidados esenciales de enfermería en pacientes traqueotomizados y/o traqueostomizados que requiere:

- ♦ Una frecuencia marcada por:
 - El protocolo de la unidad o UCI de cada hospital.
 - Indicación médica.
 - El tipo de material de la cánula (plata, silicona o PVC).
- ♦ Unos requisitos importantes:
 - Alinear los anillos traqueales para evitar una doble o falsa vía.
 - Comprobar que el aire sale por la cánula.
 - Disponer de una cánula igual o de menor tamaño por si se cierra el estoma.
- ♦ Una técnica de cambio:
 - Limpia en las unidades de hospitalización.
 - Estéril en pacientes recién intervenidos o en UCI.
 - Con la mayor rapidez posible para evitar el cierre accidental del traqueostoma (traqueotomía simple o laringuectomía parcial).
- **Garantizar la permeabilidad de la vía aérea:**

El personal de enfermería deberá:

 - ♦ Evitar tapones mucosos (Figura 39):
 - Manteniendo bien hidratado al paciente (estimulando la ingesta de unos dos litros/día excepto que existan contraindicaciones)

por vía oral, vía intravenosa y sonda nasogástrica o gastrostomía.

- Haciendo uso de humidificadores ambientales y manteniendo la puerta de la habitación cerrada (para mantener la humedad ambiente).



Figura 39. Tapón mucoso

- ♦ Limpiando la cánula interna (con agua caliente, jabón neutro y cepillo) cada 8 horas y cuando precise. (Figura 40).
- ♦ Con instilación de suero 2-5 cc fisiológico por el estoma (no más de 2 cc si el paciente está sedado).
- ♦ Aspirando las secreciones (solo cuando sea estrictamente necesario).



Figura 40. Cepillo para limpieza de cánula

- ♦ Tener la cánula bien fijada (ni muy floja ni muy apretada) para evitar decanulaciones accidentales. Es importante disponer de una cánula del mismo número en la mesilla del paciente.
- ♦ Colocar al paciente en posición semi-fowler o fowler o deambulando en cuanto le sea posible para facilitar la respiración y la movilidad de las secreciones.
- ♦ Entrenar al paciente en ejercicios respiratorios para facilitar la expulsión de las secreciones (fomentar la tos y la expectoración activa voluntaria).

– **Asegurar la humidificación y el calentamiento del aire inspirado.**

En condiciones normales, las vías respiratorias altas tienen la función de filtrar, calentar y humidificar el aire. En el paciente traqueostomizado, estas funciones se encuentran abolidas por lo que tendrán que realizarse artificialmente con:

- ♦ Aerosoles,
- ♦ gasas húmedas sobre la cánula,
- ♦ filtros HME (intercambiadores de calor y humedad) para cánulas o adhesivos (Figura 41) (Ver tema 5),
- ♦ aparatos humidificadores (Figura 42),
- ♦ pañuelos delante de la cánula que filtren el aire.



Figura 41. Adhesivo con Filtro HME



Figura 42. Aparato humidificador

– **Eliminar las secreciones.**

En estos pacientes, las secreciones se encuentran aumentadas por la disminución de la efectividad de la tos, por la alteración en el aclaramiento mucociliar y por la propia presencia de la cánula como un cuerpo extraño en la vía aérea.

La eliminación de las secreciones se puede conseguir:

- ♦ Aspirándolas suave e intermitentemente e instilando suero fisiológico (ver Tema 10).
- ♦ Educando a los pacientes en ejercicios respiratorios, y facilitando la expulsión de secreciones mediante vibración, percusión o drenajes posturales.

– **Evitar infecciones y la irritación de la piel mediante:**

- ♦ Lavado de manos.
- ♦ Mantener la nariz limpia.
- ♦ Realizar aseo bucal con clorhexidina al 2% cada 4-6 horas en pacientes conectados a ventilación mecánica; y según la necesidad en pacientes autónomos.
- ♦ Curar el traqueostoma cada 12 horas, o según la necesidad del paciente.

- ♦ No utilizar gasas cortadas puesto que se deshilachan pudiendo entrar hilos de gasa dentro del estoma hacia la vía respiratoria. Es mejor utilizar un apósito específico (hidrófobo) para traqueostomas.
- ♦ Manteniendo el apósito siempre limpio y seco colocando la parte de celulosa esté en contacto con la piel y la parte impermeable quede hacia el exterior (Figura 43).

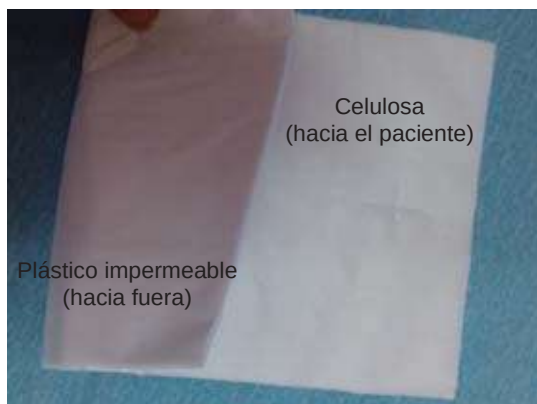


Figura 43. Apósito hidrófobo de dos caras.

- ♦ Cambiar la cinta de fijación siempre que la lleve manchada o mojada.
- ♦ Lavar la endocánula o cánula interna con agua caliente jabonosa y cepillo cada 8 horas, o cada vez que lo precise.
- ♦ Observar el estado de los apósitos que se retiran, la piel del estoma y las secreciones que se eliminan.
- ♦ Controlar la presión del balón de neumotaponamiento cada 12 horas que no debe ser mayor de 25 mmHg para no superar la presión de los capilares sanguíneos (20-30 mmHg).
- ♦ Vigilando el olor, color y consistencia de las secreciones.

– **Conocer las posibles complicaciones postoperatorias:**

- ♦ Menores:
 - Hemorragia.

- Granuloma.
- Cicatriz queloide.

♦ Intermedias:

- Neumonía.
- Atelectasia.
- Parálisis de las cuerdas vocales.

♦ Graves:

- Estenosis traqueal.
- Enfisema subcutáneo.
- Fístula traqueoesofágica.
- Mediastinitis.
- Sepsis.
- Neumotórax.
- Obstrucción de la cánula.
- Decanulación involuntaria.
- Hemorragia intratraqueal.

4. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS MÁS FRECUENTES

Las complicaciones postoperatorias aumentan considerablemente el tiempo de hospitalización, por tanto, incrementan también el coste económico para el sistema sanitario y retrasan la reincorporación del paciente a la vida social. Una de las principales funciones de enfermería en el momento postoperatorio es la detección precoz de las complicaciones; por tanto, todas las intervenciones han de tener el objeto de minimizar los efectos de éstas y agilizar el tiempo de recuperación del paciente.

4.1. Obstrucción de la cánula por tapón mucoso

Es la complicación más frecuente tras la cirugía y se produce por una acumulación de sangre y/o secreciones secas. Esta complicación podría llevar a la muerte al paciente laringectomizado si no se resuelve adecuadamente.

Signos y síntomas:

- Respiración ruidosa. En condiciones normales la respiración debe ser insonora, pero si no es así es porque las secreciones traqueobronquiales pueden estar obstruyendo la tráquea y/o la cánula.
- Aumento de la frecuencia y trabajo respiratorio
- Disminución o ausencia de ruido respiratorio.
- Agitación.
- Pérdida de conciencia.
- Crisis convulsivas por hipoxia.
- Cianosis.
- Tirajes subcostales.
- Uso de la musculatura accesorio de la respiración.
- Disminución de la saturación de oxígeno en sangre.
- Ausencia de pulso.

Intervenciones de enfermería:

- Informar al paciente.
- Preparar el material necesario para realizar la técnica de extracción del tapón mucoso.
- Extraer el tapón mucoso (ver Tema 16).

Prevención:

- Mantener la vía aérea permeable.
- Disminuir la formación de tapones.

4.2. Broncoaspiración

Se produce por la entrada de sólidos, líquidos o saliva a la vía aérea. Esta complicación es más frecuente en los siguientes casos:

- Pacientes con parálisis de cuerdas vocales y pacientes con laringectomía parcial ya que la laringe no es capaz en este último caso de impedir el paso de alimentos a la vía aérea.
- También existen casos en pacientes con laringectomía total por dehiscencia de la sutura faríngea (faringostoma) cuando al empezar la tolerancia por vía oral se observa la salida de alimentos por la cánula y/o traqueostoma.

- En el caso de pacientes con prótesis fonatoria en la que la prótesis no está bien implantada o deteriorada por su uso (fístula traqueoesofágica) se puede producir una broncoaspiración.

Signos y síntomas:

- Atragantamiento y tos al deglutir.
- Acumulación de saliva y fluidos en la boca.
- Salida de alimentos (sólidos o líquidos) a través de la cánula, del faringostoma o de la fístula traqueoesofágica.
- Infecciones respiratorias (más susceptibles).

Intervenciones de enfermería:

- Promover que el paciente tosa por sí mismo.
- Realizar cambios posturales para facilitar el drenaje.
- Colocar sonda nasogástrica o PEG.
- Administrar tratamiento antibiótico.
- Mantener el paciente en posición fowler o semifowler.
- Asegurar que el paciente autónomo esté en estado de alerta cuando está comiendo y que mastique lentamente. Se recomiendan comidas trituradas y el uso de espesantes para administrar líquidos.

Prevención:

- Espesando líquidos con espesantes artificiales o comidas trituradas.
- Masticando y tragando lentamente.
- Sentándose en 90° mientras come o bebe.
- Supervisar al paciente mientras come y bebe.
- Vigilar que en la cánula no aparezcan restos alimenticios.
- Si el paciente vomita colocarlo en posición de Sims o posición lateral de seguridad.
- Iniciar rehabilitación para la disfagia. (Figura 44). (Ver Tema 28).



Figura 44. Rehabilitación para la disfagia.

4.3. Hemorragias

Son normales en el postoperatorio inmediato pero trascurridas las 6 primeras horas tras la intervención se consideran como una complicación.

Se nos pueden presentar de 3 tipos: Hemorragia faringolaríngea, cervical o del estoma por apertura de los vasos tras cirugía.

En el caso de hemorragia del estoma es frecuente que ésta también esté producida por erosión de los vasos sanguíneos ocasionada por la cánula.

Signos y síntomas:

- Salida de sangre por el estoma. (Figura 45).
- Sangrado por la sutura e incluso por la boca.
- Presencia de hematoma cervical. (Figura 46).



Figura 45. Sangrado por estoma

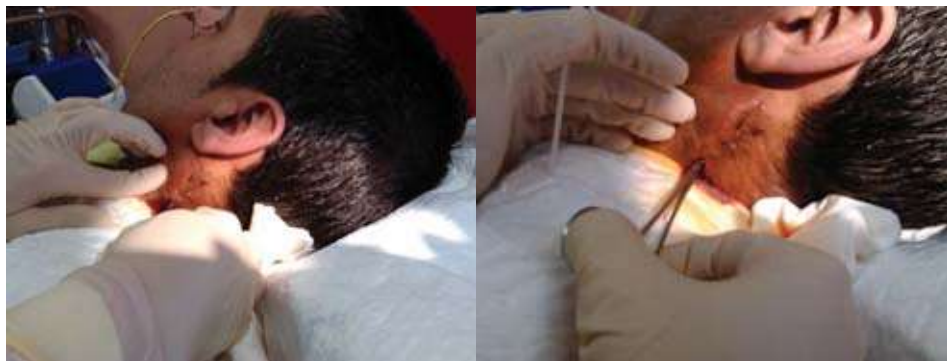


Figura 46. Extracción de coágulo de hematoma cervical

Intervenciones de enfermería:

- Tranquilizar al paciente.
- Valorar la cantidad de sangrado.
- Inflar el balón de neumotaponamiento de la cánula a la presión necesario hasta que cese el sangrado.
- Si el punto de sangrado es visible presionar sobre el mismo.
- Realizar un vendaje compresivo.
- Avisar al ORL de guardia.
- Posteriormente se realizarán curas locales.

Prevención:

Las hemorragias del estoma se pueden prevenir de la siguiente forma:

- Sujetando bien la cánula para que no erosione el estoma.
- No forzar la introducción de la cánula.
- No forzar la introducción de la sonda de aspiración, y evitar hacer aspiración de secreciones de forma traumática (ver Tema 10).
- Durante la realización de las curas, no tirar de las gasas pegadas a la incisión traqueal y es conveniente humedecerlas previamente con SSF.
- Las hemorragias laríngea y cervical no se pueden prevenir porque son complicaciones inherentes a la cirugía.

4.4. Fístula faringocutánea o faringostoma

Es la dehiscencia de la sutura faríngea que conlleva la salida de restos de comida hacia el cuello y/o la tráquea. Suele estar causada por: tos, reflujo gastrointestinal/vómitos, tragar saliva o por la colocación de una nueva sonda nasogástrica (tras una salida accidental de la anterior sonda) generando una fístula en la zona que ha sido intervenida. (Figura 47).

Signos y síntomas:

- Presencia de saliva y/o restos alimenticios por el estoma o por el cuello al realizar la cura.

Intervenciones de enfermería:

- Drenar las sustancias acumuladas aplicando presión en la zona donde se detecte el faringostoma mediante apósito y vendaje compresivo.
- Realización de curas diarias.
- Mantener la alimentación enteral por sonda nasogástrica o PEG, favoreciendo el reposo de la zona intervenida.

Prevención:

- Aplicar un vendaje compresivo alrededor del cuello tras la intervención.
- Insistir al paciente para que no trague saliva.
- Evitar movilizaciones cervicales.
- Realizar un correcto mantenimiento de la sonda nasogástrica (revisar fijación diaria).
- Administración de antitusígenos y/o antieméticos, si precisa.

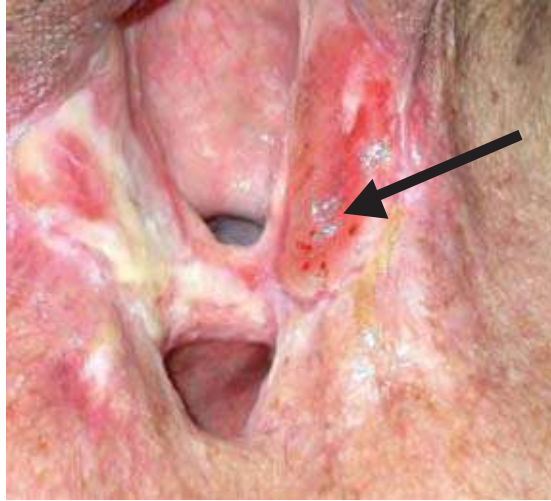


Figura 47. Gran faringostoma. Localizado craneal al traqueostoma con salida de saliva que requirió para su cierre la realización de un colgajo pectoral.

4.5. Infección del estoma y/o de heridas quirúrgicas

Contaminación de las heridas y/o del estoma por agentes patógenos con presencia de exudado purulento. Es una de las complicaciones más frecuentes. (Figuras 48 y 49).



Figura 48. Infección de la herida quirúrgica.



Figura 49. Infección del estoma.

Signos y síntomas:

- Enrojecimiento y tumefacción de la zona de incisión.
- Fiebre
- Olor fétido.
- Drenaje purulento.
- Dolor local.
- Malestar general.
- Leucocitosis.
- Inflamación.
- Edema.

Intervenciones de enfermería:

- Colocaremos una cánula con neumotaponamiento para evitar la aspiración de secreciones.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Limpiar la zona de dentro hacia fuera con suero fisiológico.
- Emplear una técnica estéril.
- Secar minuciosamente.
- Impregnar con antiséptico.
- Cubrir la zona con un apósito hidrófobo para protegerlo de la humedad y de las secreciones traqueales.
- Cambiar cintas de sujeción con la presión adecuada.

- Administración de tratamiento antibiótico.
- Hacer cultivo de secreciones para determinar el agente patógeno.
- Realizar las curas aplicando el tratamiento prescrito (cremas y pomadas con componentes antibióticos).

Prevención:

- Mantener la herida quirúrgica seca y limpia.
- Utilizar técnicas estériles para cualquier manipulación.

4.6. Dehiscencia de sutura

Es la pérdida de la continuidad de la sutura de forma precoz.

Signos y síntomas:

- Cicatrización defectuosa.
- Retirada precoz de la sutura.
- Seroma.
- Fístula laríngea.



Figura 50. Dehiscencia de sutura.

Intervenciones de enfermería:

- Protección del estoma con apósito para evitar rozamiento.
- Realizar curas cada 12-24h, de forma estéril con suero fisiológico, anti-séptico y fármacos epitelizantes.

Prevención:

- Buena fijación de la cánula.
- Protección del estoma con apósito para evitar rozamiento (Figuras 51 y 52).



Figuras 51 y 52. Úlceras por rozamiento de la cánula por protección inadecuada.

4.7. Edema facial

Inflamación de parte o toda la cara, debido a la salida de líquido intracelular al espacio intersticial. El edema puede estar causado tras el proceso quirúrgico que afecta al retorno venoso, por el vaciamiento cervical y/o por una excesiva presión del vendaje compresivo.

Signos y síntomas:

- Congestión facial.

Intervenciones de enfermería:

- Mantener la cama elevada 45°.

- Controlar la presión del vendaje (debe dejarse un espacio aproximado de un dedo entre el vendaje y el cuello), si aun así aparece el edema se puede realizar un corte vertical al vendaje disminuyendo la presión.



Figura 53. Edema facial.

4.8. Falsa vía

Una falsa vía puede producirse por una colocación inadecuada de la cánula por dificultad para introducir la misma y es más frecuente en las traqueotomías.

Signos y síntomas:

Serán más o menos evidentes dependiendo del tipo de intervención quirúrgica (traqueotomía o traqueostomía) entre los que destacan:

- Disnea.
- Estridor.
- Tiraje intercostal.

Intervenciones de enfermería:

- Comprobar el flujo de aire en la respiración, poniendo la mano en la salida de aire del estoma.
- Si la cánula no está bien colocada, se volverá a recolocar y comprobaremos

nuevamente el flujo respiratorio.

- Indicaremos al paciente que trague saliva para que la estructura traqueal se desplace y coincida de nuevo con la incisión de la tráquea con la piel.
- Es importante mantener la calma para encontrar el trayecto del traqueostoma con la cánula.

Prevención:

- Para prevenir la aparición de una falsa vía, antes de colocar la cánula se deberá:
 - ◆ Visualizar el orificio traqueal con una buena iluminación antes de introducir la cánula.
 - ◆ Alinear el cuello y la cabeza del paciente durante el cambio de cánula.
 - ◆ Evitar movimientos innecesarios de la cánula.
 - ◆ Usar rinoscopio o pinzas trivalva para ayudar a recanular, si se precisa.
- No forzar la entrada de la cánula.
- Sujetar y fijar con firmeza la cánula al cuello.
- Comprobar si el paciente es capaz de hablar con la cánula destapada, es decir, sin válvula fonatoria, tapón o tapándose con el dedo.

4.9. Enfisema Subcutáneo

Se presenta cuando el aire penetra dentro de los tejidos bajo la piel. Generalmente ocurre en la piel que cubre la pared torácica o el cuello pero también se puede presentar en otras partes del cuerpo. Suele presentarse en las traqueotomías y rara vez en traqueostomías. Sus causas frecuentes son por: una falsa vía, el cierre inadecuado del traqueostoma tras la decanulación, una incisión traqueal demasiado grande o la rotura de un punto de sutura.

Signos y síntomas:

- Tumefacción.
- Crepitantes en la zona afectada.
- Edema alrededor de la incisión traqueal que se puede extender a cuello y cara.

Suele presentarse como un aspecto más impresionante que grave. Si llega al mediastino se considerara un enfisema subcutáneo grave e incluso mortal.

Intervención de enfermería:

- Presionar con deslizamientos la zona crepitante del enfisema subcutáneo en dirección al traqueostoma para facilitar la salida del aire.
- Colocación de agujas intradérmicas en la zona crepitante del enfisema subcutáneo si no se ha reabsorbido el aire con la anterior maniobra.
- Apertura de la sutura para facilitar el drenaje del enfisema.
- Colocar una cánula con balón hinchado para evitar la continua difusión de aire a través del tejido subcutáneo.

Prevención:

- Comprobar que la cánula sea del tamaño adecuado y esté bien colocada.
- Mantener limpia y permeable la cánula.

4.10 Fístula Traqueoesofágica (FTE)

Una FTE es una comunicación anormal que se presenta entre la tráquea y el esófago. La tráquea transporta el aire hacia los pulmones y el esófago lleva los alimentos de la boca al estómago. Una FTE puede originar que los alimentos pasen del esófago a la tráquea y a los pulmones produciendo problemas de respiración o infecciones como la neumonía.

La FTE puede estar causada por una elevada presión del neumotaponamiento de la cánula en la pared posterior de la tráquea por un tiempo excesivo o por una inadecuada colocación de la cánula.

Signos y síntomas:

Los signos y síntomas de la FTE dependen del tamaño de la fístula y podemos encontrar los siguientes:

- Dolor de pecho, falta de aire o respiración dificultosa.
- Tos y atragantamiento al comer y/o al beber en aquellas personas que no están conectadas a un respirador.
- Salivación o exceso de secreciones en la boca.
- Abdomen agrandado (sobre todo en paciente intubados).

- Los alimentos o líquidos deglutidos son expulsados a través de la cánula al toser.
- Jadeo o sonidos burbujeantes al respirar.

Intervención de enfermería:

- Mantener al paciente en posición fowler o semifowler.
- Realizar radiografía de control para visualizar la existencia de la FTE.
- Administrar alimentación parenteral o alimentación enteral por sonda PEG, favoreciendo el reposo de la zona.
- Administración de tratamiento antibiótico para tratar las posibles infecciones respiratorias.
- Monitorización del paciente por posible compromiso respiratorio y/o cardiovascular.

Prevención:

- Deshinchar el balón de la cánula durante cinco minutos cada ocho horas para reducir la presión.
- Usar sonda nasogástrica de diámetro adecuado.
- Evitar movimientos innecesarios de la cánula.
- No forzar la introducción de la cánula ni de la sonda de aspiración aspirando muy suavemente según procedimiento.
- Mantener el neumotaponamiento con la correcta presión.

Capítulo 7

Planes de Cuidados
estandarizados para
pacientes con cánula:
Diagnósticos de
Enfermería y Problemas
de Colaboración.

Taxonomías

NANDA – NOC – NIC

María del Mar García López
Javier Rodríguez Tello
María Teresa Roldán Chicano

1. INTRODUCCIÓN

Un Plan de Cuidados (PdC) es un método de trabajo para organizar la asistencia enfermera, que a su vez refleja los resultados en salud alcanzados por el paciente y su entorno.

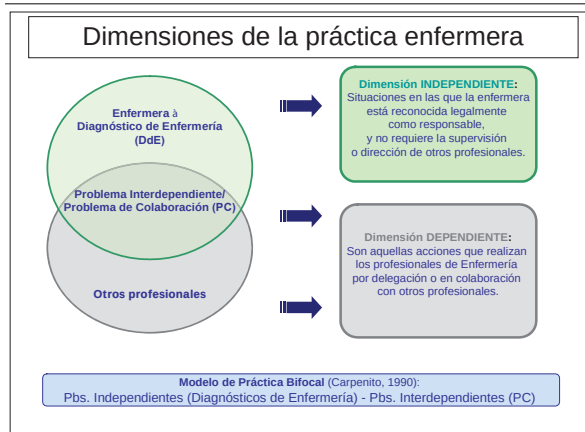
El concepto de “Plan de Cuidados” es similar al de “Proceso de Atención de Enfermería” (PAE). En algunos textos se considera que cuando las cinco fases del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) se registran por escrito, es preferible utilizar el término PdC.



Los PdC estandarizados suelen estar enfocados a un grupo de pacientes con unas características similares. En cualquier caso, siempre deben adaptarse al caso real que nos ocupe. Es decir, pueden guiarnos, especialmente en el uso de lenguajes enfermeros normalizados, pero deben personalizarse / individualizarse, al igual que los cuidados en sí mismos.

Los PdC que se desarrollan en este capítulo abarcan la dimensión independiente de los cuidados de enfermería, según el Modelo de Práctica Bifocal de Carpenito.

La NANDA define los **Diagnósticos de Enfermería** como “juicios clínicos sobre las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad, frente a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales”. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr resultados de los que la enfermera es responsable.



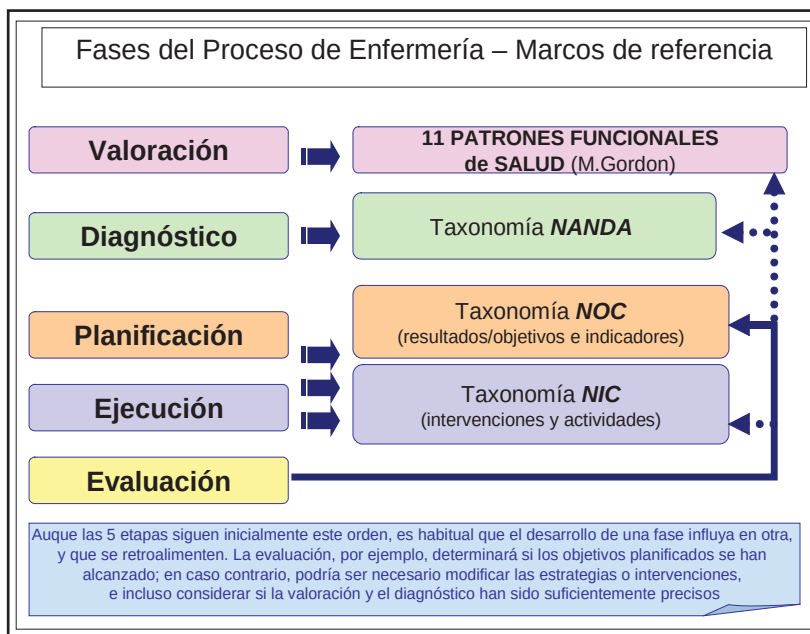
las experiencias/respuestas de una persona, familia o comunidad, frente a problemas de salud / procesos vitales reales o potenciales”. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr resultados de los que la enfermera es responsable.

Las actividades que realizan las enfermeras en colaboración o por delegación de

otros profesionales, es decir, lo que Carpenito denomina “problemas de colaboración”, se tratan extensamente en otros capítulos de este manual, y por supuesto se consideran igualmente importantes. Los problemas de colaboración, según Alfaro y Carpenito, se centran generalmente en respuestas fisiopatológicas o complicaciones derivadas de técnicas o procedimientos, que las enfermeras son responsables de detectar y controlar, en colaboración y siendo validadas por otros profesionales. Un ejemplo de “problema de colaboración”, sería la Complicación Potencial (CP): Hemorragia secundaria a traqueotomía. Es posible monitorizar al paciente y detectar de forma precoz la aparición de la hemorragia, utilizando el Resultado NOC 0413 “Severidad de la pérdida de sangre”, que incluye indicadores como: Pérdida sanguínea visible, Hemoptisis, Hemorragia postoperatoria, Palidez de piel y mucosas. Las actividades de vigilancia que la enfermera realiza en relación a esta complicación potencial, pueden encontrarse en las Intervenciones NIC 4010 “Prevención de hemorragia” y 3180 “Manejo de las vías aéreas artificiales”.

Se utilizarán los siguientes marcos de referencia para el desarrollo de las fases del proceso de atención de enfermería:

- Valoración: Patrones Funcionales de Salud de M.Gordon.
- Diagnóstico de Enfermería: Clasificación NANDA (edición 2012-2014).
- Planificación: Clasificación de Resultados (NOC) y Clasificación de Intervenciones (NIC).



Valoración:

Los **Patrones Funcionales** de M. Gordon son la estructura elegida por el Servicio Murciano de Salud (SMS) para la valoración de enfermería, tanto en atención especializada como en primaria. Constituyen una herramienta que puede ser utilizada independientemente del modelo enfermero seguido.

11 Patrones Funcionales de Salud, de M. Gordon

PATRÓN 1	Percepción – Manejo de la salud
PATRÓN 2	Nutricional – Metabólico
PATRÓN 3	Eliminación
PATRÓN 4	Actividad - Ejercicio
PATRÓN 5	Sueño - Descanso
PATRÓN 6	Cognitivo - Perceptual
PATRÓN 7	Autopercepción - Autoconcepto
PATRÓN 8	Rol - Relaciones
PATRÓN 9	Sexualidad - Reproducción
PATRÓN 10	Adaptación – Tolerancia al estrés
PATRÓN 11	Valores - Creencias

- 11 áreas con importancia sobre la salud de individuos y/o familias

- Permite una valoración enfermera sistemática y premeditada: un perfil funcional

- Datos físicos, psicológicos, sociales, y del entorno.

- Localización de Patrones Funcionales:
 - eficaces
 - alterados
 - con riesgo de alteración.

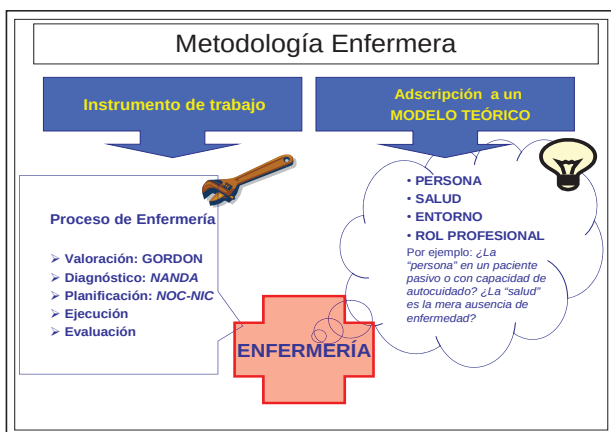
Aunque frecuentemente se presta mayor atención a los primeros patrones, se deberían tener todos en cuenta a la hora de realizar una valoración completa, puesto que puede haber datos determinantes para la situación funcional del paciente en cualquiera de ellos.
Se podría aplicar a los Patrones Funcionales la analogía del "sinfonier": normalmente guardamos lo que utilizamos con más frecuencia en los primeros cajones, pero no tiene por qué ser lo más valioso.

Los Patrones Funcionales no deben ser considerados erróneamente como un modelo conceptual. Los modelos teóricos presentan mayor grado de abstracción, puesto que definen los conceptos del metaparadigma enfermero (persona, entorno, salud y rol profesional).

Aunque profundizar en Teorías y Modelos de Enfermería queda fuera de los objetivos de este manual, tan sólo mencionar a dos teóricas, por la amplia difusión que han tenido sus trabajos en el ámbito sanitario español:

- Virginia Henderson: propuso las 14 Necesidades Básicas de Salud para determinar si el paciente presenta manifestaciones de dependencia o independencia, por lo que su tendencia ha sido ampliamente aplicada en el ámbito hospitalario.

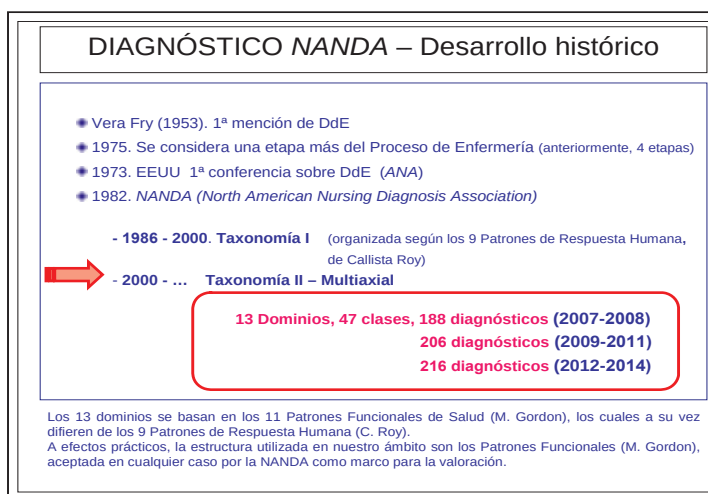
- Dorothea Orem: dentro de la Teoría General de Enfermería definió por primera vez el "autocuidado", concepto fundamental dentro de la atención primaria de salud.



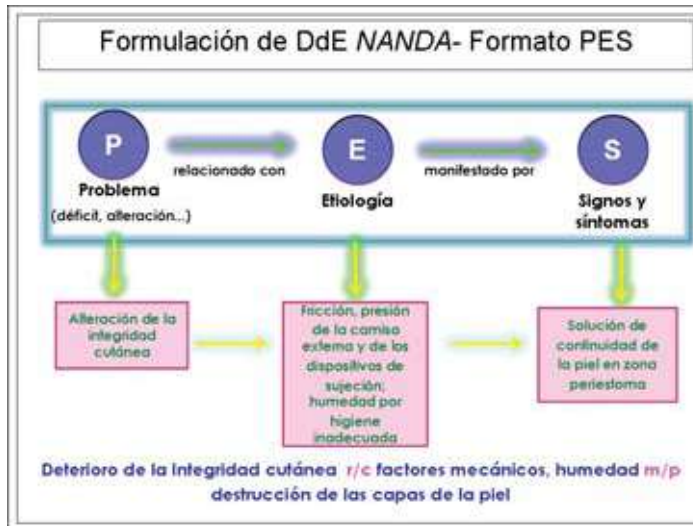
Diagnóstico:

En la fase diagnóstica se empleará la clasificación de **Diagnósticos de Enfermería NANDA-I** (North American Nursing Diagnosis Association – Internacional), en concreto la taxonomía II multiaxial, vigente desde el año 2000.

La taxonomía NANDA-I, como su propio nombre indica, está siendo aplicada a nivel internacional. Puesto que las competencias de los profesionales de enfermería difieren en ocasiones según el país en el que desarrollen su actividad, tendremos en cuenta la aplicabilidad de esta clasificación en nuestro ámbito, siguiendo las recomendaciones propuestas por M.T. Luis Rodrigo en sus diferentes publicaciones, entre otras.



Los diagnósticos de enfermería se formulan en el llamado “formato P.E.S.” (= problema, etiología, síntomas). O dicho de otra forma: etiqueta diagnóstica + factores relacionados o de riesgo + características definitorias:



Los DdE NANDA pueden ser fundamentalmente de tres tipos diferentes: reales, de riesgo, de promoción de la salud.



La fase diagnóstica finaliza con la priorización de uno o varios diagnósticos de entre todos los que se pudieran enunciar, para que el PdC sea funcional. Es fundamental implicar al paciente en el proceso, puesto que el fin último del PdC es conseguir un resultado en salud, y no sólo el registro y la organización de los cuidados.

Planificación:

En esta fase se fijan los objetivos que pretendemos que el paciente (y/o familia) alcance, y las intervenciones necesarias para ello. Las metas deben ser realistas, medibles, establecidas para un tiempo determinado, y formuladas conjuntamente con el paciente.

Al igual que para el diagnóstico de enfermería se utilizó la taxonomía NANDA-I, se usará la taxonomía de resultados – NOC para formular los objetivos, y la de intervenciones – NIC.

La **Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE)** / Nursing Outcomes Classification (NOC), utiliza el término “resultado” en lugar de “objetivo”, porque mientras que el objetivo es dicotómico (se cumple o no se cumple), el resultado se puede medir de forma continua (mediante escala tipo Likert, de 1 a 5), y al describir “estados” de forma más abstracta y neutra, son aplicables a cualquier caso.

Los resultados – NOC a su vez se “subdividen” en indicadores, más específicos. Por ejemplo:

Para el DdE: Riesgo de aspiración:

NOC: **Prevención de la aspiración** [Puntuación global actual = 2 ; Puntuación diana/objetivo = 4]

Indicadores: - Identifica factores de riesgo (2)

- Se incorpora para comer o beber (2)

- Conserva una consistencia adecuada de las comidas sólidas y líquidas (3)...

(1) Nunca demostrado; (2) Raramente demostrado; (3) A veces demostrado;

(4) Frecuentemente demostrado; (5) Siempre demostrado.

La puntuación global del NOC se suele hallar según el valor moda (el que más se repite) de los indicadores elegidos, si bien sus autores no establecen un método

(moda, media...) sobre otro. Siempre, independientemente del NOC o indicadores con el que estemos trabajando, “1” representa la peor situación posible y “5” la mejor. Cuando medimos un resultado – NOC se toma como referencia una persona de misma edad y sexo, sin problemas añadidos.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) / Nursing Interventions Classification (NIC) es una taxonomía global y estandarizada que incluye intervenciones directas o indirectas, así como tratamientos iniciados por las enfermeras o por otros profesionales. Las intervenciones – NIC se especifican en actividades. Por ejemplo:

NIC: Cuidados del sitio de incisión

- Actividades:
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión
 - Limpiar con una solución antiséptica
 - Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado...

Ejecución y Evaluación:

La ejecución es la puesta en práctica de los cuidados programados anteriormente; la enfermera, el paciente y/o el cuidador llevan a cabo las actividades planificadas.

En la fase de evaluación se determina si el paciente (y/o familia) ha conseguido los objetivos establecidos, es decir, si se ha alcanzado el valor (de 1 a 5) que se pretendía para el resultado – NOC. De no ser así, debemos comprobar si las intervenciones fueron adecuadas, modificándolas de ser necesario, e incluso plantearnos si la valoración inicial y el diagnóstico de enfermería fueron precisos.

Al mismo tiempo que se evalúa la situación del paciente, cuantificar los cambios en el estado del paciente mediante un resultado – NOC estandarizado, permite medir el impacto de los cuidados enfermeros, es decir, determinar si ciertas intervenciones de enfermería han sido efectivas para conseguir una mejoría del paciente en cuanto a un aspecto determinado.

El uso de clasificaciones o taxonomías puede suponer dificultades iniciales frente al registro con “texto libre” o lenguaje natural, pero aporta las ventajas de facilitar:

- la comunicación entre profesionales y la continuidad de los cuidados, dentro del mismo ámbito asistencial y especialmente, interniveles.
- la producción de conocimiento enfermero que refuerce la Enfermería como disciplina científica.

- la integración del registro de los cuidados en los soportes informáticos en los que se encuentran actualmente las historias clínicas.

Entre los DdE que se podrían utilizar en PdC de pacientes con cánula, encontramos:

PATRÓN FUNCIONAL	Diagnóstico de Enfermería NANDA
1) Percepción / Manejo	Riesgo de infección
2) Nutricional / Metabólico	Riesgo de aspiración
	Deterioro de la integridad cutánea
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
	Deterioro de la mucosa oral
4) Actividad / Ejercicio	Riesgo de intolerancia a la actividad
	Limpieza ineficaz de las vías aéreas
5) Sueño / Descanso	Insomnio
6) Cognitivo / Perceptivo	Conocimientos deficientes
	Dolor agudo
7) Autopercepción / Autoconcepto	Ansiedad
	Trastorno de la imagen corporal
8) Rol Relaciones	Riesgo de cansancio del rol de cuidador
10) Adaptación / Tolerancia al estrés	Afrontamiento ineficaz

Los siguientes PdC no pretenden abarcar la totalidad de los cuidados habituales a pacientes con cánula, por la diversidad y complejidad de los mismos. En general, engloban aspectos de: prevención y detección precoz de complicaciones, fomento del autocuidado (del paciente y el cuidador) y educación sanitaria. Como se mencionó anteriormente, requerirán siempre ser personalizados o individualizados.

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC - Indicadores	Intervención NIC
00004 Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos; defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel (ej. traqueostomía reciente)	1102 Curación de la herida: por primera intención - Aproximación cutánea - Secreción serosanguinolenta de la herida - Eritema cutáneo circundante 1902 Control del riesgo - Evita exponerse a las amenazas para la salud - Reconoce cambios en el estado general de salud	3440 Cuidados del sitio de incisión 6550 Protección contra las infecciones 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales
00039 Riesgo de aspiración r/c deterioro de la deglución; traqueostomía	1918 Prevención de la aspiración - Evita factores de riesgo - Conserva una consistencia adecuada de las comidas sólidas y líquidas 1010 Estado de deglución - Atragantamiento, tos o náuseas - Incomodidad con la deglución	3200 Precauciones para evitar la aspiración 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales 1860 Terapia de deglución

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC - Indicadores	Intervención NIC
00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos; humedad (ej. presión camisa externa en zona periestoma) m/p destrucción capas de la piel Nota.- Indicado para casos de lesiones que afectan a la piel (dermis y epidermis); desaconsejado si lesiones: - más profundas ("Det. integridad tisular"), - que afecten a mucosas ("Det. mucosa oral") - de etiología quirúrgica / suturas ("Riesgo de infección")	1103 Curación de la herida: por segunda intención - Disminución del tamaño de la herida - Secreción serosanguinolenta - Secreción purulenta	3590 Vigilancia de la piel 3540 Prevención de úlceras por presión
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos; humedad	1001 Integridad tisular: piel y membranas mucosas - Eritema - Integridad de la piel	3590 Vigilancia de la piel 3540 Prevención de úlceras por presión

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC - Indicadores	Intervención NIC
00045 Deterioro de la mucosa oral r/c respiración bucal; higiene oral inefectiva, efectos secundarios del tratamiento (radioterapia; quimioterapia); dieta absoluta durante más de 24 horas; deshidratación m/p dificultad para comer; dificultad para deglutir; dolor oral; malestar oral; lesiones orales.	1001 Integridad tisular: piel y membranas mucosas - Lesiones de la mucosa - Hidratación 1100 Salud oral - Dolor - Limpieza de la boca - Humedad de la mucosa oral y lengua - Integridad de la mucosa oral	1800 Ayuda con el autocuidado 3320 Oxigenoterapia 3302 Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva 0180 Manejo de la energía 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito
00094 Riesgo de intolerancia a la actividad r/c presencia de problemas respiratorios; antecedentes de intolerancia a la actividad	0300 Autocuidados: Actividades de la vida diaria (AVD) - Come - Higiene - Se coloca solo - Ambulación 0002 Conservación de la energía - Adapta el estilo de vida al nivel de energía - Equilibrio entre actividad y descanso 0005 Tolerancia de la actividad - Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad - Color de piel - Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad	1800 Ayuda con el autocuidado 3320 Oxigenoterapia 3302 Manejo de la ventilación mecánica: no invasiva 0180 Manejo de la energía 5612 Enseñanza: ejercicio prescrito

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC - Indicadores	Intervención NIC
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c mucosidad excesiva; retención de las secreciones; vía aérea artificial m/p disnea; ortopnea; cambios en la frecuencia respiratoria; tos inefectiva; ausencia de tos; sonidos respiratorios adventicios; excesiva cantidad de esputo; cianosis; agitación	0004 Sueño - Horas de sueño - Patrón del sueño - Calidad del sueño - Duermes toda la noche - Dependencia de las ayudas para dormir - Dolor	3200 Precauciones para evitar la aspiración 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales 3350 Monitorización respiratoria 3230 Fisioterapia torácica 3160 Aspiración de las vías aéreas
00095 Insomnio r/c ansiedad; malestar físico (p.ej., dolor, falta de aliento, tos...); temor; higiene del sueño inadecuada; factores del entorno; toma de estimulantes m/p expresa dificultad para conciliar el sueño; expresa dificultad para permanecer dormido; expresa tener sueño no reparador	0004 Sueño - Horas de sueño - Patrón del sueño - Calidad del sueño - Duermes toda la noche - Dependencia de las ayudas para dormir - Dolor	1850 Mejorar el sueño 6482 Manejo ambiental: confort 1400 Manejo del dolor 5230 Mejorar el afrontamiento 5380 Potenciación de la seguridad 5880 Técnica de relajación 2380 Manejo de la medicación

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC - Indicadores	Intervención NIC
00126 Conocimientos deficientes r/c falta de exposición; falta de interés en el aprendizaje; mala interpretación de la información; poca familiaridad con los recursos para obtener la información m/p seguimiento inexacto de las instrucciones; informa del problema	1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad - Signos y síntomas de la enfermedad - Complicaciones potenciales de la enfermedad - Factores de riesgo 1813 Conocimiento: régimen terapéutico - Dieta prescrita - Régimen de medicación prescrita - Ejercicio prescrito 1823 Conocimiento: fomento de la salud - Conductas que promueven la salud - Efectos adversos sobre la salud del consumo de alcohol - Efectos adversos sobre la salud del consumo del tabaco	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad 5618 Enseñanza: procedimiento – tratamiento 5614 Enseñanza: dieta prescrita 5510 Educación para la salud 7110 Fomentar la implicación familiar

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC - Indicadores	Intervención NIC
00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos (p ej. biológicos, químicos, físicos o psicológicos). m/p expresa dolor; observación de evidencias de dolor; trastornos del patrón del sueño	1605 Control del dolor - Refiere dolor controlado - Utiliza los analgésicos de forma apropiada 2102 Nivel del dolor - Duración de los episodios de dolor - Expresiones faciales de dolor - Inquietud	1400 Manejo del dolor 2380 Manejo de la medicación 2210 Administración de analgésicos 6482 Manejo ambiental: confort 6040 Terapia de relajación 1850 Mejorar el sueño 5820 Disminución de la ansiedad
00146 Ansiedad r/c amenaza para: el estado de salud; amenaza para: la función del rol; cambio en: el estado de salud; cambio en: la función del rol; crisis situacionales m/p expresa preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales; insomnio; temor a consecuencias inespecíficas; nerviosismo	1402 Autocontrol de la ansiedad - Busca información para reducir la ansiedad - Mantiene el desempeño del rol - Conserva las relaciones sociales - Refiere dormir de forma adecuada - Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad 5230 Mejorar el afrontamiento 5610 Enseñanza: prequirúrgica 5618 Enseñanza: procedimiento – tratamiento 4920 Escucha activa

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC - Indicadores	Intervención NIC
000118 Trastorno de la imagen corporal r/c cirugía; enfermedad; tratamiento de la enfermedad m/p no tocar una parte del cuerpo; conductas de evitación del propio cuerpo; respuesta no verbal a cambios corporales reales (p.ej., aspecto, estructura, función); expresa temor a la reacción de los otros; expresa sentimientos negativos sobre el cuerpo (p.ej., sentimientos de desamparo, desesperanza, impotencia); preocupación por el cambio; expresa cambio en el estilo de vida	1308 Adaptación a la discapacidad física - Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad - Se adapta a las limitaciones funcionales - Identifica maneras para aumentar la sensación de control - Identifica el riesgo de complicaciones asociadas con la discapacidad 1205 Autoestima - Verbalizaciones de autoaceptación - Cumplimiento de los roles significativos personales - Mantenimiento del cuidado / higiene personal 1200 Imagen corporal - Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal - Descripción de la parte corporal afectada - Adaptación a cambios corporales por cirugía - Satisfacción con la función corporal	5400 Potenciación de la autoestima 5220 Mejora de la imagen corporal 5240 Asesoramiento 5230 Mejorar el afrontamiento 4920 Escucha activa 5270 Apoyo emocional 1800 Ayuda con el autocuidado

Diagnóstico NANDA	Resultado NOC - Indicadores	Intervención NIC
00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador r/c complejidad de los cuidados; alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados; duración de la necesidad de cuidados; conflicto entre diferentes compromisos del rol del cuidador	2208 Factores estresantes del cuidador familiar - Limitaciones físicas del cuidador - Limitaciones psicológicas del cuidador - Carga percibida de problemas de salud progresivos del receptor de los cuidados 2210 Resistencia del papel del cuidador - Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados - Dominio de las actividades de cuidados directos	7040 Apoyo al cuidador principal 7110 Fomentar la implicación familiar 5230 Mejorar el afrontamiento
00069 Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacionales; alto grado de amenaza; inadecuado nivel de percepción de control; falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación m/p expresa incapacidad para el afrontamiento; falta de resolución de los problemas; incapacidad para satisfacer las necesidades básicas; conducta destructiva hacia sí mismo Algunos de los diagnósticos anteriores, aún cuando se encuentran recogidos en la taxonomía de NANDA-I, pueden generar dudas sobre si expresan una situación que puede ser abordada por la enfermera de forma independiente. En este caso, es aconsejable enunciarlos como Problemas de Colaboración.	1302 Afrontamiento de problemas - Identifica patrones de superación eficaces - Se adapta a los cambios en desarrollo - Utiliza estrategias de superación efectivas	5230 Mejorar el afrontamiento 5250 Apoyo en la toma de decisiones

AIPPC2016

2^a PARTE

Técnicas y procedimientos en el paciente portador de cánula

Capítulo 8

Cambio de cánula en pacientes traqueotomizados/ traqueostomizados

Rosa Clavel Cerón
Mercedes Sánchez Clavel
M^a Dolores Gómez de Mercado Martínez
Rocío Rodríguez Domínguez

1. INTRODUCCIÓN

El cambio de cánula en pacientes traqueotomizados/traqueostomizados es uno de los procedimientos más importantes, de los más desconocidos y el que más inseguridad genera entre el personal de enfermería.

2. OBJETIVO

Realizar el cambio de cánula en los pacientes portadores de ella.

3. MATERIAL

- Guantes.
- Antisépticos (evitar que contengan yodo).
- Lubricante (no graso).
- Gasas.
- Suero salino fisiológico 0,9% (SSF).
- Apósito específico.
- Cinta específica.
- Cánula apropiada (Figura 54).



Figura 54.

4. EQUIPO NECESARIO

- Batea.
- Pinzas trivalva (Figura 55).
- Espejo frontal (fotóforo) / Punto de luz.



Figura 55. Pinzas trivalva.

5. PROCEDIMIENTO

El proceso de cambio de cánula debe responder a dos requisitos básicos:

A. Debe realizarse con la máxima limpieza posible.

B. Debe llevarse a cabo de manera rápida para impedir el cierre del estoma (incidencia frecuente en pacientes con traqueotomía o laringectomía parcial). Así pues, en nuestra práctica diaria la manera de proceder es la siguiente:

1. Realizar lavado de manos.
2. Trasladar el material y equipo cerca del paciente.
3. Preparar la cánula: Lubricar, recortar el apósito si lo precisa, introducir los extremos de la cinta en las pestañas de la cánula (Figura 56), humedecer diferentes gasas con antiséptico, lubricante y fisiológico. Si se tratara de una cánula con balón, éste se comprueba inflándolo para asegurarnos de que no tenga ninguna fuga (Figura 57).



Figura 56.



Figura 57.

4. Informar al paciente de la técnica.
5. Realizar un lavado de la tráquea con 2-5 cc de suero salino fisiológico 0,9% (SSF) si lo precisara. (Figura 58).



Figura 58.

6. Colocar al paciente sentado o en posición de fowler si está encamado, para permitir que el cuello esté alineado con la cabeza y con el resto del cuerpo.
7. Acoplar el espejo frontal o punto de luz si fuera preciso.
8. Proceder a extraer la cánula que lleve el paciente. Si se trata de una cánula desechable o se hubiera agotado su tiempo de caducidad (ver caducidades en Tema 4), se tirará al contenedor de residuos. Si se trata de una cánula de plata se conservará para su posterior limpieza. En aquellos pacientes portadores de cánula con balón, éste habrá que desinflarlo antes de retirar la cánula.
9. Limpiar el estoma con una gasa con SSF, a continuación retirar restos con la gasa impregnada de lubricante y por último aplicar gasa con antiséptico (Figura 59).



Figura 59.

10. Colocar la nueva cánula ya preparada, introduciéndola con decisión pero sin violencia, realizando una ligera lateralización, y cuando esté la mitad introducida ponerla en línea con el cuello. En el caso de encontrar resistencia debemos asegurar la apertura del estoma con la pinza trivalva y volver intentarlo de nuevo. Es habitual que al llegar la cánula a la tráquea se produzca un acceso de tos y expectoración (para evitar salpicaduras es mejor colocarse a un lado del paciente y nunca frente a él). (Figura 60 y 61).



Figura 60.



Figura 61.

11. Comprobar la adecuada ubicación de la cánula y para ello tenemos dos formas de comprobarlo:
 - a. Aunque conserve las cuerdas vocales el paciente es incapaz de hablar, con la cánula destapada.
 - b. Colocando una mano desguantada delante de la cánula (Figura 62), puede percibirse claramente la salida de aire durante la espiración. Esto es muy importante para detectar una falsa vía.



Figura 62.

12. A continuación colocaremos el apósito siempre con la parte de celulosa en contacto con la piel, quedando el plástico hacia el exterior (afuera). No se usarán apósitos que se deshilachen (gasas), para evitar que entren hilos en la herida y puedan obstruir la tráquea, así como tampoco son convenientes los plásticos cobertores pues no permiten la ventilación de la piel del estoma. El material más adecuado serán los apósitos recubiertos, los cuales en su parte externa son de material hidrófobo que permite la transpiración. Una vez colocado, para evitar que se caiga, se fijaran los extremos del apósito con esparadrapo (Figura 63).



Figura 63.

13. Por último, ajustaremos la cinta dejando un espacio en el que se pueda introducir un dedo entre el cuello y la cinta (Figura 64), sujetándola correctamente de forma que no quede ni muy suelta ni muy apretada, para evitar una decanulación accidental. La sujeción de la cánula puede ser con cinta, con velcro, o con el material que se considere más seguro y cómodo

según el paciente teniendo en cuenta que se pueda retirar fácilmente en una situación de urgencia. La cinta nunca debe rodear la cánula, ya que puede producir rozaduras y úlceras por presión tanto en el cuello como en la zona periestomal.



Figura 64.

6. OBSERVACIONES

- Se debe tener en cuenta si el cambio se realiza en una traqueotomía o en una traqueostomía ya que es una condición que va a influir en la rapidez y en la dificultad al introducir la cánula.
- En el caso de cánulas con neumotaponamiento, valorar la necesidad y los tiempos que el neumotaponamiento se mantiene inflado o desinflado y solo mantener la cánula con neumotaponamiento inflado cuando sea estrictamente necesario, ya que puede producir lesiones internas importantes.
- Enseñar al paciente el cuidado, la información, medios y estímulos necesarios para que adquieran la máxima autonomía en la práctica de sus cuidados.

Capítulo 9

Cambio de prótesis fonatoria

Elisabeth Perálvarez Torres
María Dolores Calvo Torres
José Antonio Subiela García
Carlota Iglesias Ortuño

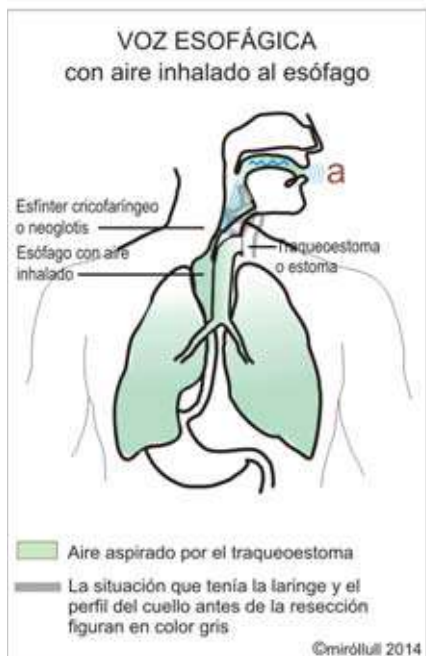
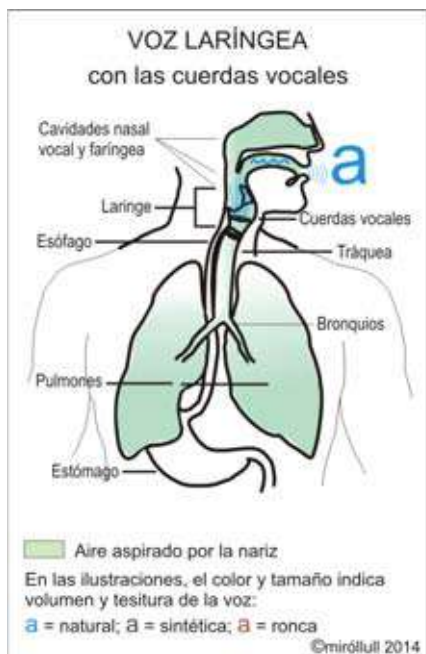
1. INTRODUCCIÓN

La voz traqueoesofágica proporcionada por la prótesis de voz en el paciente laringuectomizado permite un método de emisión de voz similar a la voz anterior a la cirugía en tanto que participan de igual forma el fuelle pulmonar y el apoyo diafragmático: el aire asciende en la espiración y alcanza la neoglottis (esófago) a través de la prótesis fonatoria.

El aprendizaje es más rápido que en otras opciones de voz alaríngea (ver figuras 65 a 68) obteniendo mejores resultados en los parámetros de intensidad (60-70dB(A)) e inteligibilidad, además de proporcionar unos tiempos máximos de fonación superiores más cercanos a los que tenía antes de la traqueostomía o laringuectomía total.

La voz mediante el uso de prótesis fonatoria requiere un cuidado y mantenimiento específicos a fin de obtener el máximo rendimiento de la prótesis, la mejor calidad vocal posible, así como evitar posibles dificultades.

El recambio de la prótesis de voz es un procedimiento sencillo. La vida media de dichas prótesis va siendo cada vez más larga (entre 6 meses y un año) aunque va a depender de las características propias de cada paciente, de sus cuidados y de su mantenimiento. En el mercado podemos encontrar diferentes tipos de prótesis pero en este caso vamos a desarrollar el recambio de la prótesis de voz mediante el sistema Smart Insertor que es el que se emplea en nuestra consulta (CELT).



Figuras 65-68: Los cuatro tipos de voz.

Fuente: Josep Maria Miró Llull (con la autorización del autor).

2. OBJETIVOS

Establecer el procedimiento de actuación a seguir por el personal de enfermería en el recambio de dicha prótesis de voz.

3. MATERIAL

- Guantes de protección frente a riesgos biológicos.
- Antiséptico tipo Clorhexidina al 1%.
- Gasas.
- Suero salino fisiológico 0,9% (SSF).
- Mascarilla con protección ocular (si procede).
- Sondas de aspiración de diferentes calibres.
- Prótesis de voz de diferentes tamaños (6, 8 y 10 mm, son las más habituales).
- Vaso con agua.
- Cánula fenestrada de silicona con cinta de fijación, adhesivo o hemicánula Lary Button (según cada caso).
- Filtro HME.

4. EQUIPO NECESARIO

- Batea.
- Mosquito curvo.
- Pinza sin dientes.
- Tijeras.
- Aspirador de pared.
- Fotóforo.

5. PROCEDIMIENTO

En el procedimiento de recambio de prótesis de voz con el sistema Smart Inserter (Provox® Vega™), la prótesis ya viene precargada en un insertador (no es necesario montar ni manipular diferentes elementos del sistema), y preparada para su uso. La medida de la prótesis de voz está marcada en la parte posterior del blíster donde está precintada. Las medidas más utilizadas son las de 8 mm y 10 mm al inicio y las de 6 mm y 8 mm tras la cicatrización de la fístula traqueoesofágica. Estas medidas hacen referencia a la longitud de la prótesis de voz y no al diámetro que siempre es el mismo. Es muy importante hacer una elección adecuada de la longitud de la prótesis (utilizando el medidor) porque en caso contrario puede dar lugar a varias dificultades.

- a. En caso de que la longitud de la prótesis sea corta puede originar hipertrofia mucosa sobre las aletas de sujeción de la prótesis impidiendo su normal funcionamiento.
- b. En caso de que la longitud de la prótesis sea demasiado larga podría generar aspiraciones alrededor de la prótesis.

Pasos a seguir:

1. Sujetando el dispositivo con las dos manos, empuje el vástago hasta que el anillo azul de la prótesis, sobrepase la marca impresa en el tubo (ver figura 69).



<https://www.youtube.com/watch?v=5hH1YtB7ed0>

Figura 69.

2. Introduzca suavemente la punta del Smart Inserter en la fístula traqueo-esofágica. Oriente el insertador de forma ligeramente angulada, para facilitar el despliegue de la aleta de sujeción esofágica de la prótesis de voz.
3. Empuje nuevamente el vástago, hasta que quede totalmente introducido en el Smart Inserter. La aleta esofágica de la prótesis, se desplegará por completo en el esófago.
4. Traccione todo el insertador hacia atrás, de modo que la aleta traqueal de la prótesis quede desplegada.
5. Reoriente la prótesis en la posición adecuada con la ayuda del vástago largo de color azul.
6. Compruebe que el paciente puede emitir voz de forma eficaz, así como beber agua sin observar fuga hacia la vía aérea.
7. Retire el vástago azul y corte el sistema de seguridad, lo más cerca posible de su base. En este punto, la prótesis de voz, ya ha sido efectivamente reemplazada.

6. OBSERVACIONES

Puesto que la prótesis es de silicona (grado médico; biocompatible con la estructura traqueo-esofágica), es natural que por fatiga del material, transcurrido un tiempo, o por otras causas que a continuación se exponen, aparezcan fugas de líquido o alimento del esófago, a través o alrededor de la prótesis fonatoria.

6.1. Fugas a través de la prótesis

Suponen un 85% y la causa más frecuente suele ser:

- Por acúmulo de biofilm. El biofilm es una capa que recubre la prótesis de hongos o restos alimenticios y/o secreciones que van a impedir el cierre adecuado de la válvula de la prótesis de voz (válvula unidireccional que se abre hacia el esófago). Para prevenir dicho acúmulo de biofilm se recomienda limpiar dos veces al día la prótesis de voz, si es posible, después de las comidas principales. En casos excepcionales en los que las pautas estándares de limpieza no sean suficientes se impregnará el cepillo específico para la limpieza de la prótesis de voz con un antifúngico tipo Mycostatin® y si fuera necesario, bajo prescripción médica, se realizarán enjuagues bucales con este producto tragándoselo después para prevenir o tratar los hongos.

6.2. Fugas alrededor de la prótesis

Constituyen el 15% y sus causas pueden ser:

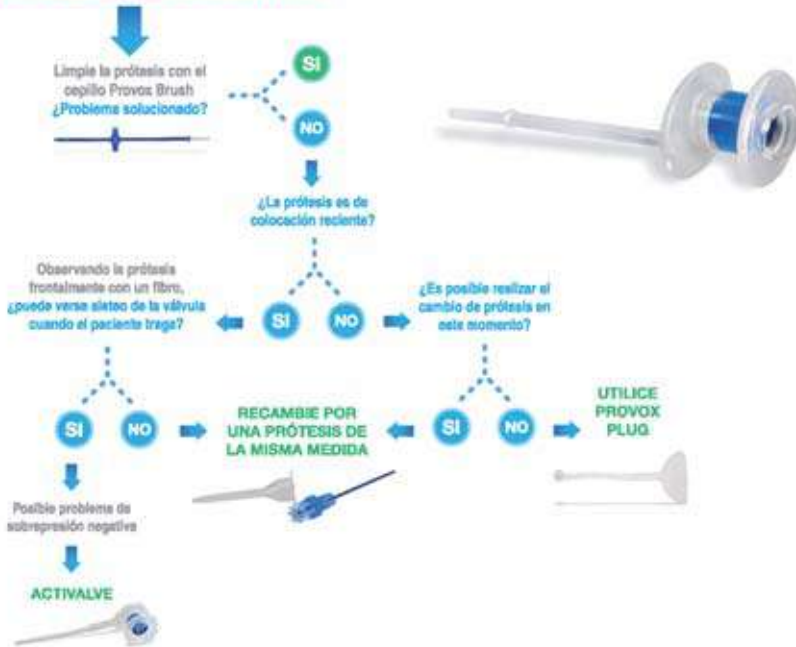
- Inadecuada elección del tamaño de la prótesis. Una selección correcta requiere la utilización de un medidor específico para medir el tamaño de la fístula traqueoesofágica y así determinar el número de la prótesis a colocar.
- Por presencia de reflujo gastroesofágico (RGE). Aunque algunos estudios sugieren la relación del RGE con el fallo prematuro de la prótesis, lo que sí está confirmado es la relación que existe entre el RGE y la dilatación de la fístula traqueoesofágica, con la consiguiente aparición de fugas alrededor de la prótesis. Para su prevención se recomiendan protectores gástricos (antiácidos) cada 12 o 24 horas.

COMPLICACIONES	CAUSA	SOLUCIÓN/OBSERVACIONES
Fugas a través de la prótesis (85%)	Por acúmulo de biofilm.	- Limpieza de la prótesis dos veces al día después de las comidas principales. - Limpieza con Mycostatin® como preventivo de hongos (en casos puntuales).
Fugas alrededor de la prótesis (15%)	Inadecuada elección del tamaño de la prótesis de voz.	Utilizar medidor específico.
	Por reflujo gastroesofágico (dilatación fístula traqueo-esofágica).	Protectores gástricos (antiácidos) cada 12 o 24 horas.

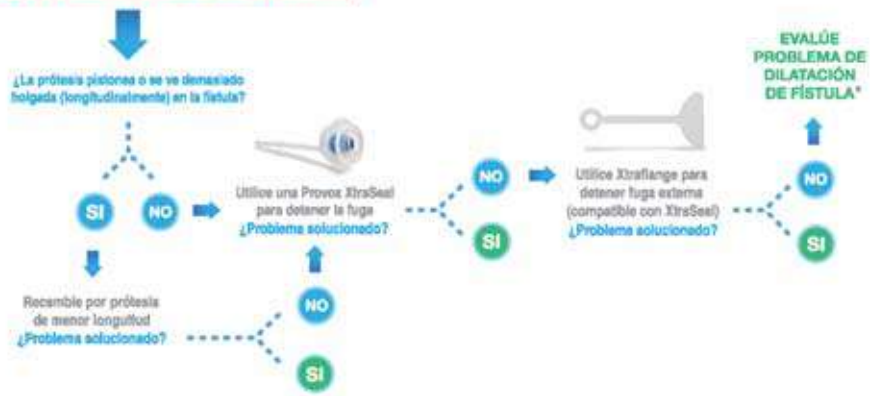
7. Actuación de enfermería ante una fuga:

PRÓTESIS DE VOZ: ACTUACIÓN ANTE UNA FUGA

FUGA A TRAVÉS DE LA PRÓTESIS



FUGA ALREDEDOR DE LA PRÓTESIS



* ATOS MEDICAL RECOMIENDA EL TRATAMIENTO CON PPI'S PARA MINIMIZAR EL RIESGO DE DILATACIÓN FÍSTULAR CAUSADO POR EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

Capítulo 10

Aspiración de secreciones

María José Luque Martínez
Ana M^a García Teruel
Francisca Lorente Tello
José Miguel Yagüe Albaladejo

1. INTRODUCCIÓN

La aspiración de secreciones en pacientes portadores de cánula de traqueotomía/traqueostomía, está fundamentalmente indicada y solo debe llevarse a cabo cuando el paciente no puede toser, tiene incapacidad para expectorar de forma eficaz o existe una acumulación importante de secreciones.

La producción de secreciones en pacientes portadores de cánula se debe normalmente a:

- La disminución de la efectividad de la tos.
- La presencia de una cánula, como cuerpo extraño en la vía aérea, conlleva el aumento en la producción de éstas por pérdida de transporte mucociliar y engrosamiento de las secreciones de las vías respiratorias inferiores.

2. OBJETIVOS

- Mantener permeable la vía aérea eliminando las secreciones de forma que el daño tisular producido sea mínimo.
- Facilitar la función respiratoria eliminando las secreciones que obstruyen la vía aérea.
- Prevenir la aparición de infecciones respiratorias por acúmulo de secreciones y la reducción de consolidación de atelectasias que conduce a una inadecuada ventilación e hipoxia.
- Estimular la tos y la respiración profunda.
- Obtener secreciones para el diagnóstico.

3. MATERIAL

- Sondas de aspiración de diferentes de calibres (las más utilizadas son las de los números 14-16 French).
- Guantes desechables.
- Gasas estériles.
- Suero salino fisiológico 0,9% (SSF).

Las sondas deben ser blandas con agujero distal y lateral, de un calibre acorde con el número de cánula (la sonda no debe ser más gruesa que la mitad del calibre de la cánula, para evitar mayores presiones negativas) (Figura 70) con una longitud suficiente para no introducirla más allá del extremo distal de la cánula (de 1 a 2 cm) (Figura 71 y 72). Los orificios laterales deben sobresalir de la cánula para facilitar la eliminación de secreciones.



Figura 70. Calibre adecuado de la sonda.

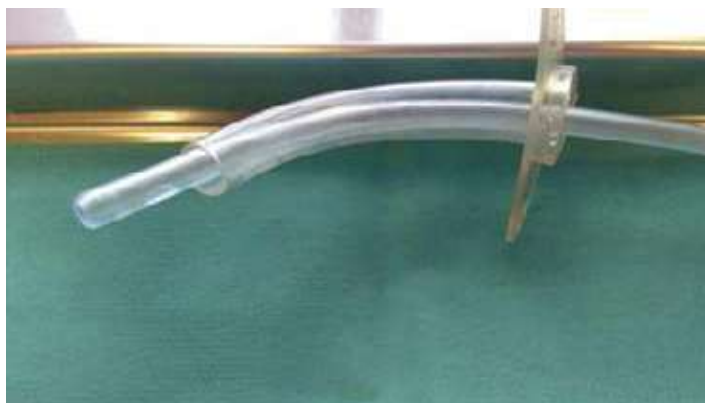


Figura 71. Medida correcta de introducción máxima de la sonda.



Figura 72. Medida incorrecta de introducción de la sonda.

La aspiración de secreciones no debe realizarse de forma rutinaria, solo cuando sea necesaria y no deben programarse horarios prefijados.

La frecuencia debe ser variable según la necesidad y en función de la evaluación del paciente: viscosidad, cantidad de moco, rendimiento muscular y neurológico, presencia del reflejo tusígeno activo, etc.

En pacientes conscientes, antes de la aspiración, invitarles a toser y hacer respiraciones profundas. La estimulación traqueal tiene el potencial de causar reacciones vasovagales que se manifiestan como bradicardia e hipotensión.

4. EQUIPO NECESARIO

- Caudalímetro de oxígeno (Figura 73).
- Aspirador de pared o portátil (Figura 74).



Figura 73. Caudalímetro de O₂.



Figura 74. Aspirador de pared.

5. PROCEDIMIENTO

El procedimiento de aspiración de secreciones debe ser lo menos traumático y lo más efectivo posible. Se deberá informar al paciente/familia sobre el procedimiento con el fin disminuir al mínimo el estrés ya que durante la ejecución de la técnica se puede producir un aumento de la presión arterial y del ritmo cardíaco. No hablamos de esterilidad, si no de técnica limpia, exceptuando en las unidades de cuidados intensivos donde la técnica será estéril. Los pasos a seguir serán los siguientes:

1. Comprobar correcto funcionamiento del aspirador. En adultos la aspiración será de entre 80 a 150 mmHg y hasta 200 mmHg como máximo, utilizando en cada caso la presión efectiva más baja. El uso de la presión adecuada para la aspiración, reduce el riesgo de atelectasia, hipoxia y daño a la mucosa traqueal.
2. Solicitar colaboración del paciente o familia según proceda.
3. Colocación del paciente en posición fowler o semi-fowler.
4. Realizar correcto lavado de manos.
5. Colocación de guantes desechables.
6. Colocarse el equipo de protección individual si fuera necesario.
7. Conectar sonda al aspirador.
8. Si está recibiendo oxígeno, valorar la necesidad de aumentar el flujo de oxígeno durante uno o dos minutos incrementando la FiO₂.
9. En caso de utilizar mascarilla en "T" retirarla y entre aspiraciones volver a colocarla. En caso de disponer de una mascarilla de traqueotomía para adulto no será necesario retirarla y se aspirará por el dispositivo habilitado para ese fin. (Figura 75).

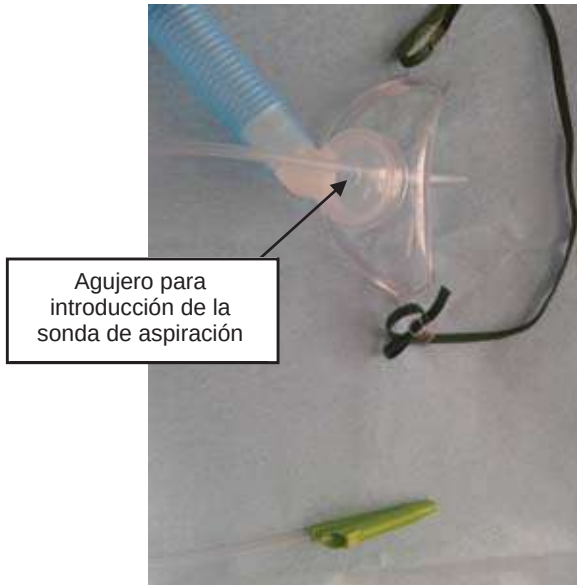


Figura 75. Mascarilla de cuello de TQT.

10. Introducir la sonda de aspiración, si se encuentra resistencia, no forzar. No aspirar durante la introducción de la sonda (Figura 76).



Figura 76. Antes de la aspiración.

11. Para aspirar, taponar con el dedo pulgar de forma intermitente el extremo libre de la conexión para producir el vacío (Figura 77).



Figura 77. Durante la aspiración.

12. Se comienza a aspirar, retirando la sonda de forma simultánea, con movimientos rotatorios y aspiraciones intermitentes.
13. Si es necesario, repetir la aspiración. Entre una aspiración y otra debemos esperar unos 30 segundos, aumentando de nuevo el flujo de O₂ si es preciso.
14. Tras la aspiración la sonda debe desecharse.
15. Es muy importante no realizar aspiraciones profundas por el riesgo de sangrado bronquial y oclusión de las vías respiratorias.
16. Si existiera un tapón mucoso en la cánula, se procederá a su extracción. (ver Tema 16).

6. OBSERVACIONES

A. Complicaciones:

Las principales complicaciones derivadas de la ejecución de este procedimiento son:

– Traqueítis:

- ♦ Las aspiraciones frecuentes irritan la mucosa traqueal, pudiendo llegar a producir lesiones y sangrado de la misma. Si el paciente desarrolla una traqueítis no lo aspiraremos más allá de la cánula, a menos que sea absolutamente necesario (como es el caso de una obstrucción de la vía aérea). En este caso se deberá humidificar la vía aérea instilando 2-5 cc de SSF que estimula el reflejo tusígeno y ayuda al desplazamiento ascendente de las secreciones a lo largo de la tráquea.

– Hipoxemia:

- ♦ Se produce al impedir la llegada de aire a los alvéolos pulmonares por aspiración del aire traqueal juntamente con las secreciones. Como medida adicional para disminuir la hipoxia aspiraremos rápidamente (5-10 segundos) y a la presión adecuada. La aspiración a bajas presiones (< 80 mm Hg) prolongan el tiempo de aspiración, son menos eficaces y pueden aumentar la hipoxemia.

– Broncoespasmo y atelectasias:

- ♦ La alta presión negativa durante la aspiración puede provocar colapso alveolar con presiones superiores a 26,7 KPa (200 mm Hg).
- ♦ En este caso se pueden observar signos de dificultad respiratoria: diaforesis, palidez, cianosis, agitación, nerviosismo, alteración de la conciencia, estridor, etc.

– Arritmias:

- ♦ Como consecuencia de sangrado y posterior oclusión de las vías respiratorias inferiores.
- ♦ Por contaminación bacteriana.

Durante la aspiración, en presencia de una insuficiencia respiratoria aguda, debe asegurarse una vía aérea permeable y activar el protocolo de emergencia.

B. Cuidados:

- Se debe estimular al paciente que expulse las secreciones siempre que sea posible teniendo en cuenta la viscosidad, cantidad de moco, estado de consciencia, capacidad muscular y reflejo de la tos.
- Ante un paciente portador de cánula será fundamental aumentar la humedad en las vías respiratorias (asegurando un aporte de líquidos adecuado y el uso de humidificador ambiental).
- Un déficit de humidificación ambiental hace que la mucosidad sea más espesa, se dificulte su expulsión y dé lugar a la formación de tapones mucosos.

- Los pacientes que tienen dificultad para eliminar las secreciones pueden requerir tratamiento de fisioterapia respiratoria (ver Tema 28).
- En pacientes conscientes, reflejo tusígeno presente y colaboradores se deben realizar lavados, a través de la cánula, procediendo a la instilación de unos 2-5 cc de SSF. Estos lavados pueden realizarse con cánula interna o sin ella, las veces que sea necesario, hasta que el paciente expulse todas las secreciones.
- Tras el lavado con SSF hemos constatado que mejora la situación del paciente por lo que es conveniente instruirle para que éste lo realice cada vez que lo precise. En domicilio aconsejamos que lo realice como mínimo al levantarse, para eliminar las secreciones acumuladas de la noche y al acostarse para evitar que se produzcan tapones. En nuestro ámbito no hemos constatado ninguna complicación, siendo para el paciente una maniobra fácil y con un resultado rápido y satisfactorio.
- Ante la presencia de tapón mucoso resistente, instilaremos Mucofluid y SSF o agua estéril a partes iguales (2-5 cc) para ablandar y poder extraer dicho tapón.

Capítulo 11

Extracción de granulomas

María José Luque Martínez
María Concepción Hernández Agüera
Rocío Magariño Valero
M^a Pilar Jover Blaya

1. INTRODUCCIÓN

Un granuloma es un crecimiento de tejido inflamatorio alrededor del estoma o en el interior de la tráquea, producido habitualmente por el rozamiento/presión continua de un cuerpo extraño que en este caso será la propia cánula de traqueotomía/traqueostomía de la que es portador el paciente.

Son lesiones de morfología mamelonada y rojiza que sangran con facilidad. No tienen naturaleza maligna, pero son lesiones irritativas que molestan y suponen una modificación del asentamiento de la base de la cánula, modifican la dirección del tubo y hacen que la posición de la cánula no sea la correcta pudiendo producir lesiones en la mucosa interna u oclusión parcial o total al hacer de tope con la pared traqueal.

En algunos casos se puede evidenciar una reducción del flujo respiratorio, por presencia de granulomas internos (Figura 78).



Figura 78. Granuloma interno.

2. OBJETIVOS

- Reducir y/o eliminar las molestias relacionadas con la presencia de este tipo de alteraciones en contacto con la cánula.
- Asegurar la ventilación adecuada del paciente.
- Mejorar la funcionalidad de la cánula.
- Evitar complicaciones secundarias a la mala ubicación de la cánula (heridas, hemorragias, etc.).

- Mejorar la integridad cutánea del traqueostoma, su estructura y su funcionalidad.

3. MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO (Figura 79)

- Guantes de protección frente a riesgos biológicos.
- Antiséptico: tipo Clorhexidina 1%.
- Guantes y gasas estériles.
- Suero salino fisiológico 0,9% (SSF).
- Bisturí recto con mango.
- Mascarilla con protección ocular, si se precisara (según patología del paciente).
- Apósito hemostático: tipo Espongostan®.
- Barras de Nitrato de Plata tipo Argenpal® o similar.
- Pinzas sin/con dientes.
- Paño de campo estéril.
- Aspirador.
- Sondas de aspiración.
- Espejo frontal o Fotóforo.
- Rinoscopio.
- Pinza Trivalva.

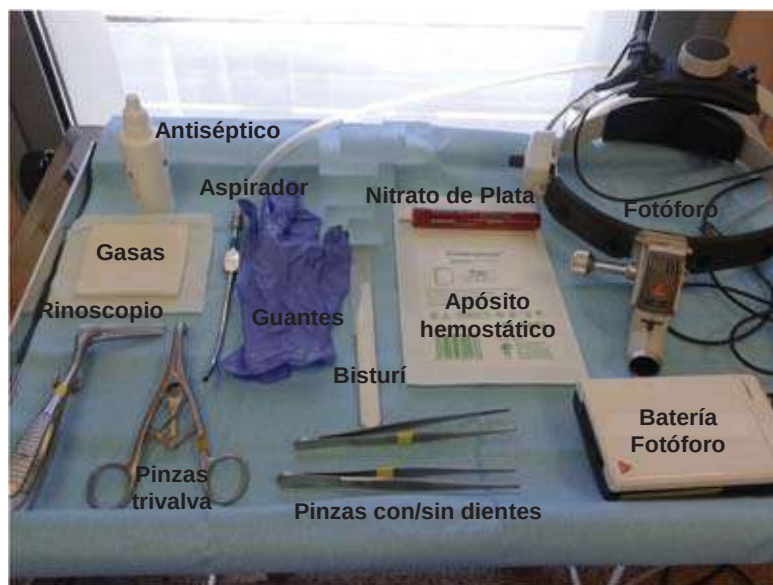


Figura 79. Material y equipo necesario.

4. PROCEDIMIENTO

- Informar al paciente.
- Realizar lavado de manos.
- Colocación de guantes desechables.
- Trasladar el material cerca del paciente.
- Preparación de la cánula: recortar el apósito si lo precisa, introducir los extremos de la cinta de sujeción en las pestañas de la cánula, humedecer diferentes gasas con antiséptico, lubricante y fisiológico y por último lubricar la cánula.
- Colocar al paciente en posición de fowler o semi-fowler, para permitir que el cuello esté alineado con la cabeza y el resto del cuerpo.
- Ponerse el espejo frontal o fotóforo si fuera preciso.
- Colocar campo estéril.
- Proceder a extraer la cánula que lleve el paciente (ver Tema 8).
- En aquellos pacientes portadores de cánula con neumotaponamiento, éste se debe deshinchar antes de retirar la cánula.

- Limpiar el estoma con un gasa con SSF y desinfectar con antiséptico tipo Clorhexidina.
- Para evitar salpicaduras colocarse siempre a un lado del paciente.
- Ponerse guantes estériles.
- Con las pinzas de disección (con o sin dientes) y un bisturí desechable se procede a la retirada del granuloma. Para ello, se sujeta la parte distal de éste con la pinza y con el bisturí se secciona la base. En ocasiones al tratarse de un tejido muy lábil, al proceder a sujetarlo con la pinza, el granuloma se puede soltar del tejido adyacente con facilidad sin necesidad de utilizar el bisturí.
- Aspirar con una sonda de aspiración si el sangrado es abundante.
- Una vez retirado el granuloma, se procederá a reducir la hemostasia haciendo presión directa sobre la herida ocasionada, con apósitos hemostáticos tipo Espongostan® o similar, dejando si es necesario dicho apósito entre la piel y la cánula. En caso de que no cese la hemorragia se realizan toques de Nitrato de plata en el punto de sangrado.
- Esperaremos a que coagule la herida que acabamos de provocar antes de volver a introducir la cánula. Si hubiera acceso de tos en este momento es normal que sea algo sanguinolento y que, en condiciones normales, el paciente expulsara sin problemas.

5. OBSERVACIONES

Los granulomas periestomales son muy comunes (Figuras 80, 81, 82 y 83) y también pueden tener como base una infección de los cartílagos de los anillos traqueales con la destrucción de ellos y la traqueomalacia resultante.

Más peligrosos resultan los granulomas intratraqueales, situados en la pared anterior o posterior de la tráquea y producidos habitualmente por el empleo de una cánula muy larga (por elección inadecuada de la cánula en proporción con la longitud de la tráquea).

En el caso de pacientes sometidos a una traqueotomía la parte más distal de la cánula puede ir erosionando la pared traqueal hasta llegar al tronco arterial braquiocefálico y originar una hemorragia letal siendo éste uno de los principales peligros.

Habitualmente esta técnica se realiza en varios días sobre todo en los casos que el paciente no tolera la decanulación por mucho tiempo o hace espasmos (con el consiguiente cierre del estoma). Para ello nos ayudamos con la pinza trivalva

o la cánula interna del modelo de cánula que lleva el paciente, para mantener la permeabilidad del estoma durante la ejecución de la técnica. Es recomendable que en estos casos la técnica se realice entre dos enfermeros mientras se reduce o retira el granuloma.



Figura 80.



Figura 81.



Figura 82.



Figura 83.

Cuando observamos que el granuloma comienza a formarse o es muy pequeño aplicamos unos toques con Nitrato de Plata hasta su total eliminación.

El paciente es el primero en notarse el crecimiento del granuloma, con la consiguiente molestia e incomodidad. Para evitar su formación es muy importante la adecuada sujeción de la cánula. La cinta debe quedar perfectamente colocada (que quepa un dedo entre cinta y parte de atrás del cuello) y no debe quedar muy suelta ya que el roce será mayor y estimulará el crecimiento del granuloma en esa zona, por lo que será muy importante insistir al paciente y familia en este punto.

En la práctica diaria, podemos encontrar pacientes que nunca han formado granulomas y otros a los que mensualmente tendremos que vigilar porque éstos pueden desarrollarse con bastante rapidez y suelen ser recidivantes.

El paciente se cambiara el apósito las veces que haga falta si sigue sangrando. Durante el proceso, almohadillaremos la zona con gasas para disminuir la presión hasta la extirpación total del granuloma.

Capítulo 12

Cierre programado del estoma

María Dolores Calvo Torres
Juan Antonio Blázquez Soto
Gema Sánchez Fernández
Beatriz Bernal Calvo

1. INTRODUCCIÓN

Tras la valoración y confirmación mediante fibroscopia realizada por el especialista en ORL, se decidirá o no el cierre definitivo del estoma. Éste será el último procedimiento de enfermería en un paciente portador de cánula.

2. OBJETIVO

Establecer el procedimiento de actuación a seguir por el personal de enfermería para el cierre del estoma por la técnica de aproximación (A) o por la de cierre quirúrgico (B) una vez se ha descartado la insuficiencia respiratoria del paciente.

3. PROCEDIMIENTO

Fundamentalmente se pueden emplear dos técnicas, por aproximación o mediante cierre quirúrgico.

A. Cierre del estoma por aproximación:

Esta técnica se utiliza cuando ha pasado poco tiempo desde que se practicó la cirugía. También se practica cuando se ha realizado una traqueotomía percutánea o en pacientes anticoagulados para evitar un sangrado excesivo.

A.1. Material:

- Guantes de protección frente a riesgo biológico (nitrilo, etc.).
- Antiséptico tipo Clorhexidina o Povidona Yodada.
- Suero salino fisiológico (SSF).
- Apósitos (gasas).
- Mascarilla con protección ocular si se precisara (según patología del paciente).
- Hemostático tipo Espongostan® o similar si precisa.
- Apósito de Nitrato de Plata tipo Argenpal® o similar si precisa.
- Esparadrapo de papel, de tela o puntos de aproximación tipo Steri-Strip® o similar.
- Torundas.
- Blastoestimulina® en polvo.

A.2. Equipo:

- Batea.
- Pinzas.
- Bisturí.

A.3. Procedimiento:

Una vez decidido el cierre del estoma se informará al paciente y al cuidador. Para asegurarse que tras el cierre el paciente no va a tener problemas de ventilación, es conveniente ir probando tolerancia con la válvula fonatoria durante 24 horas seguidas hasta que se adapte antes de pasar al tapón ciego (Figura 84) y, si tolera éste último durante 48 horas, se procederá al cierre.

1. Se coloca válvula fonatoria (espiratoria) y se mantiene durante 24 horas. Si no presenta alteración se continúa con el paso siguiente.
2. Se coloca tapón cerrado o ciego durante 48 horas para que el paciente respire por nariz y boca.
3. Si no ha presentado ningún problema, se procede a retirar la cánula (decanulación) (Figura 85) y se limpia el estoma con gasas impregnadas de SSF y de Clorhexidina al 1%.
4. Se valora si tuviera granulomas y en caso afirmativo se retiran con pinzas y bisturí. Si sangra se comprime o se aplica Espongostan® o toques con Argenpal® durante un tiempo hasta que cese el sangrado (ver Tema 11).
5. Se ponen tiras de Steri-Strip® o similar aproximando los bordes.
6. Encima de las tiras se coloca un apósito de plata, una torunda y un apósito compresivo.
7. Al tratarse de una zona húmeda hay que hacer curas periódicas limpiando la piel y reactivando los bordes con una hoja de bisturí, aplicando Blastestimulina® (Figura 86) en polvo, tiras de Steri-Strip® aproximando de nuevo los bordes (Figura 87), colocando el apósito de plata (Figura 88), las torundas de esparadrapo (Figura 89) y el apósito compresivo (Figura 90). Este paso se deberá repetir tantas veces como sea necesario hasta que se consiga el cierre total del estoma.
8. Se le indicará al paciente que no fuerce la voz, que hable lo menos posible, que esté con el cuello doblado hacia el pecho el mayor tiempo que pueda y que si tuviera que realizar algún esfuerzo (hablar, toser, defecar, etc.) que se comprima el apósito con su mano.

9. Se le citará para ser valorado a las 24 horas y posteriormente cuando precise según evolución (Figura 91 y 92).
10. A continuación mostramos una secuencia de imágenes donde se refleja la aplicación de este procedimiento de cierre por aproximación del estoma hasta su cierre total (Figura 93).



Figura 84. Cánula con tapón ciego.



Figura 85. Decanulación.



Figura 86. Estoma con Blastestimulina®.



Figura 87. Aproximación de bordes.



Figura 88. Apósito de plata.



Figura 89. Torundas.



Figura 90. Apósito compresivo



Figura 91. Evolución del cierre del estoma



Figura 92. Estoma casi cerrado.



Figura 93. Estoma completamente cerrado.

B. Cierre quirúrgico del estoma:

Esta técnica consigue un cierre del estoma en menor tiempo ya que al ser una zona húmeda con muchas secreciones la técnica de cierre por aproximación se puede alargar mucho en el tiempo requiriendo frecuentes curas. Por tanto, la técnica de cierre quirúrgico del estoma es más eficaz y está indicada sobre todo cuando el estoma es muy grande y siempre que no exista ninguna otra contraindicación (p. ej.: antiagregación, alergias, etc.).

Para pacientes tratados con radioterapia donde la piel está muy deteriorada o en aquellos que llevan años como portadores de cánula, donde la piel del estoma se ha endurecido excesivamente, el cierre quirúrgico se realiza por el especialista en ORL de forma programada en el quirófano.

B.1. Material:

- Guantes estériles.
- Antiséptico tipo Clorhexidina o Povidona Yodada.

- Suero salino fisiológico.
- Apósitos (gasas).
- Mascarilla con protección ocular si se precisara (según patología del paciente).
- Apósito de Nitrato de Plata tipo Argenpal® o similar si precisa.
- Esparadrapo de papel o tela.
- Torundas.
- Anestésico local sin adrenalina.
- Seda triangular de 2 o 3 ceros.
- Jeringa y aguja subcutánea.
- Paño de campo sin fenestrar (para la mesa).
- Paño de campo fenestrado (para el paciente).
- Bata estéril desechable.

B.2. Equipo:

- Mesa de mayo.
- Caja de material quirúrgico con:
 - ♦ pinzas con y sin dientes.
 - ♦ tijeras.
 - ♦ mosquitos.
 - ♦ porta agujas.
 - ♦ bisturí.
 - ♦ mango de aspirador.
- Aspirador.
- Fotóforo.
- Sillón reclinable.

B.3. Procedimiento:

Al igual que en la técnica de cierre por aproximación es necesario comprobar que el paciente es capaz de respirar por su vía natural. Para ello se probará su tolerancia colocándole una válvula fonatoria durante 24 horas seguidas antes de pasar al tapón ciego y si tolera este durante 48 horas, se procederá al cierre.

1. Se coloca válvula fonatoria (espiratoria) y se mantiene durante 24 horas. Si no presenta alteración se continúa con el paso siguiente.
2. Se coloca tapón cerrado o ciego durante 48 horas para que el paciente respire por nariz y boca.
3. Se confirmará que el paciente no es alérgico a la anestesia y que no tiene tratamiento antiagregante o está suspendido.
4. Si no ha tenido ningún problema se retira la cánula y se limpia el estoma con gasas impregnadas de SSF y se pinta la zona con Clorhexidina al 1%.
5. Se prepara la mesa quirúrgica y la zona de campo (Figura 94).
6. Valoración del estoma previo a la administración de anestesia (Figura 95).
7. Administraremos anestesia subcutánea en los bordes del estoma (Figuras 96 y 97).
8. Si tuviera granulomas se retiran con pinzas y bisturí. Si sangra se comprime hasta que cese el sangrado.
9. Aproximaremos los bordes con puntos de sutura no-reabsorbible (Figuras 98 a 101)
10. Una vez cerrado el estoma se limpia la piel con suero y Clorhexidina.
11. Encima de la zona suturada se coloca un apósito de plata y una torunda con esparadrapo comprimiendo o apósito compresivo (Figuras 102 a 105).
12. Se le indicará al paciente que no fuerce la voz, que hable lo menos posible, que esté con el cuello doblado hacia el pecho el mayor tiempo que pueda y que si tuviera que realizar algún esfuerzo (hablar, toser, defecar, etc.) que previamente se comprima el apósito con su mano.
13. Se le citará a las 24 horas para valorar los puntos y la humedad de la herida. A partir de ahí se le citará días alternos mientras que el apósito presente humedad. Posteriormente se le dejará la herida al aire y cada ocho horas el paciente se aplicará antiséptico tipo Clorhexidina en su domicilio.

14. Cuando los puntos estén secos, normalmente a partir de los diez días, acudirá a la CELT para retirárselos todos o alternos (en ocasiones, el grado de humedad o la tos obliga a reponer alguno de los puntos) según valoración.

A continuación una secuencia de imágenes donde se refleja la aplicación de este procedimiento de cierre quirúrgico del estoma:

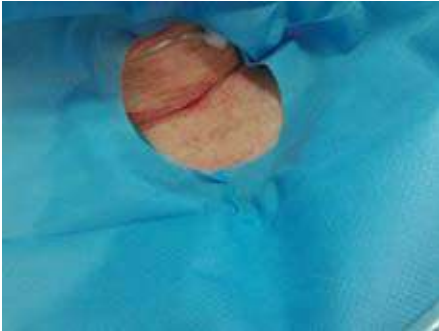


Figura 94. Preparación del campo quirúrgico.

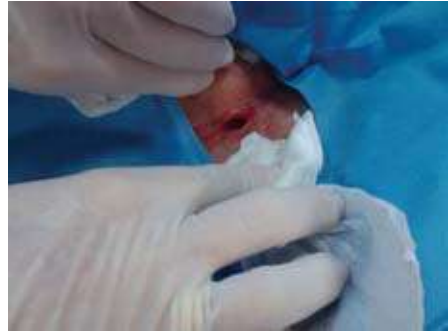


Figura 95. Valoración del estoma para cierre.



Figura 96. Carga de anestesia subcutánea.



Figura 97. Aplicación de anestesia.



Figura 98. Aproximación de bordes por sutura.



Figura 99. Sutura de puntos.



Figura 100. Puntos de cierre quirúrgico.



Figura 101. Cierre del estoma.



Figura 102. Colocación de apósito de plata.



Figura 103. Torundas.



Figura 104. Colocación de apósito compresivo.



Figura 105. Detalle del apósito.

4. OBSERVACIONES

Este procedimiento de cierre del estoma, con independencia de la técnica utilizada, es uno de los mas gratificantes para el paciente (sea o no oncológico), sus cuidadores y el personal de enfermería pues supone la normalización de su vida y, en ocasiones, el final de una dura etapa.

Capítulo 13

Ventilación mecánica prolongada en el paciente portador de cánula de traqueotomía

José A. Subiela García
Antonio Manuel Torres Pérez
Juan José Aguilón Leiva
María Martínez Soriano

1. INTRODUCCIÓN

La Ventilación Mecánica (VM) es todo aquel procedimiento que utiliza un aparato mecánico para ayudar a suplir la función ventilatoria del paciente. Básicamente se pueden establecer dos tipos de VM, la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) y la ventilación mecánica invasiva (VMI). La primera se puede definir como aquella que no precisa entrar artificialmente, mediante traqueotomía (TQT) o intubación endotraqueal (IET), dentro de la vía respiratoria y la VMI como aquella que se suministra a través de algunos de estos procedimientos (IET o TQT). De igual forma, teniendo en cuenta estos conceptos se pueden establecer dos grupos de pacientes:

1. Pacientes que requieren VMNI: Pacientes con debilidad de la bomba, esfuerzo ventilatorio deficiente o con síndrome de apnea obstructiva del sueño, todos eventos patológicos que se ven aumentados durante el sueño, pero que pueden ser manejados apropiadamente con generadores de flujo y presión en dos niveles (BiPAP "Bilevel Positive Airway Pressure" "Sistema de Bipresión Positiva").
2. Pacientes que requieren VMI: Pacientes con TQT o IET y asistencia ventilatoria con equipos tradicionales ciclados las 24 horas al día (sin periodos ventana de desconexión).

No obstante, de forma ocasional se nos puede presentar un tipo de paciente que no estaría incluido en ninguno de estos dos grupos por lo que vamos a considerar un tercer grupo que estaría formado por pacientes con VM como técnica de Ventilación Mecánica Prolongada (VMP) a través de TQT (en hospital o en domicilio). Estaríamos hablando de pacientes que han requerido TQT, que han estado ventilados en forma estable por enfermedades pulmonares, de la vía aérea, neuromusculares o con compromiso de la caja torácica, donde son posibles periodos de desconexión o que presentan buena tolerancia a modalidades con presión de soporte ventilatorio (PSV) normalmente con BiPAP. La baja incidencia de este tipo de pacientes, así como el material especial y los cuidados específicos que precisan, dificultan su manejo en las unidades de hospitalización convencional por lo que se recomiendan que éstos se ingresen en unidades de monitorización de ventilación o unidades de cuidados intermedios para su asistencia. Sin embargo, es frecuente la presencia de estos pacientes en planta de hospitalización en centros que no disponen de estas unidades, por lo que el personal de enfermería debe conocer con el mayor nivel de detalle posible, los materiales y los cuidados especiales que precisan para proporcionar la mejor asistencia posible.

2. VMP EN EL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA. MATERIAL NECESARIO

Para llevar a cabo esta técnica será necesario preparar un circuito completo que constará de al menos los siguientes elementos (por este orden).

1. Cánula.
2. Conexión traqueal.
3. Tubo corrugado.
4. Adaptador ICP para inhalación (opcional).
5. Sistema en “T” para nebulizaciones (opcional).
6. Humidificador / Sistema HME (heat and moisture exchanger).
7. Válvula espiratoria.
8. Tubuladura.
9. Filtro.
10. Ventilador.

1. Cánula:

En el caso de la traqueotomía con la cánula (Figura 106) se asegura la ventilación en pacientes dependientes y nos permite aspirar secreciones. La presencia de la cánula conlleva algunas complicaciones como el aumento del número de secreciones e infecciones, se produce la pérdida de la voz (excepto con la presencia de una válvula fonatoria tipo Passy Muir) y se convierte en una alteración estética muy importante para el paciente.

Existen multitud de tipos, modelos y tamaños por lo que será necesaria una selección óptima en función de las características del paciente y su situación concreta (ver tipos de cánulas en tema 4). La decisión de utilizar una cánula u otra será función del servicio de Otorrinolaringología (ORL) por lo que es conveniente, en el mismo momento que tengamos conocimiento del ingreso del paciente contactar con ellos para que le den seguimiento durante el periodo de hospitalización.

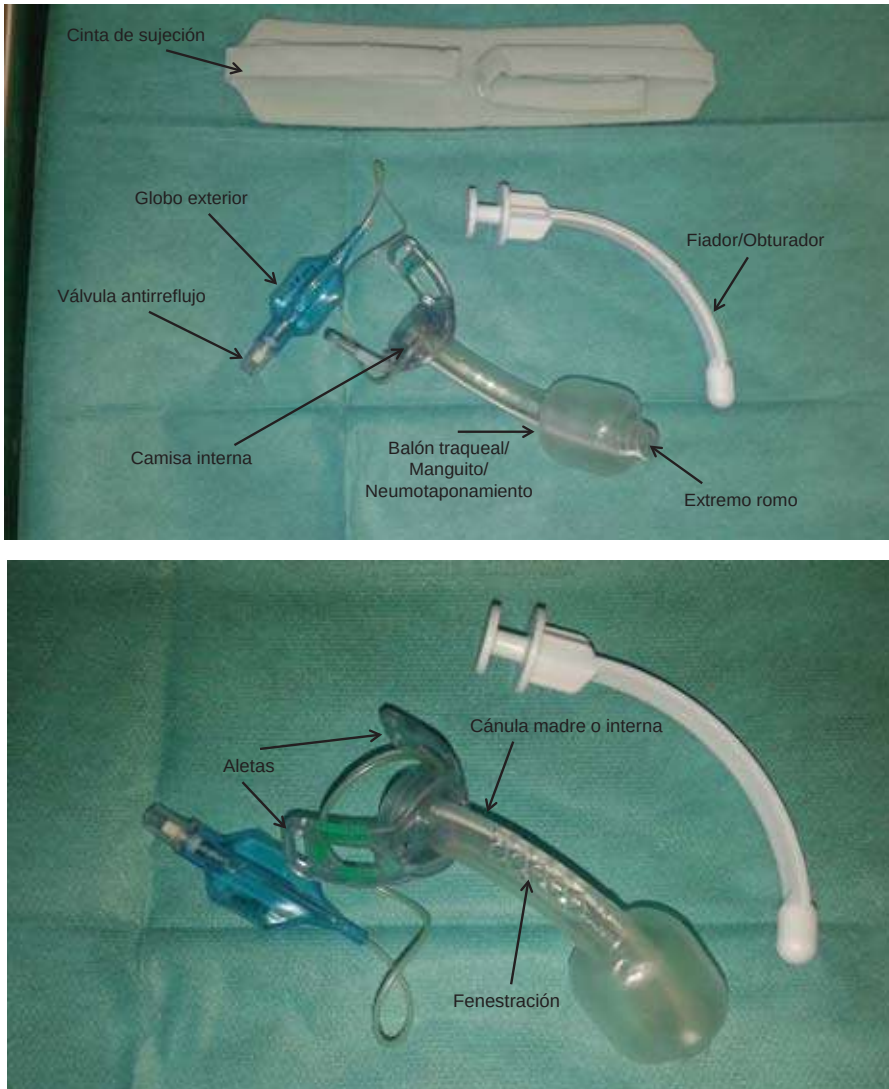


Figura 106. Partes de una cánula.

Obviamente, no todos los tipos de cánula permiten aplicar la ventilación mecánica y, en ocasiones, atenderemos a pacientes que requieran de una cánula distinta durante la ventilación y otra durante los descansos. Aunque el personal de enfermería de la unidad no participe en la elección de la cánula, sí es conveniente que conozca algunas características diferenciales, de cara al manejo ante posibles complicaciones:

- **Cánulas con o sin balón:** La disponibilidad del balón nos proporciona una serie de ventajas que pueden ser útiles en una situación de urgencia. Durante la ventilación no invasiva, se producen fugas hacia la vía aérea superior que si son excesivas, pueden comprometer la misma. Con el balón hinchado se consiguen minimizar estas fugas pericánula, más cuanto mayor sea el contacto con las paredes traqueales. Sin embargo, un hinchado excesivo puede provocar tos e incomodidad al paciente, aparte de facilitar lesiones locales. Siempre que se emplee una de estas cánulas, deberá especificarse en el tratamiento la presión de inflado que se debe aplicar al balón. En caso de sospecharse excesivas fugas hacia vía aérea superior, un ligero aumento de la presión del balón puede solventar el problema. Es frecuente que el paciente precise el balón hinchado con la ventilación y deshinchado para los descansos de la misma. Todas las instrucciones al respecto se especificarán en la hoja de prescripciones de tratamiento.
- **Cánulas con o sin fenestración:** Las cánulas fenestradas que se emplearán habitualmente con ventilación no invasiva, dispondrán por norma general de dos cánulas o camisas internas, una no fenestrada para uso con el ventilador y otra fenestrada para los descansos del mismo. Las cánulas fenestradas facilitan el manejo de secreciones y su extracción por vía aérea superior y pueden permitir la fonación en caso de emplear una válvula fonatoria. Sin embargo, también puede ser el origen de mayor cuantía de fugas en dirección superior, por lo que si es necesario optimizar la ventilación por un episodio agudo, el cambio a una camisa interna no fenestrada puede ser de gran ayuda.
- En cualquier caso, la elección de la cánula más adecuada se hará dependiendo de si el paciente dispone de tiempo libre de ventilación mecánica y será el facultativo especialista en Neumología (FEA NML) quién determinará las pautas a seguir.

2. Conexión para aspiración de secreciones:

Es el dispositivo que conecta la cánula con el resto del circuito. Es necesario que disponga de un sistema de fácil apertura que permita la aspiración de secreciones. (Figura 107).



Figura 107. Ejemplos de conexión traqueal.

3. Tubo corrugado:

Para la conexión a la traqueotomía se recomienda usar un corrugado corto (Figura 108), que permite la movilidad, disminuyendo el riesgo de desconexión o decanulación y reduciendo la tensión que el peso del circuito transmite a la cánula.

En la actualidad normalmente encontramos en una misma pieza la conexión traqueal, el tubo corrugado y el sistema HME. (Figura 109).



Figura 108. Ejemplo de Cánula sin balón (fenestrada)+ tubo ISO 15 mm + conexión traqueal + tubo corrugado.

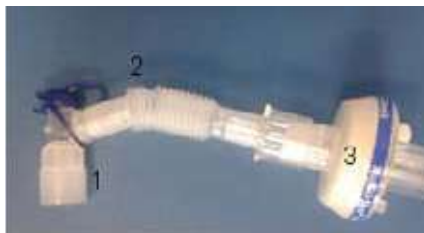


Figura 109. Ejemplo de conexión traqueal (1) + tubo corrugado (2) y HME (3) en una sola pieza.



Figura 110. Montaje de sistema. Conexión traqueal (1), tubo corrugado con HME incorporado (2), válvula espiratoria (3), Tubuladura (4).

4. Adaptador ICP para administración de inhaladores:

Para la entrega de inhaladores de cartucho presurizado usaremos un adaptador que puede o no quedarse conectado en el circuito de forma permanente. Es muy importante saber desde el principio que en el caso de que el adaptador este colocado tras el sistema HME, previo a su uso, tendremos que retirar este (Figura 111) para que el fármaco pueda entrar en la vía traqueal. Otra alternativa sería realizar el montaje del sistema colocando el adaptador (22 mm) por delante del HME (Figura 112) en cuyo caso ya no sería necesario retirarlo en ningún caso. Según el diámetro del tubo corrugado puede ser necesario emplear un adaptador de 15 mm o de 22 mm según ajuste en cada caso (Figura 113 y 114). En el caso de que queramos emplear el adaptador (4), será necesario retirar de forma momentánea la pieza que contiene los elementos 2 y 3. Una vez aplicado el inhalador, el sistema HME se debe volver a colocar en su lugar.



Figura 111. 1: Tubo corrugado, 2: HME, 3: Filtro, 4: adaptador para ICP, 5: Válvula espiratoria, 6: Tubuladura.



Figura 112. Montaje de sistema. 1: Cánula, 2: Conexión traqueal + tubo corrugado, 3: Adaptador para ICP (22 mm), 4: HME. Entre el 3 y el 4 existe una pieza de igual diámetro en ambos extremos para poder unir los dos elementos.



Figura 113. Montaje de sistema. 1: Cánula, 2: Conexión traqueal, 3: Adaptador para ICP (15 mm), 4: HME, 5: Tubuladura con válvula espiratoria incorporada.

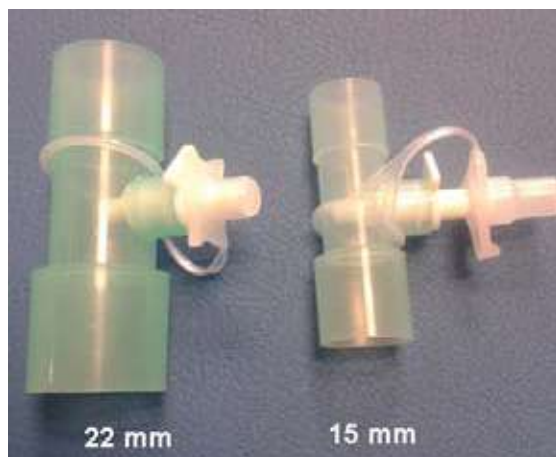


Figura 114. Adaptadores para ICP de 22 y 15 mm.

5. Sistema en “T” para nebulizaciones:

Al igual que ocurre con el uso del adaptador ICP, éste debe colocarse siempre por delante del sistema HME o bien retirarse cada vez que se tenga que administrar una nebulización al paciente (Figura 115).

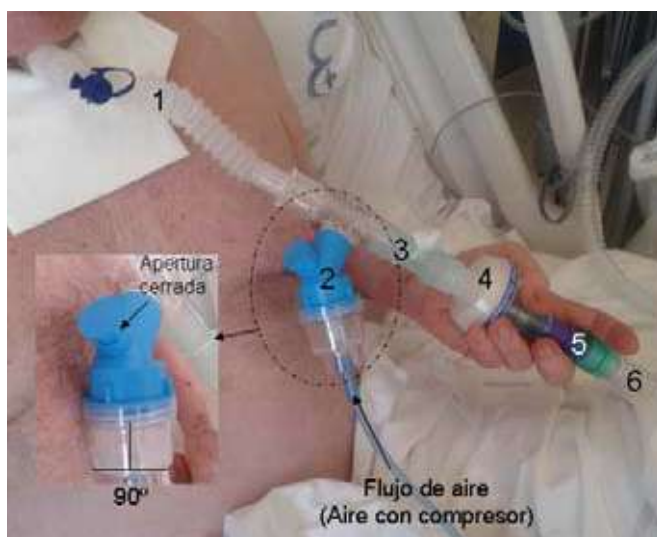


Figura 115. Montaje de sistema. 1: Conexión traqueal, 2: Sistema en “T” para nebulización (se retirará tras su uso), 3: Adaptador para ICP (15 o 22 mm según el material empleado), 4: HME (no es necesario retirar en este caso), 5: Válvula espiratoria, 6: Tubuladura.

6. Humidificador / Sistemas HME:

En el manejo de la TQT deberemos considerar siempre un sistema de humidificación y calentamiento del aire inspirado que permita mantener en lo posible las condiciones fisiológicas de termo-humidificación.

Dentro de los humidificadores podemos destacar:

A. PASIVOS: Los más habituales en este tipo de pacientes y en nuestro medio. Podemos encontrarlos de diferentes marcas y modelos:

a) HME o “Nariz Artificial” (Figuras 116,117 y 118).

b) HME + Filtro. (Figura 119).

Mantienen la humedad y el calor del aire exhalado.

Según determinados autores, no recomendados por:

- ♦ Aumentar las resistencias (hay que ajustar los volúmenes y presiones del ventilador).
- ♦ Aumento de la hipercapnia.



Figura 116.



Figura 117. Diferentes modelos de HME.



Figura 118.



Figura 119. Dispositivo humidificador.
1: HME, 2: Filtro

B. ACTIVOS: HUMIDIFICADORES POR CALENTAMIENTO O VAPORIZADORES:

Podemos encontrar:

- a) Humidificadores eléctricos por calentamiento o vaporizadores (ambientales). (Figuras 120 y 121).
- b) Sistemas de humidificación para ventilación.



Figura 120.



Figura 121.

La humidificación activa puede realizarse con una base termohumidificadora propia de cada una de las marcas de generadores de flujo o con bases calefactoras de uso regular en ventiladores mecánicos (Figura 122).



Figura 122. Base calefactora para termohumidificación.

Deben colocarse siempre después (más lejos del ventilador) del filtro antibacteriano, puesto que podrían inutilizarlo por exceso de humedad.

En caso de emplearlo, es necesario rellenar el depósito todos los días hasta la marca que se indique y en caso de vaciado accidental.

7. Válvula espiratoria:

Esta pieza es esencial para que el aire espirado no re-entre en el circuito y de una forma u otra siempre tiene que estar presente en este tipo de ventilación. Hay de muchos tipos y clases. Normalmente se trata de un cilindro con unas ranuras para la salida del aire espirado al exterior que permite el correcto funcionamiento del aparato (lo que se llama “fuga controlada”) y que nunca debe taparse. Es muy importante que la salida de aire esté dirigida siempre en sentido contrario al paciente. Si el aire espirado se proyecta hacia el paciente es muy molesto y éste tiene la sensación de que se están produciendo fugas en el circuito y le genera mucha inseguridad siendo un motivo frecuente de aviso durante la hospitalización.

8. Tubuladura:

Se trata de un tubo flexible corrugado con superficie interna lisa, normalmente de 1 a 1,5 metros de longitud (según marca y modelo) que conecta el respirador al paciente; debe tener la longitud adecuada para permitir el movimiento del paciente sin aumentar en exceso el espacio muerto y se conectará de forma que no se trasladen tensiones a la cánula por los riesgos de lesión y hemorragia que ello conlleva. Si el ventilador dispone de los elementos de sujeción adecuados (Figura 123), éstos se podrán utilizar para reducir/evitar dichas tensiones.



Figura 123. Sistema de sujeción y soporte de la tubuladura.

9.-Filtro: Es el tramo final del circuito. Puede llevarlo o no (según prescripción facultativa) ya que la mayoría de los ventiladores incorporan filtros en su circuito interno. A la hora de programar el ventilador es necesario que todos los elementos del circuito estén presentes ya que al introducirse algún elemento nuevo o diferente puede variar las presiones.

10.-Ventilador: Los respiradores o ventiladores, son dispositivos utilizados para asistir mecánicamente la respiración al introducir aire en los pulmones. Estos equipos generan, mediante una turbina interna, un flujo de aire que puede administrarse al paciente con intención terapéutica. El ventilador capta el aire ambiental y, tras filtrarlo, lo presuriza a la vía aérea mediante un sistema de conexión (tubuladura e interfase) logrando la expansión de la caja torácica y, con ello, mejorando la ventilación. La programación o variación de los parámetros venti-

latorios de estos equipos es responsabilidad del Neumólogo o en su defecto del Médico responsable del paciente en ese momento. El personal de Enfermería a no ser que este especialmente cualificado para ello no variará ninguno de los parámetros fijados y en caso de estar autorizado a hacerlo lo hará siguiendo siempre las instrucciones por escrito del facultativo responsable.

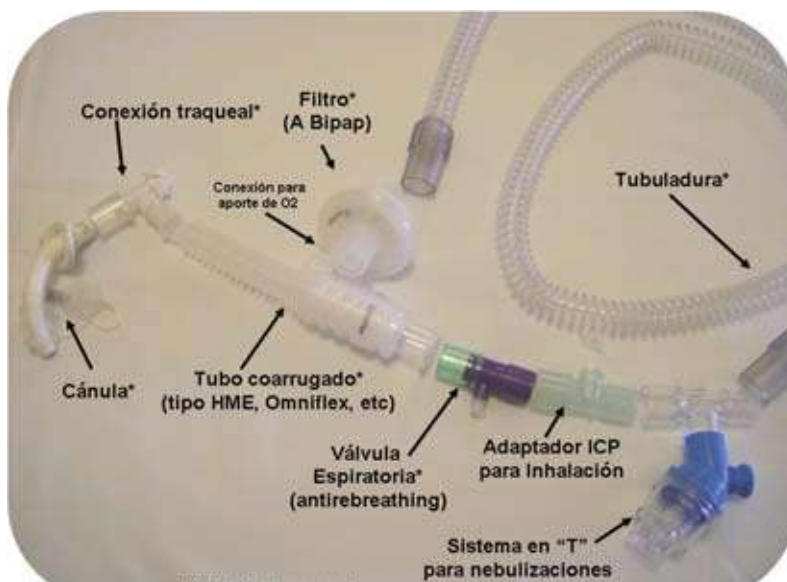


Figura 124. Material implicado en la VMP en un paciente con traqueotomía.

3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería en este tipo de pacientes irán dirigidos a cubrir todas sus necesidades:

– En cuanto a la traqueotomía:

- ♦ Realizar el cambio y limpieza de la camisa interna cada vez que sea necesario y como mínimo dos veces al día, al levantarse y al acostarse. Para realizar la limpieza de la camisa será necesario sustituir ésta por otra limpia y se realizará con agua templada o suero salino al que se podrá añadir una cucharada de bicarbonato utilizando un cepillo para retirar los restos de mucosidad y secreciones del interior de la camisa. No es recomendable usar ningún antiséptico porque a la larga deteriora el material. Una vez limpia se guardará entre gasas estériles para volver a usarla cuando sea necesario.

- ♦ Vigilar signos de insuficiencia respiratoria (inquietud, disnea, tiraje costal).
- ♦ Aspiración de secreciones, que debe realizarse siguiendo el procedimiento adecuado y de forma cuidadosa para evitar lesiones en la mucosa traqueal siempre que el paciente lo requiera.
- ♦ Cura e higiene diaria del estoma. Cambio de apósito (babero). La parte plástica se colocará hacia fuera ya que en contacto con la piel produce eritema y la parte de celulosa quedará en contacto con la piel. Éste habrá que cambiarlo cada vez que sea necesario.
- ♦ Recambio de la cinta de sujeción de la cánula alrededor del cuello (semanalmente o cuando precise).
- ♦ Instilación de mucolítico o suero fisiológico (según prescripción facultativa).
- ♦ Buena hidratación, humedad ambiental (empleo de un humidificador ambiental).
- ♦ Desinflar el balón según la periodicidad prescrita por el facultativo.
- ♦ Los cambios de la cánula de traqueotomía en pacientes con ventilación continua siempre deben realizarse en el ámbito hospitalario a cargo del especialista (Otorrinolaringólogo) o por personal muy experimentado en este tipo de técnicas (Enfermera de consulta de ORL), ya que cualquier complicación podría poner en peligro la vida del paciente.
- ♦ En caso de cánula fenestrada, es necesario que el paciente conozca el objetivo de la fenestración y los momentos en los que debe utilizar la camisa interna fenestrada o no fenestrada.
- ♦ Manejo de la válvula de fonación o tapón cuando la situación basal del paciente lo permita.

– **Sobre la alimentación:**

- ♦ Aspirar secreciones antes y después de las comidas.
- ♦ Balón inflado durante las comidas y 30 minutos después para evitar broncoaspiraciones.
- ♦ Tener el equipo de aspiración siempre preparado.
- ♦ Realizar higiene bucal diaria.
- ♦ Cuidado de la sonda nasogástrica o PEG (gastrostomía endoscópica percutánea).

- ♦ Dieta blanda.
- ♦ Posición semi-Fowler.
- ♦ Realizar alimentación de forma gradual.
- ♦ Vigilar abdomen y ritmo intestinal. Evitar estreñimiento.
- ♦ Control de glucemia cada 8 horas.

– **En cuanto a la ventilación:**

- ♦ Manejo del balón traqueal; el paciente debe saber cuál es el objetivo del balón, así como cuánto y cuándo debe hincharlo (siempre supervisado por Enfermería).
- ♦ Sistemas de humidificación: cambio de los intercambiadores de calor/humedad cuando proceda o revisión de las conexiones al humidificador eléctrico según el sistema que utilice el paciente.
- ♦ Realizar el cambio del filtro humidificador y del tubo corrugado.
- ♦ Vigilar la permeabilidad del sistema.
- ♦ Control de la tolerancia.
- ♦ Control hemodinámico y neurológico.
- ♦ Manejo de las conexiones para aerosolterapia: inhaladores, oxígeno o nebulizadores.
- ♦ Programar sesiones de ventilación y reposo, siempre que el paciente lo tenga prescrito.

– **Sobre la comunicación:**

- ♦ Proveer al paciente los elementos necesarios para permitir una comunicación adecuada: pizarra, lápiz, abecedario, paneles de comunicación y/o aplicaciones para Smartphone (p.ej. pictorrino®), etc.
- ♦ Estimular la comunicación no verbal.
- ♦ Realizar preguntas que puedan contestarse con monosílabos.
- ♦ Reforzar la información.

– **Medidas para la prevención de úlceras por presión (UPP):**

- ◆ Uso de grúa cuando sea necesario.
- ◆ Realizar de cambios posturales cada 4-8 horas.
- ◆ Evitar las zonas de apoyo.
- ◆ Movilización al sillón si lo tolera.
- ◆ Colchón antiescaras (si precisa).
- ◆ Realizar la protección de las prominencias óseas.
- ◆ Mantener la piel hidratada.
- ◆ Revisar los pliegues cutáneos.
- ◆ Evitar la aparición de UPP de la base de la cánula sobre el estoma colocando algún apósito hidrocoloide almohadillado.

Uno de los factores más importantes en estos pacientes es garantizar una buena educación sanitaria, valorando sus conocimientos y los del cuidador principal para garantizar unos cuidados de calidad en cuanto a la traqueotomía, sonda PEG, técnica de aspiración, manejo del aspirador y del ventilador, ejercicios de fisioterapia, movilizaciones, etc.

En la educación sanitaria a la familia se tendrán en cuenta el apoyo emocional, la disponibilidad y la información.

Capítulo 14

Oxigenoterapia y aerosolterapia en pacientes portadores de cánula de traqueotomía

José Antonio Subiela García
María Martínez Soriano
Antonio Manuel Torres Pérez
Juan José Aguilón Leiva

1. INTRODUCCIÓN

La oxigenoterapia consiste en la administración de oxígeno (O_2) por vía inhalatoria a concentraciones mayores que las del aire ambiente, con la intención de prevenir o revertir las consecuencias de la hipoxemia; con esto se mejora la oxigenación de los tejidos y sus manifestaciones clínicas. La principal indicación de la oxigenoterapia es la insuficiencia respiratoria tanto aguda como crónica.

2. TÉCNICAS DE OXIGENOTERAPIA

El aporte de oxígeno dependerá de las instrucciones dadas por el especialista en Neumología en cuanto a localización y litros por minuto. Dependiendo si el paciente requiere o no ventilación mecánica prolongada (VMP) el aporte de O_2 se hará de diversas formas ya que hay ventiladores donde el O_2 se controla desde el mismo equipo de ventilación y otros donde se conecta en los elementos auxiliares (filtro, válvula espiratoria, etc.) (Figura 125).



Figura 125. Diferentes formas de aportar O_2 durante la VMP.

En los periodos de desconexión o en aquellos casos en los que estos pacientes no hagan uso de VMP a la hora de aplicar oxigenoterapia utilizaremos mascarillas especiales para cánulas de traqueotomía (Figura 126). La mascarilla tipo “A” se utilizará en pacientes con traqueostomía (con o sin cánula), en cambio para usar la tipo “B” será necesario que el paciente sea portador de cánula de traqueotomía con una conexión ISO de 15 mm (Figura 127 y 128). La mascarilla tipo “B” disponible en nuestro medio dispone de dos conexiones (Figura 129), una de adulto de 15 mm y otra pediátrica de 8 mm (el tapón se puede conectar en uno u otro lado según convenga).



Figura 126. Mascarillas traqueales.



Figura 127. Mascarilla traqueal acoplada a cánula con conexión ISO 15 mm



Figura 128. Conexión ISO 15 mm



Figura 129. Doble conexión.

En el caso de la mascarilla traqueal (A) es conveniente recordar que la parte circular de la mascarilla siempre debe quedar hacia arriba (Figura 130). En el caso de que se emplee este tipo de mascarilla especial, se puede retirar la conexión ISO de 15 mm (siempre que sea un elemento único y no forme parte de la cánula externa en cuyo caso no se retirará).



CORRECTO



INCORRECTO

Figura 130. Colocación correcta e incorrecta de mascarilla para oxigenoterapia tipo A.

3. TÉCNICAS DE AEROSOLTERAPIA

3.1. Inhaladores:

Es habitual en los pacientes con VMP el empleo de inhaladores. En aquellos casos en los que sea imposible la desconexión, se podrá utilizar alguno de los siguientes elementos para aplicar dicha terapia:

A. Aplicación de inhaladores durante la ventilación:

Tenemos varias opciones entre las que encontramos:

1. El empleo de aerocámaras para circuitos de ventilación (p. ej. Spirale® DDS Armstrong Medical). (Figura 131).



Figura 131. Aerocámara colapsable para inhalador de cartucho presurizado (ICP) durante la ventilación.

2. Adaptadores en línea unidireccionales (Figura 132), en que se escoge la orientación del disparo (hacia el paciente o hacia el ventilador según prescripción facultativa), o bidireccionales. En nuestro medio solo disponemos de los unidireccionales.



Figura 132. Aplicación de inhaladores (ICP) durante la VMP.

A. TÉCNICA ADMINISTRACIÓN INHALADOR ICP DURANTE VMP (BiPAP, circuito de una rama) POR TRAQUEOTOMIA:

1. Revise la indicación médica (dosis, orden de administración -si hay varios-, etc.).
2. Aspire las secreciones de la cánula si precisa.
3. Agitar el inhalador de forma vigorosa.

4. Disponga del adaptador conectado al final del corrugado de 22 mm. con el sentido del flujo hacia el ventilador o en sentido contrario según prescripción facultativa.
5. Retirar el ICP de la carcasa, coloque el ICP en el adaptador.
6. Si el sistema dispone de un humidificador activo no lo desconecte del ventilador.
7. Coordine el disparo del inhalador con el inicio del ciclo inspiratorio, idealmente justo cuando este se inicia.
8. Espere al menos 15-30 segundos para la siguiente dosis. Administre la dosis total.
9. Permanezca atento a efectos adversos de la terapia.
10. Registre la terapia administrada.

ASPECTOS IMPORTANTES EN LA APLICACIÓN:

Colocación del adaptador: Interponer entre el portal exhalatorio y el paciente, empleando una presión inspiratoria alta (20 cm H₂O) y una presión espiratoria baja.

Disparar el ICP según prescripción facultativa. Si se hace en sentido contrario al paciente es con objeto de utilizar el circuito como espaciador, reduciendo el impacto del fármaco en el circuito.

La sincronización del disparo del ICP con el flujo inspiratorio resulta de vital importancia (coordinar el disparo con el momento preciso en que el ventilador inicia el flujo).

Se debe asegurar un volumen corriente que no permita que el aerosol se acumule en el espacio muerto anatómico. Durante la administración puede requerirse aumentar este parámetro.

Se recomienda no desconectar el humidificador durante la técnica.

En el caso de que el sistema disponga de un humidificador pasivo tipo HME deberá retirarse previo a su utilización.

Los sistemas de polvo seco, unidosis o multidosis, tipo Accuhaler® o Turbuhaler®, NO se pueden emplear durante la ventilación.

B. TERAPIA INHALATORIA EN PERIODOS VENTANA (en desconexiones):

TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN INHALADOR ICP CON CÁMARA:

1. Revise la indicación médica.
2. Aspire las secreciones de la cánula si precisa.
3. Agitar el inhalador de forma vigorosa.
4. Coloque el ICP en la aerocámara específica para traqueotomía (p. ej. Aero-Trach Plus®. Trudell Medical Internacional, Canadá). (Figura 133).
5. Conecte la aerocámara a la cánula, ya sea directamente (OPCIÓN 1) o con un conector extensible (OPCIÓN 2, Figura 134).
6. Espere al menos 6-8 ciclos respiratorios para el siguiente disparo. Administre la dosis total.
7. Permanezca atento a efectos adversos de la terapia.
8. Registre la terapia administrada.

OPCIÓN 1:



Figura 133. Empleo de cámara espaciadora específica para pacientes traqueotomizados AeroTrach Plus®.

OPCIÓN 2:



Figura 134. Empleo de conector extensible que se interpone entre la conexión ISO de 15 mm y la cámara espaciadora.

ASPECTOS IMPORTANTES EN LA APLICACIÓN:

- El tener que inhalar por el traqueostoma NO cambia la técnica de inhalación.
- Los sistemas de polvo seco, como el Acccuhaler® o Turbuhaler®, si son adecuados en estos pacientes.
- En ocasiones se puede tener dificultad en la adaptación de la boquilla del inhalador en el traqueostoma.
- Se puede producir irritación de la parte posterior de la tráquea (este fenómeno se disminuye bastante con el empleo de una cámara de inhalación).
- En este caso no es posible realizar enjuagues con agua, agua y bicarbonato o un colutorio bucal con el fin de prevenir los efectos secundarios locales del tratamiento inhalado.



Figura 135. Ejemplo de administración de ICP con cámara a través de traqueostoma (en paciente sin cánula).



Figura 136. Es recomendable que durante el periodo de enseñanza, el paciente realice la maniobra frente al espejo.

3.2. Nebulizadores:

Un nebulizador es un dispositivo capaz de transformar una solución líquida en finas partículas suspendidas en un gas que permitirá su paso a los pulmones. Fundamentalmente se empleará la disolución de determinados fármacos en el seno del líquido con el fin de que al convertirse en aerosol, éste sea inhalado por el paciente hasta llegar a la vía respiratoria más distal donde esperamos tenga el efecto deseado sobre el estado de salud del paciente.

TIPOS DE NEBULIZADORES: Según el mecanismo de generar el aerosol se dividen en tres tipos:

A. Nebulizadores neumáticos. También llamados de impacto, cascada o tipo “jet”. Generan el aerosol al pasar un flujo de aire a alta velocidad a través del líquido y pueden ser de pequeño o de gran volumen. Son los más empleados en nuestro medio.

B. Nebulizadores ultrasónicos. El aerosol se produce al chocar ondas de ultrasonidos contra la solución de nebulización. Estas ondas se generan por un transductor piezoeléctrico que vibra a una frecuencia estable entre 0,5 y 3 MHz.

C. De malla vibrante.

A continuación describimos las dos técnicas de administración de fármacos nebulizados en pacientes traqueotomizados más usuales en nuestro medio (tipo jet):

1. TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS NEBULIZADOS DURANTE LA VENTILACIÓN:

1. Revise la indicación médica.
2. Aspire las secreciones de la cánula.
3. Coloque la solución de medicamento en el nebulizador.
4. Interponga el nebulizador entre el portal exhalatorio y el paciente (Figura 137). En caso de disponer de dos ramas colocarlo en la rama inspiratoria, a 30-40 cm. de la unión con el conector en Y del paciente.
5. De existir, retire el intercambiador de calor y humedad (HME) del circuito. Si dispone de un sistema de humidificación activo no lo apague durante la nebulización.
6. Encienda el compresor el tiempo necesario. Cierre la tapa superior del vasito para nebulizar.

7. Golpee con suavidad el nebulizador periódicamente con el dedo medio, hasta que el nebulizador comience a expulsar el fármaco.
8. Al finalizar, retire entonces el nebulizador del circuito y deséchelo (normalmente estos equipos son de un solo uso).
9. Si dispone de sistema HME vuelva a conectarlo y si los ha modificado, ajuste parámetros y alarmas del ventilador a los valores previos.
10. Permanezca atento a efectos adversos de la terapia.
11. Registre la terapia administrada.

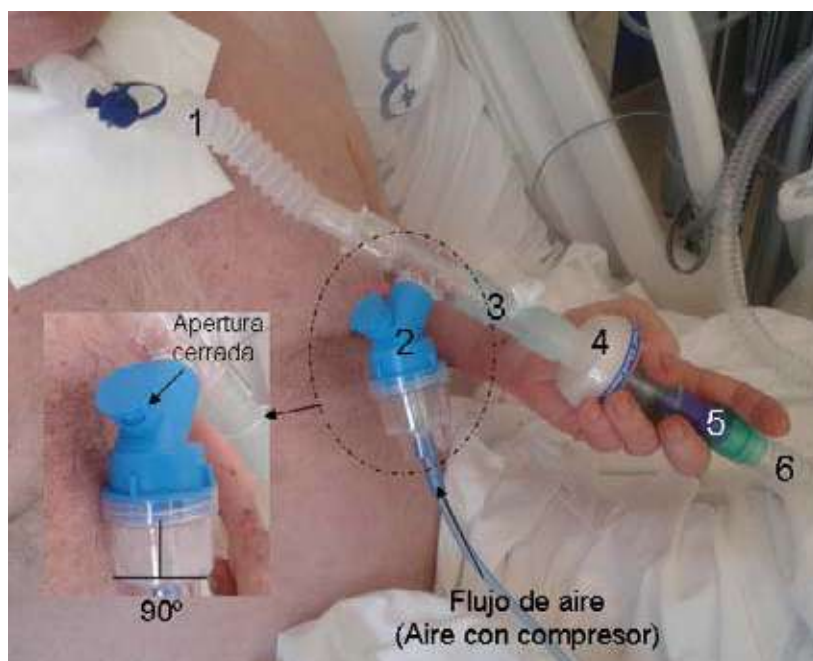


Figura 137. Montaje de sistema. 1: Conexión traqueal, 2: Sistema en "T" para nebulización (se retirará tras su uso), 3: Adaptador para ICP (15 o 22 mm según el material empleado), 4: HME (no es necesario retirar en este caso), 5: Válvula espiratoria, 6: Tubuladura.

Tal y como aparece en detalle de la Figura 137, la apertura de la parte superior del vasito nebulizador debe quedar cerrada y el vasito debe permanecer en la posición de 90° para que la nebulización sea correcta y no quede casi líquido residual.

Tras la administración del fármaco hay que retirar el vasito con la "T" del sistema ya que por su peso, aumenta mucho las tensiones que se transmiten a la cánula.

2. TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS NEBULIZADOS DURANTE PERIODOS DE DESCONEXIÓN:

En las siguientes ilustraciones (Figura 138) observamos las dos opciones que tenemos para nebulizar a través de la traqueotomía en periodos de desconexión de la ventilación.



Mascarilla traqueal con vasito para nebulización de Carbuos Medica (Grupo Air Products).



Mascarilla traqueal modificada con vasito para nebulización de Carbuos Medica (Grupo Air Products).

Figura 138. Mascarillas traqueales con vasito para nebulización.

La nebulización durante la desconexión a través de la traqueotomía puede realizarse con o sin aporte de O_2 según se muestra en las siguientes ilustraciones (Figura 139).



Opción 1: Administración con compresor: (manteniendo Oxigenoterapia si hipoxia).



Opción 2: Administración con compresor (sin O_2 añadido).

Figura 139. Diferentes opciones de administración de nebulizadores en periodos de desconexión.

Procedimiento:

1. Revise la indicación médica.
2. Aspire las secreciones de la cánula si precisa.
3. Coloque la solución de medicamento en el vasito nebulizador.
4. Administre el flujo de gas (oxígeno a 6-10 litros/min.) o encienda el compresor para iniciar la nebulización del fármaco. Tener en cuenta que hay fármacos que se alteran con el O₂ y que habrá que nebulizar con compresor.
5. Golpee con suavidad el nebulizador periódicamente con el dedo medio, hasta que el nebulizador comience a expulsar el fármaco.
6. Al finalizar, retire el nebulizador y deséchelo.
7. Permanezca atento a efectos adversos de la terapia.
8. Registre la terapia administrada.

Aspectos importantes que hay que considerar:

- La posición de la cazoleta con respecto al suelo debe ser lo más próxima a 90°.
- El tapón de la parte superior de la cazoleta podrá estar abierto o cerrado. En base a su posición y según las instrucciones del fabricante, el tiempo de nebulización será mayor o menor.
- Con el material existente hay muchas posibilidades de combinación de elementos para realizar la nebulización (con O₂ o con compresor-aire-, con o sin aporte de O₂, aumentando la distancia mediante el uso o no del tubo corrugado, etc.). En cualquier caso debe hacerse de forma efectiva y eficiente.

NOTA: TÉCNICAS DE AEROSOLTERAPIA EN PACIENTES LARINGUECTOMIZADOS TOTALES:

En el caso de técnica de inhalación con cámara en los pacientes laringuectomizados totales que no son portadores de cánula, se puede emplear una cámara espaciadora tipo AeroTrach Plus® (Figura 133). De igual forma, para las técnicas de nebulización se puede emplear la mascarilla traqueal modificada (Figura 138).

Capítulo 15

Actuación de urgencia frente al cierre accidental del estoma

María Dolores Calvo Torres
Juan Antonio Blázquez Soto
Gema Sánchez Fernández
M^a del Mar Martínez Molina

1. INTRODUCCIÓN

El cierre del estoma puede ocurrir por la salida accidental de la cánula o durante la ejecución de alguna técnica de enfermería, como por ejemplo el cambio de cánula, la extracción de granulomas, en la realización de curas, durante el aseo del paciente, etc.

2. OBJETIVO

Establecer el procedimiento de actuación a seguir por el personal de enfermería en caso de que se produzca un cierre accidental del estoma.

3. MATERIAL

- Guantes de protección frente a riesgos biológico (nitrilo, etc.).
- Antiséptico tipo Clorhexidina o Povidona Yodada.
- Gasas.
- Suero Salino Fisiológico (SSF).
- Apósito hidrófobo.
- Mascarilla con protección ocular si se precisara (según patología del paciente).
- Apósito hemostático tipo Espongostan®.
- Cánulas de diferentes calibres.
- Sondas de aspiración de diferentes calibres.
- Mascarilla de oxígeno para pacientes portadores de cánula.



Figura 140. Material necesario.

4. EQUIPO NECESARIO

- Batea.
- Pinzas sin dientes.
- Aspirador de secreciones.
- Pinzas Trivalva.
- Espejo frontal / Punto de luz.
- Rinoscopio.
- Toma de oxígeno.



Figura 141. Equipo necesario.

5. PROCEDIMIENTO

El cierre del estoma se puede producir de forma accidental durante la ejecución de alguna técnica o bien por la salida accidental de la cánula en pacientes con traqueostoma secundario a laringuectomía parcial o traqueotomía. En el caso de pacientes traqueostomizados por una laringuectomía total este hecho va a ser muy poco frecuente y si se produce será en los primeros días tras la intervención quirúrgica.

Ante un cierre accidental del estoma se seguirán los siguientes pasos:

1. Con cierta celeridad se intentará introducir la misma cánula que lleva el paciente o una de igual tamaño.
2. Si no fuéramos capaces de introducirla, se intentará colocar una de un número inferior que deberemos tener preparada con anterioridad y en caso de no disponer de ésta, se intentará colocar la camisa interna de la cánula que llevaba el paciente.
3. En caso negativo, se cogerá una sonda de aspiración de un calibre que se pueda introducir en el estoma y que permita el paso de aire entre los pulmones y el exterior.
4. Una vez que tengamos asegurada la ventilación dilataremos el estoma con unas pinzas trivalva o en su defecto con un rinoscopio de pala larga y de forma simultánea volveremos a intentar introducir (con el fiador puesto, si lo lleva) una cánula de un número inferior a la que llevaba.

Esta maniobra la haremos con cuidado para no hacer una falsa vía y una vez puesta comprobaremos la salida de aire por la cánula.

5. Si es necesario se oxigenará al paciente con la mascarilla específica para pacientes portadores de cánula.
6. Pasadas 24 horas volveremos a intentar poner la cánula del tamaño inicial dilatando el estoma lo necesario para que se pueda quedar puesta.

Si el cierre accidental se produce en su domicilio el paciente o cuidador intentará introducirla de nuevo y si no entra probará a meter solamente la cánula interna (camisa) que es mas estrecha (el paciente dispone de una cánula de repuesto). Si lo consigue, comprobará que hay salida de aire poniendo la mano delante y a continuación deberá avisar al 112 para su atención o en su caso el traslado al hospital.

A continuación se muestra una secuencia de imágenes donde se refleja la aplicación de este procedimiento al producirse el cierre accidental del estoma cuan-

do se procede a la retirada de una cánula para extracción de granuloma (Figuras 142-148).



Figura 142. Retirada de la cánula.



Figura 143. Cierre accidental del estoma.



Figura 144. Apertura manual del estoma.



Figura 145. Introducción de la cánula interna.



Figura 146. Mantener permeable la vía respiratoria



Figura 147. Dilatación del estoma con pinzas trivalva.



Figura 148. Colocación cánula igual tamaño o inferior

6. OBSERVACIONES

6.1. Medidas preventivas:

- Es muy importante recordar a los pacientes que deben revisar que la cinta de sujeción de la cánula no esté deteriorada y que esté bien ajustada (con holgura de un dedo) ya que en ocasiones el paciente se afloja la cinta para dormir y durante la noche se puede producir la salida accidental de la cánula.



Figura 149. Cinta de sujeción de la cánula

- Durante el procedimiento de cambio de cánula deberemos disponer siempre de una cánula de menor tamaño (Figura 150) para que en caso de emergencia podamos introducirla rápidamente.
- Así mismo tendremos siempre a mano un rinoscopio y/o unas pinzas tri-valva para mantener abierto el estoma e impedir su cierre accidental.



Figura 150. Cánulas de diferentes tamaños.

Si durante la ejecución de la técnica el paciente comienza a sangrar de forma excesiva lo colocaremos de lado y/o en Trendelenburg para impedir el paso de sangre a la vía aérea.

Capítulo 16

Extracción de tapón mucoso

María Dolores Calvo Torres
Rosa Clavel Cerón
Francisca Marín Hernández
Juan Antonio Blázquez Soto

1. INTRODUCCIÓN

La formación de un tapón mucoso puede llevar al paciente traqueotomizado y/o traqueostomizado a una situación crítica e incluso la muerte por asfixia. De ahí la importancia de prevenir la formación de tapones mucosos y, en su defecto, la rápida y urgente actuación del personal de enfermería para su extracción.

2. OBJETIVO

Retirar tapón mucoso para conseguir la entrada de aire a los pulmones recuperando una ventilación adecuada en el paciente.

3. MATERIAL (Figura 151)

- Sondas de aspiración de diferentes calibres.
- Guantes de protección frente a riesgo biológico.
- Suero salino fisiológico 0,9% (SSF).
- Gasas/Apósitos.
- Ampollas de fluidificante (Mucofluid®).
- Jeringuillas de 10 ml.



Figura 151. Material

4. EQUIPO NECESARIO (Figura 152).

- Aspirador de secreciones.
- Tijeras.
- Espejo frontal / Punto de luz.
- Pinzas sin dientes.
- Pinza Trivalva (Figura 153).
- Batea.
- Mascarilla de oxigenoterapia adaptada para pacientes portadores de cánula.
- Toma de O₂.
- Pulsioxímetro.
- Bolsa autoinflable tipo Ambu®.

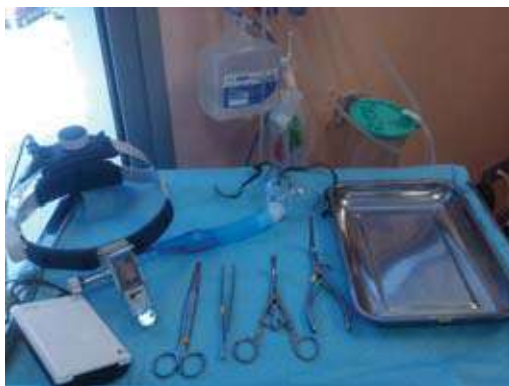


Fig. 152. Equipo necesario.



Figura 153. Pinza Trivalva.

5. PROCEDIMIENTO

Teniendo en cuenta que el paciente se encuentra en una situación crítica hay que proceder de forma rápida y con seguridad. Es muy importante conocer si se trata de un paciente traqueostomizado o traqueotomizado; ante un traqueostomizado hay que tener en cuenta que el traqueostoma es su única vía de ventilación, sin embargo un traqueotomizado puede ventilar por las vías aéreas habituales (nariz, boca) y aunque es más difícil en este último, el riesgo de muerte por asfixia/hipoxia está presente en ambos casos. Los pasos a seguir serán los siguientes:

1. Informar al paciente, transmitiéndole tranquilidad procurando que se relaje ya que se produce un círculo negativo, no puede respirar y esta situación le produce miedo y ansiedad dificultando más la respiración.
2. Establecer un sistema de comunicación como levantar el dedo para manifestar dolor o molestias.
3. Retirar la cánula interna y comprobar si el flujo respiratorio mejora al poner la mano delante de la cánula.
4. Si el flujo es bueno se procede a poner una cánula interna limpia.
5. Si por el contrario, el flujo no ha mejorado y persiste una respiración ruidosa se instilará de 2 a 5 cc de suero fisiológico directamente por la cánula, que estimula el reflejo tusígeno a la vez que ayuda a fluidificar las secreciones y facilitar la expulsión del tapón mucoso. (Figura 154).

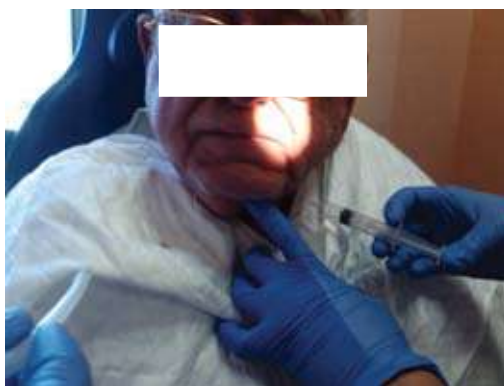


Figura 154. Instilación de suero fisiológico.

6. Si el tapón mucoso persiste se instilará de nuevo de 2 a 5 cc de suero fisiológico, y se aspirará con una sonda del mayor tamaño que podamos introducir cortándole previamente la punta con una tijera estéril desechando hasta donde se encuentren las aberturas laterales (Figura 155) para conseguir un mayor flujo de aspiración. De igual manera se pondrá la máxima presión necesaria en el regulador hasta conseguir la retirada del tapón.

7. Si no se obtiene el resultado deseado, instilaremos Mucofluid y SSF o agua estéril a partes iguales (2-5 cc) para ablandar y poder extraer dicho tapón y se volverá a aspirar.

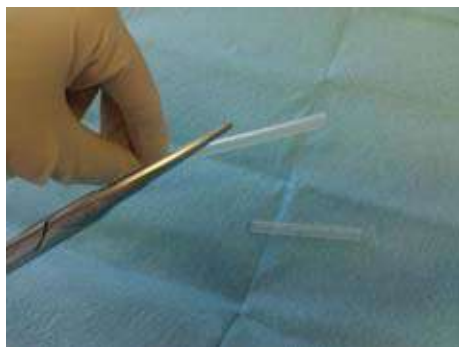


Figura 155. Corte de la punta de la sonda.

8. Habrá que poner mascarilla de oxígeno para oxigenar al paciente entre aspiración y aspiración. Para aspirar se introducirá la sonda por la cánula hasta alcanzar la extensión de la cánula interna (se debe introducir sin aspirar midiendo previamente el largo de la sonda de aspiración de manera que sobrepase aproximadamente 0,5 cm del borde de la cánula). Se aspirará no más de 10 segundos y de forma continua para así conseguir la máxima presión negativa. Esta maniobra se realizará las veces necesarias hasta que consigamos que expulse el tapón mucoso.
9. Si no se consiguiera, y con la sonda introducida a la máxima presión posible se procederá a retirar al mismo tiempo la cánula interna, intentando arrastrar el tapón que en ocasiones se encuentra pegado a la punta de la cánula.
10. Si la situación respiratoria no mejora, se procederá a retirar la cánula externa, y si es necesario habrá que realizar una nueva aspiración (Figura 156). Es conveniente tener la cánula montada y el rinoscopio o trivalva por si se produjera el colapso del estoma.
11. En último extremo, si el tapón de moco aún no ha salido al exterior y está cerca del estoma, se separarán al máximo los bordes del mismo con la pinza trivalva y con el fotóforo o espejo frontal (fuente de luz) se intentará extraer con unas pinzas. (Figura 157).



Figura 156. Técnica de aspirado para extracción del tapón.

Si se dispone de fibroscopio y la situación lo permite será más fácil localizar el tapón de moco para su posterior extracción.

Tras el procedimiento es aconsejable revisar el estado de la tráquea mediante fibroscopia (Figura 159).

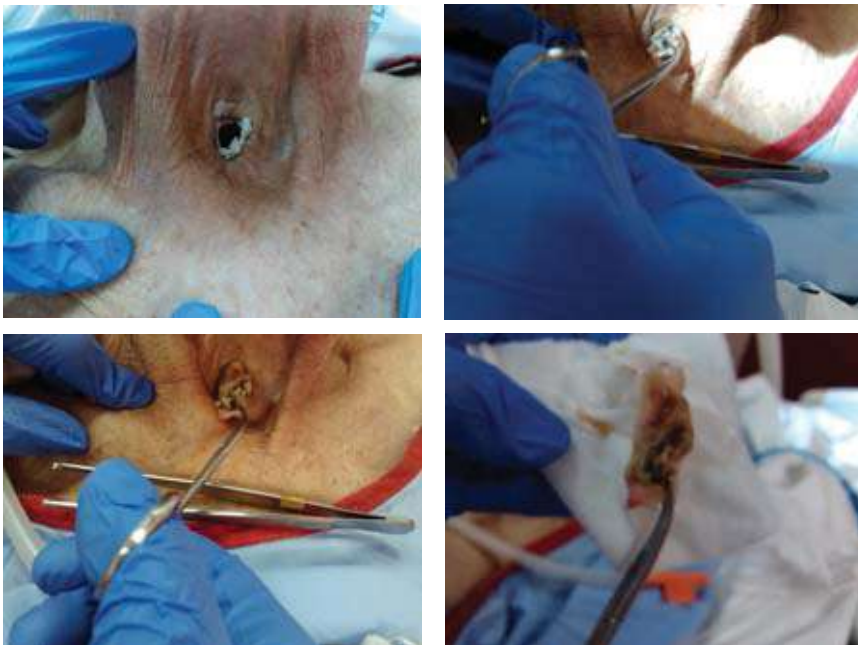


Figura 157. Secuencia de la extracción de tapón mucoso con pinza.



Figura 158. Tapón de moco extraído.



Figura 159. Visualización de la traquea con fibroscopio.

6. OBSERVACIONES

Tener siempre presente que se trata de una emergencia vital ya que el paciente puede morir por asfixia/hipoxia.

Capítulo 17

Reanimación

cardiopulmonar básica (RCP-B) y desfibrilación externa semiautomática (DESA) en pacientes adultos con laringuectomía total o traqueotomía

José A. Subiela García
Juan José Aguilón Leiva
María Martínez Soriano
Antonio Manuel Torres Pérez

1. INTRODUCCIÓN

Un estudio realizado en el 2008 en el Reino Unido (Veenith et al., 2008) indica que en las unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de aquel país se realizaban del orden de 50-200 traqueotomías al año. Se estima que en el EEUU viven un total de 50.000 laringuectomizados y que en el Reino Unido hay 12.000 traqueotomizados. Además en este último, se realizan cada año al menos 600 laringuectomías. La tesis realizada por la Oncóloga María José Martínez Ortiz del HUSL de Cartagena (Murcia) en 2015 revela que en España se diagnostican 12.000 nuevos casos de cáncer de cabeza y cuello cada año, en la Región de Murcia la incidencia es superior a 700 casos anuales y en Cartagena se diagnostican medio centenar de casos nuevos al año. A muchos de estos pacientes se les practica una traqueotomía o una laringuectomía total según el grado de afectación y la localización anatómica.

La presencia de una traqueotomía/traqueostomía (con cánula o sin ella), hace que se encuentren numerosos riesgos potenciales asociados a ésta como son los siguientes:

- Hipoxia.
- Obstrucción total o parcial de la vía aérea por gran cantidad de secreciones, tapones de moco o excesivo tejido de granulación.
- Desplazamiento o desprendimiento de la cánula.
- Hemorragia.
- Estenosis traqueal.
- Infección.
- Aspiración de cuerpo extraño.
- Necrosis traqueal por inflado excesivo del balón de neumotaponamiento.

Cuando alguno de estos eventos no se resuelven de forma rápida y efectiva pueden dar origen a una Parada Cardiorrespiratoria (PCR) cuya resultado va a estar condicionado, entre otros factores por el lugar donde se produzca la emergencia (unidad de cuidados intensivos, quirófano, urgencias, plantas de hospitalización, en la vía pública, etc.) y, por ende, por el personal que asiste la emergencia. Es muy importante que el personal involucrado en los cuidados de este tipo de pacientes disponga de los conocimientos y de la pericia necesaria para resolver este tipo de emergencias.

Como seguimiento de esta actividad, tras la salida de UCI, el paciente traqueotomizado es calificado de elevado riesgo-baja incidencia en relación a un posible episodio de PCR. En ocasiones, el traslado del enfermo se realiza a una Unidad

que no es la habitual, lo que dificulta la calidad de los cuidados que el paciente requiere. Esta situación debería evitarse, ya que podría elevar el riesgo de PCR durante el ingreso hospitalario.

2. OBJETIVO

2.1. Aunar criterios y actuaciones sobre los cuidados con el fin de realizar una práctica segura, eficaz y efectiva en este tipo de pacientes.

2.2. Desarrollar el procedimiento a seguir en caso de PCR en dos pacientes adultos en un entorno hospitalario y en un área no monitorizada:

2.2.1. El primer caso en un paciente operado de una laringectomía total que no es portador de cánula con un traqueostoma permanente y que no mantiene la vía aérea superior.

2.2.2. El segundo caso en un paciente con traqueostoma temporal o definitivo pero que mantiene la vía aérea superior y, como la mayoría, portador de cánula de traqueotomía.

3. CONTRAINDICACIONES Y/O PRECAUCIONES

Por la condición de traqueostomizado, no se establecen contraindicaciones para la realización de la RCP diferentes a las ya existentes para cualquier otro paciente. Las contraindicaciones para no llevar a cabo la RCP dentro de un entorno hospitalario son:

- Presencia de signos indiscutibles de fallecimiento (livideces, rigor mortis, etc.).
- Evolución de un proceso terminal o expectativa de vida digna altamente improbable.
- Deseo expreso del paciente (testamento vital por escrito) con orden de No Reanimación.

4. MATERIAL:

Teniendo en cuenta que el procedimiento se desarrolla en un entorno hospitalario y que la RCP es una situación de emergencia vital, se hace necesario que el carro de paradas disponga de todo el material necesario para la correcta ejecución de la técnica. De igual modo, la enfermera tiene que conocer el manejo de todo el material existente.

Es importante recordar el instrumental específico e indispensable para llevar a cabo la técnica de forma correcta en este tipo de pacientes, por lo que habrá que asegurar que se dispone:

- Mascarilla pediátrica para aplicar en el traqueostoma permanente (para conectar a la bolsa autoinflable). Figura 160.



Figura 160. Mascarilla pediátrica conectada a bolsa autoinflable aplicada a traqueostoma permanente con/sin cánula.

- Mascarilla oxígeno especial para traqueostomía con siete concentraciones (21% al 60%) de adulto para oxigenoterapia.
- Conexión traqueal con tubo corrugado, filtro y HME para conexión a bolsa autoinflable (15 mm) (Figura 161 y 162).
- Pinza trivalva o dilatador traqueal (para evitar un cierre accidental de la traqueotomía en caso de tener que retirar la cánula para sustituirla por otra).
- Circuito de doble rama (pared) en caso de que sea necesaria la administración de oxígeno por boca y traqueotomía de forma simultánea.
- Mascarilla laríngea pediátrica para aplicar oxígeno a través del traqueostoma.
- Tubos endotraqueales del número 6 para intubación.
- Dos cánulas del número 6 con balón de neumotaponamiento (en adelante

globo) y con cánula interna reemplazable que disponga de un conector de 15 mm.

- Sondas de aspiración de diferentes diámetros (12 a 20 Fr).



Figura 161. Conexión traqueal con tubo corrugado, HME y filtro.



Figura 162. Representación del montaje de la Cánula con la conexión traqueal con tubo coarrugado, HME, filtro y bolsa autoinflable.

5. PROCEDIMIENTO

Cuando alguien deja de respirar, lo primero que piensa el personal sanitario es en aplicar oxígeno por la vía aérea superior (boca y nariz), no obstante esta técnica no va a ser efectiva si el paciente respira total o parcialmente por el cuello.

El protocolo de Reanimación Cardiopulmonar Intrahospitalaria (RCPi) según el European Resuscitation Council (ERC) en sus recomendaciones del 2015 es el siguiente (ver Figura 164):



Figura 164. Protocolo de RCPi.

Dadas las características específicas de nuestros pacientes vamos a describir con detalle cual sería el proceso a seguir en cada uno de los casos propuestos:

CASO 1: PACIENTE ADULTO CON SOSPECHA DE PCR QUE RESPIRA SOLO POR EL TRAQUEOSTOMA. LARINGUECTOMIZADO TOTAL. NO PORTADOR DE CÁNULA.

Nota: En un paciente traqueostomizado portador de cánula (situación no habitual), (modelos Lary Tube -con o sin filtro- o Plata normalmente), puesto que la bolsa autoinflable no se puede conectar a estas cánulas directamente al no disponer de conexión de 15 mm y basándonos en que el cierre del estoma en el laringuectomizado total en ausencia de cánula aunque se puede producir, éste sería de forma muy lenta, la acción inmediata tras la comprobación de la ausencia de respiración será retirar la cánula y comenzar la RCP-B (punto 4) y actuar como si se tratara de un laringuectomizado total no portador de cánula.

Aspectos a tener en cuenta durante esta intervención:

ACCIÓN	ESPECIFICACIONES
1. Comprobar la capacidad de respuesta y pedir ayuda.	Sacudir al paciente y gritarle ¿está bien?
2. Evaluar la permeabilidad de la vía aérea (Algoritmo #1 en anexo).	Colocar sobre una superficie dura. No es necesario inclinar la cabeza y elevar el mentón en este caso. Observar la permeabilidad de la vía aérea revisando el traqueostoma y colocando la mano y/o el oído junto a este para comprobar que sale aire y que no hay ningún objeto o sustancia que esté obstaculizando el paso de aire (ver Figura 165). Retirar cualquier obstrucción potencial. Si el paciente llevase un filtro o similar habría que quitarlo. Nunca se retirará una prótesis fonatoria si la llevase. Nota: La mayoría de los laringuectomizados totales no son portadores de cánula. Comprobaremos la respiración durante no más de 10 segundos.  Figura 165. Comprobación de la respiración. Mirar: Verificar los movimientos de pecho. Recordar que una obstrucción de la vía aérea puede dar lugar a una respiración paradójica con ausencia de aire en movimiento. Revisar si hay algún otro signo de vida.

ACCIÓN	ESPECIFICACIONES
	Escuchar: La salida de aire por el traqueostoma. Sentir: La salida de aire por el traqueostoma en nuestra mejilla. El personal sanitario comprobará el pulso carotídeo durante no más de diez segundos. Esto puede realizarse al mismo tiempo que se comprueba la respiración. Es importante destacar aquí que a la hora de comprobar el pulso (normalmente en las arterias carótidas), los tratamientos de radioterapia y cirugía pueden haber endurecido los tejidos, dificultando la detección del pulso en el cuello, por ello, el segundo punto para determinar la existencia o no de pulso será las arterias femorales (izquierda o derecha indistintamente) en ambas ingles.
3. Avisar al Equipo de Soporte Vital Avanzado.	Si no hay respiración efectiva avisar al ESVA y traer el carro de paradas.
4. Comenzar la RCP-B. Si el pecho no se eleva, considerar una obstrucción de la vía aérea.	Colocar la tabla de RCP bajo la espalda del paciente y dar 30 compresiones seguidas de 2 insuflaciones (30:2) a una media de 100-120 compresiones por minuto. La técnica llevada a cabo por personal sanitario puede realizarse entre 1 o 2 personas. Si no hay elevación del pecho intentar identificar las causas de la obstrucción. Durante este tiempo continuar con las compresiones (100-120 por minuto).
5. Conectar bolsa autoinflable con reservorio sobre el traqueostoma con O ₂ a 15 litros/min. para conseguir una FiO ₂ lo más cercana al 100%. (Figura 167).	Es imposible ventilar a un paciente laringectomizado total a través de la nariz y/o la boca ya que no mantiene la vía aérea superior así que ventilaremos al paciente a través del traqueostoma con una mascarilla pediátrica conectada a una bolsa autoinflable (Figura 166) o con una mascarilla laríngea aplicada al traqueostoma conectada a una bolsa autoinflable.

ACCIÓN	ESPECIFICACIONES
	 Figura 166. Mascarilla pediátrica con bolsa autoinflable y mascarillas laríngeas.  Figura 167. Bolsa autoinflable (antes de acoplar reservorio) conectada a fuente de O₂ (15 litros/min.). Si dispusiéramos de un prolongador corrugado adaptable lo utilizaríamos para mejorar la ejecución de la técnica ya que quedaría más espacio para ejecutar las compresiones torácicas de forma efectiva. Es recomendable que una vez asegurada la vía aérea y conectada al oxígeno, la técnica de respiración será realizada por dos personas, una que aplicará la mascarilla al traqueostoma intentando formar un sello

ACCIÓN	ESPECIFICACIONES
	y la otra que apretará la bolsa autoinflable. Si no hay obstrucción de la vía aérea (elevación normal del pecho tras la insuflación), la insuflaciones y las compresiones se puede realizar de forma asincrónica entre dos reanimadores, aplicando una insuflación cada 5 segundos y 100-120 compresiones cada minuto. Durante la ventilación observar el movimiento del pecho. Si la respiración es efectiva el pecho debe subir y bajar.

POSIBLES CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA	
a. Obstrucción permanente del traqueostoma:	¿Se puede ver el objeto/materia que obstruye la vía aérea en el interior del traqueostoma?
b. Posición del paciente.	1.-Realizaremos aspiración traqueal hasta retirar el objeto/materia que produce la obstrucción. Según la posición del paciente se puede ocluir el traqueostoma con la barbilla. Con una simple inclinación de la cabeza hacia atrás y elevación de la barbilla será suficiente para revertir esta situación.
6. Si la circulación está presente continuar solo con las ventilaciones.	Asegurar una ventilación efectiva. Administrar 10 insuflaciones por minuto. Cada minuto se comprobará el pulso (otro sanitario) en el cuello (arterias carótidas) o en la ingle (arterias femorales) sin interrumpir las ventilaciones.
7. Si tras estas pautas de actuación no es posible una ventilación adecuada de la vía aérea recurriremos a lo siguiente:	2ª medida para ventilar: No es posible ventilar a un laringectomizado total a través de la boca o nariz así que intentaremos intubación a través del traqueostoma con una cánula de traqueostomía de pequeño tamaño o un tubo endotraqueal (TET) del nº 6. Considerar la posibilidad de usar un fibroscopio con luz con un catéter Aintree para introducir un TET a través del traqueostoma. Para finalizar, en caso de fracaso de todas estas maniobras tendríamos que recurrir a practicar una traqueotomía percutánea.

Aspectos a tener en cuenta durante esta intervención:

1. Determinar si hay respuesta. Determinar si la persona está inconsciente dándole toques leves o moviéndolo con delicadeza mientras se le pregunta ¿estás bien?.
2. Avisar al ESVA o en su defecto al médico o intensivista de guardia. Es muy importante conocer en cada momento y en cada servicio el protocolo de activación del ESVA, los teléfonos de aviso y el material existente en el carro de paradas.
3. Poner a la persona en posición de reanimación: Acostar a la persona sobre su espalda en una superficie dura. Si no existe trauma cervical el personal sanitario deberá inclinar la cabeza de la persona hacia atrás y levantar la barbilla (sin hacer la hiperextensión del cuello).
4. Exponer el cuello: Descubrir el cuello totalmente. Retirar cualquier objeto que cubra el traqueostoma (pieza de tela, lámina de metal, etc.) y que pueda impedir el acceso al paso de aire. Si la persona tiene un filtro en el traqueostoma, retirarlo de la base, pero dejar la base pegada a la piel alrededor del traqueostoma, a no ser que interfiera con los procedimientos de respiración de rescate.

Por norma: No retirar ninguna prótesis de voz que esté dentro del traqueostoma (Figura 168).



Figura 168. Placa adhesiva en un Laringectomizado total con prótesis de voz en el interior del traqueostoma.

En el caso de que la prótesis se saliese de su lugar, deberá sustituirse tan pronto como sea posible (tras la reanimación) con un catéter de diámetro compatible (4 a 10 Fr) para prevenir la aspiración del contenido esofágico y mantener la abertura entre la traquea y el esófago, de manera que posteriormente se pueda introducir otra prótesis de voz.

CASO 2: PACIENTE ADULTO CON SOSPECHA DE PCR QUE ES PORTADOR DE CÁNULA Y QUE MANTIENE LA VÍA AÉREA SUPERIOR:

RESUCITACIÓN DEL PACIENTE CON CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA (MANTIENE LA VÍA AÉREA SUPERIOR)	
ACCIÓN	ESPECIFICACIONES
1. Comprobar la capacidad de respuesta y pedir ayuda.	Sacudir al paciente y gritarle ¿está bien?
2. Evaluar la permeabilidad de la vía aérea (Algoritmo #1) en anexo.	Inclinar la cabeza y elevar el mentón. Observar la permeabilidad de la vía aérea revisando el traqueostoma y colocando la mano y el oído junto a la cánula para comprobar que sale aire y que no hay ningún obstáculo. Retirar cualquier obstáculo potencial (tapón de protección, anti-tos, etc.). Comprobar la respiración durante no más de 10 segundos. Mirar: Verificar los movimientos de pecho. Recordar que una obstrucción de la vía aérea puede dar lugar a una respiración paradójica con ausencia de aire en movimiento. Revisar si la cánula está en la posición adecuada y si hay algún otro signo de vida. Escuchar: La salida de aire por la cánula de la traqueostomía. Sentir: La salida de aire por la cánula de la traqueostomía en nuestra mejilla. El personal sanitario comprobará el pulso carotídeo durante no más de 10 segundos. Esto puede realizarse al mismo tiempo que se comprueba la respiración o tras ella.

ACCIÓN	ESPECIFICACIONES
3. Avisar al Equipo de Soporte Vital Avanzado.	Si no hay respiración efectiva, avisar al ESVA y traer el carro de parada.
4. Comenzar la RCP-B.	Colocar la tabla de RCP bajo la espalda del paciente y dar 30 compresiones seguidas de 2 insuflaciones (30:2) a una media de 100-120 compresiones por minuto.
5. Conectar bolsa autoinflable con reservorio a conexión traqueal de 15 mm con oxígeno a 15 litros/min.	Conectar la bolsa autoinflable al tubo de traqueostomía (Figura 169). Si se dispone de un conector flexible se colocará con el fin de mejorar la técnica combinada de insuflaciones y masaje cardiaco externo. Una vez asegurada la vía aérea y conectada al O₂, la técnica será realizada por dos sanitarios, uno encargado de realizar las compresiones y el otro de las insuflaciones de forma independiente (100-120 compresiones/min y 8-10 respiraciones/min. de forma simultánea). Durante la ventilación observar el movimiento del pecho. Si la respiración es efectiva el pecho debe subir y bajar. Además deberemos cubrir la nariz y boca con las manos anulando la vía aérea superior o colocando una mascarilla y suministrando oxígeno a alto flujo para evitar pérdidas de aire. 

Figura 169. Bolsa autoinflable conectada a conexión de 15 mm de cánula de traqueotomía.

ACCIÓN	ESPECIFICACIONES
Si el pecho no se eleva, considerar una obstrucción de la vía aérea.	Si no hay elevación del pecho intentar identificar las causas de la obstrucción. Durante este tiempo continuar con las compresiones (100/min).

POSIBLES CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

a. Obstrucción permanente del traqueostoma:	¿Se puede ver el elemento que obstruye la vía aérea en el interior del traqueostoma?. 1.-Si la cánula tiene dos piezas (cánula externa y cánula interna) se retirará la cánula interna y se volverá a comprobar la permeabilidad de la vía aérea. 2.-Si la cánula tiene una sola pieza realizar aspiración a través de la cánula y volver a valorar. Si la sonda de aspiración no pasa considerar una obstrucción total y procederemos a la retirada de la cánula (esto lo realizará personal entrenado) pero disponiendo siempre de otra cánula de menor tamaño y un dilatador traqueal (Figura 170) o pinza trivalva para evitar el cierre total del traqueostoma.
b. Decanulación accidental y cierre espontáneo del traqueostoma.	Si se produce una decanulación accidental tendremos que: – Colocar una nueva cánula de igual o menor tamaño. – Usar un dilatador traqueal. – -Si no es posible, realizar intubación orotraqueal (IOT).



Figura 170. Dilatador traqueal.

POSIBLES CAUSAS DE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

c. Posición del paciente.	Según la posición del paciente se puede ocluir el traqueostoma con la barbilla. Con una simple inclinación de la cabeza hacia atrás y elevación de la barbilla será suficiente para revertir esta situación.
d. Cambio de posición de la cánula.	Es posible que la cánula se haya movido de su posición inicial. En caso de que se sospeche un desplazamiento de la cánula de forma que el extremo distal haya quedado pegado a los tejidos e impida el paso de aire, intentar volver a colocar la cánula en su posición correcta. Tratar de pasar una sonda de aspiración y, si no es posible, considerar eliminar esa cánula e inmediatamente colocar otra de igual o de un número inferior.
e. Cánula de traqueotomía en espacio pre-traqueal.	Si se inserta incorrectamente la cánula, ésta puede quedar en los tejidos entre la abertura del cuello y la traquea impidiendo el paso de aire. Tratar de pasar una sonda de aspiración y, si no es posible, considerar eliminar esa cánula e inmediatamente colocar otra de igual o de un número inferior.
f. Herniación del balón de la cánula	Desinflar el balón completamente y volver a inflar hasta que se obtenga el sellado de la vía aérea.

ACCIÓN	ESPECIFICACIONES
6. Si la circulación está presente continuar sólo con las ventilaciones.	Asegurar una ventilación efectiva. Administrar 10 insuflaciones por minuto. Cada minuto se comprobará el pulso (otro sanitario) sin interrumpir las ventilaciones.
El tipo de cánula nos conducirá a asegurar la permeabilidad de la vía aérea de una forma u otra.	
7.1. Cánula con balón: -Inflar manguito. -Administrar 30:2. 7.2. Cánula sin balón: -Administrar 30:2. -Reinsertar una cánula con balón lo antes posible.	Inflaremos el manguito (o balón) para permitir una ventilación efectiva (ya que así se evita la fuga de aire por la vía aérea superior). La ventilación con una cánula sin balón puede no ser del todo efectiva por tanto lo ideal es colocar una cánula con balón lo antes posible.

ACCIÓN	ESPECIFICACIONES
8. Cánula de dos piezas: 8.1. Cánula interna no fenestrada. Reinsertar y continuar con las ventilaciones. 8.2. Cánula interna fenestrada. Reemplazar la cánula interna por una no fenestrada.	La ventilación con una cánula de dos luces fenestrada es posible, sin embargo el paso de aire no está asegurado y por tanto deberemos cambiar la cánula interna por una no fenestrada lo antes posible.
9. Si tras estas pautas de actuación no es posible una ventilación adecuada de la vía aérea recurriremos a lo siguiente:	1ª medida para ventilar: Puesto que la persona mantiene la vía aérea superior, aplicaremos las maniobras de ventilación a través de la boca cubriendo el traqueostoma con la mano o con una torunda para evitar pérdidas de aire. Usaremos cánula orofaríngea y bolsa autoinflable o mascarilla laríngea. Si no es efectiva ventilaremos a través del traqueostoma (con una mascarilla pediátrica o mascarilla laríngea aplicada al traqueostoma) cubriendo la nariz y boca con las manos anulando la vía aérea superior o colocando una mascarilla y suministrando oxígeno a alto flujo para evitar pérdidas de aire. 2ª medida para ventilar: En caso de fracaso, pasaríamos a la segunda medida para ventilar. El ESVA intentará introducir un TET del número 6 (a ciegas) con la precaución de no hacer una falsa vía. Introduciremos el TET entre 10-15 cm (tomando como referencia el largo de la cánula) y una vez introducido tendremos que verificar mediante auscultación para asegurar que queda por encima de la carina y que el extremo distal no está colocado en el bronquio derecho. Si esta medida fracasa intentaremos una intubación oral asegurándonos de que el extremo distal del TET (de su número) queda por debajo del traqueostoma para evitar así cualquier fuga de aire. Para finalizar, en caso de fracaso de todas estas maniobras tendríamos que recurrir a practicar una traqueotomía percutánea.

De todas estas pautas de actuación se derivan otras que siempre que se atienda a un paciente portador de una cánula de traqueotomía/traqueostomía se debería saber en todo momento:

1. Tipo de cánula (marca y modelo) y tamaño para disponer de una de igual y otra de menor tamaño.
2. Material del que está hecha la cánula (plástico-cloruro de polivinilo-, silicona, metal, etc.).
3. Número de piezas (si dispone o no de cánula interna) y accesorios de los que dispone (tapón de protección, tapón para fonación, adaptador de 15 mm, etc.).
4. Neumotaponamiento: si la cánula dispone o no de manguito (o balón) y de la presión del manguito (lo habitual es que sea de baja presión y siempre será menor de 25 cm de H₂O).
5. Fenestración o no: Deberemos saber si la cánula interna es o no fenestrada y si disponemos de otra no fenestrada para intercambiarla si es necesario.
6. A modo práctico se puede incluir en un lugar que sea visible para todo el personal y de una forma legible y clara toda esta información para que en caso de emergencia se disponga de ella de una forma rápida y efectiva.

En los dos casos propuestos mientras no se consiga el aislamiento de la vía aérea mediante cánula o tubo endotraqueal (ambos con balón de neumotaponamiento) la secuencia de reanimación será secuenciada 30:2 como en el algoritmo inicial. Una vez conseguido el aislamiento de la vía aérea por alguno de estos medios la secuencia de reanimación se realizará de forma aislada (no secuenciada), por dos sanitarios, uno de ellos aplicando de 100 a 120 compresiones por minuto (con el talón de ambas manos una sobre la otra entrecruzando los dedos en el centro del pecho, sobre la mitad inferior del esternón y deprimiendo éste unos 5 cm pero no más de 6 cm en el adulto medio (permitiendo el completo retroceso del tórax) (Figura 171) y el otro sanitario dando de 8 a 10 ventilaciones por minuto (1 ventilación de un segundo de duración cada 6-8 segundos).



Figura 171. Compresiones torácicas en el centro del pecho.

- No debe retrasarse en ningún caso el inicio de las compresiones. En el momento en el que se constata la PCR, si estamos solos, daremos la voz de alarma (aviso al ESVA) y comenzaremos a realizar las compresiones hasta que algún compañero llegue y comience a valorar como ventilar la vía aérea.
- Oxigenoterapia: En todos los casos se conectara la bolsa autoinflable a la fuente de O_2 a 15 litros. Idealmente se debe colocar un reservorio a la bolsa para iniciar la ventilación y obtener así una FiO_2 del 85-100%.
- Aunque ya se ha comentado es importante recordar que en los casos en los que haya una obstrucción completa, puede existir una respiración paradójica (movimiento del pecho) y no haya movimiento de aire.
- La mayoría de las cánulas llevan un adaptador de 15 mm que permita conectar la bolsa autoinflable en caso de emergencia. En ocasiones el adaptador no está puesto físicamente pero el paciente suele llevarlo encima.

La mayoría de los problemas que se presentan con una traqueotomía se pueden prevenir con una adecuada gestión, disponiendo de todo el material necesario

para una práctica adecuada y con la formación necesaria para atender este tipo de emergencias.

Se establece así este algoritmo sencillo y fácil de poner en práctica donde el conocimiento previo de las condiciones individuales de cada paciente son determinantes para la resolución eficaz de este tipo de emergencias. Así mismo se establecen también las siguientes recomendaciones:

- Al ingreso/traslado dentro del hospital de cualquier paciente portador de cánula sería recomendable colocar a pie de cama (Figura 172) la siguiente información (respetando siempre la intimidad del paciente):
- Paciente Laringuectomizado o Traqueotomizado.
- Marca y modelo de la cánula (fecha del último cambio realizado).
- Número y características (fenestrada, con o sin globo, con o sin cánula interna, larga o corta, etc.).
- Fecha de realización del traqueostoma.
- Se deberá disponer siempre junto al paciente una cánula de igual tamaño y otra de un número inferior.
- Si la cánula es con globo se debe disponer de un medidor de presión para asegurar que no se produce una presión excesiva sobre las paredes de la traquea.

The figure shows two informational cards designed to be placed at the foot of a patient's bed. The left card is titled 'TRAQUEOTOMÍA' and the right card is titled 'LARINGUECTOMÍA'. Both cards contain a series of questions and checkboxes to be filled out by medical staff, along with a space for an emergency phone number. The Traqueotomía card includes a small diagram of a tracheostomy tube. The Laringuectomía card includes a small diagram of a laryngectomy. Both cards have a header with a warning: 'El paciente mantiene la vía aérea superior. La intubación oral puede ser difícil.' (The patient maintains the upper airway. Oral intubation may be difficult.)

TRAQUEOTOMÍA
El paciente mantiene la vía aérea superior. La intubación oral puede ser difícil.

Percutánea/Quirúrgica

Realizada (fecha): _____

Marca y modelo de cánula: _____

Tubo nº: _____

Fenestración: ☐ SI ☐ NO

Neumotaponamiento: ☐ SI ☐ NO

Indicar cualquier problema anterior con la traqueotomía: _____

Teléfono de Emergencia: _____

LARINGUECTOMÍA
El paciente NO mantiene la vía aérea superior. No puede ser intubado por vía oral.

Puede no haber cánula en el traqueostoma.

Realizada (fecha): _____

Marca y modelo de cánula: _____

Tubo nº: _____

Fenestración: ☐ SI ☐ NO

Neumotaponamiento: ☐ SI ☐ NO

Indicar cualquier problema anterior con la laringuectomía: _____

Teléfono de Emergencia: _____

Figura 172. Ejemplos de información que se puede colocar a pie de cama.

DESFIBRILACIÓN EXTERNA AUTOMÁTICA/SEMI AUTOMÁTICA:

Es cada vez más habitual en las unidades de hospitalización se disponga de un Desfibrilador Manual con opción de Desfibrilador Externo Semiautomático (DESA). En el caso de disponer un DESA colocaremos los parches (Figura 173) siguiendo las instrucciones que aparecen impresas en éstos. Los parches au-

toadhesivos tienen numerosas ventajas sobre las palas manuales y deberían ser utilizados siempre preferentemente cuando estén disponibles.

Al mismo tiempo que se siguen las instrucciones del DESA y se ponen los parches, se debería colocar los electrodos para monitorizar al paciente y así evaluar el ritmo cardíaco (aunque hay que recordar que el DESA recomendará o no la descarga). Mientras no llegue el ESVA, se continuará con la RCP hasta que se detecte pulso o haya algún signo de vida en el paciente (aunque aparezca ritmo organizado en el monitor será necesario verificar de forma manual la presencia de pulso carotídeo o femoral).



Figura 173. Colocación de los parches del DESA.

Con el fin de iniciar el Soporte Vital Avanzado (SVA) a la llegada del ESVA será de vital importancia disponer de dos vías venosas periféricas permeables y de gran calibre, por lo que uno de los sanitarios procederá a su canalización (Figura 174).

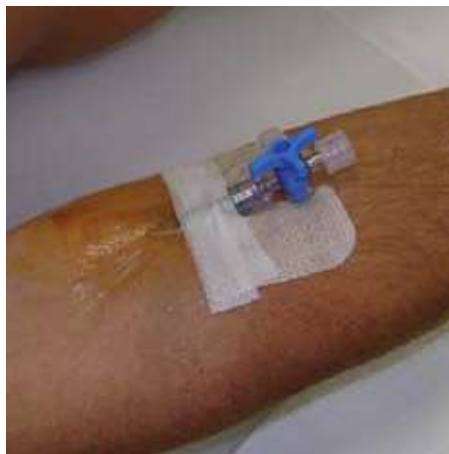


Figura 174. Canalización de vía venosa periférica.

Recomendaciones en el uso del DEA/DESA:

Si el paciente es portador de un Desfibrilador Automático Implantado (DAI) o marcapasos, los parches del DESA se colocarán unos centímetros separados de este (5-10 cms según bibliografía). En este caso puede ser necesario variar la posición inicial en la que están indicados la colocación de los parches. Si el DAI/ Marcapasos está colocado en la lado derecho del pecho del paciente y no es posible su colocación esterno-apical, la posición de elección será la anteroposterior (una en la espalda debajo de la escápula izquierda y la otra delante a la izquierda del esternón) aunque el ERC también reconoce la posición biaxilar.

PASO	ACCIÓN	FOTO
1	-Encender el DEA/DESA (esto activa las instrucciones verbales). -Abrir la caja que contiene el DEA/DESA o levantar la tapa del equipo (algunos equipos se enciende de forma automática al levantar la tapa) (Figura 175).	 Figura 175.

PASO	ACCIÓN	FOTO
2	Conectar los parches al pecho desnudo del paciente: – Retirar la protección posterior de los parches (electrodos) adhesivos. – Si el pecho está mojado (agua o sudor) secar rápidamente el pecho del paciente. Si el paciente tiene mucho vello, podría ser necesario rasurar la zona donde se va a colocar los parches. – Aplicar los parches al pecho desnudo del paciente (Figura 176). Tal y como se indica en los dibujos de los parches: Si no hay contraindicaciones, colocar uno de los parches según se indica en las ilustraciones (posición anterolateral), en la zona superior derecha del pecho desnudo, a la derecha del esternón y justo debajo de la clavícula. El otro parche se colocará a la izquierda del pezón, unos 10 cm por debajo de la axila izquierda. Una vez pegados, conectar los cables de los parches al DEA/DESA si no vienen conectados.	  Figura 176.
3	No toque al paciente y analice el ritmo. - Es muy importante que nos separemos del paciente mientras se realiza el análisis y nos aseguraremos de que nadie está tocando al paciente (Figura 177). Si es necesario, el DEA/DESA nos indicará de forma verbal o luminosa (o ambas) la necesidad de administrar la descarga.	 Figura 177.

PASO	ACCIÓN	FOTO
4	Si el DEA/DESA recomienda la descarga, le avisará de que se aleje del paciente. Antes de administrar la descarga hay que asegurarse de que nadie está en contacto con el paciente para evitar lesiones en los reanimadores (Figura 178). La fuente de oxígeno deberá separarse al menos 1 metro del paciente cuando se vaya a producir la descarga. Es recomendable, antes de dar la descarga, decir en voz alta: “todos fuera”. Una vez seguros de que nadie está en contacto con el paciente presionaremos el botón de descarga.	 Figura 178.
5	En cuanto el DEA/DESA haya administrado la descarga, iniciaremos de nuevo la RCP (Figura 179) empezando con las compresiones torácicas y con las ventilaciones de forma simultánea en el caso de que se tenga la seguridad de que tenemos la vía aérea permeable en cualquiera de sus opciones.	 Figura 179.
6	Cada dos minutos de RCP, el DEA/DESA nos avisará para repetir de nuevo los pasos 3 y 4.	

6. POSIBLES COMPLICACIONES

En el caso que nos ocupa, las complicaciones de la técnica de RCP en este tipo de pacientes son las mismas que para cualquier otro paciente (p. ej.: edema agudo de pulmón) a excepción de las relacionadas con la vía aérea que por su complejidad pueden agravarse aún más, como son la presencia de hemorragia en la vía aérea o la intubación esofágica desapercibida que es la complicación más seria durante los intentos de intubación traqueal.

7. CUIDADOS POSTERIORES

En el caso de que el paciente sea reanimado por el ESVA, los cuidados post resucitación en UCI se deben iniciar de forma inmediata con el objetivo de evitar una recidiva y mejorar la supervivencia a largo plazo con una buen estado neurológico.

De forma resumida y dado que este apartado se incluiría dentro del Soporte Vital Avanzado se citan los principales cuidados que se llevarían a cabo tras una reanimación cardiopulmonar exitosa:

1.-Debe existir un protocolo de tratamiento post resucitación estructurado y detallado.

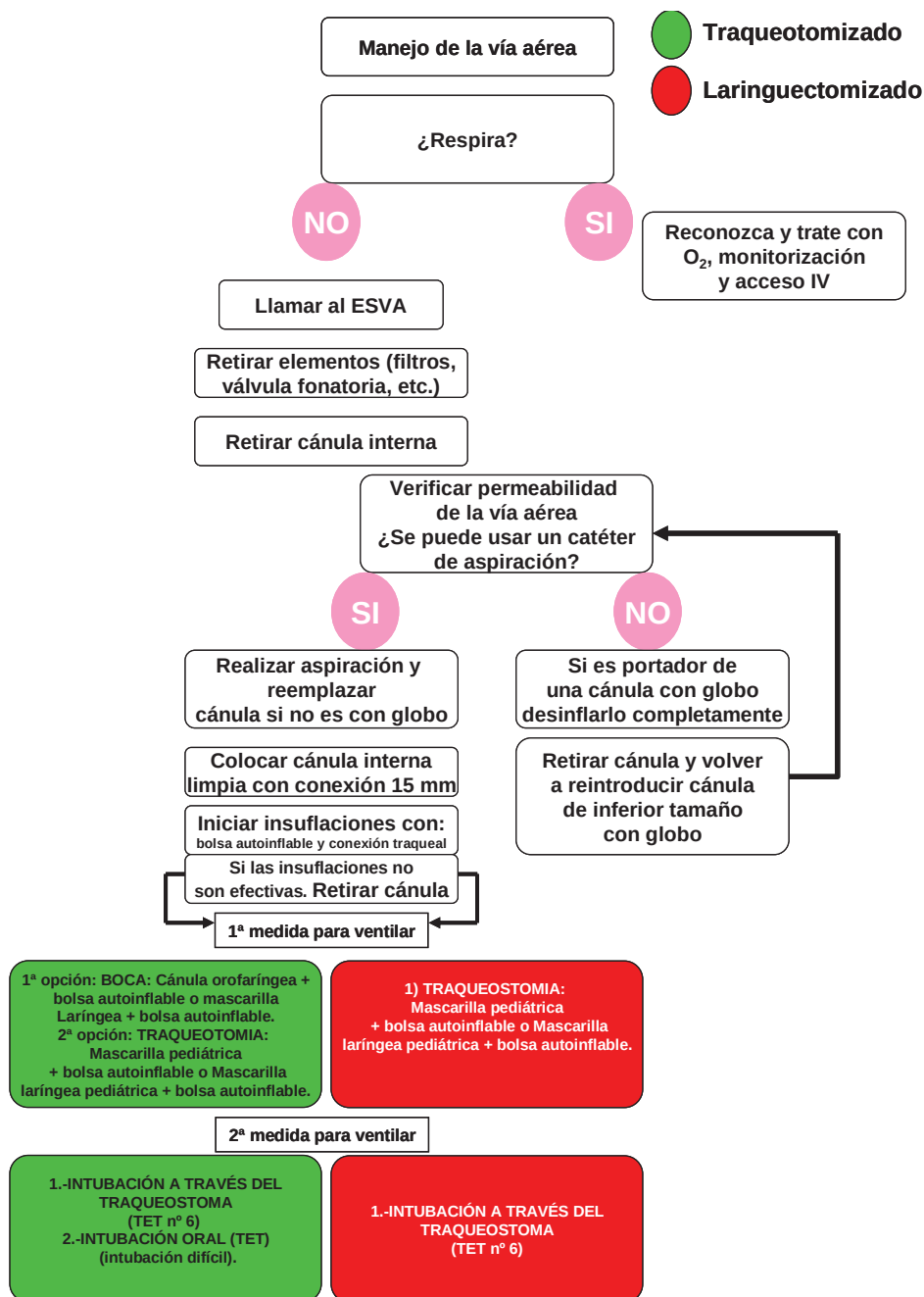
2.-Vía aérea y ventilación:

Asegurar una adecuada vía aérea y control de la respiración para mantener una concentración de oxígeno en aire inspirado de entre 94-98% o del 88-92% en los pacientes con riesgo de insuficiencia respiratoria hipercápnica.

3.-Circulación: Asegurar signos vitales y monitorización electrocardiográfica continua, considerando fluidos según las cifras de tensión arterial.

4.-Considerar la necesidad de aplicar la hipotermia terapéutica inducida.

5.-Realizar ECG de 12 derivaciones en busca de la causa de la parada cardiaca y activar los protocolos existentes en nuestro entorno hospitalario para el tratamiento y recuperación del infarto de miocardio, en el caso de este sea el origen de la PCR.



Algoritmo nº1. Evaluación de permeabilidad de la vía aérea.

3^a

PARTE

Consulta de Enfermería (CELT) en el paciente con cáncer de laringe

Capítulo 18

Clasificación de los tipos de cáncer de laringe e intervenciones

Tomás Esteban Sánchez
David Esteban García

1. INTRODUCCIÓN

El tipo de cirugía que se puede aplicar en el cáncer de laringe varía en función del tamaño, de la localización y de la extensión de la enfermedad a ganglios y/o órganos vecinos.

2. TÉCNICAS EMPLEADAS

Aunque es posible que se tenga que realizar la extirpación de la laringe (laringuectomía), en la actualidad se realizan con más frecuencia cirugías conservadoras para preservar la voz.

Dependiendo de la situación de cada enfermo, existen diferentes opciones y técnicas de tratamiento quirúrgico:

- Laringuectomía total: cuando se precisa extirpar toda la laringe.
- Cordectomía: consiste en la extirpación únicamente de la cuerda vocal afecta.
- Laringuectomía supraglótica: se extirpa solamente la región supraglótica de la laringe.
- Linfadenectomía: es la extirpación de los ganglios linfáticos de la zona del cuello. Dependiendo de la localización del tumor, el riesgo de afectación de los ganglios del cuello puede variar. En los tumores supra y subglóticos es frecuente esta afectación por lo que se suele llevar a cabo la linfadenectomía. Se conoce con el nombre de disección ganglionar cervical. En los cánceres de glotis, no se afectan los ganglios por lo que no es preciso realizar este tipo de cirugía.

En la cirugía del cáncer de laringe hace que el enfermo requiera la realización de una traqueostomía, orificio que comunica la tráquea con el exterior, y que se encuentra en la parte inmediatamente superior del esternón.

Una secuela importante de la laringuectomía y de la cirugía conservadora es la pérdida de la voz en el primer caso (afonía) o la alteración de la misma (disfonía) en la segunda. Esta secuela supone una alteración de la calidad de vida de los pacientes, ya que los enfermos que precisan este tipo de cirugía necesitan una posterior rehabilitación funcional. Tienen que aprender, no sólo los cuidados del traqueostoma (así se llama el orificio), sino que también necesitan aprender a comer y a hablar de nuevo (ya que requirieron la extirpación de las cuerdas vocales).

Una de las áreas de trabajo de la enfermera post-operatoria es referida a la detección precoz de complicaciones post-operatorias, con la consecuente implementación de intervenciones cuyo objetivo es minimizar los efectos de estas complicaciones y agilizar el tiempo de recuperación del paciente quirúrgico.

3. HISTOLOGÍA DE LOS TUMORES DE LARINGE

Los tumores malignos de la laringe suponen el 1% de la mortalidad por cáncer. La histopatología de la mayoría de estas neoplasias son los carcinomas epidermoides, que representan el 80-90 % del total. El resto lo forman los tumores neuroendocrinos, melanomas, adenocarcinomas, sarcomas, linfomas y las metástasis entre otros.

1. Variantes del carcinoma epidermoide:
 - Carcinoma verrucoso: es muy diferenciado y supone casi el 4% de los carcinomas laríngeos (Figura 180). Es muy poco metastásico y por tanto tiene un pronóstico vital bueno, con supervivencia a 5 años en torno al 95 %.
 - Carcinoma de células fusiformes: es una variante bifásica del carcinoma epidermoide.
 - Carcinoma basaloide: es bastante agresivo, con elevado porcentaje de metástasis, descendiendo la supervivencia al 18% a los 5 años.



Figura 180. Carcinoma verrucoso de glotis.

2. Dentro de los tumores neuroendocrinos, el carcinoide atípico es el más frecuente de los de laringe. Suele situarse a nivel supraglótico elevando la calcitonina. Suele metastatizar frecuentemente, casi el 40%, teniendo una supervivencia a 5 años del 48 %.

Otro tumor neuroendocrino más raro es el microcítico o de células en avena, es muy agresivo, con metástasis ganglionares del 50 % y a distancia del 75 %. El pronóstico de supervivencia a 5 años es del 5 %.

3. Melanomas: los tumores primarios son muy raros teniendo una supervivencia a 5 años de un 20 %.
4. Condrosarcomas laríngeos suelen afectar al cricoides y menos frecuentemente al resto de cartílagos, siendo difícil de distinguir de los condromas histopatológicamente.
5. Adenocarcinomas de laringe. Suponen un 1 % del total de los tumores malignos de la laringe, siendo los más frecuentes el carcinoma adenoide quístico y el carcinoma mucoepidermoide. Más raros son el carcinoma de células acinares, el de células claras, el mioepitelioma y el carcinoma de ductos salivares.
6. Linfomas. Suelen ser linfomas B y se sitúan a nivel supraglótico.
7. Metástasis de otros tumores malignos, sean melanomas cutáneos, adenocarcinomas renales y menos frecuentemente de tumores pulmonares o mamarios.

Todas estas extirpes histológicas las podemos encontrar en los diferentes niveles de la laringe (Figura 181). Según su ubicación tenemos:

- Tumores supraglóticos que afectan al espacio situado por encima de las cuerdas vocales (epiglotis, bandas, repliegues aritenopiglóticos y ventrículos de Morgagni).
- Tumores glóticos afectan a las cuerdas vocales.
- Tumores subglóticos se sitúan por debajo de las cuerdas vocales.

Originalmente los tumores se desarrollan en una de estas tres ubicaciones comentadas, pero cuando van creciendo, invaden el resto de sitios, siendo a veces difícil de localizar el origen.

Es fácil pensar que cuando el tumor se diagnostica pronto, en estadios iniciales, obtenemos un mejor resultado curativo, teniendo a veces varias posibilidades de tratamiento (cirugía o radioterapia), sin grandes sacrificios funcionales de la laringe; mientras que si el diagnóstico se produce cuando está evolucionado, no

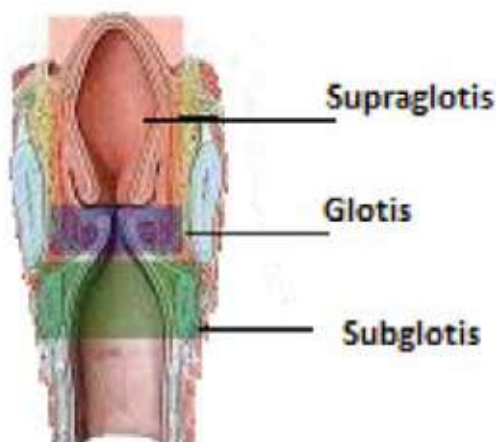


Figura 181: Niveles laríngeos.

solo pelagra la funcionalidad laríngea, sino la propia vida. Pasando de un 90-95 % de supervivencia a 5 años en un tumor glótico en estadio I, a un 40 % en un estadio IV.

De ahí que lo más importante en el tratamiento del cáncer de laringe sea el diagnóstico precoz.

4. TIPOS DE INTERVENCIONES

La cirugía de los tumores malignos de laringe se puede realizar de dos formas: endoscópica o transoral y la cervical o externa.

a) Cirugía endoscópica:

La cirugía endoscópica ha avanzado mucho en los últimos años, gracias a los equipos láser de CO₂, permitiéndonos el tratamiento de los tumores en los primeros estadios, sin necesidad de realizar traqueotomía, ni cirugía externa.

Las técnicas endoscópicas se realizan mediante microcirugía endolaríngea (LDS: Laringoscopia Directa en Suspensión) a través de la cavidad oral (Figura 182). Se introduce una espátula rígida metálica por la boca hasta la glotis y mediante un microscopio y un equipo láser (adaptado al microscopio) se realiza la extirpación del tumor.

Los tumores glóticos en estadios I y II pueden tratarse con esta técnica, median-

te la extirpación de la cuerda vocal donde está situado el tumor. Se extirpa el músculo vocal, el ligamento vocal y la mucosa que recubre. Con este tipo de tratamiento se evita la realización de una traqueotomía y además se consigue una estancia hospitalaria mínima, solo un día. Los tumores supraglóticos en estadios I y II también son subsidiarios de este tipo de cirugía.



Figura 182: Laringoscopia directa en suspensión.

b) Cirugía cervical o externa:

La cordectomía mediante laringofisura o tirotomía media (Figura 183), se realiza mediante una incisión a nivel cervical, en línea media. Se extirpa la cuerda vocal incluyendo el pericondrio tiroideo interno. Antes del abordaje del tiroides se hace una traqueotomía. Esta técnica se puede realizar en los tumores glóticos en estadio I.

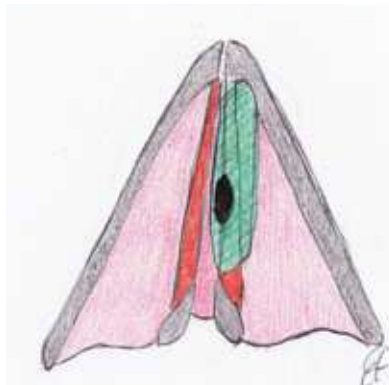


Figura 183. Tirotomía media. Cordectomía.

Laringuectomía frontolateral. Se realiza cuando la lesión llega a comisura anterior, extirpando la cuerda vocal, la comisura anterior y un fragmento cartilaginoso tiroideo anterior (Figura 184). Se utilizará en los tumores glóticos en estadio I que tengan buena movilidad.

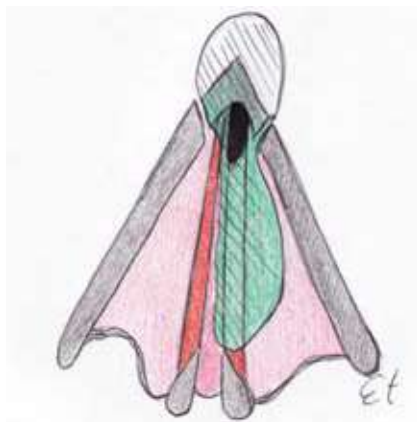


Figura 184. Laringuectomía frontolateral.

Laringuectomía frontal anterior con epiglotoplastia. Consiste en la extirpación de la cuerda vocal, parte de la banda ventricular homolateral (Figura 185), así como la mitad anterior de ambas alas del cartílago tiroides. Se reconstruye con la epiglotis, tras liberarla y descenderla a nivel del lecho extirpado. Esta técnica se utiliza en los tumores glóticos en estadio II.



Figura 185. Laringuectomía frontal anterior.

Laringuectomía supraglótica. Es la resección del área supraglótica, incluyendo epiglotis, bandas ventriculares, 1/3 superior del cartílago tiroides y hueso hioides (Figura 186). La limitación es la afectación de la glotis, la fijación de la cuerda vocal o la invasión importante de la base de lengua. La emplearemos en los tumores T1 y T2 supraglóticos.

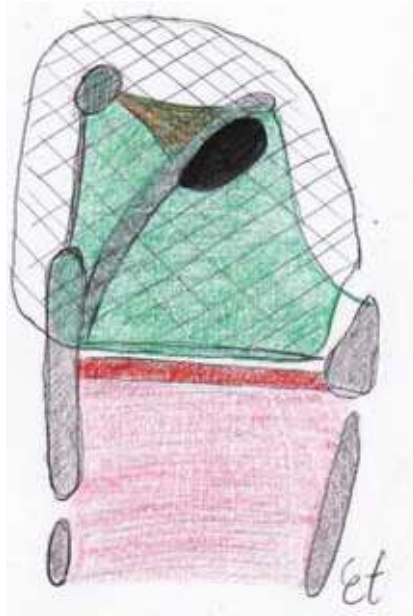


Figura 186. Laringuectomía supraglótica.

Laringuectomía total. Consiste en la extirpación completa de la laringe por una tumoración que fije la glotis. Esta técnica se realizará en los estadios III-IV.

Laringuectomía parcial supracricoidea con cricohioidoepiglotopexia. Se extirpa la glotis y la supraglotis conservando el hioides y la parte suprahioidea de la epiglotis, además del cartílago cricoides y un aritenoides.

Laringuectomía parcial supracricoidea con cricohioidopexia. Se realiza la extirpación de la glotis y la supraglotis incluyendo la totalidad de la epiglotis. Se conserva cricoides, el hioides y un aritenoides con movilidad conservada.

5. VACIAMIENTOS GANGLIONARES CERVICALES

Indicaciones:

En todas las cirugías comentadas se pueden realizar vaciamientos ganglionares cervicales unilaterales o bilaterales, según la localización de la tumoración laríngea, el estadio tumoral, así como la afectación metastásica ganglionar.

Los tumores glóticos tienen escasa capacidad metastásica linfática en los primeros estadios, de ahí que en los estadios I y II no se realicen vaciamientos ganglionares cervicales profilácticos.

Sin embargo los tumores supraglóticos tienen mucha facilidad para metastatizar por vía linfática, aún en los primeros estadios. Además las metástasis pueden darse homolaterales y contralaterales a la localización de la lesión, de ahí que se realicen vaciamientos ganglionares cervicales bilaterales profilácticos con N0 clínicos, es decir, aunque no haya evidencia de metástasis ni en la exploración ni en las pruebas radiológicas.

En los tumores subglóticos, que son menos frecuentes que los dos anteriores, se realizan siempre vaciamientos. Suelen diagnosticarse en estadios avanzados y además tienen facilidad para metastatizar en la región paratraqueal (nivel VI).

La región cervical se ha dividido consensuadamente en 7 zonas, bien definidas y enumeradas con números romanos, de forma que podamos situar las posibles metástasis que nos aparezcan, además de indicar las regiones que vamos a intervenir en el vaciamiento (Figura 187). Existen unas estructuras cervicales que nos delimitan estas zonas, como son el músculo esternocleidomastoideo, el músculo digástrico, el hueso hioides, el cartílago cricoides y el músculo omohioideo, además de los límites establecidos con la mandíbula, la clavícula y el músculo trapecio.

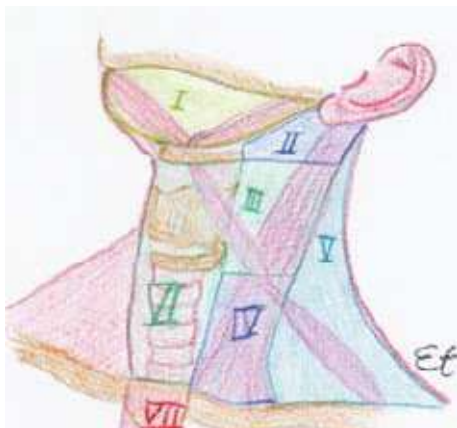


Figura 187. Niveles cervicales.

5.1. Los vaciamientos ganglionares cervicales funcionales:

Técnica:

Se realiza una disección sistemática de las fascias cervicales que envuelven los paquetes musculares, vasculares y nerviosos del cuello. Se incluyen en las fascias los ganglios y tejido celular subcutáneo que rellena los espacios. Debemos colocar la pieza del vaciamiento sobre una superficie plana y marcando los niveles cervicales. Esto permitirá al anatomopatólogo estudiar las adenopatías por zonas, indicándonos las que estén afectadas. Así se facilitarán los posibles tratamientos de radioterapia que sean precisos.

5.2.-Los vaciamientos ganglionares cervicales radicales:

Técnica:

Se realizan cuando la afectación de la adenopatía metastásica afecta a estructuras vasculares, musculares y/o nerviosas. Consiste en la extirpación del músculo esternocleidomastoideo, la vena yugular interna y el nervio espinal (XI par craneal), además de las fascias y ganglios descritos en el vaciamiento funcional. Las secuelas de esta cirugía son más importantes que las de la cirugía funcional, quedando afectada la movilidad del hombro y del cuello disecados.

Capítulo 19

Comité de Tumores

Tomás Esteban Sánchez
David Esteban García

1. INTRODUCCIÓN

La oncología es la especialidad que se encarga del estudio y tratamiento de los tumores malignos. Los tumores laríngeos suponen el 25 % de las neoplasias de cabeza y cuello y el 2 % del total de los tumores del organismo.

La extirpe tumoral más frecuente es el cáncer Epidermoide que constituye más del 90 % del total.

El cáncer de laringe se suele dar entre la 5ª y la 7ª década de la vida, sobre todo en varones (relación 4:1). La incidencia en la mujer ha ido aumentando en tanto en cuanto se ha ido incorporando a los hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), sin alcanzar los niveles del hombre.

En el tratamiento de los tumores de cabeza y cuello intervienen varias especialidades médicas, constituyendo los comités multidisciplinares. Estos comités fueron declarados como un modelo de calidad asistencial en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud en 2010, organizado por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

El comité de tumores de cabeza y cuello está formado por 1 o 2 miembros de las especialidades de oncología médica, oncología radioterápica, cirugía maxilofacial, otorrinolaringología, cirugía plástica, anatomía patológica, radiología, medicina nuclear y enfermería.

2. PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

El paciente oncológico suele llegar a las consultas de Otorrinolaringología, cirugía maxilofacial o de oncología médica, derivado desde atención primaria o como interconsulta de los diferentes servicios de hospitalización.

Tras su llegada se elabora una historia clínica con los datos: nombre, edad, dirección, profesión, antecedentes familiares, antecedentes personales y hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, otras sustancias). Después se recoge una anamnesis del proceso por el que consulta, siendo importante además de los síntomas, la fecha de comienzo y la evolución del mismo. Tras ello se realiza una exploración general de cabeza y cuello (cavidad oral, orofaringe, fosas nasales, cuello y oídos) y un estudio fibroendoscópico que nos permitirá visualizar e incluso grabar las imágenes de fosas nasales, faringe y laringe.

Si sospechamos una tumoración maligna, solicitaremos estudio de imagen urgente (TC, RM o Ecografía, según la localización y las características de la lesión) (Figura 188).



Figura 188: TAC de laringe.

Tomaremos una biopsia del tumor para que el anatomopatólogo realice el estudio y nos informe de la extirpe tumoral (Figura 189). Esta biopsia se puede realizar bajo anestesia local mediante un endoscopio flexible, denominándose la técnica: CELF (Cirugía Endoscópica Laríngea Funcional), o también mediante anestesia general con una técnica quirúrgica denominada LDS (Laringoscopia directa en suspensión). La elección de la técnica dependerá de la localización, de la extensión y profundidad de la misma, limitaciones anatómicas cervicales del paciente, estado general y tolerancia que tenga a las pruebas.

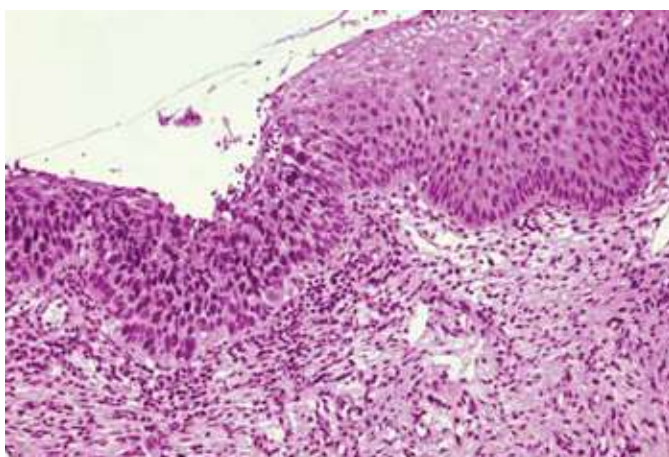


Figura 189. Carcinoma epidermoide de laringe a microscopio.

Además de todas estas herramientas, disponemos de un estudio de medicina nuclear (PET-TC) para determinados estadios evolutivos de la tumoración (estadios III y IV) que realizará un estudio de las metástasis a distancia.

Cuando tengamos el diagnóstico anatomopatológico y el estudio radiológico, realizará una exposición del caso en la sesión semanal del Comité de Tumores.

Para evaluar cada caso se ha elaborado una guía (Ver Anexo 1), consensuada por todos los miembros del Comité, basada en las últimas actualizaciones de las guías internacionales sobre oncología de cabeza y cuello. Esta nos permite tomar las decisiones de las pruebas que debemos realizarle al paciente, así como estadiar los tumores y decidir el tratamiento más adecuado en cada caso.

Para el estadiaje se usa la clasificación TNM (T representa el tumor, N las metástasis ganglionares y M las metástasis a distancia). (Ver Anexo 2).

En función del valor de cada epígrafe obtendremos un estadio, que es en definitiva el que determina el tratamiento más adecuado y el pronóstico que tendrá el paciente.

ANEXO I. GUÍA CLÍNICA DEL CÁNCER DE LARINGE

La laringe se divide en tres regiones anatómicas: laringe supraglótica, glótica (cuerdas vocales y mucosa de la comisura anterior y posterior) y subglotis (que se extiende hasta el borde inferior del cartílago tiroides).

La laringe es diagnosticada predominantemente en hombres. En 2008 (Globocan) la tasa estandarizada por 100.000 habitantes de incidencia y mortalidad por cáncer de laringe en España fue de 9,5 y 4,3 para hombres y de 0,4 y 0,2 para mujeres.

Entre 1983 y 2003 (registro cáncer región de Murcia) la incidencia promedio en tasa estandarizada fue de 18 para el Área II lo que representan aproximadamente 100 nuevos casos anuales.

Se ha llegado a relacionar claramente el tabaquismo, la ingestión excesiva de alcohol, y la aparición de cánceres escamocelulares del conducto aerodigestivo superior. En los fumadores, el riesgo de contraer cáncer de la laringe disminuye una vez que el paciente deja de fumar, pero permanece alto incluso años después en comparación con los no fumadores. Si un paciente que solo tiene un cáncer continúa fumando y consumiendo bebidas alcohólicas, la posibilidad de curación del cáncer inicial, por cualquier modalidad disminuye y el riesgo de que se presente un segundo tumor aumenta. Debido a los problemas clínicos relacionados con el tabaquismo y el consumo del alcohol en esta población, muchos pacientes sucumben a una enfermedad intercurrente más que a un cáncer primario.

Se notificó la aparición de segundos tumores primarios, a menudo en el tracto aerodigestivo, en hasta 25% de los pacientes cuya lesión inicial está controlada. En un estudio se observó que el tratamiento diario de estos pacientes con dosis moderadas de isotretinoína (es decir, ácido retinoico13-cis) durante un año puede reducir significativamente la incidencia de segundos tumores. Sin embargo, todavía no se demostró ninguna ventaja para la supervivencia, en parte debido a recidivas y muerte por la neoplasia maligna primaria.

Los cánceres supraglóticos se presentan típicamente con irritación de garganta, odinofagia, otalgia, cambios en la calidad de la voz y aparición de adenopatías. Los cánceres tempranos de las cuerdas vocales se detectan generalmente debido a la presencia de ronquera. Para cuando se detectan, los cánceres que surgen en el área subglótica comúnmente complican las cuerdas vocales; así, generalmente los síntomas se relacionan con la propagación contigua.

Los factores pronósticos adversos de mayor importancia en el caso de los cánceres de la laringe son, aumento del estadio T y estadio N. Otros factores pronósticos pueden ser el sexo, edad, estado general y una variedad de características patológicas del tumor, incluyendo grado y profundidad de la invasión

Tratamiento:

La mayoría de los expertos están de acuerdo en que todos los pacientes con cáncer de laringe deberían, ser tratados, al menos inicialmente con intento de preservar la laringe.

En estadios iniciales la cirugía preservadora de laringe (resección endoscópica transoral o cirugía abierta) y la radioterapia ofrecen resultados equivalentes en términos de control local y supervivencia.

Deberá valorarse sus indicaciones teniendo en cuenta los resultados funcionales.

En carcinoma in situ de laringe glótica se recomienda la escisión superficial reservando la radioterapia (RT) para lesiones extensas o recidiva post CIR.

En T1N0 en general se recomienda RT (Grado 2C), reservando la resección endoscópica para lesiones muy circunscritas y para pacientes jóvenes en los que también se puede valorar la cordectomía.

En T2N0 también se recomienda RT (Grado 2C), justificándose la laringuectomía parcial en casos seleccionados de restricción de movilidad de cuerda. No se precisa vaciamiento cervical.

En el carcinoma de laringe supraglótico se siguen los mismos criterios de preservación de la laringe indicándose preferentemente la RT (Grado 2C) y reservando la cirugía para casos susceptibles de laringuectomía supraglótica o resección endoscópica. En los casos quirúrgicos se debe realizar siempre un vaciamiento cervical bilateral de los niveles II al IV (Grado 1B). Se seguirán los mismos criterios topográficos en caso de irradiación cervical.

El carcinoma de laringe subglótica es poco frecuente y puede valorarse tanto la cirugía radical como la radioterapia individualizándose los casos. No se recomienda el vaciamiento cervical electivo (Grado 1B).

En el carcinoma localmente avanzado de laringe se recomienda también la preservación de órgano (grado 1B). Tanto la QTRT concurrente como la QT inducción seguido de QTRT son útiles en este enfoque. La QTRT se prefiere para pacientes con N0 o N1 y el tratamiento secuencial para pacientes con alto riesgo de metástasis a distancia (N2, N3).

En los pacientes operados se indica radioterapia postoperatoria en caso de invasión perineural o vascular o linfática, múltiples ganglios afectados y tratamiento concurrente con QTRT en caso de márgenes afectados y extensión extracapsular.

LOCALIZACIONES

C320 Glotis

C321 Supraglotis

C322 Subglotis

C323 Cartílago laríngeo

C328 Transglótico

DIAGNÓSTICO

Anamnesis y exploración física (ECOG y cuestionario de comorbilidad).

Hemograma, perfil bioquímico con fosfatasa alcalina, enzimas hepáticas, función renal, albúminas. Hemograma, perfil bioquímico con fosfatasa alcalina, enzimas hepáticas, función renal, albúminas, proteínas totales y pruebas de coagulación.

Pruebas de función tiroidea.

Faringo-laringoscopia

Biopsia

Rx tórax

TAC torácico (según indicaciones en anexo)

RMN con contraste

PAAF ecoguiada de ganglios dudosos (si no se va a realizar vaciamiento cervical)

PET-TAC en estadio III-IV

Estudio preanestésico (si procede)

Examen dental (si procede)

Evaluación nutricional (según cuestionario de valoración nutricional)

Cuestionario de calidad de vida

ANEXO II. CLASIFICACIÓN TNM DE TUMORES DE LARINGE

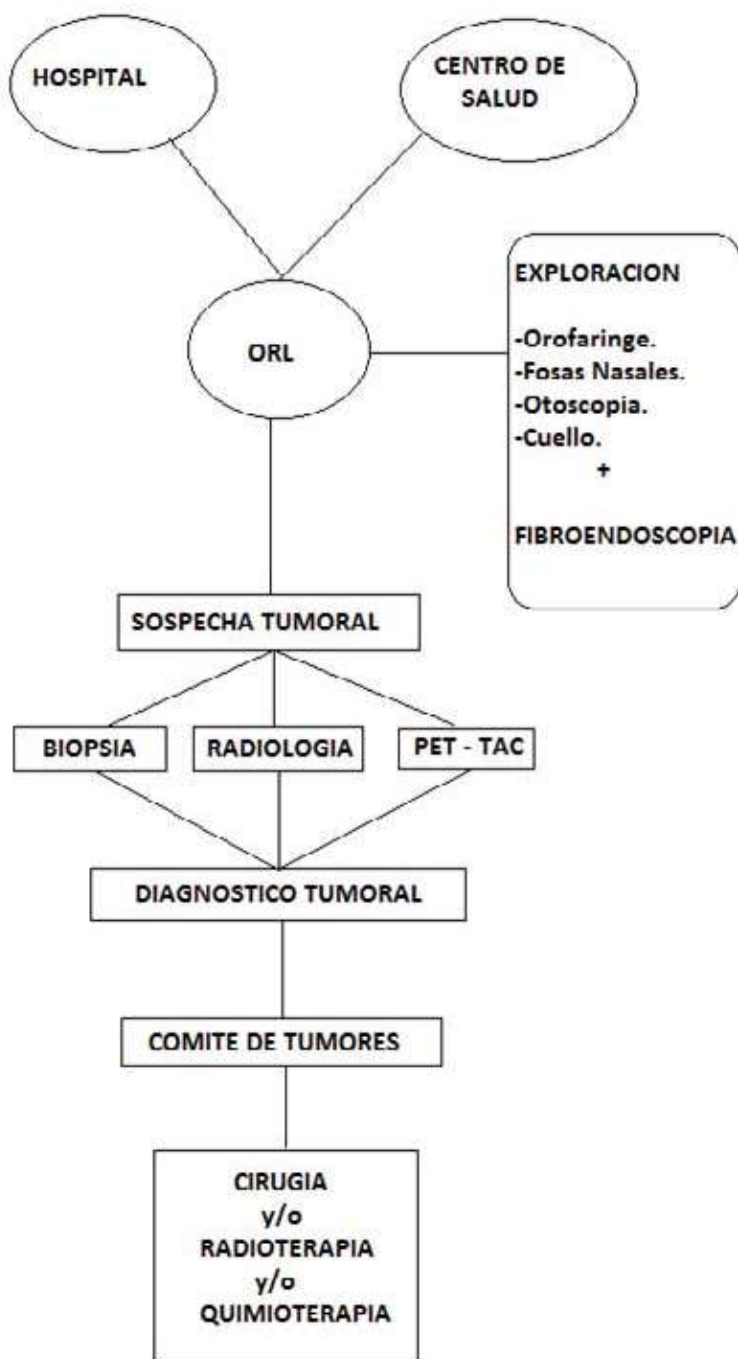
ESTADIAJE	
Tumor primario (T)	
TX	No se puede evaluar el tumor primario.
T0	T0 No hay prueba de un tumor primario.
Tis	Tis Carcinoma in situ.
Supraglotis	
T1	Tumor confinado a un subsitio de la supraglotis, con movilidad normal de la cuerda vocal.
T2	El tumor invade la mucosa de más de un subsitio adyacente de la supraglotis o la glotis, o una región fuera de la supraglotis (por ejemplo, la mucosa de la base de la lengua, la valécula, la pared media del seno piriforme) sin fijación de la laringe.
T3	El tumor está confinado en la laringe, con fijación de cuerda vocal o invade cualquiera de los siguientes sitios: área poscricoidea, espacio preepiglótico, espacio paraglótico o corteza interna del cartílago tiroideo.
T4a	Enfermedad local moderadamente avanzada. El tumor se disemina a través del cartílago tiroideo o invade los tejidos más allá de la laringe (por ejemplo, la tráquea, los tejidos blandos del cuello incluso el músculo extrínseco profundo de la lengua, los músculos fusiformes, la tiroides o el esófago).
T4b	Enfermedad local muy avanzada. El tumor invade el espacio prevertebral, enfunda la arteria carótida o invade las estructuras mediastínicas.
Glottis	
T1	El tumor está confinado en la(s) cuerda(s) vocal(es) (puede comprometer la comisura anterior o posterior), con movilidad normal.
T1a	El tumor está confinado en una cuerda vocal.
T1b	El tumor compromete ambas cuerdas vocales.
T2	El tumor se diseminó hasta la supraglotis o la subglottis, o con deterioro de movilidad de la cuerda vocal.
T3	
	El tumor está confinado en la laringe, con fijación de una cuerda vocal, o invasión del espacio paraglótico o de la corteza interna del cartílago tiroideo.

ESTADIAJE	
Glottis	
T4a	Enfermedad local moderadamente avanzada. El tumor atraviesa la corteza externa del cartílago tiroideo o invade los tejidos más allá de la laringe (por ejemplo, la tráquea, los tejidos blandos del cuello —incluso el músculo extrínseco profundo de la lengua, los músculos fusiformes, la tiroides o el esófago).
T4b	Enfermedad local muy avanzada. El tumor invade el espacio prevertebral, enfunda la arteria carótida o invade las estructuras mediastínicas.
Subglottis	
T1	El tumor está confinado en la subglottis.
T2	El tumor se disemina hasta la(s) cuerda(s) vocal(es) con movilidad normal o deteriorada.
T3	El tumor está confinado en la laringe, con fijación de la cuerda vocal.
T4a	Enfermedad local moderadamente avanzada. El tumor invade el cartílago cricoideo o tiroideo, o invade los tejidos mas allá de la laringe (por ejemplo, la tráquea, los tejidos blandos del cuello incluso el músculo extrínseco profundo de la lengua, los músculos fusiformes, la tiroides o el esófago).
T4b	Enfermedad local muy avanzada. El tumor invade el espacio prevertebral, enfunda la arteria carótida o invade las estructuras mediastínicas.
Ganglios linfáticos regionales (N).	
N0	No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
N1	Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, ≤ 3 cm en su dimensión mayor.
N2a	Metástasis in un solo ganglio linfático ipsilateral, >3 cm, pero ≤ 6 cm en su dimensión mayor.
N2b	Metástasis en múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales, ninguno >6 cm en su dimensión mayor.
N2c	Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno >6 cm en su dimensión mayor.
N3	Metástasis en un ganglio linfático, >6 cm en su dimensión mayor.
	Las metástasis de nivel VII se consideran metástasis en ganglio linfático regional.

ESTADIAJE	
Metástasis a distancia (M)	
M0	No hay metástasis a distancia.
M1	Metástasis a distancia.
Estadio anatómico/Grupos de pronóstico.	
0	Tis
I	T1N0M0
II	T2N0M0
III	T3N0M0 T1-3N1M0
IVA	T4a o N2
IVB	T4b o N3
IVC	M1

Los tratamientos se basan en cirugía, quimioterapia y radioterapia, combinados o aislados. Una vez tomada una decisión en el Comité, el facultativo que haya presentado el caso informará al paciente y acelerará los trámites para iniciar el tratamiento lo antes posible (Ver Anexo 3).

ANEXO III. ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE UN TUMOR EN ORL



Capítulo 20

Consulta de Enfermería para el paciente laringuectomizado y traqueotomizado (CELT)

M^a Dolores Calvo Torres

José María García Murcia

José Antonio Subiela García

Inés Ros Martínez

1. ORIGEN Y FUNDAMENTOS

La identificación de un déficit de cuidados de enfermería (Figura 190) en los pacientes Laringuectomizados y Traqueotomizados (L/T) que venían a la consulta externa de ORL a revisión con sus especialistas en Otorrinolaringología (ORL) nos llevó a presentar en 2005 un Proyecto a la Dirección de Enfermería del Hospital para la creación de una nueva Consulta de Enfermería para Laringuectomizados y Traqueotomizados (CELТ).

Los pacientes de cirugía oncológica de cuello presentaban unas necesidades latentes antes de la intervención:

- Una vez diagnosticados no eran atendidos por el personal de enfermería hasta llegar a la unidad de hospitalización para ser intervenidos lo que les hacía llegar en unas condiciones no óptimas para una cirugía;
- demandaban más información sobre su proceso;
- requerían de un apoyo físico y psicológico previo a la intervención.

Al mismo tiempo, esos pacientes tenían un déficit en cuidados de enfermería después de la intervención que les originaba una serie de problemas debidos a:

- Falta de entrenamiento en sus autocuidados.
- Derivados de los tratamientos de radioterapia y quimioterapia.
- Déficit de educación sanitaria.
- Problemas psicológicos derivados de la pérdida de autoestima debido a su cambio de vida.



Figura 190. Identificación de problemas en pacientes que acudían a la Consulta Externa de ORL.

- Adaptación a las condiciones de su domicilio tras el alta hospitalaria (cama, acceso a la vivienda, temperatura, humedad, etc.).

La CELT fue inaugurada el 14 de diciembre de 2006 en el ámbito de las consultas externas del Servicio de ORL del Hospital Universitario Santa María del Rosell de Cartagena. Fue incluida en la cartera de servicios del hospital (Figura 191). Actualmente la CELT se encuentra en el Hospital General Universitario Santa Lucía y es un servicio de referencia a nivel regional en la atención a pacientes laringectomizados (Figuras 192-194).



Figura 191: Consulta CELT en el Hospital Universitario Sta. María del Rosell.



Figuras 192-194: Consulta CELT en el Hospital General Universitario Santa Lucía.

2. OBJETIVOS

Esta nueva consulta nació con el objetivo de prestar atención integral (Figura 195) a los pacientes de cirugía oncológica de cuello desde que son diagnosticados hasta que causen alta médica de ORL (generalmente a los cinco años) y sean derivados al Equipo de Atención Primaria (EAP). El objetivo general es la prestación de una atención integral que abarque todas las etapas del paciente y su enfermedad:

- ANTES de ser intervenido.
- DURANTE el postoperatorio.
- DESPUES del alta hospitalaria.



Figura 195. Objetivos de la atención integral.

Como objetivos específicos de la atención integral se plantean los siguientes:

- Acudir a su intervención en las mejores condiciones físicas y psicológicas.
- Reducir el tiempo de hospitalización durante el postoperatorio.
- Recibir todos los cuidados que necesite con la mayor calidad posible.
- Estar preparado el día de alta para volver a su domicilio y comenzar una nueva vida con el apoyo de su familia, amigos, asociación, logopeda, taller de familiares y personal sanitario.

En definitiva con la atención integral se consigue proporcionar unos cuidados de calidad a los pacientes oncológicos de cuello y a su familia en todos los niveles de salud.

3. VÍAS CLÍNICAS, CIRCUITO OPERATIVO Y EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Para prestar esta Atención Integral se elaboraron cuatro vías clínicas:

- Funcionamiento de la propia Consulta CELT (Anexo 1).
- Laringectomía Total.
- Laringectomía Supraglótica.
- Corpectomía.

A continuación se definió el circuito operativo de la consulta y basado en éste se constituyó un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud.

3.1. Vía Clínica: (Ver Tema 21 “Vías Clínicas”).

Es una herramienta de gestión clínica que permite estructurar, planificar y coordinar las actuaciones a realizar en un procedimiento asistencial o ante una patología o diagnóstico que presentan una evolución predecible.

3.2. Circuito Operativo:

Entendemos por circuito operativo el conjunto de los diferentes caminos por los que un paciente puede llegar a la CELT que básicamente es:

- A través de las consultas externas de ORL (Comité de Tumores).
- Desde las Unidades de Hospitalización.

Cuando los pacientes llegan a la consulta, son los especialistas en ORL los encargados de la primera valoración según la sospecha diagnóstica. Una vez confirmado el diagnóstico, el caso es presentado al Comité de Tumores de Cabeza y Cuello donde un equipo multidisciplinar, incluida una enfermera de la CELT, valorará y decidirá el tratamiento específico y personalizado para este paciente según su patología (Figura 196).

Una vez decidido el tratamiento a seguir ya sea quirúrgico o conservador (radioterapia, quimioterapia o radio-quimioterapia concomitante) el paciente llega a la CELT donde se le asigna su enfermera de referencia para todo el proceso.



Figura 196. Diagrama de flujo parcial del circuito operativo CELT

3.3. Equipo Multidisciplinar:

La Valoración Inicial de Enfermería se realiza siguiendo la metodología del Modelo de Salud de M. Gordon por patrones funcionales. Los resultados obtenidos de esta valoración indican que la mayoría de los pacientes tienen alterados todos o casi todos los patrones de salud del modelo. Por tanto, consideramos vital la creación de este equipo multidisciplinar con el fin de atender estas necesidades del paciente en cada una de las etapas de su proceso, desde el diagnostico inicial hasta su alta definitiva (Figura 197).



Figura 197. Equipo multidisciplinar y Patrones de Salud de M.Gordon.

La enfermera de la CELT es la coordinadora del equipo multidisciplinar y se encargará de contactar con sus miembros bien por interconsultas o telefónicamente (Figura 198).

Actualmente en nuestro hospital se puede realizar interconsulta desde Enfermería a las siguientes especialidades (Figura 199):

- Enfermera de Ventilación.
- Enfermera ORL.
- Enfermera Radioterapia.
- Psicología.
- Estomaterapia
- Enfermera Nutrición.
- Trabajador Social.
- Enfermera Cuidados Paliativos.
- UPP.

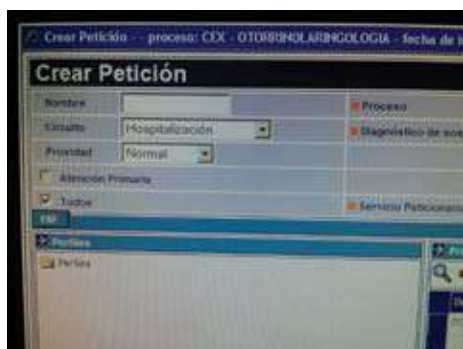


Figura 198. Solicitud de Interconsulta

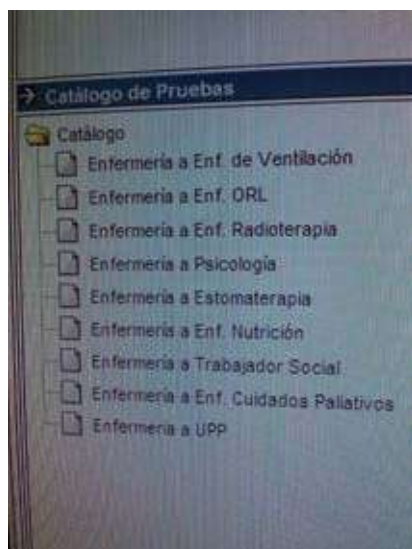


Figura 199. Opciones de Interconsulta

3.3.1. Evolución histórica:

La evolución cronológica del equipo multidisciplinar es la siguiente:

- En 2005, coincidiendo con la creación de la Consulta se incorporaron:
 - ♦ Endocrino y Nutrición.
 - ♦ Psicólogo (colaborador altruista).
 - ♦ Oncología.
 - ♦ Fisioterapia.
 - ♦ Quirófano Programado.
 - ♦ Unidad de Enfermería de Hospitalización.
 - ♦ Taller de Familiares.
 - ♦ ESAD (Equipo de Soporte y Atención Domiciliaria).

- En 2008, se unen al Equipo:
 - ♦ Comité de Tumores.
 - ♦ Logopeda (Asociación Española contra el Cáncer, AECC).
 - ♦ Rehabilitación.
 - ♦ Taller de Logopedia dependiente de la CELT.
 - ♦ Radioterapia.
 - ♦ Trabajador Social.
 - ♦ Psicóloga AECC.
 - ♦ Asociación Traqueo-Laringectomizados “Pedro Torralba” de Cartagena (A.T-L.CT.).

- En 2009: se incorpora:
 - ♦ La Unidad Antitabaco (dependiente de la Unidad de Neumología).

- En 2012 tienen lugar las últimas incorporaciones (Figura 200):
 - ♦ Psicóloga Clínica.
 - ♦ Hospital de Día Oncológico.
 - ♦ Onco-radioterapia.
 - ♦ Unidad Antitabaco (que pasa a depender de la Consejería Sanidad).
 - ♦ Equipo de Soporte y Atención Hospitalaria (ESAH).

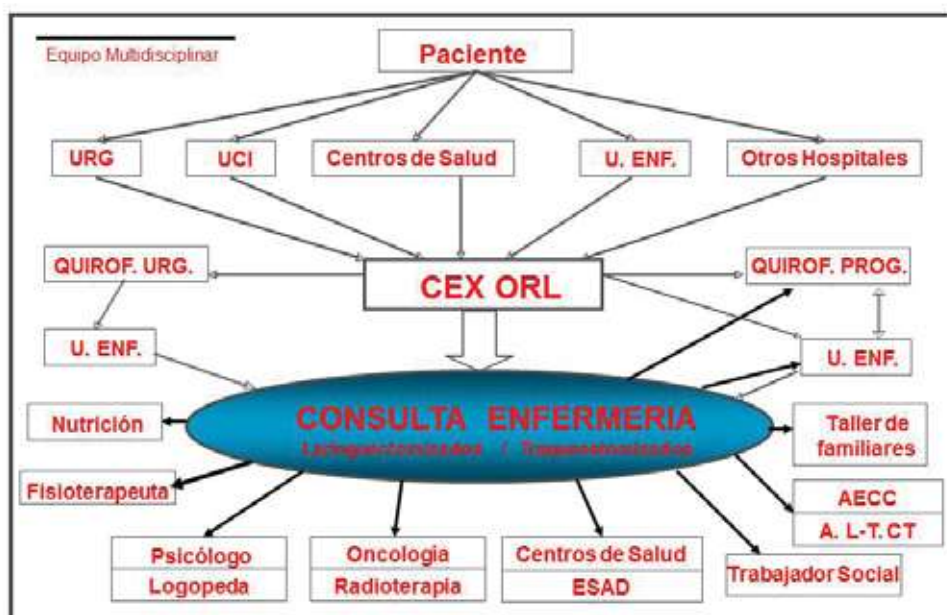


Figura 200. Circuito Operativo 2005-2012 y Equipo Multidisciplinar

Para el éxito del Equipo Multidisciplinar hemos identificado dos aspectos fundamentales:

1. El trabajo con un mismo fin: la atención integral al paciente LT.
2. La coordinación del equipo desde la CELT.

Los beneficios que supone el trabajo desde la CELТ con un equipo multidisciplinar son:

- La mejora de los resultados en los cuidados al paciente y a sus familiares.
- Una atención integral tratando todos los patrones de salud afectados en el paciente.
- La suma de conocimientos y experiencias en campos diferentes orientados al mismo fin: el paciente.
- La optimización de los recursos evitando duplicidades en los cuidados y en los tratamientos.
- La reducción de los tiempos de estancia hospitalaria.
- La disminución de los costes económicos,
- Una mejora de la calidad de vida del paciente y sus familiares.

4. PROCESO DE CUIDADOS EN LA CELТ:

La atención integral a los pacientes LT se coordina desde la CELТ siguiendo su vía clínica mediante una serie de actuaciones de enfermería desde que el paciente es diagnosticado, en los días previos a su intervención, en la Unidad de Enfermería durante su hospitalización, en el momento del alta hospitalaria y en las posteriores revisiones de seguimiento. Estas actuaciones planificadas constituyen el proceso de cuidados de la CELТ.

4.1. Antes de la intervención:

Al día siguiente de recibir la información médica el paciente es citado en ayunas a la CELТ para la realización de la extracción de sangre (preoperatorio) y donde se realiza también una valoración nutricional previo al comienzo de su tratamiento. Uno de los objetivos es reducir, en la medida de lo posible, sus visitas al Hospital por lo que se requiere una coordinación entre los diferentes servicios del circuito operativo intentando hacer coincidir sus días de consulta y evitar así visitas innecesarias.

En la CELТ, respetando siempre lo que el paciente quiere saber, se reforzará la información ofrecida por el facultativo tras su diagnóstico para disminuir así su ansiedad. Se explicará al paciente el tratamiento a seguir y se resolverán dudas. En concreto se le explicará que al salir del quirófano llevará puesta

una sonda nasogástrica (en ausencia de PEG que es la tendencia actual) por la que se alimentará para estar bien nutrido. Se le indicará la importancia de que no se salga de forma accidental ya que al tener que recolocarla se puede producir complicaciones (p. ej.: faringostoma) que podrían alargar su estancia en el hospital. Igualmente se le comentará que llevará también una cánula con un vendaje compresivo de tal forma que será por la cánula por donde tras la intervención saldrán sus secreciones al exterior (que al principio pueden ser abundantes) y que tendrá que expulsar su saliva intentando no tragársela con el fin de dejar en reposo la zona intervenida hasta su total cicatrización.

Otros aspectos que se explican al paciente tienen que ver con el dolor y con el sueño. Se le indica que en cuanto tenga dolor debe comunicárselo a su enfermero de la unidad de hospitalización para que le administre el tratamiento adecuado. En ese mismo sentido, la ausencia o alteración del sueño debe ser comunicada ya que el descanso en esta fase postoperatoria es necesario.

Tanto al paciente como a sus familiares se les informa de que suelen ser intervenciones de bastante duración y que éste permanecerá hasta 24 horas en el servicio de reanimación antes de ser trasladado a la unidad de hospitalización siempre y cuando no existan complicaciones.

Así mismo, se le entrega y explica al paciente y a los familiares el pictograma de la vía clínica correspondiente a su patología (Figura 201) que facilitan la comprensión de las diferentes etapas por las que irá pasando tras su intervención.



Figura 201. Ejemplo de pictograma de la vía clínica entregada a paciente y familiares.

A continuación se realiza una valoración inicial de los patrones funcionales de salud de M. Gordon por medio del cuestionario existente en el Programa Informático Selene©. Para hacer esta valoración se deberá tener en cuenta lo siguiente:

- Se dispondrá como mínimo de una hora.
- Se realizará en presencia del cuidador principal.
- Se tendrá en cuenta tanto la comunicación verbal como la no verbal.

A partir de los diagnósticos enfermeros que se obtengan como resultado de la valoración inicial se planificarán las actividades de enfermería requeridas.

Se cursarán interconsultas a los servicios de Nutrición para que el paciente llegue a la intervención en el mejor estado nutricional posible y al servicio de Fisioterapia para que el paciente conozca los ejercicios que tendrá que realizar para su posterior recuperación si así lo precisara como por ejemplo ejercicios de fisioterapia respiratoria, de deglución o de miembros superiores, facilitando de esta forma el aprendizaje ya que siempre será mejor aprender estos ejercicios sin el dolor ni las molestias derivadas de la intervención.

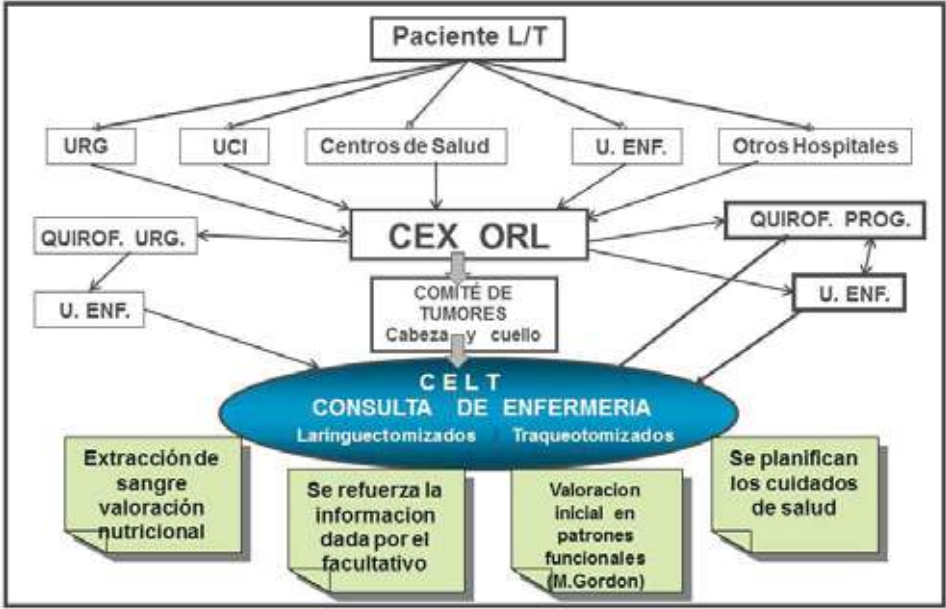


Figura 202.-Resumen de cuidados desde la CELT antes de la intervención.

Si resultan alterados los patrones de “autoestima y autopercepción” y el de “adaptación y tolerancia al estrés” se entrega al paciente el cuestionario “Hospital Anxiety and Depression Scale” (Anexo 2). Si el resultado de este cuestionario da como resultado un valor entre 0 y 7 no indica la alteración de estos patrones y por tanto no hay caso; un resultado entre 8 y 10 sería un caso dudoso; y si el resultado es superior a 11 se cursará una interconsulta al servicio de Psicología Clínica.

Si el paciente no va a ser intervenido quirúrgicamente el facultativo de ORL realizará interconsulta al servicio de onco-radioterapia y otra al hospital de día de oncología médica.

En esta fase se considera muy importante la valoración dental ya que tendrá repercusión en la alimentación y en la aparición de complicaciones. Durante la valoración inicial se inspeccionará la cavidad oral para ver qué piezas dentales están en mal estado y la necesidad de sanearlas o repararlas antes del inicio del tratamiento de radioterapia siendo lo ideal tenerlo todo listo una semana antes como mínimo. Durante el tratamiento de radioterapia y los dos años posteriores se recomienda no realizar ninguna extracción dental porque la radioterapia altera la circulación ósea y puede producir osteonecrosis. Además también se desestiman los implantes dentales.

Si el paciente presenta hábitos tóxicos (alcohol, tabaco o drogas) es importante comunicárselo al especialista en ORL para que le ponga un tratamiento para prevenir el síndrome de abstinencia de forma que le ayude a estar más tranquilo y menos agitado durante el periodo de hospitalización. Se le recomendará que tiene que abandonar esos hábitos antes de iniciar el tratamiento contando para ello con la ayuda del personal del equipo multidisciplinar.

4.2. Durante la hospitalización:

Al ingreso hospitalario el paciente acudirá a la unidad de hospitalización donde se le asigna un enfermero de referencia que podrá acceder a través de Sele-ne© a la valoración inicial realizada por la CELT con los diagnósticos enfermeros más relevantes (ver Tema 7). En la unidad de hospitalización se encargarán de prepararlo para la intervención quirúrgica según esté establecido en su vía clínica.

Como parte del equipo multidisciplinar, durante la cirugía, será la enfermera de quirófano la encargada del paciente hasta su vuelta a la unidad de hospitalización tras su paso por el servicio de reanimación.

En esta etapa la enfermera de la CELT, como coordinadora de los cuidados, realizará la verificación de la vía clínica acudiendo a la unidad de hospitalización para visitar al paciente. En caso de que haya algún aspecto de la vía clínica que

no se haya desarrollado según lo previsto se registrará en la “Hoja de variaciones a la vía clínica” (ver Tema 21) indicando fecha, turno, variación y causa, código y acción tomada.

Cuando la unidad de enfermería de hospitalización junto con los especialistas en ORL consideren que el paciente está preparado para ser dado de alta, enviarán a la CELT una interconsulta junto con la hoja de continuidad de cuidados al alta (24-48 horas antes de su fecha prevista). A partir de ese momento será la enfermera de la CELT la que comenzará con la planificación de los cuidados específicos al alta para el traslado del paciente a su domicilio (ver Tema 22).

4.3. Después de la hospitalización:

El seguimiento de todas las acciones del proceso de cuidados junto con nuevas y sucesivas valoraciones constituye el “después” de los cuidados tras el alta hospitalaria hasta que llegue el alta definitiva transcurridos cinco años según protocolo médico.

En las posteriores visitas a la CELT también se le entrega la Encuesta de Satisfacción (ver Tema 21) que podrá rellenar tranquilamente en su domicilio y entregarla anónimamente en el buzón que hay a tal efecto en la CELT.

Según lo descrito, el proceso de cuidados de la CELT permite prestar la atención integral demandada por los pacientes LT consiguiendo que:

- acudan a su intervención en las mejores condiciones físicas y psicológicas.
- su postoperatorio sea lo mas corto posible recibiendo todos los cuidados que necesiten y con la mayor calidad posible.
- al alta hospitalaria estén preparados para volver a su domicilio y comenzar una nueva vida respaldados por sus familias, amigos, asociaciones, logopeda, taller de familiares y personal sanitario.

5. EVOLUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA CELT:

En el proyecto de definición de la CELT se describió como actividad principal el cuidado integral a los pacientes LT. Sin embargo, su implantación y aceptación en el ámbito hospitalario han motivado la evolución de sus actividades a otras como:

- Transmitir los conocimientos enfermeros sobre las patologías y cuidados de estos pacientes y los avances conseguidos con una atención integral a partir de un equipo multidisciplinar con la organización de jornadas o la presentación de ponencias en congresos a nivel nacional;

- Divulgar la experiencia de la creación de la CELT dedicada exclusivamente a los pacientes portadores de cánula para fomentar su creación en otros hospitales.

5.1. Extensión del ámbito de aplicación:

La CELT nació para el tratamiento integral de los pacientes oncológicos de cuello pero ha ido extendiendo sus servicios a todos los pacientes portadores de cánula (oncológicos y no oncológicos) procedentes del propio hospital, de otros centros concertados e incluso de sus propios domicilios.

Actualmente estos pacientes son atendidos mediante interconsultas médicas o enfermeras desde otras unidades de hospitalización solicitadas vía Selene©. El paciente es citado a la consulta y llega a ella encamado o en silla de ruedas o bien es el personal de enfermería de la CELT el que se desplaza a unidades como UCI, Urgencias y a pacientes que precisan aislamiento en las unidades de hospitalización.

5.2. Acciones Formativas:

5.2.1. Impartición de Cursos de Formación:

El personal de enfermería de la CELT ha llevado a cabo numerosos cursos de formación tanto para el personal de las unidades de hospitalización del propio centro como para el de los centros de AP extendiendo los conocimientos y experiencias adquiridas en la consulta.

5.2.2. Edición de videos tutoriales:

Algunas de las técnicas y procedimientos de cuidados de enfermería en pacientes portadores de cánula han sido grabados en video como tutoriales formativos empleando los recursos y medios disponibles en la CELT y con la participación de los propios pacientes.

5.2.3. Colaboración con la Fundación FFIS:

La CELT ha colaborado en la elaboración de protocolos regionales para pacientes portadores de cánulas junto con la Fundación para la Formación e Investigación Sanitaria (FFIS) de la Región de Murcia.

5.2.4. Organización de las Jornadas Intercomunitarias de Enfermería en ORL:

Desde 2007 y con una frecuencia bienal desde la CELT se organizan unas Jornadas de uno o dos días de duración. Estas jornadas están dirigidas a personal sanitario donde siempre se dedica un espacio para los pacientes, los familiares y las asociaciones. El objetivo es crear un foro donde:

- Se presenten las experiencias y casos clínicos.
- Se expresen las vivencias de los pacientes y sus familiares.
- Se den a conocer las actividades de las asociaciones.
- Se presenten las nuevas tendencias y materiales de última generación para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Las Jornadas Intercomunitarias de Enfermería Otorrinolaringológica organizadas hasta la fecha han sido las siguientes:

- I Jornadas celebradas el 27/04/2007 en el Hospital Univ. Sta. M^a. del Rosell de Cartagena (Murcia).
- II Jornadas celebradas el 30/05/2008 en el Hospital Univ. Sta. M^a. del Rosell de Cartagena (Murcia).
- III Jornadas celebradas el 4/06/2010 en el Hotel Thalasia de San Pedro del Pinatar (Murcia) con el lema “¿Quién cuida al cuidador de los pacientes traqueo/laringectomizados?”.
- IV Jornadas celebradas el 25/05/2012 en el Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena (Murcia) con el lema “La importancia del equipo multidisciplinar en el cuidado de las personas traqueo/laringectomizadas”.
- V Jornadas celebradas el 30 y 31/05/2014 en el Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena (Murcia).

5.2.5. Organización en 2016 del Congreso Nacional de Enfermería en ORL

Se ha concedido a la CELT del Servicio de ORL del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena la organización en 2016 del Congreso Nacional de Enfermería de ORL que coincidirá con las VI Jornadas Intercomunitarias de Enfermería en ORL que bienalmente se organizan.

ANEXO I

VIA CLINICA CELT

 Hospital General Universitario Santa Lucía	ETIQUETA IDENTIFICATIVA	VÍA CLÍNICA CONSULTA ENFERMERÍA LARINGECTOMIZADOS Y TRAQUEOTOMIZADOS (CELT) Servicio de Otorrinolaringología HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA - CARTAGENA										 Hospital General Universitario Santa Lucía				
		CONSULTA EXTERNAS TRAS CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN POR COMITÉ DE TUMORES DE CÁNCER Y CUELLO	1ª Visita Fecha: _____ ☐ Información diagnóstica ☐ Solicitar ingreso (Modelo 639) ☐ Valoración a la espera de Audiología, Endocrinología, Rehabilitación y CELT	2ª Visita Fecha: _____ ☐ Consulta Endocrinología	3ª Visita Fecha: _____ ☐ Conformidad Servicio Audiología ☐ Consulta O.R.L. ☐ Fecha intervención ☐ Consentimiento Informado ☐ Solicita Preoperatorio ☐ Petición de Hemocentrados ☐ Orden de profilaxis antibiótica	4ª Visita Fecha: _____ ☐ Planificación de actividades ☐ Ejecución de actividades ☐ Dudas ☐ Información a familiares ☐ Valoración Ejercicios Preoperatorios	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				5ª Visita Alterar día Fecha: _____ ☐ Visita postquirúrgica CELT ☐ Valoración cumplimiento Vía Clínica ☐ Visita Fisioterapia ☐ Visita Nutrición ☐ Educación sanitaria en autocuidados ☐ Contacto con Asociación ☐ Cita CELT		6ª Visita Al 8ª día Fecha: _____ ☐ Valoración cumplimiento Vía Clínica ☐ Visita Fisioterapia ☐ Visita Nutrición ☐ Educación sanitaria en autocuidados ☐ Contacto con Asociación ☐ Cita CELT	7ª Visita Alta Enfermería Fecha: _____ ☐ Valoración de enfermería a Alta ☐ Comunicación de alta a: ☐ O.R.L. ☐ Nutrición ☐ Fisioterapia ☐ Logopedia ☐ Audiología ☐ Evaluación Autocuidados ☐ Dotación de material ☐ Cita CELT	8ª Visita Fecha: _____ ☐ Revisión Médica	ALTA HOSPITALARIA
Actuación Médica	Actuación Enfermería	Documentación	Pruebas Diagnósticas	☐ RX ☐ ECG	☐ Hojas de Valoración (Modelo 639) ☐ Diagnóstico de enfermería ☐ Entrega de la Vía Clínica ☐ Cita CELT	☐ Consentimiento Informado ☐ Cita CELT	☐ Plan de Cuidados de enfermería ☐ Interconsulta a Unidad Enfermería					☐ Cita CELT ☐ Registro valoración Vía Clínica	☐ Informe de Unidad Enfermería al Alta ☐ Guía Cuidados al Alta	☐ Valoración de enfermería a Alta ☐ Comunicación de alta a: ☐ O.R.L. ☐ Nutrición ☐ Fisioterapia ☐ Logopedia ☐ Audiología ☐ Evaluación Autocuidados ☐ Dotación de material ☐ Cita CELT	☐ Seguimiento del estado del paciente ☐ Curs y material ☐ Taller de familiares ☐ Asociación ☐ Cita Radio-Quimioterapia ☐ Cita CELT	☐ Cita CELT ☐ Cita Taller Familiares ☐ Encuesta Satisfacción

ANEXO II

HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
 - 1. Algo menos que antes
 - 2. Mucho menos que antes
 - 3. En absoluto
-

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca

Valoración: se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

Capítulo 21

Vías Clínicas para pacientes operados de laringe

Rosa Clavel Cerón

Mercedes Sánchez Clavel

Gustavo Schmitd Clavel

José Antonio Subiela García

1. ORIGEN Y FUNDAMENTOS

La vía clínica es una herramienta de gestión para facilitar la atención sanitaria y multidisciplinar del paciente, especialmente útil en el manejo de procesos de elevada frecuencia, alto riesgo o complejidad, alto coste, elevada participación multidisciplinar y necesidad de coordinación.

El objetivo principal de una vía clínica es alcanzar la máxima excelencia en los cuidados que prestamos a los pacientes y sus familias.

Son planes asistenciales que se aplican a los enfermos con una determinada patología y que presentan un curso clínico predecible.

La mayoría de estos procesos se caracterizan por una gran variabilidad no deseada y por no estar monitorizados ni evaluados, por ello las vías clínicas representan una posible solución a esta variabilidad, porque intentan definir:

- Secuencia.
- Duración.
- Responsabilidad de cada uno de los participantes:
 - ♦ Médicos.
 - ♦ Enfermeras/os.
 - ♦ Otros profesionales.
- Minimiza los retrasos.
- Mejora el uso de los recursos.
- Maximiza la calidad de la asistencia.

Sirven para ensamblar y coordinar la calidad asistencial entre:

- Profesionales sanitarios.
- Enfermos/Familiares.
- Sistemas de gestión.

Las ventajas que nos podemos encontrar al trabajar con vías clínicas son: (Figura 202).



Figura 202. Ventajas del uso de Guías Clínicas

- Reducen la diversidad no deseada, en la atención del enfermo y evita:
 - ♦ Ineficiencias.
 - ♦ Información redundante.
 - ♦ Decisiones retrasadas o prematuras.
- Al identificar a cada profesional evita:
 - ♦ Roces en responsabilidades mal definidas.
 - ♦ Mejora el ambiente laboral.
- Permite la programación cuidadosa del ingreso.
- Proporciona seguridad legal ante demandas por mala práctica.
- Son una herramienta educativa.
- Es un valioso sistema de informar.
- Los documentos de la vía, forman parte de la historia clínica.
- Permite igualar condiciones en que se presta la atención hospitalaria.
- Reducen los efectos adversos derivados de la hospitalización.
- Reduce los costes asociados a la estancia hospitalaria.

Así mismo, el empleo de las vías clínicas puede presentar una serie de inconvenientes o problemas (Figura 203):



Figura 203: Problemas que se detectan con el uso de las Vías Clínicas.

- Dificultad de indicación en un determinado enfermo al adscribirle una determinada vía clínica.
- Descoordinación con los Servicios Centrales.
- Derivan de las variaciones:
 - ♦ Aquello que se realiza y no consta.
 - ♦ Lo que consta en la vía y no se realiza.
 - ♦ Los sucesos adversos.

2. PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LAS VÍAS CLÍNICAS EN NUESTRO SERVICIO

Después de conseguir tener una consulta dedicada a los pacientes portadores de cánula era necesario unificar cuidados y criterios a la hora de tratar a los pacientes operados de laringe.

Se realizó una reunión con la dirección de enfermería y el jefe de servicio de ORL

presentando nuestro proyecto: “realizar tres vías clínicas para pacientes operados de Laringectomía total, parcial o Supraglótica y Cordectomía.”

Para ello:

- Se creó un grupo de trabajo.
- Se realizó la revisión de los protocolos existentes en nuestro hospital.
- Se revisaron las vías clínicas de otros hospitales o instituciones.
- Se hizo una búsqueda bibliográfica.
- Se realizaron varias reuniones para presentar corregir y modificar los borradores.

Se presentó en el servicio y a todos aquellos profesionales que tenían que intervenir en el proceso y en 2006 se puso en marcha.

La documentación que conlleva las tres vías clínicas que se presentaron son: (Anexo 1)

1. Matriz.
2. Hoja de gráficos para el paciente y familia.
3. Hoja de variaciones.
4. Encuesta de satisfacción para el paciente.

3. RESULTADOS

Se realizó un estudio comparativo antes de comenzar con el proceso en el 2005 y desde 2006 que comenzamos a trabajar con las vías clínicas hasta el 2008. El estudio fue presentado en el VIII Congreso Nacional de enfermería en ORL en Madrid en el 2009 y el objetivo fue demostrar que tras la implantación de las vías clínicas las estancias por patologías disminuyeron de forma importante (Figura 204).



Figura 204. Estancias por patología y año.

El coste es también algo que ante cualquier acto clínico hay que valorar ya que los recursos siempre son limitados.

La puesta en práctica de las vías clínicas ha demostrado que el coste por estancia se ha reducido. Sabiendo que el coste estimado de cama por día en nuestro hospital cuando se realizó el estudio era de 695€ al día y conociendo la estancia por paciente se llegaron a los siguientes resultados. Partiendo en 2005 de un gasto de 772.795€ se pasó a 391.160€ en 2008 originando un ahorro de 381.635€. (Ver Figura 205).

	2005	2006	2007	2008
Laringuectomía Total	520.065 €	241.935 €	149.860 €	267.970 €
L. Supraglótica	189.865 €	27.940 €	100.330 €	85.090 €
Cordectomía	62.865 €	60.325 €	45.720 €	38.100 €
TOTAL	772.795 €	330.200 €	295.910 €	391.160 €

Figura 205: Costes por proceso.

Nos planteamos conocer y mejorar nuestro trabajo detectando los efectos adversos (EAs) que según la definición del informe ENEAS del 2005 es: “Todo accidente imprevisto e inesperado recogido en la historia clínica, que ha causado lesión y / o prolongación de la estancia y / o exitus, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente”.

Comprobamos con este estudio que verdaderamente existen gran variedad de EAs que se pueden evitar, o reducir, solo marcándonos como objetivo: “mejorar todo aquello que puede favorecer un EAs”.

Podemos observar como en el caso de los faringostomas (Figura 206), estos pasaron de un 15% en 2005 al 8,5% en 2007, con el simple hecho de intentar cumplir con las Vías Clínicas y teniendo especial cuidado con la fijación de la sonda nasogástrica, insistiendo al paciente que evitara tragar saliva...etc.

También se detectaron otros problemas que no estaban directamente relacionados con la intervención enfermera, como eran los problemas gástricos o respiratorios.



Figura 206. Relación de los EAs aparecidos en las Historias de los pacientes en el periodo 2005-2008.

Otros problemas como son la flebitis, la ansiedad o el dolor sí que dependen mucho de nuestra intervención:

- Flebitis: Descendió de forma llamativa pasando del 21% en 2005 a 7,02% en el 2006, volviendo a subir en 2008.
- Ansiedad: Descendió del 13,51% al 3,5 y el 6,3% en los siguientes años subiendo de nuevo en 2008.
- Dolor: Durante los dos primeros años estuvo controlado, pero en 2008 se produjo un aumento significativo.

Otro aspecto que debemos tener en cuenta en esta interpretación de los resultados es que en 2008 se produjeron varios cambios en la plantilla fija de enfermería de la unidad, aspecto que consideramos que influyó de forma negativa en el aumento de algunos de los EAs.

Por todo ello coincidimos plenamente con las conclusiones del informe ENEAS que dice:

- Aproximadamente la mitad de efectos adversos, el 42,6 % (EAs), podrían ser evitables.
- Entre todos hemos de cambiar la cultura de la culpa por la cultura del conocimiento.
- El conocimiento y la sensibilidad entre los profesionales facilitan:
 - ♦ Prevenir lo fácilmente evitable.
 - ♦ No hacer aquello que es inadecuado o innecesario y además comporta riesgo.
 - ♦ Hacer más improbable lo difícilmente evitable.

El resultado de las encuestas de satisfacción de los pacientes nos sirvió como un gran estímulo para seguir trabajando en esta línea. (Figura 207).



Figura 207. Encuesta de satisfacción en los diferentes tiempos del proceso.

4. CONCLUSIONES

Con la utilización de las vías clínicas se mejora la calidad científico-técnica, la satisfacción de los profesionales, pacientes y familiares y la eficiencia ya que:

- a todos los pacientes se les establece una secuencia de actuaciones basadas en las mejores evidencias posibles,
- los documentos de la vía forman parte de la historia clínica del paciente y son fuentes de datos para las revisiones clínicas,
- se reduce la frecuencia de efectos adversos,
- aumenta la satisfacción del paciente y familiares al informarles de lo que está previsto que pase cada día y permite la programación del ingreso y del alta con cierta antelación,
- mejora la coordinación entre los profesionales, se evitan roces y les proporciona seguridad legal.
- Reduce los costes, la instrumentalización, y disminuye el riesgo de efectos adversos así como el coste que ellos conllevan.

ANEXO 1

CORDECTOMÍA: MATRIZ Y REGISTRO PARA PACIENTES Y FAMILIARES



VÍA CLÍNICA

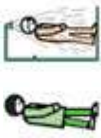
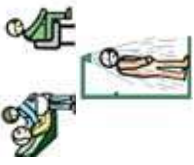
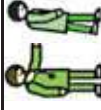
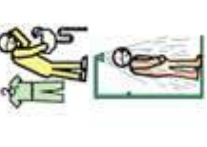
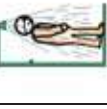
CORDECTOMIA

Servicio de Otorrinolaringología

Hospital Universitario Sta. Lucía, Cartagena.

	Ingreso Dia 1 Fecha:...../...../20....	Día 2 Cirugía 1º Fecha:...../...../20....	Día 3 Cirugía 2º Fecha:...../...../20....	Día 4 Cirugía 3º Fecha:...../...../20....	Día 5 Cirugía 4º Fecha:...../...../20....	Día 6 Cirugía 5º Fecha:...../...../20....	Día 7 Cirugía 6º Fecha:...../...../20....	Día 8 Cirugía 7º Fecha:...../...../20....
Actuación Médica	☐ Revisión parte quirúrgico. ☐ Protocolo C.E.A.	☐ Actuación quirúrgica. ☐ Hoja operatoria. ☐ Hoja Anatomía Patológica. ☐ Reflejo historia clínica. ☐ Información a familiares ☐ Reanimación.	☐ Visita O.R.L. de guardia. ☐ Control de apósitos. ☐ Drenajes y cánula. ☐ Información a familiares. ☐ Reflejo historia clínica.	☐ Visita O.R.L. de guardia. ☐ Control de cánula. ☐ Observación de ingesta. ☐ Orden de decanulación ☐ Información a familiares. ☐ Reflejo historia clínica.	☐ Visita O.R.L. de guardia. ☐ Control de cánula. ☐ Observación de ingesta. ☐ Información a familiares. ☐ Reflejo historia clínica.	☐ Visita O.R.L. de guardia. ☐ Control de cánula. ☐ Observación de ingesta. ☐ Orden de decanulación ☐ Información a familiares. ☐ Reflejo historia clínica.	☐ Visita O.R.L. de guardia. ☐ Observación de ingesta. ☐ Orden de decanulación ☐ Información a familiares. ☐ Reflejo historia clínica. ☐ Informe de alta. ☐ Preparación informe de alta.	☐ Visita O.R.L. de guardia. ☐ Observación de ingesta. ☐ Información a familiares. ☐ Reflejo historia clínica. ☐ Informe de alta. ☐ Solución problema social.
Actuación Enfermería	☐ Apertura vía clínica. ☐ Preparación historia clínica. ☐ Valoración de enfermería. ☐ Información de cuidados. ☐ Preparación humidificador. ☐ Control de constantes.							

 ☐ Cuidados pre-quirúrgicos. ☐ Cuidados postquirúrgicos. ☐ Constantes por turno. ☐ Control de vías aéreas, sonda vesical y/o drenajes. ☐ Control de cánula con balón. ☐ Humidificación. ☐ Control de vendajes. ☐ Cuidados de vía venosa. |

 VÍA CLÍNICA CORDECTOMÍA Servicio de Otorrinaringología Hospital Universitario Sta. Lucía, Cartagena								
Actividad e Higiene	Ingreso Dia 1 Fecha...../...../20....							
	Dia 2 Cirugía 1º Fecha...../...../20....							
	Dia 3 Cirugía 2º Fecha...../...../20....							
	Dia 4 Cirugía 3º Fecha...../...../20....							
	Dia 5 Cirugía 4º Fecha...../...../20....							
	Dia 6 Cirugía 5º Fecha...../...../20....							
	Dia 7 Cirugía 6º Fecha...../...../20....							
	Dia 8 Cirugía 7º Fecha...../...../20....							



VÍA CLÍNICA
LARINGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena

[illegible]



VÍA CLÍNICA
LARINGECTOMÍA SUPRAGLÓTICA
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena

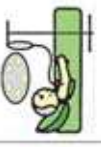
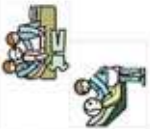
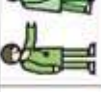
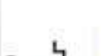
	Día de intervención Fecha ... / ... /20...	Día 1º Fecha ... / ... /20...	Día 2º Fecha ... / ... /20...	Día 3º a 7º Fecha ... / ... /20...	Día 18º a 23º Fecha ... / ... /20...	Día 24º Fecha ... / ... /20...	Día 25º Fecha ... / ... /20...
Actividad e Higiene							
Ejercicio							
Medicación							
Cuidados enfermeros							
Dieta							
Información y visitas en la unidad de hospitalización							

LARINGUECTOMIA TOTAL: MATRIZ Y REGISTRO PARA PACIENTES Y FAMILIARES



VIA CLÍNICA
LARINGUECTOMÍA TOTAL
Servicio de Otorrinolaringología
Hospital General Universitario Sta. Lucía Cartagena

[illegible]

		VIA CLINICA LARINGUECTOMIA TOTAL Servicio de Otorrinolaringología Hospital General Universitario Sta. Lucía Cartagena							
	Día de la intervención Fecha...../...../20.....	Día 1° Fecha...../...../20.....	Día 2° Fecha...../...../20.....	Día 3° a 12° Fecha...../...../20.....	Día 13° Fecha...../...../20.....	Día 14° Fecha...../...../20.....	Día 15° Fecha...../...../20.....		
Actividad e Higiene									
Ejercicio									
Medicación									
Cuidados									
Comida									
Información y visitas en la unidad de hospitalización									

ETIQUETA DEL PACIENTE



HOJA DE VARIACIONES A LA VÍA CLÍNICA

Vía clínica de: Cordectomía ☐ L.Supraglótica ☐ L. Total ☐ (Marcar la que corresponda)

Fecha	Turno	Variación y causa	Código*	Acción tomada	Firma

(*)(Indique códigos de la variación según códigos del anverso)

CÓDIGOS DE VARIACIONES:

Condición del enfermo

1. Ansiedad.
2. Diarrea.
3. Dolor no controlado.
4. Edema de cuello.
5. Estreñimiento.
6. Estupor.
7. Éxitus.
8. Faringostomas.
9. Fiebre.
10. Flebitis.
11. Granuloma.
12. Hemorragia o sangrado por herida.
13. Hipertensión arterial.
14. Incontinencia.
15. Infección de herida quirúrgica profunda.
16. Infección de herida quirúrgica superficial.
17. Infección respiratoria.
18. Infección urinaria.
19. Insomnio.
20. Nauseas, vómitos.
21. Neumonía.
22. No tolerancia oral.
23. Retención urinaria.
24. Salida accidental catéter de vía venosa.
25. Salida accidental de cánula.
26. Salida accidental de sonda Nasogástrica.
27. Síndrome de privación.
28. Tapones mucosos.
29. Tromboembolismo.
30. UPP (Úlcera por presión).
31. OTROS (Especificar): _____

Decisiones personales: Profesionales, Enfermo, Familia

32. Decisión del médico, petición de pruebas no planificadas.
33. Decisión de Enfermería.
34. Decisión de otro profesional sanitario.
35. Decisión de la familia.
36. Decisión del enfermo.
37. Otros. Especificar: _____

Dependiente de la institución

38. Retraso en el laboratorio.
39. Retraso en radiología.
40. Retraso en farmacia.
41. Retraso en nutrición.
42. Retraso en rehabilitación.
43. No disponibilidad de camas.
44. No disponibilidad de quirófano.
45. Rechazo por anestesia.
46. No disponibilidad de equipo instrumental.
47. No disponibilidad de atención extrahospitalaria.
48. Otras. Especificar: _____

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA CARTAGENA										
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE										
CONSULTA DE ENFERMERÍA DE LARINGECTOMIZADOS Y TRAQUEOTOMIZADOS										
Servicio de Otorrinolaringología										
E = Excelente - B = Bien - R = Regular - M = Mal - NS/NC = No Sabe/No Contesta										
CUESTIONARIO						E	B	R	M	NS NC
A. ANTES DE LA INTERVENCIÓN										
A.1 ¿Cómo valora la información que se le ha dado sobre:										
A.1.1	el tipo de intervención?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A.1.2	las limitaciones si las hubiese (pérdida de voz, olfato, gusto...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A.1.3	posibilidades de recuperación?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A.1.4	el proceso antes de ser intervenido (hoja con dibujos)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A.2 ¿Cómo valoraría los siguientes cuidados previos a la intervención:										
A.2.1	los ejercicios realizados con el fisioterapeuta?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A.2.2	la preparación nutricional?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A.2.3	su aseo e higiene?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A.3 Apoyo psicológico previo a la intervención. ¿Cómo ha sido:										
A.3.1	el trato del personal de la consulta de enfermería?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A.3.2	el apoyo psicológico del personal de la consulta de enfermería?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
A.3.3	la información recibida antes de la intervención? Si le ha generado ansiedad y miedo califíquela como R o M. Si por el contrario le ha producido tranquilidad y seguridad califíquela como E o MB	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B. DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN										
B.1 ¿Cómo valora la información que se le ha dado sobre:										
B.1.1	cómo valora las explicaciones dadas por el personal de la Unidad de Hospitalización?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.1.2	cómo ha sido la información facilitada por el representante de la Asociación?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.1.3	la coordinación entre la información facilitada por el personal de la Unidad de Hospitalización y el de la Consulta?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.2 ¿Cómo valoraría los siguientes cuidados durante la hospitalización:										
B.2.1	su alimentación?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.2.2	la rehabilitación con su fisioterapeuta tras la intervención quirúrgica?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.2.3	su respiración (secreciones, aspiraciones, humidificación,...)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.2.4	el sueño y el descanso en la Unidad de Hospitalización?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.3 Apoyo psicológico durante la hospitalización. ¿Cómo ha sido:										
B.3.1	la comunicación con los demás desde la pérdida de voz (escritura, gestos,...)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.3.2	el trato del personal de la Unidad de Hospitalización?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.3.3	el apoyo psicológico recibido de:									
B.3.3.1	el personal de la Unidad de Hospitalización?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.3.3.2	la familia?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.3.3.3	la Asociación/Logopeda?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B.3.3.4	el personal de la Consulta?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO SANTA LUCIA CARTAGENA									
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CONSULTA DE ENFERMERIA DE LARINGUECTOMIZADOS Y TRAQUEOTOMIZADOS Servicio de Otorrinolaringología									
E = Excelente - B = Bien - R = Regular - M = Mal - NS/NC = No Sabe/No Contesta									
CUESTIONARIO (continuación)					E	B	R	M	NS NC
C. DESPUÉS DEL ALTA HOSPITALARIA									
C.1	¿Cómo valoraría la información que se le ha dado sobre:								
C.1.1	su vuelta a casa?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.1.2	la guía de cuidados al alta?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.1.3	el material necesario?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.1.4	el taller de familiares?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.2	¿Cómo valoraría la enseñanza recibida sobre:								
C.2.1	los cuidados del estoma?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.2.2	la limpieza y cambio de cánula?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.2.3	el aseo y la higiene?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.2.4	la alimentación?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.2.5	el tránsito intestinal?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.2.6	las secreciones?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.2.7	la actividad-ejercicio?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.2.8	el sueño-descanso?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.2.9	la rehabilitación de la voz?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.2.10	los cuidados previos a la radioterapia (si precisa)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.3	Apoyo psicológico al alta. ¿Cómo se encuentra Vd. respecto a:								
C.3.1	la aceptación de su nueva imagen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.3.2	la aceptación de su nueva voz o lenguaje?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.3.3	la relación con su familia?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.3.4	la relación con sus amigos?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.3.5	la relación con su pareja?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.3.6	su relación laboral?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C.3.7	la relación con otros laringuectomizados y traqueostomizados?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Si considera necesario añadir algo, le rogamos lo escriba a continuación. Recuerde que su opinión es muy importante para mejorar nuestro trabajo:									
Muchas gracias por su colaboración.									
La encuesta puede depositarla cuando Vd. quiera en el buzón que hay en la Consulta destinado para ello.									

Capítulo 22

Planificación de los cuidados al alta

María Dolores Calvo Torres
Juan Antonio Blázquez Soto
Gema Sánchez Fernández
José Antonio Subiela García

1. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS AL ALTA

Los pacientes portadores de cánula necesitan una gran cantidad de cuidados para aprender a manejar la nueva situación de salud a la que se enfrentan.

La American Nurses Association (1995) identificó la Planificación al Alta como uno de los 21 indicadores de calidad asistencial.

La Planificación de Cuidados al alta debe ser personalizada y sus principales objetivos son que el paciente aprenda sus autocuidados para ser independiente y que el cuidador aprenda a cuidar y a cuidarse.

El éxito de esta Planificación se encuentra en la necesidad de una interconexión entre el equipo multidisciplinar, el cuidador y el paciente, todo ello coordinado por la Consulta de Enfermería (CELT) (Figura 208).



Figura 208. Éxito en la planificación al alta.

El alta no puede realizarse de un día para otro debiendo ser planificada con antelación. El alta es un proceso, no un evento aislado y su objetivo es que el paciente pase con suavidad de un nivel de cuidados a otro (del hospital a su domicilio).

Según Lynda J. Carpenito: “La Planificación al alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos cuidados sanitarios y asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada entre los profesionales de la salud dentro del centro y la comunidad en general”.

1.1. ACCIONES ENFERMERAS CLAVE EN LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS AL ALTA:

Desde la consulta CELT en la Planificación de los Cuidados al Alta se identifican las siguientes acciones clave (Figura 209):



Figura 209. Acciones enfermeras clave.

– DISCUSIÓN:

- ◆ Conocimiento de la enfermedad y evolución.
- ◆ Cuidados del paciente.
- ◆ Posibles complicaciones en el hogar.
- ◆ Necesidades del cuidador.

– PREPARACIÓN:

- ♦ Programar revisiones médicas, enfermería, nutrición, logopeda,.....
- ♦ Acondicionar el hogar.
- ♦ Facilitar relación de teléfonos de contacto.
- ♦ Traslado al hogar.
- ♦ Programa de seguimiento.

– ADIESTRAMIENTO:

- ♦ Educación al paciente en su autocuidado.
- ♦ Evaluación de habilidades conseguidas.
- ♦ Dotación de materiales.
- ♦ Cuidados y Recomendaciones al alta personalizadas por escrito (Guías de Cuidados al Alta).
- ♦ Entrenamiento del cuidador.

1.2. EJECUCIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS AL ALTA:

En la CELT se identifican tres fases (Figura 210) para la ejecución de los cuidados planificados en los pacientes portadores de cánula hasta el alta definitiva:

– 1ª FASE: CUIDADOS AL ALTA HOSPITALARIA:

- ♦ En base a los patrones de salud de M. Gordon se realizará una nueva valoración previa al alta por la consulta de CELT:
- ♦ Se realizará la revisión de valoraciones, diagnósticos, resultados e intervenciones para personalizar el plan de cuidados a seguir.
- ♦ Atención por Equipo Multidisciplinar:
- ♦ Recopilar toda la información del equipo multidisciplinar analizando cómo se encuentra el paciente para recibir su alta hospitalaria.
- ♦ Recomendaciones y entrega de la Guía de Cuidados al Alta.
- ♦ Se hará especial hincapié en la Evaluación de la Educación Sanitaria tanto al paciente como al cuidador, valorando sus habilidades.

- ♦ Se proporcionará los contactos con asociaciones y taller de logopedia.
- ♦ Se hará entrega del material necesario para su autocuidado.
- ♦ Entrega de encuesta de satisfacción.
- ♦ Se recomendará la adecuación del domicilio en base a su nueva situación según sus necesidades.

– 2ª FASE: REVISIONES Y SEGUIMIENTO:

- ♦ Seguimiento y coordinación de las siguientes visitas programadas para reducir los desplazamientos del paciente (citas para siguientes cambios de cánula y cita para revisión por otorrino)
- ♦ Según la evolución del paciente contactar con los miembros del Equipo Multidisciplinar y planificar nuevas curas (radioterapia y/o quimioterapia, ESAD, etc.).

– 3ª FASE: ALTA DEFINITIVA (transcurridos cinco años):

- ♦ Se generará informe de continuidad de cuidados para Atención Primaria.

El circuito que se sigue para la planificación de cuidados al alta es el siguiente:

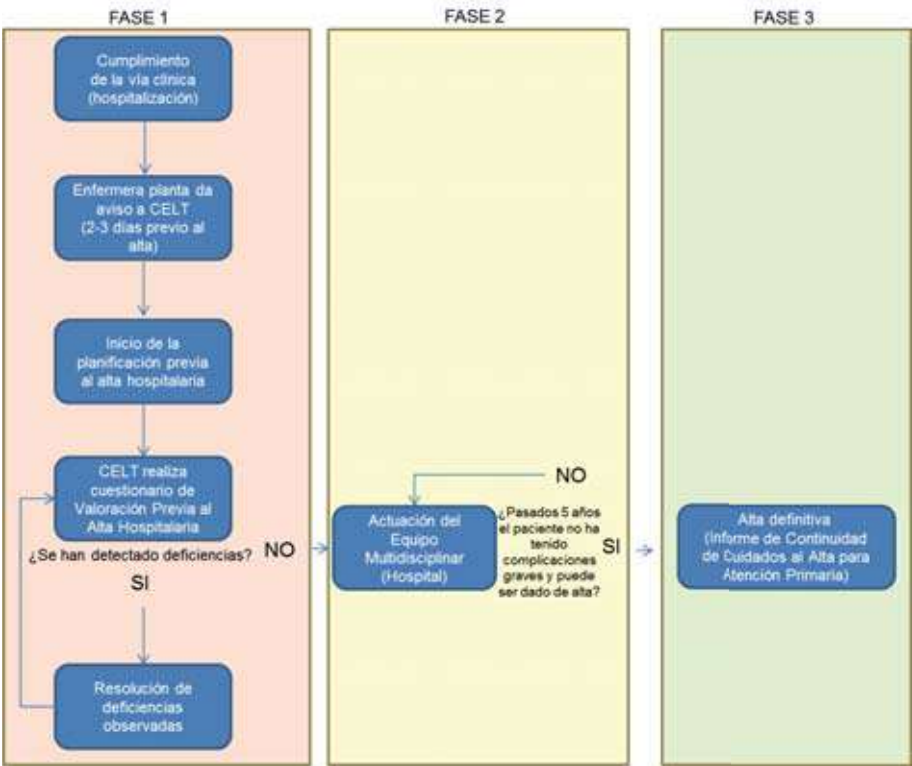


Figura 210. Fases de la planificación de cuidados al alta.

1.3. RESULTADOS DE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS AL ALTA:

La planificación y aplicación de los cuidados al paciente portador de cánula dirigidos y coordinados por la CELТ, en base a estudios realizados en nuestro ámbito entre 2005 y 2008, obtuvieron como primer resultado la reducción de costes evitando reingresos innecesarios y un incremento de la calidad percibida a través de la encuesta de satisfacción.

2. VALORACIÓN PREVIA AL ALTA PARA LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS AL ALTA:

Se adjunta la valoración previa al alta que se realiza en la CELТ a partir de la cual se terminan de planificar sus cuidados (Anexo 1).

3. CONCLUSIONES

Con una buena planificación de cuidados al alta en el paciente se consigue reducir el nivel de estrés y ansiedad, lo hacemos conocedor de sus limitaciones y conseguimos que éste pase de una forma gradual y no traumática del hospital a su domicilio.

Es igualmente importante planificar los cuidados al alta del cuidador para alcanzar el éxito en la aplicación de los cuidados. La garantía de continuidad en los cuidados al alta en estos pacientes es una responsabilidad que tiene que asumir el personal de enfermería de la CELT.

ANEXO I

ANEXO 1. VALORACIÓN PREVIA AL ALTA HOSPITALARIA

Medico de referencia: Enfermera de referencia:

Tipo de intervención: Fecha Intervención:/...../.....

Fecha de alta prevista:/...../..... Teléfonos de contacto:

PERCEPCIÓN Y CUIDADO DE LA SALUD

- ¿Es consciente de su enfermedad? SI ☐ NO ☐
- Fumador: SI ☐ NO ☐
- ¿Podrá abandonar el habito tabáquico? SI ☐ NO ☐ ¿Precisará ayuda? SI ☐ NO ☐
- Interconsulta a Neumología: SI ☐ NO ☐ Fecha:...../...../.....
- Bebedor habitual: SI ☐ NO ☐
- ¿Podrá abandonar el hábito alcohólico? SI ☐ NO ☐ ¿Precisará ayuda? SI ☐ NO ☐
- ¿Es portador de cánula? SI ☐ NO ☐
- Tipo de cánula..... Nº..... (Entregar cánula de repuesto)
- Fecha del próximo cambio/...../.....
- ¿Es independiente para su cuidado? SI ☐ NO ☐
- ¿Quien es el cuidador?.....
- ¿Conoce las técnicas de autocuidado? SI ☐ NO ☐ (Explicar prevención de tapones)
- ¿Va a necesitar tratamiento quimioterapéutico? SI ☐ (Comprobar cita) NO ☐
- ¿Va a necesitar tratamiento radioterapéutico? SI ☐ (Comprobar cita) NO ☐
- Fecha de inicio:/...../..... Fecha de finalización:/...../.....
- (Explicar el proceso)
- Alérgico: SI ☐ NO ☐ ; Diabetes: SI ☐ NO ☐ ; Hipertensión SI ☐ NO ☐
- Colesterol: SI ☐ NO ☐ ; Otros:
- Comentarios:
-
-
-
-
- Revisar el informe de alta y explicar al paciente el tratamiento nuevo y el habitual: SI ☐ NO ☐
- (Hacer fotocopia para su historial de CELT)

NUTRICIÓN Y METABOLISMO

- Peso actual..... ¿Precisa apoyo de Nutrición? SI ☐ NO ☐ Suplementos SI ☐ NO ☐
- Tipo de deglución: Sin Problemas ☐ Solo los líquidos ☐ Siempre ☐ A veces ☐
- ¿Necesita espesantes? SI ☐ (Localizárselos o indicar donde obtenerlos) NO ☐
- ¿Conoce los ejercicios para deglutir? SI ☐ NO ☐ ¿Los utiliza? SI ☐ NO ☐ A veces ☐
- Estado de la boca: Sin problemas ☐ Con problemas ☐ Precisa dentista SI ☐ NO ☐

- ¿Ha perdido el sentido del gusto? SI ☐ NO ☐ ¿Del olfato? SI ☐ NO ☐ (Explicar cuidados)
Describir.....
.....
- Portador de: Sonda nasogástrica : SI ☐ NO ☐ ; De P.E.G.: SI ☐ NO ☐ (Recordar cuidados)
- Tipo de dieta:
- Recodar alimentos prohibidos (Ahumados; Tostados; Carne a la barbacoa....etc.) y alimentos recomendados (Frutas, verduras....)
- ¿Precisa apoyo de RHB? SI ☐ (Concertar citas) NO ☐
- Estado de la piel periestomal:.....
- Valorar granulomas; Heridas; Drenajes; UPP;.....
.....
(Explicar la importancia de mantenerse hidratado: Agua, gelatina, infusiones, zumos, etc.....)
- Fecha próxima cita con Nutrición:/...../.....

ELIMINACIÓN

- Heces: Habito:..... Última deposición: Incontinencia:
- Estreñimiento: ☐ Hemorroides ☐ Sangrado ☐ Diarrea ☐
Precisa ayuda SI ☐ NO ☐ (Explicar técnicas de defecación de un Laringectomizado)
- Orina: ¿Tiene problemas? ☐ Hematuria ☐ Incontinencia ☐ Portador de sonda ☐
- Describir:.....
(Recordar la importancia del agua y de los alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.)

ACTIVIDAD Y EJERCICIO

- ¿Podrá continuar con su actividad habitual? SI ☐ NO ☐
- Trabajo ☐ Paseo ☐ Deporte ☐
Describir:.....
- Respiración: Normal ☐ Tos ☐ Expectoración ☐ Secreciones ☐
Tipo:.....
- ¿Necesitará ayuda al alta en domicilio? SI ☐ Describir:..... No ☐
- Necesitará apoyo fisioterapéutico: SI ☐ (Concertar cita) NO ☐
- Grado de dependencia para la vida diaria:
0: Independiente ☐
1: Dispositivo de ayuda ☐
2: Ayuda de personas ☐
3: Ayuda de personas y material ☐
4: Dependiente/Incapaz ☐
- ¿Precisará apoyo del trabajador social? SI ☐ (Coordinar la cita) NO ☐
- ¿Precisará ambulancia para su traslado al alta? SI ☐ NO ☐

DESCANSO / SUEÑO

- ¿Ha mantenido su patrón de sueño habitual durante su hospitalización? SI ☐ NO ☐
- ¿Ha precisado ayuda farmacológica? SI ☐ NO ☐
Describir:.....
- ¿Necesitará tratamiento farmacológico al alta SI ☐ (Confirmar que lo lleva) NO ☐
(Explicar las condiciones favorables para el descanso: Ambiente agradable, cama incorporada, evitar bebidas con cafeína o estimulantes como café, té, colas, etc.....)

PERCEPTIVO/COGNITIVO

- Nivel de conciencia: Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐
- Capacidades sensoriales alteradas : NO ☐ SI ☐ Visión ☐ Audición ☐ Gusto ☐ Tacto ☐
- Olfato ☐ (Explicar cuidados con gases, alcoholes, aerosoles....)
- Dolor: NO ☐ SI ☐ Localización:..... Intensidad: (Del 1 al 10)
- Precisa tratamiento: NO ☐ SI ☐ ¿Cual?:
.....

AUTOESTIMA Y AUTOPERCEPCIÓN

- ¿Cómo identifica su estado de ánimo? : Relajado ☐ Ansioso ☐ Miedo a enfrentarse con su medio ☐
- ¿Qué es lo que más le preocupa?:
Describir:.....
- ¿Se ha visto el estoma? SI ☐ NO ☐ (Ofrecerle a mirarse en el espejo)
- ¿Va a precisar ayuda del psicólogo? SI ☐ (Concertar cita) NO ☐
(Explicar la importancia de tener una buena imagen, para uno mismo y para los demás)

ROL/RELACIONES

- ¿Se encuentra apoyado por su familia? SI ☐ NO ☐
- ¿Se va a incorporar a su trabajo si está en activo? SI ☐ NO ☐
Describir:.....
- ¿Tiene problemas económicos? NO ☐ SI ☐ (Ofrecer ayuda del trabajador social)
- ¿Tiene problemas de comunicación? NO ☐ SI ☐ (Dar cita para el taller de Logopedia)
(Ofrecerle la posibilidad de pertenecer a la asociación del L.T. "Pedro Torralba" y participar en el taller de familiares)

SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

- ¿Piensa que su nueva situación le puede afectar en su relación de pareja?
- SI ☐ (Ofrecerle ayuda del psicólogo)
- NO ☐ (Preguntar más adelante).
(Explicar la importancia del aseo, los filtros, etc.....)

ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

- ¿Cómo se enfrenta ante su nueva situación?

Describir:.....

- Da la impresión de que va a poder solo SI ☐ NO ☐ (Ofrecer la ayuda del psicólogo)

VALORES Y CREENCIAS

- Requerimientos espirituales: SI ☐ NO ☐

(Explicar la importancia de evitar el sufrimiento espiritual, desesperación, rodearse de energías positivas)

Asociaciones, taller de familiares...etc.)

OBSERVACIONES ANTES DE SER DADO DE ALTA

- Entrega del material para su cuidado, documentación escrita y guía de cuidados.

• Otros:.....

FECHA:

.....//.....//.....

HORA

Firma del profesional de enfermería

D/Dña.:

Capítulo 23

Educación para la salud en pacientes portadores de cánula

María Dolores Calvo Torres
Juan Antonio Blázquez Soto
Rocío Magariño Valero
Daniel Pérez Cuadrado

1. INTRODUCCIÓN

Es un hecho que el término “salud” ha evolucionado como un aspecto positivo, en el que se interrelacionan los conceptos de la sociedad y el hombre desde que se introdujo la definición de la OMS como “el completo estado de bienestar físico, mental, y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Pese a que la salud es un concepto ya conocido en la etapa del Paleolítico, la Educación para la Salud (EpS) ha ido desarrollándose a partir de la década de los años 70. La EpS ha sido definida por múltiples autores como Green (1987) que expone su visión como: “toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificado destinado a facilitar los cambios voluntarios de comportamiento saludable”.

Además de las funciones asistencial, docente, investigadora y gestora para los profesionales de enfermería otra de las actividades mas relevantes es la Educación para la Salud que Costa y López (1996) definen como “un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de las prácticas saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo”.

Con respecto a la EpS, la OMS dice que “la Educación para la Salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”.

2. OBJETIVOS

Dentro de los objetivos de la Educación para la Salud en pacientes portadores de cánula podemos destacar:

- Informar al paciente y a sus familiares de la enfermedad, y de posibles tratamientos posteriores (quimioterapia y radioterapia).
- Enseñar al paciente y a sus familiares sus autocuidados.
- Facilitar la comunicación del paciente.
- Trabajar en la aceptación de la enfermedad y en mejorar la autoestima.
- Proporcionar el contacto con el trabajador social y establecer la relación con asociaciones, talleres y el psicólogo clínico.
- Dar consejos prácticos de convivencia para los familiares y amigos.
- Dotar de material al paciente en el alta hospitalaria y en sus revisiones.

3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD IMPARTIDA EN EL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA

3.1. Informar al paciente y a sus familiares sobre su enfermedad:

- Definir qué es la traqueotomía o la traqueostomía, según corresponda en su caso.
- Explicar que es una cánula, sus partes, cómo se utiliza, su limpieza, cómo se cambia, y dependiendo de cada caso los adaptadores que se pueden utilizar (válvulas fonatorias, tapón cerrado, válvula anti-tos, adaptador 15 mm, etc.). (Figura 211).
- Enseñar los cuidados del traqueostoma, cómo evitar los tapones mucosos y cómo actuar si la cánula se obstruye.
- Instruir en el uso de medicamentos inhaladores y nebulizadores (si lo tuviera prescritos).



Figura 211. Paciente durante sesión de instrucción en su autocuidado.

- Educar:
 - Cómo cuidar su higiene personal.
 - Qué alimentación seguir.
 - Qué sucede con la voz, el habla y la comunicación.
 - Cómo afecta el estoma a su vida.

- Dar consejos y recomendaciones para facilitar el sueño y descanso (orientados hacia el miedo a morir asfixiado).
- Resolver sus dudas en general (tanto al paciente como a sus familiares y/o cuidadores).
- Aconsejar a familiares y amigos en su dificultad de entender al paciente y en cómo tratarlo.
- Entregar al paciente una guía escrita de cuidados al alta para que pueda reforzar la información recibida verbalmente.

3.2. Entrenar al paciente y a sus familiares en los autocuidados para la vida diaria.

- Procurar estar en ambientes húmedos y sin humos.
- Utilizar humidificadores (sobre todo durante el periodo hospitalario o ante calefacción o aire acondicionado que pueda reseca el ambiente).
- Usar un pañuelo protector o filtros HME (intercambiadores de calor y humedad) cuya función es filtrar y calentar el aire.
- No olvidar la higiene de las fosas nasales poniendo unas gotas de suero fisiológico.
- Realizar la higiene bucal habitual (al menos tres veces al día, tras las comidas).
- Lavarse las manos antes y después de manipular el estoma.
- Ducharse mejor que bañarse, para evitar la entrada de agua en la cánula (aunque no pasa nada si entra un poco de agua, ¡cuidado si es jabón!).
- No utilizar colonias, jabones o espumas de afeitar aromáticas para evitar irritaciones del estoma y ataques de tos.
- Utilizar mejor maquinillas eléctricas para afeitarse (menor sensibilidad en esa zona tras la cirugía, con mayor riesgo de cortarse).
- No fumar, ni beber alcohol.
- No utilizar pañuelos de papel ni gasas cortadas porque pueden desmenuzarse y meterse en el estoma.
- Hacer pequeñas degluciones y respiraciones suaves, ante un repentino golpe de tos.

- Mantener las relaciones sexuales sin ningún tipo de problema.
- Evitar deportes acuáticos y aquellos que supongan un esfuerzo. Se recomienda caminar, bailar, pasear, etc.
- Tomar una dieta rica en fibra y de fácil deglución. Beber abundantes líquidos. Hacerlo en la postura donde le resulte más fácil tragar.
- Continuar con su vida social manteniendo unas medidas higiénicas normales.
- Si han perdido el sentido del olfato y viven solos, hacerles ver la necesidad de instalar un detector de gases en su casa.

3.3. Facilitar la comunicación del paciente durante la hospitalización.

- Dar al paciente una pizarra o un cuaderno, y un rotulador para que se comunique.
- Entregarle una hoja con dibujos (pictogramas) para que los señale, como la que presentamos a continuación (Figura 212):



Figura 212. Ejemplos de pictogramas utilizados por el Servicio Andaluz de Salud.

Fuente: Servicio Andaluz de Salud. <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/.../contenidos/gestioncalidad/DICE/Paneles/PanelEspañol.pdf>

- Proporcionar válvulas fonatorias o tapón cerrado a los pacientes con traqueotomía.
- Recomendar la utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación como la Apps para Android llamada “Pictorrino” (disponible en Google Play:

<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.blisterdeveloper.pictorrino&hl=es>), animar al uso de tablets, ordenadores portátiles, Smartphone, etc.

3.4. Trabajar en la aceptación de la enfermedad y en mejorar la autoestima:

- Ayudarle a mirarse al espejo, lo antes posible para aceptar su nueva imagen corporal (Figura 213-214).



Figura 213.



Figura 214.

- Hacerle entender que cuide su imagen estando aseados y bien vestidos.
- Tener conciencia de su propia higiene, puesto que hay pacientes como por ejemplo los laringectomizados que pierde su olfato, no percibiendo sus propios olores corporales.
- Preparar y llevar siempre consigo un kit de limpieza (Figuras 215 y 216) formado por: una cánula interna, un cepillo, varias monodosis de suero fisiológico (5-10 ml), pañuelo o gasas, un espejo y un adaptador de 15 mm (por si en caso de emergencia es necesario conectarlo a una mascarilla, a un respirador o a una bolsa autoinflable).



Figura 215. Kit de limpieza.



Figura 216. Componentes del Kit de limpieza.

3.5. Proporcionar contacto con otros profesionales y asociaciones de laringectomizados:

- Trabajador social.
- Psicólogo.
- Taller de logopedia para pacientes traqueotomizados y/o laringectomizados (Figura 217) que permite aprender a hablar mediante voz esofágica (erigmofofía), laringe electrónica (laringófono-Figuras 218-219) o voz protésica traqueo-esofágica (Figura 220).



Figura 217. Miembros del taller de familiares y del taller de logopedia.



Figura 218-219. Voz con laringófono.



Figura 220. Voz protésica.

3.6. Dar consejos prácticos de convivencia para los familiares y amigos:

- Dejarle hablar sin interrupciones y pedirle que repita cuando no se le ha entendido.
- Mantener un nivel de voz normal, sin hablarle en voz alta.
- Emocionalmente el paciente está más susceptible por lo que no hay que irritarle.
- Dejar que exprese sus sentimientos e incluso sus enfados, buscando el momento oportuno para responderle.
- Respetar sus ritmos sin compadecerse de su situación.
- Fomentar su autonomía y no convertirlo en un inválido.
- Encontrar fórmulas para darle sentido a su nueva vida centrándose en el presente.

- No evitar conversar con el paciente, mantener la relación con él sin miedo a la dificultad en la comunicación.

3.7. Dotar de material al paciente (o indicarle como conseguirlo) en el alta hospitalaria y en sus revisiones:

- Cánula nueva de repuesto del mismo número para una emergencia.
- Adaptador ISO de 15 mm si su cánula no tiene esa conexión.
- Válvulas fonatorias, tapones, válvula anti-tos.
- Cepillo para limpiar la cánula.
- Suero fisiológico y lubricante hidrosoluble.
- Cintas de sujeción.
- Apósitos hidrófobos y gasas.
- Crema hidratante, si precisa.

Capítulo 24

Guía de cuidados al alta

María Dolores Calvo Torres
José Antonio Subiela García
Juan Antonio Blázquez Soto
Gema Sánchez Fernández

1. INTRODUCCIÓN

Como resultado de las encuestas de satisfacción entregadas al paciente tras el alta se detectó la demanda de los pacientes de disponer por escrito de la información facilitada en el proceso del alta no solo por la CELT sino también por el resto de miembros del equipo multidisciplinar. Por este motivo se ha elaborado y se ha dado difusión de las Guías de Cuidados al alta (Figura 221).

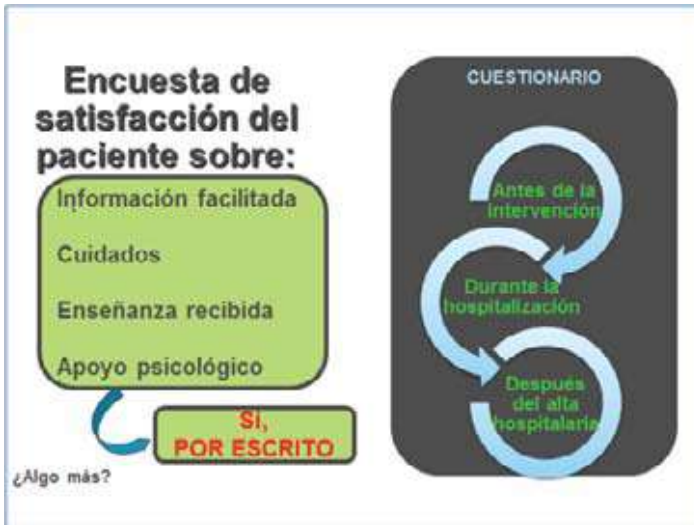


Figura 221. Justificación de las Guías de Cuidados al alta.

2. GUÍAS ADAPTADAS AL TIPO DE PACIENTE

Las Guías de Cuidados al Alta vienen a culminar el proceso hospitalario del paciente portador de cánula como apoyo a la información y a la educación sanitaria transmitida de forma verbal.

Se han establecido dos Guías de Cuidados al Alta en función del tipo de paciente portador de cánula:

- Guía 1: Paciente con traqueostoma secundario a una traqueotomía (pacientes traqueotomizados) Potencialmente → REVERSIBLE. Oncológicos y no oncológicos (ver tema 3).
- Guía 2: Paciente con traqueostoma secundario a una laringectomía total (pacientes traqueostomizados) → IRREVERSIBLE.
- A continuación se detallan en formato de tabla, las principales características y cuidados que se tienen que realizar según el tipo de paciente

(traqueostomizados/traqueotomizados) (Tabla I). En una segunda tabla (Tabla II) se describen algunos aspectos y cuidados que son comunes a ambos.

Tabla I. Características y cuidados según el tipo de paciente (traqueostomizado/traqueotomizado)	
Pacientes traqueostomizados	Pacientes traqueotomizados
Extirpación completa de la laringe con lo que la tráquea aboca al exterior (estoma).	Incisión u orificio en la región inferior del cuello comunicando desde la piel hasta la tráquea.
Se separa definitivamente la vía respiratoria de la vía digestiva (irreversible).	Con continuidad anatómica con la laringe (puede por tanto ser reversible).
El traqueostoma es la única vía de respiración (muy importante la prevención de los tapones de moco mediante fisioterapia respiratoria).	Conserva en mayor o menor grado la respiración por las vías naturales (respira por boca y nariz además de por el estoma).
El cambio de la cánula no suele ofrecer problemas (permite cambio diario por paciente).	El cambio de la cánula tiene que ser rápido y cuidadoso (por personal sanitario) porque puede cerrarse el estoma o crearse falsas vías.
Algunos pacientes, con el tiempo, pueden prescindir de la cánula (filtro y adhesivo).	No pueden prescindir de la cánula porque se cierra el estoma.
Pérdida de la voz (sin cuerdas vocales) teniendo que aprender a hablar con erigomofonía, prótesis fonatoria o laringófono.	Se producen cambios en la voz al tener una cánula con válvula fonatoria o tapón cerrado (mantienen las cuerdas vocales).
Pérdida del olfato y del gusto.	No pierde el olfato ni el gusto.
No presentan problemas de broncoaspiración.	Pueden presentar problemas de broncoaspiración.

Tabla II. Características y cuidados comunes a ambos pacientes.

Qué es una cánula y partes de la misma: cómo se utiliza, su limpieza, su cambio, etc.

No olvidar la higiene de las fosas nasales y de la boca, lavarse las manos antes y después de manipular el estoma.

Cuidados del traqueostoma, cómo evitar los tapones mucosos y cómo actuar si la cánula se obstruye.

Mejor ducha que baño para evitar la entrada de agua en la cánula.

Cómo utilizar medicamentos inhaladores y las nebulizaciones.

No fumar ni beber alcohol.

Consejos y recomendaciones para facilitar el sueño y el descanso (miedo a morir asfixiado).

Utilizar preferiblemente maquinilla eléctrica para afeitarse y si no, tener cuidado de que no entre agua, espuma o pelos a través del estoma.

Dieta normal, rica en fibra, de fácil deglución bebiendo abundantes líquidos, y seguir recomendaciones del enfermero de Nutrición si es portador de sonda nasogástrica o con sonda PEG.

No utilizar colonias, jabones o espumas de afeitar aromáticas para evitar irritaciones del estoma y ataques de tos.

Procurar estar en ambientes húmedos y sin humos, utilizar humidificadores, usar pañuelo protector o filtro HME para filtrar y calentar el aire.

Ante un repentino golpe de tos hacer pequeñas degluciones y respiraciones suaves.

Ejercicios para la columna cervical y el hombro.

Mantener relaciones sexuales sin ningún tipo de problema.

Trabajar en la aceptación de la enfermedad y en la autoestima (impacto psicológico mirarse al espejo).

3. BENEFICIOS AL DISPONER DE LAS GUÍAS

La elaboración de estas Guías de Cuidados al Alta y su entrega al paciente por escrito:

- Permite:
 - ♦ Consultarlas en cualquier momento.
 - ♦ Reforzar lo aprendido.
 - ♦ Recordar los detalles desapercibidos.

- Evita:
 - ♦ Complicaciones y riesgos.
 - ♦ Reingresos hospitalarios innecesarios.

- Mejora:
 - ♦ La calidad de vida del paciente y cuidadores.

GUÍA 1: GUÍA DE CUIDADOS PARA PACIENTES CON TRAQUEOTOMÍA

1. Introducción

Si usted ha sido operado y es portador de manera temporal o permanente de una cánula de traqueotomía es importante que adquiera autonomía en sus autocuidados. Con esta Guía pretendemos darle una información lo más completa posible para que usted y su familia puedan comprender mejor su enfermedad, conozcan cuáles serán los nuevos cuidados que tendrá que incorporar en su vida diaria, ayudarles a sentirse seguros y puedan vencer las dificultades.

Por si fuera necesario se le facilita el teléfono 968128600 (Extensión: 951255) de contacto con la Consulta de Enfermería CELT cuyo horario es de Lunes a Viernes de 8:30 a 14:30 horas.

2. ¿Qué es una traqueotomía?

Es una intervención quirúrgica en la que se realiza en el cuello un pequeño orificio para comunicar la tráquea con el exterior y permitir la entrada de aire a los pulmones. A este orificio se le denomina estoma o traqueostoma (Figura 222).

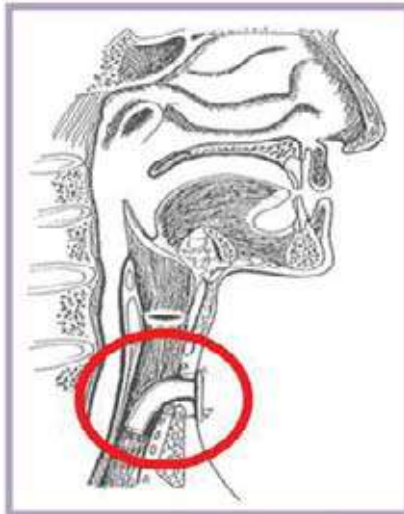


Figura 222. Traqueotomía con cánula en tráquea a través del estoma.

Para asegurar la comunicación creada entre la tráquea y la piel y para que no se cierre, deforme ni obstruya se le colocará un pequeño tubo llamado cánula.

3. ¿Cuándo es necesaria?

La traqueotomía está indicada siempre que exista una obstrucción de las vías aéreas superiores (el trayecto desde la faringe hasta la tráquea). Son causas de obstrucción: inflamaciones severas, infecciones, atragantamientos con alimentos o cualquier objeto que tape la vía aérea superior, parálisis de cuerdas, tumores (laringectomía parcial y corpectomía), traumatismos graves en la laringe, en casos de intubación y/o ventilación asistida prolongada (habitualmente en la UCI) y en algunos casos con tratamiento de radioterapia.

4. ¿Cuánto tiempo tendré el estoma?

Las traqueotomías pueden ser transitorias o permanentes. Su caso siempre será estudiado de una forma personalizada y podrá cerrarse cuando desaparezca o se solucione la lesión causal. No se preocupe por su traqueotomía, lo más importante es que respire normalmente sin problemas de ahogo.

5. ¿Cómo será mi respiración?

La tráquea es un órgano que interviene en el proceso de la respiración por el que el aire que respiramos pasa a través de la nariz y la boca a la faringe, laringe y de la tráquea a los pulmones.

A partir de tener una traqueotomía la mayor parte del aire pasará por la cánula directamente hacia los pulmones. Dependiendo de la severidad de la patología puede que todo el aire que llegue a sus pulmones sea exclusivamente el que pase a través de la cánula.

Al no pasar por la nariz, el aire no es calentado y humidificado por lo que llegará seco y frío a los pulmones. La incisión y la colocación de la cánula modifican la morfología y el funcionamiento normal de la tráquea produciendo una mayor cantidad de secreciones que tendrá que expulsar a través de la cánula.

Por todo ello, mientras se adapta a la traqueotomía y a la cánula, podrá tener golpes continuos y fuertes de tos.

6. ¿Podré hablar?

Sí, podrá hablar puesto que no le han quitado las dos cuerdas vocales, aunque según la intervención practicada su voz será más o menos parecida a la que tenía antes de ser intervenido. Para poder hablar necesitará una válvula fonatoria que se adapte a su cánula o bien tapar (con un tapón o en su defecto con el dedo) el orificio de la cánula.

Durante los primeros días después de la intervención no deberá hablar hasta que se le indique. En esos días para facilitarte la comunicación tendrá que utilizar

una pizarra blanca con rotulador, hojas con dibujos (pictogramas), papel y lápiz, una Tablet, un teléfono móvil, etc.

7. ¿Cómo es una cánula y para qué sirve?

Tal y como le hemos dicho anteriormente la cánula es un tubo que sirve para garantizar la vía de comunicación entre la tráquea y el exterior para poder respirar y para que el orificio o estoma no se deforme ni se cierre.

La cánula consta de tres partes o piezas (Figura 223):

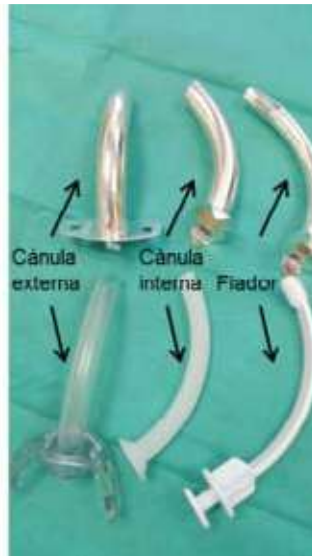


Figura 223. Cánula externa, cánula interna y fiador (de izq. a dcha.) de plata (arriba) y de PVC (debajo).

- Cánula externa. Es la que se introduce dentro del estoma (en contacto con la tráquea) para que no se cierre y que permite respirar. Lleva un reborde con dos agujeros (aletas de fijación) para introducir la cinta de sujeción al cuello (donde normalmente aparece el número del tamaño de la cánula que usted lleva).
- Fiador. Sirve para ayudar a introducir la cánula externa a través del estoma (no todas las cánulas tienen fiador).
- Cánula interna también llamada, camisa o macho. Es la parte que se introduce dentro de la cánula externa y sirve para evitar que se obstruya por las secreciones. Por lo que es muy importante la limpieza y mantenimiento de esta pieza.

8. ¿Todas las cánulas son iguales?

No, en el mercado existen diferentes tipos de cánulas en función de los materiales con los que son fabricadas pudiendo encontrar fundamentalmente cánulas de plata, de poliuretano (PVC) y de silicona. Los tamaños de las cánulas varían tanto en longitud como en diámetro. También pueden ser fenestradas y no fenestradas y pueden llevar o no balón de neumotaponamiento. El tipo de cánula se selecciona en función de las necesidades de cada persona.

9. ¿Qué cánula llevaré yo?

Será la que mejor se adapte a sus necesidades y características: tamaño del estoma, grosor del cuello, tipo de respiración y de fonación, etc. En nuestro medio las más utilizadas son las de PVC y sus fabricantes aconsejan cambiarla por otra nueva cada 28-30 días. Es frecuente que el estoma se cierre durante el cambio de la cánula por lo que esta técnica debe ser realizada por el personal de enfermería en la consulta CELT y para ello será citado mensualmente.

Estas cánulas de PVC pueden tener diferentes accesorios (Figura 224-225):

- (1) Anilla de fijación: solo si necesita mucho flujo de aire; para poder hablar tendrá que taparla con el dedo.
- (2) Tapa de anti-tos: Hay que colocar la apertura hacia abajo para permitir que salgan las secreciones con facilidad. Para poder hablar tendría que taparse esa apertura con el dedo.
- (3) Válvula fonatoria: se utiliza para poder hablar cuando no es posible llevar el tapón cerrado; durante la inspiración la membrana de la válvula se abre y el paciente puede hablar.
- (4) Tapa de sellado de habituación (tapón cerrado): se coloca cuando es capaz de respirar por boca-nariz pero si en un momento requiriese respirar por la cánula se podría retirar; con el tapón cerrado puede hablar sin problemas.
- (5) Conector 15 mm: es una pieza necesaria para poder adaptar la cánula a un respirador o a un sistema de oxígeno en T; es importante llevarla siempre a mano ante una emergencia.



Figuras 224-225. Diferentes cánulas de PVC con sus accesorios. De izquierda a derecha en la parte superior (1.-anilla de fijación, 2.-tapa anti-tos, 3.-válvula fonatoria y 4.-tapón cerrado). En amarillo a la derecha y en blanco a la izquierda (5.-conector de 15 mm).

10. ¿Cómo se limpia la cánula?

La parte externa de la cánula se cambiará cada mes por su enfermera en la consulta por otra nueva del mismo modelo. La cinta que fija la cánula al cuello la tendrá que cambiar siempre que se ensucie y se puede reutilizar lavándola con agua y jabón neutro.

Es importante que la cinta se mantenga en buen estado para evitar una salida accidental de la cánula (revisar los velcros). La cinta no debe ir ni muy apretada porque puede producir heridas ni demasiado floja porque entonces la cánula se puede mover, puede dañar la mucosa y además salirse de forma accidental. La medida óptima para la fijación de la cinta es que su dedo pueda meterse sin dificultad entre la cinta y el cuello.

La parte de la cánula que requiere de su limpieza es la cánula interna (Figura 226). Es recomendable limpiar ésta al menos tres veces al día y en caso de que haya muchas secreciones tantas veces como sea necesario. Se limpiará con agua caliente y jabón neutro utilizando un cepillo que se le entregara en la consulta de enfermería.



Figura 226. Limpieza de cánula interna.

11. ¿Cómo se cuida el estoma?

Antes de iniciar el cuidado del estoma debe lavarse las manos con agua y jabón.

La piel alrededor del estoma se limpiará siempre que sea necesario y al menos dos veces al día, con agua jabonosa, suero fisiológico y gasas. Es importante mantener limpia y seca la piel para evitar la maceración de la zona (al estar húmeda por las secreciones). Se recomienda la utilización de crema hidratante de barrera (cuya función es actuar como una segunda piel hidratando y protegiendo de la humedad) que podrá aplicarse con un bastoncillo para su mayor comodidad.

Una vez limpia la piel cambiará el apósito del estoma que tiene dos caras: una de celulosa que es la que se pone en contacto con el tórax, y otra que es de material plástico e impermeable para que las secreciones no lleguen a la piel. Para que la piel no se irrite el apósito se cambiará tantas veces como sea necesario para mantenerlo limpio y seco.

12. ¿Cómo puedo evitar los tapones de moco?

Es muy importante que usted esté bien hidratado bebiendo al menos un litro y medio o dos de agua al día. De esta forma las secreciones estarán fluidas y no se espesarán formando tapones de moco que le podrían originar problemas im-

portantes para su respiración.

Se aconseja que al menos dos veces al día, por la mañana y por la noche, se haga un lavado con 2 ml de suero salino fisiológico a través de la cánula para ayudarle a expectorar las secreciones.

En aquellos casos en los que no lleve un tapón cerrado en su cánula, desde la consulta recomendamos que lleve un pañuelo al cuello tapando el estoma para filtrar, calentar y humidificar el aire.

Cuando esté en casa es aconsejable que ni la calefacción ni el aire acondicionado estén demasiado elevados siendo recomendable humidificar el ambiente.

Se pueden realizar ejercicios respiratorios para eliminar las posibles secreciones que además de poder taponar la cánula producen una tos continua que dificultan el descanso nocturno y reducen la calidad de vida.

12.1. Ejercicios respiratorios para evitar tapones de moco:

En general se trata de coger bastante aire pero despacio, mantenerlo dentro unos dos o tres segundos y luego expulsarlo lentamente si el moco está más lejos de la cánula o el estoma, y poco a poco más fuerte y rápido cuando esté más cerca de la salida para poder expulsarlo finalmente. Realizar este tipo de respiración como mínimo un par de veces al día y de forma más frecuente si por algún motivo tiene más secreciones. Existen dispositivos u otros tipos de técnicas que el fisioterapeuta de su hospital y/o personal de enfermería pueden realizar en caso de que con este sencillo ejercicio no sea suficiente. Si usted toma inhaladores de algún tipo debe verificar con los profesionales del hospital que los utiliza de una manera correcta.

13. ¿Qué material debo tener en casa?

Antes de marcharse del hospital le proporcionaremos el material necesario para sus cuidados y en su defecto le indicaremos cómo puede obtenerlos.

La entrega de material será para un mes hasta el siguiente cambio de cánula:

- En caso de emergencia o la realización de un viaje, siempre debe disponer de una cánula nueva igual a la que lleva tanto en modelo y número. También se aconseja tener otra de menor tamaño.
- Cánulas internas y accesorios necesarios (según modelos).
- Cepillo para su limpieza.

- Cintas para la fijación de la cánula.
- Suero salino fisiológico.
- Gasas.
- Apósitos especiales hidrófobos (presentando su informe de alta el enfermero del centro de salud se los debe proporcionar).
- Crema hidratante de barrera.
- Clorhexidina al 1% (hasta la cicatrización del estoma).

Además deberá disponer de un kit de limpieza de bolsillo (Figuras 227-228) formado por una cánula interna, un cepillo, monodosis de suero salino fisiológico (5-10 ml), pañuelos o gasas, un espejo, los accesorios de cánula necesarios (según el modelo de cánula) y un adaptador de 15 mm (por si fuera necesario conectarlo a un respirador en caso de emergencia).



Figura 227. Kit de limpieza.



Figura 228. Componentes del Kit de limpieza.

14. ¿Cómo serán a partir de ahora mis cuidados personales?

- Debe ducharse o bañarse a diario evitando siempre que el agua le llegue al estoma. Se aconseja mejor ducha que baño (para evitar la entrada de agua durante la ducha incline la cabeza mirando al suelo).
- Debe tener precaución para que no entre jabón o espuma por el estoma, y durante el afeitado deberá controlar que no penetren ni pelos ni perfumes en él. Se recomienda afeitarse con maquinilla eléctrica.
- No olvide la higiene de las fosas nasales y de la boca al menos después de las comidas principales. Realizar visitas periódicas al dentista.

- Recuerde lavarse las manos antes y después de sus cuidados de la cánula y del estoma.
- Podrá vestir como siempre teniendo en cuenta que las camisetas, camisas, jerséis, corbatas y pañuelos no le opriman en la zona de la cánula.
- Preparar y llevar siempre consigo el kit de limpieza.

15. ¿Debo seguir alguna dieta especial?

Su dieta debe ser normal, rica en fibra, de fácil deglución, bebiendo abundantes líquidos evitando así el estreñimiento. Si padece alguna enfermedad deberá llevar el tipo de dieta recomendada por su médico (diabetes, hipertensión, colesterol, etc.). Puede tener más aerofagia (eructos, gases).

16. Soy portador de sonda de gastrostomía (PEG) ¿Qué debo saber?

Con esta sonda usted podrá alimentarse ya que la sonda PEG entra directamente al estómago y por ella pasará el alimento. Deberá seguir la pauta recomendada prescrita por la enfermera de la Unidad de Nutrición en cuanto a tomas, duración e hidratación y limpieza de la sonda.

La gastrostomía se considera madura y cicatrizada transcurridos unos catorce días desde su colocación. La limpieza del estoma se realizará diariamente con agua y jabón neutro con movimientos circulares desde el estoma hacia fuera; girar la sonda en el sentido de las agujas del reloj y hacia arriba y hacia abajo para favorecer la tunelización (Figura 229). Si se obstruye la sonda se deberá pasar agua templada con la jeringuilla y si no se consigue hacerlo con zumo de piña o bebidas de cola. La medicación se administrará por la sonda y su enfermera de nutrición le dará las pautas de cómo administrarla.



Figura 229. Cuidados de las sondas NG y PEG.

17. Tengo dificultad para tragar ¿qué puedo hacer?

Uno de los problemas más comunes tras ser intervenido de una laringuectomía supraglótica es la dificultad para tragar correctamente pudiéndose atragantar. Como medida general debe flexionar el cuello hacia delante en el momento de tragar (sobre todo con los líquidos, pudiendo utilizar espesantes) como si quisiera “hacer papada” bajando la barbilla hacia el pecho (se conoce como maniobra doble mentón).

Sigamos las recomendaciones del fisioterapeuta para realizar la maniobra doble mentón:

1. Coger aire por la nariz.
2. Tragar el alimento mientras se coloca el doble mentón sin soltar el aire.
3. Expulsar el aire fuerte por la boca o toser para comprobar que se ha tragado correctamente o incluso poder expulsar el alimento si no ha sido tragado bien.

Si esta forma general de tragar es insuficiente o no se adapta a su persona el personal de enfermería de su hospital le informará de otros tipos de ejercicios, posturas y maniobras que pueden ayudarle a realizar esta actividad sin consecuencias para su salud.

18. Tengo dificultad para dormir ¿cómo podría solucionarlo?

Es muy común que las personas que como usted son portadores de cánula tengan miedo a la hora de dormir por si se produce un tapón de moco, tos intensa o continua que le produzca asfixia (miedo a morir asfixiado) dificultando el descanso nocturno. Algunas recomendaciones son las siguientes:

- Se aconseja tener una cierta actividad física diaria.
- Mantener la habitación ventilada a una temperatura adecuada sin excesivo frío o calor antes de acostarse.
- Tener la cama incorporada para respirar mejor. También es bueno poner una almohada bajo el colchón.
- Crear un ambiente húmedo y tranquilo.
- Mantener despejadas las vías aéreas recomendándose el cuidado de la cánula antes de acostarse.
- Estar bien hidratado.
- Darse una ducha antes de acostarse si eso le relaja.
- Controlar el dolor tomando la medicación prescrita por su médico.

19. ¿Cómo será mi vida social a partir de ahora?

- Debe continuar con su vida social cuidando su imagen y manteniendo unas medidas de higiene normales.
- Evitar deportes acuáticos y de esfuerzo. Se recomienda caminar y bailar.
- No fumar ni beber alcohol.
- Procurar estar en ambientes húmedos sin humos.
- Aceptar su enfermedad y su nueva imagen.
- Utilizar pañuelos para protegerse y como complemento de su ropa.
- Procurar no ponerse nervioso si tiene dificultad para hablar.
- No existe ningún problema para mantener relaciones sexuales (tenga en cuenta que pueden aumentar las secreciones bronquiales y el ruido respiratorio).
- En función del trabajo que realice podrá reincorporarse a éste.

- Es importante que se relacione con sus amigos, compañeros y familiares.
- Salga a la calle y haga su vida habitual.

20. Voy a recibir tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia ¿qué debo saber?

Las enfermeras de estos servicios le explicarán el tratamiento a seguir, sus posibles efectos secundarios y cómo solucionarlos. Piense que con este tratamiento va a terminar de curar su enfermedad por lo que debe acudir con optimismo y sin rechazos.

Si va a recibir radioterapia es importante que visite a su dentista antes de que comience el tratamiento para que le haga una valoración y si requiriese alguna intervención dental que la termine antes de comenzar con la radioterapia porque no podrá hacerse ninguna extracción hasta pasado un año como mínimo tras finalizar el tratamiento.

También es importante el cuidado de la piel y del estoma manteniéndolo limpio e hidratado con la crema específica que le haya indicado su enfermera de radioterapia.

Acudirá al tratamiento de radioterapia con la piel limpia y sin haberse aplicado crema al menos desde dos horas antes. Se recomienda aplicarse la crema tras recibir la radioterapia para evitar quemaduras.

En el caso de recibir tratamiento con quimioterapia, su enfermera de oncología médica le entregará un tríptico con todos los cuidados que debe tener en cuenta (ver Tema 30).

21. Signos de alarma por los que debe consultar o acudir a la consulta de ORL:

- En caso de dificultad respiratoria (sudoración, asfixia, presencia de tapón mucoso, etc.).
- Si el estoma está muy enrojecido, inflamado y presenta mucho dolor.
- Si hay cambio en el color y olor de las secreciones.
- Si saliese alimento por el estoma (no siga comiendo).

22. En caso de una emergencia acudirá a urgencias del hospital o avisará al 112 según la gravedad:

- Por un tapón de moco que no es capaz de expulsar y que le impide la respiración.
- Por sangrado importante a través del estoma o la cánula (mantendrá la cabeza y el tórax más bajos que las piernas para que la sangre no se introduzca a los pulmones).
- En caso de la salida accidental de la cánula y que no haya podido reemplazarla.

PRIMEROS AUXILIOS EN UN PACIENTE TRAQUEOTOMIZADO

Método de actuación en caso de parada cardiorespiratoria:

En el caso de que observemos que una persona portadora de cánula se encuentra en mal estado o tiene problemas respiratorios deberemos:

- Comprobar su estado de consciencia (agitandola suavemente por los hombros). En caso de que no responda (inconsciente), comprobaremos su respiración y para ello:
 - ♦ Aflojaremos o quitaremos cuanta ropa pueda entorpecer, dejando pecho y cuello al descubierto.
 - ♦ Quitar todo cuanto tape el orificio del cuello: baberos, pañuelos, medallas, collares, etc.
 - ♦ Comprobaremos si respira colocando nuestro oído a la altura del orificio del cuello (estoma) para oír y sentir el paso del aire, mirando al pecho para ver si éste se eleva o no (Figura 230).
 - ♦ Retiraremos la cánula interna (camisa), pero nunca quitaremos la cánula externa.
 - ♦ Colocar la cabeza horizontal sin utilizar la técnica de hiperextensión (cabeza hacia atrás) (Figura 231).



Figura 230. Comprobar si respira (Oído-Estoma) a través del estoma.

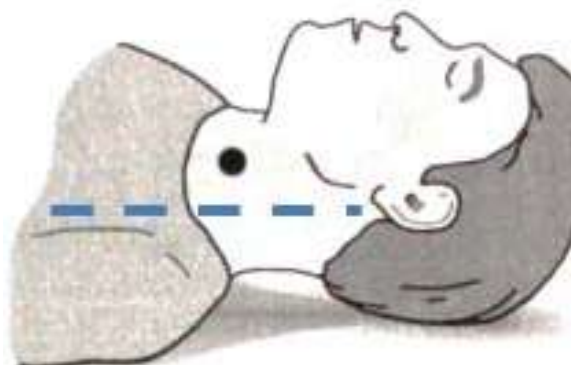


Figura 231. Cabeza horizontal sin hiperextensión.

- Si respira la colocaremos en posición lateral de seguridad (de lado). Si no respira, la colocaremos sobre una superficie dura e iniciaremos inmediatamente la reanimación cardiopulmonar (en un adulto: 30 compresiones y dos insuflaciones de aire, hasta llegar al menos a 100-120 compresiones por minuto en un adulto, deprimiendo el pecho entre 5-6 cms y permitiendo el completo retroceso del tórax) que es idéntica a la que se le realiza a cualquier persona (Figura 232), excepto que en el caso de la respiración, ésta se suministra a través del estoma (boca-estoma) colocando la boca y los labios firmemente alrededor de la cánula (Figura 233).



Figura 232. Iniciaremos masaje cardiaco y respiraciones boca-estoma.



Figura 233. Iniciaremos respiración boca-a-cuello.

- En caso de disponer de una bolsa autoinflable o algún método de barrera que se adapte al estoma o cánula (máscarilla, protector, etc.), utilícelo para dar las insuflaciones (Figura 234).



Fig. 234. Utilización de ambú sobre la cánula (con prolongador de 15 mm).

- El tiempo, forma y ritmo de este suministro de aire a los pulmones se hará siguiendo la técnica habitual de respiración boca-a-boca alternando con las compresiones (30 compresiones, 2 insuflaciones), insuflando aire durante 1 segundo.
- En caso de que se vea que el aire insuflado sale por la boca o nariz hay que ocluir (tapar) con la mano boca y nariz para evitar que el aire insuflado se escape por estos orificios restando aire a los pulmones.

En caso de incendio:

- La víctima laringectomizada tiene un tratamiento especial en caso de incendio: hay que cubrir con un pañuelo húmedo el orificio del cuello (estoma) pero sin cegarlo para dejar que respire.
- En caso de administración de oxígeno con mascarilla, ésta ha de colocarse en el orificio del cuello (Figura 235). Si la cánula tiene el prolongador de 15 mm utilizaremos la máscara traqueal (Figura 236).
- Si la víctima está en llamas no dirigir ni chorro de extintor ni agua hacia la zona del cuello porque la entrada de agua o líquido puede ser mortal.



Figura 235. Administración de oxígeno por medio de mascarilla adaptada.



Figura 236. Administración de oxígeno por medio de mascarilla traqueal conectada a la cánula.

- En caso de vómitos, no solo girar la cabeza sino todo el cuerpo ya que si giramos solo la cabeza podemos estrangular el estoma y la persona puede dejar de respirar.

RECUERDE QUE ES MUY IMPORTANTE:

- Una dieta variada.
- Una buena hidratación.
- Boca sana.
- No alcohol.
- No tabaco.
- Ejercicio.
- Buen descanso.
- Para respirar y hablar bien es siempre imprescindible tener siempre muy limpio es estoma y no aguantar la mucosidad.
- Ante un repentino golpe de tos hacer pequeñas degluciones y respiraciones suaves hasta que se suavice.
- Disponer siempre de un kit de limpieza.

TELÉFONOS QUE PUEDEN SER DE SU INTERÉS:

- Consulta de Enfermería (CELТ) Hospital: 968 12 86 02 (Extensión: 95 12 55).
- Urgencias y Emergencias: 112.
- Taller de Familiares (Teléfono de contacto: D^a Asunción Serna: 600 04 39 83)
- Sede de la AECC en la calle Trafalgar nº 16 de Cartagena (Teléfonos de contacto: 968 12 08 80, 968 52 30 69. Fax: 968 12 08 80. Correo electrónico: cartagena@aecc.es).
- Asociaciones de Laringectomizados y Traqueotomizados (Asociación Traqueo-Laringectomizados Pedro Torralba de Cartagena –A.T-L.CT- Teléfonos de contacto: 620308117, 968518869, correo electrónico:nuevavoz.ct@hotmail.com).
- Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), Alameda de San Antón, nº29 de Cartagena, 30205. Teléfono de contacto: 968 53 43 38. Fax: 968 31 47 57.

GUÍA 2: GUÍA DE CUIDADOS PARA LOS PACIENTES CON UNA LARINGUECTOMÍA TOTAL (TRAQUEOSTOMIZADOS)

1. Introducción

Usted acaba de ser operado de una laringuectomía total por un cáncer de laringe o como popularmente se conoce, por un cáncer de garganta. Su pronóstico de supervivencia es muy bueno sobre todo si se ha diagnosticado de manera temprana.

Con esta Guía pretendemos darle una información lo más completa posible para que usted y su familia puedan comprender mejor su enfermedad, conozcan cuáles serán los nuevos cuidados que tendrá que incorporar en su vida diaria, ayudarles a sentirse seguros y puedan vencer las dificultades. Es importante que usted adquiera autonomía en sus cuidados (autocuidados) teniendo como apoyo este documento.

Por si fuera necesario se le facilita el teléfono 968 12 86 00 (Extensión: 951255) de contacto con la Consulta de Enfermería CELT cuyo horario es de Lunes a Viernes de 8:30 a 14:30 horas.

2. ¿Qué es una Laringuectomía total?

Es la extirpación total de la laringe a consecuencia de un cáncer de laringe como tratamiento para su curación. La laringe es un órgano que tiene tres funciones:

- Función fonatoria (hablar utilizando las cuerdas vocales).
- Función respiratoria.
- Función esfinteriana (o de cierre para no atragantarse cuando comemos y para la realización de cualquier esfuerzo).

A partir de ahora va a sufrir un cambio en su anatomía ya que el aire entrará directamente por la cánula a la tráquea, a los bronquios y de ahí a los pulmones. Ya no utilizará la nariz ni la boca para respirar (Figura 237). Por eso es muy importante proteger esta entrada para que no entren cuerpos extraños, polución o humo. Igualmente es necesario que el aire que entre lo haga con un grado de humedad y temperatura adecuados. Este orificio que debe proteger se llama estoma o traqueostoma. También a través de él saldrán sus secreciones (moco) y deberá protegerlo mediante pañuelos o filtros para que al toser no salgan expulsados directamente.

Cuando le quitan la laringe le dejan dos vías independientes, una para respirar que es la tráquea y otra digestiva que es el esófago para comer por lo que nunca se atragantará.

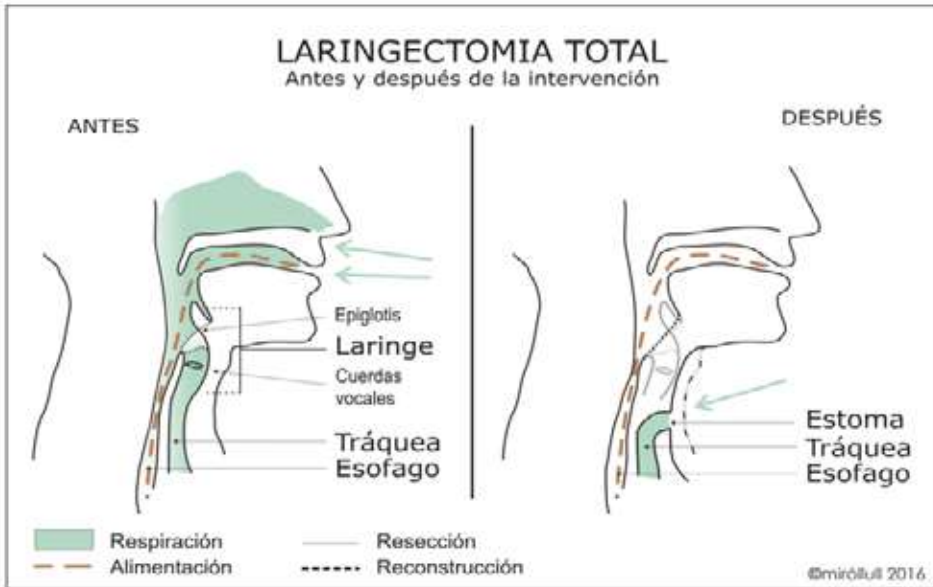


Figura 237. Anatomía antes y después de la intervención. Autor: Josep María Miró Lluï (con el permiso del autor).

3. ¿Cuánto tiempo tendré el traqueostoma?

Este orificio por el que ahora respira es definitivo para siempre y nunca se podrá cerrar.

4. ¿Cómo debo cuidar mi estoma?

Antes de iniciar el cuidado del estoma debe lavarse las manos con agua y jabón.

La piel de alrededor del estoma se limpiará siempre que sea necesario y al menos dos veces al día, con agua jabonosa, suero salino fisiológico y gasas. Es importante mantener limpia y seca la piel para evitar la maceración de la zona (al estar húmeda por las secreciones). Se recomienda la utilización de crema hidratante de barrera (cuya función es actuar como una segunda piel hidratando y protegiendo de la humedad) que se aplicará con un bastoncillo para su mayor comodidad.

Una vez limpia la piel cambiará el apósito del estoma que tiene dos caras: una de celulosa que es la que se pone en contacto con el tórax, y otra que es de material plástico e impermeable para que las secreciones no lleguen a la piel. Para que la piel no se irrite el apósito se cambiará tantas veces como sea necesario para mantenerlo limpio y seco.

Inicialmente usted deberá llevar cánula con filtro (para evitar el cierre del estoma) y más adelante (si el estoma no se cierra de forma gradual) no la necesitará, pudiendo

llevar un adhesivo con filtro. La mayoría de personas laringectomizadas podrán ir sin cánula cuando haya pasado un tiempo y su médico o enfermera se lo indique.

5. ¿Cómo es una cánula y para qué sirve?

Tal y como le hemos dicho anteriormente la cánula es un tubo que sirve para garantizar la vía de comunicación entre la tráquea y el exterior para poder respirar y para que el orificio o estoma no se deforme ni se cierre.

La cánula consta de tres partes o piezas (Figura 238):

- Cánula externa. Es la que se introduce dentro del estoma (en contacto con la tráquea) para que no se cierre y que permite respirar. Lleva un reborde con dos agujeros (aletas de fijación) para introducir la cinta de sujeción al cuello (donde normalmente aparece el número del tamaño de la cánula que usted lleva).
- Fiador. Sirve para ayudar a introducir la cánula externa a través del estoma (no todas las cánulas tienen fiador).
- Cánula interna también llamada, camisa o macho. Es la parte que se introduce dentro de la cánula externa y sirve para evitar que se obstruya por las secreciones. Por lo que es muy importante la limpieza y mantenimiento de esta pieza.

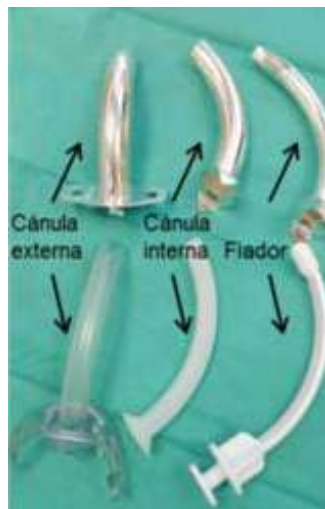


Figura 238. Cánula externa, cánula interna y fiador (de izq. a dcha.) de plata (arriba) y de PVC (debajo).

6. ¿Todas las cánulas son iguales?

No, en el mercado existen diferentes tipos de cánulas en función de los materiales con los que son fabricadas pudiendo encontrar fundamentalmente cánulas de plata, de poliuretano (PVC) y de silicona. Los tamaños de las cánulas varían tanto en longitud como en diámetro. También pueden ser fenestradas y no fenestradas y pueden llevar o no balón de neumotaponamiento. El tipo de cánula se selecciona en función de las necesidades de cada persona.

7. ¿Qué cánula llevaré yo?

Será la que mejor se adapte a sus necesidades y características: tamaño del estoma, grosor del cuello, tipo de respiración y de fonación, etc. Para los pacientes

laringectomizados la más utilizada hasta hace unos años eran las cánulas de plata (Figura 239) pero actualmente se emplean las de silicona flexible con conector de 22 mm (Figura 240) que va a permitir la adaptación de los filtros HME (intercambiador de humedad y calor). Los fabricantes aconsejan su reposición cada seis meses o incluso más tiempo, siempre que se conserven en buen estado por lo que es importante realizar un correcto mantenimiento.



Figura 239. Cánula de plata.



Figura 240. Cánula de silicona flexible con filtro HME.

8. ¿Qué es un filtro HME?

Desde su cirugía usted ya no va a utilizar su nariz para respirar. La nariz desempeña cuatro funciones principales:

- Filtrado o limpieza del aire inspirado.
- Humidificación de este aire.
- Regulación de la temperatura calentando el aire frío del ambiente.
- Resistencia respiratoria al paso del aire.

Por tanto, a partir de ahora respirará directamente a través de su estoma y el aire que inspire entrará a los pulmones sin filtrar, humedecer, calentar y sin resistencia al paso del aire.

Los denominados filtros HME (Figura 241) van actuar como una nariz artificial. Son la “nueva nariz” de las personas laringectomizadas. Este filtro puede adaptarse a su cánula. Es importante que utilice siempre el filtro tanto de día como de noche y debe cambiárselo al menos cada 24 horas. Si tiene muchas secreciones o está en un ambiente con mucho polvo o polución lo podrá cambiar cuantas veces sea necesario. El aire entra y sale de sus pulmones por los laterales del

filtro no molestando a los demás. No lave su filtro HME. Estos filtros están subvencionados por el Ministerio de Sanidad y pueden ser recetados por su médico especialista en ORL como tratamiento para pacientes crónicos.



Figura 241. Filtros HME

9. ¿Cómo se limpia la cánula de silicona flexible?

Previo lavado de manos.

Utilizaremos agua templada, jabón neutro, gasas y cepillo.

1. Retire la cánula del estoma con un movimiento hacia abajo. Esta cánula no dispone de cánula interna por lo que siempre deberá mantenerla limpia retirándola las veces que haga falta al día si es que tuviese mucho moco para evitar que se obstruya.
2. Limpie el estoma tal y como hemos indicado anteriormente.
3. Sumerja la cánula bajo el grifo con agua tibia, un poco de jabón neutro y frote suavemente con sus propios dedos o una gasa. Si persiste la mucosidad utilice el cepillo con agua y jabón.
4. Atención: no hervir, no utilizar antisépticos ni utilizar productos químicos agresivos porque dañan la cánula.

Para sujetar la cánula necesitamos una cinta con velcro o la proporcionada por el fabricante. La cinta tiene que ir siempre limpia y seca para evitar la irritación de la piel y el mal olor. La medida para su correcta colocación es que quepa su dedo entre la cinta y el cuello.

10. Si no necesito una cánula, ¿cómo podré utilizar los filtros HME?

Si usted no lleva cánula podrá utilizar unos adhesivos específicos (Figura 242) que serán la base de sujeción de su filtro HME. Los adhesivos tienen dos funciones principales:

- Proporcionar un sellado correcto alrededor del traqueostoma para evitar fugas.
- Mantener el filtro sobre el traqueostoma.

- Los adhesivos también son subvencionados por el Ministerio de Sanidad y pueden ser recetados por su médico especialista en ORL.



Figura 242. Adhesivo para sujeción filtro HME.

11. ¿Cómo se ponen los adhesivos?

Para colocarse los adhesivos es aconsejable que usted utilice un espejo de aumento, disponga de una buena iluminación y se sitúe en un lugar donde pueda estar cómodo. Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Preparación de la piel. Limpiar adecuadamente la piel de alrededor del estoma y secar sin rascar ni apretar. Se aconseja aplicar un poco de crema hidratante de barrera que actúe como una segunda piel. La crema que se utilice no debe contener alcohol ni perfumes ni cualquier otro componente que puedan irritar la piel.
2. Frote la superficie del adhesivo durante algunos segundos.
3. Retire la película protectora del adhesivo.
4. Trate de que la parte central más rígida quede bien centrada sobre el traqueostoma y que no queden pliegues ni bolsas de aire una vez colocado (Figuras 243 y 244).
5. Para retirar el adhesivo humedézcalo con una gasa, retire progresivamente el adhesivo en un movimiento suave continuo ayudándose de la gasa o una toallita húmeda e hidrate la piel de alrededor del traqueostoma antes de volver a colocar otro adhesivo.



Figura 243. Colocación adhesivo.



Figura 244. Centrado adhesivo.

12. ¿Cómo puedo evitar los tapones de moco?

Es muy importante que usted esté bien hidratado bebiendo al menos un litro y medio o dos de agua al día. De esta forma las secreciones estarán fluidas y no se espesarán formando tapones de moco que le podrían originar problemas importantes para su respiración.

Se aconseja que al menos dos veces al día, por la mañana y por la noche, se haga un lavado con 2 ml de suero salino fisiológico a través de la cánula para ayudarle a expectorar las secreciones.

Si es que no puede llevar su filtro HME que actúa como su antigua nariz (Figura 245), filtrando calentando y humidificando el aire, utilizará un pañuelo específico.

Siguiendo estas sencillas pautas:

- Se reducirán de forma significativa la cantidad de secreciones que serán más fluidas (no se formarán tapones de moco).
- Disminuirán los episodios de tos irritativa teniendo menos sensación de sequedad e irritación traqueal.
- Evitará posibles afecciones respiratorias.
- Mejorará la higiene y el control de las secreciones del estoma.
- Tendrá un mejor protección de las vías respiratorias.
- Mejorará su imagen personal.



Figura 245. El filtro HME hace la función de la nariz.

13. Breves recomendaciones para evitar tapones de moco:

En general se trata de coger bastante aire pero despacio, mantenerlo dentro unos dos o tres segundos y luego expulsarlo lentamente si el moco está más lejos de la cánula o el estoma, y poco a poco más fuerte y rápido cuando esté más cerca de la salida para poder expulsarlo finalmente. Realizar este tipo de respiración como mínimo un par de veces al día y de forma más frecuente si por algún motivo tiene más secreciones. Existen dispositivos u otros tipos de técnicas que el fisioterapeuta de su hospital y/o personal de enfermería pueden realizar en caso de que con este sencillo ejercicio no sea suficiente. Si usted toma inhaladores de algún tipo debe verificar con los profesionales del hospital que los utiliza de una manera correcta.

14. ¿Qué material debo tener en casa?

Antes de marcharse del hospital le proporcionaremos el material necesario para sus cuidados y en su defecto le indicaremos cómo puede obtenerlos. Deberá llevarse como mínimo:

- Dos cánulas de silicona flexible del mismo número (la que lleva puesta y una de repuesto). Estas cánulas según el fabricante tienen una duración de seis meses o más por lo que con estas dos cánulas tendrá para un año. Es importante que siga los cuidados de limpieza adecuados para que el material no se dañe o deteriore.
- Filtros HME y/o en su defecto pañuelos específicos (disponibles en ortopedias o asociaciones de laringectomizados) para proteger su estoma.
- Adhesivos si precisa.
- Suero salino fisiológico y jeringuillas.
- Cepillo, jabón neutro y agua templada para la limpieza de las cánulas.
- Cintas para la fijación de la cánula.
- Suero salino fisiológico.
- Gasas.
- Apósitos especiales hidrófobos (presentando su informe de alta el enfermero del centro de salud se los debe proporcionar).
- Crema hidratante de barrera.
- Clorhexidina al 1% (hasta la cicatrización del estoma).
- Espejo de aumento y buena luz.
- Lubricante hidrosoluble.

15. ¿Cómo debo cambiar y limpiar la cánula?

La cánula de silicona flexible que usted lleva no tiene cánula interna para poder sacarla y limpiar las secreciones por lo que todos los días al menos una vez retirará su cánula, la limpiará como hemos indicado anteriormente y se la volverá a introducir con ayuda del lubricante y previamente montada la cinta de sujeción. Antes de colocársela realizará los cuidados de su estoma como habíamos indicado anteriormente. Pondrá su apósito con la celulosa en contacto con la piel para que esta no se irrite y la capa hidrófoba hacia arriba para que la piel se mantenga limpia y seca. En caso de no tener ningún tipo de secreciones se podrá prescindir del uso del apósito.

Realizaremos el lavado de las manos y tendremos preparado todo el material que necesitamos disponiendo de un espejo y buena luz para poder realizar todos estos cuidados.

16. ¿Podré hablar?

Le han extirpado la laringe en su totalidad y una de sus funciones es la fonatoria (hablar). Al no tener cuerdas vocales usted no podrá hablar como hasta antes de la operación (voz laríngea) pero existen otros métodos para poder hacerlo (Figura 246):

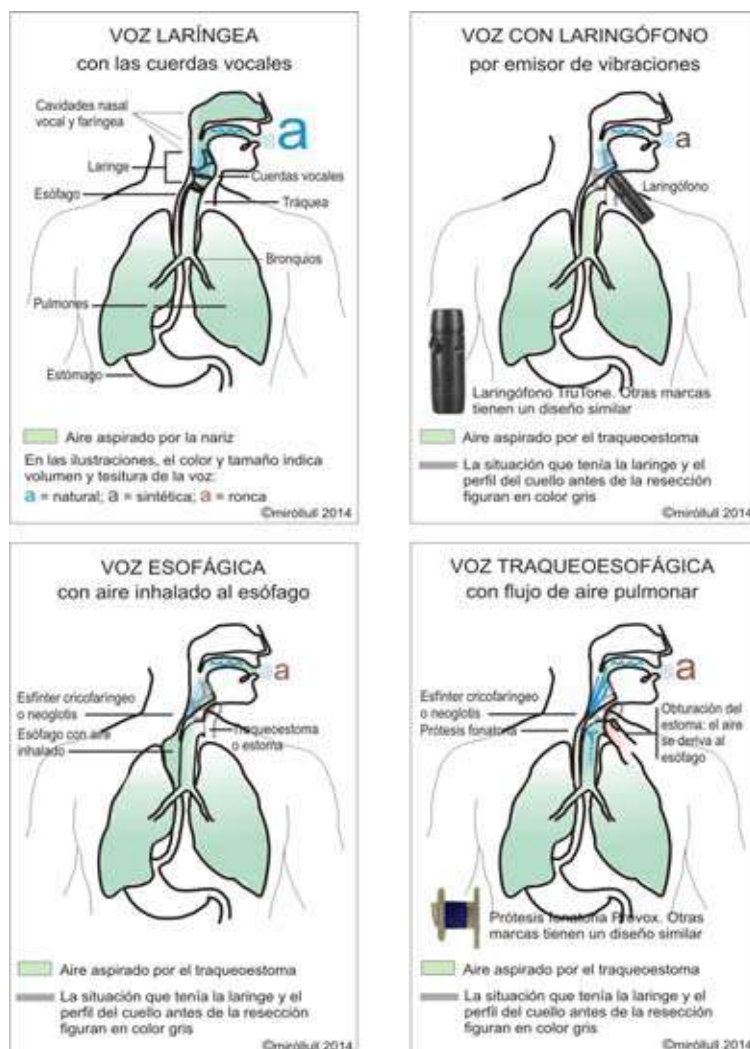


Figura 246. Tipos de voces. Autor: Josep María Miró Llull (con el permiso del autor).

- Voz erigimofónica (voz esofágica). Se consigue mediante rehabilitación con su logopeda.
- Voz artificial o electrónica (laringófono). Estos aparatos se aplican sobre la piel del cuello y reproducen la voz al sustituir las vibraciones originadas por el aire por otras que ellos producen por impulsos eléctricos. Se utilizan siempre como último recurso porque producen voces con tonos muy metálicos.
- Voz pulmonar protésica o adquirida mediante fístula traqueo-esofágica (prótesis fonatoria).

Mientras no pueda comunicarse con la voz tendrá que hacerlo de forma alternativa utilizando una pizarra blanca con rotulador, hojas con dibujos (pictogramas), papel y lápiz, una tablet, un teléfono móvil, etc.

17. ¿Cómo es la voz esofágica o voz erigimofónica?

En primer lugar es preciso aprender a tragar o deglutir el aire que después debe ser expulsado hacia la boca a través del esófago y la faringe, para que, de forma parecida a cuando se emite un eructo se consiga producir vocales gracias a la vibración de las paredes de la propia faringe. Más del 80% de los pacientes son capaces de conseguir esta voz con mayor o menor esfuerzo y siempre con diferentes calidades. En nuestro hospital contamos con una logopeda que será la responsable de su formación y un taller de logopedia a donde podrá acudir con otros laringectomizados para aprender a hablar. Seguramente ya conocerá a alguno de ellos que ya habrán ido a visitarle durante su hospitalización.

Las clases se imparten los martes de 16 a 18 horas en la Consulta Externa de ORL del hospital y los viernes a las 11 horas en la sede de la AECC en la calle Trafalgar nº 16 de Cartagena (Teléfono: 968 12 08 80, correo electrónico: Cartagena@aecc.es).

18. ¿En qué consiste la voz protésica o traqueo-esofágica?

Se nos pueden plantear diferentes situaciones:

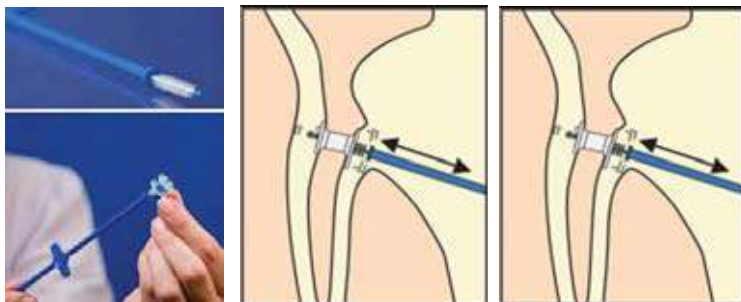
- Puede que usted ya lleve una prótesis de voz implantada directamente por su especialista en ORL en el quirófano cuando le operaron de la laringe.
- Quizá su médico especialista le ha hablado de la posibilidad de cuando pase un determinado tiempo crea conveniente programarlo para implantarle esta prótesis de voz.
- En determinados casos y según cada paciente puede no estar indicado.

La técnica consiste en hacer una fístula (un canal de comunicación) entre la tráquea y el esófago (fístula traqueo-esofágica) donde se le pone una prótesis de voz. Esta fístula permite el paso del aire para poder hablar. Su aprendizaje es más rápido que la erigmo fonía y su habla es más fluida y semejante a su voz anterior. No obstante se aconseja que se aprenda a hablar mediante erigmo fonía porque se pueden presentar situaciones de emergencia o que de forma momentánea la prótesis deje de funcionar. También debe saber que estas prótesis no son permanentes y hay que cambiarlas cada seis o nueve meses en función de cada paciente. Esta reposición, que no es dolorosa, será realizada por su enfermera de la CELT (consulta de enfermería de laringectomizados/traqueotomizados) y usted tendrá que aprender unos cuidados sencillos pero fundamentales para el buen mantenimiento de dicha prótesis de voz. Esta prótesis fonatoria es una válvula unidireccional que permite el paso del aire exhalado desde los pulmones hacia la faringe y de aquí a la boca permitiendo así hablar al paciente con una laringectomía total. La válvula se cierra durante la deglución impidiendo que los alimentos entren en los pulmones. Para hablar se inspira el aire, se tapa con el dedo el traqueostoma con el filtro y se exhala el aire que pasará hacia la boca.

Uno de los inconvenientes de esta prótesis de voz es que a través de la fístula traqueo-esofágica no solo pase el aire necesario para hablar sino saliva o los alimentos líquidos y sólidos que bebemos y comemos, y que podrían pasar directamente al pulmón. Para evitar estos inconvenientes es importante una correcta elección de la medida de su prótesis de voz así como el aprendizaje del mantenimiento de los cuidados diarios.

19. ¿Cómo debo cuidar la prótesis de voz?

1. Colóquese frente a un espejo (mejor si es de aumento) que le permita visualizar su prótesis con facilidad.
2. Introduzca el cepillo específico para su prótesis (Provox Brush) en el interior de la prótesis y hágalo rotar suavemente (Figura 247, 248 y 249).
3. Retire el cepillo y límpielo con un poco de agua y con una gasa.

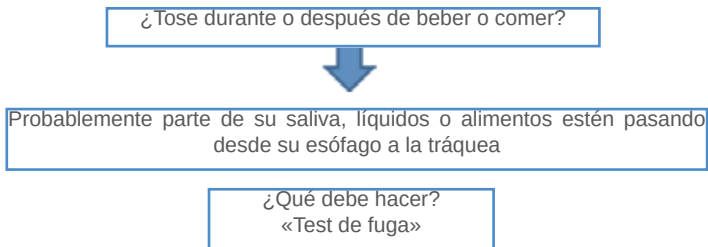


Figuras 247, 248 y 249. Limpieza de la prótesis de voz.

4. Vuelva a introducir y a rotar el cepillo en la prótesis como en las figuras 248 y 249.
5. Repita este procedimiento dos veces al día preferiblemente después de comida y cena.

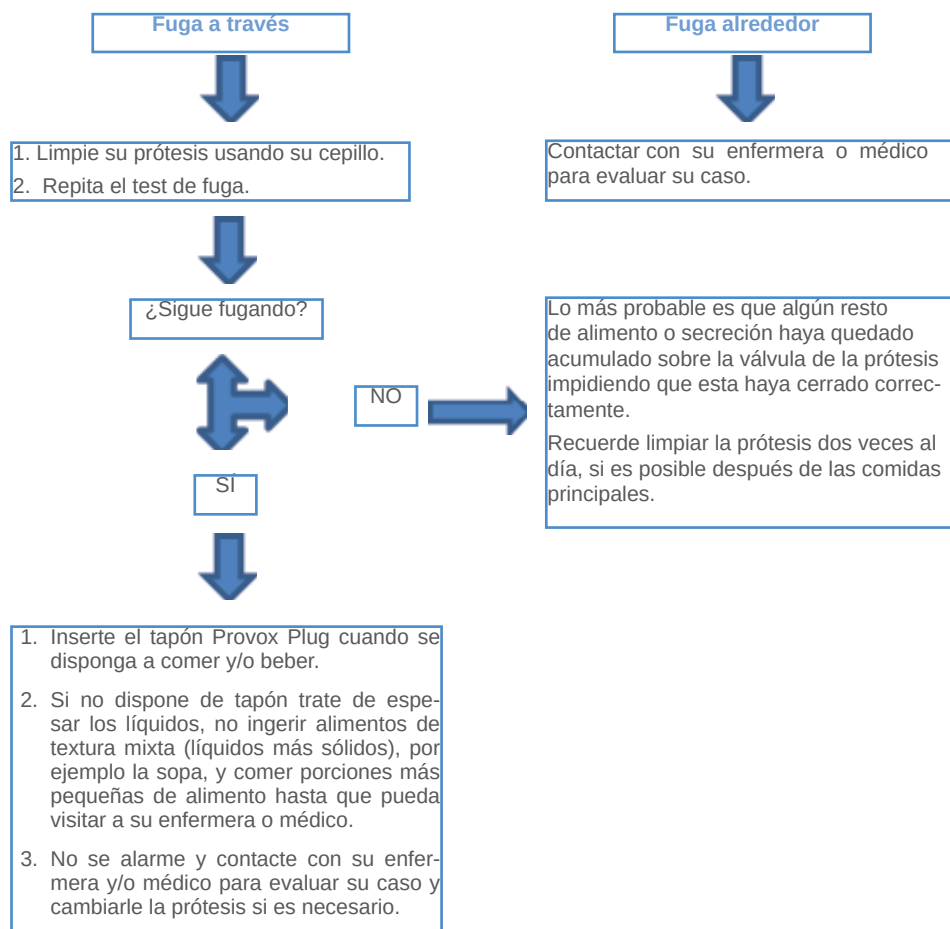
20. Gestión de fugas para el usuario de prótesis de voz.

1. Colóquese frente a un espejo con buena luz para poder observar su prótesis de voz.
2. Beba un sorbo pequeño de agua.
3. Verifique si parte del agua que acaba de ingerir sale a través de su prótesis o bien alrededor de la misma.



TEST DE FUGA

1. Colóquese frente a un espejo con buena luz para poder observar su prótesis de voz.
2. Beba un sorbo pequeño de agua.
3. Verifique si parte del agua que acaba de ingerir sale a través de su prótesis o bien alrededor de la misma.



21. ¿Debo seguir alguna dieta especial?

La dieta debe ser normal, rica en fibra y variada bebiendo abundantes líquidos evitando así el estreñimiento. Si padece alguna enfermedad tendrá que llevar el tipo de dieta indicado por su médico y/o enfermera (diabetes, hipertensión, colesterol, etc.).

Tenga en cuenta que el olfato y el gusto pueden verse disminuidos tras la cirugía. Se recomienda no tomar alcohol ni productos a la brasa o ahumados.

No tendrá problemas de atragantamiento. Muy importante: si por el estoma sale alimento no siga comiendo, acuda a la CELТ y consulte con su enfermera.

22. Soy portador de sonda de gastrostomía (PEG) ¿Qué debo saber?

Con esta sonda usted podrá alimentarse ya que la sonda PEG entra directamente al estómago y por ella pasará el alimento. Deberá seguir la pauta recomendada prescrita por la enfermera de la Unidad de Nutrición en cuanto a tomas, duración e hidratación y limpieza de la sonda.

La gastrostomía se considera madura y cicatrizada transcurridos unos catorce días desde su colocación. La limpieza del estoma se realizará diariamente con agua y jabón neutro con movimientos circulares desde el estoma hacia fuera; girar la sonda en el sentido de las agujas del reloj y hacia arriba y hacia abajo para favorecer la tunelización (Figura 250). Si se obstruye la sonda se deberá pasar agua templada con la jeringuilla y si no se consigue hacerlo con zumo de piña o bebidas de cola. La medicación se administrará por la sonda y su enfermera de nutrición le dará las pautas de cómo administrarla.



Figura 250. Cuidados de sondas NG y PEG.

23. Tengo dificultad en la evacuación intestinal ¿qué puedo hacer?

Es muy común que desde su operación de laringuectomía total tenga más dificultad a la hora de evacuar pues la función esfinteriana (para hacer esfuerzos) desaparece desde ese momento. Además de llevar una dieta rica en fibra, beber abundantes líquidos y hacer ejercicio, vamos a enseñarle una técnica para evacuar:

- Respirar profundamente
- Obturar el estoma.
- Empujar con el abdomen durante cinco segundos.
- Soltar y oxigenar durante un minuto.
- Repetir sin forzar.

24. Tengo dificultad para dormir ¿cómo podría solucionarlo?

Es muy común que las personas que como usted son portadores de cánula tengan miedo a la hora de dormir por si se produce un tapón de moco, tos intensa o continua que le produzca asfixia (miedo a morir asfixiado) dificultando el descanso nocturno. Algunas recomendaciones son las siguientes:

- Se aconseja tener una cierta actividad física diaria.
- Mantener la habitación ventilada a una temperatura adecuada sin exceso frío o calor antes de acostarse.
- Tener la cama incorporada para respirar mejor. También es bueno poner una almohada bajo el colchón.
- Crear un ambiente húmedo y tranquilo.
- Mantener despejadas las vías aéreas recomendándose el cuidado de la cánula antes de acostarse.
- Estar bien hidratado.
- Darse una ducha antes de acostarse si eso le relaja.
- Controlar el dolor tomando la medicación prescrita por su médico.

25. Voy a recibir tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia ¿qué debo saber?

Las enfermeras de estos servicios le explicarán el tratamiento a seguir, sus posibles efectos secundarios y cómo solucionarlos. Piense que con este tratamiento va a terminar de curar su enfermedad por lo que debe acudir con optimismo y sin rechazos.

Si va a recibir radioterapia es importante que visite a su dentista antes de que comience el tratamiento para que le haga una valoración y si requiriese alguna intervención dental que la termine antes de comenzar con la radioterapia porque no podrá hacerse ninguna extracción hasta pasado un año como mínimo tras finalizar el tratamiento.

También es importante el cuidado de la piel y del estoma manteniéndolo limpio e hidratado con la crema específica que le haya indicado su enfermera de radioterapia.

Acudirá al tratamiento de radioterapia con la piel limpia y sin haberse aplicado crema al menos desde dos horas antes. Se recomienda aplicarse la crema tras recibir la radioterapia para evitar quemaduras.

En el caso de recibir tratamiento con quimioterapia, su enfermera de oncología médica le entregará un tríptico con todos los cuidados que debe tener en cuenta (ver Tema 30).

26. ¿Cómo será mi vida social a partir de ahora?

Al principio la relación con los demás puede ser difícil. No se aisle aunque no pueda mantener una conversación; utilice otros métodos: gestos, escritura, móvil, etc.

Cambiará su modo de bostezar, toser, estornudar. Para sonarse tendrá que hacerlo por el estoma y tendrá que hacerlo con naturalidad y con una cierta discreción.

Tenga en cuenta que el olfato y el gusto tras la operación pueden quedar disminuidos por lo que se aconseja que si vive solo ponga en casa un detector de gases y humos por si hubiera alguna fuga para evitar accidentes.

Se aconseja realizar ejercicios suaves con el cuello y hombros (ver tabla de ejercicios en punto 29).

En situación de emergencia recuerde que no podrá gritar teniendo que llamar la atención de otro modo, como por ejemplo hacer palmas. Puede hacerse una identificación (tarjeta, carnet, pulsera, etc.) donde diga que usted solo respira por el estoma y no puede hablar.

Es muy importante ante los demás que tenga unos buenos hábitos de higiene. Que al toser o hablar no moleste a otras personas. Utilice filtros HME o en su defecto, emplee pañuelos específicos para tapar la cánula o estoma y proteger su respiración y mejorar así su imagen.

Se aconseja que esté en contacto con otras personas que tengan problemas similares como Asociaciones de Laringectomizados y Traqueotomizados (Asociación Traqueo-Laringectomizados Pedro Torralba de Cartagena –A.T-L.CT- Teléfonos: 620308117, 968518869, correo electrónico: nuevavoz.ct@hotmail.com).

Incorpórese a sus clases de logopedia y al taller de logopedia lo antes posible. Su enfermera de la CELT le facilitará los horarios y el lugar de las clases.

También está disponible un Taller de Familiares (Teléfono de contacto: Asunción Serna: 600 04 39 83) para que sus cuidadores puedan compartir sus vivencias y recibir apoyo para la nueva situación familiar.

- Debe continuar con su vida social cuidando su imagen y manteniendo unas medidas de higiene normales.
- Evitar deportes acuáticos y de esfuerzo. Se recomienda caminar y bailar.
- No fumar ni beber alcohol.
- Procurar estar en ambientes húmedos sin humos.
- Aceptar su enfermedad y su nueva imagen.
- Utilizar pañuelos para protegerse y como complemento de su ropa.
- Procurar no ponerse nervioso si tiene dificultad para hablar.
- No existe ningún problema para mantener relaciones sexuales (tenga en cuenta que pueden aumentar las secreciones bronquiales y el ruido respiratorio).
- En función del trabajo que realice podrá reincorporarse a éste.
- Es importante que se relacione con sus amigos, compañeros y familiares.
- Salga a la calle y haga su vida habitual.

27. ¿Cómo serán a partir de ahora mis cuidados personales?

- Debe ducharse o bañarse a diario evitando siempre que el agua le llegue al estoma. Se aconseja mejor ducha que baño (para evitar la entrada de agua durante la ducha incline la cabeza mirando al suelo).

- Debe tener precaución para que no entre jabón o espuma por el estoma, y durante el afeitado deberá controlar que no penetren ni pelos ni perfumes en él. Se recomienda afeitarse con maquinilla eléctrica.
- No olvide la higiene de las fosas nasales y de la boca al menos después de las comidas principales. Realizar visitas periódicas al dentista.
- Recuerde lavarse las manos antes y después de sus cuidados de la cánula y del estoma.
- Podrá vestir como siempre teniendo en cuenta que las camisetas, camisas, jerséis, corbatas y pañuelos no le opriman en la zona del estoma.
- Preparar y llevar siempre consigo un kit de limpieza (Figura 251 y 252) formado por: un cepillo, monodosis de suero fisiológico, pañuelos o gasas, un espejo, filtro HME y adhesivos.
- Actualmente la empresa suministradora del filtro HME dispone de un Kit especial de limpieza en un formato que permite utilizarlo para salidas y viajes.

28. Consejos prácticos de convivencia para la familia y amigos

- Dejarle hablar sin interrupciones y pedirle que repita cuando no se le entiende.
- Mantener un nivel de voz normal, sin hablarle en voz alta.
- Emocionalmente está más susceptible por lo que no hay que irritarle.
- Dejar que exprese sus sentimientos e incluso sus enfados, buscando el momento oportuno para responderle.
- Respetar sus ritmos sin compadecerse de su situación.
- Fomentar su autonomía y no convertirlo en un inválido.



Figura 251.
Kit de limpieza.



Figura 252. Componentes del kit de limpieza.



Figura 253.
kit de viaje.

- Encontrar fórmulas para darle sentido a su nueva vida centrándose en el presente.
- Animarle a salir a la calle.
- No evitar conversar con el paciente, mantener la relación con él sin miedo a la dificultad en la comunicación.

A nivel social, una vez dado de alta el paciente, podrá solicitar valoración de minusvalía en el Centro correspondiente del Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), Alameda de San Antón, nº 29 de Cartagena, 30205, teléfono de contacto: 968 53 43 38. Para ello tendrá que dirigirse a dicho organismo aportando sus informes médicos. Una vez calificado el grado de minusvalía se le informará y orientará sobre los recursos y prestaciones a los que pueda acceder. Así mismo, el paciente podrá acudir a consulta del trabajador social de los Servicios Sociales municipales o de Atención Primaria de Salud para valorar apoyos en su entorno domiciliario.

29. Recomendaciones del Fisioterapeuta al alta hospitalaria:

Ejercicios para la columna cervical y el hombro (Figuras 254-255):

Debido a la operación, al vendaje que posteriormente se coloca en el cuello y a otros tratamientos, es muy posible que tenga dificultad para mover correctamente el cuello o los hombros.

Es por ello que debe realizar unos ejercicios sencillos, tal y como el fisioterapeuta le habrá explicado en el hospital, al menos 10 repeticiones cada uno, una vez al día:

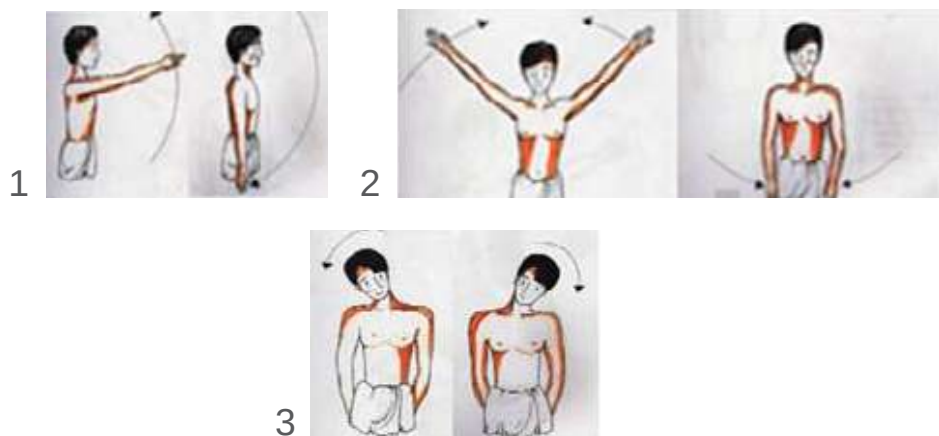


Figura 254. Ejercicios para el cuello

4. Levantar los brazos hasta la altura de los hombros y volver a la posición inicial.
5. Levantar los brazos lateralmente con suavidad y volver a la posición inicial.
6. Inclinar la cabeza hacia la derecha y la izquierda suavemente, siempre con la mirada hacia el frente.



Figura 255. Ejercicios para los hombros.

7. Flexionar la cabeza buscando tocar el pecho con la barbilla, suave y sin producir dolor, volver a la posición inicial.
8. Elevar los hombros sin mover la cabeza y volver a la posición inicial.
9. Girar la cabeza suave hacia la derecha y la izquierda, despacio sin producir dolor.

PRIMEROS AUXILIOS EN EL PACIENTE CON LARINGUECTOMÍA TOTAL O TRAQUEOSTOMÍA

Método de actuación en caso de parada cardiorespiratoria:

En el caso de que observemos que una persona laringuectomizada se encuentra en mal estado o tiene problemas respiratorios deberemos:

- Comprobar su estado de consciencia (agitándola suavemente por los hombros). En caso de que no responda (inconsciente), comprobaremos su respiración y para ello:
 - ♦ Aflojaremos o quitaremos cuanto ropa pueda entorpecer, dejando pecho y cuello al descubierto.
 - ♦ Quitar todo cuanto tape el orificio del cuello: baberos, pañuelos, medallas, collares, etc.
 - ♦ Comprobaremos si respira colocando nuestro oído a la altura del orificio del cuello (estoma) para oír y sentir el paso del aire, mirando al pecho para ver si éste se eleva o no (Figura 256).

- ♦ Retiraremos, si la lleva, la cánula externa y lo dejaremos sin cánula.
- ♦ Colocar la cabeza horizontal sin utilizar la técnica de hiperextensión (cabeza hacia atrás) (Figura 257).



Figura 256. Comprobar si respira (Oído-Estoma) a través del estoma.



Figura 257. Cabeza horizontal sin hiperextensión.

- Si respira la colocaremos en posición lateral de seguridad (de lado). Si no respira, la colocaremos sobre una superficie dura e iniciaremos inmediatamente la reanimación cardiopulmonar (en un adulto: 30 compresiones y dos insuflaciones de aire, hasta llegar al menos a 100-120 compresiones por minuto en un adulto, deprimiendo el pecho entre 5-6 cms y permitiendo el completo retroceso del tórax) que es idéntica a la que se le realiza a cualquier persona (Figura 258), excepto que en el caso de la respiración, ésta se suministra a través del estoma (boca-estoma) colocando la boca y los labios firmemente alrededor de la cánula (Figura 259).



Figura 258. Iniciaremos masaje cardiaco y respiraciones boca-estoma.



Figura 259. Iniciaremos respiración boca-a-cuello.

- En caso de disponer de una bolsa autoinflable o algún método de barrera que se adapte al estoma o cánula (máscarilla, protector, etc.), utilícelo para dar las insuflaciones (Figura 260).



Figura 260. Mascarilla pediátrica conectada a bolsa autoinflable aplicada a traqueostoma permanente sin cánula.

- El tiempo, forma y ritmo de este suministro de aire a los pulmones se hará siguiendo la técnica habitual de respiración boca-a-boca alternando con las compresiones (30 compresiones, 2 insuflaciones), insuflando aire durante 1 segundo.

En caso de incendio

- La víctima laringectomizada tiene un tratamiento especial en caso de incendio: hay que cubrir con un pañuelo húmedo el orificio del cuello (estoma) pero sin cegar lo para dejar que respire.
- En caso de administración de oxígeno con mascarilla, ésta ha de colocarse en el orificio del cuello.
- Si la víctima está en llamas no dirigir ni chorro de extintor ni agua hacia la zona del cuello porque la entrada de agua o líquido puede ser mortal.
- En caso de vómitos, no solo girar la cabeza sino todo el cuerpo ya que si giramos solo la cabeza podemos extrangular el estoma y la persona puede dejar de respirar.

RECUERDE QUE ES MUY IMPORTANTE:

- Una dieta variada.
- Una buena hidratación.

- Boca sana.
- No alcohol.
- No tabaco.
- Ejercicio.
- Buen descanso.
- Para respirar y hablar bien es siempre imprescindible tener siempre muy limpio es estoma y no aguantar la mucosidad.
- Ante un repentino golpe de tos hacer pequeñas degluciones y respiraciones suaves hasta que se suavice.
- Disponer siempre de un kit de limpieza.

TELÉFONOS QUE PUEDEN SER DE SU INTERÉS:

- Consulta de Enfermería (CELT) Hospital: 968 12 86 02 (Extensión: 95 12 55).
- Urgencias y Emergencias: 112.
- Taller de Familiares (Teléfono de contacto: D^a Asunción Serna: 600043983).
- Sede de la AECC en la calle Trafalgar nº 16 de Cartagena (Teléfonos de contacto: 968 12 08 80, 968 52 30 69. Fax: 968 12 08 80. Correo electrónico: cartagena@aecc.es).
- Asociaciones de Laringectomizados y Traqueotomizados (Asociación Traqueo-Laringectomizados Pedro Torralba de Cartagena –A.T-L.CT- Teléfonos de contacto: 620308117, 968518869, correo electrónico: nuevavoz.ct@hotmail.com).
- Instituto Murciano de Acción Social (IMAS), Alameda de San Antón, nº29 de Cartagena, 30205. Teléfono de contacto: 968 53 43 38. Fax: 968 31 47 57.

4^a PARTE

Cuidados del equipo
multidisciplinar en el
paciente con cáncer de
laringe

Capítulo 25

Quirófano y reanimación

Caridad Fandiño Navarro
Diego Sánchez Fandiño
José Antonio Subiela García

1. INTRODUCCIÓN

Partiendo de la idea fundamental de que todo el equipo sanitario persigue la recuperación óptima de la salud del paciente, se considera que:

«La meta común del equipo quirúrgico es la eficiencia y eficacia en la atención al enfermo individual para aliviar su sufrimiento, restablecer su estructura y funciones corporales y lograr un resultado postoperatorio favorable, contribuyendo a la salud óptima del paciente y su regreso a la sociedad o la muerte con dignidad».



Foto 261. Imagen del Quirófano de ORL.

2. FUNCIONES DEL ENFERMERO DE QUIRÓFANO EN ORL

Previo a la recepción del paciente, el enfermero debe conocer la programación quirúrgica (obtenida a través de Selene®), para lo cual dispondrá del parte diario de quirófano con la siguiente información:

- Nombre del enfermo y nº de historia clínica.
- Especialidad y quirófano asignado.
- Nombre de la Intervención Quirúrgica.
- Nombre del Anestesista y Cirujano.

Éste deberá verificar los datos personales y quirúrgicos de cada paciente, comprobar si están ingresados en el hospital o son pacientes de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) (Ver Figura 262) o Cirugía Menor (CM). Además deberá cono-

cer el orden de las intervenciones programadas y coordinar su entrada en cada quirófano.



Figura 262. CMA.

A la recepción del paciente, en la sala de premedicación (ver Figura 263), el enfermero de quirófano deberá identificarse indicando su nombre y categoría profesional. Tendrá además que:

- Evaluar el nivel de conciencia (mediante la escala de Glasgow).
- Verificar la identidad del paciente.
- Verificar tipo de intervención y lugar anatómico.
- Cuidar que el traslado de la cama a la camilla de quirófano se realiza de forma adecuada.
- Chequear la Historia Clínica y asegurarse de los consentimientos tanto de anestesia como de la propia intervención están firmados.
- Revisar pruebas diagnósticas (analíticas, RX, etc.).
- Comprobar posibles alergias medicamentosas o de otra índole.
- Realizar una primera toma de constantes (TA, FC, FR, T^a, SAT O₂).
- Comprobar la permeabilidad de las vías venosa y en su defecto proceder a su canalización.

- Administrar profilaxis antibiótica cuando se requiera.
- Revisar la parte del cuerpo del paciente donde se va a realizar la intervención, comprobando la preparación quirúrgica de la zona a intervenir (rasurado si precisa, retirada de vendajes, etc.)
- Registrar todo lo realizado en el formulario de enfermería, en la hoja de acogida y en los formularios correspondientes localizados en Selene.
- Informar al paciente de todo lo que se le va a realizar durante su estancia en el área quirúrgica.
- Permanecer en todo momento pendiente de las necesidades del enfermo, tanto físicas como psicológicas.



Figura 263. Sala de premedicación.

Estos pacientes se trasladaran desde la sala de premedicación al quirófano de ORL (Ver figura 264) donde se les realizará las intervenciones que les correspondan en cada caso y que pueden tener distintos fines: diagnosticas (p. ej.: biopsias), curativas o paliativas.



Figura 264. Colocación del paciente en el quirófano de ORL.

3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL QUIRÓFANO

De forma general podemos afirmar que los cuidados de enfermería son muy similares en casi todas las intervenciones. Estos cuidados según en el momento en que se prestan se clasifican en:

– Cuidados preoperatorios:

- ♦ Recepción e identificación del paciente (ver Figura 265)
- ♦ Hablar con el paciente con el fin de disminuir la ansiedad y temor proporcionando:
 - Apoyo emocional
 - Presencia
 - Contacto
- ♦ Explicar procedimiento de la intervención y el propósito de la misma.
- ♦ Colocar sonda vesical cuando proceda.
- ♦ Chequear precauciones quirúrgicas (posición cómoda del paciente, prevenir accidentes, colocación de derivación el lugar adecuado, etc.).

- ♦ Verificar profilaxis quirúrgica (si la tiene prescrita).
- ♦ Proporcionarle seguridad y bienestar.
- Cuidados intraoperatorios:



Figura 265. Recepción e identificación del paciente.

- ♦ Relacionados con la anestesia:
 - Precauciones para evitar la aspiración (p. ej.: no presionar nunca el abdomen).
 - Manejo del dolor, observando claves no verbales de molestias ya que estos pacientes tienen dificultad para comunicarse verbalmente.
 - Administración de oxígeno si procede.
- ♦ Preparación del campo quirúrgico (pintado con povidona yodada).
- ♦ Precauciones con el láser (utilizaremos gafas de seguridad y mascarillas para los sanitarios y el paciente llevará los ojos protegidos con gasas húmedas con SSF).
- ♦ Colocación del rodete o donuts y del rodillo (ver Figura 266).
- ♦ Prevención y control de infección intraoperatoria.

- ♦ Regulación y control de la temperatura corporal.
- ♦ Prevención de caídas.
- ♦ Recepción y manejo de muestras para laboratorio y/o anatomía patológica (contenedores adecuados, etiquetado, formularios, etc.).
- ♦ En laringoscopia directa en suspensión:
 - Protección dental.
 - Cambio de posición intraoperatoria.



Figura 266. Rodete o "donuts" y rodillo.

- Cuidados post-intervención inmediatos:
 - ♦ Retirar rodillo.
 - ♦ Cuidados post anestesia (extubación, valoración del nivel de conciencia, presencia de náuseas y/o vómitos, laringo/brocoespasmos, etc.).
 - ♦ Precauciones para evitar la aspiración.
 - ♦ Cuidados del sitio de la incisión:

- Limpiar zona con solución antiséptica adecuada.
 - Mantener la posición de la cánula de traqueotomía.
 - Aplicar apósitos y vendaje adecuado.
 - ◆ Fijar la sonda de alimentación (si procede) con punto de seda y esparadrapo.
 - ◆ Poner doble almohada (si procede) para evitar la hiperextensión del cuello.
 - ◆ Control de temperatura corporal, cubriendo al paciente para su traslado.
 - ◆ Pasar al paciente a una camilla para posteriormente pasarlo a la cama.
 - ◆ Permanecer junto al paciente hasta su salida de quirófano.
 - ◆ Acompañar al paciente a reanimación.
 - ◆ En laringoscopia directa en suspensión (LDS) y Cirugía Endoscópica Laríngea Funcional (CELF):
 - Limpieza de boca del paciente (clorhexidina diluida con una gasa).
 - Vigilar hemorragia.
 - Vigilar espasmo de laringe.
 - Recordarle la importancia de NO HABLAR.
- Registros en Selene®:
- ◆ Hoja de enfermería.
 - ◆ Check list de Verificación quirúrgica.

4. RECURSOS MATERIALES SEGÚN LOS TIPOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MÁS FRECUENTES EN ORL

En todos los casos la preparación quirúrgica incluye el rasurado y pintado con Povidona Yodada tipo Betadine® (ver Figura 267) y la posición del paciente para todas las intervenciones de ORL aquí descritas son en decúbito supino con la cabeza en hiperextensión haciendo uso del rodete o “donuts” y del rodillo o “rulo”,

excepto en la CELF que el paciente se coloca en posición de semifowler. Entre las complicaciones más frecuentes en este tipo de intervenciones vamos a encontrar:

- Hemorragia.
- Aspiración de fluidos por vía respiratoria.
- Las derivadas de la anestesia.
- Espasmo de laringe (en LDS y CELF).

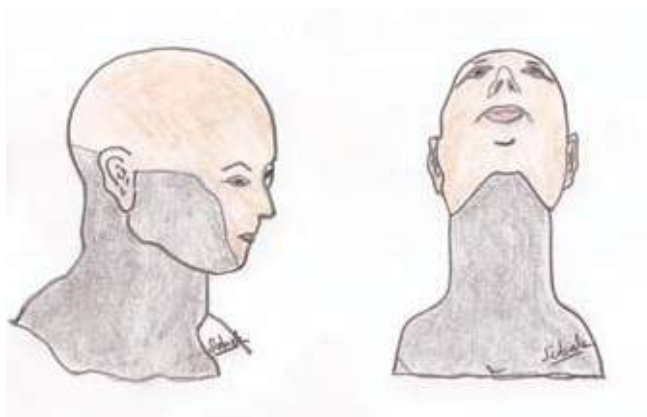


Figura 267. Preparación quirúrgica del paciente.

4.1. Traqueotomía:

Definición: Incisión en la tráquea para solucionar de forma temporal o permanente una obstrucción respiratoria.

RECURSOS MATERIALES (Figura 268)

- | | |
|---|---|
| 1.-Bisturí nº3. Hoja nº 15. | 11.-Pinzas de Kocher rectos s/d. |
| 1.-Bisturí nº4. Hoja nº 20. | 12.-Separador de Farabeuf pequeños. |
| 2.-Pinzas de disección con/sin dientes. | 12.-Separador de Farabeuf grandes. |
| 3.-Tijeras de Mayo recta/curva. | 13.-Bisturí eléctrico. |
| 3.-Tijeras de Metzembraum. | 14.-Goma de aspiración + Yankawer. |
| 4.-Porta agujas Mayo-Hedgar. | 15.-Gasas. |
| 5.-Pinzas Halsted-Mosquito curvo s/d. | 16.-Tetras. |
| 6.-Pinzas Kocher curva s/d. | 17.-Paños. |
| 7.-Espatula de Freer. | 18.-Guantes. |
| 8.-Sonda acanalada. | 19.-Suturas. |
| 9.-Separador Autoestético. | – Vicryl 2/0 curva triangular |
| 10.-Pinzas de Allis. | – Vicryl 1/0 curva triangular |
| | – Seda 2/0 curva triangular |
| | 20.-Batea. |
| | 21.-Cánulas de traqueotomía de los números 7 y 8. |

MESA PARA INTERVENCIÓN DE TRAQUEOTOMÍA



Figura 268

4.2. Laringuectomía total:

Técnica quirúrgica que consiste en la extirpación de la laringe como consecuencia normalmente de un proceso tumoral. La técnica se realiza con anestesia general.

RECURSOS MATERIALES (Figura 269)

1.-Bisturí nº3. Hoja nº 15.	14.-Pinzas Allis.
1.-Bisturí nº4. Hoja nº 20.	15.-Pinzas Kocher recto s/d.
2.-Tijeras de Mayo recta/curva.	16.-Separadores de Farabeuf pequeños.
2.-Tijeras de Metzembaum curvas/rectas.	17.-Separadores de Farabeuf grandes.
3.-Pinzas de disección con/sin dientes.	18.-Cizalla.
3.-Pinza de Adson c/d.	19.-Goma de aspirador + terminal Yankawer .
3.-Pinza de Adson s/d.	20.-Bisturí eléctrico.
3.-Pinza de Adson multidientes.	21.-Paños de campo.
4.-Porta agujas Mayo-Hedgar.	22.-Tetras.
5.-Pinzas Halsted-Mosquito curvo s/d.	23.-Gasas.
5.-Pinzas Halsted-Mosquito recto c/d.	24.-Suturas:
6.-Pinzas Kocher curva s/d.	– Vicryl 2/0 curva triangular
7.-Porta torundas Forester.	– Vicryl 1/0 curva triangular
8.-Pinzas de anillo.	– Seda 2/0 curva triangular
9.-Disector.	– Seda 2/0 recta triangular
10.-Erinas.	– Seda 2/0
11.-Separador Trivalvo Laborde.	– Seda 3/0
12.-Sonda acanalada.	– Seda nº 2
13.-Espátula de Freer.	– Vicryl 3/0 curva
	– Grapadora
	25.-Cánulas de traqueotomía de los números 7 y 8.

MESA PARA INTERVENCIÓN DE LARINGUECTOMÍA



Figura 269

Esta intervención se puede resumir en los siguientes pasos:

1.-Realización de incisión (Figura 270):

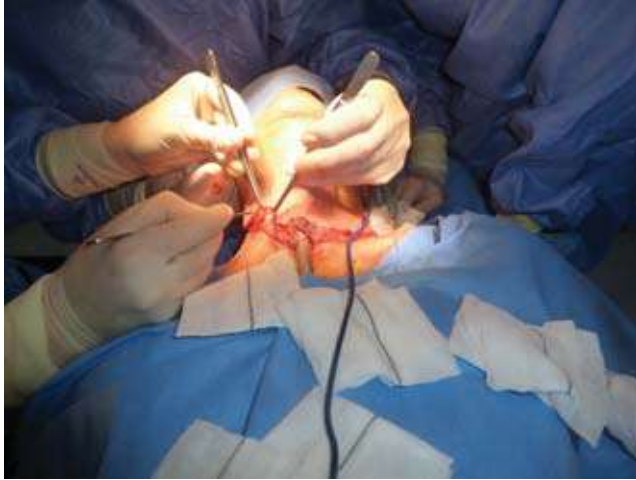


Figura 270.

2.-Realización de colgajo (Figura 271):

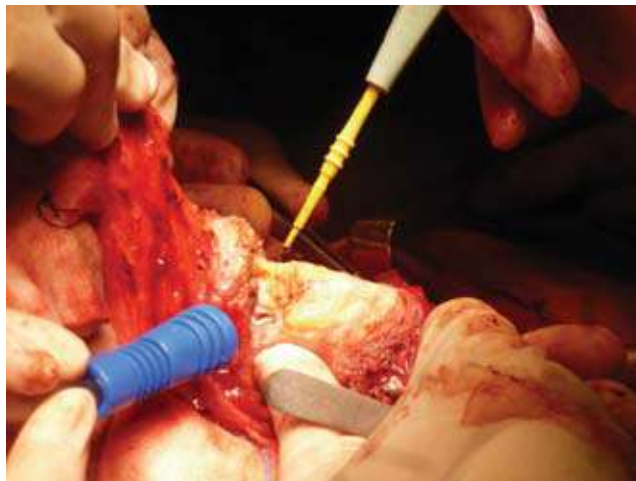


Figura 271.

3.-Vaciamiento ganglionar bilateral (Figuras 272 y 273):

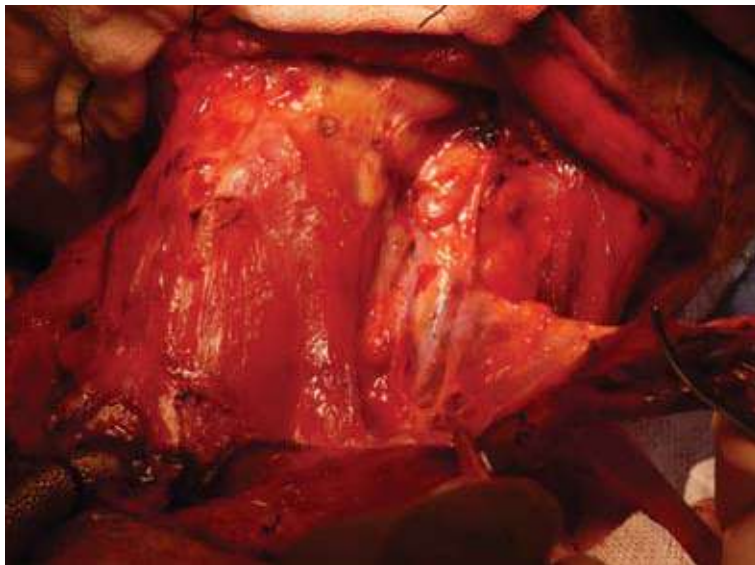


Figura 272.



Figura 273.

4.-Extirpación de laringe (Figura 274):

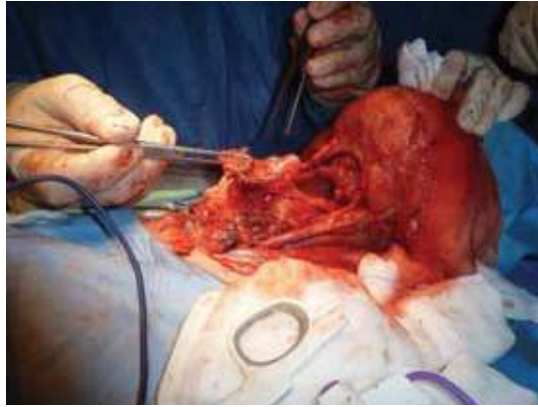


Figura 274.

5.-Abocado de traquea al exterior.

6.-Cierre de drenajes bilaterales.

7.-Inicio de reconstrucción (Figura 275).



Figura 275.

8.-Colocación de cánula y vendaje compresivo (Figura 276).



Figura 276.

4.3. Laringuectomía supraglótica:

Técnica quirúrgica que consiste en la extirpación del vestíbulo laríngeo. Está indicada en neoplasias de la región supraglótica con tal de que no invada las cuerdas de los aritenoides. La técnica se realiza con anestesia general. El protocolo de intervención es el mismo que el descrito para la laringectomía total.

4.4. Cordectomía:

Es la extirpación de una o ambas cuerdas vocales. Está indicada en tumores de cuerda vocal, siempre y cuando ésta conserve su movilidad. La técnica se realiza con anestesia general.

RECURSOS MATERIALES	
Equipo ORL. Caja de LARINGUECTOMIA. Guantes. Batas. Gasas. Tetras. Una batea pequeña. Goma de aspirador. Yankawer Suero de lavado Jeringuilla de 10cc.	Bisturí eléctrico. Hoja de bisturí nº 15 y 20. Cánula de traqueotomía. Venda nº 10. Bisturí bipolar. Ligasure. Motor O.R.L (para abrir cricoides). Suturas: – Vicryl 2/0 curva triangular – Vicryl 1/0 curva triangular – Seda 2/0 curva triangular – Seda 2/0 recta triangular

4.5. Vaciamiento ganglionar cervical:

Es la extirpación de todos los ganglios, afectados o no, de la región lateral del cuello y del resto de órganos.

Puede ser:

- Vaciamiento funcional: extirpamos aponeurosis, tejido celular subcutáneo y ganglios.
- Vaciamiento ganglionar radical: Extirpamos ganglios de yugular, esternocleidomastoideo, aponeurosis, tejido celular, ganglios y glándulas submaxilares excepto carótidas y el vago desde el hueso supraclavicular hasta la mastoides. Es una intervención altamente mutilante.

La técnica se realiza con anestesia general.

RECURSOS MATERIALES	
Equipo ORL. Caja de LARINGUECTOMIA. Guantes. Batas. Gasas. Tetras. Una batea pequeña. Goma de aspirador. Yankawer Suero de lavado Jeringuilla de 10cc. Bisturí eléctrico. Hoja de bisturí nº 15 y 20. Cánulas de traqueotomía de los números 7 y 8. Manta de agujas.	Drenaje redón nº 10. Venda nº 10. Bisturí bipolar. Ligasure. Sutura: – Vicryl 2/0 curva triangular – Vicryl 1/0 curva triangular – Seda 2/0 curva triangular – Seda 2/0 recta triangular – Seda 2/0 – Seda 3/0 – Seda nº 2 – Vicryl 3/0 curva – Grapadora.

4.6. Laringoscopia directa en suspensión (microcirugía endolaríngea):

Consiste en la visualización de la laringe mediante una espátula o endoscopio desplazando la epiglótis hacia delante (Figura 277). La técnica quirúrgica se puede realizar bien con cirugía convencional o con Laser. Puede ser:

- Terapéutico: Extirpar lesiones, mejorar síntomas (papilomas, nódulos de cuerdas, vocales, edema de Reinke).

- Diagnóstico: Realización de biopsia (neoplasia de laringe o exploración laríngea).

La técnica se realiza con anestesia general y en el caso de emplear el láser (Figura 278) será necesaria la protección ocular del paciente.



Figura 277. Posición del paciente durante técnica de LDS.



Figura 278. Equipo Láser y aspirador.

RECURSOS MATERIALES (Figura 279)

- 1.-Espátulas de Kleinsasser (de mayor a menor).
- 2.-Portalarinoscopio y apoyo torácico.
- 3.-Bisturí de Kleinsasser.
- 4.-Tubo aspirador coagulador.
- 4.-Tubo aspiradores (de distinto grosor).
- 5.-Pinzas de Kleinsasser triangulares (derecha e izquierda).
- 5.-Pinzas de Kleinsasser de cuchara (recta y acodada hacia arriba).
- 6.-Tijeras de Kleinsasser (recta y acodada hacia arriba).
- 7.-Luz fría.
- 8.-Cable de luz fría.

- 9.-Goma de aspirador.
- 10.-Bisturí eléctrico.
- 11.-Paños.
- 12.-Gasas y tetras.

En el caso de emplear la TECNICA LASER además de lo anterior será necesario:

- Dispositivo laser para el microscopio.
- Gafas de protección individual.
- Laser de carbono.
- Caja de laser.
- Tubo de anestesia específico.
- Aspirador de humos para laser.

MESA PARA INTERVENCIÓN DE LARINGOSCOPIA DIRECTA EN SUSPENSIÓN (LDS)

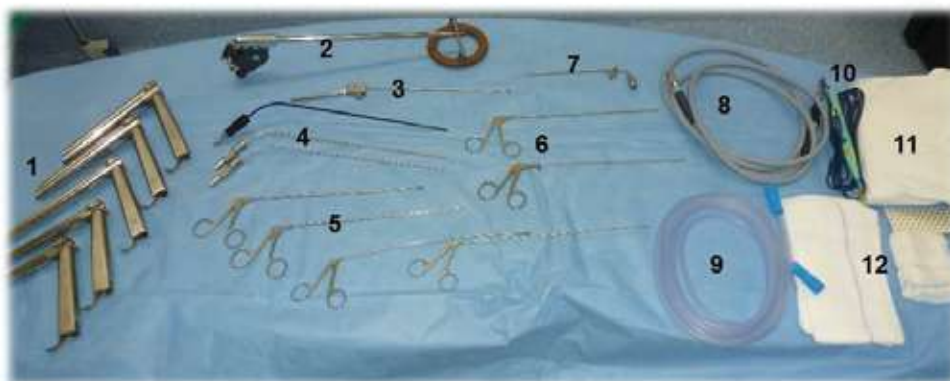


Figura 279.

4.7. Cirugía Endoscópica Laríngea Funcional (C.E.L.F.):

Consiste en la visualización de la laringe mediante fibroscopio flexible (Figura 280) y con canal de trabajo. Puede ser:

- Terapéutica: Con el fin de extirpar lesiones, mejorar síntomas (papilomas, nódulos de cuerdas, vocales).
- Diagnóstica: Realización de biopsia (neoplasia de laringe o exploración laríngea).

La técnica se realiza con anestesia local.



Figura 280. Fibroscopio y torre.



Figura 281. Otorrinos durante la realización de la técnica CELF.

RECURSOS MATERIALES (Figura 282)

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 1.-Rinoscopio. | 7.-Jeringas con anestesia tópica. |
| 2.-Pinza de nariz. | 8.-Lentinas grandes |
| 3.-Pinza de cazoleta del fibroscopio. | 9.-Gasas. |
| 4.-Batea pequeña. | 10.-Tetras. |
| 5.-Batea grande. | Bolsa de agua de 3 litros. |
| 6.-Riñonera. | Sistema de irrigación. |
| | Bañera con líquido esporicida. |

MESA PARA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA LARÍNGEA FUNCIONAL (CETF)



Figura 282.

5. REANIMACIÓN

5.1. Introducción:

El traslado del paciente recién intervenido del quirófano a la sala de reanimación es responsabilidad del anestesista y la enfermera de quirófano ayudados por el celador. La enfermera de quirófano dará un relevo verbal a la enfermera de reanimación, indicándole edad, tipo de intervención realizada, tipo de anestesia, medicación e incidencias durante la intervención, drenajes, vías venosas disponibles, etc. Si no existen complicaciones en el caso de las laringectomías totales/parciales y cordectomías, el paciente permanecerá en Reanimación durante al menos 24 horas. En el resto de intervenciones el periodo de estancia en la Reanimación dependerá de la evolución del paciente.

La enfermera que recibe al paciente en reanimación debe efectuar la siguiente revisión:

1. Estado general del sujeto y control de constantes: vía aérea, tensión arterial, frecuencia cardíaca, respiración (frecuencia y tipo), temperatura, etc.
2. Tipo de intervención realizada.
3. Tipo de anestesia usada: Epidural, general, plexo, etc. Problemas durante la intervención.
4. Tubos, drenajes, catéteres, sondas que trae el paciente, junto con su localización.
5. Identificar posibles complicaciones.

6. Signos y síntomas que procede vigilar.
7. Directivas postoperatorias inmediatas pautadas por el especialista en ORL.

5.2. Objetivos de la asistencia de la enfermera de reanimación:

- Ayudar al paciente a recuperar la función normal con la mayor rapidez, seguridad y comodidad posibles.
- Ayudar al paciente a conservar una función respiratoria óptima.

5.3. Riesgos post-operatorios:

La anoxia es uno de los principales riesgos postoperatorios. Las causas más comunes de problemas respiratorios son:

1. Relajación de la musculatura de la lengua que oprime la pared posterior de la faringe.
2. Presencia de secreciones en cavidad bucal: sangre, vómito.
3. Laringoespasmo.

5.4. Cuidados de enfermería en reanimación:

Entre los cuidados de enfermería inmediatos tras la intervención una vez llegados a la reanimación, el personal de enfermería deberá:

- Poner la cabeza en hiperextensión (sino está contraindicado como por ejemplo en la laringectomías totales/parciales).
- Vigilar cánula orofaríngea (si la lleva) y realizar aspiración cuando precise.
- Proporcionar oxigenoterapia.
- Proporcionar fisioterapia respiratoria cuando proceda.
- Valorar el estado cardiovascular y corregir cualquier posible desviación.
- Control de constantes de forma periódica (Figuras 283 y 284).
- Observación de la coloración de la piel, etc.

- Promover la comodidad y seguridad del paciente.
- Comprobar que las barandillas de la cama están subidas.
- Vigilar hipotermia.
- Realizar cambios posturales.
- Vigilancia de dolor, inquietud, o molestia. Administrar pauta de analgesia prescrita.
- Vigilar drenajes: Medición y características.
- Control de las secreciones.
- Controlar diuresis.
- Inspeccionar los apósitos periódicamente.
- Registrar en Selene todas las intervenciones realizadas así como las incidencias.



Figura 283. Realización del control de constantes del paciente en la reanimación.



Figura 284. Sistemas de control de monitorización del paciente en la reanimación.

Capítulo 26

Cuidados en la Unidad de Hospitalización

Francisca Marín Hernández

Rosa Clavel Cerón

Inés Ros Martínez

Mercedes Sánchez Clavel

1. INTRODUCCIÓN

Previo a la intervención, el paciente ya ha sido valorado en la CELT y desde ahí se han gestionado todas las interconsultas y pruebas necesarias para llegar al día de la operación en las mejores condiciones físicas y psíquicas posibles.

En la analítica del preoperatorio, además de los parámetros habituales se van a solicitar también los necesarios para una valoración nutricional adecuada. Este control debe realizarse como mínimo diez días antes de la fecha de la intervención para que, en caso de necesitar tratamiento, desde la consulta de nutrición se prescriba el que se considere más efectivo.

Si la intervención programada es una Laringuectomía total, desde la CELT se realizará también una interconsulta al servicio de rehabilitación, donde el fisioterapeuta, tras su valoración, le enseñará aquellos ejercicios que le favorecerán la movilidad de los miembros superiores los cuales tras la cirugía suelen quedar afectados. Si hablamos de una Laringuectomía parcial (Laringuectomía supra-glótica) el fisioterapeuta le enseñará, ante la disfagia que suele asociarse a este tipo de intervención, los ejercicios para mejorar la deglución.

Si tras la valoración descubrimos que el paciente tiene algún hábito tóxico (alcohol, y/o tabaco son los más frecuentes) pediremos al facultativo responsable que prescriba el tratamiento oportuno para evitar las consecuencias que se derivan del síndrome de dependencia.

Si la valoración psicológica es positiva será valorado también, por medio de una interconsulta, por la psicóloga clínica.

En resumen, desde la CELT se coordinará todo el proceso y se contactará con todo el personal necesario del equipo multidisciplinar con el objetivo, como comentamos al principio, de que el paciente llegue en las mejores condiciones de salud a la intervención.

Actualmente, en nuestro medio, el paciente ingresa el mismo día de la intervención en la unidad de preanestesia donde es recibido por las enfermeras del Quirófano de ORL (ver tema 25). Tras la intervención, el paciente pasará, por protocolo, al menos 24 horas en reanimación y posteriormente será llevado a la unidad de hospitalización donde, de forma habitual, se le adjudicará una habitación individual por la necesidad de los cuidados que se derivan de su proceso.

2. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA AL INGRESO

Previo al ingreso y una vez que se conoce el número de habitación donde va a ir ingresado el paciente, el personal de enfermería de la unidad deberá acondicionar, preparar y comprobar el correcto funcionamiento del material necesario para atender de forma adecuada a estos pacientes. Los pasos a seguir son los siguientes:

1º.- Preparación de la habitación: La habitación deberá disponer del siguiente equipamiento y material:

- Humidificador.
- Aspirador.
- Sondas de aspiración.
- Guantes.
- Toma de O₂.
- Mascarilla para traqueostomizados.
- Jeringuillas precargadas con suero salino fisiológico.
- Celulosa.
- Pizarra.
- Hoja con Pictogramas.
- Material para la limpieza de la cánula.
- Una cánula de las mismas características que la que lleve el paciente.

2º.- Acogida del paciente tras la intervención: A la llegada del paciente la enfermera y auxiliar de enfermería responsables deberán:

- Realizar la toma de constantes (tensión arterial, pulso, temperatura y saturación de oxígeno).
- Comprobar:
 - ♦ Permeabilidad de la cánula.
 - ♦ Que lleva colocada la cánula interna.
 - ♦ Desconectar oxígeno si no está prescrito en tratamiento, ya que reseca más el aire que se introduce en los pulmones y favorece formación de tapones mucosos.
 - ♦ La presión del neumotaponamiento (balón) de la cánula y si no lo precisa, mantenerlo desinflado.
 - ♦ El vendaje.

- ♦ La permeabilidad de los drenajes.
- ♦ La fijación y permeabilidad de la sonda nasogástrica o PEG.
- Disponer de una cánula en la habitación del mismo modelo y número por sí precisara un cambio urgente.

3º.-Información al paciente y al cuidador principal:

- La habitación debe permanecer cerrada para favorecer la humidificación ambiental.
- Se enseña a paciente y familiares/acompañantes como retirar la cánula interna en caso de necesidad urgente (por dificultad para respirar o presencia de ruidos respiratorios) y que deben avisar rápidamente a su enfermero/a.
- Debe avisar al personal de enfermería si la fijación de la sonda no es correcta.
- La alimentación será a través de sonda nasogástrica o PEG (nutrición enteral).
- Es muy importante explicarle que no deben tragar saliva hasta que se le indique para evitar complicaciones (faringostomas).
- Que debe mantener flexionado el cuello y la cabeza y evitar los giros del mismo.
- Mantener la cama a 45 grados.
- Se tienen que ofrecer los medios necesarios para facilitar su comunicación.

3. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN PATRONES DE SALUD

En la unidad de hospitalización se realizará la valoración de los patrones de salud apoyándose en la valoración inicial realizada en la CELT, solo teniendo que modificar, añadir o eliminar aquellos factores en los que se hayan producido cambios tras esta primera valoración. La intervención de enfermería se ha estructurado por patrones de salud (M. Gordon), describiendo en cada uno de ellos los siguientes puntos:

- ¿Qué se valora?
- ¿Cómo se valora?

- Resultados del patrón.
- Intervenciones de enfermería.

Patrón 1: Percepción-Manejo de la salud

¿Qué se valora?:

- Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido.
- Vacunas.
- Alergias.
- Percepción de su salud.
- Conductas saludables: interés y conocimiento.
- Existencia o no de alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento y disposición).
- Existencia o no de hábitos tóxicos.
- Accidentes laborales, tráfico y domésticos.
- Ingresos hospitalarios.
- Riesgo de caídas (mediante valoración de la escala de riesgo J.H.Downton).

¿Cómo se valora?

- Como percibe el individuo la salud y el bienestar.
- Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.
- La adherencia a las prácticas terapéuticas.
- Incluye la valoración de prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones...)

Resultados del patrón:

El patrón está alterado si:

- La persona considera que su salud es pobre, regular o mala.
- Tiene un inadecuado cuidado de su salud.
- Presenta hábitos tóxicos (bebedor, fumador, consumidor de drogas.).
- No tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas.
- No está vacunado.
- La higiene personal o de la vivienda es descuidada.

Intervenciones de enfermería:

Las intervenciones de enfermería en estos pacientes tienen que ir encaminadas a:

- Evitar el síndrome de privación.
- Mantener los buenos hábitos higiénicos adquiridos y educarlo en estos aspectos.
- Cumplir los cuidados que se le indiquen.
- Prevenir las caídas accidentales.

Patrón 2: Nutricional- Metabólico

¿Qué se valora?:

- Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas.
- Horarios de comida.
- Preferencias y suplementos.
- Problemas en su ingesta.
- Altura, peso y temperatura.
- Condiciones de piel, mucosas y membranas.

¿Cómo se valora?:

- Valoración del IMC. (Índice de Masa Corporal)

- Valoración de la alimentación:
 - ♦ Controlando el nº de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas, etc., así como los líquidos recomendados para tomar en el día.
 - ♦ Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y lácteos...
- Valoración de problemas en la boca: Si tiene alteraciones bucales (caries, úlceras, falta de piezas dentales, etc.)
- Valoración de problemas para comer: Dificultades para masticar o tragar (nutrición enteral, PEG).
- Problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis, etc.).
- Nivel de dependencia.
- Inapetencias, aversión a comer.
- Intolerancias alimenticias o alergias.
- Suplementos alimenticios y vitaminas
- Alteraciones de la piel: fragilidad de uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración.
- Lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, nevus, verrugas, patología de las uñas, etc.
- Riesgo de UPP (Escala de Braden). Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente. Un puntaje menor o igual a 16 implica riesgo de desarrollar úlceras por presión, se utilizó este punto de corte ya que es lo que se describe por los autores de la escala para su utilización.
- Escala de cribado nutricional. En este caso para la valoración se emplea la “Nutrition Risk Screening” (NRS 2002) que es un método de cribado simple que consta de 4 preguntas sencillas: ¿Es el BMI < 20,5?, ¿La ingesta se ha reducido durante la última semana?, ¿Ha perdido peso? Y ¿Está el paciente severamente enfermo? Si la respuesta es afirmativa a alguna de las preguntas, se debe realizar el cribado formal completo que valora además del IMC y el tanto por ciento de pérdida de peso en un tiempo determinado, la ingesta de comida y puntúa en función de las enfermedades y la edad. Si el paciente tiene un NRS final < 3 al ingreso, se debe considerar si hay posibilidades de que sea > 3 en un futuro próximo (p.e. Intervención

quirúrgica abdominal mayor programada). En el resto de pacientes con valores < 3 se recomienda repetir el método de cribado de forma semanal. Si es > 3 debe establecerse un plan de actuación y seguimiento nutricional. Es una escala fácil de emplear en pacientes ingresados.

Resultado del patrón:

El patrón estará alterado según el valor del IMC:

- Patrón alterado: superior al 30% o inferior a 18,5%.
- Patrón en riesgo: entre 25% y 30%.
- Patrón eficaz: entre 18,6% y 24,9%.

Su nutrición será desequilibrada si:

- Los líquidos consumidos son escasos.
- Existen problemas en la boca no resueltos.
- Hay dificultades para masticar y/o tragar.
- Necesita sonda de alimentación.
- Existen lesiones cutáneas o en mucosas, alteraciones de la piel o falta de integridad tisular o cutánea.
- Presencia de problemas digestivos, dependencias, inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias.

Intervenciones de enfermería:

Este patrón se valora, previo a la intervención, desde la Unidad de nutrición, perteneciente al equipo multidisciplinar de la CELT, a través de interconsulta y previo a la cirugía, con el objetivo de que el paciente llegue en las mejores condiciones nutricionales, favoreciendo así la cicatrización y su pronta recuperación.

- El primer día estará en dieta absoluta, hidratado con sueroterapia, y será portador de sonda nasogástrica o PEG.
- El segundo día es valorado por enfermera nutricionista dejando la pauta establecida.
- Según la vía Clínica (Ver Anexo tema 21) en:

- ♦ Laringuectomía Supraglótica inicia la tolerancia oral a partir del 4º día (según tolerancia).
 - ♦ Laringuectomía total, se inicia la tolerancia alrededor del 14º día.
-
- Se comprueba que no existe fístula, dando al enfermo vía oral gelatina con color (fresa, naranja, menta, etc....), con el fin de que en el caso de que exista ésta sea fácilmente identificable.
 - No administrar yogures, ni derivados lácteos ya que contienen lactobacilos y pueden provocar posible neumonía por broncoaspiración.
 - Controlar la hidratación del paciente tanto por vía enteral como por vía intravenosa para evitar la aparición de tapones mucosos.
 - Hasta el día del inicio de la tolerancia, se mantendrá especial cuidado en la fijación de la sonda nasogástrica, cambiando apósito cada 24 horas o siempre que lo necesite ya que la salida de la sonda nasogástrica y posterior sondaje tiene un alto índice de faringostomas.

Patrón 3: Eliminación

¿Qué se valora?:

Describe las funciones excretoras:

- Intestinal
- Urinaria
- Cutánea

¿Cómo se valora?:

Función intestinal:

- Consistencia, regularidad, uso de laxantes.
- Dolor al defecar.
- Sangre en heces.
- Presencia de ostomías.
- Incontinencia.

Función urinaria:

- Número de micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías), presencia de incontinencias, etc.

Función cutánea:

- Sudoración profusa.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

- Dentro de la función intestinal el paciente presenta:
 - ♦ Estreñimiento.
 - ♦ Incontinencia.
 - ♦ Diarrea.
 - ♦ Flatulencia.
 - ♦ Sistemas de ayuda (laxantes, enemas, ostomias).
- Dentro de la función urinaria el paciente presenta:
 - ♦ Incontinencias.
 - ♦ Retención.
 - ♦ Disuria.
 - ♦ Nicturia.
 - ♦ Poliuria.
 - ♦ Polaquiuria.
 - ♦ Sistemas de ayuda (absorbente, colector, sondas o urostomías).

Intervenciones de enfermería:

- Será importante conocer el patrón habitual de eliminación del paciente, ya que la nutrición enteral por sonda nasogástrica o PEG, puede producir alteraciones del ritmo intestinal.
- Se deberá movilizar al paciente lo antes posible, según la vía clínica:
 - ♦ Iniciar la sedestación el segundo día.
 - ♦ Comenzar a caminar al tercer día (teniendo en cuenta las peculiaridades de cada persona).
- Control de deposiciones.
- Control de permeabilidad de sonda vesical.
- Según la Vía Clínica:
 - ♦ La sonda vesical se retirará al segundo día, previa comprobación de la tolerancia.

Patrón 4: Actividad /ejercicio

¿Qué se valora?:

- El patrón de ejercicio:
 - ♦ La actividad.
 - ♦ Tiempo libre y recreo.
 - ♦ Los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria (higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, etc.).
- La capacidad funcional:
 - ♦ El tipo, cantidad y calidad del ejercicio.
 - ♦ Las actividades de tiempo libre.

¿Cómo se valora?

- Valoración del estado cardiovascular:
 - ♦ Frecuencia cardíaca o presión arterial anormales en respuesta a la actividad.
 - ♦ Cambios ECG que reflejen la existencia de isquemia o arritmia, etc.

- Valoración del estado respiratorio:
 - ♦ Valorar antecedentes de enfermedades respiratorias.
 - ♦ Ambiente laboral.
 - ♦ Disnea.
 - ♦ Molestias de esfuerzo.
 - ♦ Tos nocturna.
 - ♦ Expectoración.
 - ♦ Indicación verbal de disnea, etc.

- Tolerancia a la actividad fundamentalmente en pacientes cardíacos y respiratorios:
 - ♦ Valoración de la movilidad.
 - ♦ Debilidad generalizada.
 - ♦ Cansancio.
 - ♦ Grado de movilidad en articulaciones.
 - ♦ Fuerza.
 - ♦ Tono muscular.
 - ♦ Estilo de vida:
 - ♦ Sedentario, activo.
 - ♦ Ocio y actividades recreativas.
 - ♦ El énfasis está en las actividades de mayor importancia para la per-

sona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si existe:

- Síntomas respiratorios:
 - ♦ Frecuencia respiratoria alterada.
 - ♦ Disnea.
 - ♦ Cianosis.
 - ♦ Tos inefectiva.
 - ♦ Tiraje.
 - ♦ Uso de oxígeno domiciliario.

- Problemas circulatorios:
 - ♦ Alteración de tensión arterial y frecuencia cardíaca en respuesta a la actividad.
 - ♦ Pulsos periféricos inexistentes.
 - ♦ Edemas.
 - ♦ Claudicación intermitente.

- Problemas de salud limitantes:
 - ♦ Incapacidad para la actividad habitual.
 - ♦ La presencia de síntomas físicos:
 - Cansancio excesivo.
 - Hipotonía muscular.
 - Inmovilizaciones.
 - Pulsos periféricos disminuidos.
 - Parálisis.

- Paresias.

- Deficiencias motoras:
 - ♦ Problemas de movilidad.
 - ♦ Problemas de equilibrio.
 - ♦ Inestabilidad.
- Incapacidad de ocio habitual, aburrimiento manifestado por la persona.

Intervenciones de enfermería:

- El primer día el paciente mantendrá:
 - ♦ Reposo absoluto en cama, en posición semi-fowler (cabecero 45 grados) para facilitar respiración y prevenir broncoaspiraciones.
 - ♦ Debemos movilizarle lateralmente para cambiar puntos de presión.
 - ♦ Indicar que movilice miembros inferiores para favorecer retorno venoso y disminuir los riesgos de tromboflebitis.
- El segundo día se probará con la tolerancia a la sedestación cama-sillón, favoreciendo así su colaboración para el autocuidado.
- En el tercer día podrá deambular por la unidad en la medida que lo tolere y aumentará su actividad progresivamente hasta su total independencia.

Patrón 5: Sueño- Descanso

¿Que se valora?:

Describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día.

- La percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso.
- La percepción del nivel de energía.
- Las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc.).

¿Cómo se valora?:

- El espacio físico (ventilación, temperatura agradable y libre de ruidos.)
- El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos.
- Recursos físicos o materiales favorecedores del descanso (mobiliario).
- Hábitos socio culturales (hora de acostarse o levantarse, siestas, descansos).
- Problemas de salud física que provoquen dolor o malestar.
- Problemas de salud psicológica que afecten al estado de ánimo (ansiedad, depresión).
- Situaciones ambientales que provoquen estados de ansiedad o estrés (duelos, intervenciones quirúrgicas).
- Tratamientos farmacológicos que puedan influir en el sueño (broncodilatadores, esteroides betabloqueantes).
- Uso de fármacos para dormir.
- Consumo de sustancias estimulantes (cafeína, nicotina, abuso de alcohol).
- Presencia de ronquidos o apneas del sueño.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

- Necesita de ayudas farmacológicas para dormir o descansar.
- Verbaliza la dificultad para conciliar el sueño:
 - ♦ Despertar precoz o inversión día/noche.
 - ♦ Somnolencia diurna.
 - ♦ Confusión o cansancio relacionado con la falta de descanso.
- Disminución de la capacidad de funcionamiento.
- Conducta irritable en relación a la falta de descanso.

Intervenciones de enfermería:

- ♦ Durante todo el proceso postoperatorio se mantendrá un ambiente relajado en la habitación, evitando ruidos y visitas excesivas, y manteniendo una temperatura e iluminación adecuadas.
- ♦ Es un proceso que genera mucha ansiedad en el paciente por que la nueva vía respiratoria da lugar a la formación de muchas secreciones, suelen ser fumadores, etc., factores que afecta al descanso nocturno. Para disminuir esta ansiedad, se suele prescribir ansiolíticos y relajantes musculares.
- ♦ En cuanto el paciente lo tolere, suele ser al segundo día, se inicia la sedestación, y se le aconseja caminar a partir del tercer día. La actividad durante el día también favorece el descanso nocturno.
- ♦ Aconsejar que no duerma de día para favorecer el sueño nocturno.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo

¿Qué se valora?:

- Patrones sensorio- preceptúales y cognitivos.
- Nivel de conciencia:
 - ♦ Conciencia de la realidad.
 - ♦ Adecuación de los órganos de los sentidos.
 - ♦ Compensación o existencia de prótesis.
- Percepción del dolor y tratamiento.
- Lenguaje.
- Ayudas para la comunicación.
- Memoria.
- Juicio:
 - ♦ Comprensión de ideas.
 - ♦ Toma de decisiones

¿Cómo se valora?:

- Nivel de consciencia y orientación (aplicación de la escala de Glasgow).
- Nivel de instrucción:
 - ♦ Si puede leer y escribir.
 - ♦ El idioma.
- Si tiene alteraciones cognitivas.
 - ♦ Problemas para expresar ideas o de memoria.
 - ♦ Dificultades para la toma de decisiones.
 - ♦ Problemas de lenguaje.
 - ♦ Concentración.
 - ♦ Síntomas depresivos.
 - ♦ Problemas de comprensión.
 - ♦ Fobias o miedos.
 - ♦ Dificultades en el aprendizaje.
- Si tiene alteraciones perceptivas por problemas de
 - ♦ Visión.
 - ♦ Audición.
 - ♦ Olfato.
 - ♦ Gusto o sensibilidad táctil.
- Habrá que recoger información sobre si la persona tiene:
 - ♦ Dolor. Aplicación de la Escala “EVA” para valoración del dolor:
 - ✓ Tipo.
 - ✓ Localización.
 - ✓ Intensidad.
 - ✓ Control.
 - ✓ Repercusión en las actividades que realiza.

♦ Alteraciones de la conducta:

- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Intranquilidad.
- ✓ Agitación.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

- La persona no está consciente u orientada.
- Presenta deficiencias en cualquiera de los sentidos, especialmente en la vista y el oído.
- Hay dificultades de comprensión por idioma o por analfabetismo.
- Presencia de dolor.
- Existen problemas de memoria.
 - ♦ Concentración.
 - ♦ Expresión.
 - ♦ Comprensión de ideas.
- Depresión.
- Existen fobias o miedos injustificados.
- Se dan conductas de irritabilidad, agitación o intranquilidad.

Intervenciones de enfermería:

- El paciente es privado de la voz por la cirugía, ya sea de forma permanente en la Laringectomía total y en el caso de la Laringectomía Supraglótica o parcial, se verá alterada por la realización de la traqueotomía de manera provisional por lo que la comunicación se verá alterada. Tendremos que facilitarle papel y lápiz para que pueda comunicarse con nosotros.
- Desde el primer día se mostrará una actitud de escucha activa.
- Hablaremos de forma clara, haciéndole preguntas que pueda responder con monosílabos.

- Le informaremos que podrá aprender a hablar con la ayuda de un logopeda.
- Días previos al alta se pondrá al paciente en contacto con la asociación de laringectomizados.

Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto

¿Qué se valora?:

- Autoconcepto y percepciones de uno mismo.
 - ♦ Actitudes acerca de uno mismo.
 - ♦ Percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas.
 - ♦ Imagen corporal.
 - ♦ Imagen social.
 - ♦ Identidad.
 - ♦ Sentido general de valía.
 - ♦ Patrón emocional.
 - ♦ Patrón de postura corporal y movimiento.
 - ♦ Contacto visual.
 - ♦ Patrones de voz y conversación.

¿Cómo se valora?

Se valora la presencia de:

- Problemas consigo mismo.
- Problemas con su imagen corporal.
- Problemas conductuales.
- Otros problemas.
 - ♦ Cambios recientes.
 - ♦ Datos de imagen corporal.
 - ♦ Postura.

- ♦ Patrón de voz.
- ♦ Rasgos personales.
- ♦ Contacto visual.
- ♦ Si se siente querido.
- ♦ Cambios frecuentes del estado de ánimo.
- ♦ Asertividad.
- ♦ Pasividad y Nerviosismo / Relajación.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si existen:

- Verbalizaciones auto negativas.
- Expresiones de desesperanza.
- Expresiones de inutilidad.
- Problemas con su imagen corporal:
 - ♦ Preocupación por los cambios en su imagen corporal.
 - ♦ Miedo al rechazo de otros.
 - ♦ Sentimiento negativo del propio cuerpo.
- Existen problemas conductuales.

Intervenciones de enfermería:

- La higiene es esencial en este patrón, ya que la realización de una traqueotomía / traqueostomía implica que los primeros días haya un aumento de las secreciones, por ello debemos explicar a la familia y al paciente la situación y entregar el material, para que esté lo más confortable posible.
- El primer día, el paciente requiere ayuda total por parte del equipo.
- El segundo día, tanto paciente como familia se les animara a que participen en el aseo.
- Se prestará especial atención en la higiene bucal, manteniendo la mucosa hidratada y limpia, y vigilando la aparición de enfermedades oportunistas.

Patrón 8: Rol- Relaciones

¿Qué se valora?:

- Las relaciones de las personas con los demás.
- La percepción de los roles más importantes, el papel que ocupan en la familia, en la sociedad, etc.
- Responsabilidades en su situación actual.
- Satisfacción o alteraciones en: familia, trabajo, relaciones sociales.

¿Cómo se valora?:

- Familia:
 - ♦ Con quién vive.
 - ♦ Estructura familiar.
 - ♦ Rol en la familia y si éste está o no alterado.
 - ♦ Problemas en la familia:
 - ♦ Si alguien depende de la persona y como lleva la situación.
 - ♦ Apoyo familiar. Si depende de alguien y su aceptación.
 - ♦ Cambios de domicilio.
- Grupo social:
 - ♦ Si tiene amigos próximos.
 - ♦ Si pertenece a algún grupo social.
 - ♦ Si se siente solo.
- Trabajo o escuela:
 - ♦ Si las cosas le van bien en el ámbito laboral o escolar.
 - ♦ Entorno seguro, satisfacción.

– Datos relativos a:

- ♦ Pérdidas.
- ♦ Cambios.
- ♦ Fracazos.
- ♦ Conflictos.
- ♦ Aislamiento social.
- ♦ Comunicación.
- ♦ Violencia.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

- Presenta problemas en las relaciones: sociales, familiares o laborales (escolares).
- Se siente solo. No tiene personas significativas (amigos, familia).
- Refiere carencias afectivas, falta de comunicación.
- Tiene dificultad en las tareas de cuidador, apoyo insuficiente, cuidados negligentes... Insatisfacción con el rol o falta de motivación o de capacidad para asumirlo. Conductas inefectivas de duelo.
- Apreciación de signos de violencia doméstica o abusos.

Intervenciones de enfermería.

- Se produce un impacto en la estructura familiar, por el proceso tanto quirúrgico como oncológico. Aquí enfermería debe apoyar al cuidador familiar ya que este tipo de pacientes dependen mucho de ellos en los primeros momentos por su dificultad para comunicarse y por la necesidad de aprendizaje de sus cuidados que conlleva ciertas habilidades.
- Las relaciones paciente-familia se ve alterada entre otros factores por la dificultad de comunicación.
- Enfermería debe mostrar una aptitud de empatía con el paciente y familia e intentar con la información sobre el proceso, así como de las técnicas utilizadas, que la relación paciente-familia-profesional no se rompan.

Patrón 9: Sexualidad y Reproducción

¿Qué se valora?:

- Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad.
- Alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales.
- Seguridad en las relaciones sexuales.
- Patrón reproductivo.
- Premenopausia y postmenopausia.
- Problemas percibidos por la persona.

¿Cómo se valora?:

- Menarquía y todo lo relacionado con ciclo menstrual.
- Menopausia y síntomas relacionados.
- Métodos anticonceptivos.
- Embarazos, abortos, problemas relacionados con la reproducción.
- Problemas o cambios en las relaciones sexuales.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado si:

- La persona expresa preocupación respecto a su sexualidad, trastornos o insatisfacción.
- Existen problemas en la etapa reproductiva de la mujer.
- Existen problemas en la menopausia.
- Se dan relaciones de riesgo.

Intervenciones de enfermería.

- En la unidad de hospitalización no se realiza ninguna intervención sobre este patrón, las intervenciones en este patrón son llevadas a cabo desde la CELT.

Patrón 10: Adaptación Tolerancia al estrés

¿Qué se valora?

- Las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona.
- Las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que le estresan y forma de controlar el estrés.
- La capacidad de adaptación a los cambios.
- El soporte individual y familiar con que cuenta el individuo.
- La percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes.

¿Cómo se valora?

La enfermera instará al paciente a recordar situaciones estresantes, describir como se ha tratado y evaluar la efectividad de la forma en la que se ha adaptado a esas situaciones.

Se le preguntará al paciente por:

- Cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis.
- Si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo.
- Mecanismos qué le ayudan a relajarse cuando está tenso.
- Si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso.
- Cuando ha tenido cualquier problema en su vida, como lo ha tratado y si ésta forma de tratarlo ha tenido éxito.
- Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario.

Resultado del patrón:

- El patrón está alterado si la persona manifiesta tener sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas para controlarlo.
- Si ante cambios o situaciones difíciles de la vida el individuo no es capaz de afrontarlo de forma efectiva.
- Si recurre al uso de medicamentos, drogas o alcohol para superar los problemas.

Intervenciones de enfermería.

- Debemos prestar atención a los signos que el paciente nos trasmite, para poder disminuir el estrés en la medida de lo posible.
- El paciente debe recibir información sobre los síntomas que va a tener y que serán normales tales como:
 - ♦ Aumento de las secreciones.
 - ♦ Sensación de falta de aire cuando realiza movimientos, y que hacer sí se presenta este problema.

Patrón 11: Valores y Creencias

¿Qué se valora?:

- Los patrones de valores y creencias que guían las elecciones o decisiones.
- Lo que se considera correcto, apropiado.
- Lo que es importante en la vida.
- Las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud.
- Las decisiones a cerca de: tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte.
- Las prácticas religiosas.

¿Cómo se valora?:

- Si tiene planes de futuro importantes; si consigue en la vida lo que quiere.
- Si está contento con su estilo de vida.
- Pertenencia a alguna religión, si le causa algún problema o si le ayuda cuando surgen dificultades.
- Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad.

Resultado del patrón:

El patrón está alterado:

- Cuando existe conflicto con sus creencias.
- Tiene problemas para sus prácticas religiosas.
- Existe conflicto / preocupación por el sentido de la vida, la muerte, el sufrimiento, dolor enfermedad.

Intervenciones de enfermería

- La valoración se enfoca a lo que es importante en la vida para él, ya sean ideas o creencias vitales o religiosas; no se valora si las tiene, sino, si suponen una ayuda o un conflicto.

4. CONCLUSIÓN

- Las intervenciones de enfermería en la unidad van orientadas a fomentar el autocuidado y la independencia del paciente y familia.
- Debemos coordinar los cuidados que se realizan en la unidad de hospitalización con la unidad de nutrición y fisioterapeuta, así como todos los servicios que están incluidos en nuestra vía clínica (Tema 21) y que el paciente pueda necesitar según evolucione en su proceso.
- La vía clínica es una herramienta que estandariza las intervenciones de enfermería y coordinan al equipo multidisciplinar que interviene durante todo el proceso.
- En la unidad de hospitalización el personal de enfermería será el encargado de cumplimentar dicha vía clínica y prestar atención de que el resto de profesionales estén en conocimiento de evolución del proceso.
- La enfermería de la CELT será la coordinadora del proceso y su misión durante el periodo de hospitalización será comprobar que lo prescrito en la vía clínica se cumple y si no es así registrar el motivo y la solución que se aplica en cada caso ("Registro de Variaciones a la Vía Clínica. Tema 21").
- El día del alta el paciente acudirá a la CELT desde donde se suministrará el material necesario y se impartirá la educación sanitaria que precise tanto al paciente como al familiar o cuidador. Al mismo tiempo se llevará a cabo una valoración al alta para asegurarse de que tanto paciente como

familiar son capaces de controlar todas aquellas incidencias que se le puedan presentar. También se le facilitarán al paciente todas las citas para los diferentes tratamientos, así como todos los apoyos que necesite desde los diferentes servicios del equipo multidisciplinar que están incluidos en el circuito de atención al paciente portador de cánula.

Capítulo 27

La nutrición en pacientes con cáncer de laringe

Ana María Cayuela García

1. ATENCIÓN NUTRICIONAL EN EL PERIODO INICIAL O PREQUIRÚRGICO

El Servicio de Endocrinología y Nutrición, y en particular las enfermeras, dirigen la atención sanitaria, en este tipo de pacientes, a conseguir los siguientes objetivos:

- Mantener, y mejorar en su caso, el estado nutricional adecuado en el periodo preoperatorio y durante el tratamiento adyuvante.
- Asegurar, en su caso, un manejo adecuado de la sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía (PEG), y de la nutrición enteral domiciliaria, por parte de los pacientes, mediante la educación de los paciente, familiares y cuidadores.

El acceso al Servicio de Endocrinología y Nutrición (Figura 285) se produce a través de las distintas consultas externas que atienden al paciente (Máxilofacial, Otorrinolaringología, Oncología), y tras haber sido evaluados por el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello del Área de Salud.



Figura 285. Vía de acceso a la unidad de nutrición.

1.1. Primera valoración en el servicio de endocrinología y nutrición:

Se realiza una valoración del estado nutricional de paciente por parte del médico y de la enfermera y, en relación a las características personales, el tipo de tumor y otras variables, se establece un soporte nutricional personalizado, con indicación de suplementos dietéticos.

La valoración inicial por parte de la enfermera del Servicio de Endocrinología y Nutrición recoge los siguientes parámetros:

- Determinación de Prealbúmina en sangre.
- Test VGS-GP (Valoración Global Subjetiva generada por el paciente).
- Medidas antropométricas: IMC, perímetro de cintura...
- Impedanciometría: Masa magra, masa grasa...
- Cálculo de requerimientos mediante la Fórmula Harris-Benedict.
- Estudio de hábitos alimentarios

En la consulta, la enfermera informa al paciente, familia y/o cuidador, sobre la dieta inmunomoduladora oral o enteral por SNG o PEG, según proceda, y de la forma de contacto con las enfermeras del Servicio de Endocrinología y Nutrición, a través de teléfono de Consulta Externa de Enfermería y móvil (busca).

2. ATENCIÓN NUTRICIONAL EN EL PERIODO POSTQUIRÚRGICO INMEDIATO

Durante todo el periodo postquirúrgico, la valoración del paciente, coordinada entre los endocrinólogos y las enfermeras del Servicio de Endocrinología y Nutrición, es continua.

Inmediatamente tras la cirugía, y solicitada a través de interconsulta, se realiza una valoración del paciente por el endocrinólogo.

La enfermera del Servicio de Endocrinología y Nutrición, en este periodo valora los siguientes parámetros:

- Medidas antropométricas: IMC, circunferencia de brazo, pliegue tricipital.
- Cálculo de requerimientos mediante la Fórmula Harris-Benedict.

A partir de este momento se inicia la nutrición enteral con dieta inmunomoduladora en progresión, según el protocolo del centro.

Durante el periodo en el que el paciente permanece ingresado en la unidad de cirugía, la enfermera realiza las siguientes actividades:

- Seguimiento nutricional diario.
- Valoración de la tolerancia a la dieta enteral, realizando la detección precoz de complicaciones (diarrea, broncoaspiración...) e iniciando las in-

tervenciones necesarias para prevenirlos y eliminarlos, o minimizar sus efectos.

- Diariamente, cura de gastrostomía y formación al paciente, familia y/o cuidador, sobre el manejo de la sonda, la nutrición enteral y cuidados de la gastrostomía.

2.1. Nutrición enteral: Vías de acceso.

2.1.1. Vía oral:

La administración del soporte nutricional por boca requiere la colaboración del paciente; puede utilizarse en pacientes estables, con reflejos de deglución conservados, y que cooperen con todas las indicaciones que puedan recibir. En general esta indicada la suplementación cuando el paciente es capaz al menos de cubrir 2/3 de sus requerimientos con la ingesta libre de alimentos, actualmente a los pacientes que por algún motivo no toleran o no son candidatos a suplementación oral se les da pautas de enriquecedores de alimentos (Anexo 1).

2.1.2. Sonda nasogástrica (SNG) (Figura 286):

Está indicada para alimentación enteral a corto plazo (menos de 4-8 semanas) con estómago funcional. La alimentación en estómago permite el uso de dietas hipertónicas, mayores flujos de infusión y la administración continua e intermitente. Tiene la ventaja sobre otros accesos más distales de que el ácido clorhídrico destruye microorganismos, por lo que se reduce el riesgo de infección, como inconveniente es incómoda y antiestética para el paciente y además la sonda puede salirse fácilmente.

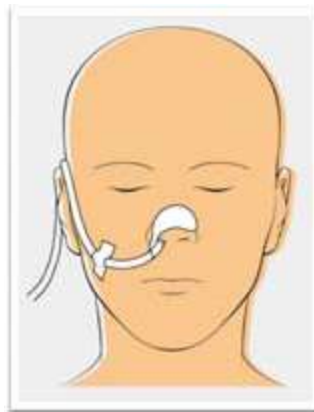


Figura 286. SNG fijada correctamente.

2.1.3. Sonda nasoduodenal:

- Alimentación enteral a corto plazo en la que se requiera que la nutrición se inicie a partir del píloro.
- En pacientes con vómitos frecuentes.
- En pacientes comatosos, sedados ó con riesgo de broncoaspiración.
- En pacientes con vaciamiento gástrico retardado que favorece el reflujo hacia el esófago.
- En pacientes con postoperatorio inmediato.
- Sonda de una luz

2.1.4. Sonda nasoyeyunal:

- Alimentación enteral en la que requiera que la nutrición se inicie a partir del yeyuno.
- Pacientes con alto riesgo de broncoaspiración
- Pacientes con alteración a nivel gástrico, duodenal (cirugía-fístulas) ó de glándulas anexas: páncreas – vía biliar.
- Pacientes en pancreatitis aguda severa.
- Pacientes con postoperatorio inmediato de cirugía abdominal.
- Sonda de doble luz.

Colocación de la sonda nasointérica distal a estómago:

Si el paciente va a someterse a laparotomía, el cirujano podrá dejarla colocada durante el acto quirúrgico; en caso contrario habrá que considerar el paso manual o bien la colocación endoscópica o radiológica.

2.1.5. Ostomías (Figura 287):

Aunque el sondaje nasogástrico es un método sencillo, fácil y barato para administrar nutrición enteral, tiene algunos inconvenientes, en ocasiones la sonda se sale con facilidad, es incómoda, deteriora la imagen corporal y las relaciones, y se obstruye con facilidad. La sonda de gástro o enterostomía deja libre la región nasofaríngea, con mayor comodidad para el paciente, y estigmatiza me-

nos desde el punto psicológico además mejora la transición a la alimentación oral en pacientes con disfagia neurológica o mecánica con evolución favorable.

Tiene como indicación general cuando se prevé un tiempo de administración de la NE superior a 6-8 semanas (y especialmente en nutrición enteral domiciliaria) con expectativa de vida del paciente superior a 2 meses.

2.1.5.1. Gastrostomía



Figura 287. Diferentes tipos de sondas para ostomías.

Es la técnica más utilizada en nuestro medio y los casos más habituales son:

- a. Enfermedades neurológicas que cursan con disfagia neurógena prolongada, ya sean potencialmente reversibles o no (accidentes vasculares, demencia, tumores cerebrales, miastenia gravis, ELA, Guillain Barré, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, etc.).
- b. Lesiones en la región orofaríngea y esófago que ocasionan disfgias mecánicas (neoplasias, fístulas, perforación esofágica, etc.).

Tiene como contraindicaciones las siguientes: supervivencia esperada del paciente < 6-8 semanas, coagulopatía grave, procesos infecciosos graves o sepsis, insuficiencia cardíaca o respiratoria descompensada, ascitis severa, hipertensión portal, infecciones abdominales activas, proceso inflamatorio o tumoral en el trayecto; son contraindicaciones relativas, a valorar individualmente, a clíni-

ca conocida de reflujo gastroesofágico y esofagitis erosiva, estenosis esofágica potencialmente dilatada, obesidad, cirugía gástrica o abdominal previas.

Su realización puede ser quirúrgica o percutánea (endoscópica o radiológica):

- La gastrostomía quirúrgica (GQ) tiene teóricamente mayor morbilidad y complicaciones que la gastrostomía endoscópica percutánea (GEP), más los riesgos asociados a una anestesia general: por tanto se reserva para pacientes con una disfagia obstructiva total, donde es imposible el acceso por vía endoscópica o radiológica).
- Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Se realiza una endoscopia digestiva alta completa, descartando patología orgánica del tracto explorado, con el endoscopio en estómago colocamos al paciente en decúbito supino y se oscurece la estancia para identificar el punto de punción en la pared abdominal por transiluminación. Se anestesia por planos de la pared del abdomen y se realiza una incisión de al menos 1cm a través de la cual se introduce un trócar hasta que se visualiza en el interior de la cavidad gástrica.
- Gastrostomía percutánea radiológica (PRG) (Figura 288). En pacientes con obstrucción mecánica de la cavidad oral, la faringe o el esófago la gastrostomía radiológica puede conseguir más éxitos que la endoscópica, puesto que para lograr la distensión del estómago, en la radiológica se necesita una SNG de menor calibre que el diámetro del endoscopio. El paciente en ayunas de 12 horas, recibe una ligera sedación y anestesia, y premedicación con glucagón y atropina subcutánea; mediante una SNG fina se insufla aire a estómago(o agua en caso de control ecográfico), y ya localizado el estómago se punciona de forma percutánea con un trócar, colocando una guía a través de la cual se introducen dilatadores sucesivos y finalmente el catéter de gastrostomía. En 1990 se describió la combinación de la



Figura 288. Sonda colocada por Gastrostomía percutánea radiológica.

técnica descrita con gastroparesia (fijación de la pared gástrica a la pared abdominal); esta técnica facilita la reintroducción del catéter en caso de salida accidental, y parece haberse asociado también con menos mortalidad.

2.1.5.2. Yeyunostomía y Gastroyeyunostomía

El yeyuno, frente a otros tramos digestivos tiene la ventaja de mantener su motilidad y su función absortiva desde el postoperatorio precoz.

1. Yeyunostomía quirúrgica: yeyunostomía mínima a catéter para uso transitorio. Es una técnica simple y segura, se inserta un catéter de 3 mm de diámetro en el yeyuno, a unos 15 cm del ángulo de Treitz; dicho catéter se ha tunelizado unos 5 cm en el subcutáneo, para evitar salida de contenido intestinal, y el asa se fija al peritoneo intestinal.
2. Gastroyeyunostomía: Es una variante de la GPE, que introduce la sonda hasta yeyuno, a través del orificio de la gastrostomía, y se arrastra con el endoscopio a duodeno o yeyuno.

De forma general en la siguiente figura se representan los principales cuidados de las sondas (Figura 289):



Figura 289. Cuidados generales de las sondas.

2.2. Nutrición enteral. Complicaciones:

En el siguiente cuadro se describen las principales complicaciones durante el empleo de la nutrición enteral, las posibles causas y las intervenciones recomendadas para cada una de ellas:

COMPLICACIONES	POSIBLE CAUSA	COMPLICACIONES
1. Irritación, maceración o lesión periestomal.	–Drenaje periestomal (mayor incidencia en pacientes diabéticos y malnutridos, por deterioro de la perfusión tisular). –Roce en la piel por el disco/soporte externo. –Higiene incorrecta. –Movilización incorrecta.	–Valorar estado de piel e indicación de aplicación tópica de dermoprotectores / cicatrizantes, como el óxido de zinc (pasta Lassar / Anticongestiva Cusi®). –Distanciar el disco/soporte externo a 1-3cm de la pared abdominal. –Poner una gasa, si se considera conveniente, entre el disco/soporte externo, y la pared abdominal. –Asegurar una correcta higiene y movilización de la sonda, a diario.
2. Infección	–Contaminación durante o post-implantación. –Procedimiento realizado en pacientes especialmente susceptibles.	–Extremar la higiene local. –Valorar el uso de antiséptico local en las curas. –Consultar con su médico indicación de tratamiento antibiótico. –Se ha documentado resolución de infección en el estoma con aplicación tópica de sulfadiazina argéntica (Silverderma®).
3. Salida accidental de la sonda	–Desorientación, agitación. –Fijación insuficiente.	–Insertar una sonda tipo Foley en el estoma para evitar el cierre de la fístula gastrocutánea, que puede ocurrir en cuestión de horas, hasta que se pueda implantar una nueva sonda. Inflar el balón una vez alcanzada luz gástrica. –Contactar con Unidad de Nutrición y Dietética. –Asegurar la correcta fijación de la sonda.
4. Obstrucción*	–Mantenimiento inadecuado.	–Pasar 50 ml de agua tibia, con la jeringa, sin forzar. Se puede aspirar y volver a introducir 3 ó 4 veces. –Si el lavado no es efectivo, se pueden usar bebidas carbonatadas, tipo colas, introduciendo 5 ml, que se dejan actuar unos 15 min. –Reforzar la correcta higiene de la sonda, especialmente al finalizar las tomas y tras la administración de medicación.

COMPLICACIONES	POSIBLE CAUSA	COMPLICACIONES
5. Rotura de la sonda*	–Generalmente accidental.	–Contactar con Unidad de Nutrición y Dietética.
6. Molestias abdominales / Náuseas y vómitos*	–Exceso de velocidad de la alimentación. –Temperatura inadecuada de la alimentación (demasiado fría o demasiado caliente). –Posición incorrecta del paciente.	–Enlentecer el ritmo, reducir el volumen, y en caso de que las molestias no cedan, suspender la nutrición, hasta que se contacte con Unidad de Nutrición y Dietética, en el menor tiempo posible. –Administrar la dieta a temperatura ambiente. Sacar del frigorífico 20 min antes de la toma. –Colocar al paciente en posición correcta.
7. Diarrea*	–Ritmo demasiado rápido. –Nutrición demasiado fría. –Contaminación de la nutrición. –Medicación.	–Ajustar el ritmo según tolerancia del paciente. –Administrar la dieta a temperatura ambiente. –Mantener una higiene rigurosa en la preparación, administración y conservación de la nutrición. –No mezclar la medicación con la nutrición.
8. Estreñimiento*	–Nutrición baja en fibra o sin residuos. –Aporte insuficiente de líquidos. –Inactividad (pacientes encamados).	–Consultar con la Unidad de Nutrición y Dietética la posibilidad de modificar la dieta, para incluir o aumentar el aporte de fibra/residuo. –Consultar con la Unidad de Nutrición y Dietética la posibilidad de aumentar el aporte de agua. –Fomentar, dentro de lo posible, la movilización del paciente.
9. Deshidratación*	–Diarrea. –Vómitos. –Fiebre alta (mayor de 38,5° C).	–Vigilar los siguientes síntomas: lengua pegajosa o seca; piel y mucosas secas; orina escasa. –Controlar cuidadosamente el aporte de líquidos, especialmente en pacientes con dificultad para expresar la sensación de sed.

(*)Complicaciones que pueden presentarse en nutrición enteral con cualquier tipo de sondaje gastrointestinal.

2.3. Nutrición enteral: Formas de administración

Administración intermitente: Es la más parecida a la alimentación habitual, pero sólo debe utilizarse en pacientes con tracto digestivo sano y con vaciado gástrico normal. Si el contenido gástrico es >150 ml debemos esperar 60 minutos antes de administrar la siguiente toma. El contenido gástrico se introducirá de nuevo al estómago.

Puede ser por bomba, por gravedad y por jeringa.

Después de terminar la nutrición enteral deberemos administrar de 100 a 150 ml de agua.

Administración continua: Consiste en la administración de la dieta elegida sin interrupción. Puede ser a lo largo de todo el día, o bien durante 12 o 16 horas con descanso nocturno. Disminuye el riesgo de distensión gástrica y aspiración, especialmente en pacientes críticos.

Si la administración es continua se pautaran lavados por sonda cada 4 horas con 50 ml de agua, para asegurar su permeabilidad.

3. ATENCIÓN NUTRICIONAL TRAS EL ALTA

En el momento del alta hospitalaria, la enfermera del Servicio de Endocrinología y Nutrición, refuerza la formación realizada sobre los cuidados necesarios, tanto verbalmente como por escrito. Asimismo, elabora y entrega al paciente, familia y/o cuidador, un Informe de Cuidados de Enfermería, según establece el R.D. 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. En él se informa sobre datos relevantes del Plan de Cuidados realizado en el hospital, así como de las recomendaciones que debe seguir el paciente y de la información complementaria que se considere de interés para el enfermero que va a recibir al paciente en el entorno extrahospitalario, ya sea en su domicilio, centro concertado, o residencia/centro geriátrico.

Antes de que deje el hospital, se comunica al paciente la fecha de la próxima cita (1 mes tras el alta) en la Consulta Externa de Enfermería del Servicio de Endocrinología y Nutrición. Además se incluyen recomendaciones en el Informe de Cuidados al alta del paciente.

ANEXO I

Enriquecedores de la dieta

Son alimentos que, al ser añadidos a platos caseros, mejoran las características nutricionales de estos. Para poder enriquecer nuestra alimentación podemos utilizarlos de la siguiente forma:

(En pacientes diabéticos utilizar mermeladas Light y sustituir azúcar por edulcorantes)

LECHE:

- Enriquecer 1 litro de leche entera con 10 cucharadas soperas de leche en polvo desnatada. Usar este preparado para consumo diario.
- Utilizarla como bebida y en cocciones cuando sea posible.
- Utilizarla para preparar batidos, postres, sopas y purés o bien tomarla con cereales, con cacao en polvo o jarabes de fruta.
- Añadir fruta fresca o en almibar para preparar batidos.
- Agregar una cucharada de leche en polvo a los purés.
- Añadir salsa bechamel a los platos como verduras, pastas o patatas.



QUESO:

- Fundido en tortillas o en purés.
- Rallado en sopas, cremas, purés, pastas, tortilla, suflés, crepes, etc.
- Troceado en ensaladas de todo tipo.
- Usarlo en bocadillos.



YOGURT:

- Utilizarlo para preparar batidos con frutas.
- Añadirle cereales del desayuno, frutos secos, azúcar.
- Añadirlo a salsas para ensaladas.
- Enriquecerlo con leche en polvo o condensada.



HUEVOS:

- Trocear huevo duro y añadirlo a ensaladas, sopas o verduras.
- Batirlo y agregarlo a purés de patata, sopas, cremas, salsas, batidos de leche o helados.
- Añadir las claras batidas o el huevo entero batido a rellenos de tartas de verduras, bechamel, etc.
- Añadir más claras a postres como flan o natillas.



CARNES Y PESCADOS:

- Trocearlos y añadirlos a platos de verdura, ensaladas, guisos, salsas o sopas.
- Rellenar tortillas, patata al horno, berenjenas, calabacines, etc.
- Añadirlos a potajes, cocidos de legumbres, etc.



ACEITES Y GRASAS:

- Utilizar nata, crema de leche y mantequilla, mayonesa y otras salsas.
- Agregarlos a salsas, postres, purés de todo tipo (verduras, cereales, carne, pescados, huevos).



FRUTOS Y FRUTAS SECAS:

- Trocearlos y añadirlos como complemento en salsas, guisos y ensaladas.



AZÚCAR Y MIEL:

- Agregar a los zumos, batidos y postres en general.



CACAO EN POLVO Y CHOCOLATE:

- Agregar a los batidos y postres en general



GALLETAS:

- Consumirlas enteras o troceadas principalmente en desayunos y meriendas.



Capítulo 28

Cuidados de fisioterapia en el paciente intervenido de cáncer de laringe

Antonio Tomás Ríos Cortés
Esther García Delgado

1. INTRODUCCIÓN

El abordaje por parte del fisioterapeuta en este tipo de pacientes se enmarca dentro del tratamiento multi y transdisciplinar que requieren y que sin duda es aconsejable.

Aquellas técnicas propias del fisioterapeuta, destinadas a prevenir, tratar o mejorar la sintomatología o complicaciones que pueden presentarse, deben ser realizadas exclusivamente por un fisioterapeuta, en el marco del equipo multidisciplinar.

Igualmente la especificidad y complejidad de este tipo de pacientes, precisa de conocimientos suficientes previos por parte del fisioterapeuta que se ocupe de su tratamiento. Especialmente las técnicas de fisioterapia respiratoria, deben ser aplicadas por fisioterapeutas con experiencia probada.

2. OBJETIVOS

Los procedimientos que el fisioterapeuta planifica y realiza pueden resumirse en:

- ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD Y ALGIAS en cuello y cintura escapular: estas alteraciones irán muy ligadas al tipo de cirugía realizada, las estructuras anatómicas resecaadas y la evolución de las cicatrices, la posible afectación del nervio espinal accesorio (generando parálisis del músculo trapecio superior), y también a tratamientos de radioterapia.

Los pacientes suelen presentar limitaciones de la movilidad en hombro y cuello y omalgias o cervicalgias debidas entre otras causas a contracturas musculares principalmente en región interescapular y cuello.

- ALTERACIONES EN EL DRENAJE LINFÁTICO: en función de la cadena o zona ganglionar extirpada, el edema se localizará en una zona concreta (unilateral o bilateral).
- DISFAGIA o ALTERACIONES EN LA DEGLUCION: dependerán del tipo de cirugía, de las estructuras resecaadas, de la modalidad de reconstrucción y de los tratamientos de radioterapia y quimioterapia (que tienden a empeorarla por la fibrosis que producen).
- ALTERACIONES RESPIRATORIAS o dificultades para el manejo de las secreciones bronquiales:
- DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO: diferentes niveles o grados posibles de atrofia muscular generalizada: por pérdida de peso previa o el estado nutricional, por el encamamiento prolongado.

3. CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

Es condición previa a la intervención del fisioterapeuta la interconsulta al médico rehabilitador especificando la intervención, objetivos o sintomatología que justifica la solicitud de tratamiento.

En la primera valoración del paciente, y en las sucesivas que realiza el fisioterapeuta del paciente, en cada momento y para cada técnica o procedimiento a realizar, en este tipo de pacientes, es aconsejable mantener una comunicación directa con su especialista en ORL teniendo en cuenta la temporalización, evolución a corto, medio o largo plazo del paciente, y las posibles complicaciones que se presenten. Debido a lo acontecido en la intervención quirúrgica, o en los cuidados y evolución posteriores.

4. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA

– Fisioterapia pre-quirúrgica:

- ♦ Valoración inicial del paciente: estado nutricional, movilidad y capacidad funcional previa de las estructuras implicadas (boca, lengua, mandíbula, musculatura de la deglución, columna cervical y cintura escapular), capacidad funcional general y patologías osteoarticulares o algias previas. De esta manera podremos diseñar un programa de tratamiento más adaptado a las condiciones y necesidades del paciente, anticipándonos a posibles necesidades específicas tras la cirugía y dando recomendaciones a este respecto.
- ♦ Enseñanza de ejercicios de movilidad de cintura escapular y cuello, información sobre los posibles cambios y complicaciones que tras la cirugía pueden darse a este nivel.
- ♦ Ejercicios de acondicionamiento físico general, para evitar las complicaciones derivadas del encamamiento prolongado.

– Fisioterapia post-quirúrgica:

En primer lugar se ha de realizar una valoración general del paciente (similar a la realizada previa a la cirugía), y específica de las secuelas derivadas de la cirugía.

A continuación se detallan las complicaciones y secuelas más frecuentes, junto con su valoración específica y las técnicas de fisioterapia a emplear:

1. Disfagia y alteraciones de la deglución

A continuación se citan algunas de las posturas que pueden ser empleadas de forma aislada o emplear una combinación de las mismas:

- ♦ Doble Mentón (Figura 290); el paciente intenta pegar la barbilla a la parte anterior del cuello, cerrando el espacio anterior entre cabeza y cuello.
- ♦ Cabeza atrás; el paciente realiza una extensión cervical, dirigiendo la barbilla al techo.
- ♦ Rotación de la cabeza; el paciente gira la cabeza a derecha o izquierda, dirigiendo la barbilla en esa dirección.
- ♦ Inclinación lateral de la cabeza; el paciente deja caer la oreja al hombro, provocando una inclinación lateral a derecha o izquierda atendiendo al hombro al que se dirija.



Figura 290. Maniobra de doble mentón.

Estas posturas se pueden emplear aisladas (doble mentón) o combinadas (rotación derecha + inclinación derecha + doble mentón). Su elección se basará en la valoración previa y en la capacidad del paciente para ejecutarlas correctamente, ya que puede haber alteraciones de la columna cervical (artrosis, hernias discales, cicatrices, etc.) que limiten y/o contraindiquen las posturas antes mencionadas.

Las maniobras de deglución utilizadas en la rehabilitación de la disfagia deberán ser valoradas y evaluadas para determinar su impacto en la mejora de la deglución y en el control de posibles aspiraciones. Se emplean:

- Maniobras de deglución supraglóticas; se solicita al paciente una inspiración profunda seguida de apnea, deglución en apnea y tos voluntaria al espirar.
- Maniobras de deglución supersupraglóticas; se solicita al paciente una inspiración profunda seguida de apnea al tiempo que realiza un empuje con las manos hacia el suelo sobre el asiento de la silla, deglución bajo las condiciones antes descritas de apnea y empuje seguida de tos voluntaria al espirar.
- Maniobra de máximo esfuerzo de deglución; se solicita al paciente que empuje el bolo con todas sus fuerzas al tragar.
- Maniobra de Mendelsohn (Figura 291); se solicita al paciente que trague normalmente pero que prolongue la máxima elevación laríngea (se suele solicitar que mantenga dicha contracción contando hasta tres).
- Maniobra de sujeción de la lengua; se solicita al paciente que mantenga la lengua entre los incisivos mientras traga.

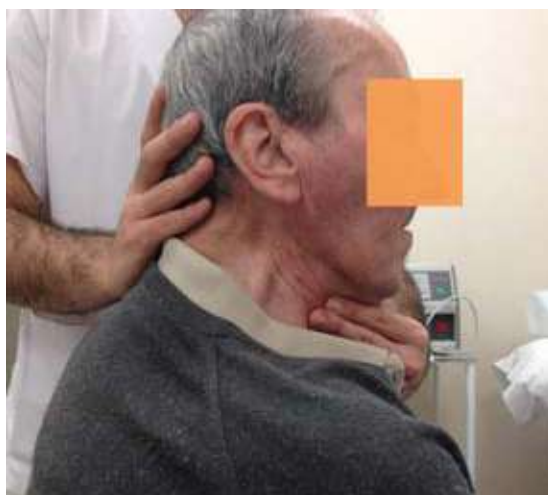


Figura 291. Maniobra de Mendelsohn.

2. Alteraciones respiratorias o dificultades para el manejo de las secreciones bronquiales

Los objetivos en los pacientes portadores de cánulas de traqueostomía serán:

- Prevención de la aparición de tapones mucosos que pueden obstruir parcial o totalmente la cánula,
- Proporcionar al paciente los recursos para que de forma autónoma, en la medida de sus posibilidades y situación clínica, maneje la presencia de secreciones bronquiales, evitando en lo posible los accesos de tos continuos, la disnea o el aumento del trabajo de los músculos respiratorios que pueden ocurrir ante la presencia de secreciones abundantes.
- Prevención de las posibles complicaciones infecciosas respiratorias que potencialmente pueden darse principalmente en las primeras semanas de postoperatorio.
- Prevenir o minimizar el riesgo de posibles complicaciones (lesiones de la mucosa traqueal, hipoxemia, broncoespasmo, etc) e incomfort de las aspiraciones repetidas con sonda.

Existen diversas técnicas descritas en la bibliografía de fisioterapia respiratoria, no siendo ninguna en concreto iniciada o concebida para este tipo de pacientes.

El fisioterapeuta especialista en respiratorio, elegirá y adaptará estas técnicas de fisioterapia respiratoria en función de la evaluación y valoración del paciente, teniendo en cuenta su situación clínica, las posibilidades de colaboración, las posibles complicaciones que pueden darse, la localización y características de las secreciones, etc.

De entre las principales técnicas de fisioterapia respiratoria que pueden emplearse, siendo y necesitando ser adaptadas a este tipo de pacientes y situaciones. Prácticamente todas, en función de nuestra experiencia, necesitan de ser adaptadas, variadas y modificadas, aunque siguiendo la misma “filosofía” de movilización de secreciones en función de su localización y características. Deberán ser modificadas por ejemplo en relación a las posturas en las que se realizan, y por los cambios que portar una cánula de traqueostomía supone para la capacidad tusígena, las características de la mucosa respiratoria, la menor o nula participación de la vía aérea superior, la alteración del sistema de transporte mucociliar, etc.



Figura 292. Principales técnicas manuales de Fisioterapia Respiratoria clasificadas por su mecanismo de acción. Adaptado de: I Conferencia de Consenso en Fisioterapia Respiratoria (Lyon, 1994).

Técnicas manuales:

- Técnicas espiratorias lentas: como la técnica del drenaje autógeno (DA). Por lo general buscan movilizar las secreciones presentes a un nivel más distal.
- Técnicas espiratorias rápidas: como la técnica de espiración forzada (TEF) del ciclo activo (ACBT). Buscan movilizar las secreciones presentes a nivel superior en las vías aéreas.
- Las técnicas como el drenaje postural o las percusiones (clapping) se desaconsejan dado sus posibles efectos secundarios (desaturación, arritmias, broncoespasmo, reflujo gastroesofágico, aumento de la presión intracraneal, etc).

Por lo general, adiestrando al paciente a realizar distintas técnicas de modulación del flujo aéreo, es suficiente para conseguir un drenaje y eliminación de las secreciones, pero en ocasiones se precisan ayudas instrumentales, entre las cuales pueden encontrarse:

- Sistemas de presión espiratoria positiva, ya sean fijas u oscilantes, que pueden tener un doble interés, ya que previene el colapso prematuro de las vías aéreas que puede darse en los enfermos con patologías obstructivas como la EPOC. Estos dispositivos cuando ejercen una resistencia variable a la espiración de los pacientes, pueden ayudar a disminuir la viscosidad de las secreciones.
- Sistemas de insuflación con Ambú® o sistemas mecánicos de presión positiva para conseguir un mayor volumen inspiratorio cuando éste sea deficitario.

- Sistemas de aspiración de secreciones cuando sea necesario para facilitar el drenaje de secreciones con incapacidad o dificultad manifiesta del paciente, para realizarlo autónomamente.
- Ejercicios de inspiración ayudados o guiados por inspirómetros de incentivo, preferiblemente volumétricos, para mejorar y mantener la capacidad vital de los pacientes, adaptando el sistema a la cánula de traqueostomía.
- Sistemas de ventilación percusiva intrapulmonar: es un dispositivo que aporta al paciente pequeños volúmenes de aire que se regulan en presión y frecuencia, que pueden movilizar secreciones muy distales hacia zonas centrales en las vías aéreas. Son dispositivos que requieren de un gran conocimiento de todos los parámetros que poseen.
- Sistemas de Insuflación-Exuflación mecánica: dispositivo mecánico de presión positiva seguido de una presión negativa. Es preciso conocer perfectamente su funcionamiento, programación de parámetros, indicaciones y contraindicaciones para su aplicación en este tipo de pacientes.
- Aerosolterapia: en ocasiones el fisioterapeuta precisa por las características de las vías aéreas del paciente y/o las características de las secreciones de ayudarse de nebulizaciones de broncodilatadores o suero salino hipertónico previo a las técnicas de fisioterapia respiratoria. Asegurar una correcta humidificación de la vía aérea, ya sea con humidificación pasiva o activa y el control de la hiperreactividad bronquial mediante broncodilatadores serán de gran importancia.



Figuras 293-296. De izquierda a derecha: dispositivo de percusión intrapulmonar, dispositivo de Insuflación-Exuflación mecánica, dispositivo de presión espiratoria positiva, incentivador volumétrico.

3. Alteraciones de la movilidad y algias en la columna cervical y la cintura escapular.

Valoración de la movilidad y fuerza de columna cervical y de cintura escapular, mediante medidas angulares (goniometría) y lineales (cinta métrica) y del dolor mediante una escala analógica visual (EVA).

Aplicación de técnicas con el objetivo de recuperar y/o mejorar la movilidad y la fuerza y disminuir el dolor.

Se recomiendan técnicas de masoterapia para movilizar los tejidos y mantener el deslizamiento entre piel y planos musculares, así como para liberar adherencias cicatriciales. También se emplea la masoterapia, la terapia manual y la cinesiterapia para relajar la musculatura contracturada de cuello y cintura escapular y para mejorar y reeducar la movilidad y contribuir a la mejora del dolor.

4. Decondicionamiento físico:

Valoración del estado físico general del paciente y sus capacidades funcionales; paso de decúbito a sedestación, de sedestación a bipedestación y capacidad de marcha. Reeducción de las mismas si fuera necesario, mediante técnicas de potenciación muscular y reentrenamiento al esfuerzo.

5. Edema linfático post-quirúrgico:

Linfedema debido tanto al acto quirúrgico y al vaciado ganglionar realizado, como a los tratamientos de radioterapia. A la hora de realizar el abordaje terapéutico del edema facial en un paciente operado de un tumor de laringe, hemos de considerar la localización del edema (unilateral, bilateral) y el tipo de vaciamiento ganglionar que ha sufrido el paciente. Sólo así se pueden adaptar las técnicas de drenaje linfático a la anatomía que ha quedado indemne y es capaz de drenar el edema. Es importante señalar que el edema más frecuente es de instauración insidiosa, pudiendo aparecer desde unos meses hasta varios años después de la cirugía.

Capítulo 29

Intervención psicológica en pacientes laringuectomizados

Almudena Navarro Pérez
Trinidad Ortuño Campillo
Yolanda Blaya Sánchez

1. INTRODUCCIÓN

La intervención psicológica es una actividad sanitaria especializada, regulada por la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias desde 2003, necesaria para la atención integral de diferentes patologías médicas. Los Programas de Psicología Clínica de Interconsulta y Enlace representan una alternativa de intervención psicológica en el medio hospitalario, facilitando una atención integrada según el modelo biopsicosocial para el manejo terapéutico de las manifestaciones psicológicas de la enfermedad orgánica, de las complicaciones y de las reacciones psicológicas que ésta provoca. Los Programas de Psicología Clínica de Enlace abarcan una actividad reglada de asesoramiento y colaboración, no realizada a demanda, sino mediante la cooperación en el funcionamiento y las actividades de un servicio o de una unidad médico-quirúrgica. En los Programas de Enlace la actividad no se limita a la consulta de caso, sino que se amplía con el desarrollo de programas formalizados con los pacientes de ese servicio, y con las actividades de colaboración con los profesionales sanitarios para la detección del trastorno y el tratamiento de factores que influyen en la evolución del curso clínico. En el Hospital General Universitario Santa Lucía trabajamos en colaboración con los Servicios de Hematología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Otorrinolaringología, en la atención a los pacientes de cáncer desde el año 2008, dando respuesta a las interconsultas realizadas por los facultativos tanto en hospitalización como en consultas externas.

2. POBLACIÓN-DIANA

La población a la que se dirige la intervención psicológica es la de los pacientes oncológicos en todas las fases de la enfermedad; durante la hospitalización, en tratamientos ambulatorios y en la atención en cuidados paliativos. Se estima que el 25% de los pacientes con cáncer sufren depresión. Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello incluso aumentan este porcentaje debido a la cirugía mutilante a que son sometidos. Estudios previos (Estellet et al, 2005) muestran que, cerca del 45% de los pacientes laringectomizados afirman estar ansiosos y deprimidos como consecuencia de su enfermedad y tratamiento, y un 35.5% confiesan estar muy preocupados por su enfermedad incluso habiendo transcurrido más de tres años desde su intervención. La falta de información adecuada tanto al paciente como a su familia más cercana sobre las posibles complicaciones a las que tendrá que hacer frente y la manera de superarlas, crea un constante estado de ansiedad, sobre todo durante los primeros meses del tratamiento. Esta ansiedad aumenta si no existe el apoyo familiar, social e institucional suficiente.

3. RECURSOS

El equipo de Interconsulta y Enlace del HGUSL está formado por un facultativo especialista en Psicología Clínica y un facultativo especialista en Psiquiatría del Servicio de Psiquiatría que realizan las funciones de interconsulta y enlace en el hospital. Además se cuenta con la colaboración de los residentes de psicología clínica durante su rotación en Interconsulta y Enlace en su programa de formación sanitaria especializada. Estamos ubicados en un despacho de consultas externas y utilizamos una consulta de Hematología para atender a los pacientes en CEX.

4. OBJETIVOS

Los objetivos generales de la intervención psicológica en el paciente con cáncer son en primer lugar facilitar la adaptación del paciente y de su familia a la enfermedad, intentando promover un adecuado afrontamiento durante el proceso del diagnóstico, tratamiento y seguimiento, y en segundo lugar, conseguir una buena adherencia terapéutica, implicando al paciente en la toma de decisiones. Es candidato de atención psicológica no sólo el paciente que cumpla criterios de trastorno mental según el DSM-5, sino aquellos pacientes que presenten un mal afrontamiento de la enfermedad o del tratamiento, evitando pedir información sobre el manejo médico, miedo a la evolución de la enfermedad, que muestren dificultades de comunicación con su pareja o familia y/o manifiesten síntomas de ansiedad o humor depresivo que dificulten su ajuste emocional a la situación de enfermedad neoplásica (Hollenstein et al, 2003).

Los objetivos específicos que se persiguen con los pacientes laringectomizados son (Fernández, 2004):

- Facilitar la aceptación de la pérdida o daño corporal
- Promover el apoyo y la integración social, así como las relaciones interpersonales estrechas
- Desarrollar estrategias y recursos de afrontamiento eficaces
- Facilitar el desarrollo de la identidad personal y el desarrollo de un pensamiento realista y adaptativo en relación a los cambios sufridos por la enfermedad
- Potenciar la autoestima
- Favorecer la autorregulación emocional
- Tratar las alteraciones emocionales y comportamentales asociadas tanto a la hospitalización como a los tratamientos
- Aumentar la percepción de seguridad y apoyo sanitario
- Facilitar los procesos de toma de decisiones para el paciente y su familia

- Prevenir la aparición de trastornos adaptativos debido a la enfermedad médica y evitar de esta manera el desarrollo de patología psicológica o psiquiátrica de mayor gravedad que dificulte su recuperación,
- Prevenir “conductas de sobreprotección” por parte de la familia que interfieran en el proceso de recuperación y adquisición de autonomía por parte del paciente
- Reducir respuestas emocionales condicionadas.

5. FUNCIONES

Las funciones que el facultativo especialista en Psicología Clínica realiza en la atención a los pacientes con cáncer son:

- Evaluación: colaboración en diagnóstico de trastornos psicopatológicos y evaluación de alteraciones psicológicas (cognitivas, emocionales y/o comportamentales) que afecten a la enfermedad médica.
- Intervención psicológica: intervención multidisciplinar en enfermos hospitalizados, apoyo emocional en enfermedades graves o crónicas, abordaje de síntomas ansiosos y depresivos derivados de la hospitalización o asociados a enfermedad médica, intervención en crisis y manejo de situaciones conflictivas, intervención individual breve, intervenciones grupales.
- Derivaciones a otros recursos asistenciales: atención primaria, atención especializada, salud mental u otros recursos asistenciales y sociales.

5.1. Evaluación:

Utilizamos la entrevista como instrumento de evaluación imprescindible. Con los pacientes de cáncer la entrevista se convierte en un diálogo abierto en el que se ofrece al paciente la posibilidad de exponer libre y espontáneamente todo lo que quiera en un marco de comprensión empática (Comas, Shröder y Villalba, 2007). Las áreas a explorar en la entrevista clínica con el paciente oncológico (Hollenstein et al, 2003) son:

- Datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, genograma, nivel de estudios, historia laboral pasada y situación laboral en el momento actual
- Sintomatología física que presenta y tolerancia-efectividad del tratamiento actual
- Conocimiento del diagnóstico y pronóstico. Nivel de información
- Capacidad funcional y calidad de vida

- Motivo de demanda de atención psicológica
- Antecedentes médicos de interés
- Antecedentes oncológicos personales y familiares
- Antecedentes psicopatológicos personales y familiares
- Signos de deterioro cognitivo.
- Evaluación psicopatológica y psico-oncológica
- Expectativas en relación con la intervención psicológica

La calidad de vida tiene cada vez más importancia en oncología como consecuencia de la aparición de tratamientos altamente agresivos y de la capacidad de decisión del propio enfermo sobre su autonomía. Actualmente se considera como un objetivo a tener en cuenta en el proceso de toma de decisiones. La mayoría de los expertos en este campo perciben la calidad de vida como una estructura multidimensional constituida por una serie de dimensiones o factores. Estos factores incluyen fundamentalmente:

- Estado y funcionamiento a nivel físico. Estado funcional, morbilidad, actividad física, etc.
- Enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento. Síntomas específicos de la enfermedad o efectos secundarios de la terapia, tales como náuseas, vómitos, etc.
- Funcionamiento psicológico. Ansiedad o depresión que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento.
- Funcionamiento social. Alteraciones en la actividad social normal.

A estos factores se suelen añadir otros factores como pueden ser los relativos al estado espiritual o existencial, al funcionamiento sexual e imagen corporal, así como el referido a la satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos.

Se han utilizado diferentes índices para valorar la calidad de vida, pero como ejemplo destacamos el índice funcional de Karnofsky, utilizado con frecuencia en pacientes oncológicos. Es una escala ordinal desarrollada con la intención de obtener información para realizar el diagnóstico, determinar el tratamiento y valorar la respuesta clínica. La Escala de Karnofsky muestra el valor asignado a cada paciente de acuerdo con su grado de enfermedad y estado funcional. Es una tabla descendiente que va de la normalidad a la muerte. Así pues los pacientes con un valor igual o superior a 60 son capaces satisfacer la mayoría de sus necesidades, mientras que aquellos con un valor igual o inferior a 30 están totalmente incapacitados y necesitan tratamiento de soporte activo (Anexo I).

En los pacientes en los que se observa cierto impacto emocional o riesgo de padecerlo, puede administrarse el HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) (Zigmond y Snaith, 1983) como instrumento de cribado. Además, pueden estar indicados el BDI (*Beck Depression Inventory*) (Beck, Rush, Saw y Emery, 1979) o el STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*) (Spielberger, Gorsuch y Loushene, 1970) cuando haya indicios de depresión o ansiedad, respectivamente. Ambos son cuestionarios autoaplicados.

El BDI (Anexo II) consta de 21 ítems que evalúan un amplio espectro de síntomas depresivos, con especial énfasis en los cognitivos. Cada uno tiene cuatro alternativas de respuesta que puntúan de 0 a 3 según la gravedad del síntoma. Una puntuación igual o superior a 8 indica depresión moderada y mayor de 15 depresión grave. Por su parte, el STAI (Anexo III) está formado dos subescalas: ansiedad estado y ansiedad rasgo. Cada una de ellas está compuesta por 20 ítems que pueden puntuarse también de 0 a 3, indicando las puntuaciones más elevadas un nivel de ansiedad mayor. La primera hace referencia a cómo se siente la persona “ahora mismo”, y la segunda a cómo se siente “en general”. Estos cuestionarios nos van a permitir identificar mejor los posibles trastornos emocionales, facilitándonos el diagnóstico y orientándonos hacia el tratamiento.

La fase diagnóstica se realiza con todos los datos obtenidos en la evaluación, utilizando los criterios diagnósticos DSM. A continuación detallamos los diagnósticos psicológicos más frecuentes en los enfermos de cáncer: factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, trastorno de adaptación y trastorno depresivo debido a otra afección médica.

Tabla 1. Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas F.54

- A. Presencia de un síntoma o afección médica (que no sea un trastorno mental)
- B. Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a la afección médica de una de las siguientes maneras:
 - 1. Los factores han influido en el curso de la afección médica como se pone de manifiesto por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación o el retraso en la recuperación de la afección médica
 - 2. Los factores interfieren en le tratamiento de la afección médica (por ejemplo, poco cumplimiento)
 - 3. Los factores constituyen otros riesgos bien establecidos para la salud del individuo.
 - 4. Los factores influyen en la fisiopatología subyacente, porque precipitan o exacerbaban los síntomas, o necesitan asistencia médica
- C. Los factores psicológicos y conductuales del criterio B no se explican mejor por otro trastorno mental (por ejemplo, trastorno de pánico, trastorno de depresión mayor, trastorno de estrés postraumático)

Tabla 2. Trastornos de adaptación (F 43.2)

- A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés
- B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
 - 1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
 - 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente
- D. Los síntomas no representan el duelo normal
- E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses

Tabla 3. Trastorno depresivo debido a otra afección médica (F06.3)

- A. Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predominan el cuadro clínico
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica
- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental
- D. El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional
- E. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

5.2. Intervención psicológica:

Las intervenciones psicológicas más frecuentemente utilizadas (al igual que en otras áreas de la psicología de la salud) se basan, por una parte, en la terapia cognitivo-conductual, y por otra, en la orientación humanista. Nos referimos, por un lado, a las técnicas de autocontrol emocional y reestructuración cognitiva, y al counselling por otro. Si las técnicas cognitivo-conductuales se centran en la psicopatología de la persona, en conductas, emociones o pensamientos problema, el counselling lo hace en la persona como individuo que atraviesa una situación de crisis (y no tanto como paciente). Por tanto, este último se enfoca en trabajar sobre sus aspectos sanos.

Técnicas de autocontrol emocional:

Son aquéllas mediante las cuales tratamos de dotar a los pacientes de herramientas que les permitan manejar mejor las propias emociones, las reacciones que provocan y los efectos que suscitan en el cuerpo. Esta mejora en la gestión emocional redundará en el aumento de su bienestar y el mantenimiento de su salud mental. Además, contribuirá a un buen afrontamiento de las situaciones estresantes y problemáticas, tales como la enfermedad, los tratamientos e intervenciones quirúrgicas, la pérdida de la voz y la necesidad de comunicarse tanto en el ámbito familiar como social. Principalmente, se emplean técnicas para controlar la activación fisiológica que provocan los estados emocionales: un tipo de relajación, la relajación muscular progresiva, y una técnica de respiración, la respiración diafragmática.

- *La respiración diafragmática lenta* consiste básicamente en el direccionamiento de gran parte del aire de la inspiración hacia la parte baja de los pulmones, y la disminución de la frecuencia respiratoria. Mediante la activación del sistema nervioso parasimpático y la disminución de la hiperventilación, permite el control de la ansiedad en pocos minutos una vez que se ha realizado el entrenamiento correcto.
- *La relajación muscular progresiva*, desarrollada por Jacobson (1929), pretende la relajación a partir de la disminución de la tensión de los músculos, tensando y soltando alternativamente distintas zonas del cuerpo y la cara. Debido a su larga duración, suelen utilizarse procedimientos abreviados, como el de Bernstein y Borkoveck (1983).

A las técnicas de control de la activación puede unirse el entrenamiento en la identificación de las propias emociones y en estrategias específicas para controlar cada una de ellas (por ejemplo, la culpa o la frustración).

Técnicas de reestructuración cognitiva:

Se basan en la teoría de que las emociones no están provocadas directamente por las situaciones que vivimos sino por los pensamientos que éstas nos evocan, es decir, nuestra interpretación personal acerca de ellas. Por tanto, se buscan las ideas que subyacen a las emociones negativas que pueden aparecer en las distintas fases de la enfermedad. La reestructuración cognitiva pretende la identificación de los pensamientos que preceden o coexisten con cada una de ellas, la detección de distorsiones y creencias irracionales y su sustitución por pensamientos alternativos más adaptativos. Un ejemplo serían las creencias y pensamientos negativos de tipo social que aparecen en algunos pacientes laringectomizados y que provocan sentimientos de vergüenza, dificultando el aprendizaje de una comunicación más fluida y eficaz.

Counselling:

“El counselling es el arte de hacer reflexionar a una persona, empatizando y confrontando, por medio de distintas estrategias comunicativas, de tal modo que pueda llegar a tomar decisiones que considere adecuadas para ella, siempre teniendo en cuenta su estado emocional” (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003). Se sitúa en la posición opuesta a las actitudes paternalistas que tradicionalmente se han adoptado con los enfermos, y que tratan de imponer lo que los profesionales, en teórica posesión de la verdad, creen que es mejor para ellos. El counselling es un proceso deliberativo, donde se ayuda al paciente a elegir según sus propios valores, mejorando su capacidad de autodirección. Por tanto, se le acompaña, devolviéndole la responsabilidad de su proceso y facilitándole la elaboración de lo sucedido, la identificación de sus deseos y necesidades, la expresión de sus emociones y la toma de decisiones, siempre partiendo del aprovechamiento de sus recursos intrínsecos. Para ello, parte de una serie de actitudes que el terapeuta debe adoptar, como son la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional (Rogers).

6. PROCEDIMIENTO

La intervención psicológica debe ser solicitada por el facultativo responsable del paciente a través de interconsulta a Psicología Clínica en SELENE.

– **Interconsultas de Hospitalización** (ITC HOS PSICOLOGÍA CLÍNICA).

Entendemos por interconsultas de Hospitalización todas aquellas realizadas con los pacientes en Unidades de Hospitalización o en Hospital de Día. Algunos pacientes, por su estado físico o por los efectos secundarios de los tratamientos presentan dificultades para asistir a las consultas externas y beneficiarse de intervenciones individuales o grupales, por lo que resulta conveniente que puedan ser atendidos aprovechando su presencia en el Hospital de Día. Estas visitas se ajustarán a las necesidades de cada paciente y a la duración de la hospitalización.

– **Interconsultas de Consultas Externas** (ITC CEX PSICOLOGÍA CLÍNICA)

En el caso de las interconsultas de consultas externas se realiza un primer contacto con el paciente en el que se hace una evaluación de su estado psicológico y se toma la decisión de comenzar tratamiento o no, valorando qué tipo de intervención sería la más adecuada para cada caso: individual, grupal o derivación a otros recursos asistenciales o sociales.

- ♦ 1ª visita: evaluación del estado psicológico del paciente y decisión de incluir en programa grupal, intervención individual breve o derivación a otros recursos.
- ♦ 2ª visita y sucesivas: intervención individual breve o grupal.

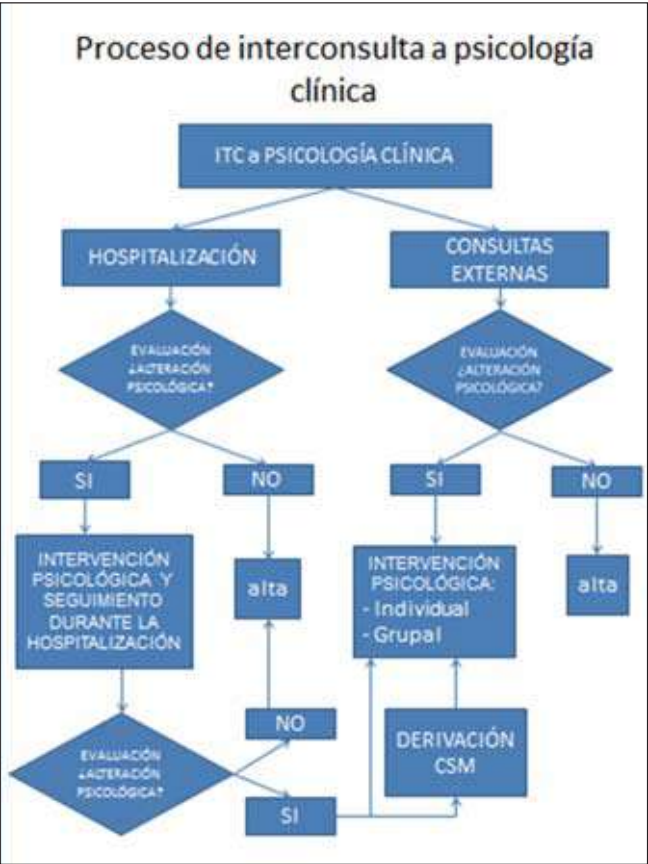


Tabla 4. Proceso de interconsulta a Psicología Clínica

6.1. Intervención breve individual:

Proponemos realizar una intervención breve estructurada en las que se pacte el número de sesiones al inicio, y en cada sesión se trate de manera específica las diferentes áreas problemáticas (control de la ansiedad, síntomas depresivos o alteraciones conductuales). Después del número de sesiones fijadas se evaluará al paciente para decidir el alta o la derivación a otros recursos asistenciales (Centro de Salud Mental, Asociaciones y grupos de autoayuda, otros).

6.2. Programa estructurado de intervención grupal:

Los pacientes sometidos a cirugía laríngea se encuentran con una serie de dificultades de comunicación, de relación social y de imagen corporal que implican

cambios sustanciales en su vida diaria. En la mejora de la calidad de vida y reinserción social de los pacientes laringectomizados está implicada la adaptación psíquica al trauma quirúrgico. La difícil situación vital que atraviesan estos pacientes puede provocar alteraciones psicológicas o el desarrollo de trastornos psicológicos graves (Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno de Ansiedad). El complejo proceso de adaptación para su reinserción psicosocial justifica la implantación de programas de intervención de Psicología Clínica, considerándose de especial interés el tratamiento grupal, ya que crea un espacio vital en el que es posible aprender de una forma privilegiada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes laringectomizados y traqueotomizados, y pacientes con cáncer de cuello y cabeza no intervenidos quirúrgicamente que presenten malestar psicológico asociado con su proceso de enfermedad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con cualquier patología psiquiátrica grave o con dificultades de comprensión que dificulten la adaptación al grupo

METODOLOGÍA:

En nuestro hospital contamos con una sala de grupos donde realizar las diferentes sesiones, utilizando un formato psicoeducativo dentro del enfoque cognitivo-conductual. Se utilizan técnicas de autorregulación emocional (respiración tranquilizadora, relajación progresiva, mindfulness) y de reestructuración cognitiva. Además de la información proporcionada en los grupos, los pacientes comprueban que el cambio es posible a través de ejercicios prácticos, convirtiéndose en agentes activos en su proceso de enfermedad. Las sesiones se estructuran de la siguiente manera:

1ª sesión: Presentación de los objetivos y de los participantes. Evaluación inicial.

2ª sesión: Definición del estrés, distinción estrés agudo/crónico y su influencia en la salud.

3ª sesión: componentes del estrés y estilos de afrontamiento.

4ª sesión: Concepto de ansiedad y sus componentes. Comienzo del entrenamiento en técnicas de manejo emocional: Respiración Abdominal I y Relajación Muscular Progresiva I.

5ª sesión: Entrenamiento en Respiración Abdominal II y Relajación Muscular Progresiva II.

6ª sesión: Identificación y manejo emocional I: la culpa.

7ª sesión: Identificación y manejo emocional II: la frustración.

8ª sesión: Reestructuración Cognitiva I: introducción al modelo cognitivo, análisis e identificación de pensamientos distorsionados.

9ª sesión: Reestructuración Cognitiva II: técnicas de manejo de los pensamientos distorsionados y búsqueda de pensamientos alternativos.

10ª sesión: Entrenamiento en Asertividad y técnicas de Habilidades Sociales.

11ª sesión: Repaso de habilidades adquiridas.

12ª sesión: Recogida de impresiones, cierre y despedida.

ANEXO I

Escala de Karnofsky	
Puntuación	Situación clínico-funcional
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

ANEXO II

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de frases. Lea con atención cada grupo y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Haga una cruz entre los corchetes que aparecen a la izquierda de la frase elegida. Si dentro del mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las frases de cada grupo antes de hacer la elección.

1 [0] No me siento triste

[1] Me siento triste

[2] Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo

[3] Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2 [0] No me siento especialmente desanimado de cara la futuro

[1] Me siento desanimado de cara la futuro

[2] Siento que no hay nada por lo que luchar

[3] El futuro es descorazonador y las cosas no mejorarán

3 [0] No me siento como un fracasado

[1] He fracasado más que la mayoría de las personas

[2] Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro

[3] Soy un fracaso total como persona

4 [0] Las cosas me satisfacen tanto como antes

[1] No disfruto de las cosas tanto como antes

[2] Ya no tengo ninguna satisfacción por las cosas

[3] Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

5 [0] No me siento especialmente culpable

[1] Me siento culpable en bastantes ocasiones

[2] Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones

[3] Me siento culpable constantemente

6 [0] No creo que esté siendo castigado

[1] Siento que quizás esté siendo castigado

[2] Espero ser castigado

[3] Siento que estoy siendo castigado

7 [0] No estoy descontento conmigo mismo

[1] Estoy descontento conmigo mismo

[2] Estoy a disgusto conmigo mismo

[3] Me detesto

8 [0] No me considero peor que cualquier otro

[1] Me critico por mi debilidad o por mis errores

[2] Continuamente me culpo por mis faltas

[3] Me culpo por todo lo malo que sucede

9 [0] No tengo ningún pensamiento de suicidio

[1] A veces pienso en suicidarme pero no lo haré

[2] Desearía poner fin a mi vida

[3] Me suicidaría si tuviese la oportunidad

10 [0] No lloro más de lo normal

[1] Ahora lloro más que antes

[2] Lloro continuamente

[3] No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

11 [0] No estoy especialmente irritado

[1] Me molesto o irrito con más facilidad que antes

[2] Me siento irritado continuamente

[3] Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

12 [0] No he perdido el interés por los demás

[1] Estoy menos interesado que antes en los demás

[2] He perdido gran parte del interés por los demás

[3] He perdido todo el interés por los demás

13 [0] Tomo mis propias decisiones igual que antes

[1] Evito tomar decisiones más que antes

[2] Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes

[3] Me es imposible decisiones

14 [0] No creo tener peor aspecto que antes

[1] Estoy preocupado porque parezco envejecido/a y poco atractivo/a

[2] Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo/a

[3] Creo que tengo un aspecto horrible

15 [0] Trabajo igual que antes

[1] Me cuesta más trabajo de lo habitual comenzar a hacer algo

[2] Tengo que obligarme a mi mismo para hacer algo

[3] Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

16 [0] Duermo tan bien como siempre

[1] No duermo tan bien como antes

[2] Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormirme

[3] Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme

17 [0] No me siento más cansado de lo normal

[1] Me canso más que antes

[2] Me canso en cuanto hago cualquier cosa

[3] Estoy demasiado cansado para hacer nada

18 [0] Mi apetito no ha disminuido

[1] No tengo tan buen apetito como antes

[2] Ahora tengo mucho menos apetito

[3] He perdido completamente el apetito

19 [0] No he perdido peso últimamente

Estoy tratando intencionadamente de perder peso, comiendo menos:

[1] He perdido más de dos kilos

[2] He perdido más de cuatro kilos

SI NO

[3] He perdido más de siete kilos

20 [0] No estoy preocupado por mi salud

[1] Me preocupan los problemas físicos como dolores, el malestar de estómago o los catarros

[2] Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otra cosa

[3] Estoy tan preocupado por las enfermedades que me resulta difícil pensar en otra cosa

21 [0] No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo

[1] La relación sexual me atrae menos que antes

[2] Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes

[3] He perdido totalmente el interés sexual

ANEXO III

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI)

ANSIEDAD-ESTADO

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANSIEDAD-RASGO

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

Capítulo 30

Oncología médica

Francisca Fernández Carvajal
María Calderón García
Celia Navarro Manchado
Gema Sánchez Fernández

1. ¿QUÉ ES LA QUIMIOTERAPIA?

El término quimioterapia se utiliza para los fármacos empleados en el tratamiento de las enfermedades neoplásicas o cancerígenas. Tiene como función impedir la reproducción de las células tumorales.

Como efectos colaterales también actúan sobre las células sanas, de forma más intensa sobre las células de crecimiento más rápido.

La quimioterapia para los tumores de cabeza y cuello se administra habitualmente por vía intravenosa, aunque existen algunos fármacos que se pueden administrar vía oral.

El tratamiento se administra a intervalos fijos de tiempo, cada periodo de tratamiento se conoce como ciclo y puede variarse dependiendo de las condiciones del paciente.

2. OBJETIVOS

En los tumores de cabeza y cuello la quimioterapia se administra según los siguientes esquemas:

- Inducción o neoadyuvante: previo a la cirugía o la radioterapia.
- Adyuvante: después del tratamiento con cirugía (suele utilizarse con radioterapia).
- Concomitante: quimioterapia con radioterapia (con intención radical).
- Paliativo: en enfermedad irreseccable o metastásica.

En la actualidad se utilizan también los tratamientos dirigidos, un grupo de fármacos diseñados para bloquear de forma específica aspectos concretos de la biología celular o tumoral, inhibiendo su crecimiento y diseminación y a la vez limita el daño en las células sanas.

Los fármacos citostáticos más utilizados en nuestro medio son:

- Metrotexato,
- Fluorouracilo,
- Cisplatino,
- Docetaxel,

- Bleomicina,
- y Cetuximab: en el tratamiento de estos tumores se utiliza este fármaco inhibidor del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) que se puede utilizar:
 - ♦ Con radioterapia →con intención radical.
 - ♦ Con quimioterapia →en enfermedad metastásica.
 - ♦ En monoterapia →en enfermedad metastásica.

3. EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA

La toxicidad asociada al tratamiento quimioterápico es un aspecto muy importante, principalmente por la influencia negativa que ejerce sobre la calidad de vida de los pacientes, así como el riesgo vital que puede suponer en algunas circunstancias.

Los efectos secundarios producen gran temor en los pacientes, por lo que es de gran importancia informarles sobre ellos y aconsejar sobre los tratamientos de soporte para lograr minimizarlos. Es importante señalar que no todas las personas experimentan todos los efectos secundarios ni en el mismo grado ya que en ocasiones son leves o inexistentes. Entre los principales efectos secundarios que van a aparecer durante y tras el tratamiento encontramos:

Astenia

Cansancio que a veces se presenta sin realizar actividades físicas, que no disminuye pese al descanso, que interfiere en la vida cotidiana y precisa permanecer en cama más tiempo.

La realización de las siguientes recomendaciones, pueden ser útiles para disminuir el cansancio:

- Conservar la energía, emprender solamente las actividades más importantes en los momentos con más energía, estableciendo prioridades.
- Aceptar las limitaciones, solicitar ayuda, compartir o delegar tareas.
- Mantener un equilibrio diario entre actividad física y descanso. Limitar el tiempo en la cama al del sueño.
- Evitar el consumo de estimulantes.
- Llevar una dieta equilibrada.
- Estilo de vida lo más normal posible.

Náuseas y vómitos

Las náuseas y vómitos se pueden presentar a lo largo de las diferentes fases del tratamiento, pueden ser:

- Anticipatorios: ocurren antes del segundo o siguientes ciclos de quimioterapia y pueden empezar durante o después de la aplicación del tratamiento en cualquiera de ellos. Alguno de los desencadenantes pueden ser los olores o pensar en el tratamiento.
- Agudos: generalmente se dan unas horas después de haber recibido el tratamiento.
- Diferidos o tardíos: se producen después de las 24 horas de administración del tratamiento y hasta los siete días siguientes.

Si son leves y se tratan rápidamente pueden ser incómodos pero no graves. Cuando son persistentes pueden causar deshidratación, desequilibrio electrolítico, pérdida de peso e incluso ganas de abandonar el tratamiento.

Actualmente se dispone de antieméticos muy efectivos para controlarlos.

Las recomendaciones para evitar las náuseas y vómitos son:

- Repartir las comidas en pequeñas cantidades a lo largo del día en cinco o seis veces.
- Masticar lentamente.
- Si aparecen náuseas, dejar la comida para más adelante.
- Evitar olores de la comida.
- Evitar comidas muy calientes.
- Beber sorbos de líquido frío a lo largo del día.
- No beber mucho durante las comidas para evitar la sensación de saciedad.
- Descansar después de comer, pero no acostarse pasada al menos una hora.
- Evitar llevar ropa ajustada, cinturones, etc.
- Puede ayudar a disminuir la angustia o la anticipación de náuseas o vómitos algún tipo de ejercicio de concentración, relajación o visualización positiva.

Anorexia

Es una situación bastante frecuente. Se puede producir por la misma enfermedad o por alguno de los efectos secundarios (nauseas, vómitos, etc.), por la angustia o la fatiga. Puede causar pérdida de peso.

El objetivo es mantener una correcta nutrición, con un aporte suficiente de proteínas y calorías.

Las recomendaciones para evitar la anorexia son:

- Repartir las comidas a lo largo del día.
- Utilizar platos pequeños para que parezca poca cantidad.
- Evitar alimentos calientes, mejor a temperatura ambiente o fríos.
- Texturas agradables, fáciles de masticar y tragar. Cuidar la presentación y el ambiente en el momento de comer.
- Evitar cocinar uno mismo y los olores de la comida.
- Tomar alimentos cocinados de forma suave (cocidos, asados, plancha).
- Beber los líquidos fuera de las comidas.
- Enriquecer los platos para tener garantizada la aportación diaria de los nutrientes necesarios.

En caso necesario, se deberá consultar con el servicio de nutrición para la suscripción de suplementos dietéticos.

Diarrea

Se caracteriza por el aumento de la frecuencia de las deposiciones y la consistencia casi líquida de las mismas.

Puede ocasionar desequilibrios electrolíticos y deshidratación.

Las recomendaciones para evitar la diarrea son:

- Evitar el consumo de cafeína, alcohol, zumos de naranja o ciruelas, grasas, fibra y comidas muy especiadas.
- Comer poca cantidad frecuentemente.
- Beber abundantes líquidos (agua, infusiones, zumos, caldos, etc.) para evitar la deshidratación.

- Una vez resuelta la diarrea volver a introducir los alimentos que se han restringido de forma gradual.

Si la diarrea persiste más de 24 horas hay que consultar al médico, en algunos casos estarán indicados el uso de medicamentos antidiarreicos, en situaciones graves se puede necesitar aporte de líquidos vía venosa para compensar las pérdidas.

Si fuera necesario, el médico podría modificar la dosis de los tratamientos.

Estreñimiento

Además de los tratamientos, hay otros factores que pueden contribuir al estreñimiento, como es la disminución de la actividad y los cambios en la dieta.

Las recomendaciones para evitar el estreñimiento son:

- Mantener una cierta actividad física.
- Beber a lo largo del día 1,5 ó 2 litros de líquido (agua, zumos, infusiones...).
- Aumentar en la dieta alimentos que aporten fibra como frutas o verduras.
- Horario rutinario para ir al baño.
- Si el estreñimiento se prolonga, se debe consultar si es conveniente la toma de laxantes.

Xerostomía

Es el síntoma que define la sensación subjetiva de la boca seca. Se produce por la disminución de producción de saliva de las glándulas salivares.

Las recomendaciones al paciente para evitar la xerostomía son:

- Evitar ingerir alimentos resacos o muy espesos, bebidas gaseosas y líquidos azucarados o ácidos.
- Tomar a menudo pequeños sorbos de agua.
- Masticar chicle, chupar pequeños trocitos de hielo.
- Realizar una buena higiene bucal.

- Enjuagues con suero salino o bicarbonato sódico varias veces al día.
- No utilizar colutorios con alcohol.

Alteraciones de la mucosa de la boca

Se define como mucositis a la inflamación de la mucosa oral e intestinal. Se manifiesta por dolor e incomodidad.

Es una de los efectos secundarios más frecuentes del tratamiento combinado con quimioterapia y radioterapia en los tumores de cabeza y cuello. Favorece la infección por hongos y puede dificultar enormemente la correcta alimentación durante y después del tratamiento. En la siguiente tabla (Tabla 1) se pueden observar los diferentes grados de mucositis según la afectación:

GRADO	DESCRIPCIÓN
0	Sin síntomas.
1	Úlceras indoloras, eritema o sensibilidad leve.
2	Eritema doloroso, edema o úlceras, pero aun puede comer.
3	Eritema doloroso edema o úlceras, no puede comer.
Las recomendaciones requieren sostén de nutrición parenteral o enteral.	

Tabla 1. Grados de mucositis.

- Examen diario de la boca.
- Eliminar el tabaco y el alcohol por completo.
- Mantener una buena higiene de la boca, cepillado dental con cepillo muy suave y pasta fluorada para prevenir la desmineralización y el desarrollo de la placa bacteriana. El cepillado no se puede sustituir por los enjuagues orales.
- Colutorios orales sin alcohol para evitar que irriten la mucosa oral. La clorhexidina previene la infección microbiana, la inflamación y el sangrado.
- Enjuagues con suero salino fisiológico o bicarbonato sódico además de prevenir la mucositis disminuyen los síntomas de xerostomía.

- Las dentaduras postizas o prótesis mal adaptadas, aumentan la aparición de lesiones, si es así, prescindir de ellas el tiempo máximo.
- En la alimentación se deben evitar los alimentos irritantes como el ácido, salado, picante y amargo y tomar los alimentos templados, evitando los calientes.
- Se deben tomar alimentos fáciles de masticar y de tragar, mejor texturas cremosas.
- Comer masticando lentamente y tomando pequeños sorbos de líquido.
- La mucositis se puede aliviar con agentes de revestimiento mucoso, anestésicos tópico y analgésicos.

Alopecia

Son muchos los fármacos que producen la caída temporal del pelo. La intensidad de la caída depende del fármaco administrado. No existen fármacos para prevenirla.

Generalmente el cabello empieza a salir entre dos y tres semanas tras finalizar el tratamiento.

Con el tratamiento prolongado con anticuerpos monoclonales, algunos pacientes pueden presentar pestañas largas y rizadas y pelo y barba fino y frágil y de crecimiento lento.

Las recomendaciones para la retrasar o reducir la alopecia son:

- No utilizar tintes ni secadores y evitar la exposición al sol.
- El crecimiento anormal de las pestañas puede provocar conjuntivitis, por lo que es conveniente cortarlas.

Fotosensibilización

Algunos fármacos citostáticos pueden producir reacciones de hipersensibilidad con la exposición al sol.

Las recomendaciones a seguir son:

- No exponerse a las radiaciones solares en las horas de máxima incidencia.
- Utilizar protección solar.

Xerosis

Consiste en la sequedad de la piel y mucosas. Se localiza principalmente en brazos y piernas.

Las recomendaciones para evitar la xerosis son:

- Tomar duchas cortas con agua tibia y con jabones suaves.
- Evitar geles y lociones que contengan alcohol.
- Aplicarse cremas hidratantes que no sean muy oleosas.

Eritrodisestesia palmoplantar

Se presenta inicialmente con alteraciones sensitivas y hormigueos en las palmas de las manos y plantas de los pies. Estos síntomas van seguidos de edema y un eritema simétrico, progresando a descamación, ulceración, infección y pérdida de función.

Las recomendaciones para la eritrodisestesia palmoplantar son:

- No utilizar agua caliente.
- Refrescar manos y pies con compresas frías, hidratarlos.
- No frotar la piel ni masajear.
- Utilizar calzado cómodo y ropa holgada.
- No hacer ejercicio intenso los días siguientes al tratamiento de quimioterapia.
- Elevar manos y pies al estar sentado o acostado.

Rash acneiforme

Es una reacción cutánea inducida por los anticuerpos monoclonales (Cetuximab). Se trata de la reacción cutánea más intensa y que se manifiesta en primer lugar. Es reversible y generalmente mejora con el tiempo.

El rash se distribuye en las áreas ricas en glándulas sebáceas: cara, cuello, espalda, tronco y cuero cabelludo. En la siguiente tabla (Tabla 2) se especifican los diferentes grados de Rash.

GRADO	DESCRIPCIÓN
GRADO 0	No existe toxicidad.
GRADO 1	Cuando afecta a la cara y no se acompaña de síntomas.
GRADO 2	Igual que el grado 1 pero asociado a prurito y afectando un área inferior al 50% de la superficie corporal.
GRADO 3	Cuando la erupción se extiende además de la cara al tórax y la espalda, a más del 50% de la superficie corporal o las lesiones son confluentes dolorosas, maculosas, papulares, vesiculares y descamativas.
GRADO 4	En forma de una dermatitis exfoliativa generalizada y/o con presencia de úlceras.

Tabla 2. Grados de Rash.

Las lesiones cutáneas pueden sobreinfectarse lo que puede dar lugar a graves complicaciones.

Las recomendaciones previas y durante el tratamiento:

- Lavado de cara y cuello con agua tibia y jabón neutro que no tenga alcohol.
- Protección solar con cremas y métodos de pantalla (sombreros, sombrillas, etc.)
- En hombres utilizar maquinilla eléctrica para el afeitado.
- Evitar el rascado y manipulación de las lesiones.
- No utilizar productos que resequen la piel.
- Manejo de la toxicidad por el oncólogo.



Figura 297. Exantema acneiforme por Cetuximab en paciente con recidiva peritraqueostomía.

Alteraciones de la médula ósea

Los fármacos quimioterápicos no actúan exclusivamente sobre la célula tumoral, al actuar sobre distintos mecanismos de la división celular, afectan también a las células sanas, especialmente a las que tienen gran capacidad de replicación o renovación.

Las células hematopoyéticas, localizadas en la médula ósea, son las más expuestas a esta destrucción.

Anemia

Se debe a la disminución de los hematíes. No solo influye en la calidad de vida del paciente sino también en la efectividad del tratamiento oncológico.

En los casos severos el paciente puede precisar ayuda mediante la administración de Eritropoyetina e incluso con alguna transfusión de sangre.

Neutropenia

Es el descenso del número de neutrófilos, conlleva una importante alteración en los mecanismos de defensa del paciente.

La principal complicación que se puede producir en el paciente neutropénico es la infección, que puede llegar a ser mortal.

Es importante observar si el paciente tiene fiebre, escalofríos o cualquier otro síntoma que haga sospechar una infección.

En su prevención y tratamiento se utilizan los factores estimulantes de granulocitos (G-CSF) administrados por vía subcutánea.

Los consejos para pacientes con neutropenia son:

- Evitar el contacto con personas con infecciones activas hasta que las cifras de neutrófilos se recuperen.
- Extremar la higiene personal.
- Evitar contacto con heces de animales.
- Acudir a urgencias si presenta una temperatura de 38°C o mayor, escalofríos, tiritonas o síntomas de infección de algún órgano.

Trombopenia

Se entiende por trombopenia la disminución del recuento de plaquetas. Si es muy marcada puede asociarse a sangrado nasal o de mucosas.

Dependiendo del grado de severidad puede ser necesaria la transfusión de plaquetas.

Los consejos para pacientes con trombopenia son:

- Evitar riesgos de traumatismos y heridas.
- Evitar el estreñimiento.
- Aumentar la ingesta de líquidos para una correcta hidratación.
- Emplear protectores gástricos.
- Evitar los antiagregantes plaquetarios.
- En caso de sangrado importante acudir a urgencias.

Con el fin de detectar y corregir estas alteraciones, se realizan análisis de sangre de forma periódica y previa a la administración de cada uno de los ciclos de quimioterapia.

4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La comunicación de una enfermedad grave como es el cáncer que además tiene todavía una connotación de muerte y de padecimiento en nuestra sociedad, provoca un impacto emocional en los pacientes y familiares que requiere, durante todo el proceso, nuestra implicación como profesionales de la salud.

Las reacciones de los pacientes ante el diagnóstico de cáncer pueden ser de incapacidad, negación o aceptación. Cuando una persona recibe este diagnóstico tiene que reestructurar sus proyectos de vida.

El aspecto psicosocial durante todo el proceso tiene una gran importancia, siendo predominante en el momento del diagnóstico en el que se debe ofrecer la atención necesaria en cuanto a información para reducir el impacto y poder afrontar y superar esta dura enfermedad. En este primer momento los enfermeros cumplen un papel fundamental debido a la cercanía con el paciente.

La comunicación es fundamental en todas las relaciones humanas, y los mensajes que lanzamos a las personas que atendemos influyen en el modo de afrontar su enfermedad. Por tanto, debemos tener muy claro lo que vamos a decir y cómo lo vamos a decir.

Es importante crear desde el principio una relación de ayuda con el paciente. Esta ayuda no es un mero hecho técnico, cambia en función del estado de salud del paciente y también en función de las habilidades de ayuda del profesional. Además, es importante derivar a otros profesionales cuando detectemos posibles trastornos o no sepamos o podamos afrontar la situación eficazmente.

Para conseguir una relación de ayuda es imprescindible:

- Empatizar.
- Escuchar activamente.
- Aceptar incondicionalmente: no juzgar.
- Personalizar y confrontar.
- Autenticidad: ser nosotros mismos y manejar sentimientos.

Cuando un paciente acude por primera vez a someterse a un tratamiento de quimioterapia es recibido desde el Hospital De Día Oncológico (HDDO) por el enfermero/a, quien le enseñará la ubicación y funcionamiento del servicio. Posteriormente, el paciente y acompañante pasarán a una sala para realizarle la entrevista de enfermería en un ambiente privado y cercano donde puedan expresar sus dudas e inquietudes. Este primer contacto es muy importante para el paciente, no sólo por la información que recibe, sino porque además disminuye la incertidumbre, el miedo y la ansiedad ante el tratamiento.

En el momento de la entrevista el enfermero debe:

- Conocer la enfermedad oncológica, proceso evolutivo y su tratamiento.
- Establecer una valoración global sobre las necesidades alteradas y problemas reales y/o potenciales.

- Integrar el proceso de educación sanitaria en los planes de cuidados.
- La entrevista de enfermería incluye:
 - ♦ Anamnesis y valoración del paciente por patrones funcionales de salud.
 - ♦ Proporcionar información sobre los autocuidados a llevar durante y después del tratamiento con quimioterapia.
 - ♦ Informar sobre los posibles efectos secundarios generales y específicos del tratamiento que va a recibir, así como consejos para paliarlos.
 - ♦ Resolver preguntas y dudas que puedan surgir a lo largo de la entrevista.
 - ♦ Mostrar apoyo y disponibilidad.

Además, al final de la entrevista se les entrega toda la información por escrito en un tríptico desarrollado por enfermeros del Hospital de Día de Oncología del Hospital General Universitario Santa Lucía, para poder interiorizar y asimilar todo lo transmitido (Anexo 1).

En cada sesión de quimioterapia, el paciente es citado a primera hora de la mañana en la sala de extracciones del HDDO, para realizarle la analítica solicitada por el oncólogo y canalizar una vía venosa de acceso periférico (Figura 298) o reservorio subcutáneo (Figura 299 y 300) para la posterior administración del tratamiento.



Figura 298. Paciente con vía venosa periférica canalizada.

Una vez obtenidos los resultados de la analítica, el paciente pasa a la consulta médica para ser valorado por el oncólogo y posteriormente al HDDO para recibir el tratamiento prescrito.

También puede ocurrir que el paciente no necesite pasar por la consulta médica para iniciar su tratamiento por diferentes motivos:

- porque haya asistido el día anterior,
- porque el tratamiento con quimioterapia de inicio ya está prescrito,
- o porque no necesite control de analítica y/o médico en todos sus ciclos.

Durante la administración del tratamiento, el enfermero comprobará de forma rigurosa el fármaco, la dosis y velocidad de perfusión. Además, vigilará el mantenimiento de la vía venosa y la aparición de posibles reacciones adversas.



Figura 299. Sistema de perfusión del tratamiento de quimioterapia.



Figura 300. Enfermero iniciando el tratamiento a través de reservorio subcutáneo.

ANEXO I. TRÍPTICO ENTREGADO A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO

 Quimioterapia	¿Qué es la quimioterapia? Consiste en la administración de fármacos generalmente por vía oral o intravenosa, destinados a luchar contra las células tumorales frenando su crecimiento y multiplicación. ¿Dónde se administra? La quimioterapia se puede administrar de forma ambulatoria en el Hospital de Día Médico, o también de forma hospitalaria en la Unidad de Oncología, en forma de ciclos regulares, durante varios meses. ¿Cómo se administra? El día de la administración del tratamiento, se le extraerá sangre y será visto posteriormente por su médico quien prescribirá el tratamiento adaptado expresamente para usted y de forma personalizada. Tras ser preparado el tratamiento en el Servicio de Farmacia, le será administrado en la unidad correspondiente. Debe saber que este proceso se puede alargar en el tiempo debido a la implicación de varios servicios (laboratorio, farmacia...etc.). Venga preparado para ello. La quimioterapia se puede administrar de las siguientes maneras: - Por vía venosa periférica, dentro de un suero. Esta infusión puede durar varias horas, e incluso puede ser una perfusión continua de días para lo que deberá estar ingresado. - Mediante un infusor portátil. Este sistema es pequeño y manejable y va conectado a un acceso venoso central (Port-a-cath o reservorio) que le permite estar en casa mientras recibe de manera continuada el tratamiento, la duración puede oscilar entre dos días y una semana. - Mediante comprimidos que puede tomar en casa. - Por medio de inyecciones intramusculares o subcutáneas.	Su médico le indicará el modo más adecuado para recibir su tratamiento. Puede preguntar cualquier duda a su enfermera. SI DURANTE LA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE SU TRATAMIENTO SIENTE DOLOR, QUEMADURA O CUALQUIER OTRO SÍNTOMA, COMUNÍQUELO INMEDIATAMENTE Y AVISENOS TAMBIÉN SI HAY ALGUNA PÉRDIDA DEL LÍQUIDO DEL SISTEMA DE SUERO.	 ¿Qué cuidados debo llevar durante el tratamiento? Procure estar tranquilo y evite los movimientos bruscos para evitar desconexiones del sistema de infusión. Puede levantarse para ir al aseo, previa desconexión de la bomba de perfusión de la red eléctrica. Su tratamiento puede durar varias horas, si está ingresado incluso días y puede comer durante el mismo. Si está en el Hospital de Día se le servirá bocadillos, zumo, fruta y yogures. Es recomendable que traiga lectura o cualquier otro pasatiempo para hacer más amena la espera. Efectos secundarios de la quimioterapia: La quimioterapia puede producir diferentes reacciones en las personas. No siempre aparecen, ni son iguales en cada paciente, tampoco significan una mejor o peor respuesta al tratamiento. Normalmente son efectos temporales y desaparecen poco después de finalizar el tratamiento. También es importante saber que son trastornos que pueden mejorar aplicando unas normas sencillas de comportamiento y/o con tratamiento sintomático farmacológico". Si a pesar de estos consejos, tiene dificultad para manejar estos problemas, coméntelo con su médico o enfermera.	Alteraciones en la sangre: -Descenso de glóbulos blancos. Si el recuento de estas células es bajo, usted es más propenso a sufrir infecciones por ello, es aconsejable tras el tratamiento y durante varios días, evitar los lugares con mucha gente, personas con resfriados, gripe u otras infecciones. SI PRESENTA FIEBRE MAYOR DE 38º DEBE ACUDIR A URGENCIAS AL HOSPITAL DE REFERENCIA.  -Anemia o descenso de hemates. -Descenso de las plaquetas (permiten que la sangre coagule). Tiene más riesgo de sangrado, evite el uso de cuchillas, use cepillo de dientes suave y tenga cuidado con objetos cortantes. Náuseas y vómitos: No todos los tratamientos las producen. Si le afectan a usted, además de tomar la medicación prescrita, le sugerimos las siguientes recomendaciones: • Realice comidas en pequeña cantidad y con frecuencia (cinco veces al día) • Intente comer despacio y evite las grasas, alimentos ácidos o muy condimentados. • Mastique y coma despacio • Evite los lugares con olores fuertes. Alteraciones del gusto y el olfato: Los tratamientos cambian con frecuencia el sabor de los alimentos. - Las carnes y alimentos ricos en proteínas pueden tener un gusto amargo o metálico. - Evite comidas muy calientes o muy frías.
---	--	---	--	--

ANEXO I. TRÍPTICO ENTREGADO A LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO (continuación)

Estreñimiento o diarreas: - Diarrea. Tome abundantes líquidos, comidas pequeñas y frecuentes y evite el café, alcohol, leche y derivados. - Estreñimiento. Tome una dieta rica en fibra. Beba líquidos en abundancia y realice ejercicio moderado.		Mucositis (lagas en la boca y garganta): - Siga una rigurosa higiene dental, realice enjuagues bucales con agua, bicarbonato y sal y mantenga los labios hidratados. - Evite bebidas o alimentos muy calientes, picantes o ácidos. Cansancio: Es frecuente que aparezca la primera semana del tratamiento y permanezca durante el mismo, descanse todo lo que necesite. Alteración de la fertilidad: El tratamiento puede alterar el ciclo menstrual y pueden aparecer síntomas asociados a la menopausia. Consulte con su médico. Debe seguir métodos anticonceptivos durante la quimioterapia y durante unos 6 meses después de su finalización para prevenir el embarazo. Consulte al médico en caso de: • Náuseas y vómitos incontrolados. • Fiebre, tos, dificultad para respirar y dificultad o dolor al orinar. • Hemorragias y hematomas. • Estreñimiento o diarrea prolongados. • Reacción de hipersensibilidad: picor o enrojecimiento en la piel, dificultad o ruidos al respirar, etc. • Ante cualquier duda.	Recomendaciones que debe seguir durante este tratamiento: - Durante el tratamiento deberá seguir un control analítico estrecho. - No tome ningún medicamento sin antes consultarlo con su médico. - Beba unos dos litros de líquidos al día durante todo el tratamiento. - Hidrate su piel tras la higiene diaria. - Evite las comidas copiosas, es mejor comer 5 ó 6 veces al día y pequeñas cantidades. - Mientras esté tomando el medicamento y después de acabar el tratamiento, no reciba ninguna vacuna sin el conocimiento previo de su médico. - Evite tomar el sol y protéjase del mismo con gorra, pañuelo, gafas de sol...etc. y utilice un protector solar. - No puede quedarse embarazada por riesgo de malformación del feto y no debe lactar. Utilice medidas anticonceptivas eficaces. - Lávese las manos a menudo y siempre después de ir al baño. - Es aconsejable que no fume durante los meses que esté recibiendo el tratamiento y evite consumir bebidas alcohólicas. - Es importante el apoyo de los familiares y amigos, dejese ayudar. - Puede comer de todo, solo evite carnes y embutidos crudos y lave bien frutas y verduras. - Es bueno que lleve una vida lo más normal posible. - Debe evitar lugares concurridos o cerrados con personas que sean portadoras de infecciones como la gripe o resfriados. - Puede hacer ejercicio moderado y adecuado a su condición física.	- Puede tener contacto con niños y embarazadas sin ningún tipo de problemas, con la única precaución de que no tengan contacto con las excretas. Recomendaciones para el manejo de excretas (orina, heces, vómitos): La quimioterapia que se le ha administrado se elimina a través de su orina, heces, vómitos y demás líquidos biológicos. Es por ello que debe tomar las siguientes precauciones: Desde el mismo día que se pone al tratamiento y los 6 días posteriores al mismo es conveniente que cada vez que utilice el wáter use lejía y la deje durante 10-15 minutos, haciendo dos descargas de la cisterna posteriormente para neutralizar dichos vertidos antes de que pasen a la red. En caso de ropa o suelos manchados de sangre, heces, orina, vómitos... se neutralizan igualmente. Esperamos que estos consejos le sean de utilidad y estamos a su disposición para que nos consulte sus dudas.		Estas indicaciones pueden variar según las recomendaciones específicas de su médico para su caso.
--	---	--	---	--	---	--

Capítulo 31

Radioterapia en el cáncer de laringe

Blanca Álvaro Matel
Juan Antonio Blázquez Soto
Luisa María Cervantes Urán

1. INTRODUCCIÓN

Hoy en día, existen los medios apropiados para poder diagnosticar precozmente, e incluso conocer cuáles son los factores promotores que hacen a las personas ser más susceptibles a padecer en un futuro un cáncer de laringe. Por otro lado, hasta la década de los 90, la radioterapia no se impuso como alternativa real del tratamiento conservador para pacientes con cáncer de laringe, siendo los pacientes sometidos en su mayoría al tratamiento quirúrgico.

A pesar de la continua evolución en el tratamiento tanto en técnicas quirúrgicas como en conservadoras (radioterapia y quimioterapia), puede variar la curación de este tipo de tumores entre un 30 a 90%.

Según la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), se define la radioterapia como “un tratamiento exclusivamente local o loco-regional (cuando se incluyen los ganglios cercanos al tumor), es decir trata el cáncer en su lugar de origen y su objetivo varía en función de cuando se administra”. Este tipo de intervención trata de destruir las células cancerosas a través de administrar rayos X, radiación gamma o partículas de alta energía. Actualmente es utilizado en exclusiva en estadios iniciales del cáncer de laringe.

2. TIPOS E INDICACIONES DE LA RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE LARINGE

Dentro de los tipos de radioterapias empleadas, la más extendida es la radioterapia externa o de rayos externos, en la que la fuente de radiación emisora parte de fuera del cuerpo del paciente y va dirigido hacia la laringe. Hoy en día, este tipo de terapia se ha modernizado incorporando un sistema en tres dimensiones que permite con mayor precisión determinar la localización exacta de las células tumorales, entre las que se destacan:

- Radioterapia de conformación tridimensional (3D-CRT): La radiación simultáneamente se genera desde distintos puntos del foco emisor y va dirigido hacia distintas partes del tumor (Figuras 301-302).
- Radioterapia de intensidad modulada: Es la manera más común de radioterapia en el cáncer de laringe e hipofaringe. Consiste en un sistema tridimensional similar al 3D-CRT, pero empleando una técnica en la que la computadora se mueve alrededor del paciente conforme se emite la radiación.
- La radioterapia interna o también conocida como braquiterapia, es un procedimiento poco utilizado para el cáncer de laringe, ya que trata de combatir las células cancerígenas desde una fuente alojada en el interior del paciente.



Figura 301. Radioterapia externa de carácter tridimensional.



Figura 302. Máscara de protección facial para radioterapia hecha a medida del paciente.

Las indicaciones más frecuentes del uso de la radioterapia en el cáncer de laringe son las siguientes:

- Como único tratamiento, cuando se trate de un tumor bien localizado y estadíos I o II (el tumor no afecta ganglios linfáticos).
- Como tratamiento adyuvante a quimioterapia.
- Como tratamiento paliativo, para aliviar síntomas de un cáncer de laringe avanzado como dolor (radioterapia antiálgica), disfagia, problemas asociados a metástasis ósea, hemorragias (radioterapia hemostática) o atelectasias pulmonares (radioterapia descompresiva).
- Como tratamiento pre-cirugía o post-cirugía.

En los tumores de laringe, la radioterapia se suele fraccionar en 35-45 sesiones pautadas en 7-8 semanas, en las que el paciente recibe una dosis por sesión de 1 o 2 Gy (Gray, mide la dosis absorbida), recibiendo una dosis aproximada de 70 Gy tras finalizar el tratamiento. La zona irradiada comprende a todo el cuello, en la que se incluye el área supraclavicular y la zona posterior del cuello (estas dos últimas zonas reciben una dosis en torno a 50 Gy).

3. EFECTOS INDUCIDOS POR LA RADIOTERAPIA

La célula cancerosa se multiplica a mayor velocidad que la célula sana. La radioterapia actúa alterando el ADN de la célula cancerosa impidiendo así su crecimiento, división y propagación. Este efecto comienza después de varios días o semanas de tratamiento y tras terminar las sesiones siguen destruyéndose células durante semanas o meses. Las células sanas del tejido sano que está junto a la zona radiada también se verán afectadas, pero al ser células sanas, en su mayoría, volverán a recuperar su funcionamiento normal.

Actualmente la radioterapia es considerada como el tratamiento más efectivo para el cáncer en cabeza y cuello. Sin embargo, a menudo estos pacientes experimentan síntomas inducidos por la radioterapia en relación a la dosis de radiación administrada, la zona de tratamiento y la situación del paciente (sensibilidad de la piel, alimentación, hidratación).

Los efectos secundarios potencialmente reversibles y más comunes son:

- Xerostomía (sensación de sequedad de boca).
- Disfagia (dificultad para deglutir).
- Radiodermitis (desde un leve picor hasta ulceración e incluso necrosis, nunca se llegará a este último estadio, se paralizaría el tratamiento antes).
- Radiomucositis (Inflamación de la mucosa oral, favorece la desnutrición del paciente; se acentúa por el tabaco, el alcohol o por una higiene dental deficiente del paciente).
- Disgeusia (alteración del gusto, puede sentir deseo de repulsión hacia los alimentos).
- Cansancio, fatiga o astenia (por el propio tratamiento o por cambio de movilidad geográfica).
- Dolor (Generalmente local, acompañado de odinofagia, acentuado por la mucositis).
- Dificultad respiratoria (por inflamación de la laringe) y empeoramiento de la ronquera.

- Infecciones oportunistas y/o contagiosas producidas por agentes bacterianos, fúngicos o virales.
- Alopecia debido a la atrofia de los folículos pilosos.

Entre los efectos tardíos y que comparten la tendencia a la cronicidad, destacamos los siguientes:

- Mielitis (dolor de la médula ósea).
- Hipotiroidismo (debido a que el tiroides recibe una dosis elevada de radiación).
- Atrofias y fibrosis cutáneas (debido al proceso inflamatorio y/o reparador crónico sobre los tejidos irradiados, que desencadena la formación de tejido fibroso).
- Osteonecrosis (la radioterapia es un factor de riesgo para esta complicación, suele aparecer en el lecho tumoral o en sus cercanías).
- Telangiectasias.
- Hipoacusia (de transmisión por ocupación del oído medio o de tipo neurosensorial crónica e irreversible, pudiendo ser unilateral o bilateral).
- Trismus (por fibrosis de los músculos maseteros, que puede desencadenar un problema para masticar y/o hablar)
- Caries y pérdida de piezas dentales
- Aparición de segundos tumores por radioinducción (la incidencia entre pacientes tratados comparada con no tratados por la radioterapia es inferior al 1%).
- La destrucción del cartílago que compone los anillos de la tráquea (es un efecto adverso poco frecuente, y en tal caso estos pacientes necesitaran una traqueotomía o laringectomía).

Por último, todos los efectos adversos ya enunciados podrían verse gravemente acentuados por la concomitancia de otros tratamientos, especialmente por la quimioterapia en la que se producen efectos sinérgicos.

4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Después de conocer cuáles son los efectos adversos inducidos por la radioterapia, vamos a ver a continuación cómo interviene la enfermería en los cuidados a estos pacientes. Son los siguientes:

- Para la limpieza y desinfección de la cavidad bucal se utilizarán soluciones isotónicas o con bicarbonato sódico que previenen tanto la mucositis como la aparición de una xerostomía. Está contraindicado el uso de soluciones alcohólicas debido a que resecan la mucosa de la boca e inhiben la producción de saliva.
- Tras una correcta higiene bucal, si se produce una hemorragia oral se deberá de actuar enfriando la zona con frío local (p. ej.: cubitos de hielo) y aplicando presión local. Si persiste el sangrado, se aplicarán selladores de fibrina o agentes hemostáticos locales.
- Hay que concienciar al paciente para el abandono del hábito tabáquico y del alcohol antes, durante y después del tratamiento.
- Hay que enseñar al paciente y a la familia los posibles síntomas gastrointestinales más comunes ocasionados por la radioterapia (diarrea, náuseas, vómitos...).
- Hay que pautar una dieta variada, rica en vitaminas y con el suficiente aporte calórico. En el caso de que aparezcan síntomas como alteración del gusto, inapetencia o disfagia deberemos favorecer la presentación líquida o en formato purés. Si el paciente presenta una xerostomía deberemos favorecer la producción salival por medio de alimentos como la piña (estimula la saliva de forma natural), cubitos de hielo o masticar chicles sin azúcar que permiten una boca fresca y limpia.
- Para el alivio de la mucositis, se puede emplear anestésicos tópicos, analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) siempre que su consumo sea responsable y estimado para un plazo corto de tiempo, ya que, su consumo prologando aumenta el riesgo de sangrado. (Ver cuadro 1).
- En pacientes portadores de cánula, en los que se emplea la radioterapia tras cirugía, se deberá de comprobar que el estoma esté bien cicatrizado antes de comenzar con el tratamiento. También es importante vigilar los signos de maceración o infección, evitar el excesivo roce de las cintas de sujeción y utilizar una cánula de silicona hipoalérgica. Como consecuencia del tratamiento se produce un aumento de las secreciones por alteración de la mucosa traqueal pudiendo ocasionar tapones mucosos, tos y dificultad respiratoria por lo que la cánula deberá estar siempre limpia y permeable. Es importante vigilar el aspecto y viscosidad de las secreciones (mucosidad espesa, purulenta, maloliente, etc.).
- Se administrará profilaxis antifúngica a los pacientes tratados con radioterapia en cabeza y cuello, ya que, son más propensos a la infección por candida. Si esta afección aparece tendremos que utilizar antifúngicos por vía sistémica.

- Para evitar el rascado de la piel, se deberá recomendar al paciente las uñas cortadas y limpias, así se podrá prescribir antihistamínicos ante prurito de la piel.
- La zona irradiada debe estar perfectamente delimitada, si se encuentra dudoso se deberá repasar con rotulador para no sobrepasar la zona que pueda presentar efectos secundarios locales. Está contraindicado el uso de lociones con base alcohólica tipo after shave o el uso de maquillaje en la zona irradiada.
- Hay que educar a los pacientes de que la zona irradiada se debe lavar con agua tibia y secarse suavemente, sin fricción.
- Evitar apósitos adhesivos sobre la zona irradiada, si fuese necesario utilizaríamos vendajes y/o apósitos de tecnología Safetac®, que actúan sellando y protegiendo la piel; y no arrancan células de la epidermis. (Figuras 303 y 304).
- Dependiendo del nivel de alteración de la piel clasificamos la radiodermitis en varios grados y en cada uno de ellos aplicaremos el tratamiento necesario (ver cuadro 2).



Figuras 303 y 304. Apósitos específicos indicados en radioterapia.

GRADOS DE MUCOSITIS (OMS)

Grado 0: No alteración de la mucosa.

Grado I: Eritema y dolor leve.

Grado II: Eritema, úlceras parcheadas, aumento del dolor. Pasa a alimentación blanda o semisólida.

Grado III: Eritema, edema, úlceras confluentes, dolor severo, saliva espesa, voz afectada. Sólo tolera alimentación en forma líquida.

Grado IV: Ulceración hemorrágica y necrosis. Soporte enteral o parenteral.

Cuadro 1. Grados de Mucositis.

GRADOS DE RADIODERMITIS

Dependiendo del nivel de alteración de la piel clasificamos la radiodermitis en varios grados y en cada uno de ellos aplicaremos el tratamiento necesario.

Grado 0: Piel normal y sin cambios. Será suficiente aplicar cremas hidratantes (preferiblemente específicas para pieles radiadas, -Figura 305- 3 veces /día. No utilizar aloe vera si está en tratamiento con Cetuximab.

Grado I: Eritema, enrojecimiento, descamación seca y picor. Mantener la zona seca y aireada, utilizar cremas hidratantes, compresas con manzanilla (a temperatura ambiente durante 2-3 minutos) y para el picor valorar el uso de cremas con corticoide no absorbible (aunque no es recomendable utilizarlas mucho tiempo porque pueden provocar atrofia cutánea). Figura 306.

Grado II: Eritema brillante, descamación húmeda parcheada, edema moderado, escozor. Figura 307.

Grado III: Descamación húmeda confluyente, edema importante y dolor. En G-II y G-III es necesario el seguimiento diario vigilando la evolución. Pueden ser precisas curas diarias oclusivas con apósitos de silicona Safetac® que mantengan un ambiente húmedo en la herida para favorecer la cicatrización, valorar la utilización de pomadas cicatrizantes o epitelizantes y de pomadas con antibiótico para evitar la sobreinfección. En G-III se valorará la suspensión del tratamiento durante unos días para regenerar la piel. Figuras 308 y 309.

Grado IV: Ulceración, hemorragia y necrosis. No ocurre. Antes habremos suspendido el tratamiento.

Cuadro 2. Grados de radiodermitis y tratamiento.



Figura 305. Diferentes tipos de lociones y cremas en el que está indicado su uso para la radiodermitis.



Figura 306. Radiodermatitis de grado I.



Figura 307. Radiodermatitis de grado II.



Figura 308. Radiodermatitis de grado III.



Figura 309. Pomada cicatrizante utilizada en radiodermitis.

5. RECOMENDACIONES

Pese a que las recomendaciones no desempeñan un formato de obligatoriedad dentro del tratamiento con radioterapia, sí que se deberían cumplir rigurosamente para minimizar los posibles inconvenientes estimados. Entre ellas, destacamos las siguientes recomendaciones:

- La piel debe protegerse del sol, al menos durante el primer año tras la finalización del tratamiento. Utilice crema solar ante mínima exposición al sol.
- Evitar ropas ajustadas, preferiblemente ropa holguera y de confeccionado en algodón.
- Cepillado dental inmediatamente después de cada comida con cepillo de dientes suave acompañado de pasta dentífrica fluorada para prevenir la desmineralización dental y prevenir infecciones orales.
- Se aconseja una visita previa al dentista antes de comenzar el tratamiento para evitar posibles focos de infección.
- Se recomienda el uso de geles hidratantes neutros hidrosolubles en la zona irradiada y en aquella zona que existe deshidratación de mucosas, siempre que no contengan derivados del petróleo tipo vaselina, ya que genera sequedad tisular.
- Se recomienda la retirada de dentaduras postizas mal adaptadas al paciente durante el tratamiento con radioterapia, ya que, provoca mayor susceptibilidad a las complicaciones en el paciente.
- Procure afeitarse con maquinilla eléctrica, no recomendándose apurar el afeitado con cuchilla.
- Evite la sudoración, se recomiendan actividades deportivas suaves con una duración de menos de 15-20 minutos.

- Para mejorar la radiodermitis, se recomienda 2-3 veces/día hidratar la piel con hidratantes específicos para zonas irradiadas (Figura 310). Aplicar compresas de manzanilla a temperatura ambiente durante 2-3 minutos suelen también aliviar el picor.
- Para mejorar la mucositis, se recomienda una dieta blanda, fácil de digerir, con alimentos fríos o a temperatura ambiente, en tomas pequeñas pero frecuentes. Se deberá excluir alimentos irritantes, calientes, salados, con especias y bebidas carbonatadas. Se encuentra alivio tomando miel (actúa como antiséptico y cicatrizante natural).
- Descansar después de las sesiones de radioterapia, y cuando lo necesite. Además del descanso nocturno que es muy importante.

6. CONCLUSIONES

Uno de los motivos por los que se impulsó este tratamiento conservador frente a la cirugía fue con el fin de preservar la laringe, y con ello la función fonatoria del paciente. Se ha demostrado que la preservación de la laringe fue significativamente más alta a nivel estadístico en pacientes que recibieron la radioterapia previamente a quimioterapia, en comparación a aquellos que primero recibieron quimioterapia y luego radioterapia, y en aquellos que solo recibieron radioterapia.

Por último, el uso de protones en vez de fotones está dando mejores resultados en el tratamiento de la radioterapia, como por ejemplo utilizar menor dosis de radiación para lograr el mismo efecto terapéutico y reduciendo prácticamente a la mitad los efectos radioinducidos en tejidos.

El personal de Enfermería tiene un papel fundamental tanto en la prevención con el tratamiento de las lesiones de los tejidos sanos, reduciendo las consecuencias, educando y enseñando a familiares y pacientes, estableciendo planes de cuidados individualizados y dirigidos a los autocuidados.



Figura 310. Realización de una cura causada por una radiodermitis.

Capítulo 32

El trabajador social en la atención al paciente con cáncer de laringe

Ana María Cegarra González

María del Mar Cegarra López

Laura Bejar Espín

1. INTRODUCCIÓN

Este tema surge ante la necesidad compartida de interactuar entre los distintos servicios implicados en la atención al paciente laringectomizado del Hospital General Universitario Santa Lucía, con fin de poder prestar una atención integral, aclarándole y orientándole de forma global en todas aquellas situaciones que se le puedan plantear como consecuencia de su situación de salud. Actualmente, cada hospital debe disponer de un Servicio de Trabajo Social cuya dotación deberá adecuarse a las necesidades de la población que abarca, estableciendo los mecanismos oportunos para garantizar la atención integral del paciente, familia, grupo o comunidad y conseguir una mayor calidad de asistencia sanitaria.

Partimos de que todos los ciudadanos somos usuarios potenciales de los Servicios Sociales, independientemente de nuestro régimen de cotización o nuestras circunstancias laborales. Algunas personas hacen uso de los servicios sociales durante etapas prolongadas debido al tipo de problemática que les afecta, otras son atendidas de forma puntual ante situaciones de emergencia o de crisis. No obstante, la mayor expectativa de vida, los cambios en la estructura familiar, o el desempleo de larga duración, motivan que cada vez sean más los ciudadanos que necesiten en un momento u otro de su vida las prestaciones básicas de los Servicios Sociales.

El trabajo social en el campo de la salud, engloba toda la actividad que se ocupa de los aspectos psicosociales del individuo, a través del estudio, diagnóstico y tratamiento de los factores sociales que concurren en la promoción de la salud y en la aparición de la enfermedad, colaborando en potenciar el carácter social de la medicina.

La integración en el ámbito hospitalario supone la aportación de alternativas o soluciones a las dificultades/problemas sociales que surgen con la aparición o desarrollo de la enfermedad, con el objetivo de evitar los desajustes socio-familiares que se producen como consecuencia de la pérdida de salud, estableciendo un sistema de participación de los pacientes y/o familiares de atención individual y la toma de decisiones terapéuticas.

El principal motivo de su creación es atender y tratar las necesidades sociales de diversa índole, que presente el enfermo o familia, con ocasión de su estancia en el Hospital, con el fin de que no obstaculicen su tratamiento o incorporación a su medio habitual. La derivación a la Unidad de Trabajo Social se realizará a través de una interconsulta generada por el facultativo o personal de enfermería que esté atendiendo al paciente, en la que se expondrá brevemente la demanda realizada.

La procedencia puede ser tanto paciente hospitalizado como de consultas, en ambos casos se acordará una cita con el paciente o familiar para facilitarle adecuadamente la información requerida y en la que se realizará:

- Estudio y análisis de las demandas recibidas y necesidades detectadas para llevar a cabo el tratamiento de la problemática social que incide en el proceso de salud-enfermedad.
- Elaboración del diagnóstico social del enfermo como aportación global al plan general de tratamiento.
- Establecimiento del diseño de intervención.
- Información, orientación y asesoramiento de las posibles alternativas y recursos existentes.
- Gestión y aplicación de recursos socio-sanitarios.
- Tramitación y cumplimentación de la documentación requerida.
- Coordinación y derivación socio-sanitaria con otros miembros del equipo de salud, servicios sociales, asociaciones, etc.

Algunas de las actividades, que realiza el Trabajador Social en el ámbito sanitario, relacionadas con la atención directa a personas laringectomizadas son la información y asesoramiento a los usuarios en la problemática social planteada, así como la aplicación de recursos para la satisfacción de las necesidades existentes, entre los que se encuentran los detallados a continuación.

2. ¿QUÉ SON LOS SERVICIOS SOCIALES?

Es un servicio público de atención a la ciudadanía que tiene como objetivo asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente durante todas las etapas de su vida, teniendo cubiertas las necesidades sociales básicas. Entendemos por necesidades sociales aquellas dificultades que las personas pueden tener en el entorno donde conviven o en la relación familiar o personal que establecen.

El sistema de servicios sociales es el conjunto de actuaciones y recursos dirigidos a la promoción y desarrollo pleno de todas las personas y colectivos, con el objetivo de lograr la mayor cota de bienestar social y calidad de vida. El sistema de servicios sociales es de carácter universal, esto quiere decir que va dirigido a toda la población, independientemente del municipio en el que residan. De forma complementaria las diferentes Administraciones pueden adaptar estos servicios teniendo en cuenta sus particularidades socio-demográficas, territoriales, económicas, etc.

Para comprender mejor el funcionamiento del Sistema Público de Servicios Sociales, es importante señalar que se encuentra estructurado en dos niveles de atención:

2.1. Servicios Sociales Generales o Básicos:

Constituyen el primer nivel de atención. Se trata de la puerta de acceso al sistema público, y gestiona servicios universales y gratuitos. La misión de este primer escalón se centra en la evaluación y diagnóstico de las necesidades de cada individuo o colectivo, identificando aquellos recursos y prestaciones que podrían aplicarse para ayudarle a superar su situación. La atención se presta en los Centros de Servicios Sociales.

2.2. Servicios Sociales Especializados:

Constituyen el segundo nivel de atención, van destinados a determinados sectores de población que, por su particular vulnerabilidad, requieren de una atención específica (tales como personas con discapacidad, toxicomanías, mayores, etc.). Dentro de este segundo nivel de atención, encontraríamos servicios como: residencias de personas mayores, centros de protección de menores, centros ocupacionales para personas con discapacidades, etc. El acceso a este nivel especializado de atención depende de la valoración inicial realizada en los Servicios Sociales Generales, ya que es desde el nivel básico de atención desde el que se puede derivar hacia recursos específicos.

3. SERVICIOS SOCIALES GENERALES

3.1. Programas de intervención:

Los recursos, programas y prestaciones que se desarrollan a través de los servicios sociales pueden agruparse en relación a los objetivos generales que antes señalábamos:

3.1.1.-Servicio de Información, Orientación y Asesoramiento: sobre los derechos y prestaciones a los que podemos tener acceso, tanto del propio sistema de servicios sociales como de cualquier otro ámbito (empleo, educación, vivienda... etc.). A partir de la evaluación de las necesidades expresadas por cada persona, se informa de los recursos y prestaciones disponibles que más se ajusten a sus necesidades, derivándoles, si fuese necesario, al segundo nivel de atención, constituido por los Servicios Sociales Específicos o a otras entidades.

3.1.2.-Animación y desarrollo comunitario: hace referencia a aquellas actuaciones de carácter preventivo que promueven la participación de las personas en la vida social y comunitaria, favoreciendo un clima de integración y convivencia. Algunos de estos recursos son: orientación laboral, promoción del voluntariado, fomento del asociacionismo, etc.

3.1.3. Servicio de apoyo a la familia y convivencia: haría referencia a aquellos recursos y prestaciones diseñados para dar un respiro a las unidades de convivencia ante aquellas circunstancias especiales que puedan desencadenar procesos de vulnerabilidad o riesgo de exclusión. Algunos de estos recursos y prestaciones son: Servicio de Ayuda a Domicilio, Tele-asistencia, Renta Mínima de Inserción, Ayudas Económicas de Emergencia.

Servicios y funcionamiento:

Servicio de Ayuda a Domicilio:

El servicio de ayuda a domicilio se dirige a individuos o familiares en situación de riesgo o dependencia y tiene por objeto prevenir y atender situaciones de necesidad prestando apoyo de carácter doméstico, social, educativo, rehabilitador o técnico. Su objetivo es facilitar la autonomía personal en el medio habitual (en el domicilio, generalmente), evitando así un posible internamiento, potenciando la autonomía del beneficiario del servicio.

Los beneficiarios prioritarios son:

- Personas Mayores con limitaciones en su autonomía personal o que vivan solas y requieran apoyo para permanecer en su hogar.
- Personas con discapacidad, de cualquier edad, con limitaciones importantes de autonomía personal.
- Menores a los que hay que cuidar o atender por ausencia de los padres o tutores, o cuando éstos, por circunstancias provisionales de enfermedad u otros motivos suficientemente justificados, no puedan ejercer sus funciones parentales, siempre que tales circunstancias no supongan una situación de desamparo o requiere la asunción de la guarda por parte de la Autoridad Competente.

El Servicio de Ayuda a Domicilio puede incluir las siguientes prestaciones básicas de carácter personal y doméstico:

- Movilización, aseo personal y vestido.
- Apoyo tareas de limpieza de la vivienda, lavado y planchado de ropa.
- Realización de compras, preparación o servicio de comidas.
- Acompañamiento.

Servicio de tele-asistencia domiciliaria:

El servicio de Tele-asistencia es un recurso de carácter preventivo, que facilita la permanencia de los beneficiarios en su medio habitual de vida (domicilio), así como el contacto con su entorno socio-familiar, evitando el desarraigo y asegurando una intervención adecuada e inmediata en caso de urgencias sociales o médicas.

Se trata de un dispositivo similar a un teléfono que permite a las personas mayores y/o discapacitadas que viven solas y en situación de vulnerabilidad, entrar en contacto verbal desde su domicilio con un centro de atención especializada, pulsando el botón instalado en un medallón o pulsera que deben llevar puesto dentro del domicilio. La atención se presta las 24 horas del día y todos los días del año. Asimismo, se dispone de unidades móviles que en caso de necesidad se trasladan al domicilio del usuario para dar solución a la emergencia surgida, mediante la movilización de recursos, por ejemplo una ambulancia o médico en caso de urgencia médica.

Ayudas económicas de emergencia

Se definen como prestaciones sociales de carácter económico para situaciones de especial necesidad y / o emergencia social. Estas ayudas están dirigidas a personas o unidades familiares que presenten situaciones de carencia de medios económicos y en las que concurren circunstancias que puedan suponer riesgo de exclusión social. Los solicitantes deberán acreditar documentalmente encontrarse en una situación de emergencia y falta de recursos económicos, así como alcanzar una puntuación mínima establecida por baremo en cada municipio.

Rentas mínimas de inserción

La renta mínima es una prestación económica que posibilita el derecho que tienen todos los ciudadanos a disponer de medios económicos para hacer frente a las necesidades básicas de la vida cuando no puedan obtenerlo del empleo o de otro régimen de protección social. Esta es una prestación implantada a nivel nacional, aunque su denominación puede variar en las diferentes Comunidades Autónomas, y que se gestiona desde los Servicios Sociales municipales.

Las rentas mínimas de inserción suelen incluir:

- Una prestación de naturaleza económica integrada por la suma de una prestación mensual básica y un complemento mensual variable, en función de los miembros que formen la unidad de convivencia, con objeto de satisfacer las necesidades básicas de la vida.

- Apoyos personalizados para la inserción social o laboral, que se hacen efectivos mediante el acceso a los programas de servicios sociales, de empleo y de otros sistemas de protección social, en el marco de los programas individuales de inserción.
- Posibilidad de participar en Proyectos de Integración (actividades organizadas y dirigidas a la promoción personal y social de un grupo de personas que se encuentran en situación o riesgo de exclusión social, promovidas por Corporaciones Locales o Entidades de iniciativa social sin ánimo de lucro).

4. SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS

Tras ser valorada cada situación a través de los servicios sociales básicos, las demandas pueden ser canalizadas hacia el segundo nivel de atención, constituido por los Servicios Sociales Específicos. Se trata de servicios, recursos y prestaciones destinados a colectivos que por sus especiales circunstancias y características, precisan una asistencia específica.

Los sectores de población a los que se dirigen estos servicios sociales específicos son: discapacitados, mayores, familia e infancia, personas en situación de exclusión (personas sin hogar, ex reclusos... etc.), toxicomanías, enfermedad mental, entre otros.

El equipamiento de estos servicios específicos está integrado por: centros de carácter residencial, (tanto temporal como permanente), centros de atención ambulatoria y centros ocupacionales.

5. VALORACIÓN DE LA MINUSVALÍA

Otra de las funciones del trabajador social es la Información y orientación sobre el proceso de determinación del grado de discapacidad a efectos de los beneficios, derechos económicos y servicios previstos en la legislación vigente; así como la revisión cuando hubiese sido reconocido con carácter temporal o bien con carácter definitivo se produzca un agravamiento o mejoría.

Reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad:

Objeto:

Determinar el grado de discapacidad a efectos de los beneficios, derechos económicos y servicios previstos en la legislación vigente; así como la revisión cuando hubiese sido reconocido ese grado con carácter temporal o bien con carácter definitivo, cuando se produzca un agravamiento o mejoría.

Destinatarios:

Personas físicas que padezcan algún tipo de discapacidad física, psíquica o sensorial.

Requisitos:

Ser español o extranjero residente en España.

Padecer algún tipo de discapacidad física, psíquica o sensorial.

Documentación:

- Solicitud.
- Fotocopia compulsada del Documento Nacional de Identidad (DNI) del solicitante y, en su caso, del representante legal o guardador de hecho, si el interesado es español, o documento acreditativo en caso de extranjero. En el caso de no tener nacionalidad española, fotocopia compulsada de la Tarjeta de Residente Original o fotocopia compulsada de todos los informes médicos y/o psicológicos que acrediten la discapacidad alegada, el proceso patológico que ha dado origen a las deficiencias, el diagnóstico y las medidas terapéuticas indicadas.

Si es pensionista de invalidez: fotocopia compulsada de la Resolución del INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social) reconociendo la condición de pensionista por incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez.

Todas estas gestiones se deben tramitar en el Instituto Murciano de Acción Social (IMAS).

BENEFICIOS SOCIALES Y ECONÓMICOS VINCULADOS AL GRADO DE MINUSVALÍA			
ASPECTOS CONTEMPLADOS	GRADOS MINUSVALÍA	PROGRAMAS, PRESTACIONES Y APOYOS SOCIALES	GRADOS MINUSVALÍA
PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	65% o más.	Prestación económica por invalidez. Incremento del 50% en la cuantía económica si tiene un 75% del grado de minusvalía.	GERENCIAS TERRITORIALES DE SERVICIOS SOCIALES
PRESTACIÓN FAMILIAR POR HIJO A CARGO	33% y 65%.	Prestación económica hasta los 18 años con el 33% y de 18 en adelante con el 65%.	INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL
LISMI (Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos)	33% o más.	Asistencia sanitaria y farmacéutica y rehabilitación. Garantía de ingresos mínimos 65% y terceras personas 75%. Subsidio de movilidad y gastos de transporte.	GERENCIAS TERRITORIALES DE SERVICIOS SOCIALES
BENEFICIOS FISCALES EN EL I.R.P.F	33% o más.	Desgravación de la renta familiar por diversos conceptos. Reducción IRPF para personas trabajadoras con minusvalía. Deducción adquisición a la vivienda.	AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA
CENTROS ESPECÍFICOS	33% o más.	Centros de día, vivienda apoyada y tutelada y residencias.	GERENCIAS TERRITORIALES DE SERVICIOS SOCIALES
VEHICULO	33% o más.	Reducción o exención del impuesto de matriculación. Exención del impuesto municipal de circulación. Exención abrocharse el cinturón de seguridad.	AGENCIA ESTATAL DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA
AYUDAS INDIVIDUALES	33% o más.	Ayuda a domicilio Asistencia especializada	CENTROS DE ACCIÓN SOCIAL
AYUDAS MUTUALIDADES	33% o más.	Ayudas económicas Ayudas a domicilio Ingreso en centros	MUTUAS
ABONO SOCIAL DE MOVISTAR	65%.	Reducción de la cuota de instalación	MOVISTAR

BENEFICIOS SOCIALES Y ECONÓMICOS VINCULADOS AL GRADO DE MINUSVALÍA			
ASPECTOS CONTEMPLADOS	GRADOS MINUSVALÍA	PROGRAMAS, PRESTACIONES Y APOYOS SOCIALES	GRADOS MINUSVALÍA
OTROS	33% o más.	Tarjeta dorada de RENFE. Planes y fondos de pensiones. Protección jurídica.	RENFE ENTIDADES GESTORAS GERENCIAS TERRITORIALES

6. LEY DE DEPENDENCIA

¿Qué es el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia?

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) se constituye con el fin de promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia en todo el territorio del Estado español, con la colaboración y participación de las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus respectivas competencias, optimiza los recursos públicos y privados disponibles y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados. La dependencia es el “estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

La Ley de Dependencia 39/2006, de 14 de diciembre, establece que “el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales”.

¿Qué prestaciones ofrece el Sistema?

El Catálogo de Servicios del Sistema es el siguiente:

- Servicio de prevención de las situaciones de dependencia y las de promo-

ción de la autonomía personal.

- Servicio de Teleasistencia.
- Servicio de Ayuda a Domicilio:
 - ◆ Atención de las necesidades del hogar.
 - ◆ Cuidados personales.
- Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - ◆ Centro de Día para Mayores
 - ◆ Centro de Día para Menores de 65 años
 - ◆ Centro de Día de Atención Especializada
 - ◆ Centro de Noche
- Servicio de Atención Residencial:
 - ◆ Residencia de Personas Mayores en situación de dependencia.

Documentación necesaria:

- Solicitud cumplimentada y fotocopia (D.N.I.).
- Informe de salud en modelo normalizado, así como los informes médicos de que disponga el solicitante y que acrediten la situación de dependencia.
- Las solicitudes podrán ser presentadas en:
 - ◆ Ventanilla Única.
 - ◆ Centros de Servicios Sociales de la Región.
 - ◆ Registros del IMAS

7. CONCLUSIONES

El Trabajo Social tiene como meta principal, dentro del ámbito sanitario, la de eliminar las dificultades y complicaciones sociales que en los aspectos clínicos se puedan presentar, y que obstaculizan la curación y mejoría del paciente. Para

ello la Institución debe ser conocedora de la existencia del servicio y de los cauces de derivación, asumiendo el aspecto social de la enfermedad como parte del proceso de atención integral al enfermo. En éste aspecto la demanda de atención va en aumento, a ello contribuyen mucho las nuevas tecnologías que facilitan una derivación más fluida e inmediata, siendo atendido el usuario con unas demoras mínimas y desde el inicio de la hospitalización y/o atención ambulatoria.

El temor a las repercusiones que la enfermedad pueda tener en una completa recuperación de la autonomía y restitución de la forma de vida previa a la enfermedad así como el afrontar las limitaciones que pueda generar, donde acudir, qué puedo hacer y de que recursos puedo disponer son las preocupaciones propias del paciente y sobre las que se intenta informar y orientar procurando disminuir la sensación de incertidumbre y aislamiento del enfermo y sus familiares, ante una situación nueva e inesperada y que les desborda.

Una de las principales limitaciones a las que nos enfrentamos es la dificultad de realizar intervenciones más completas y ágiles desde el punto de vista de la asignación de recursos y aplicación efectiva, demoras por otra parte que escapan a nuestras posibilidades y que son consecuencia de la lentitud burocrática y la escasez de recursos y prestaciones.

Ante esta situación nuestro objetivo debe estar siempre orientado a ayudar a mejorar las capacidades de las personas para resolver sus problemas y enfrentarse a las dificultades vinculadas con los sistemas, junto con proporcionarles recursos, servicios y oportunidades. Identificación y comprensión de procesos psicosociales como: creencias, prejuicios, estereotipos, discriminación, valores, entre otras, siendo todas ellas situaciones y carencias compartidas por muchos de nuestros usuarios.

A modo de resumen, es necesario que todos los implicados en este proceso de salud/enfermedad den a conocer con mayor énfasis el servicio que puede proporcionar el trabajador social a estos pacientes y/o familiares ya que son usuarios muy necesitados de apoyo, receptivos y agradecidos ante la información y ayuda que se les facilita.

Capítulo 33

Actuación sobre el tabaquismo desde el servicio de ORL

Francisco Bernardo Ramos Postigo
Jordi Balaguer Meler

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es la principal causa aislada de morbilidad prematura prevenible en los países desarrollados. Anualmente mueren en el mundo 6 millones de personas a consecuencia de fumar y se estima que en el año 2030 la mortalidad atribuida al consumo de tabaco ascienda a 10 millones, de las cuales el 30% se producirán en países desarrollados y el 70% en países en vías de desarrollo. Muchos de los efectos adversos del tabaco sobre la salud son reversibles si se deja de fumar. Por ello cualquier intervención reglada sobre el consumo de tabaco es costo-efectiva.

El consumo de tabaco está asociado con numerosas enfermedades, aumentando considerablemente en los fumadores el riesgo de morir por estas (TABLA 1). Desde 1978 hasta el año 2001 ha habido un incremento de las muertes atribuibles al tabaquismo en nuestro país y desde ese año se inicia una tendencia leve a la disminución de la mortalidad, debido fundamentalmente al descenso de las enfermedades cardiovasculares. Este fenómeno es consecuencia de la disminución de la prevalencia del consumo ha pasado de ser del 40,1% en 1978 al 29,5% en el año 2006. Este descenso global no ha sido por igual en hombres y mujeres, habiéndose producido en la población masculina un descenso de la prevalencia del 29,4%, en 1978 fumaban el 64,7% mientras en 2006 lo hacían el 35,3%. En cambio, las mujeres se han comportado de forma distinta, incrementando su prevalencia en este periodo en un 7,3%, pasando del 16,6% de fumadoras en 1978 a al 23,9% en el año 2006.

En España, en el año 2006 se produjeron 53.155 muertes atribuibles al consumo de tabaco en individuos de 35 y más años de edad, lo que supone el 14,7% (25,1% en varones y el 3,4% en mujeres) de las muertes totales ocurridas en España. Teniendo una gran importancia que el 27,4% de estas muertes eran prematuras, es decir, ocurridas antes de los 65 años de edad.

Tabla 1.-Riesgos Relativos (RR) para fumadores actuales de cigarrillos de enfermedades casualmente relacionadas con el consumo de cigarrillos, en varones y mujeres de 35 y más años de edad. Estudios CPS I (1959-65) y CPS II (1982-86).

Enfermedad	Varones		Mujeres	
	CPS-I	CPS-II	CPS-I	CPS-II
Enfermedad coronaria, edad ≥ 35	1,83	1,94	1,40	1,78
Enfermedad coronaria, edad 35-64	2,25	2,81	1,81	3,00
Lesiones cerebrovasculares, edad ≥ 35	1,37	2,24	1,19	1,84
Lesiones cerebrovasculares, edad 35-64	1,79	3,67	1,92	4,80
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	8,81	9,65	5,89	10,47
Cáncer de labio, boca y faringe	6,33	27,48	1,96	5,59
Cáncer de esófago	3,62	7,60	1,94	10,25
Cáncer de páncreas	2,34	2,14	1,39	2,33
Cáncer de laringe	10,00	10,48	3,81	17,78
Cáncer de pulmón	11,35	22,36	2,69	11,94

Fuente: American Cancer Society's Cancer Prevention Studies (CPSI y CPS II)

2. EFECTOS DEL TABACO EN EL ÁREA DE LA OTORRINOLARINGOLOGÍA

En el área de la Otorrinolaringología (ORL), la agresión de las más de 4.500 sustancias que contiene el humo del cigarrillo produce sobre los tejidos y células de este tracto un importante daño por los siguientes mecanismos:

- La temperatura del humo al inhalarse produce una quemadura crónica sobre el epitelio.
- Las sustancias irritantes como los fenoles o aldehídos actúan sobre las células epiteliales atrofiando los cilios y disminuyendo su capacidad defensiva, siendo más vulnerable a las infecciones.
- La vasoconstricción producida por la nicotina y la acción del monóxido de carbono sobre los vasos sanguíneos, comprometen la vascularización y oxigenación de las células.
- La acción cancerígena producida por los hidrocarburos y nitrosaminas que actúan sobre las enzimas reguladoras de la multiplicación celular y la mutación genética generan atipia celular.

La lesión más temida, sin lugar a dudas, por su incidencia, trascendencia y gravedad es el cáncer de laringe, que en España tiene una incidencia de 20 casos nuevos por 100000 hab./año, siendo la probabilidad de morir por cáncer de laringe de los fumadores 10 veces superior con respecto a los no fumadores. En las mujeres esta probabilidad es mayor, teniendo 17,8 veces más riesgo de morir las fumadoras con respecto a las no fumadoras, habiéndose incrementado este riesgo en los últimos años debido a la mayor exposición de la mujer al tabaco en la segunda mitad del siglo XX.

Para ver con más claridad la contribución del consumo de tabaco en ciertas patologías y el beneficio que se obtendría si se quitara ese factor de riesgo (TABLA 2), se observa que el 80,7% de todos los cánceres de laringe en los varones se deben al tabaquismo (42,2% fumadores, 38,5% exfumadores) y el 63,9% a mujeres (39,1% fumadoras y 24,8% exfumadores). Igualmente, tiene una carga muy importante en el cáncer de labio, boca, faringe, esófago, siendo del 91,2% y el 31,4% la contribución de los varones y mujeres fumadores respectivamente, a este tumor.

Tabla 2. Fracciones Poblacionales atribuibles (%) al consumo de tabaco, según causas de muerte seleccionadas, estatus de tabaco y sexo. España 2006.

Enfermedad	Varones			Mujeres		
	Total	Fumador	Exfumador	Total	Fumador	Exfumador
Cáncer de Labio, boca, faringe, esófago	91,2	60,2	31,0	31,4	22,7	8,7
Cáncer de Páncreas	23,6	19,2	4,4	12,1	7,7	4,4
Cáncer de Laringe	80,7	42,2	38,5	63,9	39,1	24,8
Cáncer de traquea, Bronquios, pulmón	89,6	47,7	41,9	51,8	39,5	12,3
Cáncer de Cuello de útero	-	-	-	20,0	12,3	7,7
Cáncer de Vejiga	44,7	19,2	25,5	10,5	6,5	4,0
Cáncer de Riñón	46,8	22,2	24,6	4,1	3,0	1,1
Cardiopatía Isquémica 35-64 años	48,6	36,1	12,5	38,3	33,6	4,7
Cardiopatía Isquémica	20,2	7,6	12,6	3,1	1,8	1,3
Cerebrovascular 35-64 años	53,6	47,9	5,7	49,1	3,4	1,4
Cerebrovascular > 65 años	22,5	11,2	11,3	1,4	1,4	0,0
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	84,7	22,0	62,8	37,2	19,7	17,5

Fuente: J.R. Banegas et al. Medicina Clínica (Barc). 2011.136 (3):97-192

Además, hay otras patologías, con menos peso en la mortalidad, que están producidas por la exposición continua al humo del cigarrillo, como es el caso de las otitis medias producida por sustancias como el formaldehído o las acroleínas que alteran las células epiteliales, haciendo que se destruyan los cilios celulares y pierdan la capacidad defensiva.

Otra lesión frecuente, es el edema de Reinke cuya génesis es la mala modulación de la voz y la irritación continua por el humo del tabaco que generan un edema crónico y que es casi imposible que consiga la curación, a pesar de intervenir quirúrgicamente, si no es abandonado el consumo de tabaco.

Igualmente, no debemos de olvidar, que la nicotina estimula la respuesta al estrés quirúrgico y aumenta la presión arterial, la frecuencia del pulso y la resis-

cia vascular sistémica, con lo que se incrementa el trabajo del corazón. Asimismo, el efecto vasoconstrictor del monóxido de carbono y la competitividad que este produce por la hemoglobina con el oxígeno, hace que los efectos conjuntos de la nicotina y el CO tienden a generar un desequilibrio entre el consumo y la disponibilidad de oxígeno en los fumadores, repercutiendo negativamente en el proceso de cicatrización y en el postoperatorio.

3. ÁMBITOS DE INTERVENCIÓN

El abordaje del tabaquismo no está limitado a ningún ámbito de intervención, ni nivel asistencial, se recomienda la implicación de los diferentes profesionales de la salud en función de la accesibilidad de la persona que fuma, la capacitación para la intervención, la experiencia y el interés del profesional.

Dentro de la organización del Sistema Nacional de Salud (SNS) hay tres ámbitos de intervención:

1. Atención Primaria de Salud es un nivel asistencial estratégico, dada la accesibilidad de la población, el 75% de los usuarios pasan al menos, una vez al año, prestan una atención continuada y pueden actuar preventivamente, antes de que aparezca la enfermedad.
2. Nivel Secundario o de Atención Especializada, A este nivel, tanto en las consultas de especialistas cuando un fumador es diagnosticado o está en fase de estudio por sospecha de una enfermedad relacionada por el tabaco como en los periodos de encamamiento por una enfermedad, se produce en el fumador una motivación proactiva para dejar de fumar y si un profesional formado realiza una intervención mínima tiene un efecto positivo en la cesación tabáquica, por ello deben de organizarse actuaciones específicas o integradas en su práctica diaria para ayudar a dejar de fumar o coordinarse con otros recursos del sistema para que esa persona pueda ser ayudada en su proceso de dejar de fumar.
3. Unidades Especializadas en Tabaquismo. Estas unidades están compuestas por un equipo multidisciplinar debidamente formado, motivado y con disponibilidad horaria, lo que posibilita una oferta terapéutica multicomponente, donde se mezclan terapias procedentes del campo de la psicología y la medicina, adaptadas a las características de los fumadores.

Al ser unidades monográficas, las personas subsidiarias de este tipo de servicio deben de ser fumadores que han intentado dejar de fumar desde otros ámbitos y han fracasado, personas que su estado de salud requiere dejar de fumar de forma inminente o aquellas que por la comorbilidad que presentan necesitan un tratamiento más intensivo y estructurado.

4. TIPOS DE INTERVENCIÓN

El tabaquismo es un problema de salud pública multifactorial que tiene un vertiente biológica, la adicción a la nicotina, psicológica, el comportamiento y social.

Las políticas de salud, contemplan y así se recoge en La Ley 28/2005 en su capítulo 4, una serie de medidas para la promoción de la salud, la prevención y la facilitación de la deshabituación tabáquica a desarrollar por la administraciones públicas.

En ese sentido, en el abordaje del problema existe un amplio ramillete de intervenciones desde diferentes ámbitos. Estas intervenciones abarcan desde la promoción de la salud con estrategias legislativas, informativas y promotoras de espacios sin humo de tabaco, preventivas con programas para jóvenes y colectivos más vulnerables y asistenciales sobre los fumadores con diversos tipos de intervención que han mostrado ser eficaces.

Todas las intervenciones asistenciales sobre fumadores, en mayor o menor medida, han contribuido a disminuir la prevalencia, siendo necesario adaptar las intervenciones más coste-efectivas a nuestro medio.

Intervención asistencial en tabaquismo

Consejo breve o intervención mínima:

Características: La intervención breve consiste en preguntar al paciente si fuma, aconsejar sobre el abandono del tabaco, valorar la disponibilidad para hacer un intento de dejar de fumar, ayudar a cada persona en el intento de abandono y, por último, si es posible fijar visitas de seguimiento.

La duración de cada sesión no debe ser mayor de 10 minutos, generalmente entre 3 y 5 minutos y puede ir acompañado de otras intervenciones de seguimiento que no suelen de ser más de tres.

Eficacia: En los ensayos clínicos realizados, este tipo de intervención individual ha demostrado ser más efectiva que el grupo control. Es una de las intervenciones clínicas más coste-efectivas para promover el abandono del tabaquismo.

Ámbito de intervención: Todos los profesionales de la salud deberían aplicar este tipo de intervención de forma oportunista, independientemente del nivel asistencial en el que desarrollan su trabajo. La evidencia científica señala que existen beneficios en el consejo que los enfermeros y médicos brindan a los pacientes para dejar de fumar.

Intervención intensiva:

Características: Este tipo de intervención se caracteriza por incluir en su oferta terapéutica estrategias del campo de la psicología (desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento, técnicas de resolución de problemas, entre otras) y tratamiento farmacológico (tratamiento sustitutivo con nicotina, bupropión y vareniclina) además de asegurar un apoyo social adecuado dentro y fuera de las sesiones terapéuticas. La intervención intensiva puede ser proporcionada en formato individual o grupal y tanto el nº de sesiones y la duración de las mismas es mayor que en la intervención breve.

Eficacia: La intervención intensiva frente a la no intervención incrementa la probabilidad de conseguir la abstinencia, siendo más eficaz cuando es más intensa y se pautan más visitas de seguimiento (Tabla 3).

Igualmente, existen pruebas razonables de que las terapias en formato grupal son mejores que la autoayuda y otras intervenciones menos intensivas para ayudar a que las personas dejen de fumar. No existen pruebas suficientes para determinar cuán efectivas son estas terapias comparadas con el asesoramiento individual intensivo.

Ámbito de intervención: Profesionales de cualquier ámbito que tenga formación para el manejo de las técnicas del campo de la medicina y la psicología.

Tratamiento especializado:

Características: El tratamiento especializado del tabaquismo combina el tratamiento psicológico y el farmacológico y va dirigido a población fumadora perteneciente a grupos de alto riesgo y a fumadores que han fracasado previamente con la intervención breve o intensiva, y su estado de salud hace prioritario que deje de fumar a corto plazo. Razones de eficiencia hacen poco recomendable la oferta de tratamiento especializado a todas las personas que desean dejar de fumar. El tratamiento especializado del tabaquismo atiende a las necesidades específicas de estos grupos, a quienes proporciona recursos pautados de apoyo en el marco de intervenciones más estructuradas. Las unidades especializadas en este tipo de tratamiento, a través de sesiones terapéuticas pautadas y de seguimiento, ofrecen intervenciones clínicas multicomponentes (combinación de tratamiento psicológico con terapia farmacológica o bien solo tratamiento psicológico cuando el farmacológico está contraindicado o la persona en tratamiento rehúsa su utilización). El formato de la intervención puede ser individual, grupal o combinación de ambas.

Eficacia: Este enfoque presenta una alta eficacia (30-50% de abstinencia al año de seguimiento). Las revisiones realizadas no han encontrado diferencias significativas entre este tipo de tratamiento realizado en formato individual o en grupo.

Ámbito de intervención: Este tipo de intervención por sus características, la utilización de los diferentes recursos y técnicas, requiere que sea impartido por personal formado y experimentado en el manejo de la deshabituación tabáquica.

Materiales de Autoayuda:

Características: Son materiales editados para ayudar a los fumadores a dejar de fumar, informan de los efectos nocivos, motivan para el cambio y aconsejan sobre el proceso del cambio, síndrome de abstinencia y estrategias de abordaje.

Eficacia: En una revisión realizada por Lancaster T, Stead LF (2005) los autores concluyen que los materiales estándar de autoayuda pueden aumentar las tasas de abandono cuando se comparan con la no intervención, pero es probable que el efecto sea pequeño. No se encontró beneficio añadido de los materiales de autoayuda estándar con respecto al asesoramiento presencial o el tratamiento con sustitutos de nicotina. En cambio, cuando se utilizan materiales adaptados a las características individuales de los fumadores se obtiene más beneficio (Tabla 3), en comparación con la no intervención y con la utilización de materiales estándar.

Ámbito de intervención: Estos materiales deben de utilizarse desde cualquier nivel asistencial, bien como apoyo a otras intervenciones terapéuticas o solos.

Tratamiento farmacológico:

Características: El tabaquismo esta condicionado por aspectos fisiológicos, genéticos, psicológicos y sociales. La acción de la nicotina en los numerosos sistemas cerebrales, el colinérgico, gabaérgico, glutaminérgico, serotoninérgico, noradrenérgico, opiáceo y endocannabinoide, es mediada por múltiples neurotransmisores que modulan los efectos adictivos de esta sustancia. Hasta ahora, se han utilizado multitud de fármacos, a pesar de ello, solo algunos han probado su eficacia, la investigación sobre el proceso de adicción de esta sustancia irá aportando datos para investigar nuevos fármacos. Actualmente, solo se han aprobado por la Agencia Española del Medicamento tres fármacos para dejar de fumar: Sustitutos de la nicotina en sus formatos de chicles, comprimidos, spray y parches; Bupropión y Vareniclina.

Eficacia: Los fármacos aprobados con indicación terapéutica para dejar de fumar tienen una eficacia demostrada (Tabla 3), aunque hay otros principios activos que han demostrado cierta eficacia pero su indicación terapéutica es otra, como la clonidina y la nortriptilina.

Ámbito de intervención: En cualquier consulta se puede administrar tratamiento, siempre que el profesional este acostumbrado a su manejo.

Tabla 3. Eficacia de las intervenciones de tratamiento frente al tabaquismo, frente a la no intervención o placebo.

Intervención	Eficacia OR (IC 95%)
Materiales de autoayuda	
Materiales genéricos	1,24 (1,07-1,45)
Materiales personificados	1,80 (1,46-2,23)
Intervención Breve	
Consejo Médico	1,69 (1,45-1,98)
Consejo Enfermero	1,50 (1,29-1,73)
Consejo telefónico por persona entrenada	1,56 (1,38-1,77)
Intervención Intensiva	
Terapia individual	1,62 (1,35-1,94)
Terapia grupal	2,19 (1,42-3,37)
Terapia adversiva	1,98 (1,38-2,90)
Intervenciones farmacológicas	
Chicles nicotina	1,66 (1,52-1,81)
Parches de nicotina	1,74 (1,57-1,93)
Spray nasal de nicotina	2,27 (1,61-3,20)
Inhalador de nicotina***	2,08 (1,43-3,04)
Tabletas sublinguales	1,73 (1,07-2,80)
Bupropión	2,75 (1,98-3,81)
Vareniclina (*)	3,2 (2,4-4,3)
Nortriptilina	2,80 (1,81-4,32)
Clonidina	1,89 (1,30-2,74)

Fuente: Agencia de Evaluación de Nuevas Tecnologías.2003.

(*)Cahill K, Stead LF, K Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst. Rev. 2007

5. ¿POR QUÉ DESDE LA CONSULTA O UNIDAD DE ORL Y POR QUÉ DESDE ENFERMERÍA?

Los datos son contundentes, la mayoría de las enfermedades del área de ORL están relacionadas con el tabaco, desde problemas infecciosos como las otitis medias hasta los carcinomas de laringe. Además, los usuarios de estos servicios cuando acuden a la consulta o están encamados por algún problema de salud están en una actitud de alerta y son más receptivos a cualquier recomendación, lo que justifica la necesidad de intervención en tabaco.

Por otro lado, hay argumentos para que los actores sean los enfermeros:

- Recursos: Los enfermeros son la mayor fuerza laboral de salud en todos los niveles asistenciales.

- Formación: Los actuales planes de estudios contienen aspectos formativos de la pedagogía, psicología y sociología.
- Práctica diaria: Participan en actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Evidencia: Diferentes investigaciones demuestran que el asesoramiento en la deshabituación tabáquica es fundamental como lo demuestran la revisión de los ensayos clínicos publicados, donde se concluyó que el asesoramiento y el apoyo de personal de enfermería podría aumentar el éxito de los intentos de cesación tabáquica, especialmente en un entorno hospitalario.

No hay, por tanto, dudas de que la participación de enfermería en el manejo y el abordaje del problema del tabaquismo, sobre todo en colaboración estrecha con otros profesionales, puede ser una contribución muy significativa en el control de este problema de salud.

6. ¿QUÉ ACTUACIONES PUEDE HACER ENFERMERÍA DESDE ORL?

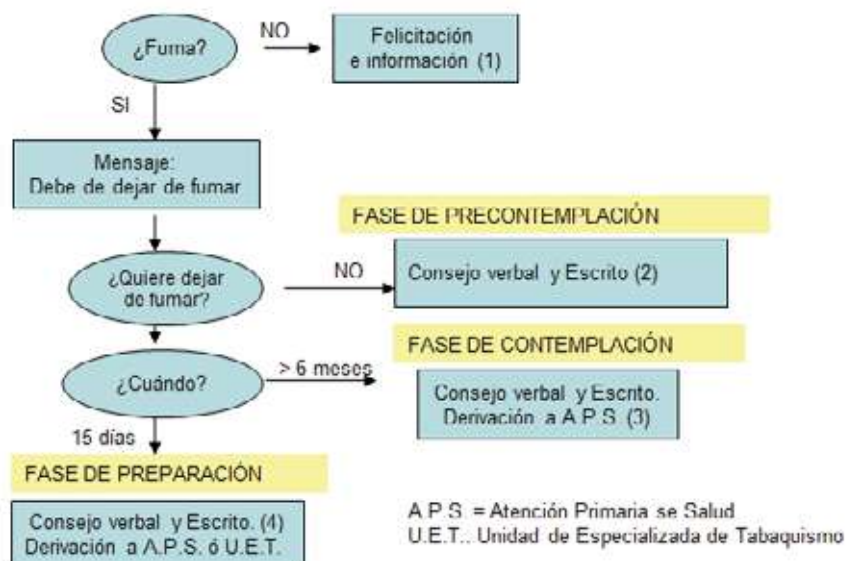
Toda persona que accede a la consulta de Otorrinolaringología demandando asistencia sanitaria, bien porque se derive para estudio o haya sido diagnosticado de lesiones precancerosas, cancerosas o este en fase de seguimiento de una enfermedad diagnosticada se le preguntará sobre el hábito de fumar con la finalidad de establecer la actuación a realizar. Para ello, es obligado realizar una mínima historia clínica de tabaquismo (Anexo 1.a), donde se debe identificar la dependencia, motivación y fase del proceso de fumar en la que se encuentra la persona demandante.

No obstante, a todos se les debe dar consejo antitabaco (Anexo 2). Este tipo de intervención es muy coste-efectiva, se estima que entre un 5% al 10% dejan de fumar si se le da consejo reforzado con un folleto escrito y esta eficacia puede llegar al 20% si se hace un seguimiento. Incluso, se ha podido comprobar que aunque no dejen de fumar inmediatamente, alrededor de un 20% de estos fumadores progresan en su fase de abandono.

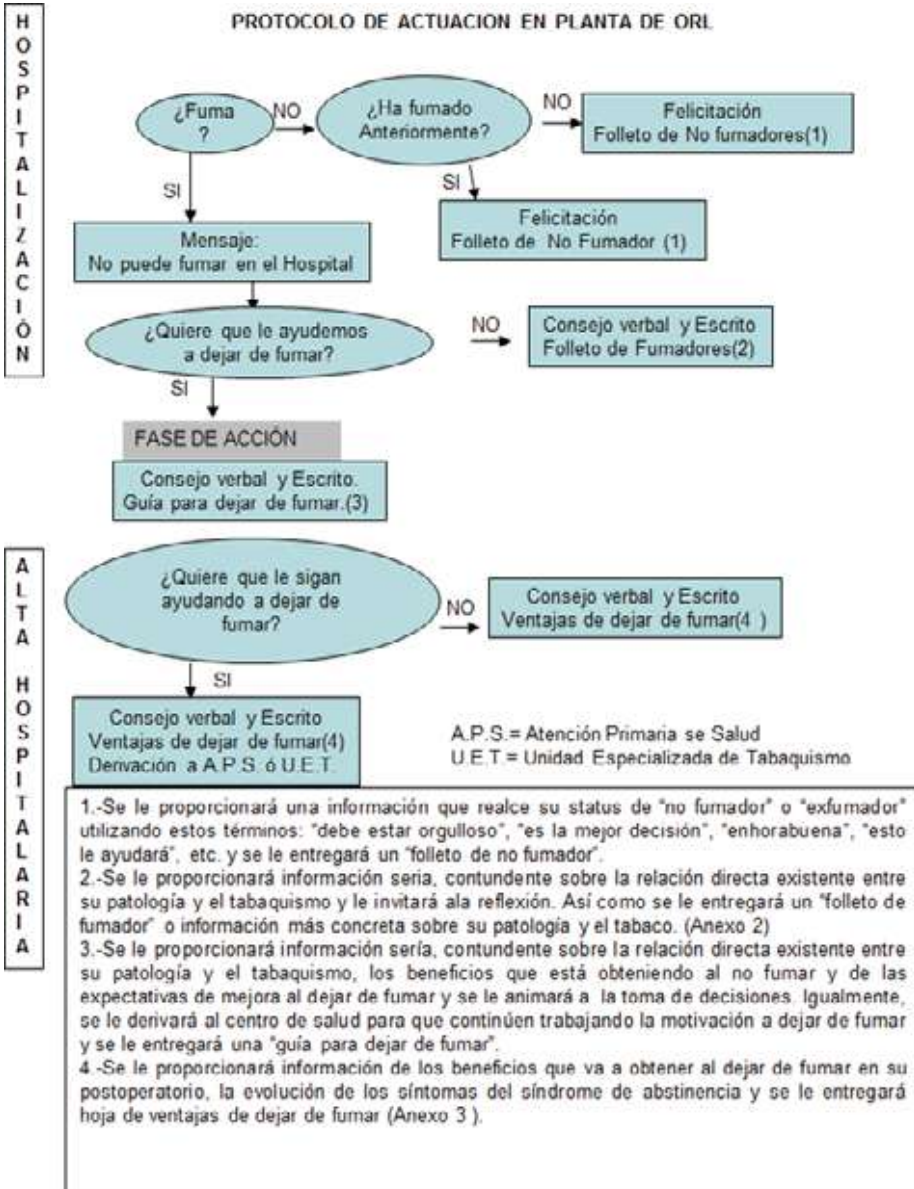
Hay que tener presente, que aquellas personas que vayan a ser laringectomizados deben de ser informadas del beneficio que proporciona dejar de fumar, tanto en el proceso de recuperación postoperatoria como en la paralización del proceso de malignización de las células.

Con la finalidad de estructurar y organizar estas actuaciones se propone el siguiente protocolo:

PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA DE ORL



- 1.-Se le proporcionará una información que realce su status de "no fumador" o "exfumador" utilizando estos términos: "debe estar orgulloso", "es la mejor decisión", "enhorabuena", "esto le ayudará", etc. y se le entregará un "folleto de no fumador".
- 2.-Se le proporcionará información seria, contundente sobre la relación directa existente entre su patología y el tabaquismo y le invitará a la reflexión. Así como se le entregará un "folleto de fumador" o información más concreta sobre su patología y el tabaco. (Anexo 2)
- 3.-Se le proporcionará información seria, contundente sobre la relación directa existente entre su patología y el tabaquismo, las expectativas de mejora al dejar de fumar y se le animará a la toma de decisiones. Igualmente, se le derivará a centro de salud para que continúen trabajando la motivación a dejar de fumar y se le entregará una "guía para dejar de fumar".
- 4.-Se le proporcionará información seria, contundente sobre la relación directa existente entre su patología y el tabaquismo, las expectativas de mejora al dejar de fumar y se le derivará a su centro de salud o la Unidad Especializada en tabaquismo, en función de los criterios establecidos, para inicio de tratamiento. Igualmente, se le entregará una "guía para dejar de fumar".



Teniendo en cuenta que el paso de las personas por la consulta o la planta de ORL es transitorio y limitado, la intervención de enfermería no debe quedar como una actuación aislada si no que debe de ser un eslabón más dentro de la cadena de intervenciones que necesite el fumador, tanto en su fase de precontemplación, contemplación, preparación, acción o mantenimiento en el proceso de dejar de fumar, siendo necesario establecer los flujos de comunicación con los diferentes recursos existentes para ayudar al fumador a dejar de fumar (Anexo 1.b).

7. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL TABAQUISMO EN LA REGIÓN DE MURCIA

A nivel regional, el Servicio de Promoción y Educación para la Salud de la Dirección General de Salud Pública, a falta de un Plan Regional de Tabaquismo, es el responsable de coordinar las actuaciones sobre tabaco en la Región de Murcia. El Programa de Información sobre Tabaquismo (PiT) dependiente de este Servicio elabora material informativo y sensibilizador sobre tabaco y posee un fondo documental de material de apoyo a las intervenciones, que pueden utilizar los servicios sanitarios y la asociaciones para complementar sus actuaciones. Este material se puede descargar en www.murciasalud.es/tabaquismo/

La atención a los fumadores para ayudarle en su proceso de dejar de fumar esta organizado a nivel regional en dos niveles:

1.- Los Equipos de Atención Primaria de Salud ofertan la atención al fumador, según se recoge en su cartera de servicios, siendo los profesionales sanitarios, médicos y enfermeros, los encargados de ejecutar esta actuación, según protocolo. En cada centro de salud se presta, al menos, una intervención mínima y en función de los recursos, pueden prestarse una intervención más intensiva. En caso, de que el fumador necesite una atención más intensiva y/o unas técnicas terapéuticas más específicas se le prestará atención en las unidades especializadas de tabaquismo y se derivará atendiendo a los siguientes criterios:

- Fumadores de 16 o más años que han realizado en el pasado intentos serios de abandono del tabaco, fueron correctamente tratados por un profesional sanitario y a pesar de ello fracasaron y siguen queriendo dejar de fumar.
- Fumadores que no consiguen dejar de fumar tras intentarlo seriamente, a pesar de ofrecerle consejo, información y asesoramiento desde Atención Sanitaria, y que además presentan:
 - ♦ Antecedentes de menos de 8 semanas de infarto agudo de miocardio o angina coronaria.
 - ♦ Arritmias cardíacas severas o HTA no controladas.

- ♦ Patología crónica (nefropatía, hepatopatía, cardiopatía, etc.) no controlada.
- Embarazadas o mujeres en periodo de lactancia.
- Fumadores de 16 o más años con enfermedades psiquiátricas u otras drogodependencias.

2.- Las Unidades Especializadas de Tabaquismo, que es un recurso que se caracteriza por estar integradas por un equipo multidisciplinar, cuyos profesionales están formados en tabaquismo y ofertan una variedad más amplia de tratamientos y de mayor intensidad que los equipos de atención primaria o especializada. Estas unidades, además de realizar terapias, se dedican a la desarrollar actividades docentes, investigadoras y de promoción de la salud.

En la Región de Murcia se han desarrollado en base a la red de los Centros de Atención a Drogodependientes, considerando el tabaquismo como una adicción y por consiguiente campo de actuación de estos centros, y además porque en ellos trabajan profesionales de diferentes campos sociosanitarios (médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales) constituyendo un equipo multidisciplinar para abordar los diferentes aspectos de la adicción al tabaco.

Por otra parte, en función de las competencias, las necesidades y los recursos existentes se han ido creando unidades que, aunque no pertenecen a la red de Centros de Atención a Drogodependencias, han completado una red de unidades especializadas con personal formado en tabaquismo y la mayoría con un equipo multidisciplinar:

Centro	Población destinataria	Teléfono	Dirección
Hospital Universitario de la Arrixaca. Consulta de Adicciones	Pacientes con patologías asociadas al tabaquismo.	968369510	Carretera. Madrid-Cartagena s/n 30120. El Palmar. Murcia.
Unidad medio-ambiental pediátrica	Progenitores de niñ@s con problemas derivados del consumo ingresados o derivados de Centro de Salud y embarazadas.	968369031	
Hospital General Universitario Morales Meseguer	Pacientes del hospital con patologías asociadas al tabaquismo de los Centros de Salud de referencia.	968360900	C/ Avenida Márquez de los Vélez s/n 30008 .Murcia
Ayuntamiento de Murcia	Funcionarios del Ayuntamiento de Murcia.	968247062	C/ Glorieta de España 30004 Murcia
Consejería de Hacienda y Administración Pública. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.	Funcionarios de la Comunidad de la Región de Murcia.	968366164	C/ Avenida. Teniente Flomesta s/n 30071. Murcia
CAD Murcia	Población General.	968359062	C/ La Fama 1. 30003. Murcia
CAD Yecla	Población General.	968751650	c/ San José 8 30510. Yecla
CAD Jumilla	Población General.	968751650	C/ Barón de Solar s/n 30520. Jumilla
CAD Cieza	Población General.	968453508	C/ Avenida Italia s/n 30500. Cieza.
CAD Lorca	Población General.	968461596	C/ Abad de los Arcos s/n 30800. Lorca
CAD Águilas	Población General.	968927015	Consultorio Casa del Mar. C/ Explanada del Muelle s/n CP 30880 -Águilas
CAD Caravaca	Población General.	968708322	C/ Junquico, s/n (Recinto Hº Comarcal Noroeste) 30400
Unidad Comunitaria de Tabaquismo. Servicio de Salud Pública de Cartagena. -DGSP-Consejería Sanidad	Población General. Profesionales Socio-Sanitarios. Docentes Trabajadores de Instituciones Públicas	968326666 968326671	Plaza San Agustín nº3 30201. Cartagena

Centro	Población destinataria	Teléfono	Dirección
Programa de información sobre tabaquismo (PiT)	Materiales informativos y de autoayuda	968368940	c/ Ronda Levante, 11. 30.008 Murcia
AECC Cartagena	Charlas informativas.	968120880	
Asociación de la Región de Murcia de Exfumadores. (ARMUDE)	Seguimiento y apoyo a los fumadores en su fase de acción y mantenimiento.	615567682	Provisional (UGT-Cartagena. Pza España 12. 5ª Planta

Por otra parte, existen ONGs que realizan actividades de prevención del tabaquismo y/o seguimiento y apoyo al proceso de dejar de fumar como la Asociación Española contra el Cáncer (AECC de Cartagena) y la Asociación de la Región de Murcia de Exfumadores (ARMUDE) con sede en Cartagena.

8. UNIDAD COMUNITARIA DE TABAQUISMO DE CARTAGENA

La Unidad Comunitaria de Tabaquismo de Cartagena es el centro de referencia de las Áreas de Salud II y VIII, siendo el receptor de los fumadores derivados desde los centros de atención primaria como de los servicios de los Hospitales Universitarios de Santa Lucía y Los Arcos del Mar Menor, así como a los trabajadores de los centros docentes, sanitarios y de la comunidad autónoma de la Región de Murcia. Su oferta terapéutica es una intervención multicomponente (asesoramiento médico, apoyo y/o intervención psicológica, apoyo social, tratamiento farmacológico y abordaje de efectos colaterales de dejar de fumar) en dos formatos, individual y grupal, en función de las habilidades y/o preferencias del fumador.

Criterios de derivación y forma de acceder:

- Fumadores derivados de los centros asistenciales de las Áreas de Salud II y VIII que cumplan los criterios:
 - ◆ Pacientes con patologías donde seguir fumando es un riesgo vital y urge dejar de fumar.
 - ◆ Fumadores que tras haber intentado seriamente varias veces dejar de fumar han fracasado.
 - ◆ Fumadores con patología crónica no controlada y necesitan intervenciones más intensivas.
 - ◆ Fumadores con comorbilidad psiquiátrica u otras adicciones.

- Fumadores vinculados o que presten sus servicios en centros de enseñanza, centros sanitarios o la Administración Pública de la Región de Murcia.
- Cualquier fumador que no haya encontrado servicios accesibles para dejar de fumar.

Para acceder a la unidad se necesita enviar informe al fax: 968326690, o llamar al teléfono 968326671-66.

Características de la intervención:

La intervención consiste en 10 sesiones presenciales a lo largo del año, con una duración entre 15 a 30 minutos en las sesiones individuales y entre 60-90 en las grupales; y 4 sesiones de seguimiento telefónico, realizándose 2 en la fase de acción y 2 en la fase de mantenimiento.

Las sesiones presenciales se distribuyen con la siguiente secuencia: 2 sesiones en la fase de preparación, antes de iniciar la abstinencia tabáquica. 7 sesiones en la fase de acción (los 6 primeros meses) y una sesión en la fase de mantenimiento (después de los 6 meses de abstinencia).

En las dos sesiones de la fase de preparación, además de valorar datos biológicos que caracterizan la dependencia (cooximetría), se valoran datos relacionados con los efectos nocivos del tabaco (tensión arterial, pulso, flujo espiratorio máximo-peak flow-) y se identifica el grado de motivación y obstáculos hacia el proceso de cambio, introduciendo estrategias de resolución de problemas.

En las primeras sesiones de la fase de acción, además de valorar y confirmar la abstinencia con la cooximetría, se monitoriza los parámetros biológicos y se trabaja el desarrollo de habilidades para combatir el síndrome de abstinencia y se potencia la motivación para mantenerse abstinentes.

Entre la 4 y la 7 sesión de la fase de acción se potencia la motivación, se trabajan estrategias de abordaje de situaciones conflictivas y de prevención de recaídas. Al igual que se abordan efectos colaterales a la abstinencia tabáquica.

En las sesiones que se realizan en la fase de mantenimiento se analizan situaciones conflictivas, se analizan alternativas de ocio y se realizan los beneficios físicos y psicológicos obtenidos.

Las sesiones de seguimiento telefónico tienen el objetivo de motivar, realzar los beneficios obtenidos, confirmar la abstinencia, aconsejar para prevenir recaídas, asesorar sobre situaciones difíciles para mantener la abstinencia y los efectos secundarios que pueden manifestarse a consecuencia del tratamiento o de la propia abstinencia nicotínica. Así como de captar a los fracasados en el intento para reconducir el proceso.

ANEXO I.a

TEST DE DEPENDENCIA Heavy Smoking Index (Fagerström reducido):	TEST DE MOTIVACION PARA DEJAR DE FUMAR (Test de Richmond)
¿Cuanto tiempo pasa entre que se levanta y se fuma el primer cigarrillo? Hasta 5 minutos [] 3 puntos De 6 a 30 minutos [] 2 puntos De 31 a 60 minutos[] 1 puntos Más de 60 minutos[] 0 puntos Cuantos cigarrillos fuma al día? Menos de 10 cigarrillos [] 0 puntos Entre 11- 20 cigarrillos [] 1 puntos Entre 21 y 30 cigarrillos [] 2 puntos Más de 30 cigarrillos []3 puntos VALORACIÓN: Baja: 0-2; Moderada=3-4; Alta >4	¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? No 0 puntos Sí 1 punto ¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo? Nada en absoluto 0 puntos Algo..... 1 punto Bastante..... 2 puntos Muy seriamente..... 3 punto ¿Intentará usted dejar de fumar en las dos próximas semanas? Definitivamente No 0 puntos Quizás.....1 punto Sí..... 2 puntos Definitivamente Sí..... 3 puntos ¿Cual es la posibilidad de que dentro de los próximos seis meses sea usted un “no fumador”? Definitivamente No 0 puntos Quizás.....1 punto Sí..... 2 puntos Definitivamente Sí..... 3 punto VALORACIÓN: Baja ≤6; Moderada=7-9; Alta= 10

ANEXO I.b

ETAPAS DE CAMBIO (Prochaska y DiClemente)

- Precontemplación: no tienen intención de cambiar su consumo en los próximos seis meses. Los fumadores son conscientes y no desean conocer los efectos nocivos del cigarrillo.
 - Contemplación: están pensando seriamente en dejar de fumar en los próximos seis meses. Lo han intentando habitualmente en varias ocasiones pero no lo han conseguido o han pasado graves dificultades.
 - Preparación: se plantean el abandono del consumo en el próximo mes. Las ventajas de dejar de fumar sobrepasan claramente las desventajas.
 - Acción: son fumadores de menos de seis meses de evolución. Es una fase reversible donde las caídas son frecuentes y donde son más vulnerables los fumadores.
 - Mantenimiento: son ex fumadores de más de seis meses de evolución.
-

ANEXO II. INFORMACIÓN PARA EL FUMADOR

- ¿Consumirías o utilizarías productos y alimentos que son cancerígenos?
- ¿Inhalarías gases que producen irritación y destrucción de las vías aéreas?
- ¿Vivirías en una ciudad contaminada y cuyo aire es deficitario en oxígeno?

PRODUCTOS QUE CONTIENE EL CIGARRILLO	
PRODUCTO	EFFECTO
Nitrosaminas, Naftilamida, Benzoantraceno, etc.	Cáncerígeno
Amoniaco, acido sulfhidrico,	Irritante
Fenol, cresol, etc.	Carcinógeno e irritante
Indol, Carbazol, etc.	Acelerador tumoral
Monóxido de carbono	Asfixiante

Entonces.... ¿Por qué fumas?

SABIAS QUE EL TABACO PRODUCE:

- El 10 % y 20% de todas las muertes.
- El 30% de las muertes por infarto y el 50% de las embolias y trombosis en menores de 65 años.
- El 90% de los canceres de pulmón.
- El 85% de las muertes por Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- El 85% de los cánceres de laringe.
- El 85%v de los cánceres de boca, labio, faringe y esófago
- El 30% de todos los canceres.

Además:

- El Edema de Reinke, aunque se intervenga quirúrgicamente y se haga logopedia, solo se cura si se deja de fumar.
- Las otitis medias incrementan su frecuencia en fumadores e hijos de fumadores.
- Favorece la aparición de afonías, faringitis, laringitis crónicas.
- Se produce una peor recuperación de la intervención quirúrgica si se es fumador.
- Disminuye las defensas del organismo, siendo más proclive a las infecciones.
- Hay alteración de las mucosas de la boca, apareciendo gingivitis y piorrea.
- Existe atrofia del sentido del gusto y el olfato.
- Disminución de la capacidad física, cansancio, embotamiento mental y cefaleas.
- Genera impotencia sexual y adelanta la aparición de la menopausia

SI TE SIENTES ENGANCHADO Y CREES QUE YA ES HORA DE DEJARLO.

¡No lo dudes!, pide ayuda al personal sanitario y CAMBIA a:

- Sentirte con más capacidad pulmonar, menos cansancio, más resistencia al ejercicio físico.
- Mejorar tu aspecto físico, tu olfato y desaparecer el mal aliento.
- Disminuir el riesgo de padecer cáncer, enfermedades cardiovasculares y pulmonares.
- En caso de haber sido diagnosticado de una enfermedad relacionada con el tabaco, retardará el proceso y favorecerá la curación.
- A ser más rico, porque ahorrarás dinero.
- A contribuir a un hogar libre de humo de tabaco.

Y sobre todo, TE SENTIRÁS LIBRE Y GANARÁS CALIDAD DE VIDA

ANEXO III. VENTAJAS DE DEJAR DE FUMAR

VENTAJAS DE DEJAR DE FUMAR

– SALUD

- Se normaliza la tensión arterial y la frecuencia cardiaca a los 20 minutos del último cigarrillo
- Los niveles de monóxido de carbono y oxígeno se normalizarán tras ocho horas
- Disminuye el riesgo de muerte súbita pasadas 24 horas
- Se recupera el gusto y olfato pasadas 48 horas
- Se inicia la mejoría de la función respiratoria pasadas 72 horas
- Aumenta la capacidad física y pasados de 1 a 3 meses se cansará menos y podrá iniciar o mejorar su rendimiento físico y deportivo.
- Sufrirá menos catarros, faringitis y otras infecciones pasados 1-9 meses
- El proceso de cicatrización y la recuperación postoperatoria será más rápida.
- Se iguala el riesgo de padecer infartos, trombosis o embolias cerebrales al de los no fumadores, tras cinco años sin fumar. Cuanto antes se deje, mejor.
- Se iguala el riesgo de padecer cáncer de pulmón y otros tumores la de los no fumadores, pasados 10-15 años sin fumar.
- En mujeres que toman anticonceptivos se reduce el riesgo de infartos o embolias
- Si está embarazada, se eliminan algunos riesgos graves para su hijo.
- Si eres padre contribuirás a que disminuya el riesgo de procesos bronquiales y otitis en tus hijos.

– ESTÉTICAS

- Mejorará su aspecto personal: desaparecerá el mal aliento, el mal olor de su ropa y de la casa en general, desaparecerá el color amarillento de manos y uñas, mejorará la hidratación y la tersura de su piel, y tendrá menos arrugas.

– **SOCIOECONÓMICAS**

- Será un ejemplo positivo para sus hijos y no perjudicará su salud
- Recuperará su libertad y dejará de estar sometido a una adicción (nicotina)
- Ahorrará dinero para poder darse un capricho
- Mejorará su seguridad: menor riesgo de incendios o de accidentes de tráfico.

Adaptado de: Barrueco M, Hernández MA, Torrecillas M: Manual de Prevención y tratamiento del Tabaquismo.2009

Capítulo 34

Taller de logopedia para
laringuectomizados.

Hospital Santa Lucía.

AECC (Cartagena)

1. INTRODUCCIÓN

Desde la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y la Asociación de Traqueo-Laringectomizados de Cartagena (ATLCT), así como con el apoyo imprescindible del Hospital General Universitario de Santa Lucía se ha podido crear un protocolo de abordaje integral que favorezca a personas operadas de cáncer de laringe. Dicho protocolo cuenta con la intervención de la Consulta CELT situada en el Hospital, y la posterior rehabilitación logopédica ofrecida en diversos talleres y localizaciones.

2. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Es en el momento en el que el Servicio de Otorrinolaringología (ORL) detecta un caso de neoplasia laríngea, cuando da comienzo el protocolo. El médico especialista establece un diagnóstico acerca del tipo de tumor y posteriormente orientará al paciente sobre los posibles tratamientos.

Durante la recuperación el paciente será visitado por otros laringectomizados o personas que hayan padecido una situación similar. El fin de estas visitas consiste en proporcionar al paciente y su familia toda la información acerca de cualquier duda que pueda aparecer debido a su nueva situación, así como apoyo y respaldo emocional. En esta visita se informa sobre los talleres de Logopedia donde podrá asistir para realizar la rehabilitación vocal.

Una vez superado el tiempo de recuperación el paciente comenzará con la rehabilitación logopédica. Dicha rehabilitación se suele llevar a cabo en la sede de la Asociación Española Contra el Cáncer en Cartagena (situada en la Calle Trafalgar nº16), dirigida por la Logopeda, la cual aplicará el tratamiento necesario dependiendo del tipo de intervención. La enseñanza de una nueva voz se realizará a aquellos pacientes que hayan sido sometidos a una laringectomía total. Para los pacientes con laringectomía parcial se llevará a cabo una rehabilitación vocal.

El paciente deberá llevar a cabo un proceso largo pero constante donde contará con el apoyo de todo el equipo multidisciplinar. Posteriormente, podrá formar parte del protocolo proporcionando ayuda testimonial a nuevos pacientes, recibéndolos en los talleres de Logopedia (Figura 311) y realizando ellos mismos las visitas hospitalarias.



Figura 311. Imagen del taller de logopedia.

Los objetivos de este protocolo son:

- Mejorar la calidad de vida de los enfermos operados de cáncer de laringe.
- Recuperar el habla o la capacidad vocal perdida, ya por laringectomía total o parcial, aplicando la técnica correspondiente a cada caso.
- Informar y facilitar todos aquellos recursos disponibles que les faciliten superar y paliar las secuelas de la enfermedad.
- Crear una red de apoyo entre pacientes similares ya rehabilitados donde puedan exponer sus miedos, dudas y testimonios.

El protocolo de actuación con pacientes laringectomizados se puede resumir en el siguiente esquema (Esquema 1):



Esquema 1. Protocolo de actuación con pacientes laringectomizados.

2.1. Intervención Logopédica:

La intervención logopédica con pacientes laringectomizados total o parcialmente comienza tras la intervención con una entrevista en la que se hará una pequeña evaluación y anamnesis acerca del caso concreto a tratar y un asesoramiento tanto al paciente, como a la familia que lo acompañe. Posteriormente se realiza la intervención propiamente dicha la cual consta de los siguientes elementos:

a) Anamnesis y evaluación.

Antes de comenzar la intervención logopédica se recogerán los datos más relevantes del paciente y se realizará una exploración (Anexo I). La función de ambas es proporcionar información suficiente que permita desarrollar unos objetivos de intervención adecuados para cada paciente.

b) Asesoramiento.

Del mismo modo, se realiza una sesión explicativa breve, no estructurada, que sirva de recordatorio al paciente y familiares, orientada al asesoramiento e información relacionada con su patología.

c) Intervención.

Se realiza en sesiones grupales de dos horas en las que se centra en el aprendizaje, como primera instancia, de la voz erigimofónica en todos aquellos pacientes

que tengan las condiciones óptimas para desarrollarla, o bien, el aprendizaje de otra voz mediante otros sistemas de voz adaptada.

2.2. Intervención en Laringuectomías totales:

Actualmente no existe un modelo de producción universal de voz para todos los pacientes laringuectomizados (Figura 312), ya que las características físicas y psicosociales van a determinar qué procedimiento utilizar en cada caso. A continuación se exponen las diferentes técnicas de producción de voz:

Voz Esofágica

El término “voz esofágica” fue acuñado por Seeman en 1910 y posteriormente Escat en 1921 la denominaría “voz erigimofónica”. Steffen (1982) considera que la voz erigimofónica se produce mediante el mecanismo de eructo voluntario controlado; el aire es deglutido, y en un movimiento de peristaltismo reverso es expelido, pasando a través del efecto esfínter del constrictor medio e inferior de la faringe que constituye una verdadera glotis vibratoria.

Existen varios mecanismos para producir la voz erigimofónica (Perelló, 1980): método de inyección, método de presión glossofaríngea, método deglutorio y método inhalatorio. En nuestro caso, es el método de inyección el usado para producir este tipo de voz, por ser el más eficaz, acuñado por el holandés Moolenaar-Bill (1953) y posteriormente Damsté (1957).

El proceso de este método (Figura 313) se basa en presionar los labios, apretar la lengua contra el paladar duro y el velo del paladar blando, cerrando el cavum, elevando y retrayendo posteriormente la lengua hacia atrás, comprimiendo el aire en la cavidad faríngea e inyectándolo a través de la entrada esofágica. Esta técnica exige una contractura de la musculatura del cuello, para entenderlo solo debemos recordar la elevación que producimos al ejecutar las praxias correspondientes a las consonantes /P/ /T/ /K/.

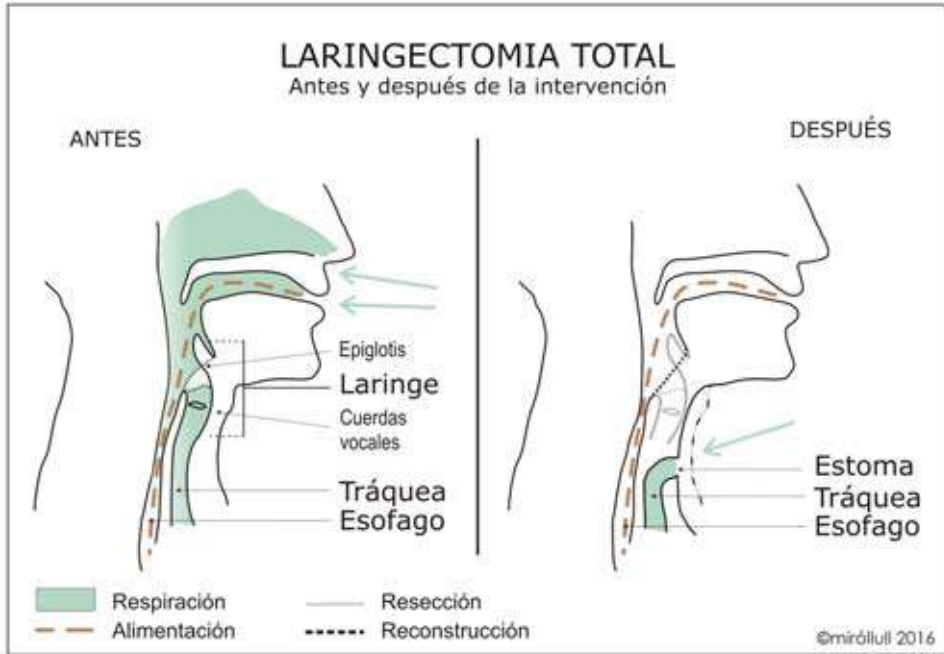


Figura 312. Lariguetomía total (antes y después de la intervención).

Fuente: Josep María Miró Llull (con la autorización del autor).

Los criterios a tener en cuenta para producir la voz erigimofónica son (J. Gisbert Alos. 1988):

1. Inyección rápida y sin esfuerzo, que dé lugar a un habla fluida sin detenciones prolongadas para proveerse de aire.
2. Emisión de voz voluntaria en inmediata a la entrada de aire.
3. Buen control de soplo pulmonar para que no interfiera en la inteligibilidad.
4. Duración adecuada de la voz: entre cinco y ocho sílabas por minuto.
5. Fonación encadenada durante el habla.
6. Habla con buena inteligibilidad (articulación).

El aprendizaje de la voz erigimofónica según Le Huche (1982), estará regido por la superación de ciertos niveles establecidos que nos ayudarán a ubicar perfectamente el momento del proceso de aprendizaje de cada paciente. Estos niveles serán:

NIVEL I: (Individual)

- Eructo voluntario.

NIVEL II: (Individual)

- Series monosilábicas (P/T/K).
- Una inyección de aire - Una sílaba.
- Tiempo de latencia de un segundo.

NIVEL III: (Grupo)

- Palabras bisílabas.
- Una inyección de aire - dos sílabas.

NIVEL IV: (Grupo)

- Palabras de tres o cuatro sílabas.
- Una inyección - tres o cuatro sílabas.
- Frases cortas de dos o tres elementos.

NIVEL V: (Grupo)

- Palabras de cinco sílabas.
- Una inyección - cinco sílabas.
- Frases de más de tres elementos.

NIVEL VI: (Grupo)

- Habla automatizada.
- Una inyección - de cinco a nueve sílabas.
- El sonido producido por la neoglotis (muy parecida a un eructo) se puede articular en forma de fonemas, de forma similar al sonido originado en las cuerdas vocales.

Voz Traqueoesofágica

La voz traqueoseofágica se produce gracias a la implantación de una prótesis fonatoria. Es mucho más fácil de adquirir que la voz esofágica. El sonido se produce también en la entrada del esófago, pero es más fácil de producir, modular y pro-



Figura 313. Manera de producir la voz esofágica.

Fuente: Josep María Miró Llull (con la autorización del autor).

longar, ya que es alimentado por el aire de los pulmones. En definitiva, la voz producida tiene unas cualidades acústicas mucho mejores que la voz erigimofónica.

La prótesis fonatoria es un dispositivo que requiere de unos cuidados exhaustivos por lo que no todos los pacientes son candidatos para este implante ya que tiene que ser capaz de mantener una buena higiene y contar con una autonomía y destreza con la que no todos los pacientes cuentan. Tiene una vida útil de aproximadamente ocho meses, por lo que el paciente deberá cambiarla con esta frecuencia en la consulta de enfermería, no en el quirófano.

La rehabilitación se empieza una vez cicatrizada la herida y cuando el paciente se encuentre todavía en el hospital. En este caso, la labor logopédica comienza por establecer las pautas de cuidado de la prótesis. Seguidamente, se valorará el patrón respiratorio del paciente, ya que es fundamental una respiración tranquila y costodiafragmática para que la prótesis funcione adecuadamente. Simultáneamente el paciente empezará a emitir series de palabras (contar números, días de la semana, etc.) muy suavemente para ir acostumbrándose a la presión de aire que necesita la prótesis. La rehabilitación vocal en estos casos suele ser muy breve y productiva.

Prótesis externa o Laringófono

La prótesis externa es el método menos usado. Suele aplicarse en pacientes que por sus características físicas no ha conseguido eructar ni es candidato a una prótesis fonatoria.

Se utiliza un pequeño aparato llamado laringófono que produce sonido gracias a un generador eléctrico o neumático; el sonido se propaga hacia la boca, donde es articulado transformándose en habla sonora e inteligible. Suele considerarse un último recurso ya que presenta algunos inconvenientes como un timbre tipo robot o el requerimiento de ciertas condiciones de adaptación. Este tipo de prótesis se puede empezar a usar desde que se retira el vendaje.

2.3. Intervención en Laringuectomías Parciales:

Dependiendo del grado de resección suelen quedar afectadas las funciones: respiratoria, deglutoria y fonatoria, y es ese el objetivo de la intervención logopédica.

El programa de intervención será idéntico, en cuanto a forma, al de pacientes laringuectomizados: se realizará una primera entrevista donde se desarrollará una anamnesis y recapitulación de datos para la evaluación del paciente. Se ofrecerá información y orientación a él y a su familia y en las siguientes sesiones se comenzará la intervención propiamente dicha.

Los dos primeros aspectos: anamnesis y evaluación se realizarán bajo la misma metodología que la empleada en los pacientes laringuectomizados, sin embargo las sesiones de orientación serán diferentes. En el caso de las laringuectomías parciales, por el hecho de preservar el órgano, es de vital importancia proponer las pautas de higiene vocal, con el fin de mantener el órgano sano, prevenir cualquier otra neoplasia y al mismo tiempo rehabilitar mediante los correctos patrones de respiración, postura y fonación.

En el caso de las laringuectomías parciales el primer objetivo será intentar conseguir que la laringe cumpla nuevamente sus funciones tras la lesión.

El paciente con laringuectomía parcial presentará los siguientes síntomas funcionales.

- Disfonía: síntoma predominante, en diferentes grados dependiendo de la cuerda vocal operada.
- Fonastenia: sensación frecuente de mareo por hiperventilación. Las inspiraciones son más profundas y se realizan con mayor frecuencia.
- Tos, carraspeo: en ocasiones la tos y el carraspeo son dificultosos y poco eficaces porque no llegan a chocar ambas cuerdas.

- Disestesias faringolaríngeas: por acúmulo de secreciones y/o saliva.
- Intensidad vocal: disminuida.
- Tono fundamental: disminuido.
- Extensión vocal: corta
- Parámetros aerodinámicos: valores descendidos.

De manera específica se trata de corregir la disfunción vocal, la aspiración, la disnea y la ineficacia tusígena. Evitar la atrofia del músculo de la cuerda vocal afectada, eliminar las falsas rutas alimentarias, suprimiendo así la aspiración, los accesos de tos y el atragantamiento frecuente. Tonificar la musculatura laríngea y perilaríngea especialmente aquellos músculos directamente vinculados con la deglución y la fonación.

El tratamiento logopédico está directamente encaminado a optimizar la dinámica respiratoria y evitar mecanismos de compensación hiperfuncionales (Casado, 2004). Además, requerirá una buena programación de objetivos determinando siempre las necesidades del paciente y sin olvidar que debe ser un tratamiento individualizado.

Los puntos específicos a trabajar serán:

- Esquema corporal vocal: tomar consciencia de la postura corporal adecuada y sus beneficios para la fonación, mediante la propiocepción.
- Ejercitación de la musculatura de cuello: flexión, tensión y rotación.
- Ejercicios de respiración y tonificación glótica: tomar consciencia del correcto patrón respiratorio. Ejercicios respiratorios de fuerza y empuje.
- Ejercicios específicos para la función laríngea de esfínter y de deglución.
- Ejercicios preparatorios sobre la voz: cierre glótico, características acústicas, coordinación fonorespiratoria, etc.
- Ejercicios propios sobre la voz.

AGRADECIMIENTOS:

A Josep María Miró Llull por su aportación gráfica a este tema.

ANEXO I: ANAMNÉISIS

1. DATOS PERSONALES:

a. Nombre y Apellidos: _____

b. Edad: _____

2. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

3. HISTORIA CLÍNICA:

a. Comienzo de la Patología: _____

b. Fecha de la Intervención o Tratamiento: _____

c. Datos relevantes del procedimiento: _____

4. ASPECTO GENERAL:

a. Presencia de cicatrices o edemas: _____

b. Tipo de cánula: _____

c. Radioterapia: _____

5. CUELLO Y CINTURA ESCAPULAR:

a. Movilidad: _____

b. Simetría: _____

c. Endurecimiento: _____

6. ESTRUCTURAS BUCO-LINGUO-FACIALES:

a. Evaluación de praxias básicas:

i. Abrir-cerrar boca: _____

ii. Sacar lengua hacia arriba, abajo y laterales: _____

iii. Sacar labios-sonreír sin enseñar dientes: _____

iv. Hinchar de aire las mejillas: _____

v. Movimiento circular de la lengua por los labios: _____

7. FUNCIONES ORALES:

a. Deglución: _____

b. Respiración: _____

8. TIPO DE COMUNICACIÓN:

Voz (parciales) / cuchicheo / escritura / gestos / voz erigimofónica / prótesis fonatoria / otros. _____

Capítulo 35

Taller de familiares de pacientes laringuectomizados

A los familiares de los pacientes laringuectomizados

Asunción Serna Maestro
M^a José Luque Martínez

El taller de familiares de pacientes laringectomizados se creó para que tras el diagnóstico de la enfermedad se diera apoyo a la familia y/o cuidadores de estos pacientes. Surgió en paralelo a la CELT (inaugurada en 2006) junto a familiares, que eran sanitarios y estaban pasando o habían pasado por esta situación. El taller inició su andadura en el Hospital Santa M^a del Rosell Cartagena (Murcia) con el apoyo de un psicólogo voluntario al no existir psicólogo hospitalario. El paciente laringectomizado dependiendo de su edad, estado psicosocial y familiar aceptará y llevará su enfermedad de una manera muy distinta. Es un paciente que tendrá que asumir la enfermedad y enfrentarse a sus consecuencias como: aprender a hablar, ser portador de cánula y/o filtro de por vida, perder el gusto y el olfato, y muchos no pueden volver a trabajar. La familia, implicada muchas veces más que el propio paciente es el gran apoyo para afrontar esta nueva situación, además de tener que soportar el sufrimiento por un ser querido, tiene que animar al paciente a que luche y no se rinda. Mientras se está cuidando a un ser querido, es normal dejar de un lado nuestras propias necesidades ya que los tratamientos son largos, existe un desgaste emocional, hay que ir paso a paso cubriendo fases, sin anticiparse ni desesperarse, este hecho no debe constituir un obstáculo para tener planes y proyectos a la vez que hay que ir descubriendo nuevos horizontes.

El objetivo principal de este taller es ayudar a la familia y/o cuidadores a manejar y solucionar situaciones emocionales (tristeza, enfado, desesperanza, etc.) así como aumentar el conocimiento de la propia enfermedad.

Somos cada día más conscientes de que los problemas personales del paciente laringectomizado siguen siendo infravalorados, los cambios físicos experimentados invaden el aspecto estético, la comunicación, la deglución, la autoestima..., a los que se añaden problemas socio-familiares asociados y derivados de la enfermedad causal y de sus tratamientos. Se trata de un asunto sanitario y social de gran importancia. Diariamente vivimos con los pacientes las dificultades para hacer los cuidados que se empequeñecen frente a los que emergen de índole social. Con frecuencia el enfermo es rechazado, en la mayoría de los casos debido a la ignorancia de quienes se supone deben cuidarle, rechazo que es el germen del aislamiento, porque, el sentirse rechazado es tal vez la más honda realidad del aislamiento. Entre otras causas es aquí donde comienza la dificultad que tienen algunos enfermos para hallar su sitio (en el hospital, en la familia, en el trabajo, en la sociedad).

A diario estamos ayudando a pacientes, familiares y cuidadores, a sentirse seguros en esta nueva situación y a vencer los inconvenientes.

Por todo lo descrito anteriormente se determinó la necesidad e importancia de crear este taller de familiares y/o cuidadores, en el que además de reunirse e intercambiar experiencias, se realizan diferentes actividades de apoyo como: viajes (Figura 314), sesiones de lectura en común (Figura 315), relajación (Sahaja Yoga) (Figura 316), terapia de grupo, etc., donde se tratan diferentes temas propuestos por ellos mismos o por la psicóloga clínica del hospital.

Coordinado por la CELT, este taller se lleva a cabo todos los Martes en horario de tarde. De forma simultánea los pacientes se encuentran en otra sala realizando el taller de logopedia (Logopeda cedida por la AECC) donde se dan clases para aprender la voz erigimofónica.



Figura 314. Miembros del taller de familiares durante unos de los viajes realizados.



Figura 315. Miembros del taller de familiares durante una de las sesiones de lectura.



Figura 316. Miembros del taller de familiares durante una de las sesiones de relajación.

Es un taller dinámico, abierto y tanto pacientes como familiares participan en todos los actos, jornadas y congresos de enfermería de ORL que se realizan por la CELT, siendo un punto de encuentro muy valorado entre ambas partes y fundamental para el conocimiento y cuidado, tanto del cuidador como del paciente laringectomizado.

Los pacientes además son los encargados junto con la Logopeda y una enfermera de la CELT, de visitar a los nuevos pacientes Laringectomizados antes de su alta hospitalaria, para darle ánimos, informar y poder demostrarle a estos que la vida sigue y se sigue siendo persona en todo el amplio significado de la palabra.

*Asunción Serna Maestro
Auxiliar de Enfermería y esposa de paciente Laringectomizado*

Capítulo 36

Asociación de Alcohólicos Anónimos / AL-ANON

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo se realiza desde mi experiencia personal como miembro de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos y enfermo en recuperación pero, nunca en representación de la misma. Ruego que se ejerza por quien corresponda mi deseo de permanecer en el anonimato y ojalá sirva para ayudar a quien nos necesite. Toda la bibliografía de la Comunidad de Alcohólicos Anónimos a la que se hace referencia aquí está debidamente registrada.

Enunciado:

Alcohólicos Anónimos (A.A.) es una comunidad de hombre y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo. El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida.

Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; nos mantenemos con nuestras propias contribuciones. A.A., no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución alguna; no desea intervenir en controversias, no respalda ni se opone a ninguna causa. Nuestro objetivo primordial es mantenernos sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

A.A., se interesa exclusivamente en la recuperación y la sobriedad continuada de los alcohólicos individuales que recurren a la comunidad para pedir ayuda. No participa en la investigación del alcoholismo ni en tratamientos médicos o psiquiátricos, y no apoya a ninguna causas.

Alcohólicos Anónimos no tiene opinión acerca de asuntos ajenos a sus actividades; por consiguiente su nombre nunca debe mezclarse en polémicas públicas.

El ejemplo y la amistad de los alcohólicos en recuperación ayudan al recién llegado en su esfuerzo por dejar de beber. Comparten sus experiencias y le transmiten cosas tan sencillas como que “si no se toma la primera copa, no se puede uno emborrachar”, o a no proponerse metas a largo plazo y sustituirlas por otras de plazos más cortos, como por ejemplo 24 horas.

“Cualquier alcohólico puede pasar 24 horas sin tomar esa primera copa”.

Encuentran más conveniente concentrar su energía en evitar esa copa en el día de hoy, porque si hoy no la beben, hoy no se van a emborrachar. “De mañana ya nos ocuparemos cuando llegue, e intentaremos hacer lo mismo”. “No tiene demasiado sentido obsesionarse por el pasado, eso ya pasó”.

Al no ingerir alcohol, los alcohólicos se recuperan físicamente de su enfermedad. Pero, el alcoholismo es una enfermedad que no sólo afecta al cuerpo, si un alcohólico en recuperación quiere alcanzar una sobriedad duradera necesita también una mente sana y unas emociones equilibradas.

El programa de Recuperación de A.A. ayuda al alcohólico a poner en orden sus pensamientos confusos y a deshacerse de la carga de negatividad de sus sentimientos.

Los miembros asisten a reuniones de A.A. con regularidad, para estar en contacto con otros miembros y para aprender como aplicar mejor el Programa de recuperación en sus vidas.

Rara vez se ha visto fracasar a una persona que haya seguido cuidadosamente el Programa de Recuperación de Alcohólicos Anónimos. Los que no se recuperan son aquellas personas que no pueden o no quieren entregarse totalmente a este sencillo Programa.

Las experiencias de los miembros de A.A., explican de modo general, cómo eran, lo que les ocurrió y cómo son ahora, tras haber dado ciertos pasos en la aplicación del Programa de Recuperación.

2. EL ANONIMATO

El Anonimato es la base espiritual de todas nuestras tradiciones, recordándonos siempre, que debemos anteponer los principios a las personalidades.

Si consideramos la historia de A.A. desde su origen en 1935 hasta hoy en día, veremos claramente que el Anonimato tiene dos funciones diferentes pero de igual importancia.

A nivel personal, el Anonimato da protección a todos los miembros para no ser identificados como alcohólicos, una salvaguarda a menudo de especial importancia para el recién llegado.

A nivel de prensa, TV, radio, cine, el Anonimato hace destacar la igualdad, dentro de la Comunidad, de todos los miembros, refrenando a las personas que pudieran explotar su afiliación a A.A. para conseguir fama, poder o provecho personal.

A lo largo de los años, el Anonimato ha resultado ser uno de los mejores regalos que A.A. puede ofrecer al alcohólico que aún sufre. Aunque el estigma ha ido disminuyendo poco a poco, a la mayoría de los recién llegados, el admitir su alcoholismo todavía les resulta tan penoso que lo pueden hacer en un ambiente protegido. El Anonimato es esencial para crear ese ambiente de confianza y franqueza.

3. LO QUE A.A. NO HACE

Alcohólicos Anónimos no hace campañas de promoción para captar miembros.

OFRECE ayuda a los alcohólicos que quieren lograr su sobriedad.

No hace seguimiento de sus miembros. No les vigila para comprobar que no beben AYUDA a los alcohólicos a ayudarse a sí mismos.

No es una organización religiosa. Cada miembro puede tener y desarrollar sus propias ideas sobre el sentido de la vida.

No es una organización de carácter médico. No proporciona medicamentos ni diagnósticos, ni servicios psiquiátricos.

No dirige ni tiene hospitales o centros sanitarios; no suministra servicios de hospitalización.

No está afiliada a ninguna otra organización. Pero coopera con organizaciones que combaten el alcoholismo. Algunos miembros trabajan en estas organizaciones, pero siempre lo hacen a título personal; nunca como representantes de Alcohólicos Anónimos o en su nombre.

No acepta dinero de fuentes ajenas, sean públicas o privadas.

No ofrece servicios de asistencia social. No proporciona alojamiento, comida, trabajo o dinero; AYUDA a los alcohólicos a mantenerse sobrios para conseguir estas cosas por sí mismos.

Los miembros de Alcohólicos Anónimos no están avergonzados por serlo. Únicamente quieren MOTIVAR a otros alcohólicos a que busquen ayuda en la Comunidad y no pretenden ser considerados como héroes o heroínas sólo por cuidar de su propia salud.

Alcohólicos Anónimos no proporciona certificaciones ni cartas de recomendación a órganos penitenciarios de libertad condicional, autoridades judiciales, empresas, instituciones sociales, etc.

4. AUTOSOSTENIMIENTO

En el enunciado de A.A. se dice: “para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas, nos mantenemos con nuestras propias contribuciones”. Esto queda mejor aclarado en la Séptima Tradición: “Todo grupo de A.A. debe mantenerse a sí mismo, negándose a recibir contribuciones de fuera”.

Quizás esto, así expresado, pueda no ser entendido, pero sí lo será si tenemos en cuenta que las Tradiciones de Alcohólicos Anónimos se fueron perfilando con el análisis objetivo de las experiencias vividas tanto a nivel personal como de Grupo.

La política de autofinanciación es, por experiencia, muy positiva, pues A.A. es

consciente del poder que tiene el dinero para dividir a las personas; por eso, el carácter fundamental de la Comunidad es espiritual y no material.

Los Grupos de A.A. para su propio funcionamiento y para mantener la estructura de servicios que han creado, no necesitan de grandes cantidades de dinero, y así es costumbre en las Reuniones de A.A. “pasar una bolsa” en la que cada alcohólico pone la cantidad con la que desea contribuir anónimamente.



En España existen actualmente unos 550 Grupos. En la actualidad la Comunidad de AA funciona a través de más de 100.000 Grupos locales en unos 150 países. A.A. tiene un teléfono de atención en Murcia con el que se puede contactar a través del número 600 843 810.

Alcohólicos Anónimos Oficina Central de Servicios Área 15
Parroquia Ntra. Sra. de la Esperanza. Barrio del Progreso
Apartado de Correos 4108. Teléfono 24 horas: 600 843 810

GRUPOS DE A.A. EN LA REGIÓN DE MURCIA	
Grupo Alhama Parroquia S. Lázaro-Salón Biblioteca 30840 Alhama de Murcia (Murcia)	Grupo Salud C/.Mayor,20-22 30110 Cabezo De Torres (Murcia)
Grupo Nueva Vida Apartado 2 30420 Calasparra (Murcia)	Grupo Amistad C/.Ramón y Cajal,s/n Parroquia Padres Paules. Apartado 26 30200 Cartagena (Murcia)
Grupo Cartagena C/Juan Fernández/n Parroquia San Fulgencio Apartado 32 30200 Cartagena(Murcia)	Grupo Central C/.Mayor- Barrio de la Concepción (Iglesia de la Purísima) Apartado 197 30200 Cartagena(Murcia)
Grupo Perpetuo Socorro Avda. Nueva Cartagena Bajos Sociales,6 Apartado 26 30200 Cartagena(Murcia)	Grupo La Unión C/.Beatas,18 Local Asociación de Vecinos 30360 La Unión(Murcia)
Grupo Mar Menor C/.Ferrocarril/nº-Edif. SISSMU El Torrejón-Los Narejos Apartado 77 30710 Los Alcázares(Murcia)	Los Alcázares Group Centro Cívico Las Claras C/ Helena, 177 30710 Los Alcázares(Murcia)
Mazarrón Group Cañada Gallego (Next to Church) (12 Km South West of Mazarrón) 30870 Mazarrón(Murcia)	Grupo Las Torres C/.Cieza, s/nº Centro Cívico Social Apartado 89 30565 Las Torres de Cotillas
Grupo Ciudad Del Sol Centro Social de El Campillo 30800 Lorca(Murcia)	Grupo Pinatar C/ Mirón de Castro, Edificio Mellado Apartado 230 30740 San Pedro Pinatar(Murcia)
Grupo San Antonio Dirección Centro Social La Paz Barrio San Antonio Apartado 32 30500 Molina De Segura	Grupo Esperanza Ricardo Gil,26 1º-4 Apartado 4706 30080 Murcia
Grupo La Paz Parroquia Ntra.Sra.de la Esperanza, Barrio del Progreso. Apartado 4784 30080 Murcia	Grupo Murcia 2000 C/.San José,14 3º-A 30003 Murcia
	Grupos de Familia AL-ANON Apdo. 3059 Murcia

5. FAMILIAS AL-ANON / ALATEEN

Entre los familiares de AA (estén o no en recuperación) nació en los EEUU (1951) los grupos de Familia AL-ANON/ALATEEN, para ayudar a los alcohólicos a mantenerse sobrios. Los miembros Al-Anon y Alateen son personas como tú y yo, personas que han sido afectadas por la bebida de otra persona. Son padres, hijos, esposos, parejas, hermanos, hermanas, otros familiares, amigos, jefes, empleados y compañeros de trabajo de los alcohólicos. Sin importar cuál haya sido nuestra experiencia, compartimos un mismo vínculo.

Nosotros en los Grupos de Familia AL-ANON/ALATEEN estamos tratando de llegar a las familias que necesitan ayuda. A menudo el alcoholismo se halla oculto, el problema existe aunque muchas veces ni la familia, ni el bebedor problemático afrontarán ni admitirán que esto existe. Los miembros de la familia, independientemente de su edad, habitualmente se culpan a sí mismos por el torbellino de sus vidas, buscando a menudo excusas para los problemas, porque desconocen lo mucho que les afecta la enfermedad.

Los Grupos de Familia AL-ANON/ALATEEN son anónimos, no hacen seguimiento individual, no tienen afiliación con ninguna religión, ningún partido político, ninguna organización ni institución, pública o privada; no toman parte en polémicas; no defienden ni combaten ninguna causa. No cobran cuotas ni aceptan donaciones externas. La organización se mantiene exclusivamente con las aportaciones voluntarias y anónimas de sus miembros y el único requisito para ser miembro es considerar que su vida ha sido profundamente afectada por el comportamiento de un pariente o amigo alcohólico.

Miles de estos grupos (existen más de 25.000) en distintas partes del mundo, se reúnen con el propósito de ayudar a los miembros de la familia del alcohólico a comprender que el alcoholismo es una enfermedad. Ajustando sus propias actitudes, los familiares pueden intentar llevar una vida normal ellos mismos y no continuar con las antiguas pautas familiares. Esto se hace compartiendo experiencia, fortaleza y esperanza con el fin de encontrarle solución a su problema común.

CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS

En la región de Murcia en el Tel. 646 60 70 23 le atenderemos las 24 horas. También puedes llamar a la oficina nacional cuyo teléfono es gratuito: 93 201 21 24 .

Para más información sobre las reuniones, grupos y lugares donde se encuentran visite nuestra web: www.al-anonespana.org / E-mail: info@al-anonespana.org

Para información sobre las reuniones a nivel mundial:

1 888-4 AL-ANON (425-2666), marcando desde los EE.UU. o Canadá.

Capítulo 37

Voluntariado en pacientes con cáncer de laringe en la Asociación Española contra el Cáncer

Ángeles Carrasco Martínez

1. INTRODUCCIÓN

La Asociación Española Contra el Cáncer es una organización no lucrativa de carácter benéfico asistencial, que desde hace 60 años tenemos como principal propósito el luchar contra el cáncer en todas sus modalidades conocidas o que en el futuro se conozcan.

La sede central está en Madrid, pero desarrollamos nuestra actividad en toda España a través de 52 Juntas Provinciales y más de 2.000 juntas locales. Forma un gran equipo que cuenta con la calidad humana de más de 15.000 voluntarios formados y capacitados, la profesionalidad de más de 700 trabajadores y la solidaridad de cerca de 150.000 socios.

Para cumplir nuestra misión con total eficacia seguimos los valores de unidad, transparencia, profesionalidad, independencia y dinamismo.

En la AECC cada día nos ponemos al servicio de las personas, ofreciendo nuestros servicios siempre de forma gratuita para:

- Informar y concienciar a la población sobre la importancia de la prevención y detección precoz del cáncer.
- Dar el apoyo y ayuda que necesitan los enfermos y sus familias.
- Promover la investigación oncológica de calidad y cercana al paciente.
- Movilizarnos e influir en los diferentes estamentos sociales para que se involucren activamente en la lucha contra el cáncer.

Es la labor desinteresada de miles de personas voluntarias y colaboradoras la que hace posible el desarrollo y el mantenimiento de nuestros proyectos y servicios.

En la AECC disponemos de un voluntariado formado y capacitado que ayuda a los pacientes y sus familiares a lo largo de todo el proceso de enfermedad. Se trata de un equipo compuesto por hombres y mujeres de diferentes edades, profesiones e intereses, con una cuidada formación tanto teórica como práctica, y coordinados por profesionales (psicólogos y trabajadores sociales).

Este voluntariado se lleva a cabo siguiendo las normas, horarios y compromiso de confidencialidad que establece la Asociación Española Contra el Cáncer.

2 TIPOS DE VOLUNTARIADO

Dentro del voluntariado que está en contacto directo con personas con cáncer y sus familiares existen cuatro tipos: Voluntariado hospitalario, voluntariado a domicilio, voluntariado testimonial y voluntariado online:

2.1. Voluntariado hospitalario:

Realiza sus actividades en el hospital, tanto con personas ingresadas como con personas que vienen a tratamiento de día.

Sus funciones son:

- Apoyo emocional a la persona con cáncer y a su familia, les ayudan a que puedan reconocer, expresar y compartir las emociones que surgen a raíz de esta enfermedad.
- Acompañamiento durante los tiempos de espera que se producen en el hospital (espera de consultas médicas, resultados de pruebas, comienzo de tratamientos oncológicos).
- Soporte a la familia en el acompañamiento del paciente.
- Información sobre la organización hospitalaria, espacios físicos y funcionamiento del servicio de oncología.
- Apoyo en la búsqueda de recursos que les puedan ayudar en el proceso de enfermedad.
- Ayuda al enfermo y a sus familiares en la realización de gestiones.
- Desarrollo de actividades de animación y entretenimiento a las personas hospitalizadas y a las que van a tratamiento de día.
- Suplencia del cuidador principal para realizar gestiones concretas.
- Detección de necesidades del paciente y sus familiares, para derivación, tanto al personal sanitario como a los profesionales de la Asociación Española Contra el Cáncer.
- Ofrecimiento de desayunos para pacientes y familiares que están en el hospital junto con la colaboración de diversas empresas y establecimientos de nuestra localidad.

2.2. Voluntariado a domicilio:

Es el que se realiza en el domicilio de los pacientes oncológicos. Se centra en proporcionar compañía, apoyo social y emocional, prevención de situaciones de soledad y aislamiento. Permite que la persona enferma pueda permanecer en su medio habitual y facilitar el descanso físico y emocional de la familia, especialmente del cuidador principal.

Ofrecemos:

- Compañía.
- Facilitamos los acompañamientos a consultas médicas, tratamientos, recados o gestiones.
- Compartimos la realización de actividades lúdicas como paseos, lecturas, juegos.
- Escuchamos cuando necesita hablar.
- Informamos de los servicios de la AECC.
- Relevamos ocasionalmente al familiar en el acompañamiento del paciente.

2.3. Voluntariado testimonial:

Está formado por personas que han pasado por la enfermedad y que tras un periodo de formación ayudan a otras que están en la misma situación.

Consideramos que quien mejor puede entender a una persona con cáncer es otra persona que ha pasado por una experiencia similar. Por eso, nuestro voluntariado testimonial está compuesto por voluntarios de la AECC que han tenido cáncer y que a través de su testimonio, ayudan a otras personas, ofreciendo un modelo de cómo hacer frente a la enfermedad.

Funciones:

- Ofrecer un modelo positivo de adaptación a la enfermedad.
- Motivar al enfermo para que participe activamente en su recuperación.
- Ofrecer apoyo emocional.
- Detectar las necesidades y problemas del paciente y su familia y derivar al profesional correspondiente (psicólogo, trabajador social, etc.).
- Información sobre búsqueda de recursos: prótesis, cánulas, recursos económicos, atención psicológica y social.

- Facilitar la reinserción a la vida después de la enfermedad.

2.4. Voluntariado online:

En la aecc, también tenemos en cuenta aquellas personas que prefieren hablar de su enfermedad de forma privada y anónima con personas con las que no están implicadas emocionalmente. Por ello, hemos creado el voluntariado online que a través de nuestra página web: www.aecc.es que permite a las personas con cáncer y sus familias mantener encuentros informales y virtuales con voluntarios que cuentan con gran experiencia en la atención a pacientes, proporcionándoles apoyo y acompañamiento.

Con este servicio pretendemos romper las barreras geográficas, físicas y de tiempo llegando a personas que no llegaríamos por otros medios.

El voluntariado de la Asociación Española Contra el Cáncer está formado por personas que tratan de contribuir a conseguir calidad de vida para todos los miembros de la comunidad y participar por un mundo más deseable y justo para todos

3. ¿CÓMO LLEGAR A LA ASOCIACIÓN?

Hay diversas formas de contactar con nosotros:

- www.aecc.es página web en la que ofrecemos información sobre la enfermedad, s proyectos de investigación, servicios de atención psicosocial, actividades de voluntariado, juntas provinciales y locales, etc.
- Redes sociales: en nuestra página web puedes acceder a las redes sociales: foros, testimonios, blogs y Facebook.
- Teléfono Infocáncer 900 100 036 es un servicio gratuito de cobertura nacional que proporciona información sobre cualquier aspecto relacionado con el cáncer.
- Junta Local de Cartagena en la calle Trafalgar nº 16. Teléfono: 968120880. cartagena@aecc.es
- Junta Provincial de Murcia en la calle Miguel Vivancos nº5 Teléfono: 968284588 murcia@aecc.es

Capítulo 38

Equipo de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH)

Paz Sáez de Jódar
José Antonio Subiela García

1. INTRODUCCIÓN

El equipo de soporte en cuidados paliativos del Hospital General Universitario Santa Lucía (ESAH) se compone de un médico y una enfermera. Sus despachos están ubicados en la planta baja del edificio de Consultas Externas y su extensión telefónica es 950458.

La derivación de pacientes al ESAH se realiza mediante hoja de interconsulta, tanto si está hospitalizado como si se hace desde las consultas de las diferentes especialidades. También la enfermería puede derivar pacientes hospitalizados para valoración por la enfermera de Paliativos.

Su función asistencial se basa en la atención integral a pacientes con enfermedad avanzada e incurable (con corto pronóstico vital y múltiples síntomas intensos y cambiantes) y a sus familias.

Se trata pues de evaluar continuamente la situación del paciente procurando su mayor confort y ayudar a sus cuidadores, sean familiares o no, en la situación dolorosa y el duelo anticipado que genera la comunicación de un pronóstico fatal.

2. DETECCIÓN Y ABORDAJE DE PROBLEMAS Y CUIDADOS ENFERMEROS

Valoramos al paciente al ingreso (ver Anexo 1) y diariamente (ver Anexo 2) detectando y evaluando sus síntomas mediante la observación y el relato del propio paciente y las personas identificadas como cuidadoras habituales.

Consideramos igualmente el impacto emocional, social y espiritual que la situación produce en el paciente y su entorno más cercano.

Necesitamos conocer las diferentes opciones terapéuticas indicadas en cada caso y en cada momento del proceso: fármacos, cirugía, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia, fisioterapia, intervenciones psicológicas y terapias alternativas.

La actitud paliativa abarca todo tipo de medidas encaminadas a proporcionar alivio físico, psicológico y espiritual al paciente y todo el apoyo en la aceptación y en la toma de decisiones que afecten a su proceso.

También es función del ESAH la coordinación con los diferentes profesionales que intervienen en la asistencia (especialistas médicos y de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, voluntariado etc...) para que el paciente se sienta arropado y comprendido, y con los equipos de soporte de cuidados paliativos en domicilio (ESAD) para su seguimiento en casa. Estamos abiertos a la colaboración en todo lo que contribuya a mejorar la calidad de vida de estas personas.

En los pacientes laringectomizados, a los síntomas comunes del cáncer (dolor, astenia, anorexia, heridas, ansiedad, depresión, etc...), se une la circunstancia de su difícil comunicación con la familia y el equipo, que produce en todos los implicados en el proceso angustia e impotencia. También el acúmulo de secreciones hace especialmente dramática la situación de estos enfermos y la progresión del tumor implica riesgo de muerte por asfixia, por lo que debemos ofrecer la posibilidad de mantenerle sedado en sus últimos días/horas.

Es fundamental que los pacientes tengan en todo momento información completa y comprensible sobre su estado, evitar por todos los medios la llamada conspiración de silencio y favorecer la comunicación y la “normalización” de los procesos del final de la vida.

Es importante también que se conozca y utilice el Documento de Instrucciones Previas, disponible para su descarga en www.murciasalud.es.

En este documento, llamado también en otras comunidades autónomas Voluntades Anticipadas o Testamento Vital, el paciente expresa sus deseos a la hora de afrontar la fase final de la enfermedad o en una situación repentina que le impida comunicarlos. En dicha web encontrará las instrucciones para cumplimentarlo y registrarlo.

Enlace: ([http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=1916&IDTIPO=240&RASTRO=c672\\$m2469](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=1916&IDTIPO=240&RASTRO=c672$m2469)).



Cuando el navegante comienza el viaje, prepara su barco, estudia su ruta, planea su itinerario y zarpa; no puede hacer nada más. No puede saber qué tormentas lo azotarán, ni si ha de regresar. Pero zarpa. (Edward Rutherford)

ANEXO I. VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Para la valoración inicial del paciente incluido en el ESAH, al ingreso del paciente se realiza un cuestionario disponible en Selene® (Figura 317) que incluye los siguientes ítems:

- 1.-Ingresos previos en UCP (Si/No).
- 2.-Fecha de 1º ingreso (campo fecha).
- 3.-Diagnóstico principal (campo abierto para escribir).
- 4.-Diagnóstico principal oncológico (campo abierto para escribir).
- 5.-Motivo de ingreso (campo abierto para escribir).
- 6.-Conoce enfermedad (Si/No).
- 7.-Conoce pronóstico (Si/No).
- 8.-Ha expresado voluntades anticipadas (Si/No).
- 9.-Incluido en el programa (Si/No).
- 10.-Incluido en ESAD (Si/No).
- 11.-Escala ECOG (1 al 5). (Ver anexo 3).
- 12.-Tipo derivación: (CEXT/ESAD/Escrita/Oral/Otros/Urgencias).
- 13.-Derivado por (nombre y apellidos).
- 14.-Derivado por (Profesional).
- 15.-Derivado por (Teléfono de contacto).
- 16.-Medico de Familia (campo abierto para escribir).
- 17.-Cuidador Principal (Nombre y Apellidos).
- 18.-Cuidador Principal (Parentesco).
- 19.-Cuidador Principal (Teléfono).
- 20.-Cuidador Principal conoce enfermedad (Si/No).
- 21.-Cuidador Principal conoce pronóstico (Si/No).
- 22.-Persona de referencia (Nombre y Apellidos).
- 23.-Persona de referencia (Teléfono).

24.-Genograma (Si/No).

25.-Alta (Domicilio/Hospital de Cuidados Médios/Éxitus).

26.-Observaciones (campo abierto para escribir).

SOLICITUD CAMBIO DE PALESTINOS	
Fecha SOLIC	
Tipo Permiso	CRAT
	TSAB
	FORTA
	OTRA
	OTRO
Nombre(s) (Nombre y Apellidos)	
Nombre por (Profesional)	
Nombre por (Teléfono de contacto)	
Indice de familia	
Coorden. Principal (Nombre y Apellidos)	
Coorden. Principal (Profesional)	
Coorden. Principal (Teléfono)	
Coorden. Principal correo electrónico	
Coorden. Principal correo personal	
Persona de referencia (Nombre y Apellidos)	
Persona de referencia (Teléfono)	
Señalatura	

Figura 317. Formulario en Cuestionario Selene.

ANEXO II. VALORACIÓN DIARIA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Para la valoración diaria (Procedimientos ESAH) del paciente incluido en el ESAH se realiza un cuestionario disponible en Selene® que incluye los siguientes ítems:

- 1.-Control de síntomas (Agitación/Delirio, Anorexia, Ansiedad, Diarrea, Disfagia, Disnea, Dolor.....).
- 2.-Otros síntomas (campo abierto para escribir).
- 3.-Manejo de la Vía (Infusor, Oral, Subcutánea, Venosa).
- 4.-Sedación (IV, SC).
- 5.-Agonía (Si/No).
- 6.-Observaciones (campo abierto para escribir).
- 7.-Aspectos Psicosociales (Si/No).
- 8.-Intercambio de información de cuidados de salud (Si/No).
- 9.-Asesoramiento (Si/No).
- 10.-Apoyo emocional (Si/No).
- 11.-Escucha activa (Si/No).
- 12.-Coordinación gestión (Si/No).
- 13.-Contacto con (CEXT, EAP, ESAD, PSI, TS, URG....).
- 14.-Observaciones (campo abierto para escribir).

ANEXO III. ESCALA ECOG

La escala ECOG es una forma práctica de medir la calidad de vida de un paciente exclusivamente con cáncer u oncológico, cuyas expectativas de vida cambian en el transcurso de meses, semanas e incluso días.

Fue diseñada por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de Estados Unidos y validada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se publicó en 1982 por Oken et al. También se llama a la escala ECOG, escala WHO o Zubrod score.

La principal función de esta escala es la de objetivar la calidad de vida del paciente o “performance status”.

La escala ECOG valora la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía. Este dato es muy importante cuando se plantea un tratamiento, ya que de esta escala dependerá el protocolo terapéutico y el pronóstico de la enfermedad. La escala ECOG se puntúa de 0 a 5 y sus valores son:

Escala ECOG:

ECOG 0	El paciente se encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
ECOG 1	El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos, aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas y en trabajos ligeros. El paciente sólo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
ECOG 2	El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que le obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, además de las de la noche, pero que no superan el 50% del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades personales solo.
ECOG 3	El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse.
ECOG 4	El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación.
ECOG 5	El paciente está moribundo o morirá en horas.

Capítulo 39

Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria

María García Charcos
Carmen García Charcos

1. INTRODUCCIÓN

Los ESAD (Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria) prestan atención a los pacientes portadores de cánulas, cuando estos son derivados al servicio desde el hospital de referencia (Hospital Universitario Santa Lucía), o cuando es solicitada su atención a través de los profesionales. Pero ¿qué son los ESCP (Equipo de soporte de cuidados paliativos)?.

El ESCP (Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos) está integrado por un grupo de profesionales con entrenamiento y formación en la atención al paciente con enfermedad progresiva e incurable y a su familia, con el propósito de mejorar la calidad de vida de éstos. Para ello trabajan de forma coordinada en los diferentes niveles asistenciales y desempeñan su función en el ámbito domiciliario y hospitalario en Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) y Equipos de Soporte de Atención Hospitalaria (ESAH), respectivamente, proporcionando soporte y apoyo a los profesionales que realizan el seguimiento del paciente.

El Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD): se concibe como un Equipo básico interdisciplinar, formado por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería que cuentan con formación específica, cuya misión básica es apoyar, colaborar y dar soporte a los profesionales de AP (atención primaria) en la atención integral y continuada de pacientes terminales e inmovilizados complejos o que presenten limitación funcional incluyendo a sus familias y/o cuidadores.

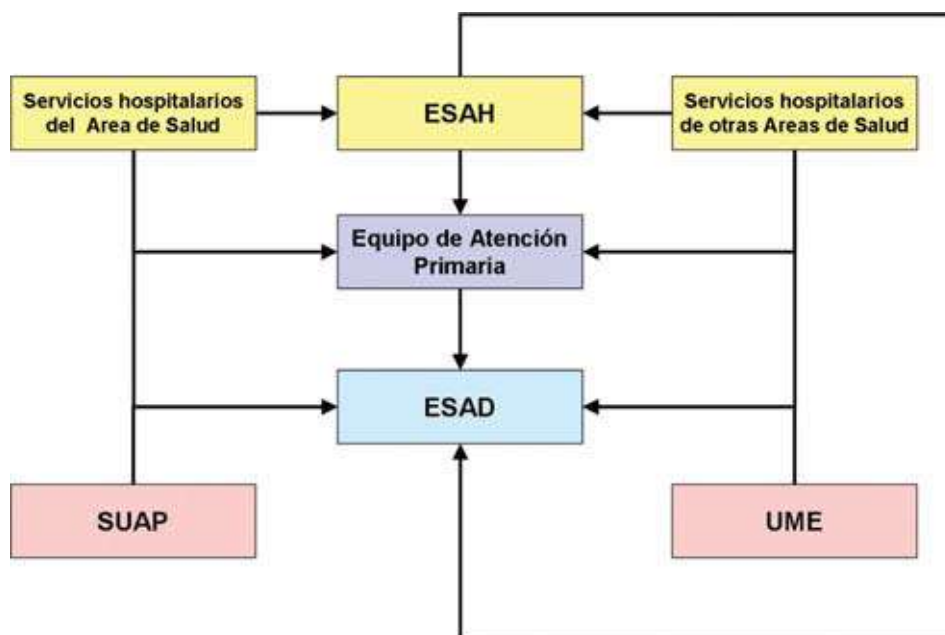
Su ámbito de actuación es el Área de Salud, interviniendo en el domicilio, o en el Centro de Salud. En el Área II de Salud el ESAD (Figura 318) está integrado por tres médicos, tres enfermeras, y una auxiliar. Nos vamos a referir en este texto a la atención del paciente en su domicilio seguido por el ESAD.



Figura 318. Oficinas del ESAD en Cartagena.

¿Cómo se realizan las derivaciones de pacientes?

En este algoritmo podemos observar como los pacientes puede llegar desde diferentes servicios del hospital al ESAH (equipo de soporte de atención hospitalaria). Este equipo dentro del hospital visita al paciente, lo informa del funcionamiento del equipo hospitalario, y cuando el paciente es dado de alta a su domicilio, se informa al ESAD (equipo de soporte de atención domiciliaria) mediante fax para continuar con la atención.



Algoritmo 1.

En el Área II el ESAD, se ubica físicamente en el centro de Salud Virgen de la Caridad, C/ Ciudadela, s/n. En la segunda planta, pasillo de la derecha. El teléfono de contacto es: 968527984, Fax 968501023.



Figura 319. ESAD en Cartagena en Centro de Salud ("El Parchís")

El ESAD se pone en contacto con su médico y enfermera del EAP (equipo de atención primaria), para realizar el seguimiento del caso conjuntamente. En otras ocasiones el paciente es derivado a través de un formulario (Anexo 1) al ESAD desde el propio EAP cuando los profesionales consideran que el enfermo y la familia se pueden beneficiar de la atención y es remitido por fax o telefónicamente.

Desde los servicios de SUAP, servicio de urgencias hospitalario, UME también se derivan pacientes a través de formularios que se dan a la familia o al propio enfermo para que lo presenten en el EAP o directamente en la unidad del ESAD.

¿Con qué medios cuenta el ESAD para prestar su atención y qué cobertura ofrece?

En el Área II el ESAD cuenta con cuatro consultas dotadas de mesas, archivos, libros, ordenadores, impresora, fax, teléfonos, móviles, almacén, pizarras, y material sanitario. Además el ESAD cuenta con tres vehículos para realizar su trabajo diario.

La cobertura que ofrece es toda el Área de Salud II. En turno de mañana, no sábados ni festivos.

2. VISITAS EN EL DOMICILIO DEL PACIENTE

Los profesionales que se desplazan al domicilio son generalmente el médico y la enfermera del ESAD.



Figura 320. Vehículo utilizado por el ESAD para el traslado a los domicilios.

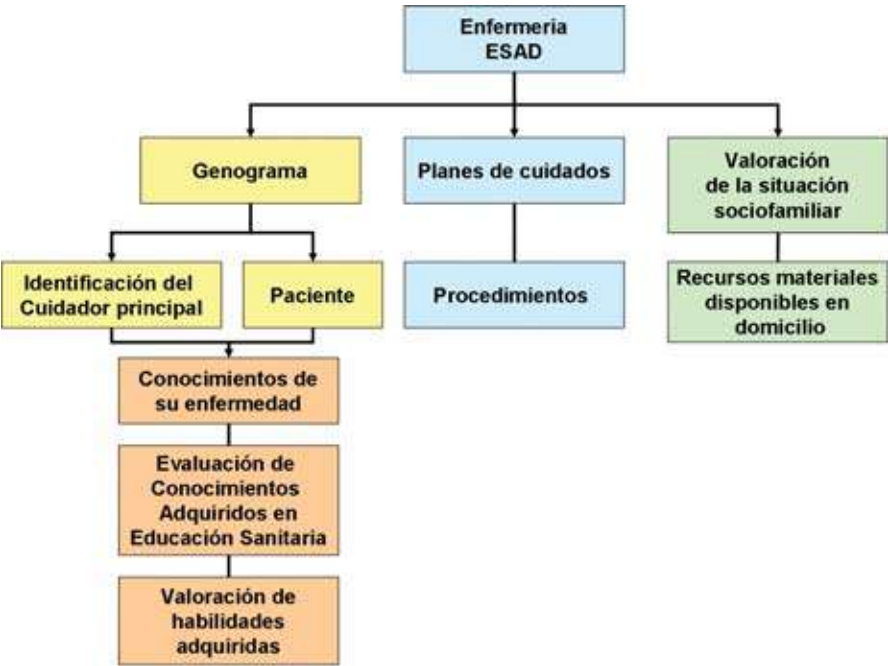
Etapas de la visita:

Una vez en el domicilio nos presentamos, explicamos quienes somos, donde nos ubicamos y cuál es nuestra dinámica de trabajo. Dejamos en el domicilio del paciente la HCD (historia clínica domiciliaria) (Anexo II) con los teléfonos de interés y hojas de evolución (Anexo III) donde queda constancia de la visita.

Durante la visita médica se registrará: anamnesis, exploración, juicio clínico diagnóstico, medidas terapéuticas, tratamiento, etc., (Anexo IV) y tanto el médico como la enfermera registraran en las hojas de evolución de la carpeta del domicilio, en la carpeta de la unidad, y en los registros de OMI (el programa informático de registro de historia clínica), la información obtenida. En la carpeta domiciliaria puede escribir cualquier profesional que visita al paciente. En caso de tener que desplazarse a un centro sanitario, el paciente llevará consigo la historia domiciliaria para aportar la información que allí se refleja.

Enfermería realiza la entrevista al cuidador principal y al paciente (dependiendo de su capacidad para la comunicación). Durante la entrevista y a modo de ayuda el enfermero utilizará diferentes escalas que van impresas en las solapas de la historia clínica para el profesional con el fin de determinar su situación clínica, el grado de ayuda y dependencia que necesita el paciente (cuestionario abreviado sobre el estado mental (SPMSQ) (Pfeiffer), Escala de Arnell, Escala de gradación de los síntomas, (Anexo V) Escala de actividades de la vida diaria (Katz) y Escala de Karnofsky (Anexo VI).

En la entrevista al paciente se exploran las cuatro esferas del ser humano, esfera física, emocional, intelectual y espiritual. En las sucesivas visitas vamos profundizando en los contenidos y siempre respetando hasta donde el paciente quiere llegar. Para el registro de síntomas y el tratamiento se usaran otros dos formularios (Anexo VII). En el siguiente algoritmo (Algoritmo 2) se presenta de forma resumida las actividades y valoración realizada por el Enfermero del ESAD.



Algoritmo 2. Resumen de actividades y valoración del Enfermero del ESAD.

ANEXO I

Hoja de derivación del paciente por parte del médico de AP para su inclusión en el programa.

EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN PROGRAMA

¿URGENTE?	SI	NO
-----------	----	----



FECHA DE DERIVACIÓN

DATOS DEL ENFERMO

NOMBRE	APELLIDOS
FECHA DE NACIMIENTO / EDAD	Nº S.S.
DIRECCIÓN	
TELÉFONOS DE CONTACTO	
CUIDADORES/AS	

DATOS DEL EQUIPO DE A.P.

CENTRO DE SALUD / CONSULTORIO
MÉDICO
ENFERMERO/A

DIAGNÓSTICO

ONCOLÓGICO: SI ☐ NO ☐

TUMOR PRIMITIVO	
LOCALIZACIÓN	FECHA DX
METÁSTASIS SI ☐ NO ☐ NC ☐	Localización:

NO ONCOLÓGICO: SI ☐ NO ☐

DIAGNÓSTICOS:

SÍNTOMAS

¿DOLOR?	SI	☐	NO	☐	Localización				
¿COME?	SI	☐	NO	☐	¿VÓMITOS?	SI	☐	NO	☐
¿DISFAGIA?	SI	☐	NO	☐	¿CONFUSIÓN?	SI	☐	NO	☐
¿ULCERAS?	SI	☐	NO	☐	¿DISNEA?	SI	☐	NO	☐

¿QUE LE PREOCUPA MÁS AL PACIENTE Y/O CUIDADORES?

MEDICACIÓN:

DERIVADO POR:

ONCOLOGÍA	SI	☐	NO	☐
MÉDICO A. P.	SI	☐	NO	☐
ENFERMERA A. P.	SI	☐	NO	☐
¿MÉDICO F. CONFORME?	SI	☐	NO	☐

OTRAS ESPEC.	SI	☐	NO	☐
FAMILIA	SI	☐	NO	☐
OTROS	SI	☐	NO	☐
en espera autoriz.	SI	☐	NO	☐

PRIMEROS CONTACTOS TRAS DERIVACIÓN:

ANEXO II

Historia Clínica domiciliaria para el paciente.

 • ESCP <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> EQUIPO SOPORTE CUIDADOS PALIATIVOS											N.º REG. SOCIAL ACTIVO PREV. SOCIAL OTRO FORMACIÓN Y PROFESIÓN NOMBRE SERVICIO CARGO DOMICILIAR C. POSTAL TELÉFONO NOMBRE PERSONA RESPONSABLE TELÉFONO E.A.P. MEDIO DE CITA ENTRUEQUE ALERTAS TRATAMIENTOS PRO-REPOS OPINIONES PROFESIONALES E.S.C.P.

<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">E.S.C.P.</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">ATENCIÓN DOMICILIARIA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DE 8 A 15 h.: DE LUNES A VIERNES</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 80px;"></td> </tr> </table>	E.S.C.P.	ATENCIÓN DOMICILIARIA	DE 8 A 15 h.: DE LUNES A VIERNES				<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">E.A.P. CENTRO de SALUD</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">DE 8 A 17 h.: DE LUNES A VIERNES</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DE 9 A 17 h.: SÁBADOS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 80px;"></td> </tr> </table>	E.A.P. CENTRO de SALUD	DE 8 A 17 h.: DE LUNES A VIERNES	DE 9 A 17 h.: SÁBADOS			
E.S.C.P.	ATENCIÓN DOMICILIARIA												
DE 8 A 15 h.: DE LUNES A VIERNES													
E.A.P. CENTRO de SALUD	DE 8 A 17 h.: DE LUNES A VIERNES												
DE 9 A 17 h.: SÁBADOS													
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">SERVICIO URGENCIAS ATENCIÓN PRIMARIA</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">EMERGENCIAS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DE 16 A 9 h. DEL DÍA SIGUIENTE</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">24 h. DOMINGOS Y FESTIVOS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 80px;"></td> </tr> </table>	SERVICIO URGENCIAS ATENCIÓN PRIMARIA	EMERGENCIAS	DE 16 A 9 h. DEL DÍA SIGUIENTE		24 h. DOMINGOS Y FESTIVOS				<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">DE 16 A 9 h. DEL DÍA SIGUIENTE</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">24 h. TODOS LOS DÍAS</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 80px;"></td> </tr> </table>	DE 16 A 9 h. DEL DÍA SIGUIENTE	24 h. TODOS LOS DÍAS		
SERVICIO URGENCIAS ATENCIÓN PRIMARIA	EMERGENCIAS												
DE 16 A 9 h. DEL DÍA SIGUIENTE													
24 h. DOMINGOS Y FESTIVOS													
DE 16 A 9 h. DEL DÍA SIGUIENTE	24 h. TODOS LOS DÍAS												

112

ANEXO IV

Historia Clínica para el profesional (página 1).

Murciano		• ESCP •													
EQUIPO SOPORTE CUIDADOS PALIATIVOS				1.º APellido											
		1.º NOMBRE SOCIAL	ACTIVO	2.º APellido											
		PERSONA	OTRO												
		FORMACIÓN Y PROFESIÓN		NOMBRE											
		DIRECCIÓN		CALLE Y DOMICILIO				S. POSTAL				TELÉFONO			
		NOMBRE PERSONA RESPONSABLE										TELÉFONO			
		E.A.P.		RECIBO DA-UNA								ENFERMEDAD			
		ALERGIAS		TRATAMIENTO PRECISO											
		NOMBRES PROFESIONALES E.S.C.P.													
		E.S.C.P. ATENCIÓN DOMICILIARIA		E.A.P. CENTRO de SALUD											
		DE 8 A 15 h. DE LUNES A VIERNES		DE 8 A 17 h. DE LUNES A VIERNES								DE 9 A 17 h. SÁBADOS			
		SERVICIO URGENCIAS ATENCIÓN PRIMARIA		EMERGENCIAS											
		DE 16 A 9 h. DEL DÍA SIGUIENTE		24 h. TODOS LOS DÍAS											
		24 h. DOMINGOS Y FESTIVOS													
				112											

Historia Clínica para el profesional (página 2).

ANTECEDENTES PERSONALES:

[illegible]

GENOGRAMMA

Historia Clínica para el profesional (página 3).

HISTORIA ONCOLÓGICA			
Tumor primitivo: Localización _____		Histología _____	
Fecha del diagnóstico: _____			
Metástasis ☐ NO ☐ SI ☐ NO CONOCIDAS			
Fecha de diagnóstico: _____		Fecha de diagnóstico: _____	
☐ Pulmón _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ Hígado _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ Huesos _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____
☐ Cerebro _____	☐ _____	☐ _____	☐ _____
TRATAMIENTO ANTITUMORAL			
Cirugía: ☐ No ☐ Si			
Complicaciones/Secuelas _____			
Radioterapia: ☐ No ☐ Si			
Complicaciones/Secuelas _____			
Quimioterapia: ☐ No ☐ Si			
Complicaciones/Secuelas _____			
Otras: _____			
Información:			
* Paciente	Conoce enfermedad	☐ No ☐ Si	☐ No explorado
* Familia:	Conoce enfermedad	☐ No ☐ Si	☐ No explorado

ORIGEN de la DEMANDA: _____		FECHA de la DEMANDA: _____	
MOTIVO de INCLUSIÓN: _____		FECHA de INCLUSIÓN: _____	
Tipo de paciente: Terminal ☐ Crónico ☐ Inmovilizado ☐			
Problema principal que justifica la inclusión en Programa:			
Demencia ☐	Parkinson ☐	Ent. Respiratoria ☐	
Neoplasia ☐	Sida ☐	A.C.V.A. ☐	
E.P.O.C. ☐	Ent. Cardíaca ☐	Ent. Renal ☐	
Otros ☐ Especificar: _____			

FECHA de SALIDA de PROGRAMA: _____	
MOTIVO de SALIDA de PROGRAMA:	
Exitus ☐	Cambio de Área ☐ Ingreso en Residencia ☐
Ingreso en Hospital ☐	De Agudos ☐ Media/Larga estancia ☐
LUGAR DEL EXITUS:	
Domicilio ☐	Residencial ☐ Hosp. Agudos ☐
Hosp. Media/Larga estancia ☐	Otros ☐ Especificar: _____

OBSERVACIONES

ANEXO V

Escalas de valoración utilizadas por Enfermería. Disponibles también en las sobolapas de la carpeta donde se almacena toda la documentación.

CUESTIONARIO ABREVIADO SOBRE EL ESTADO MENTAL (SPMSQ) (Pfeiffer)

- ¿Cuál es la fecha de hoy? (día) (mes) (año)
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿Cuál es el nombre de este sitio?
- ¿Cuál es su número de teléfono?
- a. (solo si no tiene teléfono) ¿Cuáles son sus señas?
- ¿Qué edad tiene?
- ¿Dónde ha nacido?
- ¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?
- ¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?
- Dígame el primer apellido de su madre
- Restar de 3 en 3 desde 20

Cada error suma un punto; 5 ó más puntos sugieren deterioro cognitivo

GRADACIÓN DE SÍNTOMAS					
SÍNTOMAS	GRADO 0	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
Dolor	Ausencia	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo
Vómitos	Ausencia	Náuseas	Vómitos esporádicos	Vómitos continuados	Incoercibles
Dianes	Ausencia	Esfuerzo	Actividad habitual	Mínimos esfuerzos	De reposo
Estrafimiento	Ausencia	Subjetivo	2 d. o/d.	3 d. o/d. o más	Medidas mecánicas
Anorexia	Ausencia "0"		Moderado "+"		Grave "++"
Insomnio	Ausencia "0"		Moderado "+"		Grave "++"
Depresión	Ausencia "0"		Moderado "+"		Grave "++"

En el resto de síntomas no especificados, seguir los grados de Anorexia, Insomnio, Depresión (Ausencia "0" - Moderado "+" - Grave "++")

ESCALA DE ARNELL				
	0	1	2	3
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	DESORIENTADO	LETÁRGICO	COMATOZO
INCONTINENCIA	CONTINENTE	OCASIONAL	URINARIA O FECAL	MIXTA
ACTIVIDAD	CAMBIA	CARRA COMPLETA	ESLACIA	ENCASADO
MORFOLÓGICO	COMPLETO	CON LIMITACIÓN	MUY LIMITADA	INDETERMINADA
NUTRICIÓN	COME BIEN	COME Y BEBE POCO OCASIONALMENTE	COME Y BEBE POCO HABITUALMENTE	NO COME NI BEBE
ASPECTO DE LA PIEL	BUENO	EMBUZADO	PEQUENA DE CONTINUIDAD	EDEMA O ÚLCERA GRADO 2
SENSIBILIDAD CUTÁNEA	PRESENTE	DISMINUIDA	AUSENTE EN LAS EXTREMIDADES	AUSENTE
ENTORNO, NUTRICIÓN Y CAMBIOS POSTURALES	ASUMIDOS TODOS	ASUMIDOS ALGUNOS	DÉFICIT NO ASUMIDOS	NO ASUMIDOS NI ASUMIDOS

ANEXO VI

Escalas de valoración utilizadas por Enfermería. Disponibles también en las solapas de la carpeta donde se almacena toda la documentación.

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (KATZ)	
INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
1. LAVARSE	
☐ No recibe ayuda. Entra y sale solo de la bañera (cuando la bañera es su lugar habitual de bañarse)	☐ Recibe ayuda para más de una parte del cuerpo (o no se baña). Recibe ayuda para entrar o salir del baño.
☐ Recibe ayuda para solo una parte del cuerpo (espaldas, piernas)	
2. VESTIRSE	
☐ Coge la ropa y se viste del todo sin ayuda.	☐ Recibe ayuda para coger la ropa o ponerla o permanece sin vestirse del todo.
☐ Solo necesita que le aten los zapatos.	
3. IR AL RETRETE	
☐ Va al retrete, se limpia y se coloca la ropa solo (aunque use bastón, andador o silla de ruedas. Si usa orinal de noche, lo vacía por la mañana).	☐ Necesita ayuda para ir al retrete o para limpiarse o para colocarse la ropa o para usar orinal por la noche.
	☐ No va al retrete.
4. MOVILIZARSE	
☐ Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use bastón o andador).	☐ Necesita ayuda para levantarse y acostarse o para sentarse y levantarse.
	☐ No se levanta de la cama.
5. CONTINENCIA	
☐ Controla completamente ambos esfínteres.	☐ Incontinencia ocasional.
	☐ Necesita supervisión, sonda vesical o es incontinente.
6. ALIMENTARSE	
☐ Come sin ayuda.	☐ Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o totalmente por SNG o IV.
☐ Solo necesita ayuda para cortar o untar el pan	
Valoración: 1. Independiente en todas las actividades 2. Independiente en todas menos en una de ellas 3. Independiente en todas menos "1" y otra cualquiera 4. Independiente en todas menos "1", "2" y otra cualquiera 5. Independiente en todas menos "1", "2", "3" y otra cualquiera 6. Independiente en todas menos "1", "2", "3", "4" y otra cualquiera 7. Dependiente en todas las actividades.	

ESCALA DE KARNOFSKY:	
SITUACIÓN CLÍNICA	VALOR
Asintomático	100
Actividad normal. Síntomas menores	90
Actividad normal con esfuerzo	80
Se vale por sí mismo. Incapaz de llevar una actividad normal	70
Asistencia ocasional. Se hace cargo de la mayoría de sus necesidades	60
Considerable asistencia. Cuidados médicos	50
Imposibilitado. Cuidado especial y asistencia	40
Severamente imposibilitado	30
Muy enfermo. Tratamiento de soporte activo	20
Moribundo	10
Muerte	0

ANEXO VII

Hojas de registro de síntomas y tratamiento (anverso y reverso).

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA ESAD CARTAGENA								
NOMBRE:		DIAGNÓSTICO:			HOJA:			
FECHA								
TRATAMIENTO								
SINT. DIGESTIVOS								
Boca seca								
Candida								
Anorexia								
Nauseas								
Vómitos								
Estreñimiento								
Diarrea								
Hipo								
Disfagia								
Incontinencia								
PIEL Y MUCOSAS								
Escala de Arnell								
Úlceras grado								
Prurito								
Edemas								
SINT. URINARIOS								
Incontinencia								
Hematuria								
Sd Miccional								

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA ESAD CARTAGENA								
FECHA								
DOLOR								
Tipos								
Localización								
Intensidad								
Trat. Previos/respuesta								
SINT. RESPIRATORIOS								
Tos								
Disnea/Ortop/DPN								
Cianosis								
Secreciones								
S. NEUROPSIQUIÁTRICOS								
Parálisis								
Ansiedad/Depresión								
Insomnio								
Confusión								
Agitación								
S. GENERALES								
Deambulación/Encamado								
Est. Nutrición								
Astenia								
Fiebre								
Dieta								
Higiene								
TA/Pulso								
Karnofsky								
Consejo/Información								
TÉCNICAS								
Sonda vesical								
Sonda nasogástrica								
Palomilla								
Estomas								
Glucemias								
Próxima visita								

3. CUIDADOS DEL PACIENTE TERMINAL

Estos pacientes y familiares se enfrentan a un elevado sufrimiento físico, emocional y social y por tanto solo a través de una relación de confianza ganada durante el tiempo de atención por parte de los profesionales puede ayudar a afrontar este proceso y disminuir la angustia y sufrimiento.

Con frecuencia desde el punto de vista físico estos enfermos presentan: dolor, disfagia, obstrucción de vía aérea, xerostomía, hemorragia, náuseas, broncoaspiración, úlceras, etc. Emocionalmente suelen presentar síntomas de depresión, ansiedad, y baja autoestima. Socialmente pueden presentar: aislamiento social, alcoholismo y problemas de comunicación.

Conociendo cada situación particular podremos ir anticipándonos a los síntomas (desde cualquier esfera) para poder proteger al enfermo y evitarle mayor sufrimiento. El tratamiento paliativo tiene como finalidad proporcionar calidad de vida. La calidad de vida no consiste en vivir más tiempo, sino en vivir cada momento intensamente sabiendo saborearlo.

Para nuestra labor es fundamental realizar el “acompañamiento”, basado en la relación humanizada, es decir la persona del “profesional” se relaciona con la persona “enferma” poniendo sobre la mesa los aspectos emocionales, clínicos, técnicos y físicos y poder ayudar así al paciente a tomar sus propias decisiones.

El cuidado de estos pacientes se realiza conjuntamente entre el equipo de enfermería de Atención Primaria y el equipo de enfermería del ESAD, que actúan de forma coordinada proporcionando el apoyo necesario para ello.

Bibliografía

- Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de diagnósticos de enfermería: guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier España; 2006. 1342 p.
- Acosta Fera M, Salinas Ramos J, Martínez MJ, Esteban T, Ramos A, Sánchez C, et al. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento del cáncer de cabeza y cuello. En: 21º Congreso Nacional de Cirugía Oral y Maxilofacial. Valladolid; 2011.
- Aguado JD. Manual básico de enfermería: técnica y quirúrgica. Ediciones Díaz de Santos; 1998. 292 p.
- Alberta, Clinical Practice Guideline working group. The management of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) [Internet]. Alberta: Clinical Practice Guidelines Manager TOP Program; 2005 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.topalbertadoctors.org/download/377/AECOPD_guideline.pdf?_20160223160555
- Alfageme I. Terapias respiratorias. Arch Bronconeumol. 2009;45(Supl 2):2-28.
- Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso de enfermería: guía práctica. Harcourt-Brace; 1996.
- Algaba Guimerá J. Recuperación de la voz en los laringectomizados. Fistuloplastias y prótesis fonatorias.. Ed Garsi; 1988.
- Algaba J. Rehabilitación quirúrgica de la voz en pacientes laringectomizados. En: Otorrinolaringología. Barcelona: Doyma; 1992. p. 712-45.
- Algarra JM. Lecciones de otorrinolaringología aplicada. 2ª ed. Editorial Glosa, S.L.; 2006. 614 p.
- Álvarez CA, Llorente JL. Tumores de laringe. En: Práctica en ORL: oncología de cabeza y cuello. Barcelona: Ars Medica; 2002. p. 183-96.
- Álvarez Hernández J. Fundamentos prácticos de la nutrición artificial domiciliaria. Endocrinología y Nutrición. 2008;55(8):357-66.
- Álvarez-Fernández JA. Supervivencia de la parada cardiorrespiratoria hospitalaria. Medicina Clínica. 2011;136(3):136.
- Ambrosch P. The role of laser microsurgery in the treatment of laryngeal cancer. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2007;15(2):82-8.
- American Association for Respiratory Care. AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. Respir Care. 2010;55(6):758-64.
- American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®. American Psychiatric Pub; 2014. 417 p.

- Andrés-Villas M, Torrico E, Remesal R. Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe [Internet]. Anales de Psicología. 2012 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=16723774013>
- Andrew James M. Oxygen Therapy: Safety Precautions. Toronto. Canadá: About Kids Health Family Resource Centre; 2004.
- Antonello M, Delplanque D. Fisioterapia respiratoria: del diagnóstico al proyecto terapéutico. Madrid: Masson; 2002. 334 p.
- Arias J. Propedéutica quirúrgica: preoperatorio, operatorio, postoperatorio. Editorial Tebar; 2004. 726 p.
- asociación Internacional de Laringectomizados, editor. Respiración de rescate para laringectomizados y otros que respiran por el cuello. [Internet]. Len Librizzi; 2005 [citado 11 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.webwhispers.org/library/documents/SpanishRescueBreathing1-05.pdf>
- Baker AB. Bulbar poliomyelitis: its diagnosis and treatment. Ill Med J. 1947;92(3):160-3.
- Banegas JR, Díez Gañán L, González Enríquez J, Villar Álvarez F, Rodríguez-Artalejo F. La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. Medicina Clínica. 2005;124(20):769-71.
- Barceló Barceló I. Atención al tabaquismo en atención primaria: guía de práctica clínica. Murcia: Subdirección General de Asistencia Primaria, Urgencias y Emergencias; 2006.
- Bascom R, Kesavanathan J, Fitzgerald TK, Cheng KH, Swift DL. Sidestream tobacco smoke exposure acutely alters human nasal mucociliary clearance. Environ Health Perspect. 1995;103(11):1026-30.
- Basozabal Zamakona B, Durán Díaz de Real MÁ. Manual de Enfermería Quirúrgica [Internet]. Galdakao: Hospital de Galdakao; 2003 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ual.es:8080/jspui/handle/10835/2453>
- Bayés R, Arranz P, Barbero JJ, Barreto P. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Editorial Ariel; 2003. 184 p.
- Bechtold ML, Matteson ML, Choudhary A, Puli SR, Jiang PP, Roy PK. Early versus delayed feeding after placement of a percutaneous endoscopic gastrostomy: a meta-analysis. Am J Gastroenterol. 2008;103(11):2919-24.
- Benito E, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. [Internet].

- Madrid; 2014 [citado 10 de febrero de 2016]. (6). Recuperado a partir de: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMonografia%20secpal.pdf>
- Berlinski A, Waldrep JC. Nebulized drug admixtures: effect on aerosol characteristics and albuterol output. *J Aerosol Med.* 2006;19(4):484-90.
 - Bernier J, Russi EG, Homey B, Merlano MC, Mesia R, Peyrade F, et al. Management of radiation dermatitis in patients receiving cetuximab and radiotherapy for locally advanced squamous cell carcinoma of the head and neck: proposals for a revised grading system and consensus management guidelines. *Annals of Oncology.* 2011;22(10):2191-200.
 - Bernstein DA, Borkovec TD. Entrenamiento en relajación progresiva: un manual para terapeutas. Desclée de Brouwer; 1983. 95 p.
 - Blázquez Villacastín C. Aspiración de secreciones de la vía aérea [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2013 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352837382621&ssbinary=true>
 - Bleeckx D. Dysphagie: Évaluation et rééducation des troubles de la déglutition. De Boeck Supérieur; 2002. 174 p.
 - Bossaert LL. Perspectiva sobre las guías de reanimación de 2010 del European Resuscitation Council: la necesidad de hacerlo mejor. *Revista Española de Cardiología.* 2011;64(6):445-50.
 - Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier España; 2013. 1412 p.
 - Burgos Sánchez J, Tirado Pedregosa G, Martínez Trujillo S. Cuidados en el cambio de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea de balón en atención primaria. *Evidentia.* 2012;9(38).
 - Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;4:CD006103.
 - Camarells F, Becerril B, Rodero D, Vidaller O, Asensio Á, Jiménez-Ruiz C. Efectividad de la intervención grupal para la deshabituación tabáquica. Ensayo clínico aleatorizado. *Medicina clínica.* 2002;119(2):53-7.
 - Campoli P, Cardoso D, Turchi M, Mota O. Clinical trial: a randomized study comparing the durability of silicone and latex percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. *Dig Endosc.* 2011;23(2):135-9.
 - Carl J, Andersen LJ, Pedersen M, Greisen O. Prognostic factors of local control after radiotherapy in T1 glottic and supraglottic carcinoma of the larynx. *Radiother Oncol.* 1996;39(3):229-33.

- Caro I, Ibáñez E. Escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la salud. Boletín de psicología. 1992;(36):43-69.
- Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería: diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005. 1101 p.
- Casado Morente JC, Adrián Torres JA. Manual del laringectomizado. Archidona (Málaga: Ediciones Aljibe, S.L.; 2004. 186 p.
- Cellai E, Frata P, Magrini SM, Paiar F, Barca R, Fondelli S, et al. Radical radiotherapy for early glottic cancer: Results in a series of 1087 patients from two Italian radiation oncology centers. I. The case of T1N0 disease. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2005;63(5):1378-86.
- Céruse P, Ltaief-Boudrigua A, Buiret G, Cosmidis A, Tringali S. Anatomía descriptiva, endoscópica y radiológica de la laringe. EMC - Otorrinolaringología. agosto de 2012;41(3):1-26.
- Chaseling W. Suctioning an Adult ICU Patient with an Artificial Airway: A Clinical Practice Guideline [Internet]. Chastwood: Agency for Clinical Innovation; 2014 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/239554/ACI14_Suction_2-2.pdf
- Chiu RJ, Myers EN, Johnson JT. Efficacy of routine bilateral neck dissection in the management of supraglottic cancer. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;131(4):485-8.
- Comas MD, Schröder M, Villalba O. Intervención psicológica en una unidad de cuidados paliativos. En: El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2003. p. 777-815.
- Comprehensive Cancer Information [Internet]. National Cancer Institute. [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.cancer.gov/>
- Conroy T. The prevention and management of complications associated with established percutaneous gastrostomy tubes in adults: a systematic review. JBI Library of Systematic Reviews. 2009;7(1):1-37.
- Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. Arch Bronconeumol. 2013;49(Supl 1):2-14.
- Cortés EB, Domínguez SR, Bodineau JLL-C. Sistemas de ventilación mecánica domiciliaria. [citado 10 de febrero de 2016]; Recuperado a partir de: <http://www.neumosur.net/files/EB02-21%20vmd1.pdf>
- Cueto CH. Valoración médica del daño corporal: guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2001. 528 p.

- Cuidados de Enfermería a pacientes con traqueostomía (laringostomía) [Internet]. 2011 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=18493&idsec=453
- Cuidados del paciente traqueostomizado. [Internet]. Madrid: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; 2014 [citado 1 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=cuidados_al_paciente_traqueostomizado.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalGregorioMarañon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352851406294&ssbinary=true
- De la Chica R, Colmenero M, Chavero MJ, Muñoz V, Tuero G, Rodríguez M. Factores pronósticos de mortalidad en una cohorte de pacientes con parada cardiorrespiratoria hospitalaria. *Medicina Intensiva*. 2010;34(3):165-9.
- De Leyn P, Bedert L, Delcroix M, Depuydt P, Lauwers G, Sokolov Y, et al. Tracheotomy: clinical review and guidelines. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2007;32(3):412-21.
- Declaración institucional para el desarrollo de la atención multidisciplinar en cáncer en España [Internet]. 2010 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cancer/DCfinal.pdf>
- DeLegge M. Prevention and management of complications from percutaneous endoscopic gastrostomy [Internet]. UptoDate. 2011 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?9/6/9313?source=HISTORY>
- Dey P, Arnold D, Wight R, MacKenzie K, Kelly C, Wilson J. Radiotherapy versus open surgery versus endolaryngeal surgery (with or without laser) for early laryngeal squamous cell cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD002027.
- Diaz FJ, Jané M, Saltó E, Pardell H, Salleras L, Pinet C, et al. A brief measure of high nicotine dependence for busy clinicians and large epidemiological surveys. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(3):161-8.
- Díaz Rubio E, García Sáenz JÁ. Enfermedades oncológicas: Consejos para pacientes. Barcelona: Permanyer; 2007.
- Die Trill M. Intervención Psico-Oncológica en el Ámbito Hospitalario. *Clínica Contemporánea*. 2013;4(2):119-33.
- Dietz A, Rudat V, Dreyhaupt J, Pritsch M, Hoppe F, Hagen R, et al. Induction chemotherapy with paclitaxel and cisplatin followed by radiotherapy for larynx

- organ preservation in advanced laryngeal and hypopharyngeal cancer offers moderate late toxicity outcome (DeLOS-I-trial). *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2009;266(8):1291-300.
- Dixon B, Jtasota F. Desplazamiento involuntario de la cánula de traqueostomía. *Nursing*. 2003;21(09):7-7.
 - Drake AF, Henry MM. Manual para el cuidado de la traqueostomía pediátrica. [Internet]. UNC School of Medicine; 2002 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <https://www.med.unc.edu/ent/files/Trach%20Manual%20Spanish.pdf>
 - Egea-Guerrero JJ, Murillo-Cabezas F, Maira-González I, Montero-Romero E, Palacios-Gómez C, Vilches-Arenas A. Supervivencia de la parada cardiorrespiratoria en relación con el área hospitalaria donde se detecta. *Medicina Intensiva*. 2012;36(6):448-50.
 - Escaño Cardona V, Rebola González P. Plan de cuidados individualizado en paciente traqueostomizado con nutrición enteral tras laringuectomía supraglótica. *Enfermería Docente*. 2012;(98):10-5.
 - Esquinas Rodríguez A. Cuidados de Enfermería en ventilación mecánica no invasiva [Internet]. Asociación y Escuela Internacional de Ventilación Mecánica No Invasiva; 2010 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.revistaseden.org/boletin/files/2983_cuidados_de_enfermeria_en_la_ventilacion_mecanica_no_invasiva.pdf
 - Esquinas Rodríguez A. Guía esencial de metodología en ventilación mecánica no invasiva. Ed. Médica Panamericana; 2010. 650 p.
 - Estellés Ferriol E. Calidad de vida en pacientes tratados quirúrgicamente por cáncer de laringe. [Valencia: Escuela Valenciana de Estudios de la Salud; 2005.
 - Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización: ENEAS 2005 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
 - Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. abril de 1989;12(2):159-82.
 - Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*. 1 de enero de 2004;1(2-3):169-80.
 - Fernández Tena A, Casan Clarà P. Depósito pulmonar de partículas inhaladas. *Arch Bronconeumol* 2012;48(7):240-6.

- Fernández-reyes I. Aspiración de secreciones traqueales y orofaríngeas. Metas de Enfermería [Internet]. 1999 [citado 10 de febrero de 2016];(21). Recuperado a partir de: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/2104/>
- Ferrero MB, Mezquita MH, García MT. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo [Internet]. Ergon; 2003 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.namfyc.es/cursos/tabaco/Manual_Tabaquismo_Pfizer_09.pdf
- Ficha Técnica Atrovent Monodosiis [Internet]. AEMPS; 2013 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.aemps.gob.es/cima/dochtml/ft/61185/FichaTecnica_61185.html
- Ficha Técnica Budesonida Aldo-Unión [Internet]. AEMPS; 2013 [citado 13 de marzo de 2016]. Report No.: FT_61664. Recuperado a partir de: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/ft/61664/FT_61664.pdf
- Ficha Técnica Mucofluid [Internet]. AEMPS; 2011 [citado 13 de marzo de 2016]. Report No.: FT_54726. Recuperado a partir de: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/ft/54726/FT_54726.pdf
- Flores Bienert MD. Educación para la salud y la Enfermería. Murcia: Diego Marín; 2001.
- Flórez Almonacid CI, Romero Bravo Á. Cuidado de pacientes con canula de traqueostomía. [Internet]. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía; [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.todoenfermeria.es/inicio/cuidados/procedimientos/d5_cuidados_pacientes_canula_traqueostomia.pdf
- Forastiere AA, Goepfert H, Maor M, Pajak TF, Weber R, Morrison W, et al. Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer. N Engl J Med. 27 de noviembre de 2003;349(22):2091-8.
- Forastiere AA, Goepfert H, Maor M, Pajak TF, Weber R, Morrison W, et al. Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer. N Engl J Med. 27 de noviembre de 2003;349(22):2091-8.
- Franchin G, Minatel E, Gobitti C, Talamini R, Vaccher E, Sartor G, et al. Radiotherapy for patients with early-stage glottic carcinoma: *Univariate and multivariate analyses in a group of consecutive, unselected patients*. Cancer. 15 de agosto de 2003;98(4):765-72.
- Frata P, Cellai E, Magrini SM, Bonetti B, Vitali E, Tonoli S, et al. Radical radiotherapy for early glottic cancer: Results in a series of 1087 patients from two Italian radiation oncology centers. II. The case of T2N0 disease. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2005;63(5):1387-94.

- Frigiral-Ruiz AB, González-Castillo S, Lucendo AJ. Gastrostomía endoscópica percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. *Enfermería Clínica*. 2011;21(3):173-8.
- Gajardo Veloso G. Cuidados enfermería pacientes traqueostomizado (TQT). Santiago de Chile: Hospital Clínico Universidad Católica; 2012.
- Galloway TC. Tracheotomy in bulvar poliomyelitis.. *JAMA*. 1943;123(17):1096-7.
- García Cantero E, López Blázquez C, Aja Hontañón B. Cambio de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea en el domicilio. *FMC*. 2007;14(4):199.
- García Murcia JM, Calvo Torres MD, Clavel Cerón R, Sánchez Clavel M. Utilización de las vías clínicas para mejorar y controlar los cuidados en los pacientes tráqueo-laringectomizados desde una consulta de Enfermería. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2009;60(Espec Congr):195.
- García Teresa M. Protocolo CUIDADOS DEL NIÑO CON TRAQUEOSTOMÍA [Internet]. Madrid: SECIP. Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos; 2010 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://secip.blogspot.com.es/2010/04/protocolo-cuidados-del-nino-con.html>
- Gea J, Orozco-Levi M, Gallart L. Fracciones inspiratorias elevadas de O₂ con el uso del dispositivo convencional de nebulización de fármacos. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(5):230-7.
- Geller DE. ¿Cuál nebulizador para cuál medicamento? [Internet]. Cystic Fibrosis Foundation; 2006 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://cdn.webservices.ufhealth.org/wp-content/blogs.dir/478/files/2012/09/Respiratory-Which-Nebulizer-for-Which-Drug.pdf>
- Giner F. Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados. *Arch Bronconeumol*. 2000;36(1):34-43.
- Girón Moreno RM, Valenzuela C, Pinedo C, Cisneros C. Tratamiento antibiótico nebulizado en bronquiectasias no debidas a fibrosis quística. *Rev Patol Respir*. 2008;11(Supl2):93-8.
- Gómez Antúnez M, López González Cobos C, Villalba García MV, Muiño Miguez A. Resucitación cardiopulmonar. Soporte vital básico y avanzado. *Medicine*. 2011;10(87):5877-89.
- Google Books Link [Internet]. [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <https://books.google.es/books?id=3TvVolOqNj0C>
- Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª ed. Madrid: Editorial Mosby/Doyma Libros. España; 1996.

- Gorgojo Jiménez L, González Enríquez J, Salvador Llivina T, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (España). Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar: Madrid, septiembre de 2003. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2003.
- Guideline for emergency oxygen use in adult patients [Internet]. London: British Thoracic Society; 2008 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/oxygen/emergency-oxygen-use-in-adult-patients-guideline/emergency-oxygen-use-in-adult-patients-guideline/>
- Gwinnutt C. The national tracheostomy project. The emergency management of tracheostomy and emergency management of laryngectomy. (Resuscitation Council Newsletter (UK)).
- Hernández C, Bergeret JP, Hernández M. Traqueostomía: principios y técnica quirúrgica. Cuad cir(Valdivia). 2007;21(1):92-8.
- Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale--a review of validation data and clinical results. J Psychosom Res. 1997;42(1):17-41.
- Hess DR, Myers T, Rau JL. Una guía de dispositivos para aerosolterapia [Internet]. Asociación Americana de Cuidados Respiratorios; 2009 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.ircouncil.org/newsite/members/aerosol_delivery_es.pdf
- Heuillet-Martin G, Conrad L. Hablar sin laringe: rehabilitación de la voz en laringectomizados. Lebón; 2003. 275 p.
- Hinerman RW, Mendenhall WM, Amdur RJ, Stringer SP, Villaret DB, Robbins KT. Carcinoma of the supraglottic larynx: Treatment results with radiotherapy alone or with planned neck dissection. Head & Neck. 2002;24(5):456-67.
- Hollenstein Prat MF, Maté Méndez J, Gil Moncayo FL. Programa de formación en Psico-Oncología para residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica: modelo de interconsulta. Clin Transl Oncol. 2003;05(08):443-9.
- Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería [Internet]. 3ª ed. Córdoba: Servicio Andaluz de Salud; 2010 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Ibáñez E, Soriano J. Intervención psicológica en enfermos de cáncer: Planteamientos del Presente , Deseos de Futuro. Análisis y Modificación

- de Conducta [Internet]. 2008 [citado 13 de marzo de 2016];34(150-151). Recuperado a partir de: <http://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/704>
- Inalair - INALAIR2_6.PDF [Internet]. [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: https://www3.faes.es/archivos_pdf/download/inalair/modulo2/INALAIR2_6.PDF
 - Iñiguez F. Terapia inhalatoria en los pacientes con ventilación mecánica domiciliaria. *Neumología pediátrica*. 2008;3(sup1) :87-99.
 - Intervenciones preoperatorias para el abandono del hábito de fumar [Internet]. [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD002294>
 - Jamieson EM. *Procedimientos de enfermería clínica*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2008. 426 p.
 - Janssens GO, Rademakers SE, Terhaard CH, Doornaert PA, Bijl HP, van den Ende P, et al. Accelerated radiotherapy with carbogen and nicotinamide for laryngeal cancer: results of a phase III randomized trial. *J Clin Oncol*. de 2012;30(15):1777-83.
 - Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, Díaz-Maroto Muñoz JL, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. *Arch Bronconeumol*. 2003;39(01):35-41.
 - Jiménez-Ruiz C, Fagerström K. *Tratado de tabaquismo*. 3º ed. Madrid: Aulamédica. Formación en salud.; 2011.
 - Johnson M, Moorhead S, Bulechek GM, Butcher HK, Maas ML, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: Soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. Elsevier España; 2012. 875 p.
 - LAMI DLÁ, MENDOZA DACB, HERMIDA LMEM, PÉREZ LRG. SERVICIO DE LOGOPEDIA Y FONIATRÍA. [citado 10 de febrero de 2016]; Recuperado a partir de: <http://files.sld.cu/rehabilitacion-logo/files/2010/11/protocolo-de-actuacion-asistencial-laringectomizado.pdf>
 - Lancaster T, Stead LF. Intervenciones de autoayuda para el abandono del hábito de fumar. Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [citado 10 de febrero de 2016];(4). Recuperado a partir de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD001118>

- Latham M. All you need to know about tracheostomy tubes [Internet]. 2008 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.ersbuyersguide.org/articles/previous-issues/2008-2009?task=callelement&format=raw&item_id=3366&element=107d5fdc-c765-4a15-8dc8-0dcf7c06ab4d&method=download
- Le Huche F, Allali A, Aubry M. La voz sin laringe: manual de reeducación vocal (SID). Barcelona: Editorial Médica y Técnica; 1982.
- Lefebvre JL, Rolland F, Tesselaar M, Bardet E, Leemans CR, Geoffrois L, et al. Phase 3 Randomized Trial on Larynx Preservation Comparing Sequential vs Alternating Chemotherapy and Radiotherapy. JNCI Journal of the National Cancer Institute. 2009;101(3):142-52.
- Legacy N. Which commonly used nebuliser solutions are compatible? [Internet]. Welsh Medicines Information Centre; 2014 feb [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: [https://www.evidence.nhs.uk/document?ci=http%3a%2f%2fwww.medicinesresources.nhs.uk%2fGetDocument.aspx%3fpageld%3d504028%3ffromsource%3dnlm&returnUrl=Search%3fom%3d\[%22srn%22%3a\[%22UKMi%22\]\]%26q%3d%2522Which%2bcommonly%2bused%2bnebuliser%2bsolutions%2bare%2bcompatible%2522&q=%22Which+commonly+used+nebuliser+solutions+are+compatible%22](https://www.evidence.nhs.uk/document?ci=http%3a%2f%2fwww.medicinesresources.nhs.uk%2fGetDocument.aspx%3fpageld%3d504028%3ffromsource%3dnlm&returnUrl=Search%3fom%3d[%22srn%22%3a[%22UKMi%22]]%26q%3d%2522Which%2bcommonly%2bused%2bnebuliser%2bsolutions%2bare%2bcompatible%2522&q=%22Which+commonly+used+nebuliser+solutions+are+compatible%22)
- Lewis SH, Heitkemper MM, Dirksen SR. Valoración y cuidados de problemas clínicos. Enfermería Médico-Quirúrgica. Madrid: Mosby; 2004.
- López Jiménez E, Sánchez Martín A, Arribas Lázaro B. Gestión y mejora procesos: Vías clínicas. En: Guía metodológica para la gestión clínica por procesos: aplicación en las organizaciones de enfermería. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2003. p. 249-68.
- López Valero M, Pulido Sánchez MD, López Valero R. Traqueostomía: Procedimiento de cambio de cánula y cuidados de enfermería. Ciber Revista [Internet]. 2010 [citado 1 de febrero de 2016];(13). Recuperado a partir de: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2010/pagina10.html>
- López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez Gómez B, Hernández Barrera V, Lope V, et al. Situación del cáncer en España: incidencia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2004;27(2):165-73.
- López-Campos Bodineau JL. Terapia nebulizada. En: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades respiratorias en Atención Primaria [Internet]. 2004 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.neumosur.net/publicaciones_ebooks_contenidos.php?id=9
- López-Messa JB, Herrero-Ansola P, Pérez-Vela JL, Martín-Hernández H. Novedades en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática. Medicina Intensiva 2011;35(5):299-306.

- López-Messa JB. Novedades en resucitación: Presentación. Medicina Intensiva. 2011;35(4):246-8.
- Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EMH, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition--percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clin Nutr. 2005;24(5):848-61.
- Lucas Ramos P de. Procedimientos en insuficiencia respiratoria. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación; 2008.
- Lucendo Villarín AJ, Polo Araujo L, Noci Belda J. Cuidados de enfermería en el paciente con cáncer de cabeza y cuello tratado con radioterapia. Enfermería Clínica. 2005;15(3):175-9.
- Luna Paredes M, Martínez Gimeno A, Moro AL, González I, García Hernández G, Doctor Pavón A. Seguimiento del paciente traqueostomizado en una unidad multidisciplinaria. Unidad de traqueostomias. Anales de Pediatría. 2001;54:54-64.
- M.D CEK. Reducing The Health Consequences Of Smoking 25 Years Of Progress: Report Of The Surgeon General. DIANE Publishing; 1995. 730 p.
- Máiz Carro L, Wagner Struwing C. Beneficios de la terapia nebulizada: conceptos básicos. Arch Bronconeumol. 2011;47(S6):2-7.
- Mañas Baena E, Pérez Rodríguez E, Jareño Esteban J. PATOLOGIA RESPIRATORIA. MANUAL DE ACTUACION. Madrid: Ergon; 2004.
- Manual de Procedimientos SEPAR, 16. [Internet]. [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://issuu.com/separ/docs/procedimientos16>
- Martín Cantera C, Jané Julio C, Nebot Adell M. Evaluación anual de un programa de ayuda al fumador. Atención Primaria. 1993;12(2):86-90.
- McCoul ED, Har-El G. Meta-analysis of Impaired Vocal Cord Mobility as a Prognostic Factor in T2 Glottic Carcinoma. Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery. 2009;135(5):479.
- Mendenhall WM, Amdur RJ, Morris CG, Hinerman RW. T1-T2N0 squamous cell carcinoma of the glottic larynx treated with radiation therapy. J Clin Oncol. 2001;19(20):4029-36.
- Microsoft Word - R10. Conocimiento padres sobre traqueostom.a.doc - R10_Conocimiento_padres_sobre_traqueostomia.pdf [Internet]. [citado 9 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.revistapediatria.cl/vol3num2/pdf/R10_Conocimiento_padres_sobre_traqueostomia.pdf
- Milanés Pérez R, Alcalá Cerra L. TRAQUEOTOMÍA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Rev.cienc.biomed. 2010;1(1):71-8.

- Mitchell RB, Hussey HM, Setzen G, Jacobs IN, Nussenbaum B, Dawson C, et al. Clinical Consensus Statement: Tracheostomy Care. *Otolaryngology -- Head and Neck Surgery*. 2013;148(1):6-20.
- Monsieurs KG, Nolan JP, Bossaert LL, Greif R, Maconochie IK, Nikolaou NI, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*. 2015;95:1-80.
- Montes F S, Méndez R M, Barañao G P, Salinas F P, Prado A F. Generador de flujo con presión binivelada (BiPAP) a través de traqueostomía. *Revista chilena de pediatría*. 2008;79(5):471-80.
- Montes S, Méndez M, Barañao KP, Pamela EU. Ventilación mecánica prologada con BiPAP a través de traqueostomía. *NEUMOLOGIA PEDIATRICA*. 2008;58.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2013. 759 p.
- Muñoz Camargo JC. Reanimación cardiopulmonar: no hay calidad sin formación. *Enfermería Intensiva*. 2008;19(1):1.
- Muriana Jiménez R, Oliva Cesar A, Rodríguez Flores R. Plan de cuidados de enfermería a pacientes con traqueostomías en UCI. *Hygia de enfermería: revista científica del colegio*. 2008;(69):54-9.
- Naberan Toña K, Lambán Sánchez MT, Román Rodríguez M, Molina París J. Tratamiento inhalado en los enfermos traqueostomizados.
- NANDA International. Diagnósticos enfermeros, 2012-2014 : definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier España; 2012. 566 p.
- NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier España; 2015. 512 p.
- NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier España; 2011. 456 p.
- National Clinical Guideline Centre (UK). Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Adults in Primary and Secondary Care [Internet]. London: Royal College of Physicians (UK); 2010 [citado 13 de marzo de 2016]. (National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance). Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65039/>
- Nebulizer therapy. Guidelines. British Thoracic Society Nebulizer Project Group. *Thorax*. 1997;52(Suppl 2):S4-24.
- Netzel C. Protocolos de Enfermería. Doyma; 2009.

- NHS Quality Improvement Scotland. Caring for the patient with a tracheostomy: best practice statement, 2007. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland; 2007.
- NHS GGC : Guidelines for Care of Patients with a Tracheostomy Tube [Internet]. NHS Greater Glasgow and Clyde. 2016 [citado 9 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.nhsggc.org.uk/about-us/professional-support-sites/shock-team/guidelines-for-care-of-patients-with-a-tracheostomy-tube/>
- Nursing Care of Dyspnea: The 6th Vital Sign in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease [Internet]. Ontario; 2010 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/dyspnea>
- Oliveira C, Muñoz A, Domenech A. Terapia nebulizada. Año SEPAR. Arch Bronconeumol. 2014;50(12):535-45.
- Olveria Fuster G. Manual de nutrición clínica y dietética. 2ª ed. Ediciones Díaz de Santos; 2010. 410 p.
- Oria E, Petrina E, Zugasti A. Problemas agudos de la nutrición en el paciente oncológico. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2004;27:77-86.
- Orihuela Pérez I. Enfermería en Cirugía de Otorrinolaringología. Madrid: Jarmed SA; 2005.
- Oropesa Pazo N, Pozo Gómez E. Actuación de enfermería ante la obstrucción de la cánula en pacientes traqueostomizados. Hygia de enfermería: revista científica del colegio. 2009;(72):22-4.
- Otero-Reigada M del C, Monte-Boquet E. Utilización e indicaciones de antibióticos aerosolizados. Anales de Pediatría Continuada. 2009;7(4):218-23.
- Pallás Beneyto LA, Rodríguez Luis O, Miguel Bayarri V. Reanimación cardiocerebral intrahospitalaria. Medicina Clínica. 2012;138(3):120-6.
- Palominos Letelier E, Flores Martines JM. Grado de conocimiento que tienen los padres de niños hospitalizados traqueostomizados del Hospital Roberto del Río sobre los cuidados de la traqueostomía durante el año 2005 y el primer trimestre de 2006. Rev Ped Elec [Internet]. [citado 9 de febrero de 2016];3(2). Recuperado a partir de: http://www.revistapediatria.cl/vol3num2/pdf/R10_Conocimiento_padres_sobre_traqueostomia.pdf
- Panel TU and DG. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. US Department of Health and Human Services; 2008.
- Paneles de comunicación - Servicio Andaluz de Salud [Internet]. 2014 [citado 1 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion11

- Paul F. Tracheostomy care and management in general wards and community settings: literature review. *Nurs Crit Care*. abril de 2010;15(2):76-85.
- Pauloski BR. Rehabilitation of Dysphagia Following Head and Neck Cancer. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*. 2008;19(4):889-928.
- Perelló J. Alteraciones de la voz. En: *Enciclopedia de audio-foniatría y logopedia*. Editorial Científico-Médica; 1980.
- Peretti G, Piazza C, Cattaneo A, De Benedetto L, Martin E, Nicolai P. Comparison of functional outcomes after endoscopic versus open-neck supraglottic laryngectomies. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2006;115(11):827-32.
- Pessoa-Silva CL, Hugonnet S, Pfister R, Touveneau S, Dharan S, Posfay-Barbe K, et al. Reduction of health care associated infection risk in neonates by successful hand hygiene promotion. *Pediatrics*. 2007;120(2):e382-90.
- Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. [Internet]. Jossey-Bass; 2001 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:114032>
- Pfister DG. American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline for the Use of Larynx-Preservation Strategies in the Treatment of Laryngeal Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2006;24(22):3693-704.
- PG-GEN-11_asp_secreciones[DEF_1julio]_operativo - Satellite [Internet]. [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352837382621&ssbinary=true>
- Piqueras Pérez FM, Crusat Braña S, García Rodríguez MR, Clavel Cerón R. Manejo del paciente traqueotomizado y larenguictomizado en Atención Primaria. En: *Manual de Otorrinolaringología: Práctica para médicos de Atención Primaria*. Jaén: Formación Alcalá; 2009. p. 688-9.
- Piquet JJ. Laryngectomies partielles, subtotaux et totales. *Techniques chirurgicales - Tête et cou*. 1993;46:360.
- Plaza V, Calle M, Molina J, Quirce S, Sanchis J, Viejo JL, et al. Validación externa de las recomendaciones del Consenso multidisciplinar sobre Terapia Inhalada. *Arch Bronconeumol*. 2012;48(6):189-96.
- Pointreau Y, Garaud P, Chapet S, Sire C, Tuchais C, Tortochaux J, et al. Randomized Trial of Induction Chemotherapy With Cisplatin and 5-Fluorouracil With or Without Docetaxel for Larynx Preservation. *JNCI Journal of the National Cancer Institute*. 2009;101(7):498-506.

- Prades JM, Reyt E. Cáncer de la laringe. EMC - Otorrinolaringología. agosto de 2013;42(3):1-16.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. junio de 1983;51(3):390-5.
- Quimioterapia para los cánceres de laringe e hipofaringe [Internet]. 2015 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdelaringeydehipofaringe/guiadetallada/cancer-de-laringe-y-de-hipofaringe-treating-chemotherapy>
- Radioterapia [Internet]. 2015 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/tratamientos/radioterapia/paginas/radioterapia.aspx>
- Ramírez Camacho R, Algaba J, Cenjor C, Ciges M, Gavitán J, Quesada P. EL MANUAL DE OTORRINOLARINGOLOGIA. 2ª ed. McGraw-Hill-Interamericana; 2007.
- Ramos P, Esteban JJ. Ventilación mecánica no invasiva. Neumomadrid. 2007;11:22-44.
- RAW M, McNEILL A, WEST R. Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals—A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. Thorax. 1998;53(Suppl 5):S1-18.
- Recomendaciones ERC 2015. [Internet]. [citado 9 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.cercp.org/images/stories/recursos/Documentos/Recomendaciones_ERC_2015_Resumen_ejecutivo.pdf
- Reising DL, Neal RS. Enteral tube flushing. Am J Nurs. marzo de 2005;105(3):58-63; quiz 63-4.
- Reñones Grego C, Vena Fernández C, Fernández Pérez D. Salud bucal en el paciente oncológico. ID Médica; 2015.
- Rice VH, Hartmann-Boyce J, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;8:CD001188.
- Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. Addiction. 1993;88(8):1127-35.
- Rodrigo MTL. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2013. 602 p.
- Rodríguez Hermosa JL, Calle Rubio M, de Miguel Díez J, Nieto Barbero MA, Álvarez-Sala Walther JL. Técnicas de inhalación con nebulizadores. En:

Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades respiratorias en Atención Primaria [Internet]. 2004 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.neumosur.net/publicaciones_ebooks_contenidos.php?id=9

- Rodríguez-Barbero MP. Revista Metas de Enfermería: Cuidados del paciente con gastrostomía endoscópica percutánea. *Metas de Enfermería*. 2009;12(8):50-3.
- Rodríguez-Borrajo S, Martínez de Lahidalga-Martínez O, Gutierrez García de Cortazar A, Arriaran-Mendialdua I, Latorre-García K. Conocimientos de las enfermeras de hospitalización del plan de atención a las situaciones de amenaza vital inmediata. *Enfermería Clínica*. 2008;18(4):190-6.
- Rolls K. Care of Adult Patients in Acute Care Facilities with a Tracheostomy - ACI_Tracheostomy_CPG.pdf [Internet]. Chatswood: Agency for clinical Innovation; 2013 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0005/181454/ACI_Tracheostomy_CPG.pdf
- Rouviere H, Delmas A. Anatomía Humana, Descriptiva, Topográfica y Funcional [Internet]. 11.^a ed. Vol. Tomo I-Cabeza y cuello. Elsevier Masson; 2005 [citado 29 de enero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.fiuxy.net/ebooks-gratis/3590485-anatomia-humana-descriptiva-topografica-y-funcional-11-ed-tomo-i-cabeza-y-descargar-pdf-gratis.html>
- Rubio Valverde A, Gómez García F, Margaix Margaix L. Gastrostomía endoscópica percutánea. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de ATS de Valencia*. 2007;(78):33-5.
- Ruiz CJ, Ferrero MB, Valero FC, Cordovilla R, Hernández I, Moragón EM, et al. Intervención mínima personalizada en el tratamiento del tabaquismo. Resultados de un estudio multicéntrico. *Arch Bronconeumol*. 1998;34(9):433-6.
- Salcedo O, Frutos-Vivar F. Traqueostomía en pacientes ventilados: ¿para qué la hacemos? *Medicina Intensiva*. 2008;32(2):91-3.
- Sanahuja Yii M, Soler de Bièvre N, Trallero Casañas R. Manual de nutrición enteral a domicilio. 7.^a ed. Barcelona: Novartis Consumer Health S.A.; 2003.
- Sánchez Fernández FM, Sánchez Cánovas MD, Solano García M, Sánchez Ruiz G, Flores Martín JA, Gilabert Murcia J, et al. Manual de acogida y funcionamiento del Servicio de Quirofano para profesional de nueva incorporación. Murcia: Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud; 2013.
- Sartori S, Trevisani L, Nielsen I, Tassinari D, Ceccotti P, Abbasciano V. Longevity of silicone and polyurethane catheters in long-term enteral feeding via percutaneous endoscopic gastrostomy. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2003;17(6):853-6.

- Sección V: Procedimientos Respiratorios [Internet]. 2014 [citado 1 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/seccion5.htm>
- SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.seom.org/>
- Servicio Murciano de Salud. Plan Integral de Cuidados Paliativos 2006-2009 [Internet]. Murcia; 2007 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://seapremur.com/Documentos/paliativos-Integral-2-2006.doc>
- Sessions DG, Lenox J, Spector GJ. Supraglottic laryngeal cancer: analysis of treatment results. *Laryngoscope*. 2005;115(8):1402-10.
- Silver CE, Beitler JJ, Shaha AR, Rinaldo A, Ferlito A. Current trends in initial management of laryngeal cancer: the declining use of open surgery. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2009;266(9):1333-52.
- Sinnatamby CS. Anatomía de Last: regional y aplicada. Editorial Paidotribo; 2003. 560 p.
- Smith SF, Duell DJ. TECNICAS DE ENFERMERIA CLINICA [Internet]. Madrid: Interamericana; 1991 [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.casadellibro.com/libro-tecnicas-de-enfermeria-clinica-7-ed/9788483225097/1255453>
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Atención integral al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC desde la atención primaria a la especializada: guía de práctica clínica, 2010. Barcelona: SEMFYC; 2010.
- Sodium chloride preparations (saline and oral salt tablets): Drug information [Internet]. UptoDate. [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: http://fedexfedeutd.esy.es/contents/mobipreview.htm?29/14/29811?source=see_link
- Souto Camba S, Pardo Carballido C, Paseiro Ares G, Álvarez Espiño M., Fernández García A. Fisioterapia y reeducación de la deglución en la cirugía por cáncer de cabeza y cuello. *Fisioterapia*. 2003;25(5):311-27.
- Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD000165.
- Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD001007.
- Steiner W. Results of curative laser microsurgery of laryngeal carcinomas. *Am J Otolaryngol*. 1993;14(2):116-21.

- Stoller JK. Management of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. UptoDate. 2015 [citado 13 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-exacerbations-of-chronic-obstructive-pulmonary-disease>
- Tejero Pociello A, Guimera Querol EM, Farre Martí JM, Peri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. Rev Psiquiatr Fac Med Barc. 1986;13(5):233-8.
- Terapia inhalada. Teoría y práctica [Internet]. Issuu. [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://issuu.com/separ/docs/terapia_inhalada._teoria_y_practica
- Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(7):CD002294.
- Torrecillas Seguí JA, Blázquez Álvarez J, De Pro Chereguinii M, López Eugenio A, Moya C. Asistencia a la parada cardiorrespiratoria en el centro de salud. El eslabón perdido de la cadena de supervivencia. Emergencias. 2011;(23):246-60.
- Tracheostomy: care and management review [Internet]. [citado 9 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.gosh.nhs.uk/health-professionals/clinical-guidelines/tracheostomy-care-and-management-review>
- Un manual para el cuidado en el hogar de su hijo con traqueotomía [Internet]. [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://www.cencomex.cl/cencomex/pdf%20cencomex/Manejo%20nino%20con%20traqueostomia.pdf>
- Unidad de Infección Nosocomial, Medicina Interna Infecciosas. Informe de la Vigilancia y Control de Infecciones Nosocomiales 2012. Cartagena: Complejo Hospitalario de Cartagena; 2013.
- Valverde-Iniesta J. Completar la vida: primeros pasos en el camino del buen morir. Maliaño: Sal Terrae; 2014.
- van de Water TA, Bijl HP, Schilstra C, Pijls-Johannesma M, Langendijk JA. The potential benefit of radiotherapy with protons in head and neck cancer with respect to normal tissue sparing: a systematic review of literature. Oncologist. 2011;16(3):366-77.
- Vázquez Fernández S. Modelos de organización para el abordaje del cáncer de cabeza y cuello. Abordaje multidisciplinar del cáncer de Cabeza y Cuello: Una visión real para el S. XXI. Madrid: Biblioteca oncológica Merck Serono; 2010.

- Velasquez Moreno MY. Cuidados y mantenimiento de traqueostomía [Internet]. [citado 9 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: <http://documents.mx/documents/cuidados-y-mantenimiento-de-traqueostomia.html>
- Villarín AJL, Araujo LP, Belda JN. Cuidados de enfermería en el paciente con cáncer de cabeza y cuello tratado con radioterapia. *Enfermería clínica*. 2005;15(3):175-9.
- Westaby D, Young A, O'Toole P, Smith G, Sanders DS. The provision of a percutaneously placed enteral tube feeding service. *Gut*. 2010;59(12):1592-605.
- Xiao C, Hanlon A, Zhang Q, Ang K, Rosenthal DI, Nguyen-Tan PF, et al. Symptom clusters in patients with head and neck cancer receiving concurrent chemoradiotherapy. *Oral Oncol*. 2013;49(4):360-6.
- Xiao C, Hanlon A, Zhang Q, Movsas B, Ang K, Rosenthal DI, et al. Risk Factors for Clinician-Reported Symptom Clusters in Patients with Advanced Head and Neck Cancer in a Phase III Randomized Clinical Trial: RTOG 0129. *Cancer*. 2014;120(6):848-54.
- Zafra Pires MJ, Barrot Cortés E. Terapias respiratorias y cuidados del paciente neuromuscular con afectación respiratoria [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); [citado 10 de febrero de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.fisiorespiracion.es/manual_neuromuscular.pdf
- Zanaret M, Paris J, Duflo S. Évidements ganglionnaires cervicaux. *EMC - Oto-rhino-laryngologie*. 2005;2(4):539-53.
- Zhu H, Das P, Woodhouse R, Kubba H. Improving the quality of tracheostomy care. *Breathe*. 2014;10(4):286-94.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.

ISBN 978-84-15909-15-6



9 788415 909156

Con el aval científico de:



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social



Hospital General Universitario
Santa Lucía

