

MANUAL DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA PERSONAL SANITARIO

*Dr. Antonio Caravaca García
y colaboradores*



LiberLIBRO.com

MANUAL DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA PERSONAL SANITARIO

© Antonio Caravaca García et al.

e-mail del autor: dr.caravaca.ort@gmail.com

Reservados todos los derechos a favor del autor.

© producción: LiberLIBRO.com

<http://www.liberlibro.com>

© ilustraciones interiores: Caravaca et al.

I.S.B.N. 978-84-16393-36-7

ISBN 978-84-16393-36-7



23 de Noviembre de 2015

Colaboran:

Araujo Rodríguez, Dr. D. José Manuel,

Caravaca Gámez, Srta. Doña Celia

Díaz Santamaría, Srta. Doña Susana

Elhendi Halawa, Dr. D. Wasim

González Solano, Sr. D. Ignacio

Jiménez Rodríguez, Srta. Doña M^a Jesús

Pertíñez Díaz, Sra. Doña Maribel

Rodríguez Contreras, Dr. D. Diego

Rodríguez Márquez, Sr. D. Cristóbal

Serrano Doucet, Sr. D. José

Vázquez Muñoz, Dra. Doña M^a Irene

MANUAL DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA PERSONAL SANITARIO

INDICE

Introducción: Justificación de la obra.	Dr. Caravaca García.	pag 9
Capítulo Primero: Peculiaridades de la “esfera O.R.L.” Historia del vendaje, Justificación de los vendajes, aproximación al proceso de la cicatrización.	Dr. Araujo Rodríguez, Dr. Caravaca García y Dr. Elhendi Halawa.....	pag 11
Capítulo Segundo: Materiales de uso en los procedimientos y en la cirugía O.R.L. Srta. M ^a Jesús Jiménez Rodríguez, Sta. Caravaca Gámez y Dr. Caravaca García,		pag 17
Capítulo Tercero: Valoración de enfermería. Control Nutricional. D. Cristobal Rodríguez, Doña Susana Díaz Santamaría , Dr. Araujo Rodríguez y Dr. Caravaca García.		pag 41
Capítulo Cuarto: Procederes más frecuentes en O.R.L. Dra. Vázquez, Dr. Elhendi Halawa y Dr. Caravaca García.		pag 55
Capítulo Quinto: La información en O.R.L. El documento de “Consentimiento Informado”.Dr. Elhendi Halawa, Dr. Caravaca García, y Dra. Vázquez Muñoz.		pag 69
Capítulo Sexto: Apósitos y Vendajes en cirugía del Oído. Dr. Elhendi Halawa, Dr. Rodríguez Contreras, Dra. Vázquez Muñoz y Dr. Caravaca García.....		pag 75
Capítulo Séptimo: Apósitos y vendajes en la cirugía de la Nariz y Senos Paranasales. Taponamientos en la Epistaxis. Dr. Elhendi Halawa, Dra. Vázquez Muñoz, Dr. Araujo Rodríguez y Dr. Caravaca García.		pag 83
Capítulo Octavo: Cuidados en las Cirugías del Cáncer de laringe. Dr. Rodríguez Contreras, Dra. Vázquez Muñoz y Dr. Caravaca García.....		pag 95
Capítulo Noveno: Repaso al manejo de la Traqueotomía. Doña Maribel Pertíñez, Dr. Elhendi Halawa, Dra. Vázquez Muñoz y Dr. Caravaca García.....		pag 111

Capítulo Décimo: *Cuidados en la Cirugía Cervical por Lesiones benignas y otras cervicotomías.* Dr. Elhendi Halawa, Dr. Rodríguez Contreras, Dr. Araujo Rodríguez y Dr. Caravaca García..... pag 121

Capítulo Decimoprimer: *Cuidados en la Cirugía de las Glándulas salivales: Cirugía de la Glándula Parótida. Cirugía de la Glándula Submandibular* Dr. Caravaca García, Dr. Rodríguez Contreras y Dr. Elhendi Halawa. pag 131

Capítulo Decimosegundo: *Cuidados en la cirugía y manipulación orofaríngea.* Dr. Caravaca García, Dr. Elhendi Halawa y Dr. Rodríguez Contreras..... pag 145

Capítulo Decimotercero: *Cuidados en la Cirugía de la Glándula Tiroidea.* Dra. Vázquez Muñoz, Dr. Elhendi Halawa, Dr. Araujo Rodríguez y Dr. Caravaca García..... pag 157

Capítulo Decimocuarto: *Cuidados en la Cirugía de los colgajos.* Dr. Araujo Rodríguez, Dr. Caravaca García y Dr. Rodríguez Contreras..... pag 165

Capítulo Decimoquinto: *Las Sondas Nasogástricas/Nasoesofágicas.* D. José Serrano Doucet, Dr. Araujo Rodríguez, Dra. Vázquez Muñoz y Dr. Caravaca García... pag 171

Capítulo Decimosexto: *Detección de incorrecciones.* D. Ignacio González Solano, Dr. Caravaca-García..... pag 181

Capítulo Decimoséptimo: *Glosario.* Dr. Caravaca García, Dr. Araujo Rodríguez y Dr. Rodríguez Contreras..... pag 193

*“En cuestiones de cultura y de saber, sólo se pierde lo que se guarda;
solo se gana lo que se da”
A. Machado.*

***“Para todos aquellos que ya no están con nosotros
y que tanto nos enseñaron”***

Introducción

Dr. Caravaca García.

El ver mucho y el leer mucho avivan los ingenios de los hombres.

D. Miguel de Cervantes

Ha sido nuestra intención reflejar en este texto la experiencia que como otorrinos y como enfermeras/os dedicados a nuestros pacientes hemos adquirido durante muchos años.

Es habitual apreciar como el personal que se acerca a las labores de otorrinolaringología con escasa experiencia laboral, les resulta no solamente novedoso sino que a veces algo complicado o bien demasiado específico: El material es múltiple, los fungibles cambiantes y las técnicas cada cual más laboriosa. Las curas no siempre se parecen a las que se realizan en otras especialidades quirúrgicas y además se mezclan pruebas diagnósticas funcionales con otras terapéuticas.

La Otorrinolaringología es una especialidad medicoquirúrgica, con multitud de pruebas funcionales, de técnicas quirúrgicas; que atiende a vía aérea y digestiva; que atiende a niños y mayores, a hombres y mujeres; a órganos de la respiración, de la digestión, de la voz; atiende varios sentidos: equilibrio, gusto, oído, olfato,...; se atiende patología banal pero también oncología. Efectivamente es una especialidad complicada con muchas labores.

Por esto, nuestro equipo cree que un texto donde pueda resumirse nuestra labor, si no toda mucha de ella; que manifieste la importancia del trabajo de enfermería, y los quehaceres más habituales, era necesario y además puede ser un comienzo muy digno para aquellos profesionales que se acerquen a este mundo de la otorrinolaringología.

Si bien se puede ahondar en muchas de las materias tratadas en este texto, los que accedan a este manual podrán hacerse una idea de cómo obrar en muchos de los cuidados diarios de nuestros pacientes, sean con ingreso o no. Este era nuestro objetivo, y en la confianza de que les pueda servir a muchos les animo a su lectura.

**HISTORIA DEL VENDAJE, JUSTIFICACIÓN Y APROXIMACIÓN
AL PROCESO DE CICATRIZACIÓN. PECULIARIDADES EN LA
ESFERA O.R.L.**

Dr. Araujo Rodríguez, Dr. Caravaca García y Dr. Elhendi Halawa

La historia de las heridas y los vendajes es tan antigua como la historia de la humanidad:

Según los restos encontrados en el valle de Dussel (Alemania), el hombre de Neandertal, 60.000 años a. C., usó hierbas para tratar las quemaduras.

Como aparece en el papiro de Ebers, los egipcios ya utilizaban métodos para el manejo de heridas, con el uso de mezclas de sustancias como la mirra, la goma, el aceite caliente y las resinas de árboles, en forma de emplastos. Además fueron los primeros en mencionar los principios básicos del manejo de las heridas: lavar, cubrir e inmovilizar.

Posteriormente, en la antigua Grecia, Hipócrates fue el primero en usar vendajes compresivos para el manejo de úlceras venosas, con sustancias similares a las que usaban los egipcios, y recalcó la importancia de las guerras como parte del aprendizaje para los cirujanos y, especialmente, para el manejo de heridas traumáticas.

Con el advenimiento del uso de la pólvora en las guerras, los médicos se vieron enfrentados a un nuevo tipo de heridas, y en este contexto destaca Ambroise Paré (Francia 1510-1592), padre de la cirugía, quien fue el primero en tratar las heridas por armas de fuego con vendajes limpios y cambios frecuentes de ellos, desvirtuando el uso de aceite caliente o hierros encendidos para cauterizar dichas lesiones.

En las guerras napoleónicas es muy importante mencionar al barón Dominique-Jean Larrey, gran figura de la historia napoleónica y de la medicina universal, el cual participó en varias de las campañas de Napoleón y creó los primeros sistemas de ambulancia y curaciones con tela “limpia”.

En la época moderna, con más conflictos bélicos, se hizo necesaria la producción en masa de vendajes para los heridos. La Guerra de Crimea (1853-1856) fue la primera en la cual el gobierno inglés comenzó a producir vendajes de lino o cáñamo para dicho fin. Además, es importante mencionar un personaje en este periodo, Florence Nightingale, quien impulsó la atención esmerada de los heridos y el desarrollo de curaciones, como parte importante de su cuidado.



Florence Nightingale “atendiendo a los soldados heridos”.
Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU #b029443

Los conflictos en América también estimularon el desarrollo de vendajes, como los producidos durante la Guerra de Secesión, por el cirujano de la Unión, Lewis Sayre, que utilizaba vendajes de algodón o cáñamo, impregnados en alquitrán, como agente antiséptico y no adherente.

En Europa, con el descubrimiento de Louis Pasteur de los gérmenes como causantes de infecciones y con base en los estudios de Joseph Lister, se introdujo el uso de vendajes impregnados en ácido carbólico (solución de fenol).

La Primera Guerra Mundial trajo el uso de vendajes personales para los soldados. Dentro de su equipamiento se incluían vendajes de algodón impregnados con parafina, ideados por el cirujano francés G. Lumière.

Durante la Segunda Guerra Mundial, en Corea y en Vietnam se continuaron usando vendajes hechos de algodón y gasa, con las únicas propiedades de cubrimiento y absorción limitada, para las heridas.

En 1962, George Winters, en Inglaterra, desarrolló un concepto que revolucionaría el manejo de las heridas: el ambiente húmedo. Con base en los estudios con cerdos, demostró que la cicatrización en ambiente húmedo era mucho mejor y más

rápida que en ambiente seco. A partir de este concepto se desarrollaron vendajes o apósitos que mantenían la humedad en la herida y evitaban su desecación.

Pero, ***¿por qué cubrir las heridas, para qué vendar?***

Primero trataremos de entender en qué consiste el proceso de cicatrización de las heridas, desde el momento en que se produce la solución de continuidad hasta la cicatriz definitiva. Se divide en 3 fases, que pasamos a describir:

Fase inflamatoria:

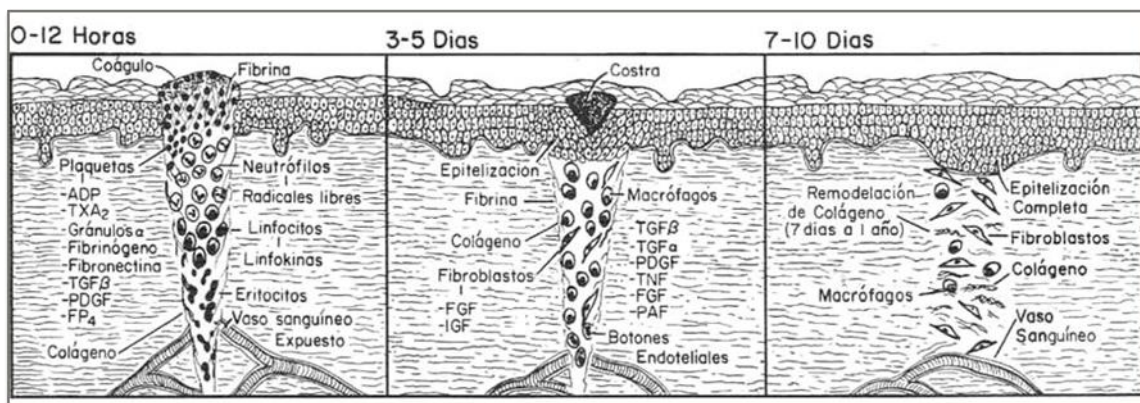
La curación de una herida se inicia con la hemostasia, que se manifiesta en la clínica por el blanqueamiento local de la piel circundante, la formación de un coágulo y el cese del sangrado, a la que sigue el fenómeno de inflamación, con dolor, rubor, calor y edema, con los que se favorece la llegada de diversos grupos celulares que permitirán la lucha contra la infección y la preparación del lugar afectado para el crecimiento del nuevo tejido.

Fase proliferativa:

Ocurre aproximadamente a los 4 días de la herida y tienen lugar dos eventos fundamentales: la formación de un tejido de granulación y el restablecimiento de una epidermis intacta sobre el mismo. Se distinguen cuatro fases: migración, producción de matriz extracelular, angiogénesis y epitelización.

Fase madurativa o de remodelación:

En esta fase tiene lugar la contracción de la cicatriz, al tiempo que disminuye el enrojecimiento, el grosor y la induración de ésta y se incrementa su resistencia. Este proceso se puede prolongar durante un período de semanas, meses e incluso años, y dará como resultado la cicatriz definitiva.



Esquema fases cicatrización (imagen tomada
http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/imagenes/01-1992-07-Cicatrizacion_conceptos_actuales_img_0.jpg)

Descrito esto, conocemos que existen una serie de factores que retardan y dificultan la cicatrización, como pueden ser:

Factores de acción local: Infección, cuerpos extraños, hematomas, movilización, tensión de la herida por la sutura, edema, ambiente seco, fricción mecánica, radiación, excesivas curaciones...

Factores de acción general: Estado nutricional, tratamientos (corticosteroides, citotóxicos...), ansiedad, estrés, insomnio, edad, enfermedades, desnutrición, ambiente que rodea al paciente durante sus evolución...

Con el vendaje y la oclusión de heridas pretendemos, por tanto, crear el ambiente más favorable para conseguir la mejor cicatrización posible, al actuar como una barrera física contra las bacterias, inmovilizando o fijando la herida para protegerla de daños posteriores, ayudando a la hemostasia (vendajes compresivos), reduciendo el espacio muerto y minimizando el dolor.

Concretando sobre el área corporal que estamos tratando, área de cabeza y cuello, es importante destacar la importancia de ser exhaustivos y metódicos a la hora de la cura de heridas, puesto que estamos englobando a la vía aerodigestiva, con las implicaciones que ello conlleva:

Debemos tener en cuenta que se trata de una zona donde hay puntos que se consideran de ambiente limpio-contaminado, como pueden ser la nariz, orofaringe, oído externo... que podrían favorecer la infección de la herida quirúrgica y la alteración de la cicatrización.

Se trata, además, de una zona anatómicamente muy visible, con relieves óseos, con mucha movilidad y funcionalidad, lo que va a requerir cierto “arte” a la hora de vendar, tratando de equilibrar la funcionalidad del vendaje con la estabilidad, la “comodidad” y la “estética”, de tal manera que el paciente lo tolere el tiempo necesario para nuestro fin.

Por otro lado cualquier manipulación y alteración sobre la vía aérea sobre todo y la vía digestiva, así como la zona de paso de los grandes vasos a nivel cervical, siempre conlleva un riesgo vital potencial, lo que nos exige una atención completa, una actuación rigurosa y unos conocimientos concretos con el fin de minimizar esos riesgos y solucionar los posibles problemas que aparezcan.

Bibliografía:

1. Jiménez, C. Curación avanzada de heridas. Rev Colomb Cir 2008;23(3):146-155.
2. Bielsa Marsol I. Proceso de cicatrización de las heridas. Piel. 2006;21(4):207-12
3. Gantwerker & Hom. Skin: Histology and Physiology of Wound Healing. Clin Plastic Surg 39 (2012) 85–97
4. <http://www.monografias.com/trabajos60/heridas-ulceras-presion/heridas-ulceras-presion2.shtml#ixzz3dOpH3IEH>

Capítulo 2

MATERIALES DE USO COMÚN EN LAS CURAS Y CUIDADOS POSTERIORES A LA CIRUGÍA O.R.L.

*Srta. Doña Mª Jesús Jiménez Rodríguez, Srta. Doña Celia Caravaca García y
Dr. Caravaca García*

Tanto **las curas** como **los cuidados de enfermería** de los pacientes a los que se ha intervenido de patología ORL siguen, *en la planta y posteriormente al alta*, unas pautas similares a las de cualquier otro paciente, pero para el personal sanitario que no está acostumbrado al manejo de estas situaciones puede parecerle un galimatías todo el conjunto de pequeños detalles que acarrearán los cuidados de una cirugía a veces tan específica como es la de nuestra especialidad.

Este capítulo trata de mostrar de manera práctica los materiales, las formas y los usos que en nuestra experiencia pueden facilitar la tarea de curas y otros procedimientos a todos aquellos profesionales que se dispongan a realizar estas labores, sea en una planta de ORL o en otra ubicación.

Ante la cantidad y la innovación constante de material, medicación, preparados, casas comerciales,... hemos anotado lo que creemos de uso común, sin querer ser exhaustivos ni detenernos en elementos inaccesibles para la mayoría de los profesionales.

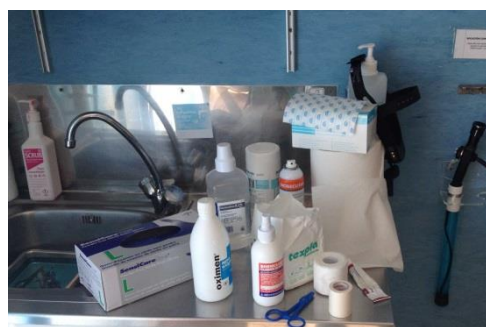
Queremos comenzar por la **preparación del material** necesario, genérico, usual para realizar una cura estándar a cualquier paciente intervenido de patología ORL. Aunque como veremos en el resto del texto y en otros capítulos, habrá mucha diferencia entre unas cirugías y otras en cuanto a sus cuidados y las necesidades materiales para las mismas, en general nuestra costumbre es visitar al paciente en una **sala de curas** y no en la misma habitación, con las salvedades de la imposibilidad del paciente por su situación general, por ser inadecuada su movilización, por presentar mal estado general,... Esto lo hacemos así para disponer de una manera más accesible de todo aquello que podamos necesitar, para colocar al paciente en una manera cómoda para él y para los profesionales en la camilla o en el sillón de exploración, por tener disponibles

aspiración y además para disponer de una fuente de iluminación adecuada. No debiéndonos nunca olvidar de la sobreguarda de la intimidad necesaria y obligatoria.

Al menos debemos contar con **dos personas** para la cura: *Enfermera/o y Médico responsable*, y en determinadas curas más laboriosas debe acompañarnos otra persona más, sea de enfermería o auxiliar de enfermería.

Recomendaremos siempre disponer el material en una *mesa supletoria*, si es posible con ruedas para facilitar su acoplamiento al espacio disponible, sobre un paño **estéril** y con guantes estériles. Si bien hay algunos procederes como se explicará más adelante (*como por ejemplo la retirada de un taponamiento nasal, la revisión de una amigdalectomía*) donde esto no será necesario, debemos recordar como norma general que nuestra cirugía es limpia, puede estar contaminada o no, pero nuestras curas deben ser estériles o lo más limpias posibles. Recomendamos usar igualmente el empleo de **mascarillas y gafas quirúrgicas protectoras**.

Cercana a esta mesa dispondremos los elementos **NO** estériles que vayamos a necesitar: esparadrapo, povidona,... **SIN** mezclar lo estéril con lo no estéril.



Mesa con material ESTÉRIL y a la derecha el material preparado NO estéril

Colocaremos en la mesa estéril las gasas, compresas y vendas estériles, algunas de ellas humedecidas con la solución antiséptica. Colocaremos el instrumental estéril que vayamos a precisar en cada proceder: pinzas de disección, pinzas mosquito, tijeras, apósitos, terminales de aspiración, gasa con lubricante, las cánulas de traqueotomía o laringectomía si fuesen necesarias (*de ellas se hablará en otro capítulo*), los taponamientos si fuesen igualmente necesarios,...

A nuestro alcance debe estar también un **rollo de papel** o compresas para los pacientes que necesiten de limpiarse secreciones por ejemplo en las curas de laringectomía.

También hemos de haber probado su correcto funcionamiento y tener accesible un **sistema de aspiración** y por último dispondremos de una **fente de luz** que nos permita iluminar correctamente el área de trabajo. Los otorrinos trabajamos muchas veces en cavidades, por lo que la luz del techo no suele ser suficiente, por eso es importante estar habituado a emplear luces frontales (fotóforos) o lámparas de suelo que iluminen correctamente. El empleo de microscopio está reservado para curas de oído o de nariz y no son de empleo común en enfermería.

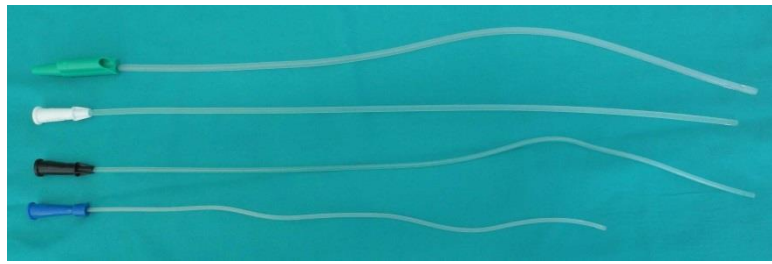
El **sistema de aspiración** debe estar preparado para *todos* los procedimientos, ya que en nuestras curas siempre podemos precisar de ellas, sea para aspirar sangre o secreciones. No anticiparnos en su preparación puede darnos más de un disgusto.

Estos sistemas podrán ser de pared o bien portátiles, pero para evitar retrasos o problemas, el personal debe estar habituado a su colocación, manejo y recambio de todas sus elementos: gomas, bolsas, conectores, filtros, llaves,...



Sistemas de aspiración: a la izquierda de pared a la derecha portátil.

En cada ocasión emplearemos un tipo de **cánula** o **terminal** diferente según la cura que estemos realizando. De uso común son las **sondas flexibles de aspiración**, generalmente con un orificio de regulación de intensidad, de diferentes calibres y que pueden ser útiles tanto para aspiración de la boca como del traqueostoma, pero en las revisiones de nariz o de oído disponemos de terminales o cánulas específicos, rígidos, de diferente calibre y longitud.



Sondas flexibles de aspiración



Diferentes tamaños y calibres de aspiración ótica (arriba) y nasal (abajo)

Pero nuestro elemento más empleado es la cánula de aspiración tipo **Yankauer**, de diferentes calibres y longitudes, con o sin orificio de regulación y que nos permite por su rigidez y forma acceder a boca, nariz, entrada del estoma,...



Terminal de aspiración tipo "Yankauer"

Todos estos terminales se adaptan generalmente a las gomas de aspiración pero a veces son necesarios **adaptadores**. Debemos conocerlos porque si no serán inútiles los sistemas de aspiración.



Conectores

Para algunas prácticas además deberemos de tener a mano el documento de **Consentimiento Informado**, y aunque en un libro de curas parezca su mención rara, es papel de todos los sanitarios informar de cada actuación y obtener el adecuado consentimiento para realizar cada proceder (por ejemplo en el drenaje de un absceso periamigdalino).

Listado de consentimientos disponibles en la especialidad de Otorrinolaringología.

 [Descargar PDF \(26 KB\)](#)

OTORRINOLARINGOLOGÍA			
Intervención o Proceso	Formato de impresión (PDF)	Formato editable (DOC)	Última Revisión
Todas las intervenciones o procesos de Otorrinolaringología (archivos comprimidos)	 (3077KB)	 (6648KB)	1/11/2012
Abcesos parafaríngeos	 PDF	 DOC	1/11/2012
Abcesos periamigdalino	 PDF	 DOC	1/11/2012
Abordaje transfacial	 PDF	 DOC	1/11/2012
Abordaje y tratamiento quirúrgico de la parálisis facial	 PDF	 DOC	1/11/2012
Adenoamigdalectomía	 PDF	 DOC	1/11/2012
Adenoidectomía (extirpación de vegetaciones)	 PDF	 DOC	1/11/2012
Amigdalectomía	 PDF	 DOC	1/11/2012
Angiofibroma de rinofaringe mediante cirugía endoscópica	 PDF	 DOC	1/11/2012
Angiofibroma de rinofaringe mediante rinotomía lateronasal	 PDF	 DOC	1/11/2012
Antrostomía maxilar	 PDF	 DOC	1/11/2012
Baha (Implantación de prótesis auditiva osteointegrada tipo baha)	 PDF	 DOC	1/11/2012
Cens para epistaxis	 PDF	 DOC	1/11/2012
Cens para fístula nasal de LCR	 PDF	 DOC	1/11/2012
Cens para poliposis nasosinusal	 PDF	 DOC	1/11/2012
Cens para sinusitis	 PDF	 DOC	1/11/2012
Cirugía saco endolinfático	 PDF	 DOC	1/11/2012
Colesteatoma	 PDF	 DOC	1/11/2012
Cordectomía (extirpación de una cuerda vocal)	 PDF	 DOC	1/11/2012
Esofagoscopia	 PDF	 DOC	1/11/2012
Estapedectomía / Estapedotomía	 PDF	 DOC	1/11/2012

Algunos CCII disponibles “on line”

A la vez que hemos preparado la mesa estéril, dispondremos cerca de la misma el material que emplearemos para el lavado de la herida si fuese necesario: **Suero fisiológico**, que podremos verter directamente sobre las heridas o bien en las gasas estériles, y las soluciones antisépticas. Nosotros hemos empleado:

* **Povidona yodada**: tiene amplio espectro (virucida, fungicida, bactericida, antimicótico, anti-protozoos). Actúa en 3 minutos, acción residual de 3h. Elevada irritación de la piel, se inactiva con sustancias orgánicas. Puede producir dermatitis y no se debe usar en patología tiroidea. Se absorbe por piel y mucosas.

* **Clorhexidina**: de amplio espectro (virucida, fungicida, bactericida de media potencia). Actúa en 15-30 seg., acción residual 6-8h., mínima irritación de la piel, se inactiva con el jabón y derivados de plata y cinc. No inactiva las mycobacterias. Útil en colutorios en los cuidados de la boca. Ototóxico.

- .-Clorhexidina 0.2% Solución estéril 1000 ml.
- .-Clorhexidina 0.2% Solución acuosa espray.
- .-Clorhexidina 0.2% Solución alcohólica espray.

* **Agua Oxigenada:** (Peróxido de hidrógeno) es bactericida y esporicida. Su acción es inmediata y el efecto residual persiste mientras hay burbujas de oxígeno. Actúa al remover mecánicamente los tejidos. Se inactiva con restos orgánicos, por eso hoy en día se usa más como un desinfectante que como antiséptico. Se presenta en solución del 6% uso hospitalario. Lo empleamos para lavado de algunas heridas y sobre todo como desinfectante en la boca casi siempre diluido al 50%.

No empleamos alcoholes ni otros compuestos habitualmente.

En los taponamientos del oído solemos aplicar **antibióticos en solución o gotas**, como el ciprofloxacino tópico. A veces también empleamos soluciones de **Alcohol Boricado al 5%** o **Ácido Bórico en polvo**. Con menor frecuencia podemos necesitar cargar un antibiótico de uso iv como las cefalosporinas y mezclado en 100 cc de SF emplearlo a chorro para lavados de heridas muy contaminadas.

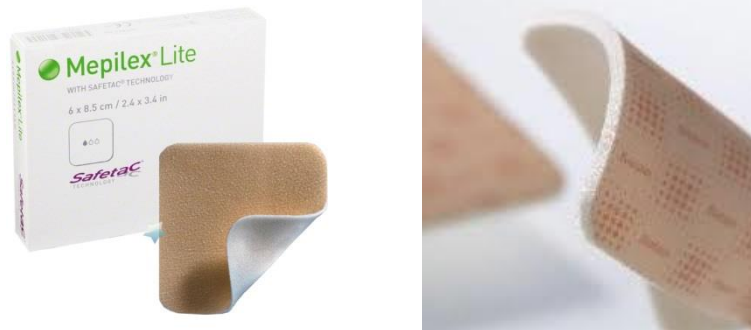


Alcohol boricado 5% y gotas tópicas de ciprofloxacino

Hemos dicho que sobre la mesa estéril también dispondremos en cantidad suficiente gasas estériles y compresas estériles que pueden ser útiles en heridas más amplias o para crear compresión. Estos **APÓSITOS PASIVOS**: protegen, aíslan, taponan y absorben. Entre ellos tenemos:

- Gasa tejida:** 100% algodón; para relleno y desbridado. Favorece la adherencia y traumatiza el tejido de epitelización. Se mantiene un máximo de 24h.
- Gasa no tejida** o sintéticas, de poliéster y rayón; para absorción de exudados y protección de heridas. No se adhieren a la herida. Se mantiene un máximo de 48h.
- Compresa:** tejida o sin tejer. Como vendaje compresivo o contención de hemorragias.

-Espuma de Poliuretano: en heridas poco exudativas, y protección de la piel en caso de presión o radiación. Puede mantenerse hasta 7 días. No puede utilizarse con Peróxido de Hidrógeno. Sustituto del algodón. *Mepilex Lite®*, *Biatain®*.



Mepilex Lite® y Biatain®.

El uso del **algodón hidrófilo** no suele ser de empleo común salvo para ocluir el conducto auditivo o una narina. El empleo de bastoncillos de algodón *mal llamados de oído*, como les tenemos los otorrinos *hecha la guerra*, los empleamos para aplicar alguna crema o pincelar algún antiséptico o cáustico.

En cuanto a las **vendas**, clásicamente hemos empleado a las vendas de 10 cm de gasa orillada compuesta por algodón hidrófilo, que crean presiones más elevadas, sobre todo cuando necesitamos esa presión. A gusto casi del profesional emplearemos las vendas elásticas de algodón que parecen algo más cómodas. En el CAE emplearemos taponamientos como veremos más adelante o bien gasa de borde.



Algunos tipos de vendas y gasas

Una vez vendado el paciente, suele ser lo habitual colocarle un **apósito adhesivo**, generalmente esparadrapo para fijar el mismo. Pero en muchas ocasiones las heridas no serán cubiertas por vendajes sino por apósitos. Éstos fijan, protegen, aíslan, taponan y a veces absorben exudados, incluso los más novedosos permiten la oxigenación tisular. Podrán ser:

* **Autoadhesivos SIN gasa**, de diferente anchura y longitud, permiten el recubrimiento de gasas, compresas en superficies más grandes.

* **Autoadhesivos CON gasa** no tejida, se emplean en superficies más pequeñas, adaptando el tamaño a la herida que queremos cubrir.



Apósitos SIN y CON gasa tejida.

* Además dispondremos de los clásicos rollos de **esparadrapo**, de diferentes anchuras y texturas:

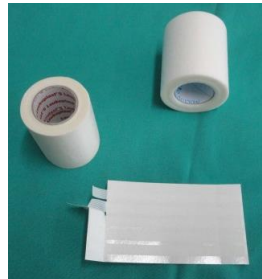
- Esparadrapo **de papel**: para pieles sensibles. Provoca baja tensión en la piel.
- Esparadrapo **de plástico**: buena tolerancia cutánea. Alta adhesividad.
- Esparadrapo **de seda**: provoca alta tensión en la piel. Bueno para fijar dispositivos.
- Esparadrapo **de tela**: provoca alta tensión en la piel. Para pieles normales.
- Esparadrapo **de silicona**: para pieles sensibles y dañadas. Mejora la cicatrización.

Mepitac®



Mepitac®.

- Los **Steri-strips®** o *puntos de aproximación*, son una adaptación comercial estéril para cortes superficiales, lineales y superficiales de poca tensión, se emplean también como refuerzo en sutura continua intradérmica y tras retirada de puntos. No usar en húmedo. Proporcionan un cierre por afrontamiento de los bordes. Libre de látex. Se mantiene un máximo de 7 días. Vienen como tiras de papel poroso y adhesivo o textil de 6.4mm x 102mm, que actúan por afrontamiento de los bordes de la herida, venciendo la tensión de los mismos.



Algunos tipos de esparadrapo y Steri-Strip®

Dispondremos también de **APÓSITOS INTERACTIVOS** que permiten desbridamiento sin producir dolor en heridas agudas y crónicas:

-Tul: gasa tejida impregnada de sustancia cicatrizante: **Linitul®**.

-Apósito transparente adhesivo: Para incisiones quirúrgicas, biopsias cutáneas y zonas de injerto: **Bioclusive®**.



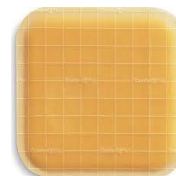
Linitul®



Bioclusive®.

Otros apósitos serán los **APÓSITOS BIOACTIVOS** que favorecen la humedad y permiten la oxigenación. Tienen acción autolítica y de granulación. Muy absorbentes.

-Hidrocoloides: pueden utilizarse como prevención en riesgo de lesión por fricción. **Askina®, Varihesive®, Comfeel®, Aquacel®**.



Askina®, Varihesive®, Comfeel® y Aquacel®.

-Hidrocoloides con plata: el ambiente húmedo favorece la cicatrización y la plata controla la infección. *Aquacel Ag®*, *Biatain Ag®*.



Aquacel Ag® y Biatain Ag®.

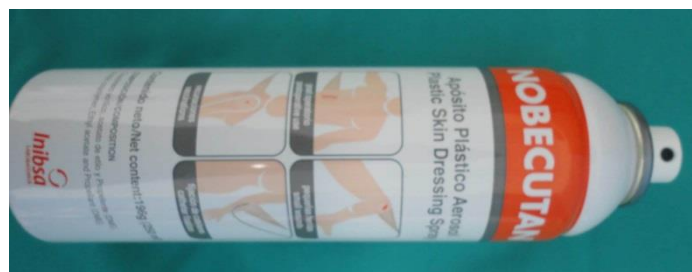
-Hidrogeles: relleno de cavidades, granulación en dermatitis por radiación. Lesiones cancerosas. *Purilón®* (gel amorfo), *Geliperm®* (lámina).



Purilón® (gel amorfo), Geliperm® (lámina).

Hay otros mil y un apósitos que se pueden emplear, pero recordamos que este texto es un recordatorio de lo imprescindible o de uso común.

Por último citaremos el **APÓSITO PLÁSTICO EN AEROSOL**: copolímero acrílico, acetato de etilo, forma una fina película adherente, elástica, transparente y permeable al vapor y a la humedad. Para uso postoperatorio y complemento de apósitos convencionales. Se va desprendiendo al cabo de varios días, se eliminan los restos con acetona: *NOBECUTAN®*.



Aunque no es un apósito como tal nombraremos aquí el paño de protección en las cánulas de traqueotomía y laringectomía, conocido como baberos o **traqueos®**, del

que sólo recordaremos que tiene dos caras, una de tejido que se apoyará en la piel y otra plástica para que no absorba las secreciones traqueales.



Tampoco es un apósito como tal pero citaremos igualmente el **DISPOSITIVO NASAL PARA FIJACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA**: de material no alergénico y adhesivo, se fija a la nariz con un cuerpo y a la sonda, con una aleta a modo de pinza lo que impide su salida accidental.



Nasofix®.

En muchas de las cirugías ORL la herida quedará muy expuesta a la visión directa del paciente y también a la irradiación solar, por eso cada vez más proponemos al paciente no solo que se aplique protector solar de pantalla total tras la cicatrización completa del paciente y alta, sino también la aplicación de tiras de silicona sobre la cicatriz que evitan cicatrices muy evidentes, queloides y a la vez protegen de la luz solar: **Trofolastin®**



También en la mesa estéril habremos de poner el instrumental que preveemos emplear. Aunque el **instrumental de ORL** puede llegar a ser muy específico, sí debemos conocer alguno de uso cotidiano.

- Tijeras para corte y de retirada de sutura.
- Pinzas:
 - + de disección para retirada de pequeños fragmentos u objetos o manipulación de gasas y apósitos,
 - + tipo mosquito que emplearemos para retirada de taponamientos, aplicar apósitos, extracción de CE, apertura de colecciones, ...
 - + de bayoneta de uso clásico para maniobras en la nariz,
 - + de oído: Útiles en cualquier actuación sobre el *oído quirúrgico*



Detalle con instrumental ORL clásico: Rinoscopio, pinzas de bayoneta, pinzas de oído, mosquito, tijeras, depresores linguales.

Existen *mil y un* instrumentos más que exceden la intención de este texto y que pueden ser útiles en las curas, biopsias, exploraciones de los pacientes con afecciones ORL. Lo que siempre debemos tener a mano serán diferentes **jeringas** de diferentes volúmenes, para poder hacer vacío, lavados, irrigaciones,...

Antes de que se nos olvide, y de gran importancia hemos de comentar que las curas y otros cuidados en la enfermería ORL se harán sobre cavidades: boca, nariz, tráquea,... y aunque no sea así es imprescindible que contemos con una buena **fuentes de iluminación** y no sólo de la luz del techo. Siempre tendremos a mano o bien la luz frontal clásica en ORL (**Fotóforo**) o bien una lámpara de pie.



Fotóforo y lámpara de suelo clásica

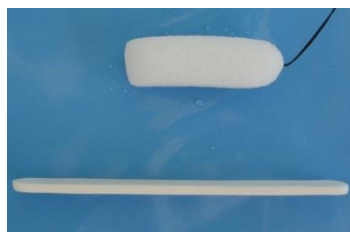
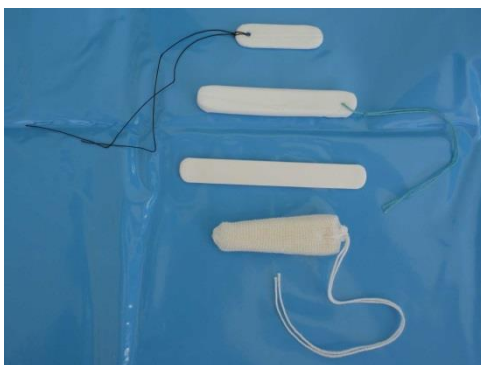
Por último es necesario disponer de un set de sutura y también de una grapadora para sutura metálica para solventar algún imprevisto sobre la sutura dada o para sujetar algún elemento de la cura, de igual manera dispondremos de quitagrapas.



Sutura metálica por grapas (Grapadora) y quitagrapas

Suelen ser necesarios en determinadas situaciones **elementos de taponamiento** que debemos conocer y tener a mano.

En la nariz habitualmente ya no colocamos *gasa de borde* sino que empleamos elementos más versátiles, más fáciles y sobre todo más rápidos de colocar, hablamos de la esponja quirúrgica deshidratada impregnada de celulosa (*merocel nasal®*, *ivalon®*,...), relativamente anatómicas y que si las aplicamos con cremas o envueltas en un dedo de guante que previamente hemos cortado y realizados varios agujeritos en su superficie facilitan su uso. Las tenemos de diferentes casas comerciales, con o sin hilo, con o sin tubo, de varias longitudes, formas y grosores. Tras su colocación hay que hidratarlas con suero o con agua oxigenada con lo que conseguimos una adecuada presión. Para retirarlas igualmente hay que hidratarlas.



Diferentes taponamientos nasales, véase a la derecha una vez hidratado

También en la fosa nasal a veces colocamos láminas de fibrina (*Espongostan®*: film de esponja estéril de espuma acuosa de gelatina bovina absorbente). Produce hemostasia en 2-10 min. Reabsorbe en 4-6 semanas. Debe ser retirado en caso de infección. Admite el

relleno del lecho. Y que nos permite un taponamiento más ligero y cómodo. Su propiedad absorbente la hace útil también en el oído y en heridas sangrantes.



Cuando vamos a colocar estos taponamientos por ejemplo ante epistaxis, o bien en la cauterización del algún punto sangrante nasal, se suele previamente aplicar una **lentina** (*Pequeñas compresas rectangulares de algodón estéril prensado sin costuras, unidas a un cordón de sutura*), en el que embebemos vasoconstrictor habitualmente con anestésico tópico, lo que reduce las molestias del paciente.



Lentinas

En otras ocasiones, cuando la epistaxis no cede con estas medidas debemos de disponer y aplicar en la fosa nasal sangrante un **balón doble de neumotaponamiento**, que previamente habremos lubricado bien, sobre el que llenaremos con una jeringa los cc de aire que nos indica en los mismos, y que luego debemos sujetar bien para que no se introduzca en la vía aérea.

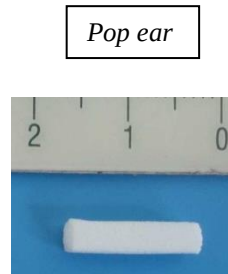


Balón de Pneumotaponamiento vacío y lleno

En la cirugía del oído, para taponar hemos empleado clásicamente la gasa de borde, pero va siendo más usual aplicar las esponjas autoexpansibles de pequeño tamaño conocidas como “**pop ear**”.



Gasa de borde



Para terminar citaremos las **férulas nasales**, como material para mantener los huesos propios nasales tras las reducciones de fracturas, en las rinoplastias,... de diferentes materiales y de diferentes tamaños son igualmente de uso muy común en ORL.



Diferentes Férulas Nasales

Durante la realización de estas curas, vendajes o maniobras ORL empleamos a menudo **otros productos** de manera muy común:

* **CREMAS Y POMADAS:** Su empleo viene determinado por la situación particular de cada herida o cicatriz, por su estado de granulación o situación de sobreinfección, también por la experiencia de cada profesional. También nos permiten colocar y mantener las gasas antes de su vendaje. Suavizan y protegen la piel.

- Antibióticos/Cicatrizantes:
 - + **Fucibet®**: Acido fusídico + betametasona para uso tópico.
 - + **Bactroban®**: Mupirocina. Para uso tópico,
 - + **Furacin®**: Nitrofurazona: 0.2% para uso tópico, en pomada de 100gr. y también en solución de 100ml.
 - + **Cicatral®**: Pomada cicatrizante. Bacteriostática-Bactericida-Analgésica: Tirotricina , Estrona, Retinol, Calciferol, Bálsamo del Perú, Benzocaína y Excipientes.
 - + **Blastoestimulina®**: Neomicina y centella asiática, que estimula la granulación, para uso tópico 1%.
 - + **Irurol®**: Desbridado y limpieza de heridas: collagenasa y enzimas proteolíticas.



- Lubricantes:
 - + **Vaselina**: Emoliente protector que aplicado sobre la piel tiene la propiedad de protegerla aumentando su flexibilidad.
 - + **Lubricante hidrosoluble**: no afecta a la piel ni a los aparatos. Espesante de celulosa 0.02g y agua. Sulky® gel.



Diversos lubricantes

* **ANESTÉSICOS TÓPICOS:** útiles para las exploraciones y maniobras sobre la mucosa oral, faríngea, nasal, ...

- **Xilonibsa® aerosol:** Lidocaína tópico para mucosa ótica (1-2 aplicaciones), faríngea, garganta y laríngea (4-6 aplicaciones, evitando la ingesta en 2 horas). Se presenta en aerosol de 100mg con excipiente alcohólico al 10%. (1 aplicación = 10mg).

- **Tetracaína comprimidos** 30 mg.: tópico para mucosa faríngea. Se administra previo exploraciones con reflejo nauseoso. No administrar líquidos en 1 hora.

- **Solución de Tetracaína cloruro 1% + Adrenalina 0.1%:** tópico para mucosa nasal, faríngea y laríngea. La adrenalina, como vasoconstrictor, disminuye el flujo sanguíneo y aumenta el efecto.



Anestésicos tópicos

* **Vasoconstrictor tópico nasal** habitualmente nafazolina (**Nafazolina Pensa®** 0.5 mg) para uso tópico. Disminuye la inflamación y congestión de la mucosa, u oximetazolina hidrocloreto solución nasal (**Nasolina®**).

* **Cloruro de etilo:** anestésico tópico por frío para intervenciones menores, en envase en spray de 100g.



* **CÁUSTICOS:**

- **Nitrato de plata:** antiséptico medio espectro (virucida, fungicida). Por su acción coagulante, es un potente cáustico que actúa en 30 segundos. Se presenta en barras cutáneas de 50mg. de nitrato de plata mitigado, de nombre comercial **Argenpal®** (42.5 de plata y 7.5 de potasio). Una de sus indicaciones es en pequeñas lesiones angiomasas. Caustia de pequeñas áreas sangrantes o para reducir granulomas. Puede producir dermatitis y argiria.

- Solución de **Cloruro de Zinc**. Antiséptico de medio espectro (bactericida, fungicida). Astringente y corrosivo. Se usa como cáustico de pequeñas zonas con tejido necrótico o esfacelado. Se presenta como fórmula magistral al 10%.



Cloruro de Zn y Argenpal®

A partir de este momento mostraremos una foto con una mesa dispuesta para cada una de las curas más significativas en otorrino, y a continuación el listado del material que lo compone:

1) *Cura estándar en cuello/laringe.*



Mesas con material estéril estándar para cura de cirugía de cuello

- * Gasas estériles,
- * Gasas estériles empapadas de desinfectante,
- * Compresas,
- * Apósitos,
- * Guantes estériles,
- * Yankauer,
- * Jeringa, a veces colocamos un abocath que nos sirva de adaptador al tubo de drenaje,
- * Tijeras estériles,
- * Pinzas estériles (mosquito, bayoneta...),
- * Sistema de drenaje estéril,
- * Venda estéril.

Cuando se trate de una laringectomía, portador entonces de cánula, habremos de disponer de la cánula de traqueotomía/laringectomía para el recambio estéril. Y el apósito “traqueos” lo tendremos a parte porque NO es estéril.

Además tendremos siempre a mano:

- Luz y aspiración preparada,
- Apósitos adhesivos,
- Gasas y compresas,
- Solución para lavado, limpieza o desinfección,

- Cremas,
- Rollo de papel,
- Solución para higiene de manos,
- Guantes no estériles,
- Recipiente para el desecho de la cura.



Material preparado No estéril

2) **Cura estándar en oído.**

- * Gasas estériles,
- * Gasas estériles empapadas de desinfectante,
- * Gasa de borde, a veces prepararemos Espongostán,
- * Compresas,
- * Apósitos,
- * Guantes estériles,
- * Jeringa,
- * Tijeras estériles,
- * Pinzas estériles (mosquito, bayoneta... o pinza pico pato propia de las manipulaciones del oído),
- * Venda estéril.



Mesa estándar en oído

Además tendremos siempre a mano:

- Luz y aspiración preparada,

- Apósitos adhesivos,
- Solución para lavado, limpieza o desinfección,
- Cremas,
- Solución para higiene de manos,
- Guantes no estériles,
- Recipiente para el desecho de la cura.

3) *Cura estándar en nariz.*

- * Gasas estériles,
- * Compresas,
- * Apósitos adhesivos,
- * Guantes estériles,
- * Jeringa,
- * Tijeras estériles,
- * Pinzas estériles (bayoneta),
- * Lentinas.

Mesa a estándar en Nariz



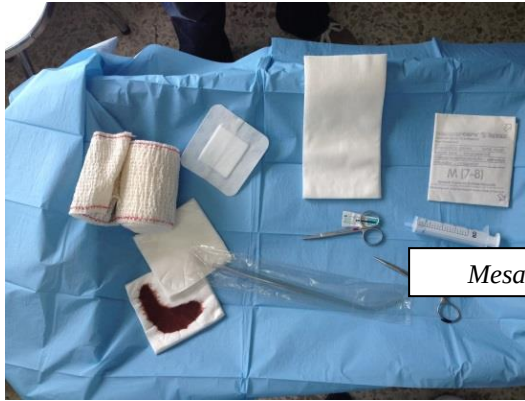
Además tendremos siempre a mano:

- Luz y aspiración preparada,
- Solución para lavado, limpieza o desinfección,
- Cremas,
- Solución para higiene de manos,
- Guantes no estériles,
- Vasoconstrictor tópico.

4) *Cura estándar en traqueotomía.*

- * Gasas estériles,
- * Gasas estériles empapadas de desinfectante,
- * Compresas,
- * Apósitos,
- * Guantes estériles,
- * Yankauer,
- * Jeringa,

- * Tijeras estériles,
- * Pinzas estériles (mosquito, bayoneta...),
- * Venda estéril.,
- * La cánula, que se habrá comprobado que es su número y el balón no está dañado, y el babero o “traqueos” lo tendremos a parte porque No es estéril.



Mesas estándar en Traqueotomía



Además tendremos siempre a mano:

- Luz y aspiración preparada,
- Apósitos adhesivos,
- Solución para lavado, limpieza o desinfección,
- Cremas,
- Rollo de papel,
- Solución para higiene de manos,
- Guantes no estériles,
- Recipiente para el desecho de la cura.

Algunas consideraciones finales a tener presentes:

- *Realizar la cura con la asepsia que toda herida quirúrgica precisa.*
- *Recordar que al menos necesitamos de dos personas.*



- *Tener dispuesto todo aquello que pensemos que nos va a hacer falta.*
- *Necesitamos buena iluminación.*
- *Tener siempre preparada la aspiración.*
- *Mejor usar instrumental que los dedos.*
- *Es mejor preguntar a un colega más experimentado que improvisar.*

Bibliografía:

- Real Decreto 255/2003 28 febrero por el que se aprueba el Reglamento sobre clasificación, envasado y etiquetado de preparados peligrosos y sus modificaciones.
- Directiva Marco (89/391/EEC: Directiva sobre uso de accesorios de protección personal. Normativa EN 374:2003: guantes para protección contra productos químicos y microorganismos.
- Ley 31/1977 de 8 de noviembre, sobre prevención de riesgos laborales.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva: Guía de utilización de antisépticos: <http://mpsp/documentos/desinfec/antisept.htm>.
- www.13soluciones.com/documento/articulostitula-res115espehtm.

- www.update.sotfware.com
- Biblioteca Cochrane Plus 2007 Número 1 Oxford: Update Software Ltd.en
- www.smiths-medical.com
- www.bbraun.com
- www.smith-nephew.com
- www.vademecum.es

Valoración de enfermería. Control nutricional

Doña Susana Díaz Santamaría y D. Cristóbal Rodríguez Márquez.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración de enfermería es el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente, para identificar problemas, y así poder realizar intervenciones enfermeras encaminadas a solucionar o minimizar dichos problemas. La recopilación de datos se realizará a través de diversas fuentes, incluyendo al paciente como fuente primaria, la historia clínica, la familia o cualquier otra persona que de atención al sujeto.

El objetivo principal de la valoración enfermera es “captar en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como su respuesta a la misma”.

La Valoración de enfermería debe ser un método individualizado, continuado y revisable durante la estancia del paciente en la unidad hospitalaria y posteriormente al alta a través de los centros de atención primaria.

De ésta va a depender el éxito de nuestro trabajo ya que es la primera fase de un proceso cuyo objetivo es conseguir el bienestar de la persona sujeta a la intervención enfermera. Por tanto no sólo requiere de conocimientos y habilidades además es importante que la persona que la realiza sea consciente de la finalidad que se quiere alcanzar y no caiga en el error de recoger datos sin llegar a valorar.

Independientemente del modelo de valoración que utilicemos el objetivo y los resultados a obtener deben ser los mismos: la detección de problemas reales y/o potenciales y las actividades enfermeras encaminadas a su resolución utilizando para ello un mismo lenguaje del que todos formemos parte. Todo esto debe estar registrado para que el equipo interdisciplinario pueda acceder y hacer uso de esa información.

Al ingreso del paciente se realiza una Valoración inicial específica de enfermería basada en las ***Necesidades Básicas de Salud*** de Virginia Henderson.

Necesidad 01. Respiración 1.- Dificultad para respirar 2.- Tos inefectiva/no productiva 3.- Fumador/a 4.- Desea dejar de fumar 5.- Edemas 6.- Deterioro de la circulación de MMII 7.- Medicación respiratoria 10.- Frecuencia respiratoria 11.- Frecuencia cardíaca 12.- Tensión arterial 13.- Ruidos respiratorios Necesidad 02. Alimentación/hidratación 14.- Alimentación/nutrición 17.- Problemas de la mucosa oral 18.- Sigue algún tipo de dieta 19.- Total de consumo de líquidos diarios 20.- Enumere lo que come en un día 21.- Apetito 22.- Náuseas 23.- Vómitos 24.- Expresa insatisfacción con su peso 145.- Peso 146.- Talla 147.- IMC Necesidad 03. Eliminación 26.- Número y frecuencia de deposiciones 30.- Cambios en hábitos intestinales 34.- Gases Necesidad 04. Movilización 44.- Falta o reducción de energía para tolerar la actividad 42.- Pérdidas de fuerza Necesidad 05. Reposo/sueño 46.- Cambios en el patrón de sueño 47.- Ayuda para dormir 48.- Estímulos ambientales nocivos Necesidad 07. Temperatura 54.- Sensibilidad al frío: aumentada/disminuida 55.- Sensibilidad al calor: aumentada/disminuida	Necesidad 08. Higiene /piel 56.- Estado de piel y mucosas Necesidad 09. Seguridad 66.- Tabaco 67.- Otras sustancias 68.- No sigue el plan terapéutico 74.- Alteraciones sensorceptivas Necesidad 10. Comunicación 76.- Comunicarse con los demás 78.- Su cuidador/a no proporciona apoyo, consuelo y ayuda 82.- Problemas familiares 83.- Manifiesta carencia afectiva Necesidad 11. Religión /creencias 95.- Ha tenido en los dos últimos años cambios vitales 96.- Su situación actual ha alterado sus creencias 97.- No se adapta usted a esos cambios 98.- Describa su estado de salud 99.- No da importancia a su salud 100.- No acepta su estado de salud 102.- Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión 105.- Temor expreso 106.- Problemas emocionales Necesidad 12. Trabajar /realizarse 107.- No conoce los recursos disponibles de la comunidad 109.- Tiene dificultad para realizar sus pasatiempos habituales Necesidad 13. Actividades lúdicas 110.- Situación laboral 112.- Problemas en el trabajo 113.- Influye el trabajo en su estado de salud 114.- Sensación habitual de estrés Necesidad 14. Aprender 118.- Tiene falta de información sobre su salud 119.- Desea más información sobre...
--	--

*Valoración inicial específica de enfermería basada en las **Necesidades Básicas de Salud** de Virginia Henderson*

Recopilaremos más datos atendiendo a la historia clínica del paciente (alergias, enfermedades que padece, parámetros analíticos, intervenciones quirúrgicas previas, tratamiento domiciliario...) y a través de la toma de constantes.

El estado nutricional del paciente puede ser determinante en algunas intervenciones de ORL especialmente en la cirugía que se realiza en el cáncer de cabeza y cuello, es por ello que se debe hacer una Valoración Nutricional específica de estos pacientes.

VALORACIÓN NUTRICIONAL

La valoración del estado nutricional consiste en el conjunto de datos necesarios para conocer las carencias energéticas y proteicas principalmente o de cualquier otro

nutriente que presenta un individuo. Para establecer un diagnóstico de desnutrición es preciso combinar parámetros analíticos y clínicos.

La evaluación del estado nutricional en el ámbito hospitalario es importante por la elevada incidencia de desnutrición (30-50%) y el efecto negativo que esta tiene sobre la evolución de los pacientes.

Permite conocer que paciente está desnutrido y en qué grado, detecta los pacientes que requieren nutrición artificial y evalúa la eficacia del soporte nutricional.

La valoración nutricional debe ser una herramienta imprescindible en el paciente intervenido de cáncer de cabeza y cuello. Debe ser universal, precoz, sencilla de aplicar, basada en la mejor evidencia científica disponible y adaptable a las diversas circunstancias clínicas de los pacientes como edad, sexo y gravedad de la enfermedad.

Ante la detección de un paciente con riesgo nutricional se debe realizar una evaluación nutricional completa, un plan terapéutico individualizado y una monitorización de la evolución.

Una valoración nutricional exhaustiva requiere la realización de una correcta:

- 1- Historia Clínica: Alergias medicamentosas, antecedentes personales, intervenciones quirúrgicas previas, tratamiento domiciliario.
- 2- Historia Dietética:
 - 2.a- Hábitos alimenticios: se realizara una medición de la ingesta mediante diversos métodos o encuestas que recogen información sobre un periodo variable de tiempo y permite evaluar los hábitos alimentarios y la ingesta de nutrientes.
 - 2.b- Medidas Antropométricas: peso, talla, IMC (peso en kg/talla en m^2), circunferencia braquial.

Ej: Varon de 65 años que mide 174cm y pesa 52 kg, su IMC sería:

$52kg/1.74m^2 = 17,17$ el paciente presenta desnutrición leve.

IMC (OMS)	GRADO DESNUTRICIÓN
18,5-25	Normonutrición
17-18,4	Desnutrición leve
16-16,9	Desnutrición moderada
<16	Desnutrición grave

Índice de masa corporal (Kg/m^2)

2.c- Test de valoración nutricional, los más utilizados son:

- VGS (Valoración Global Subjetiva generada por el paciente) especialmente diseñado para los pacientes oncológicos, valora la dificultad para la alimentación y parámetros analíticos. (Anexo 1)
- MNA (Mini-Nutritional Assessment): el propósito es detectar tanto la presencia de desnutrición como el riesgo de desnutrición crónica en los individuos mayores hospitalizados e institucionalizados y la consiguiente evaluación durante su estancia. Es un instrumento rápido, económico, no invasivo, sencillo de aplicar, no requiere exámenes de laboratorio y tiene una adecuada correlación con marcadores bioquímicos de malnutrición. El MNA ha demostrado ser predictor de la mortalidad y de la estancia hospitalaria.(Anexo 2)

3- Determinaciones de laboratorio

3.a- Preoperatorio completo, consta de: Hemograma, Coagulación, Bioquímica incluyendo el N° Dibucaína y Colinesterasa, Electrocardiograma y Rx. Tórax.

3.b- Para valorar la desnutrición se ha de tener en cuenta:

- Proteínas plasmáticas (albúmina y prealbúmina) niveles descendidos pueden indicar desnutrición aunque no son específicas.
- Linfocitos totales: una reducción del número total presenta una afección del sistema inmune en la malnutrición, podemos encontrar valores alterados en infecciones y en tratamientos con corticoides.
- Colesterol sérico: niveles descendidos reflejan desnutrición calórica.

Una vez valorado al paciente se llevará a cabo una evaluación cada 48h del peso y glucemia basal y cada 5 días se realizará un control bioquímico y hematológico en sangre.

CONTROL NUTRICIONAL

JUSTIFICACIÓN

Las deficiencias nutricionales o desnutrición está relacionada con un aumento de las infecciones, un debilitamiento del sistema inmune e impiden los procesos normales que permiten la progresión hacia la cicatrización, prolongando la fase inflamatoria, favoreciendo la dehiscencia de la sutura de las heridas quirúrgicas... considerándolo por tanto un factor predictivo de las complicaciones e incremento de la estancia hospitalaria y la mortalidad.

La prevalencia de malnutrición en las unidades hospitalarias médicas oscilan entre un 20-40% y las quirúrgicas entre un 40-60% (GNEAUUP).

Las opciones terapéuticas con la cirugía y/o radioquimioterapia incrementan el riesgo de desnutrición en los normonutridos y empeoran la situación basal en los pacientes ya desnutridos al diagnóstico.

Por tanto nuestra intención en este apartado es resaltar la importancia de un adecuado control nutricional en los pacientes intervenidos de cirugía ORL, siendo determinante en algunas intervenciones como la cirugía que se realiza en el cáncer de cabeza y cuello y siendo más indicativa en otros casos como la amigdalectomía, CENS,...

CONSIDERACIONES DIETÉTICAS SEGÚN CIRUGIA DE ORL

Según el tipo de cirugía ORL a la que es sometido un paciente, la dieta en el postoperatorio inmediato tendrá unas consideraciones especiales respecto al resto; así tras la cirugía de la boca, Microcirugía laríngea, Amigdalectomía, Glossectomías parciales, faringectomías parciales comenzaremos la tolerancia con una dieta líquida Fría progresando según la capacidad de deglución del paciente. Algo similar ocurre con los sometidos a un Vaciamiento cervical, donde la maniobrabilidad mandibular está comprometida y/o disminuida a causa del dolor por lo que la dieta debe ser de Fácil Masticación. En el resto de cirugía ORL en la que no se ve afectada la cavidad buco-oral, la tolerancia a dieta comenzaría con líquidos progresando a la dieta habitual del paciente.

Centraremos nuestra atención en los pacientes con cáncer de cuello y cabeza, la prevalencia de la desnutrición al diagnóstico de estos pacientes oscila entre el 25-75% estando relacionado con diversos factores como la patología tumoral específica, la localización del tumor y los hábitos higiénico-dietéticos previos (alta prevalencia de alcoholismo, tabaquismo y dieta inadecuada).

En la mayoría de los casos se produce una disminución de más del 10% del peso habitual en los 6 meses previos al diagnóstico, sobre todo en tumores de orofaringe e hipofaringe.

Tras la intervención quirúrgica y pasadas unas semanas de estancia hospitalaria los pacientes tienen una pérdida de peso en torno 7-8 kg por lo que es necesario unificar los criterios de cuidados y mejorar el estado nutricional durante su estancia.

SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES LARINGECTOMIZADOS

Se considera fundamental un adecuado soporte nutricional en el abordaje integral de los pacientes afectados de cáncer de cabeza y cuello porque disminuye la pérdida ponderal, reduce la necesidad de suspender los ciclos de quimio y radioterapia, acortan la estancia hospitalaria y mejora ostensiblemente la calidad de vida.

El tipo de técnica quirúrgica empleada en estos pacientes (Laringectomía) obliga con frecuencia a dejar en reposo la cavidad bucal estando contraindicada la alimentación oral durante un periodo superior a 15 días incluso indicando al paciente que no trague su propia saliva para evitar complicaciones tales como la dehiscencia de la sutura, formación de la fístula traqueo-esofágica, infecciones... Existe por tanto un riesgo muy alto de malnutrición en estos pacientes lo que conlleva a mayores tasas de morbimortalidad por lo que son imprescindibles unos adecuados cuidados en la deglución y alimentación.

El mejor respaldo hacia la recuperación es un buen estado nutricional, una composición corporal adecuada, un sistema inmunitario fuerte y buena calidad de vida necesitando para ello temporalmente una Alimentación Artificial.

La modalidad nutricional óptima es la Nutrición Enteral (NE) por sonda Naso-Gástrica y/o Naso-Esofágica con las que vienen los pacientes intervenidos de una Laringectomía desde quirófano ya que evita la atrofia e hipofunción intestinal a las que están abocados los pacientes con Nutrición Parenteral Total (NPT) prolongada.

La NE es una técnica especial de alimentación que consiste en administrar los diferentes elementos nutritivos a través de una SNG cuando el paciente no puede alimentarse por vía oral. Las fórmulas enterales son preparados nutricionales que comprenden una mezcla conocida de macro y micronutrientes considerada como nutricionalmente completa.

En los casos que se prevea que la duración de la nutrición enteral se prolongará más de 4-6 semanas podría ser adecuado utilizar un acceso enteral permanente tipo Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Una vez conseguido el acceso enteral mediante la SNG o PEG se recomienda el uso de dietas poliméricas con fibra que permite mantener una función intestinal y una microbiótica adecuada.

- Ventajas de la NE sobre la alimentación triturada:

Se conoce la cantidad exacta de nutrientes administrados, el riesgo de contaminación por manipulación es menor y se adaptan a las necesidades de cada paciente (normoproteicas, hiperproteicas, con fibra...)

- Ventajas de la NE por SNG frente a la NPT:

Es más fisiológica, económica, sencilla de preparar y administrar, disminuye las complicaciones y es menos traumática para el paciente otorgándole más independencia.

Los requerimientos nutricionales que debe aportar la Nutrición Enteral de forma aproximada son:

- Aporte energético: 30-35 kcal/kg
- Aporte proteico debe oscilar entre 1 -1'5 g proteínas/kg
- Aporte hídrico debe ser entre 30-40 ml/kg/día en los que se deben incluir los líquidos empleados en la comida, formulas enterales, sueroterapia o aporte en forma de nutrición parenteral...

Las principales sociedades científicas "ASPEN" (Sociedad Americana Nutrición Enteral y Parenteral) recomiendan la administración de fórmulas inmunomoduladoras (con aporte de arginina, glutamina, ácidos grasos...) en los 5-7 días previos a la intervención quirúrgica en pacientes malnutridos. (Evidencia científica A)

INFUSIÓN DE LA NE (TIPOS Y PAUTAS)

A) TIPOS DE INFUSIÓN:

- *Infusión Continua:* se administra durante 18-24 horas por bomba de infusión.

- *Infusión Discontinua o Intermitente:* se administra en periodos de 3 a 12 horas a través de una bomba de infusión.

- *Infusión en Bolo:* se realiza en 4 o 6 tomas en las horas diurnas siguiendo el esquema normal de desayuno, comida, merienda, cena. Se utilizan jeringas de 50 ml y la presión sobre el émbolo debe ser continua y lenta, a no más de 20- 30 ml / min. Su mayor inconveniente es la intolerancia por infusiones rápidas, pudiendo producir algunos efectos secundarios como distensión abdominal, vómitos o diarrea.

La nutrición enteral continua con bomba de infusión reduce las molestias gastrointestinales, permite la administración de mayor volumen de alimentos y favorece la tolerancia digestiva cuando la capacidad de absorción está disminuida. Sin embargo, la infusión intermitente o en Bolo debe iniciarse tan pronto como sea posible para mantener el ciclo normal de alimentación.



B) PAUTA DE INFUSIÓN:

Para mejorar la tolerancia en la infusión habrá que programar una correcta pauta de inicio, de continuación y de retirada.

Establecer de forma excesivamente rápida los requerimientos totales suele llevar al fracaso del tratamiento, no obstante diversos estudios han demostrado las ventajas de la nutrición enteral precoz en situaciones postagresivas, pareciendo apropiado iniciar la NE simultáneamente al resto del tratamiento, es decir, una vez lograda la estabilidad hemodinámica.

Una vez calculados los requerimientos calórico-proteicos del paciente y sus necesidades hídricas, decidiremos la fórmula a utilizar y si se requiere o no un aporte suplementario de agua. Es el momento de plantear una pauta de inicio, considerándose beneficioso alcanzar el 100% de los requerimientos en 48-72 horas si una mala tolerancia no lo impide.

- Si el aparato digestivo está sano, no existe malnutrición y el paciente ha estado ingiriendo alimento hasta 24-48 horas antes de iniciar la dieta y la sonda está colocada en el estómago:

Las primeras 24 horas administramos aproximadamente el 50% del volumen total, de forma continua o repartidas en 4 o 5 tomas durante el día (con bomba de infusión), a las 48 horas si la tolerancia es buena, administraremos el 75% o incluso el 100% y a las 72 horas si no se ha alcanzado antes y todo va bien daremos el 100%. Las pautas de progresión muy lentas en pacientes que han presentado una ingesta razonable en la última semana deben ser evitadas (Grado de evidencia A). A partir de aquí la NE se infundirá en Bolo.

- Si el aparato digestivo está sano, pero hay un periodo de ayuno prolongado, malnutrición moderada o grave y avanzada edad:

Infundiremos de forma continua aumentando progresivamente el ritmo de infusión. Como ejemplo orientativo 20-30 ml/h las primeras 6-8 horas, aumentando 10 ml/h cada 6-8 horas o incluso 12h hasta alcanzar el volumen diario previamente determinado.

En resumen: La recomendación de introducir en las primeras 24-48 horas de forma progresiva la dieta es la más extendida, aunque hay autores partidarios de comenzar la NE a dosis completa desde el principio (en pacientes sin patología previa).

Los protocolos de tolerancia en los que se invertían de 5 a 7 días se han abandonado dado que retrasan la cobertura de los requerimientos nutricionales y no está justificado como medida preventiva del desarrollo de complicaciones gastrointestinales. La dilución de la dieta en las fases iniciales con el fin de disminuir su osmolaridad tampoco se recomienda actualmente.

CUIDADOS ENFERMERÍA

Cuando la alimentación no es continua debemos:

- Mantener al paciente en posición semi-Fowler como mínimo de 30-60 minutos después de las tomas.
- Lavar la sonda con 50ml de agua antes y después de cada toma.
- No mezclar alimentación con fármacos aunque vayan por el mismo lugar. Tras los fármacos se deben administrar de 20-30ml de agua para evitar que queden depositados en el trayecto de la sonda.

FÓRMULAS ENTERALES

Entre los preparados nutricionales de los que disponemos podemos destacar:

- Fórmulas completas: Aportan todos los requerimientos nutricionales, tanto en macro como en micronutrientes en proporción equilibrada.
- Suplementos: Preparados nutricionalmente completos en uno o más nutrientes pero con proporción inadecuada y vitaminas/minerales insuficientes para mantener como único soporte a largo plazo, sino para completar una dieta oral insuficiente. Los hay hipercalóricos e hiperproteicos.
- Módulos: Aporte de nutrientes de forma aislada (proteínas, hidratos de carbono, grasas, fibra...)

Las diferentes fórmulas de nutrición artificial se clasifican atendiendo a diferentes criterios: densidad calórica, contenido proteico respecto del valor calórico total, complejidad de las proteínas, sabor, osmolaridad, contenido en grasas y en fibra.

En la siguiente tabla se muestran los diferentes tipos de fórmulas enterales según diferentes criterios de clasificación.

Densidad calórica (kcal/ml)	Hipocalóricas: 0,5-0,75	Estándar: 1-1,2	Hipercalóricas: > 1,2
Contenido proteico (% del VCT)	Hipoproteicas: < 12%	Normoproteicas: 12-18%	Hiperproteicas: > 18%
Vía administración	Neutras: sonda		Saborizadas: oral / sonda
Complejidad aporte proteico	Elementales o monoméricas: aa libres	Oligoméricas: péptidos de cadena corta	Poliméricas: proteínas complejas
Contenido en grasas (% VCT)	Libre: <5%	Baja: 5-20%	Estándar: > 20%
Fibra	Sin fibra		Con fibra: - fermentable (soluble) - no fermentable (insoluble) - mezcla

VCT: Valor Calórico Total.

BIBLIOGRAFIA:

- Documento Técnico GNEAUPP nº XII, “NUTRICIÓN Y HERIDAS CRÓNICAS” Abril 2011.
- Martínez López, Elena. Font Jiménez, Isabel. Gutiérrez Alonso, María. “CUIDADOS ENFERMEROS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE LARINGECTOMIZADO”. Metas de Enfermería Nov. 2004; 7(9): 12-15 .
- Martín Martín, María. “PROPUESTA DE GUÍA DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO INTEGRAL DEL PACIENTE LARINGECTOMIZADO”. Editorial Universidad de Valladolid. Facultad de Enfermería de Valladolid. España 2015. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/11910>
- López Tinoco, Cristina. Rodríguez Fernández-Freire, Antonio Rafael. “SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO”. Editorial Liberlibro.com. España 2012. ISBN: 978-84-92428-86-1
- Oliveira Fuster, Gabriel. “MANUAL DE NUTRICIÓN CLÍNICA Y DIETÉTICA” Editorial Díaz de Santos. España. 2013. ISBN: 9788479788063.
- Documento Técnico FUDEN “VALORACIÓN ENFERMERA”. Observatorio Metodología Enfermera.

ANEXO 1.- Valoración global subjetiva generada por el paciente.

PACIENTE _____	Nº Hª _____
PESO ACTUAL _____ Kg TALLA _____ cm Peso hace tres meses _____ Kg Peso habitual _____	Edad _____ años Fecha _____

ALIMENTACIÓN respecto hace 1 mes: ☐ como más ☐ como igual ☐ como menos Tipo de alimentos: ☐ dieta normal ☐ pocos sólidos ☐ sólo líquidos ☐ sólo preparados nutricionales ☐ muy poco	DIFICULTAD PARA ALIMENTARSE: ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta era SÍ, señale con una cruz cuáles de los siguientes problemas presenta: ☐ falta de apetito ☐ ganas de vomitar ☐ vómitos ☐ diarrea ☐ olores desagradables ☐ los alimentos no tienen sabor ☐ sabores desagradables ☐ me siento lleno enseguida ☐ dificultad para tragar ☐ problemas dentales ☐ dolor. ¿dónde? _____ ☐ depresión ☐ problemas económicos
--	---

ACTIVIDAD COTIDIANA en el último mes: ☐ normal ☐ menor de lo habitual ☐ sin ganas de nada ☐ paso más de la mitad del día en la cama o sentado	ENFERMEDADES: _____ _____ TRATAMIENTO ONCOLÓGICO: _____ _____ OTROS TRATAMIENTOS: _____
---	--

ALBÚMINA antes de tratamiento oncológico: _____ g/dl PREALBÚMINA tras el tratamiento oncológico _____ mg/dl	EXPLORACIÓN FÍSICA: Pérdida de tejido adiposo: ☐ SÍ. Grado _____ ☐ NO Pérdida de masa muscular: ☐ SÍ. Grado _____ ☐ NO Edemas y/o Ascitis: ☐ SÍ. Grado _____ ☐ NO Úlceras por presión: SI _____ NO _____ Fiebre: SI _____ NO _____
--	---

A- Buen estado nutricional B- Malnutrición moderada o riesgo de malnutrición C- Malnutrición grave

PUNTUACIÓN DE LA VGS-PG

Teniendo en cuenta el formulario, señale lo que corresponda a cada dato clínico para realizar la evaluación final:

DATO CLÍNICO	A	B	C
Pérdida de peso	> 5%	5-10%	> 10%
Alimentación	Normal	Deterioro leve-moderado	Deterioro grave
Impedimentos para ingesta	NO	Leves-Moderados	Graves
Deterioro de actividad	NO	Leves-Moderados	Graves
Edad	< 65	65-70	> 70
Úlceras por presión	NO	NO	SI
Fiebre / corticoides	NO	Leve / moderada	grave
Tto. antineoplásico	Bajo riesgo	Medio Riesgo	Alto Riesgo
Pérdida adiposa	NO	Leve / moderada	elevada
Pérdida muscular	NO	Leve / moderada	elevada
Edemas / ascitis	NO	Leves / moderados	Importantes
Albúmina (previa al tto)	> 3,5	3,5-3,0	< 3,0
Prealbúmina (tras tto)	> 18	18-15	< 15

La primera parte del cuestionario la rellena el paciente. La segunda parte la rellena el médico.

VALORACIÓN GLOBAL:

- A- Buen estado nutricional
- B- Malnutrición moderada o riesgo de malnutrición
- C- Malnutrición grave

Anexo 2.- Minimal Nutritional Assessment (MNA): a considerar en >60 años

- A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?:
0= anorexia grave 1= anorexia moderada 2= sin anorexia
- B. Pérdida reciente de peso (en los últimos 3 meses):
0= pérdida > 3 kg de peso
1= no lo sabe
2= pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3= no ha habido pérdida de peso
- C. Movilidad:
0= de la cama al sillón 1= autonomía en casa 2= sale del domicilio
- D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?:
0= sí 1= no
- E. Problemas neuropsicológicos:
0= demencia o depresión grave
1= demencia o depresión moderada
2= sin problemas psicológicos
- F. Índice de masa corporal (IMC= peso (Kg)/talla² (metros)):
0= IMC < 19 1= IMC entre 19 y 21 2= IMC entre 21 y 23 3= IMC > 23

Evaluación del cribaje (puntuación máxima 14 puntos):

- ✓ 12 puntos o más: Normal. No es necesario continuar evaluación
- ✓ 11 puntos o menos: Posible malnutrición. Continuar evaluación:

- G. ¿El paciente vive independientemente en su domicilio?
0= no 1= sí
- H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?
0= sí 1= no
- I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?
0= sí 1= no
- J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre?)
0= 1 comida 1= 2 comidas 2= 3 comidas
- K. ¿Consume el paciente: productos lácteos al menos una vez al día / huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana / carne, pescado o aves diariamente?
0,0= 0 o 1 síes 0,5= 2 síes 1,0= 3 síes
- L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
0= no 1= sí
- M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)
0,0= menos de 3 vasos 0,5= de 3 a 5 vasos 1,0= más de 5 vasos
- N. Forma de alimentarse
0= necesita ayuda 1= se alimenta solo con dificultad 2= se alimenta solo sin dificultad
- O. ¿Se considera que el paciente está bien nutrido? (problemas nutricionales)
0= malnutrición grave 1= no lo sabe o malnutrición moderada 2= sin problemas de nutrición
- P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo se encuentra el paciente su estado de salud?
0,0= peor 0,5= no lo sabe 1,0= igual 2,0= mejor
- Q. Circunferencia braquial (CB en cm)
0,0= CB < 21 0,5= CB entre 21 y 22 1,0= CB > 22
- R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
0= CP < 31 1= CP ≥ 31

Evaluación del estado nutricional (puntuación máxima 30 puntos: 14 + 16)

- ✓ De 17 a 23,5 puntos: Riesgo de malnutrición
- ✓ Menos de 17 puntos: Malnutrición

PROCEDERES MÁS FRECUENTES EN
OTORRINOLARINGOLOGÍA

Dra. Vázquez Muñoz, Dr. Elhendi Halawa, Dr. Caravaca García.

La **Otorrinolaringología** es una especialidad muy amplia, abarca zonas anatómicas variadas, como son la laringe, cuello, faringe, fosas nasales y oído. Esta amplia variedad de zonas anatómicas a tratar hacen que en la otorrinolaringología existan numerosos procedimientos diagnósticos y técnicas quirúrgicas muy variadas.

En este capítulo vamos a explicar los procedimientos más habituales realizados por el especialista en otorrinolaringología y las técnicas quirúrgicas que con más frecuencia se realizan en un quirófano ORL.

PROCEDERES HABITUALES EN PATOLOGÍA OTICA

La patología ótica es muy frecuente en urgencias y consulta ORL de manera que aproximadamente el 31 % de la patología ORL que acude a urgencias es por causa otológica. Es de vital importancia para un ORL saber realizar una correcta otoscopia y otomicroscopia, pues será esencial para el diagnóstico y tratamiento de este tipo de patología.

1. Otoscopia:

Consiste en la correcta visualización de la membrana timpánica y del conducto auditivo externo. La técnica de otoscopia puede ser muy variable. Podemos realizar una otoscopia con espejo frontal (con imagen binocular y visión no amplificada), con el otoscopio de mano(a batería, de pared...), con microscopio (de uso especializado permite una visión amplificada, con una fuente de luz muy potente y además permite tener las dos manos libres para maniobrar en el oído) o con endoscopio de fibra óptica (con una excelente calidad de imagen). El método más usado para realizar la otoscopia es el uso de un otoscopio manual, que es el que habitualmente los médicos tienen en sus consultas.

La técnica de otoscopia varía según la edad del paciente, así, mientras en la primera infancia se debe efectuar una tracción del pabellón hacia abajo y hacia atrás, en

edades posteriores esta tracción se realiza en dirección posterosuperior. La tracción de pabellón tiene como finalidad la rectificación de la curvatura fisiológica entre el conducto óseo y el cartilaginoso. Se debe escoger el espejo de mayor tamaño, que no provoque molestias al paciente.

2. Extracción de cuerpos extraños/tapones de cerumen del CAE. Lavado ótico.

Los **tapones de cerumen** están compuestos por una sustancia pastosa de color marrón, producida por las glándulas ceruminosas, que protege la piel del CAE de las distintas noxas que pueden incidir sobre ella. Cuando se acumula en el conducto y llega a ocluirlo por completo lo llamamos *tapón de cerumen*. En estos tapones al cerumen se suman detritos de descamación de la piel, pelos y productos de la polución ambiental (polvo, partículas...etc.)



Fig.1 Extracción de tapón de cerumen mediante lavado ótico.

Los **cuerpos extraños de CAE** son de naturaleza muy variada, se observan sobre todo en niños y pueden pasar desapercibidos durante largo tiempo, siendo diagnosticados en una exploración rutinaria.

Para la extracción de cuerpos extraños óticos y tapones de cerumen podemos utilizar la técnica clásica de lavado ótico o bien realizarlo con aspiración, bien bajo visión microscópica o con iluminación con fotóforo o espejo frontal. Esta última se realiza sobre todo en caso de perforación timpánica, drenajes transtimpánicos y en caso de otorrea crónica.

3. Drenaje de otohematomas

Los otohematomas se producen por extravasación subpericóndrica de sangre secundaria normalmente a un traumatismo del pabellón auricular. La colección de sangre se localiza habitualmente entre el hélix y el antehélix y se muestra como una colección blanda, poco dolorosa, más o menos fluctuante de color rojo a morado. El tratamiento depende de la entidad del hematoma, si es de pequeño tamaño se puede realizar una punción aspiración y si es de tamaño más importante debe realizarse una incisión y drenaje del mismo. Asimismo es importante un adecuado vendaje compresivo que se adapte a los relieves de la superficie del pabellón auricular.

4. Heridas del pabellón auricular

Las heridas del pabellón auricular pueden afectar más o menos extensamente al pabellón, en mayor o menor profundidad con lesión de la piel, partes blandas e incluso el esqueleto cartilaginoso.

El objetivo principal es preservar el cartílago auricular.

El tratamiento de las heridas del pabellón auricular, como de cualquier otra herida incluye el lavado con antiséptico, limpieza quirúrgica con una buena cura de Friedrich que elimine los tejidos mortificados que no tengan viabilidad y reconstrucción con una sutura exacta y delicada tras una anestesia local o general.

5. Paracentesis timpánica/Inserción de drenajes transtimpánicos.

La **paracentesis timpánica** consiste en la perforación de la membrana timpánica, para la evacuación del material coleccionado en la caja del oído medio, bien sea material purulento como en Otitis media Agudas, o material mucoso como en las Otitis Seromucosas, pudiéndose colocar unos drenajes transtimpánicos si se desea mantener la miringotomía, para conseguir un adecuado drenaje y aireación de la cavidad timpánica.

La **inserción de tubos transtimpánicos** de ventilación, consiste en introducir un tubo, generalmente en forma de diábolo, a través de una miringotomía, quedando fijo en la membrana timpánica para comunicar el oído medio con el exterior, de esta manera se sustituye la función de la trompa al establecerse una ventilación vicaria a través de a prótesis. El tubo permanece en su sitio largo tiempo, en ocasiones más de un año, y es expulsado de forma natural cuando es rechazado, aunque a veces hay que realizar la

extracción del mismo. En ocasiones se usan los tubos en T permanentes, para casos de difícil solución que requieran múltiples miringotomías.

6. Tratamiento de la Otitis Media Crónica (OMC) y del colesteatoma.

La **otitis media crónica** se caracteriza por la existencia de una perforación timpánica central, puede asociarse a lesiones inflamatorias o granulomatosas de la mucosa de la caja timpánica, lesiones necróticas del oído medio y mastoides y osteítis de la cadena de huesecillos.

El **colesteatoma** es una entidad propia, se caracteriza por la existencia de una perforación marginal, y presencia de epitelio queratinizado escamoso en las estructuras del oído medio que se extiende a mastoides, produciendo erosión y destrucción de los huesecillos y de las estructuras vecinas a las que se expande de manera gradual.

Técnicas quirúrgicas en las OMC:

- *Miringoplastias o timpanoplastia tipo I.*

La miringoplastia consiste en la reparación de la membrana timpánica por medio de injertos, sin que exista ninguna otra manipulación quirúrgica en el oído medio.

El abordaje puede ser vía endoaural o transcanal, es decir, a través del meato y Conducto Auditivo Externo (CAE), o por detrás del pabellón auricular a unos milímetros del pliegue retroauricular, que se denomina vía retroauricular.

La principal indicación es de tipo curativo, cerrar la membrana timpánica evitando infecciones y secuelas en el oído medio, aunque también existe otra indicación que es aumentar los niveles auditivos del paciente.

- *Timpanoplastias tipo II, III, IV y V.*

- Timpanoplastia tipo II: Hay desconexión incudoestapediana. Hay que realizar una interposición entre la cabeza del estribo y el martillo conectándolos.

- Timpanoplastia tipo III: De la cadena osicular solo aprovechamos el estribo, íntegro y móvil. La conexión entre tímpano y la cabeza del estribo se puede realizar directamente, pero también se puede interponer entre la cabeza del estribo y el neotímpano un fragmento de huesecillo trabajado, cartílago, cortical mastoidea o un PORP (Partial Ossicular Reconstruction Prothesis o prótesis osicular de reconstrucción parcial)

- Timpanoplastia tipo IV: Platina móvil sin sobreestructura del estribo. Es posible aplicar neotímpano sobre la platina, pero resulta más apropiada la columelización con un yunque o martillo trabajado o bien un TORP (total ossicular reconstruction prothesis).

- Timpanoplastia tipo V: Se ha tenido que practicar una platinectomía y cubrimos la ventana oval con injerto.

- *Timpanoplastias con mastoidectomías.*

Es una operación que se efectúa para eliminar la patología del oído medio y de la mastoides, con reparación del mecanismo de transmisión del sonido. Existen principalmente dos variaciones técnicas:

-Timpanoplastia con mastoidectomía cerrada: En las que se conserva la pared posterior del CAE óseo. En dicha técnica quirúrgica la cavidad mastoidea no se exterioriza al CAE.

-Timpanoplastia con mastoidectomía abierta: En la que se crea una cavidad mastoidea permanentemente exteriorizada al CAE.

- *Vaciamiento radical curativo:*

Es una operación efectuada para eliminar la patología del oído medio y de la mastoides, en la que el oído medio, la cavidad mastoidea, el epitímpano y el CAE son convertidos en una cavidad común exteriorizada a través de meato auditivo externo. No se efectúa ninguna reconstrucción osicular.

7. Cirugía de la otosclerosis. Estapedectomía.

La **otosclerosis** es una enfermedad otológica caracterizada clínicamente por hipoacusia (de transmisión o mixta) e histológicamente por presentar focos de reabsorción y neoformación ósea localizados en ventana oval, en cóclea o en ambas, que condiciona el tipo de hipoacusia que presenta estos pacientes. Tiene frecuentemente carácter familiar y es más frecuente en mujeres, exacerbándose ante cambios hormonales como el embarazo.

El tratamiento de la otosclerosis en quirúrgico y consiste en sustituir el estribo (que está fijo) por una prótesis. Consiste en la extirpación del estribo, cierre de la ventana oval con un material elástico y sustitución del estribo por un material rígido (protésico) que conecta el yunque con dicho material protésico.

8. Cirugía de las exostosis del CAE.

Las **exostosis** se producen en la porción ósea del conducto auditivo externo, por un aumento de osteogénesis, que puede ser localizada o difusa.

Las **exostosis** suele ser asintomáticas, a menos que produzcan una oclusión total del conducto con hipoacusia de transmisión, retención de cerumen o agua después del

baño u otitis de repetición. En estos casos puede estar indicada la recalibración del conducto auditivo. Esta operación se puede realizar con un abordaje endocanal o bien retroauricular, dependiendo de la severidad de las lesiones. El objetivo de esta cirugía es la visualización más o menos completa de la membrana timpánica.

PROCEDERES HABITUALES EN PATOLOGIA NASAL

1. *Rinoscopia. Endoscopia con nasofibroscopio flexible o endoscopio rígido.*

La exploración de las fosas nasales comienza con la simple inspección de la misma, valorando la pirámide nasal, la narina, la posición de la columela y la situación de la región anterior del tabique.

Para realizar una rinoscopia nasal utilizaremos un rinoscopio (especulo nasal) de tamaño adecuado, atrapando el ala nasal entre la válvula del instrumento y nuestro dedo índice. Esta maniobra permite visualizar el trazado del tabique nasal, el suelo de la fosa, los cornetes inferior y medio y sus meatos, hasta aproximadamente algo menos de la mitad de la longitud de la fosa nasal.

Para realizar la endoscopia nasal rígida se necesita una fuente de luz además de un endoscopio rígido de 25 cm de longitud con distintos ángulos de visión 0°, 30°, 45° y 70° son los más usados. La endoscopia nasal rígida constituye una herramienta fundamental en el diagnóstico de patología nasosinusal, además permite el uso simultáneo de materiales dentro de la fosa nasal ya que el explorador solo requiere una mano para manejar el endoscopio nasal.

Para la realización de la nasofibrolaringoscopia se necesita una fuente de luz y un fibroscopio flexible. Es el método habitual de exploración ya que permite la exploración de las fosas nasales y además del cavum, glotis e hipofaringe. La movilidad de la punta del fibroscopio hasta 90° permite acceder a lugares de difícil exploración.



Fig.2 Imagen de exploración mediante Nasofibrolaringoscopia flexible.

2. Fracturas nasales.

Son las que afectan al tabique nasal óseo o cartilaginoso y /o a los huesos propios nasales. Clínicamente el paciente suele presentar epistaxis de mayor o menor intensidad asociada a:

- Una lesión de partes blandas, hematoma, edema... sin lesión ósea.
- Fractura milimétrica sin desplazamiento óseo o bien fracturas con desplazamiento.

Las fracturas con desplazamiento necesitan reducción de la misma con inmovilización, taponamiento nasal y férula.

3. Septoplastia.

La septoplastia es una intervención quirúrgica que pretende devolver la forma y la situación normal al septum nasal (óseo y cartilaginoso). La indicación principal de este tipo de intervención es la insuficiencia respiratoria nasal permanente, normalmente unilateral aunque también puede ser bilateral. Las dismorfias septales pueden ser congénitas o adquiridas (traumáticas o no).

La septoplastia puede realizarse con microscopio, fotóforo (visión directa) o endoscopio rígido.

4. Cirugía endoscópica nasosinusal (CENS)

En la sinusitis crónica, la mucosa nasal presenta unos cambios irreversibles (edema, hiperplasia, pólipos...) que mantienen el bloqueo del complejo osteomeatal (complejo natural de drenaje de los senos paranasales), por ello son subsidiarias en la mayoría de los casos de un tratamiento quirúrgico además del tratamiento médico. Las técnicas antiguas de abordaje externo como Caldwell-Luc, han dado paso a técnicas endoscópicas más conservadoras y funcionales.

Esta cirugía consiste básicamente en la resección a través de las fosas nasales de la mucosa inflamada del interior de celdas etmoidales anteriores combinado con un ensanchamiento del ostium natural del seno maxilar. Cuando la lesión es más extensa puede estar indicado también la apertura de celdas etmoidales posteriores, senos esfenoidales y senos frontales. Para ello utilizamos ópticas de distintas angulaciones, siendo la de 0° la más usada, y una fuente de luz fría.

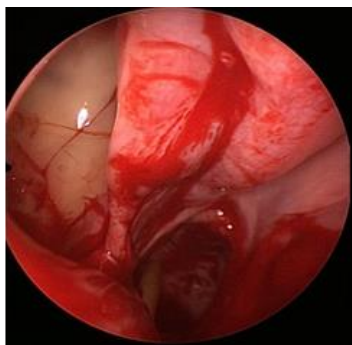


Fig.3. Imagen endoscópica de la fosa nasal derecha, donde se puede apreciar la coana al fondo y el seno maxilar abierto a la derecha, tras la extracción de un pólipo antrocoanal.

5. *Cirugía turbinal*

Las causas hipertrofia turbinal puede ser muy diversa, desde alteraciones en el esqueleto óseo (medialización del cornete inferior, concha bullosa...) hasta alteraciones en la mucosa, siendo estas últimas las más frecuentes produciéndose una hipertrofia de la misma derivada en la mayoría de los casos de una rinitis crónica.

Dentro de las técnicas de turbinoplastia tenemos técnicas con resección parcial o total de los cornetes inferiores o técnicas no resectivas que modifican los tejidos del cornete sin que exista exéresis alguna. Dentro de estas técnicas la más usada es la turbinoplastia por radiofrecuencia, cuyo fundamento es la lesión térmica con fibrosis submucosa posterior reactiva.

PROCEDERES HABITUALES EN PATOLOGÍA LARÍNGEA Y FARÍNGEA.

1. *Laringoscopia indirecta. Nasofibrolaringoscopia. Laringoestroboscopia. Laringoscopia directa.*

La *laringoscopia indirecta* es una técnica muy antigua que consiste en la exploración de las cuerdas vocales e hipofaringe utilizando un espejillo laríngeo de Brunings, tirando de la lengua con una mano con una gasa y con la otra apoyando el espejillo laríngeo sobre la úvula empujando la misma hacia atrás y hacia arriba, permitiendo la imagen inversa de la base de lengua, laringe e hipofaringe.

La *nasofibrolaringoscopia* ya explicada en la exploración nasal, es la técnica de elección para visualizar la laringe.

Laringoestroboscopia: La endoscopia con luz estroboscópica es el procedimiento más útil para el estudio de la vibración de las cuerdas vocales y de sus trastornos, porque proporciona una gran precisión en la valoración de las ondulaciones de la mucosa. Se realiza con una fuente de luz estroboscópica y un telefaringolaringoscopio.

Laringoscopia directa: Exploración directa de la laringe realizada en quirófano y bajo anestesia general. Se realiza deslizando el laringoscopio rígido sobre el tubo de anestesia hasta su colocación introduciéndolo en la cara laríngea de la epiglotis.

2 .Microcirugía endolaríngea:

Previa realización de una laringoscopia directa autosuspendida, y colocación de visión microscópica, la microcirugía laríngea consiste en el tratamiento quirúrgico de la patología de las cuerdas vocales benignas o malignas, como edema de Reinke, pólipos, nódulos, leucoplasias, tumores o quistes, siendo también usada para toma de biopsias en tumores laríngeos.

3. Cordectomías laser CO2

Consiste en la resección transoral de lesiones de la cuerda vocal mediante laser CO2 con la máxima preservación de las partes de la cuerda vocal no afectadas, por lo que se reduce de una manera importante la morbilidad y se preserva mejor la función laríngea en comparación con la cirugía clásica. Existen varios tipos de cordectomías según la extensión de la lesión a tratar:

Tipo I: Cordectomía subepitelial. Exéresis del epitelio de la cuerda vocal

Tipo II: Cordectomía subligamentaria: Resección del epitelio, espacio de Reinke y ligamento vocal.

Tipo III: Cordectomía transmuscular: Incluye también parte del musculo vocal.

Tipo IV: Cordectomía total: Resección de toda la cuerda vocal, musculo vocal en su totalidad hasta el pericondrio.

Tipo V: Cordectomía ampliada: Incluye cuerda vocal contralateral, aritenoides, bandas o subglotis.

4. Laringectomía total

Consiste en la exéresis de la laringe desde la base de la lengua a la tráquea, incluyendo en la resección la musculatura prelaríngea con la fascia cervical superficial y la totalidad del hueso hioides. Esta cirugía está indicada en tumores laríngeos que no son tributarios de tratamiento conservador.

5. Traqueotomía

La traqueotomía es una técnica quirúrgica que consiste en la apertura de la tráquea cervical seguida de la colocación de una cánula que impida que se cierre la hendidura recién creada y que permita seguir respirando al paciente, pero de tal manera que se elude en la respiración el paso del aire por la vía aérea superior, poniéndose así en comunicación el aire exterior con la tráquea inferior, los bronquios y los pulmones.

6. Adenoidectomía. Amigdalectomía

La *Adenoidectomía* consiste en la extirpación del tejido adenoideo del cavum nasofaríngeo. Se realiza habitualmente legrando ese tejido adenoideo con adenotomo y posterior hemostasia exhaustiva compresiva y/ o con electrocauterio.

La *Amigdalectomía* consiste en la extirpación de las amígdalas palatinas y es llevado a cabo con técnicas clásicas de disección o bien con bisturí eléctrico.

7. Uvulopapatoфарингоplastia

Cuando existe una causa orofaríngea del SAOS (síndrome de apnea-hipoapnea del sueño), por hipertrofia amigdalara, del velo del paladar o de la úvula, es posible realizar esta técnica consistente en la realización de una amigdalectomía asociada a resección de la úvula y de un centímetro aproximadamente del borde libre del paladar blando.

PROCEDERES MAS HABITUALES EN PATOLOGIA DE LAS GLANDULAS SALIVARES

1. Submaxilectomía

Consiste en la exéresis de la glándula submaxilar, llevada a cabo en patología tumoral y en submaxilitis crónica. Hay que evitar la lesión de la rama mandibular del facial.

2. Parotidectomía:

La cirugía de la glándula parótida se realiza en procesos tumorales y su objetivo primordial debe ser la exéresis tumoral con conservación del nervio facial., cuya identificación es el paso más importante en esta cirugía. La parotidectomía puede ser parcial o suprafacial o bien total con conservación del nervio facial o bien con sacrificio del mismo.

La técnica más frecuentemente realizada es la parotidectomía suprafacial, existiendo actualmente alternativas mucho más estéticas al abordaje clásico de esta cirugía, como es el uso de la incisión tipo RAHI (retroauricular hairline incisión o *incisión retroauricular en la línea de nacimiento del cabello*).

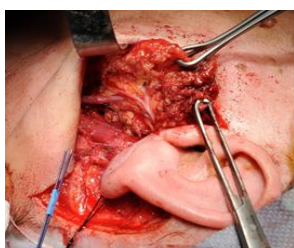


Fig 4. Parotidectomía suprafacial.
Abordaje tipo RAHI.

PROCEDERES HABITUALES EN PATOLOGIA CERVICAL.

1. Vaciamiento ganglionar cervical radical.

Esta intervención persigue la extirpación de los ganglios del cuello invadidos por metástasis tumorales, extirpando los ganglios y los linfáticos comprendidos entre la mandíbula, la clavícula, la línea media y el borde anterior del trapecio. Este vaciamiento incluye los ganglios yugulares, submaxilares, submentonianos, espinales y supraclaviculares además del musculo ECM, la vena yugular interna y el XI par.

2. Vaciamiento ganglionar cervical funcional:

En esta técnica se extirpan los colectores y ganglios linfáticos, la aponeurosis y tejido celular, conservando los músculos, vasos y nervios. La principal indicación del vaciamiento funcional es la adenopatía clínicamente negativa.

3. Patología congénita cervical:

- *Quiste del conducto tirogloso:* La embriología del conducto tirogloso se liga íntimamente con el de la glándula tiroides, el hueso hioides y la lengua. Suele desaparecer en el momento del desarrollo en el que la tiroides llega a su posición correcta. El quiste tirogloso representa la persistencia de parte del conducto y suele localizarse en la misma línea o justo por debajo del hueso hioides. El quiste es insensible, blando y liso. El tratamiento es la resección quirúrgica completa incluyendo la parte central del hioides.

- *Malformaciones de la segunda hendidura branquial:* La gran mayoría de las anomalías branquiales derivan de la segunda hendidura (65-95%). Las formas quísticas se dividen en cuatro estadios: el tipo I (entre la aponeurosis cervical superficial y el musculo Esternocleidomastoideo); tipo II (anterior y lateral al eje yugulo-carotideo; tipo III (entre carótida externa e interna); tipo IV (entre eje yugulocarotídeo y faringe). El tratamiento de estos quistes es su exéresis quirúrgica.

Bibliografía:

1. Hijano Rafael, Hernández Anabella, Martínez-Arias Angels, Homs Isabel, Navarrete M.Luisa. Estudio epidemiológico de las urgencias en un hospital de tercer nivel. Acta ORL Española 2009;60(1):32-37.
2. J. Girons Bonells. Exploración clínica del oído. En: P. Abello, J. Traserra. Otorrinolaringología. Barcelona:Ed Doyma; 1992.
3. Gil-Carcedo García L.M. t al. Patología del oído externo. En: Suarez C. et al.Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Madrid: Ed Panamericana;2007.
4. García J.T., Fernández Bueno F., Calvo E. Extracción de cerumen y cuerpos extraños del conducto auditivo externo(CAE) y de las fosas nasales. En: Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia .2ª edición. Madrid. Ed Jarpyo;2006
5. R. Avellaneda Mañosas. Otitis medias agudas. Mastoiditis. En: P. Abello, J. Traserra. Otorrinolaringología. Barcelona:Ed Doyma; 1992.
6. Gil-Carcedo L.M., Vallejo L.A., Gil-Carcedo E.Otología.3ºEd.Madrid: Ed Panamericana;2011.
7. Alonso Seco Antonio, Antolí –Candela Cano Francisco, Harguindey Antolí-Candela Alejandro. Miringoplastias. Técnicas laterales. En: García Ibáñez Ferrándiz Emilio et al. Cirugía otológica. Ponencia Oficial de la SEORL y PCF 2006.Badalona: EUROMEDICINE Ediciones Medicas; 2006.
8. Pinart J, Abello P. Timpanoplastia. En: P. Abello, J. Traserra. Otorrinolaringología. Barcelona: Ed Doyma; 1992
9. Antolí-Candela Cano F., Alonso Seco A. Tratamiento de la otitis media crónica y sus secuelas. En: Suárez C. et al. Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Madrid: Ed Panamericana; 2007.
10. García-Ibáñez Ferrándiz Emilio, Garcia- Ibañez Cisneros Luis, Staffieri Claudia. Otosclerosis. Estapedectomia total. En: García Ibáñez Ferrándiz Emilio et al. Cirugía otológica. Ponencia Oficial de la SEORL y PCF 2006.Badalona: EUROMEDICINE Ediciones Medicas; 2006.
11. Bastera Alegría Jorge. Otorrinolaringología y patología cervicofacial. Barcelona: Ed Masson;2004.
12. Santillán Coello Jessica, Horna Castiñeiras Jessica, Hernández García Mª José. Exploración básica de la fosa nasal. En: Sánchez Barrueco Alvaro, Villacampa Aubá

José Miguel, Cenjor Español Carlos. Manual de septoplastia. Madrid. Ed GlaxoSmithKline S.A.

13. Sánchez Laínez Javier et al. Tratamiento quirúrgico de la sinusitis y sus complicaciones. Tratamiento quirúrgico de la poliposis. CENS. En Manual del residente de ORL y patología cérvico-facial. Tomo II. Madrid: Ed IM& C, SA;2002

14. Huerta P. et al. Clasificación de las cordectomías laser. En: Bernal Sprekelsen, Blanch JL, Vilaseca I. Cirugía con láser CO2 en la vía aerodigestiva superior. Badalona: EUROMEDICINE;2004.

15. Burgues Vila J. Laringectomía total. En: P. Abello, J. Traserra. Otorrinolaringología. Barcelona: Ed Doyma; 1992.

16. Caravaca García A, Elhendi Halawa W, Vazquez Muñoz I. Concepto .Indicaciones de la traqueotomía. En: Caravaca García Antonio. Manual de manejo de la traqueotomía para sanitarios y pacientes.Liberlibro;2014.

17. Traserra J. Técnicas quirúrgicas en las adenopatías metástasis. En: P. Abello, J. Traserra. Otorrinolaringología. Barcelona: Ed Doyma; 1992.

18. Moi et al. Lesiones cervicales de origen embrionario en neonatos: diagnósticos diferenciales y presentación de casos clínicos. Rev. Hosp .Matern. Infant. Manuel Sarda; 15(3):113-9;1996.

19. Guilemany Toste JM et al. Riesgos y complicaciones en la cirugía de las malformaciones del primer y del segundo arco branquial y de tiroides. En: Bernal Sprekelsen M.et al. Riesgos y complicaciones en la cirugía ORL y de cabeza y cuello. Prevención y tratamiento. Badalona: EUROMEDICINE ediciones medicas ;2008.

LA INFORMACIÓN EN OTORRINOLARINGOLOGÍA. EL DOCUMENTO DE “CONSENTIMIENTO INFORMADO”

Dr. Elhendi Halawa, Dr. Caravaca García y Dra. Vázquez Muñoz

Dentro de los derechos básicos del paciente durante el proceso de asistencia sanitaria se incluyen: el derecho de recibir información suficiente, clara, óptima y veraz y el derecho de decidir libremente sobre su atención y otorgar o no su consentimiento válidamente informado. Dentro de las especialidades médico-quirúrgicas, como es la Otorrinolaringología, estos derechos adquieren mayor relevancia.

La información clínica se puede definir como *“todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla mejorarla o recuperarla”*. Esa información tiene un carácter personalizado e individual ya que constituye el substrato necesario para que el paciente pueda adoptar las decisiones que afecten a su salud con plena autonomía.

La nueva definición de la relación sanitario – paciente, según la *Ley Básica de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica*, tiene una de sus principales manifestaciones en el derecho de información del paciente. Esta información tiene el carácter de derecho autónomo del paciente, puesto que es independiente de una eventual intervención sanitaria, pero a su vez constituye el antecedente necesario del consentimiento informado, de manera que su omisión o incorrecto cumplimiento se puede ser causa generadora de responsabilidad profesional.

El régimen jurídico del derecho a la información distingue varios tipos de información: la información clínica, la información asistencial, la información sanitaria, la información epidemiológica y la información terapéutica, siendo el paciente el que sostenga la titularidad originaria por excelencia de este derecho. Las personas vinculadas al paciente pueden tener este derecho en unos casos concretos y claramente especificados por la ley como son los menores de edad, los casos donde el paciente es incapaz de entender la información a causa de su estado físico o psíquico o cuando el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

La Ley crea la figura del médico responsable como la persona al que le corresponde el deber de informar, pero este concepto debe entenderse en sentido más amplio, englobando a otros profesionales sanitarios en el ejercicio de sus funciones. Al médico responsable le corresponde la coordinación de la información y de la asistencia sanitaria de modo continuado y sucesivo, y, aunque él sea el interlocutor principal del paciente y sus familiares, en este proceso otros profesionales de la salud pueden intervenir, los cuales no quedan exonerados de sus obligaciones legales por la presencia del médico responsable.

[illegible]

El incremento de las reclamaciones en materia de responsabilidad profesional en el ejercicio de la Medicina y, por otro lado, el avance de la propia Medicina y Cirugía y el profundo distanciamiento que, en muchas ocasiones, y sobre todo en grandes

hospitales, se produce entre el médico y el paciente o sus familiares debido a la falta de comunicación, las prisas, la escasa o nula formación con respecto a la relación médico-paciente, hacen del Consentimiento Informado (CI) un requisito indispensable para la asistencia sanitaria y un derecho consagrado del paciente.

Hay que informar siempre de la naturaleza y la finalidad la intervención y de los riesgos y las consecuencias típicas de ésta. Esta información será más o menos exigible dependiendo de la urgencia de la intervención, su gravedad, la indicación del tratamiento,...etc. Dicha información tiene que ser adecuada en cuanto a su cantidad, su facilidad de comprensión, su inteligibilidad a la capacidad de comprensión del paciente y sus familiares para tomar conciencia de la realidad de la situación y de las consecuencias que su consentimiento o no consentimiento pueden acarrear.

Se define el CI en la Ley como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. Es un proceso de interacción entre el sanitario y el paciente destinado a tomar decisiones clínicas, que, a parte de su validez jurídica, pretende garantizar el conocimiento por el propio paciente de su proceso como para tomar decisiones con respecto al tratamiento del mismo.

Es necesario que la información contenida en el CI sea veraz, comprensible y adecuada, y que tenga en cuenta los riesgos individualizados, derivados de las circunstancias personales de cada paciente.

El CI previo a cualquier intervención quirúrgica debe prestarse por escrito y serviría como medio de apoyo para transmitir la información al paciente y ayudaría eficazmente a proteger a los profesionales sanitarios de posibles denuncias por falta de información al paciente o por información deficiente, aunque no por negligencias en el desarrollo de sus actuaciones.

Desde el punto de vista del médico, se piensa a veces, erróneamente, que la exigencia del CI burocratiza la relación clínica y que tiene el riesgo de que se minimice la información a cambio de conseguir la firma de un formulario, y desde el punto de vista del paciente se puede pensar, erróneamente también, que la exigencia del CI coarta su libertad para pensar y que si no firma el formulario puede no ser atendido al no existir alternativa terapéutica.

El CI no debe reducirse a una simple lista de riesgos que se leen mal y deprisa por el paciente y que descargan al médico del auténtico deber de informar. El formulario escrito del CI debe incluir, al menos, los siguientes criterios de información:

- Naturaleza, objetivos, beneficios, motivos de elección y alternativas posibles de la intervención.
- Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles, incluidos los derivados de no realizar la intervención.
- Consecuencias seguras, riesgos típicos, riesgos personalizados y contraindicaciones de la intervención.
- Posibilidad de revocar el consentimiento de forma libre cuando lo desee.

Otros profesionales sanitarios, como los profesionales de Enfermería, pueden, y deben, participar en el proceso de información clínica al paciente, aunque dentro del ámbito de su función propia en el proceso de atención.

Las Administraciones e Instituciones sanitarias deben ser conscientes de sus responsabilidades respecto a la información clínica y deben impulsar la elaboración y difusión de guías y protocolos de CI que permiten a los profesionales conocer las pautas claras de actuación dentro de su campo. Los Comités de Ética Asistencial de cada centro tienen un papel importante en este aspecto.

En cuanto a la especialidad de Otorrinolaringología en particular, los profesionales involucrados en la atención sanitaria al paciente intervenido, tienen el deber de asegurarse de que el paciente haya tenido acceso a la información correspondiente a la intervención a la que va a ser sometido, plasmada en el CI, correctamente cumplimentado y firmado, tanto por el paciente, o su representante legal, como por el médico que lo haya asistido. Los profesionales, y los usuarios, pueden tener acceso, y descargar si lo deseen, a los CCII de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes de Otorrinolaringología elaborados y actualizados por la Junta de Andalucía, introduciendo en un motor de búsqueda, como Google por ejemplo, los términos “consentimiento informado, otorrinolaringología”, o accediendo directamente a la siguiente web

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_11_procedimiento_consentimiento_informado/orl?perfil=org

Bibliografía

- De Lorenzo y Montero R., De Lorenzo Aparicio., Cenjor Español C. Aspectos legales del acto médico en Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial. Sprint. Madrid 2006.
- De Lorenzo y Montero R., Sánchez Caro J. Consentimiento Informado. Responsabilidad legal del profesional sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Edicomplet. Madrid 2000.
- Galán Cortés, J. Responsabilidad Médica y Consentimiento Informado. Civitas. Madrid 2001.

APÓSITOS Y VENDAJES EN CIRUGÍA DEL OÍDO

Dr. Elhendi Halawa, Dr. Rodríguez Contreras, Dra. Vázquez Muñoz y Dr. Caravaca García

Las cirugías de oído se suelen realizar, generalmente, bajo anestesia general e intubación orotraqueal, siendo su duración muy variable, dependiendo del tipo de la cirugía, la complejidad de la patología, la experiencia del cirujano, las dificultades anatómicas,...etc., pudiendo durar habitualmente entre 1 y 5 horas. Es fundamental, antes de la intervención, que tanto el paciente como sus familiares sean informados, por parte del personal sanitario responsable, sobre los detalles de la cirugía en cuanto a su duración, sus posibles complicaciones y secuelas, las curas posteriores,...etc. También deben de haber leído, comprendido y firmado debidamente el documento de Consentimiento Informado, ya que se trata de cirugías que pueden tener importantes repercusiones funcionales, especialmente por la manipulación del nervio facial y del oído interno.

Cuando hablamos de las cirugías del oído, a efectos de facilitar la comprensión de las curas postoperatorias, podemos diferenciar dos grandes grupos:

Por una parte encontramos aquellas cirugías cuya vía de acceso es endoaural, es decir a través del conducto auditivo externo, sin realizar ninguna incisión externa en algunos casos o realizando una incisión externa mínima para la obtención de un injerto cuando este sea necesario. En este grupo de cirugías los cuidados y curas postoperatorias son mínimos.

Dentro de este grupo de cirugías quedan englobadas la mayoría de las miringoplastias (cierre de perforaciones timpánicas con un injerto), las estapedectomías o estapedotomías (sustitución total o parcial del estribo por una prótesis), la remodelación del conducto auditivo externo debido a exostosis, la extirpación de lesiones benignas del conducto auditivo externo, la miringotomía con o sin colocación de drenaje transtimpánico, la administración de medicación intratimpánica,...etc.

En los casos donde sea necesario la obtención de un injerto, este se puede obtener del pericondrio del cartílago del trago del pabellón auricular mediante una incisión mínima a este nivel o de la fascia del músculo temporal, realizando una pequeña incisión aproximadamente a unos 2 cm. por encima y por detrás del pabellón

auricular. Algunos cirujanos usan la grasa del lóbulo auricular para el cierre de perforaciones timpánicas, realizando una mínima incisión a este nivel.

Salvo indicación médica, en estos tipos de cirugías no es necesario rasurar al paciente antes de la intervención.

El cirujano, en el caso de las miringoplastias, estapedectomías y remodelación del conducto auditivo suele dejar colocadas en el conducto y en contacto con la capa externa del tímpano material esponjoso hemostático de gelatina absorbible cortada en pequeños trozos, y que ayudaría al control del sangrado y a una mejor cicatrización por formar una matriz para la formación del coagulo y la agregación plaquetaria (existen varias marcas comerciales como son Spongostan®, Gelita®, Gelfoam®, Gelfilm®,...etc.). Más exteriormente se suele colocar una gasa de borde estéril impregnada con pomada antibiótica (Ácido Fusídico o Mupirocina), o una esponja ótica (Merocel®) impregnada con gotas de antibiótico tópico (Ciprofloxacino, Tobramicina). Más hacia el exterior se suele colocar un algodón impregnado con pomada antibiótica y que se adapta a la concha del pabellón auricular ocluyendo herméticamente el conducto auditivo. Por encima se coloca un apósito de pequeño tamaño para mantener el taponamiento en su sitio.

Trasladado el paciente a la planta, se suele iniciar la tolerancia alimenticia a las seis horas desde la finalización de la intervención, salvo otra indicación, empezando con líquidos para pasar posteriormente a la alimentación habitual para el paciente. Ocasionalmente la tolerancia se ve dificultada por la aparición de náuseas o vómitos, especialmente si se manipula el oído interno, en cuyo caso se prescribe habitualmente antieméticos pautados o a demanda.

En la primera cura, que se suele practicar al día siguiente de la intervención, se retira el apósito, se cambia el algodón externo, que suele estar manchado de sangre, por otro limpio. La gasa o esponja interna se mantendrán en su sitio, a criterio del cirujano, entre 7-10 días, mientras que el material hemostático colocado más interiormente al ser reabsorbible no se suele extraer. (Figura 1)



Figura 1. Colocación de material hemostático durante una revisión de cirugía endoaural. Se observa la incisión supraauricular por donde se extrajo injerto de la fascia del músculo temporal

Al dar de alta al paciente se le indica que él, o un familiar, puede cambiar el apósito externo, e incluso el algodón si se ensucia, teniendo cuidado de no extraer, accidentalmente, el resto del taponamiento. Hay que advertirle al paciente de la posibilidad de que el taponamiento le produzca sensación de taponamiento auditivo, hipoacusia, sensación de acumulo de líquido en el oído y ocasionalmente mareos. Se les recomienda a los pacientes evitar mojar el oído operado, evitar coger pesos, evitar cambios bruscos de presión, evitar viajes en avión, estornudarse con la boca abierta y sonarse con cuidado hasta la revisión por su médico.

Si se había practicado durante la intervención una incisión externa para obtener un injerto, su cura suele ser la de cualquier herida, manteniéndola limpia y seca, evitando contaminaciones externas y aplicando un antiséptico dos veces al día. Los puntos de sutura se suelen retirar a la semana, generalmente al mismo tiempo que se retira el taponamiento del oído.

El segundo gran grupo de cirugías de oído son aquellas cirugías que precisan de un acceso externo mediante una incisión retroauricular. Dentro de este grupo se incluyen: la cirugía del colesteatoma (mastoidectomías funcionales o radicales), algunas timpanoplastias, algunas remodelaciones del conducto auditivo, y más raramente cirugías tumorales y los implantes cocleares, y en general, todas aquellas cirugías donde el acceso endoaural resulte limitado o inadecuado para obtener los resultados deseados y donde esta incisión permita realizar la técnica quirúrgica con buena accesibilidad. En estas cirugías el objetivo de la intervención suele ser la limpieza de las cavidades

comprometidas del oído y, si fuera posible, la reconstrucción de la cadena osicular y de la membrana timpánica. En el caso de las mastoidectomías el oído se suele quedar como una única cavidad con amplio orificio de acceso (meatoplastia) que facilitará su control y limpieza posteriores. (Figura 2)



Figura 2. Mastoidectomía radical. Se observa la incisión retroauricular y la meatoplastia

Hay que mencionar que, en muchas de estas cirugías, hay que acordarse de rasurar al paciente unos 3-4 cm. de la zona supra y retroauricular el día antes de la intervención.

Las cirugías de oído se suelen considerar como cirugías limpias, donde habitualmente se realiza una limpieza quirúrgica minuciosa de la zona intervenida en el caso de incisión retroauricular y se suele administrar profilaxis antibiótica sistémica durante la intervención, sobre todo en el caso de la cirugía del colesteatoma.

Tras la intervención, el cirujano suele dejar un taponamiento interno, igual que el que hemos comentado en el caso de las cirugías endoaurales, formado por esponjas de material hemostático en las cavidades y en contacto con el injerto colocado y más exteriormente una gasa de borde impregnada de pomada de antibiótico, y se realiza un vendaje en la cabeza para mantener el taponamiento en su sitio y evitar la aparición de hematomas y colecciones retroauriculares.

Es normal que en las primeras horas después de la intervención el paciente se queje de molestias del oído, sensación de adormecimiento de la zona quirúrgica, molestias por presión del vendaje, náuseas, mareos y tener el vendaje manchado de sangre.

En cuanto a las curas posquirúrgicas, en este grupo de cirugías, la diferencia del grupo anterior radica en la colocación de vendaje, relativamente compresivo, que compromete al oído operado, y en la existencia de la incisión retroauricular.

A las 24 o 48h se suele realizar la primera cura. La cura del taponamiento que está dentro del conducto auditivo externo será igual que la mencionada para el primer grupo, teniendo en cuenta que en algunos tipos de cirugías (cirugía del colesteatoma) se suele dejar un orificio de entrada muy amplio (concho-meatoplastia). La incisión retroauricular se limpia con antiséptico, se vigila la aparición de signos de infección y de colecciones, hemáticas o serosas, y se vuelve a realizar el vendaje. (Figura 3)



Figura 3. Mastoidectomía radical. Vista “paso a paso” de la cura y colocación del vendaje compresivo

Se suele realizar la cura diariamente durante 7-10 días, dependiendo de la evolución de cada paciente. Después, si la evolución es favorable, se retirará el vendaje. Se continuará con los cuidados de la incisión retroauricular (Figura 4) y los puntos se suelen retirar a las dos semanas aproximadamente.



Figura 4. Mastoidectomía radical. Cura de incisión retroauricular

El taponamiento interno, la gasa de bordes y el material hemostático se mantendrán a criterio del cirujano. Su cambio o retirada se debe de realizar en ambiente limpio (Figura 5)

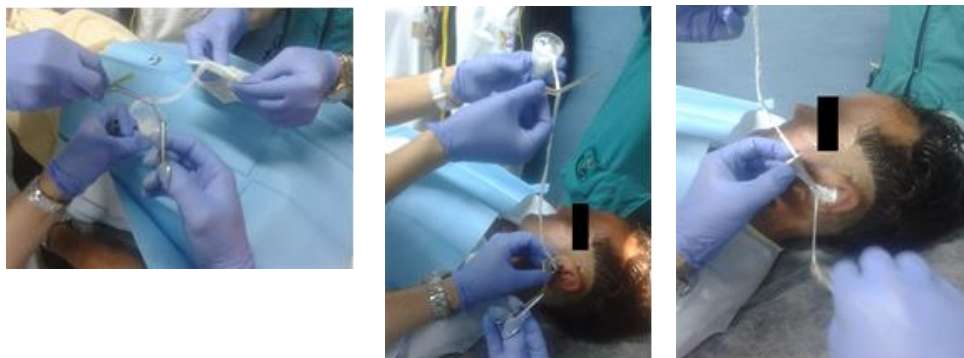


Figura 5. Mastoidectomía radical. Cura del taponamiento interno

En caso de aparición de colecciones retroauriculares esas deben ser drenadas, retirando algún punto de la sutura y abriendo la incisión y se mantendrá el vendaje compresivo por más tiempo, hasta la resolución de la complicación.

Una mención aparte merece la cirugía estética del pabellón auricular (otoplastias). En estos casos el vendaje compresivo se suele mantener por más tiempo, a

criterio del cirujano, vigilando la evolución de las heridas quirúrgicas para advertir la aparición de signos de necrosis o hematomas. (Figura 6)



Figura 6. Curas y vendaje en otoplastia bilateral

Bibliografía

- Gil Carcedo L.M., Vallejo L.A., Gil Carcedo E. Otología – 3ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2012.
- Glasscock-Shambaugh. Surgery of the ear – 5ª Edition. BC Decker Inc., Washington, 2003.

**APÓSITOS Y VENDAJES EN LA CIRUGÍA DE LA NARIZ Y SENOS
PARANASALES. TAPONAMIENTOS EN LA EPISTAXIS.**

Dr. Elhendi Halawa, Dra. Vázquez Muñoz, Dr. Araujo Rodríguez y Dr. Caravaca García.

Cuando hablamos de las cirugías de la nariz, una de las cirugías más frecuentes de nuestra especialidad, a efectos de facilitar la comprensión de las curas postoperatorias, podemos diferenciar dos grandes grupos:

1. **La cirugía de la cavidad nasal**, fundamentalmente por motivos funcionales para mejorar la respiración por la nariz, y donde se engloban las **septoplastias** (corrección de las deformidades del tabique nasal) y las **turbinoplastias** (reducción de los cornetes mediante varias técnicas); y la cirugía de los senos paranasales, a la que habitualmente referimos como **C.E.N.S.** (Cirugía Endoscópica Naso-Sinusal, que es la técnica más habitual) dónde se pretende eliminar patologías de los senos paranasales y mejorar su ventilación (fundamentalmente poliposis nasosinusales y rinosinusopatías).
2. **La cirugía del dorso nasal**, fundamentalmente por motivos estéticos, a la que referimos como **rinoplastia** o **septorrinoplastia**.

Los **cuidados postoperatorios** en estas cirugías constituyen una fase más de todo el proceso quirúrgico y tiene una importancia vital ya que los resultados finales de la cirugía se verán altamente influenciados por la calidad de estos cuidados. Un seguimiento deficiente o incorrecto puede arruinar una intervención quirúrgica practicada correctamente.

Las cirugías de la nariz y de los senos paranasales se suelen realizar bajo anestesia general e intubación orotraqueal (aunque determinados Centros y algunos especialistas emplean técnicas mixtas: sedación y anestesia local), siendo su duración

muy variable, dependiendo del tipo de la cirugía, la complejidad de la patología, la experiencia del cirujano, las dificultades anatómicas,...etc., pudiendo durar habitualmente entre 1 y 3 horas.

Es fundamental, antes de la intervención, que tanto el paciente como sus familiares sean informados, por parte del personal sanitario responsable, sobre los detalles de la cirugía en cuanto a su duración, sus posibles complicaciones y secuelas, las curas posteriores,...etc. También deben de haber leído, comprendido y firmado debidamente el documento de Consentimiento Informado, ya que se trata de cirugías que pueden tener importantes repercusiones funcionales, estéticas y anatómicas; que pueden no satisfacer completamente las expectativas previas del paciente.

Además, instruir al paciente, antes de la intervención, sobre como va a ser el periodo postoperatorio, va a contribuir a tranquilizarle sobre aquellos puntos que suelen ser más problemáticos, como son los sangrados leves, las molestias regionales y la posible presencia de hematomas. Se explicará asimismo, antes de la intervención, el tipo de taponamiento que se pondrá y sus cuidados básicos.

El paciente debe de tener claro que desde el momento de despertar de la anestesia no podrá respirar por la nariz, por lo que deberá intentar relajarse y respirar suavemente por la boca. (Fig. 1)



Figura1. Taponamiento nasal postquirúrgico

Después de la intervención, cuando el paciente ya se encuentra en su cama en la planta, debe ser colocado en posición de *Fowler* (cabeza elevada 30 grados) para minimizar el sangrado, y se mantiene en esta posición las horas siguientes.

A las seis horas de la intervención se inicia la tolerancia oral mediante la ingesta de pequeñas cantidades de líquidos, a sorbos, y sólo se administrarán los medicamentos prescritos por el médico. Es conveniente hidratar frecuentemente los labios con Vaselina.

Posteriormente, el paciente puede sentarse en un sillón. Es importante comprobar en este momento la ausencia de sangrado, tanto anterior –a través de la bigotera-, como posterior que se evidencia a través de la boca, o que el paciente nota que está tragando sangre. Es normal que la nariz drene líquido manchado con restos de sangre, pero en caso de evidenciar sangrado rojo cuantioso hay que avisar al médico responsable.

Se debe estimular al paciente que deambule a partir de 10-12 horas de la cirugía, y en este momento también se indica una dieta normal si el paciente no tiene contraindicaciones.

Mientras el paciente se encuentra en la cama se le insiste en mantener la cabeza elevada (con dos almohadas).

La gasa externa (**bigotera**) puesta sobre las narinas con el objetivo de recoger los restos hemáticos se cambiará, con cuidado de no extraer accidentalmente el resto del taponamiento, tantas veces como se manche, y en el caso de las rinoplastias se evitará tocar la protección nasal externa ya que se puede descolocar. (Fig. 2)

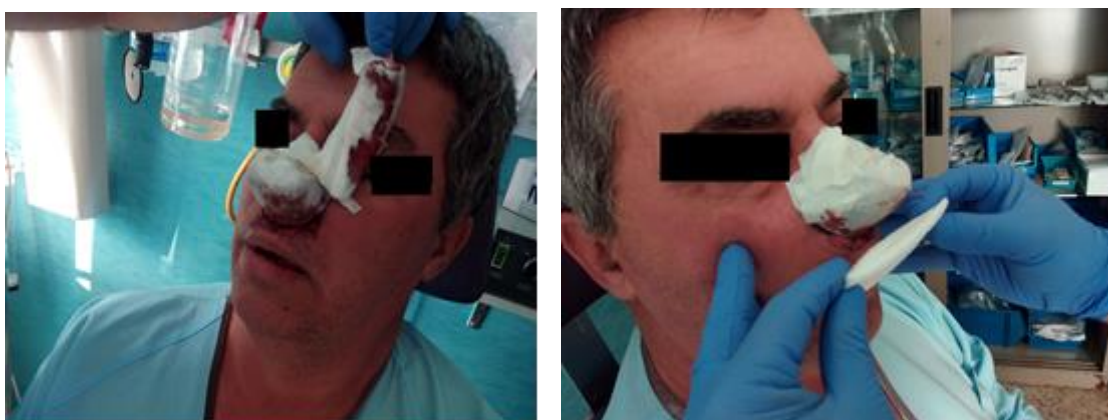


Figura 2. Cambio de bigotera manchada

El **taponamiento nasal interno** (sea con gasa de bordes impregnada con pomada antibiótica o con tiras comerciales de acetato polivinil hidroxilado (Merocel®) que consiste de una esponja comprimida y endurecida que se expande al absorber líquidos, y que habitualmente se introducen en dedo de guante fenestrado (o agujereado) y se recubren de pomada antibiótica) tienen el objetivo de minimizar el sangrado y mantener en posición la mucosa nasal y los injertos, además disminuyen el riesgo de formación de costras y sinequias, por lo que nosotros lo empleamos sistemáticamente en todos los casos, aunque otros autores no lo utilicen siempre. Generalmente no se recomienda colocar más de un tapón en cada fosa, y se suele mantener unas 48 horas. (Fig. 3)

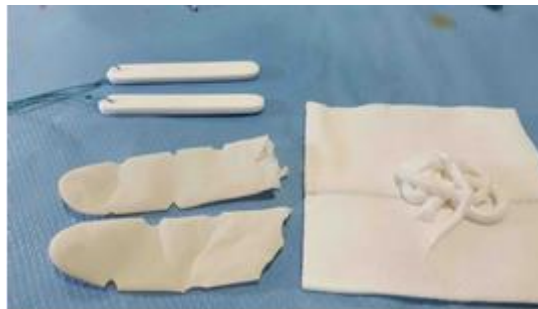


Figura 3. Taponamiento tipo Merocel en dedo de guante "fenestrado" y pomada antibiótica

En las **rinoplastias** se coloca además una contención nasal externa mediante tiras de esparadrapo (o Steri-Strip®), férulas de contención que pueden ser de yeso o de aluminio, que se aíslan del esparadrapo mediante una almohadilla de Microfoam®, luego se fijan con esparadrapo de tela a la mejilla y a la frente, una vez comprobado que la pirámide nasal está correctamente alineada (Esta contención es la misma que se coloca tras la reducción de una fractura nasal, una patología frecuente en las urgencias de otorrinolaringología).

La contención externa suele asociarse a un taponamiento interno. (Fig. 4)



Figura 4. Taponamiento interno y férula de contención externa tras la reducción de una fractura nasal

El día siguiente a la intervención simplemente se siguen los cuidados indicados durante el día de la intervención (cambios de bigotera, dieta normal, analgesia, estimular la deambulación,...etc.)

A las 48 horas de la cirugía (tercer día) es el momento de retirar el taponamiento interno, un momento esperado y a la vez temido por los pacientes. Se debe de realizar en la sala de curas, con el paciente sentado en un sillón convertible en camilla o directamente en una camilla, y en un ambiente limpio y asegurando de disponer previamente de todo el material necesario por si se produce alguna incidencia como un sangrado masivo (luz frontal, aspirador, rinoscopios, pinzas, gasas y compresas) o, más frecuentemente, un cuadro vaso-vagal que puede ser muy aparatoso.

Se procede a la retirada de los esparadrapos y la bigotera, se corta el hilo que une ambos meréceles y que sujeta una gasa contra ambas narinas y se retira esta gasa.

Posteriormente se humidifica el taponamiento con suero, para facilitar su extracción. El paciente mantendrá su cabeza flexionada levemente y se coloca una compresa debajo de la nariz para anticipar a un eventual sangrado, mientras el facultativo extraerá el taponamiento con una pinza adecuada de una forma suave pero firme. Una vez extraído el taponamiento se limpia suavemente la zona las narinas y el médico realizará una detallada rinoscopia para inspeccionar el estado de la cavidad nasal. (Fig. 5)

En caso de producirse un sangrado tras la retirada del taponamiento, éste suele ser escaso y autolimitado y suele ceder en escasos minutos tras una compresión suave, en caso contrario el facultativo valorará la necesidad de taponar la nariz nuevamente.



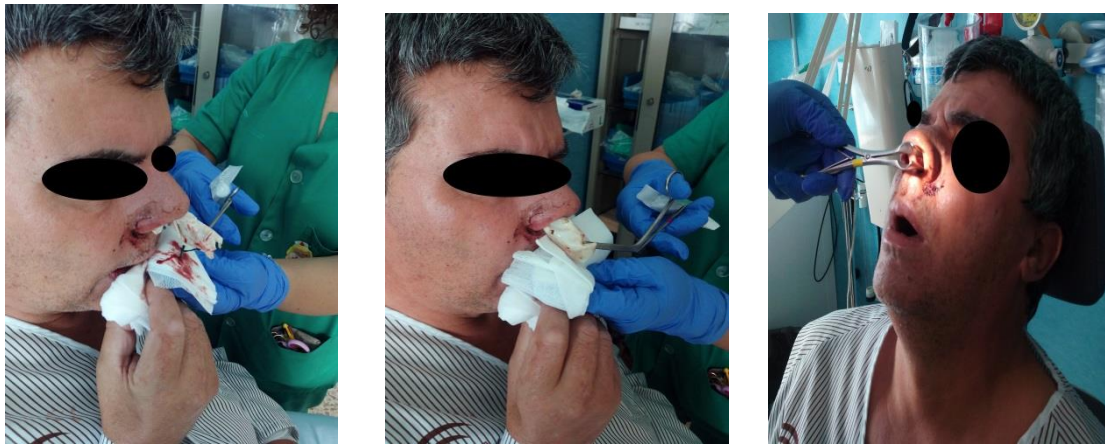


Figura 5. Pasos de la retirada de un taponamiento nasal anterior

Después de este momento el paciente suele ser alta indicándole generalmente una pomada antibiótica nasal y lavados nasales frecuentes con suero fisiológico o agua marina (disponiendo de varias marcas comerciales e incluso dispositivos específicos de lavados nasales).

Se le advierte al paciente que debe evitar sonarse en una semana y si estornuda hacerlo con la boca abierta, debe evitar esfuerzos y ejercicios violentos durante 3 semanas, debe de evitar la exposición directa al sol durante un mes. Además, se debe insistirle en la importancia de los lavados nasales frecuentes para evitar la formación de costras y sinequias y que estos lavados se deben de continuar al menos durante un mes, y se le debe advertir que es normal que en los días siguientes continúe con la obstrucción nasal, sobretodo en la cirugía de los cornetes.

También, y sobre todo en el caso de las rinoplastias, hay que advertir al paciente que es normal la presencia de hematomas, que la nariz se encuentre hinchada, que la punta nasal se encuentre dormida o dolorida y que tenga molestias de la encía y los dientes superiores.

Aproximadamente a la semana de la intervención se realizará la primera revisión, donde el médico practicará rinoscopia o endoscopia nasal para evaluar el estado posquirúrgica y procede a la limpieza de costras y disección de sinequias si se detectan.

En el caso de las rinoplastias, o fracturas nasales reducidas, este es el momento de retirar la férula nasal y los esparadrapos en la gran mayoría de los pacientes, aunque en casos especiales de pacientes con alta actividad física la férula puede recordar al paciente y a su entorno que todavía se encuentra en periodo postoperatorio, por lo que se mantendrá por más tiempo. El despegamiento de los esparadrapos se facilita con un bastoncillo impregnado en acetona, que evita ejercer tracción sobre la piel que recubre la nariz, y es recomendable colocar nuevamente esparadrapos de contención y mantenerlos una semana más.

El calendario de las siguientes visitas lo decide el profesional en función de la evolución de cada caso. Generalmente el paciente puede reanudar la actividad física moderada y reintegrarse gradualmente a su vida laboral a los 15 días. Se recomienda evitar la actividad física intensa y la exposición solar directa hasta pasado un mes desde la intervención.

Una mención especial reciben las curas realizadas ante una epistaxis, una patología muy frecuente en las urgencias otorrinolaringológicas, aunque también acontece a veces en el postoperatorio de la cirugía nasal o nasosinusal. Durante la atención a estos cuadros, a veces muy aparatosos, es imprescindible la presencia y la colaboración del personal de enfermería y preferiblemente de un personal auxiliar también.

El facultativo tras la exploración del paciente puede optar por varias conductas dependiendo de la cuantía del sangrado y de su localización, que van desde una conducta expectante y aplicar medidas locales como la compresión digital ante sangrados leves, a la colocación de lentinas impregnadas de vasoconstrictor durante unos minutos, medidas que suelen ser efectivas ante sangrados anteriores leves.

Si tras la exploración nasal el médico localiza el punto sangrante procederá a su cauterización, generalmente con varitas de nitrato de plata (Argenpal®) y decidirá sobre la necesidad de colocar un taponamiento anterior, su tipo (Merocel®, gasa de bordes, lentinas, algodón,...etc.) y su duración. También a veces puede optar por colocar material hemostático tipo (Espongostan® o Surgicel®) en la fosa nasal, que no precisará de su retirada.



El personal de enfermería debe estar familiarizado con la variedad de material y medicamentos que se usan para manejar las epistaxis como son: las pinzas de bayoneta, los rinoscopios, los aspiradores nasales,...etc. (ver capítulo 2) y todo el material debe estar disponible y a fácil alcance. (Fig. 7)



Figura 7. Algunos de los materiales utilizados para en manejo de la epistaxis

Si el punto sangrante no se puede localizar o es inaccesible a la cauterización, lo que generalmente ocurre en sangrados profusos posteriores y superiores, el facultativo puede optar por realizar un taponamiento a ciegas con Merocel largo colocado en dedo de guante e impregnado de pomada cicatrizante o en caso de que esto no sea efectivo puede optar por colocar un **neumotaponamiento antero-posterior**.



Balón de Pneumotaponamiento vacío y lleno



Balón de neumotaponamiento antero posterior colocado en un paciente, y fijado con venda.

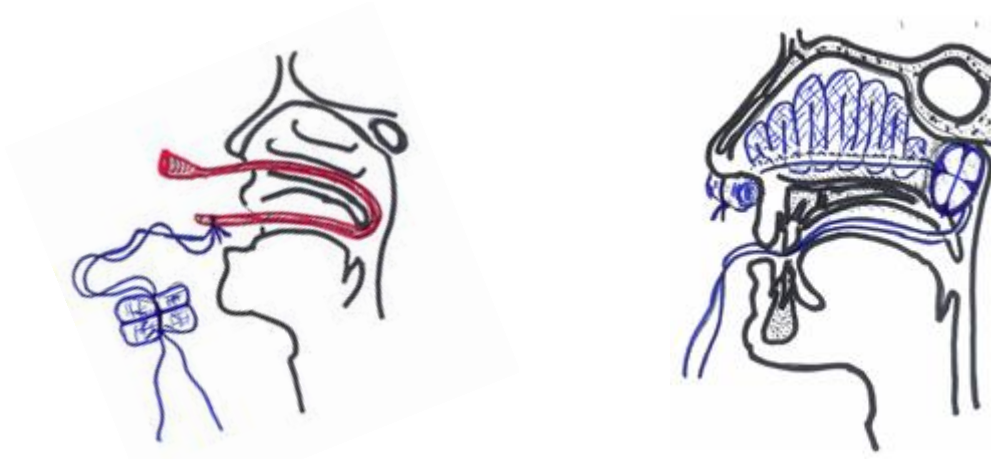
El taponamiento con ***gasa de borde impregnada*** en alguna pomada, ocluyendo toda la fosa nasal sangrante, o incluso ambas, no se suele realizar como rutina en un Servicio de ORL ya que los materiales antes descritos son más efectivos y más fáciles de aplicar.

Sí los podemos ver en una situación especial y es la colocación de un ***taponamiento nasal anteroposterior clásico con gasa***. Este tipo de taponamientos son bastantes cruentos, por lo que solemos colocarlos en quirófano y una vez que los otros métodos han sido insuficientes, sea en epistaxis posteriores importantes y a veces en la cirugía nasal y adenoidea.

Para su colocación necesitamos disponer de una torunda de gasa con una, dos, tres o cuatro gasas, dobladas y enrolladas sobre sí mismas según el calibre que preveamos del cavum del paciente y atadas con un hilo de seda de grueso calibre, de tal manera dispuesto que obtengamos tras su anudamiento dos pares de cabos. Esto es así para que un par nos sirva para fijar el tapón posterior en la narina, después de haber colocado habitualmente gasa de borde en esa fosa, y el otro par saliendo de la boca se fije en la mejilla, para que nos sirva a la hora de extraerlo a las 48 horas habitualmente, lo que casi siempre hacemos en quirófano.



Taponamiento posterior de gasa con sus dos pares de cabos, anudados fuertemente



Esquema de la colocación del taponamiento nasal clásico posterior de gasa y situación final.

En general estos pacientes se quejan de la insuficiencia respiratoria nasal, de disfagia, de sequedad de boca y de dolor por lo enérgico del taponamiento.

En los últimos años se recomienda la **exploración endoscópica** y la cauterización bajo anestesia general en caso de epistaxis rebeldes o de repetición.



Visión endoscópica de hemorragia de capilar nasal

La **retirada del taponamiento anterior** se realizará habitualmente a las 48 horas, con la misma metodología comentada para la retirada del taponamiento tras una intervención quirúrgica.

El **neumotaponamiento** se retirará vaciando gradualmente sus balones anterior y posterior en 2-3 días y cuando sea posible se cambiará por taponamiento tipo Merocel para evitar la necrosis por la presión de los balones y el intenso dolor que suelen producir a los pacientes.

No son raros los casos que la epistaxis no cede tras el primer taponamiento y en los que hay que realizar un segundo o incluso un tercer taponamiento. En estos casos es imprescindible averiguar una patología subyacente.

Bibliografía

- Sarandeses García A., López Amado M. Cuidados postoperatorios de la cirugía septo piramidal. En Gómez Angel D. Y Jurado Ramos A. Rinoplastias y Septoplastias. Cirugía Integral. Jarpyo Eds, 2000: 243-6.

- Sarandeses García A., Lopez Amado M., Herranz González –Botas. Cuidados postoperatorios en septorrinoplastia. En Sarandeses García A. Y Fabra Llopis J. Cirugía funcional y estética de la nariz. Alcón Cusí Ed., 2002: 549-560.

CUIDADOS EN LAS CIRUGÍAS DEL CÁNCER DE LARINGE

Dr. Rodríguez Contreras, Dra. Vázquez Muñoz y Dr. Caravaca García.

“La mejor medicina para el laringectomizado es la ilusión”

Gumersindo Rodríguez Esteban

Presidente y fundador de la Asociación de Laringectomizados de León

El **cáncer de laringe** es de las patologías más importantes que se tratan en el ámbito de la otorrinolaringología tanto por su morbilidad como por su mortalidad, pero también por la cantidad de recursos que se emplean en su tratamiento.

El paciente intervenido de cáncer de laringe necesita en el postoperatorio inmediato de los cuidados de enfermería, que irán orientados hacia la gestión de las vías respiratorias, heridas quirúrgicas (hemorragias, drenajes, etc.), nutrición, comunicación, cambio en la imagen corporal y las necesidades de los cuidados en el domicilio y *no sólo de la cura quirúrgica*. Además se habrá de estar atento al aspecto emocional y al control de los síntomas derivados de sus hábitos nocivos como el alcohol y el tabaco.

En la planta de ingreso en estos momentos el paciente laringectomizado requiere unos cuidados de enfermería especialmente exhaustivos ya que de esto depende en gran medida la pronta recuperación y su alta precoz o que permanezca ingresado incluso meses y de que aparezcan complicaciones: fiebre, hemorragia, faringostomas, edemas, vómitos, diarrea-estreñimiento, deshidratación,... algunas de ellas potencialmente graves.

Cuando decimos cirugía del cáncer de laringe hablamos de múltiples técnicas quirúrgicas, algunas más complejas que otras, tanto con cirugía abierta como mediante cirugía transoral sin herida cutánea.

Podemos abreviar la clasificación de las cirugías en:

- aquellas en la que se extirpa totalmente la laringe: laringectomía total.

- aquellas otras en que se extirpa sólo parcialmente esta estructura: laringectomía parcial. Sin querer entrar en muchos detalles aquí podríamos incluir otras técnicas muy singulares atendiendo a si la resección es vertical u horizontal (laringectomías horizontales supraglóticas, cordectomías abiertas mediante laringofisura,...)

Pero también podemos clasificarlas en:

- *técnicas abiertas* (con abordaje transcutáneo), y
- *cirugías transorales*, cuyo acceso de abordaje será a través de la boca, y sin herida cutánea. En estas incluiremos técnicas parciales: cordectomías, supraglóticas,... habitualmente mediante técnica en las que se emplea el láser.

Todo lo anteriormente dicho quiere significar que cuando el enfermero/a acude a la cura debe imprescindiblemente conocer qué técnica se ha realizado porque esto modifica grandemente su manejo, aunque no tiene por qué conocer los detalles de dicha técnica quirúrgica.

La extirpación de estas lesiones se suele considerar como una *cirugía limpia contaminada*, ya que abrimos no sólo la vía aérea sino también en muchas ocasiones la vía digestiva, por eso se suele administrar profilaxis antibiótica sistémica antes de la intervención.



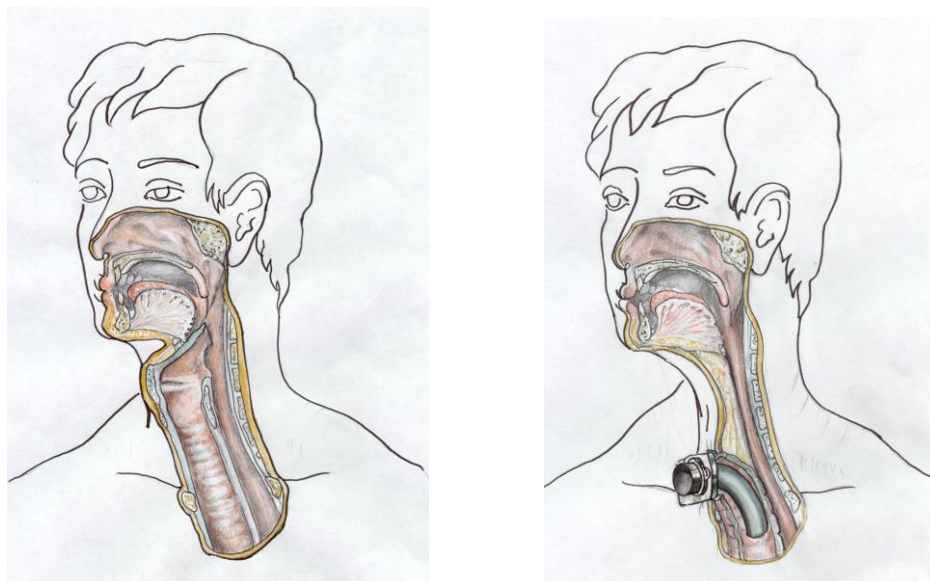
Imagen postquirúrgica inmediata de la situación del paciente tras la cirugía: incisión suturada, drenajes bilaterales, estoma con el tubo de IOT y SNE

La técnica quirúrgica abierta por excelencia es la ***laringectomía total***. En ella nos basaremos para la explicación de los cuidados postquirúrgicos.

En resumen consiste en la extirpación completa de la laringe y la apertura de una traqueostomía permanente (es decir, crearemos un estoma traqueal permanente), con la definitiva independización de las vías aéreas y digestivas a la altura de la hipofaringe. Se considera una cirugía limpia contaminada una vez que se realiza la apertura de la vía aerodigestiva tanto en la unión faringolaríngea como en la unión laringotraqueal.

En todos estos casos quirúrgicos, la cirugía se puede acompañar además de un *vaciamiento ganglionar funcional o radical, uni o bilateral*. Esta cirugía complementaria del cáncer de laringe aumenta aún más la morbilidad ya de por sí alta de las laringectomías abiertas. Consiste en la extirpación del tejido ganglionar que se encuentra en los espacios cervicales siendo en ocasiones necesario la exéresis de estructuras nobles como la vena yugular interna, nervio espinal, musculatura cervical, etc.

Como consecuencia de todo esto tenemos a nuestro cuidado un paciente muy complejo en sus cuidados postoperatorios.



Esquemas anatómicos del ANTES y DESPUÉS de la laringectomía total

Previo a la cirugía, y preferiblemente en presencia de varios miembros del staff médico, de enfermería y de uno o varios familiares, es imprescindible no sólo obtener por escrito el *Consentimiento Informado* para la Laringectomía, el vaciamiento ganglionar, la traqueotomía, etc,... según lo que se haya decidido como opción terapéutica probable y también en la que podamos abocar a tenor de lo que nos

encontremos en el quirófano, sino que el paciente (y los familiares también) debe conocer si no en detalle, si con bastante información cuánto durará la intervención, cuanto tiempo estará en la sala de reanimación, si preveemos o no el traslado a UCI, cómo serán los primeros días en la sala, como serán las curas, cuánto el tiempo aproximado de estancia, cuáles serán las dificultades de comunicación y como las solventaremos, explicaremos si el estoma traqueal será permanente o no, como decidiremos si habrá tratamiento con radioterapia o quimioterapia posterior a la cirugía, justificaremos la necesidad de colaboración por parte de la familia y la necesidad especial de que conozcamos los problemas o inconvenientes que surjan, etc etc. Con todo esto las curas serán igual de laboriosas pero paciente y familiares estarán al día y casi nada será una sorpresa.

Cura de la laringectomía total y del vaciamiento ganglionar.

En este caso de tratarán las 2 cirugías a la vez ya que en la mayoría de los casos ambas se realizan juntas. Debemos tener en cuenta que es un procedimiento quirúrgico que puede durar entre 4 y 6 horas. El paciente saldrá de quirófano con un estoma traqueal permanente, sonda nasogástrica y drenajes generalmente aspirativos.

Habitualmente también saldrán con sonda urinaria que se retirará en cuanto sea posible, es decir en cuanto el paciente sea capaz de contener la orina y solicitar la micción. De todas formas es necesario recordar que muchos de nuestros pacientes, por la edad al diagnóstico y tratamiento, suelen padecer problemas prostáticos a los que hay también que prestar atención.

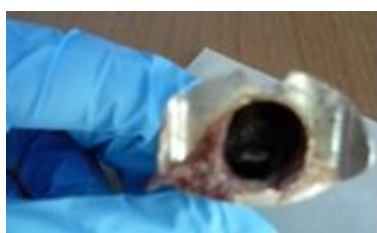
No es imprescindible, pero si aconsejable, mantener al paciente en ***aislamiento*** en las primeras etapas de su recuperación. Nos referimos a dejar al paciente “sólo” en una habitación, sin otros pacientes. De la misma manera se debe instar a la familia para que el paciente esté estos primeros días con las mínimas visitas posibles y con la mayor tranquilidad en su habitación. Solemos colocar a la entrada de la habitación para los acompañantes batas, guantes y mascarillas.



A menos que la situación general del paciente lo exija por otras patologías acompañantes, no solemos ingresar al paciente en UCI, lo que sí se asegura el personal es que funcionen correctamente la aspiración y el oxígeno en la habitación asignada.



Una buena humidificación del ambiente y el empleo de aerosolterapia con suero fisiológico con o sin Mucofluid® puede evitar la formación en estos días de tapones en la cánula, lo que mejorará el confort del paciente y evitará algún que otro susto ante la aparición de respiración ruidosa o incluso disnea.



Cánula obstruida por tapón mucoso y parte del mismo extraído de la tráquea.

A las 24 horas solemos realizar la “*primera cura*”: el paciente se encuentra encamado hasta entonces, partir de este momento instamos a que se siente y posteriormente que comience dentro de sus posibilidades a deambular. Aunque será la disposición del paciente y su estado general el que marque este momento.

Esta primera cura consiste únicamente en un cambio de cánula si el vendaje cervical se encuentra limpio (babero y cánula con balón si tiene mucho moco o sólo la cánula interna si está limpia la cánula). Si el vendaje está sucio o muy manchado haremos el primer cambio del vendaje este primer día.

Además comenzaremos la tolerancia a los líquidos mediante sonda nasogástrica (ver valoración nutricional en el capítulo 3).

Sobre la sonda nasogástrica diremos aquí, y servirá para todos los días del ingreso, que es muy importante dedicar un poco de tiempo a su cuidado durante la cura diaria, ya que si la sonda se atasca, se sale o el propio paciente se la extrae accidentalmente nos enfrentamos a un problema serio, porque la reintroducción de otra sonda puede terminar con la imposibilidad de colocación de la misma, la creación de fístulas o dehiscencia de la sutura interna, siendo necesario a veces conseguir otra fuente de alimentación sea endovenosa (vía central y alimentación parenteral) o una gastrostomía. Por lo que asegurar de manera adecuada la sonda es muy importante. De la misma manera los decúbitos en el área nasal anterior también deben ser evitados (ver capítulo 15).

Es muy importante insistirle al paciente sobre la necesidad de no tragar y escupir toda la saliva posible, evitando así movilizar la musculatura que se encuentra suturada y la dehiscencia de sutura que la saliva promueve. Para esto dispondrá siempre el paciente de pañuelos o servilletas de papel en sus manos y otras cerca de él para que ésto no sea una excusa.

Por supuesto este primer día también revisaremos la funcionalidad y el contenido de los drenajes, anotando tanto su volumen como su contenido: hemático, seroso,...

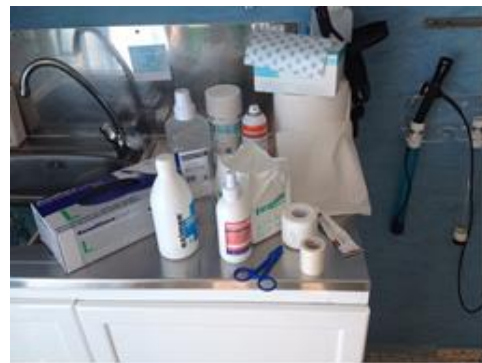
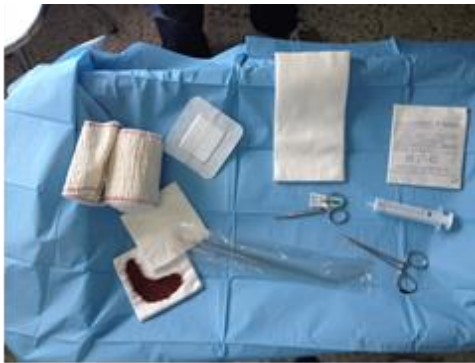


Comprobación y medición de los drenajes

A las 48 horas solemos realizar la cura de la herida quirúrgica propiamente dicha. Esta primera cura como tal y las de los días siguientes serán muy similares, con la salvedad de que en cuanto que el paciente pueda deambular, nosotros preferimos que el paciente se traslade a la sala de curas, en vez de realizarla en la habitación.

De ninguna manera en estos primeros días aconsejamos que esté en la cura la familia porque no puede ayudar, sufre y no aporta nada satisfactorio al proceso. Una vez que las curas son de poca entidad y casi se limitan al cambio de cánula, el familiar o cuidador referente colaborará en el cambio de la cánula lo que nos sirve además para ir preparando a la familia para los cuidados al alta.

Manteniendo toda la esterilidad que sea posible, colocaremos en una mesa el material estéril que vamos a emplear y en otro lugar el material no estéril.



Material básico en la cura: a la izquierda y arriba preparación mesa estéril, arriba y a la derecha material no estéril fuera del campo, y abajo a la derecha cánula de traqueotomía gasas estériles cinta de sujeción de cánula, venda, compresas.



Cuando la vamos a realizar en una habitación de encamamiento y no en una sala de curas, es muy importante no olvidar el todo material necesario para la cura ya que si no tendremos que entrar y salir de la habitación varias veces, alargando innecesariamente la cura.

Básicamente los pasos a seguir serán:

- 1) Prepararemos: gasas estériles, solución antiséptica como povidona yodada o clorhexidina, pinza tipo mosquito, jeringa de 20 cc, venda de 10 cm de ancho, apósito adhesivo, recambio para el drenaje, guantes estériles, cánula de traqueotomía con neumotaponamiento y sistema de aspiración.
- 2) Mediremos el contenido del drenaje aspirativo comprobando el tipo de contenido que nos encontramos.
- 3) Aspiramos a través de la cánula toda la mucosidad que podamos encontrar sin insistir demasiado ya que provocaremos tos lo que produce un innecesario esfuerzo y aumento la tensión en la zona. Nosotros acostumbramos a aspirar con aspiradores romos y rígidos tipo Yankauer alrededor del estoma, y emplearemos sondas de aspiración flexibles si necesitamos aspirar a mayor profundidad. Como norma general diremos que no somos muy partidarios de las aspiraciones repetidas durante el ingreso del paciente ni después del alta, ya que no deja de ser una medida agresiva que provoca tos y otras molestias. Eso es así al menos que las necesidades particulares del paciente lo exijan.
- 4) Retiramos en su totalidad el vendaje preferiblemente cortándolo, mejor que desenrollándolo para no alargar esta maniobra.
- 5) Por último retiraremos la cánula de traqueotomía previo vaciado del balón de neumotaponamiento. En este momento suele producirse tos por el paso de alguna secreción o restos hemáticos desde el área del estoma hacia la tráquea y bronquios, por lo que debemos estar atentos para realizar una aspiración rápida, evitar tos innecesaria al paciente y además colocarnos de tal manera que no nos caigan las secreciones sobre el que realiza esta maniobra.
- 6) Una vez visible la herida quirúrgica, se valora su estado y la presencia de posibles complicaciones: Hematomas o colecciones, dehiscencias,...

El *FARINGOSTOSMA* es la complicación más frecuente, aunque no suele apreciarse ni formarse tan precozmente, y que a su vez produce más morbilidad.

Consiste en la aparición de una fístula faringocutánea en cualquier punto de la incisión cervical aunque suele ser más frecuente alrededor del traqueostoma. Puede aparecer en cualquier momento del postoperatorio precoz sobre todo alrededor del 5º-7º día. Aparece como un punto de salida de saliva, restos hemáticos, purulentos o incluso restos del alimento ingerido, este puede ir en aumento llegando a abrir totalmente la sutura cervical. De ahí la importancia de la expulsión de la saliva por la boca y de la necesidad de insistir en este punto.

7) Limpieza de la herida quirúrgica con antiséptico, debe hacerse sistemáticamente, primero un lado y luego el otro, cada uno de los lados con gasas diferentes y el estoma con otras gasas. Estas maniobras suelen ser dolorosas por lo que debemos ser firmes pero no agresivos y sobre todo decididos y ágiles.



Detalle de la desinfección de la herida con guantes y gasas estériles, incluyendo también la salida del drenaje.

En este momento debemos hacer vacío en los drenajes (que a veces los nombramos directamente como “Redón”) para comprobar que aspiran y que no están colapsados u obstruidos, a la vez que retiramos todo el contenido que pueda existir en los planos profundos.

Siempre insistimos en nuestro personal que debemos de:

- primero pinzo el drenaje (con mosquito o pinza de cierre como la que veis en la imagen) y a continuación retiro el reservorio del drenaje,
- A continuación coloco la jeringa en el drenaje que sigue pinzado, inicio la aspiración con la jeringa de 10 ó 20 cc y una vez que hago vacío retiro la pinza,
- Extruímos el contenido que pueda existir debajo de piel de las diferentes zonas del cuello en dirección hacia la salida del drenaje mientras mantenemos el vacío con la jeringa,

- Pinzamos nuevamente y repetimos una o dos veces la misma maniobra hasta comprobar que no obtenemos contenido alguno,
- Volvemos a pinzar, y con el drenaje pinzado colocamos de nuevo el reservorio, y por último quitamos la pinza y el reservorio será quien haga ahora el vacío.



Maniobras de aspiración “sin pérdida del vacío” sobre los drenajes: obsérvese como primero se hace vacío aspirando con la jeringa y posteriormente quien nos ayuda abre la pinza con la que cerrábamos el drenaje.

Los drenajes estarán colocados y funcionantes alrededor de 48 horas, pero siempre preferimos dejarlos algunos días más mientras continúe la salida de sangre, serosidad, pus,... por el mismo en cantidad apreciable.

8) Volvemos a aplicar solución desinfectante e iniciamos la colocación de gasas estériles sobre la sutura intentando no dejar ningún punto al descubierto.

Solemos poner algunas gasas dobladas (2 ó 3) sobre el área que antes ocupaba el esqueleto laríngeo para que sobre esta zona se haga más presión.



Colocación de gasas dobladas (2 ó 3) sobre el área que antes ocupaba el esqueleto laríngeo para que sobre esta zona se haga más presión

9) **VENDAJE COMPRESIVO:** este punto es de suma importancia ya que de la buena presión dependerá en gran medida la aparición o no de faringostoma. El vendaje se realiza principalmente con venda no elástica de 10 cm de ancho dando vueltas sin tapar el traqueostoma. En nuestra experiencia lo realizamos con suficiente presión como

para que el flujo yugular no se corte. La introducción de un dedo del sanitario entre el vendaje y el área de la nuca del paciente con cierta dificultad es la medida de referencia que empleamos. Si el vendaje está más apretado el paciente se suele poner cianótico de cuello para arriba y la incomodidad que esto le supone suele acabar con un cambio del vendaje. Si está poco apretado el vendaje será ineficaz.

Siempre le decimos al paciente que es mejor que esté apretado que flojo, porque con el transcurso de las horas siempre se afloja algo el vendaje.



Situación del punto de salida del drenaje y vendaje compresivo

En este punto también habremos desinfectado y tapado con apósito el área de salida de los drenajes cuando estén aún colocados.

10) La colocación de la cánula será habitualmente el último paso. Como el estoma es permanente no corremos el riesgo de cierre del mismo y disnea. Esto quiere decir que se pueden hacer las maniobras de la cura con toda la tranquilidad que queramos, pero sin demoras innecesarias para no alargar el tiempo de la cura.

En esta primera cura que describimos, tras colocar el vendaje colocamos la cánula ya montada en su babero y con la cinta de sujeción puesta para acelerar estas maniobras y evitar más molestias al paciente.



Detalle de la cánula montada: envés y revés

Generalmente los primeros días y a valoración del ORL responsable se mantendrá la cánula con balón decidiendo cuando se mantendrá esta cánula con el balón inflado o vacío según las secreciones o presencia de sangrado. Una vez que en las curas sucesivas se entienda que esta complicación no se va a producir cambiaremos a cánulas sin balón de material plástico o de plata.

11) En este punto es importante descartar la presencia de tapones mucosos muy frecuentes en estos pacientes y en estos primeros días ya que hemos anulado el sistema de filtrado nasal y la humidificación que la nariz proporciona al aire inspirado, además existe la presencia de un cuerpo extraño traqueal que es la propia cánula y hay que añadir las calefacciones o aires acondicionados de los centros hospitalarios.

En caso de presencia de tapón mucoso hay que extraerlo porque existe el riesgo de muerte por asfixia. Los sistemas de humidificación en la habituación suelen ser útiles.

Generalmente se extraen mediante aspirado aunque hay ocasiones en las que hay que utilizar algún tipo de pinza y añadir medicamentos tipo Mucofluid® para romper el tapón. Para evitar su aparición es recomendable el uso de aerosolterapia con Mucofluid® y suero fisiológico varias veces al día. En pacientes colaboradores o que su función pulmonar lo permite, en general tras la instilación del Mucofluid® o del suero fisiológico por el estoma provoca un golpe de tos que suele ser suficiente para la expulsión del tapón mucoso.

Aproximadamente al 10º día si no hay complicaciones comenzaremos la retirada de las suturas cervicales y traqueostomales.

También coincidiendo con estas fechas daremos al paciente a tomar por vía oral leche, o yogurt y comprobaremos si hay salida de contenido por algún punto de la herida quirúrgica. Otra forma de visualizarlo es mediante la toma de azul de metileno.

En caso de que no aparezcan complicaciones comenzaremos una dieta oral blanda. Solemos mantener al menos 24-48 horas la sonda una vez que el paciente está comiendo por boca, y una vez comprobado que no hay fuga es el momento feliz de la retirada de la sonda nasogástrica. Así sobre el día 15º se puede dar de alta al paciente.

En caso de presencia de faringostoma la compresión es fundamental para su cierre. Es indispensable mantener seca la zona ya que la maceración del tejido empeorara el pronóstico siendo necesario repetir el proceso de curas 2 ó 3 veces en un día.



Situación del paciente antes de comenzar el vendaje



Colocación de gasas en la sutura



Colocación de torunda sobre el área laríngea central



Colocación de compresa doblada sobre todas las gasas



Vendaje circular con la gasa de algodón de 10 cm



Colocación de la cánula

Pasos básicos en la cura de la laringectomía total

Generalmente la familia colabora activamente en el cuidado del paciente en estos primeros días que estamos describiendo, por lo que aprovechando el aislamiento del paciente, es decir que sólo se ocupa una de las dos camas de nuestras habitaciones de encamamiento, sobre la cama no ocupada el paciente dispone de material para aspiración, papel para que escupa la saliva, guantes, pinzas, gasas, cánula para el cambio, sondas de aspiración, Yankauer, etc... lo que facilita cualquier atención rápida que el paciente precise.



En estos primeros días entregamos, para que lea el paciente y los familiares, el cuaderno que editamos para estos pacientes laringectomizados, que contiene información de interés sobre su proceso, su situación actual, algunos cuidados al alta y también información de interés social y sobre las distintas asociaciones de laringectomizados.



Aunque hay muchos detalles en la rutina diaria de nuestros pacientes laringectomizados de los que el personal sanitario debe estar atento: el aseo, la defecación, las estancias largas,... hay uno sobre el que hay que ser especialmente precavido y es la **comunicación**.

Durante estos primeros días no es posible la comunicación verbal por lo que debemos suministrar al paciente papel y bolígrafo, pizarras con rotuladores autoborrables o *pictogramas* que solventen este inconveniente.

Otras cirugías abiertas:

En el caso de cirugías parciales: laringectomía supraglótica, laringofisura,... la cura es similar con la consideración de que la laringe no se ha extirpado totalmente y el vendaje compresivo debe ser menos exigente.

También modificaremos el momento de iniciar la tolerancia oral o incluso la retirada de la cánula y cierre del estoma, aunque siempre tendremos presente la necesidad de radioterapia coadyuvante, lo que retrasará esta retirada y cierre.

Cirugía láser

Desde hace varias décadas en la cirugía oncológica de la esfera ORL se va imponiendo en muchas situaciones la cirugía mediante Láser.

En los pacientes sometidos a este tipo de cirugía, cuyo acceso es vía transoral, NO se apreciará herida quirúrgica, a menos que se haga a la vez tratamiento quirúrgico del cuello por presencia de adenopatías.

Los cuidados en planta se limitarán al cuidado de la traqueotomía (ver capítulo 9), de la sonda nasogástrica y prestar especial atención a los signos o síntomas de complicación, a saber: disnea y hemorragia.

De igual manera la dieta se asemeja a la que hemos comentado en el capítulo de la cirugía de la orofaringe.

Algunas consideraciones finales a tener presentes:

- *Debemos realizar la cura con la asepsia que toda herida quirúrgica precisa, extremando en los primeros días esta premisa, debiéndose recomendar uso de batas estériles y uso de mascarilla quirúrgica.*
- *Son imprescindibles al menos de dos a tres personas para facilitar y agilizar la cura, ya que ésta no es un procedimiento de corta duración.*
- *Medir el contenido de los drenajes diariamente y comprobar que tipo de contenido tiene.*
- *Anotar y comentar la presencia de complicaciones o signos precoces de las mismas en la evolución de la cura.*
- *Las curas suelen ser dolorosas, sobre todo las de los primeros días, por lo que debemos siempre tener presente la necesidad de analgesia previa a la misma.*

Bibliografía

- Suárez C., Gil-Carcedo L.M., Marco J. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello – 2ª Edición, Tomo III. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 2008.
- Naumann HH. Head and Neck Surgery. 2nd Rev Ed. (III) Thieme. Germany, 1998.
- Caravaca A. et al., MANUAL DE MANEJO DE LA TRAQUEOTOMÍA para Sanitarios y Pacientes. Ed. LiberLIBRO 2014
- Theissing J., Rettinger G. E.N.T. - Head and Neck Surgery. Essential Procedures. Ed Thieme. NY, 2011.
- Caravaca A., Capitán S., Parreño MD., Gutiérrez N., Faz M. Cuaderno para pacientes laringectomizados y sus familiares. Servicio de Publicaciones de la UCA. España, 2002.

REPASO AL MANEJO DE LA TRAQUEOTOMÍA

*Doña Maribel Pertíñez Díaz, Dr. Elhendi Halawa, Dra. Vázquez Muñoz y
Dr. Caravaca García.*

Comenzaremos este capítulo definiendo unos conceptos importantes para el manejo y entendimiento de este tema:

- * **Traqueotomía:** Técnica quirúrgica que consiste en una incisión en la base del cuello que permite la apertura de la tráquea y colocación de una cánula para mantener la vía aérea permeable.
- * **Traqueostomía:** Es la situación clínica que se origina al paciente tras la realización de una traqueotomía la cual puede ser permanente o temporal.
- * **Laringectomía:** Extirpación de la laringe y tejidos que la rodean abocando la tráquea al exterior. Pueden ser laringectomía total o parcial, dependiendo de lo que se extirpe debido a un proceso oncológico.

La principal diferencia entre una traqueotomía y una laringectomía es que el estoma traqueal no corre el riesgo de cerrarse y en una traqueotomía sí, podría suceder que con el paso del tiempo su tejidos tendieran a estenosar el estoma y complicar cerrándose.

- * **Cánula:** Dispositivo de diversos materiales que se introduce a través del estoma traqueal permitiendo la ventilación del paciente y evitando que este se cierre.



Cánula montada a la izquierda, cánula interna en el centro y fiador a la derecha de la imagen.

Partes de una cánula:

Cánula externa.- Es la de mayor tamaño, se coloca directamente en el interior del estoma.

Cánula interna.-Se introduce dentro de la cánula externa y se mantiene dentro de esta con ayuda de una pestaña o medio giro, según el material que sea.

Fiador.- Es la guía para introducir la cánula a través del estoma y va por dentro de la cánula externa.

Las cánulas se fabrican de diversos materiales, todos ellos altamente tolerables, resistentes y de fácil limpieza. Como son el policloruro de vinilo (PVC), la plata, o la silicona.



Cánulas de laringectomía de silicona (Izquierda), plata (centro) y policloruro de polivinilo (derecha)

El cuidado del paciente traqueotomizado debe cumplir ciertos objetivos imprescindibles para una atención SEGURA Y EFICIENTE, minimizando los riesgos relacionados con el procedimiento y manteniendo la vía aérea permeable y libre de infecciones.

La destreza en la colocación de la cánula de traqueotomía y los cuidados del estoma por parte del personal de enfermería es muy importante para evitar en la medida de lo posible futuras complicaciones.

Podéis encontrar información más detallada en:

Manual manejo de la Traqueotomía para Sanitarios y pacientes.
(<http://campusvirtual.areadegestionsanitariacampodegibraltar.es/mod/forum/discuss.php?id=509>)

INDICACIÓN DE TRAQUEOTOMÍA

- Intubación prologada
- Incapacidad del para manejar sus secreciones.
- Imposibilidad de intubación.
- Ayuda al manejo de la cirugía de cabeza y cuello.
- Ayuda al manejo de trauma de cabeza y cuello severo.
- Facilitar el soporte ventilatorio.

Existen varios **tipos de cánulas** según sea su indicación:

- **Cánulas con balón**, fenestradas y sin fenestrar y **cánulas sin balón**, fenestradas y sin fenestrar.

* Cánulas con balón y sin fenestrar (C/B, S/F).-Tienen un balón en la parte distal que garantiza el aislamiento de la vía aérea. Está indicado en pacientes con riesgo de aspiración o que precisen ventilación asistida. Este tipo de cánula es la que se coloca en quirófano tras la cirugía de traqueotomía o de la laringectomía.



Cánula con balón SIN fenestrar

y



Cánula con Balón Fenestrada

* Cánula con balón y fenestrada (C/B, F).-Permite el paso de aire permitiendo la fonación a través de uno o varios orificios en la parte superior. Esta indicado en traqueostomía con buena función laríngea y cuerdas vocales con buena movilidad.

* Cánula sin balón, fenestradas y sin fenestrar (S/B, F) y (S/B, S/F). Se utilizan cuando no hay riesgo alguno de broncoaspiración.



Cánulas de Plata con y sin fenestración

Aunque sea obvio, diremos que el balón que nos sirve para “sellar” la vía aérea y permitir la ventilación mecánica y evitar que pase sangre, secreciones, comida,... hacia la tráquea SÓLO lo encontraremos en cánulas de material plástico y no en las metálicas. Las cánulas metálicas, habitualmente en plata, podrán ser de laringectomía, de traqueotomía, fenestradas o no, pero siempre SIN balón.

CAMBIO DE CÁNULA.

Antes comenzar con el cambio de cánula debemos tener preparado un sistema de aspiración, disponer de un rinoscopio ante la posibilidad de un cierre espontáneo de la traqueotomía, de personal de apoyo y de iluminación.

Procedimiento:

- higiene de manos y empleo de guantes.
- preparar la cánula limpia (si tiene balón, comprobarlo).
- montar la cánula interna dentro de la cánula externa y esta introducirla por un babero con el fin de mantener la piel limpia y seca de las posibles secreciones. Colocar la cinta por los laterales y lubricar la punta de la cánula con un lubricante hidrosoluble.
- extraer la cánula sucia en bloque, de una vez la cánula y el babero con su cinta.
- oxigenar al paciente si fuera necesario.
- limpiar el orificio del traqueostoma desde interior hacia fuera con gasas estériles y suero fisiológico, para retirar restos de secreciones.

- introducir suavemente la cánula completa con movimiento curvado hacia arriba y hacia dentro del traqueostoma. Si hubiera dificultad o proveyésemos que podría haberla usar el fiador o guía.
- anudar los extremos de la cinta a una tensión para que exista sujeción y evite que se salga accidentalmente (*debe caber un dedo entre la cinta y el cuello*).



“Mesa Limpia” preparada para el cambio de cánula (arriba izquierda). Detalle de la cánula montada envés y revés

La **educación sanitaria** en pacientes con traqueotomía permanente comenzará cuando su estado psíquico y físico lo permitan. Se les enseñará a limpiar y a cambiar su cánula diariamente ante un espejo hasta que adquieran destreza. La educación sanitaria se le hará al paciente para fomentar su autonomía si procede o a su cuidador principal si lo precisara.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS.

La traqueotomía se considera un procedimiento eficaz que comporta una agresión física y psíquica que afecta a la integridad de la propia imagen corporal de la persona e implica cambios en su vida diaria.

Es por ello que los cuidados de enfermería atenderán a la comodidad y seguridad del paciente. Ayudarán al paciente a acoplarse a su nueva situación, informándole de

todo lo que se le vaya a realizar, de las posibles complicaciones, y de las nuevas sensaciones.

CUIDADOS:

* Control de constantes vitales.

- Respiración (por si hubiese disnea o una posible obstrucción). Haremos aquí un inciso para recordar que algunos pacientes que precisan de una traqueotomía además tienen otros problemas de salud, entre otros precisan de la administración de oxigenoterapia, ésta SOLO puede ser administrada a través del estoma traqueal mediante mascarillas apropiadas para esa situación, y *no por gafas nasales*.



Detalle de la mascarilla de oxigenoterapia para pacientes traqueotomizados

- Temperatura (por si aparece fiebre, signo de infección),
- Tensión arterial y pulso (por posible hemorragia).

* **Posición del paciente.** La mayoría de los pacientes traqueotomizado se van a encontrar más cómodos en posición de Fowler, es decir, con el cabecero de la cama inclinada de 45 -90°, para tener una mayor expansión de la caja torácica y menor esfuerzo al respirar. Al toser se le recomienda que se inclinen hacia delante para facilitar la salida de secreciones si las hubiese.

* **Humidificación.** La humidificación del aire para evitar el acumulo de secreciones y por lo tanto de formar tapones que obstruyan la vía aérea. Para evitarlo se administran aerosoles de mucolíticos con el fin de evitar que las secreciones se espesen y puedan salir por si solas, sin necesidad de aspiraciones constantes, ya que estas son traumáticas para el paciente y le dan sensación de asfixia (no deben durar más de 10 segundos seguidos sin descanso). Es muy importante tener en cuenta el color, olor y densidad de éstas para una actuación óptima.

* **Alimentación.** A través de una sonda nasogástrica o nasoesofágica con el fin de evitar aspiraciones, hasta que el paciente controle la deglución y pase a alimentación vía oral.

* **Fonación.** Un paciente portador de una cánula fenestrada (orificios en la parte superior) permite el paso del aire espirado a las cuerdas vocales tapando el orificio exterior con un tapón o con el dedo produciendo así el sonido.

A veces a causa de intubaciones prolongadas previa a la traqueotomía y al reposo de las cuerdas vocales provocan disfonías.

* **Evitar el desplazamiento de la cánula,** ya que puede originar erosiones en la mucosa, por ello hay que fijarla adecuadamente y que esta sea la del tamaño adecuado al estoma. El balón debe tener una presión adecuada, ya que si no es así puede dar lugar a alteración en la respiración y aparecer alguna complicación.

COMPLICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA.

Pese a los cuidados de enfermería y especialista (ORL) pueden surgir complicaciones.

TAPON MUCOSO. El paciente presenta disnea y un ruido respiratorio característico. Procederemos a la retirada de la cánula interna y a la aspiración traqueal, si no es suficiente instilaremos un poco de solución salina o mucolítico y volvemos a aspirar con el fin de disolver el tapón. Si no se extrae retiramos cánula completa para mejor visualización del trayecto traqueal y extracción mediante pinzas. Y luego se coloca nuevamente cánula limpia.

La prevención de estos tapones sería con:

- una hidratación adecuada del paciente.
- humidificación del ambiente.
- tratamiento con aerosol tipo mucolítico.
- cambio de cánula interna y limpieza si precisara por el aumento de secreciones.
- aspiraciones si fuera necesario.

DECANULACION ACCIDENTAL. Muchas veces ocurre que por no estar bien sujeta la cinta de alrededor del cuello y en un golpe de tos se sale. Procederemos a relajar al

paciente y recolocamos la cánula con ayuda de un rinoscopio, si no es posible lo intentamos con una menor tamaño y si no podemos pedimos ayuda al especialista (ORL).

La recolocación de la cánula debe hacerse con destreza por el riesgo de hacer una falsa vía y complicar el problema.

BROCOASPIRACION. Es la salida de alimento desde la vía digestiva (a veces lo vemos por el estoma) y entrada de éste al espacio traqueal. Generalmente se manifiesta con tos durante la deglución, disnea o bien con aparición de picos febriles.

Suspenderemos la alimentación, retiramos la cánula y limpiamos zona periestomal y aspiramos secreciones.

Probamos con alimentación más espesa y modificamos la postura del paciente enseñándole a deglutir y masticar, si vuelve aparecer contenido alimenticio, colocamos cánula con balón para aislar la vía aérea.

Una vez valorado por el especialista (ORL) se decide si alimentación vía oral o por sonda.

ENFISEMA SUBCUTANEO. Es una complicación que puede ser frecuente en los primeros días de la cirugía y es de escasa cuantía. Se puede presentar sólo con una crepitación periestomal o incluso se puede deformar la cara y el cuello, lo cual puede deberse a una mala colocación de la cánula, a una lesión de la pared traqueal, sutura mal ajustada, tos, excesiva presión de los apósitos,... que hacen que el aire espirado se escape hacia el tejido subcutáneo produciendo el enfisema.

DERMATITIS PERIESTOMAL. Puede producirse por varias causas (humedad excesiva de la zona, alergia, irritación mecánica, tratamiento con radioterapia). La prevención es fundamental y el tratamiento precoz en cuanto veamos algún signo o síntoma de irritación. Para ello debemos mantener la zona limpia y seca con constantes cambios de baberos si procede, crema barrera en la zona periestomal e hidratación adecuada del paciente.



Dermatitis periestomal



Granuloma periestomal

y

GRANULOMA PERIESTOMAL. Presencia de tejido de granulación en alguna parte de alrededor del estoma. Normalmente se cauteriza con nitrato de plata, aunque también se puede realizar exéresis quirúrgica o uso de crema desbridantes.

La prevención adecuada consiste en evitar la fricción continuada de la cánula con una fijación adecuada, lubricar la punta de la cánula en cada cambio y limpieza correcta del traqueostoma. También hay que comprobar que el tamaño de la cánula es el adecuado al tamaño del estoma.

HEMORRAGIA. Puede aparecer por alguna alteración en la coagulación, erosión de la mucosa, escasa hemostasia en la cirugía. La mayoría de las hemorragias se controlan y ceden sin más aplicando presión y algún hemostático local.

Si el sangrado es intenso puede dar lugar a aspiraciones. Tendremos que evitar aspirar continuamente, mantener una humedad óptima y evitar la tos pertinaz.

Si el sangrado es por el cambio de cánula tendremos que evitar traumatizar la zona en los cambios de cánula y fijar correctamente.

ÚLCERAS TRAQUEALES O NECROSIS. Están relacionada con un calibre de cánula que no se corresponde con el tamaño del estoma o también por tener la presión del balón demasiado alta.

ESTENOSIS DEL ESTOMA. Según el grado de estenosis necesitaremos tratamiento o no. Si afecta 10-40% de la luz traqueal no se tratan y suelen resolverse solas, en casos más severos habrá que valorar la cirugía.

REPERCUSION SOCIAL. Por el cambio de imagen corporal, alteración o pérdida de la voz o imposibilidad de hablar provocan ansiedad al paciente que hay que tratar y prestarle la educación sanitaria necesaria.

Es muy importante aprender, descubrir, satisfacer curiosidades que le conduzcan a un desarrollo normal y enseñarle a utilizar las medidas socio-sanitarias existentes para ello (material de cura, minusvalía, asociaciones, subvenciones, prestaciones farmacéuticas....)

En principio todo *ostomizado* tiene un déficit de autoestima que debe ser valorado y tratado por los sanitarios, además de instruirle en sus autocuidados ante la nueva situación.

“El CUIDADO es el producto de la reflexión sobre las ideas, hechos y circunstancias, relacionadas con el proceso optimizador de las necesidades de salud que garantizan la integridad y la armonía de todas y cada una de las etapas que constituyen la vida humana “. (Siles 1996, 2000).

Bibliografía

- Manual de protocolo y procedimientos generales de enfermería. Cuidados de pacientes con cánula de traqueotomía. Hospital Reina Sofía.
- Gálvez M.A (2007) Procedimiento de traqueotomía percutánea: Control y seguimiento de enfermería.
- Perdal Refoyo J.L. Muñoz Navarro. "Guía para pacientes portadores de cánula". ORL Bloque quirúrgico año 2009.
- Cuaderno para pacientes laringectomizados y sus familiares. Servicio ORL y Trabajo social del Hospital Punta Europa.
- Manual de Enfermería. <http://www.lectura-online.net/libro/manual-enfermeria-medico-quirurgica-pamela-l-swearingen-pdf-6.html>
- Cultura, educación y cuidados en la atención del paciente ostomizado. Hospital G.C Dr. Negrín.
- Caravaca-García A y Colaboradores. Manual De Manejo de la Traqueotomía para Sanitarios y Pacientes. Antonio Caravaca García et al. LiberLIBRO.com. 2014.

CUIDADOS EN LA CIRUGÍA CERVICAL POR LESIONES
BENIGNAS Y OTRAS CERVICOTOMÍAS

Dr. Elhendi Halawa, Dr. Rodríguez Contreras, Dr. Araujo Rodríguez y Dr. Caravaca García

Existe una variedad de lesiones benignas del cuello cuyo tratamiento precisa de su exéresis quirúrgica. A modo de resumen, podemos encontrar:

- Tumores benignos de la glándula parótida y de la glándula submaxilar (que se tratarán en un capítulo específico).
- Lesiones benignas de la glándula tiroides (que se tratarán en un capítulo específico)
- Adenopatías cervicales aumentadas de tamaño y que precisan de su biopsia para confirmar el diagnóstico.
- Malformaciones congénitas como son los quistes branquiales (laterales), los quistes y fístulas del conducto tirogloso (mediales), higromas,...etc.
- Más raramente se pueden encontrar tumores de origen vascular o neurológico.
- Una mención especial merecen los abscesos cervicales, originados generalmente por proceso infeccioso complicado, adenopatías necrosadas o quistes infectados, y que precisan de drenaje quirúrgico urgente.

La extirpación de estas lesiones se suele considerar como una cirugía limpia, donde habitualmente se realiza una limpieza quirúrgica minuciosa de la zona intervenida y se suele administrar profilaxis antibiótica sistémica antes o durante la intervención.

Este tipo de cirugías se suele realizar bajo anestesia general e intubación orotraqueal, siendo su duración muy variable, dependiendo de la accesibilidad de la lesión a extirpar y de sus relaciones con las estructuras vecinas, pudiendo durar habitualmente entre 1 - 4 horas. Es fundamental, antes de la intervención, que tanto el paciente como sus familiares sean informados, por parte del personal sanitario

responsable, sobre los detalles de la cirugía en cuanto a su duración, sus posibles complicaciones y secuelas, las curas posteriores,...etc. También deben de haber leído, comprendido y firmado debidamente el documento de Consentimiento Informado, ya que se trata de cirugías que pueden tener importantes repercusiones estéticas y funcionales, especialmente por la manipulación del paquete vasculo-nervioso del cuello.

En cuanto a las curas posquirúrgicas de estas lesiones podemos diferenciar, según la técnica quirúrgica realizada, aquellas cervicotomías dónde la incisión se realiza a nivel de la lesión que se quiera extirpar, y que suele ser horizontal siguiendo una arruga cutánea y de amplitud proporcional al tamaño de la lesión, y aquellas cirugías que para la extirpación de la lesión, y por motivos fundamentalmente estéticos, se realiza una incisión a distancia. En nuestro centro, en los últimos años, se ha extendido el uso de la técnica de R.A.H.I. (incisión retroauricular siguiendo la línea de implantación del cabello) o una de sus modificaciones. En general, podemos decir que la patología benigna, inflamatoria, tumoral o embriológica de los espacios laterocervicales, en principio, subsidiaria de esta vía de abordaje, con unos resultados clínicos igual de satisfactorios que empleando las clásicas vías de acceso directo. (Figura 1)

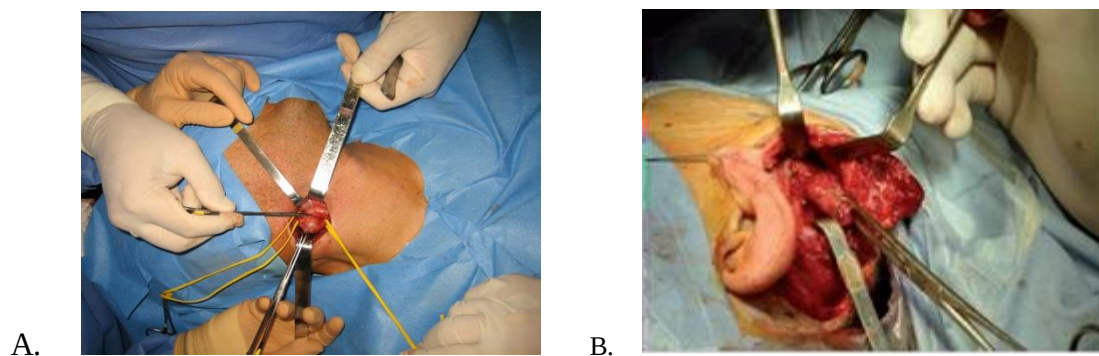


Figura 1. A. Se observa la exeresis de la lesión mediante incisión de acceso directo.

B. se observa incisión de acceso a distancia, vía R.A.H.I.

Sea por una vía u otra, el cirujano accede, con más o menos dificultad, a la lesión y la extirpa, realiza la hemostasia pertinente, coloca drenaje, cuyo tipo y número depende de la envergadura de la cirugía y de la cantidad del sangrado, y finalmente cierra la incisión por planos. La sutura que se emplea suele ser de seda trenzada fina, monofilamentos reabsorbibles, monofilamentos no reabsorbibles y en ocasiones grapas, a veces además se colocan tiras de Steri-strips® sobre las suturas reabsorbibles

intradérmicas. Al terminar la intervención se realiza una limpieza cuidadosa de la zona quirúrgica y se tapa con apósito o vendaje, según el tipo de intervención. (Figura 2)



Figura 2. Cura de herida quirúrgica en el postoperatorio inmediato

Trasladado el paciente a la planta, se suele iniciar la tolerancia alimenticia a las seis horas desde la finalización de la intervención, salvo otra indicación, empezando con líquidos para pasar posteriormente a la alimentación habitual para el paciente. Ocasionalmente la deglución se ve dificultada por la presión de los apósitos cervicales o por dolor en la zona intervenida.

En los caso de cervicotomías con acceso directo, la primera cura se suele realizar a las 24 horas, en un ambiente lo más estéril posible, colocando en una mesa estéril el material que consideramos necesario (gasas estériles, solución antiséptica, pinza tipo mosquito o similar, jeringa de 20 cc, venda, apósito adhesivo, recambio para el Redón, guantes estériles y crema antiséptica). Es importante contar siempre con la ayuda de otra persona durante la cura. (Figura 3)



Figura 3. Preparación de la mesa con el material necesario para la cura

Se verifica el funcionamiento del drenaje, se mide y se apunta el contenido del drenaje espirativo tipo Redón, que habitualmente dejamos tras la cirugía (Figura 4). En las cirugías mínimas donde se extirpa una lesión superficial, pequeña, o solamente se toman biopsias de la lesión a veces se deja drenaje no aspirativo tipo Penrose, o incluso no se deja drenaje ninguno.



Figura 4. Se verifica el funcionamiento del drenaje y se mide la cantidad

Se retira cuidadosamente el apósito o se corta la venda, teniendo cuidado de no sacar accidentalmente el drenaje, se valora la incisión y el área quirúrgico, vigilando la aparición de colecciones, hemáticas o serosas, o signos de infección y se limpia la zona con solución antiséptica. Si se aprecian complicaciones de la herida estas deben ser apuntadas detalladamente en la hoja de evolución del paciente para facilitar su seguimiento.

En los primeros días, solemos hacer, tras retirar la bolsa del drenaje, y sin perder el vacío (para lo que colocamos una pinza en el tubo de drenaje), una aspiración con una jeringa de 20 cc a la vez que se extrusiona con cuidado el área quirúrgica siguiendo el trayecto del drenaje para evitar en lo posible que se queden colecciones. Posteriormente se recoloca la pera o bolsa del drenaje, se limpia la zona de salida del drenaje con antiséptico y se cubre con gasa cortada y apósito estéril. (Figura 5)

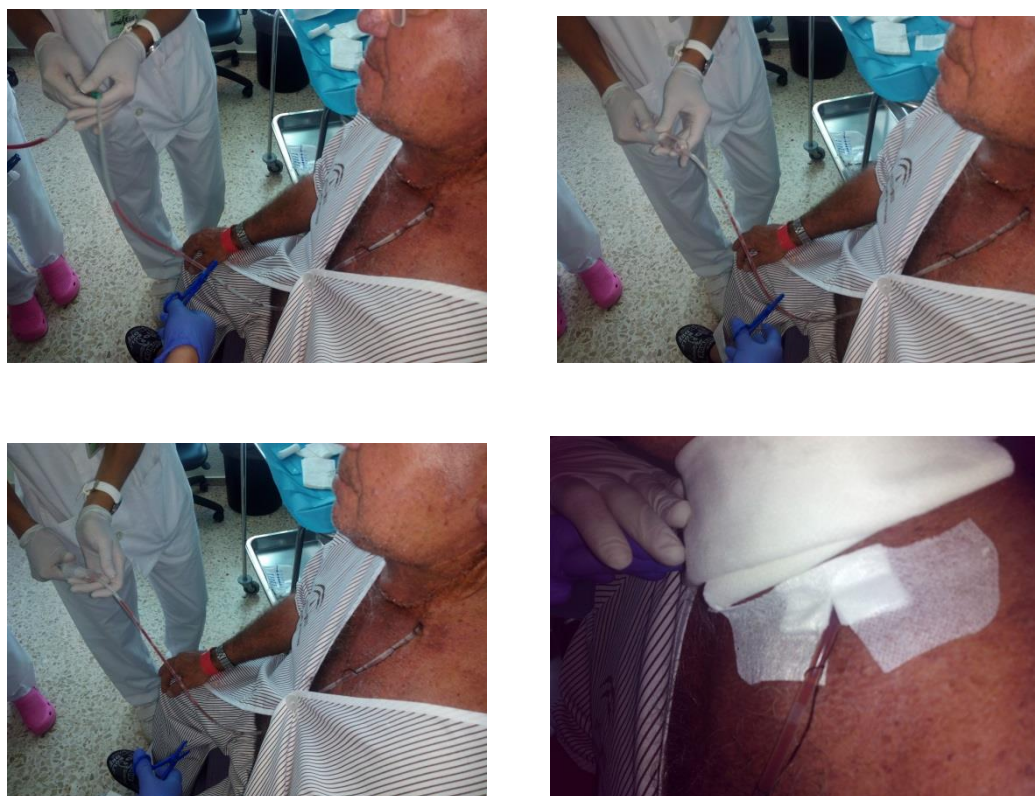


Figura 5. Aspiración a través del drenaje y limpieza de su punto de salida

Posteriormente, colocaremos sobre el área de la lesión extirpada un par de gasas enrolladas para que hagan presión sobre la misma y colocamos un apósito adhesivo grande y a tensión (Mepore®, Mefix®). Generalmente se utilizan gasas y apósitos, que suelen ser eficaces y menos molestos para el paciente, pero estos apósitos se pueden despegar debido a la sudoración, movimientos del paciente, roces con la almohada,...etc., en cuyo caso deben ser cambiadas por otras o cambiarlas por un vendaje cervical si se considera necesario (Figura 6). En las cirugías cervicales altas, los vendajes circulares suelen ser poco efectivos porque suelen caer o aflojarse con facilidad, pero se puede valorar su colocación en cirugías cervicales medias y bajas si no se consigue una buena presión con los apósitos. (Figura 7)





Figura 6. Pasos de la cura y vendaje de la zona quirúrgica



Figura 7. Vendaje poco efectivo

Si la evolución es favorable, el drenaje se suele retirar a los 2 ó 3 días, a criterio del médico. El drenaje se retira cortando sus puntos de fijación a la piel y tirando de él suave pero firmemente. El punto de salida de drenaje precisa también de limpieza y vigilancia y de la colocación de un pequeño apósito los primeros días. (Figura 6)

Aunque el paciente se dé de alta del hospital, las curas se harán diariamente, durante aproximadamente una semana, para vigilar la aparición de complicaciones

locales (colecciones, signos de infección, dehiscencia de sutura, mala cicatrización,... etc...). En estas revisiones se limpia la herida con antiséptico y se cubre con un apósito adhesivo. También se cura la zona de salida del drenaje. (Figura 8)



Figura 8. Cura de la zona quirúrgica durante la revisión

Si la evolución es favorable, los puntos de sutura (o grapas) se suelen retirar a los 10- 14 días, generalmente en dos tiempos y retirando puntos alternos. Se le recomienda al paciente la limpieza de la herida quirúrgica, en su domicilio, con antiséptico, como mínimo dos veces al día, evitar mojar la herida, evitar exposición solar, evitar ambientes contaminados, pudiendo dejar la herida al aire en su domicilio.

Al ser el cuello una zona muy visible, a los pacientes les suele preocupar el resultado estético. Existe en el mercado una variedad de cremas protectoras, cremas hidratantes, parches reductores, geles y láminas de silicona, aceites ricos en ácidos grasos esenciales,...etc. que pueden ayudar a una cicatrización más estética de la herida, siendo lo más fundamental la limpieza y desinfección de la herida y la protección solar con filtros solares de pantalla total.

En cuanto a las lesiones benignas extirpadas mediante incisión retroauricular (R.A.H.I.), cuya cura se explica detalladamente en el capítulo 11, el vendaje lo haremos en capelina con venda orillada, que incluya también la barbilla, intentado hacer presión en el área donde se haya resecado la lesión (Figura 9). Estos vendajes aunque incómodos se nos han mostrado más útiles que los apósitos adhesivos o los vendajes compresivos cervicales.

En estos tipos de vendaje, es importante evitar la formación de colecciones que entorpezcan el desarrollo satisfactorio del proceso, siendo necesarias una extrusión del

área diariamente para descubrir pequeñas colecciones. La retirada de los puntos sutura (o grapas) se hará dependiendo de la evolución de la herida, generalmente en dos o más tiempos.



Figura 9. Vendaje en capelina tras la extirpación de lesión cervical vía R.A.H.I.

En cuanto al drenaje quirúrgico de los abscesos cervicales, en estos casos el drenaje se suele dejar por más tiempo, a criterio del médico, hasta que el paciente deja de drenar material purulento a la compresión. Se intenta hacer presión con las gasas encima de la zona del absceso para evitar la formación de colecciones. Se puede realizar, durante la cura, lavados directos de la zona quirúrgica con antiséptico, agua oxigenada o antibiótico mediante una jeringuilla, a través de la incisión. Normalmente el paciente se revisa con más frecuencia para vigilar la evolución y los signos de recidiva. (Figura 10)

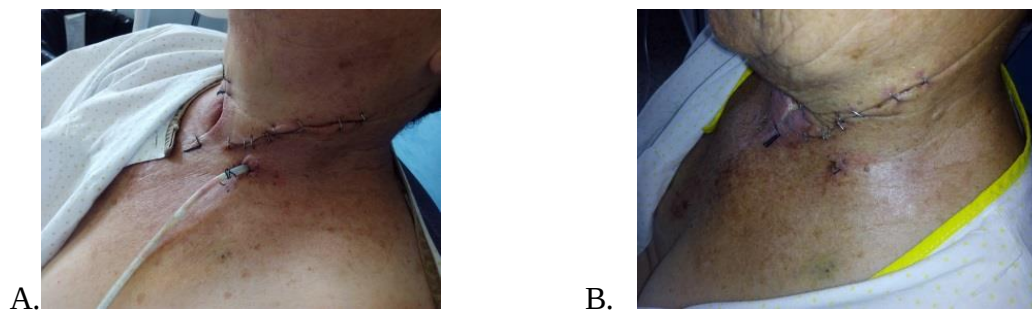


Figura 10. Incisión de drenaje de absceso cervical: A. Se observa contenido purulento en el drenaje tipo Redon B. La incisión a los 2 días tras la retirada del drenaje, se observa el punto de salida del drenaje

Bibliografía

- Theissing J., Rettinger G. E.N.T. - Head and Neck Surgery. Essential Procedures. Ed Thieme. NY, 2011.
- Suárez C., Gil-Carcedo L.M., Marco J. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello – 2ª Edición, Tomo III. Ed. Médica Panamericana. Madrid, 2008.
- Caravaca A., Rodríguez A., Elhendi W., Prada A. R.A.H.I. Introducción a la técnica quirúrgica básica. Ed. JJP Hospitalaria. España, 2013.

CUIDADOS EN LA CIRUGÍA DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES:

CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA PARÓTIDA.

CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA SUBMANDIBULAR

Dr. Caravaca García, Dr. Rodríguez Contreras y Dr. Elhendi Halawa

La cirugía de las glándulas salivares mayores (parótida y submandibular o submaxilar) suponen una parte importante del quehacer quirúrgico de los otorrinos y por ende de los DUE en sus cuidados posteriores.

En la inmensa mayoría de las ocasiones este tipo de cirugía consistirá en la exéresis parcial o total de una de las glándulas citadas, sin que ello suponga una disminución de la producción de saliva total.

Los motivos principales de realizar esta cirugía serán la presencia de tumoraciones (en su mayoría de tipo benignos, aunque pueden también pueden ser de naturaleza maligna), y en menor número de casos ante la presencia de litiasis dentro del tejido glandular o en sus canalículos. También pueden derivar de procesos infecciosos sobre todo de repetición. Sea cual fuese la causa la cirugía habrá sido la exéresis.

Este tipo de cirugía se entiende como cirugía limpia, realizándose el abordaje a través de la piel cervicofacial. Habitualmente empleamos profilaxis antibiótica sistémica y limpieza quirúrgica adecuada de la zona de la incisión.



*Localización virtual de las glándulas
Submandibular y Parótida izquierdas*

Cuidados en la Cirugía de la Glándula Parótida.

La glándula parótida es una glándula exocrina, par, localizada por delante y por debajo del pabellón auricular, de volumen variable, atravesada por estructuras de gran interés como son el nervio facial, ramas de la arteria carótida y del sistema venoso yugular.



Presentación virtual de la relación de las glándulas con los elementos vasculares y nerviosos del área de la cirugía glandular

En el quirófano la cirugía se realizará bajo anestesia general, intubación orotraqueal, siendo una cirugía muy laboriosa por lo que el tiempo quirúrgico rondará las 4 horas. Es muy importante antes de llegar a este punto que tanto el paciente como sus familiares conozcan los detalles de la cirugía en cuanto a duración, posibles complicaciones, hayan leído, comprendido y firmado el documento de Consentimiento Informado ya que se trata de una cirugía que puede tener importantes repercusiones estéticas y funcionales especialmente por la manipulación del nervio facial.

Previo al abordaje que se ha ido modificando con el paso de los años, es uso casi universal de la monitorización del nervio facial. De las incisiones cutáneas amplias en forma de “S” se ha pasado a incisiones más pequeñas y ocultas, con fines solamente estéticos, todas ellas deben cumplir con la necesidad de un abordaje sin limitaciones de la lesión que se está tratando, y además poder extenderlas para completar el tratamiento quirúrgico con un vaciamiento ganglionar si así fuese necesario.



Incisiones en la parotidectomía: Clásica (izquierda), tipo RAHI (centro), Periauricular(derecha)

Sea la incisión la que fuese, el cuidado posterior del paciente será prácticamente el mismo.

Una vez en la planta, el paciente suele iniciar la tolerancia a la alimentación por los alrededores de las seis horas. No es necesario sondaje nasogástrico, y comenzaremos con líquidos para pasar directamente a una alimentación habitual para el paciente. Sólo debemos recordar que por la manipulación del área quirúrgica es posible que le duela cerca del oído (en la articulación temporomandibular) y que el vendaje igualmente le dificulte la masticación.

A las 24 horas solemos realizar la primera cura, intentando mantener toda la esterilidad que sea posible, colocando en una mesa estéril el material que vamos a emplear, y contando siempre con una persona que nos pueda ayudar o conseguir algún elemento que se nos haya olvidado:

- 1) Prepararemos: gasas estériles, solución antiséptica, pinza tipo mosquito o similar, jeringa de 20 cc, venda, apósito adhesivo, recambio para el Redón, guantes estériles, crema antiséptica.
- 2) Mediremos el contenido del drenaje aspirativo tipo Redón que habitualmente dejamos tras la cirugía y que se retirará pasados unas 48 horas, y siempre que se advierta que la posibilidad de acumulación de contenido hemático o saliva ha pasado.
- 3) Retiramos en su totalidad el vendaje, teniendo cuidado de no extraer accidentalmente el drenaje. Recomendamos corte y retirada de una pieza de la venda en vez de desenrollarla que suele ser más molesto para el paciente.
- 4) Una vez visible la incisión y el área quirúrgica, se valora la presencia de complicaciones, colecciones, áreas de isquemia, necrosis, salida de material por la herida,... y se aplica solución antiséptica al área de la cura.
- 5) Nosotros, tanto el primer día como los siguientes, solemos hacer, tras retirar el recipiente colector del drenaje, y sin perder el vacío (para lo que colocamos una pinza en el tubo de drenaje), una aspiración con una jeringa de 20 cc a la vez que se extrusiona con cuidado el área quirúrgica siguiendo el trayecto del drenaje para evitar en lo posible que se queden colecciones tras la cura. Eso justifica que al menos se necesitan dos personas para realizar la cura adecuadamente.



*Aspiración del drenaje
“manteniendo el vacío” mientras se
aprieta el lecho quirúrgico para que
no se retenga líquido.*

6) Una vez recolocada la pera o bolsa del drenaje volvemos a limpiar la herida con antiséptico y cubrimos de la herida con gasa. Particularmente veo pertinente colocar la crema antiséptica sobre la herida y sobre el pabellón auricular en cara anterior y posterior, que además de proteger la piel proporciona unos segundos de agarre a las gasas lo que nos facilita el trabajo. Colocamos la gasa detrás y delante del pabellón auricular, en todo el trayecto de la incisión, por debajo y por encima de la salida del drenaje, y además colocaremos siempre una o dos gasas unidas para conseguir presión sobre el área quirúrgica: área anteroinferior del pabellón que es donde tiende a acumularse los exudados.



Aplicación de crema, colocación de gasas pre y retroauricular y en el área inferior de la incisión

7) A partir de este momento iniciamos la colocación de la venda. Pensamos que la aplicación de una apósito adhesivo o de un esparadrapo sobre las gasas directamente en la herida es casi sinónimo de colección al día siguiente, por esto en nuestra experiencia aunque sea muy llamativo, algo espectacular para el paciente y sus familiares y a veces algo incómodo, desde hace años utilizamos una vendaje compresivo que presiona sobre la herida y que tapa casi toda la cabeza.



Colocación del vendaje paso a paso, y situación final.

8) Cada profesional elige la forma de iniciar y terminar el vendaje, pero debemos de tener presente que este tipo de vendaje debe:

- * ajustarse sobre la frente,
- * hacer presión en el área quirúrgica,
- * sujetarse en la barbilla, de manera que no se caiga durante la noche para conseguir presión en la zona necesaria, y que no presione el área del cartílago tiroides lo que da sensación de asfixia.

Creo interesante tapar ambos pabellones auriculares mejor que dejar uno al aire porque da menos molestias, y es mejor cubrir todo el pelo, aun en las mujeres porque si no lo hacemos así las posibilidades de que se caiga el vendaje son muchas. Además también es posible ver al día siguiente edema unilateral facial consecuencia de una mala posición del vendaje.

Ejemplo de inadecuado vendaje en una parotidectomía: obsérvese el edema suborbicular y la herida al aire, además de la presión en el cuello



Para los pacientes portadores de gafas, les recomendamos que durante los días que lleven el vendaje retire una de las patillas de las mismas (la que interesa al lado intervenido) y que la otra la coloquen por debajo del vendaje en su posición habitual.

9) La presión adecuada del vendaje posibilitará la comodidad del paciente, la presión sobre el colgajo quirúrgico y evitará la formación de isquemia-necrosis sobre esta piel a veces ampliamente levantada. Sólo la experiencia y la continuidad en los cuidados da la mejor garantía para evitar estas situaciones.

10) Entre las 48 y 72 horas retiramos el drenaje, siempre y cuando no encontremos una cantidad de exudación significativa. No podemos olvidar que el drenaje habitualmente los fijamos tanto en la porción de salida por la piel como en el área inicial del mismo en la profundidad de la herida, lo que debe ser tenido en cuenta antes de retirarlo.



Imagen correspondiente a una incisión tipo RAHI, con sutura metálica y fijado de la salida del drenaje por la piel y sujeto con sutura de seda



Cámara de vacío y bolsa colectora en los drenajes aspirativos

Su retirada, una vez eliminadas las fijaciones no entraña dificultad, pero tampoco debemos olvidar que no podemos sacarla si el vacío del drenaje no se ha eliminado.



Detalle de la salida del drenaje fijado con seda y del extremo distal fijado a piel con un botón.

Las curas se harán diarias hasta apreciar que no hay señales de colección, que no hay dehiscencia de sutura ni ninguna otra complicación en el proceso de cicatrización, habitualmente a los 7 días. Aun así siempre citamos al paciente una vez o dos más (al día siguiente o a las 48 horas) para comprobar que no aparece ninguno de estos signos tras la retirada del vendaje y alta domiciliaria. Si en esas citas apreciamos que reaparece colección, volvemos a colocar el vendaje tras la eliminación del mismo.

Ya se ha dicho más arriba, que excepcionalmente pondremos directamente sobre la herida apósitos adhesivos. Puntualmente lo haremos en algún punto de dehiscencia, sobre la salida del drenaje o sobre alguna zona necrótica que haya podido aparecer.

La sutura que se emplea suele ser seda trenzada fina, monofilamentos reabsorbibles, monofilamentos no reabsorbibles o grapas (en el área posterior fundamentalmente), a veces además se colocan tiras de Steri-strips® sobre las suturas reabsorbibles intradérmicas. La retirada de estos elementos será en función de la evolución de la herida y de la experiencia del profesional. En general al menos 10 días las solemos dejar colocadas.

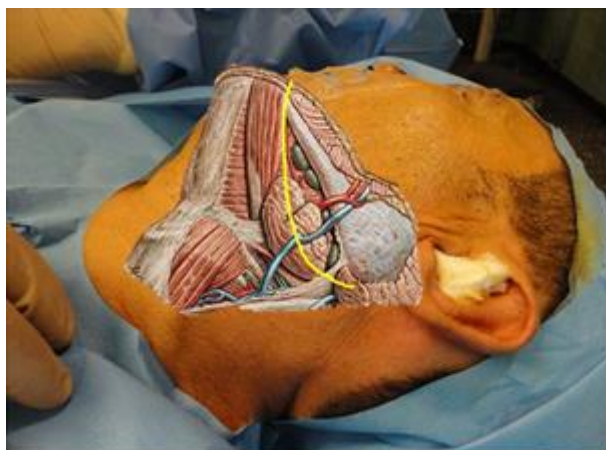
Como en otros tipos de heridas tan expuestas a la luz, recomendamos la aplicación de cremas con filtros solares de pantalla total o la aplicación de los apósitos de silicona.

Algunas consideraciones finales a tener presentes:

- Realizar la cura con la asepsia que toda herida quirúrgica precisa
- Recordar que al menos necesitamos de dos personas.
- Medir el contenido de los drenajes.
- Anotar y comentar la presencia de complicaciones o signos precoces de las mismas en la evolución de la cura.
- No olvidar la protección a la luz solar tras la retirada del vendaje.

Cuidados en la Cirugía de la Glándula Submandibular.

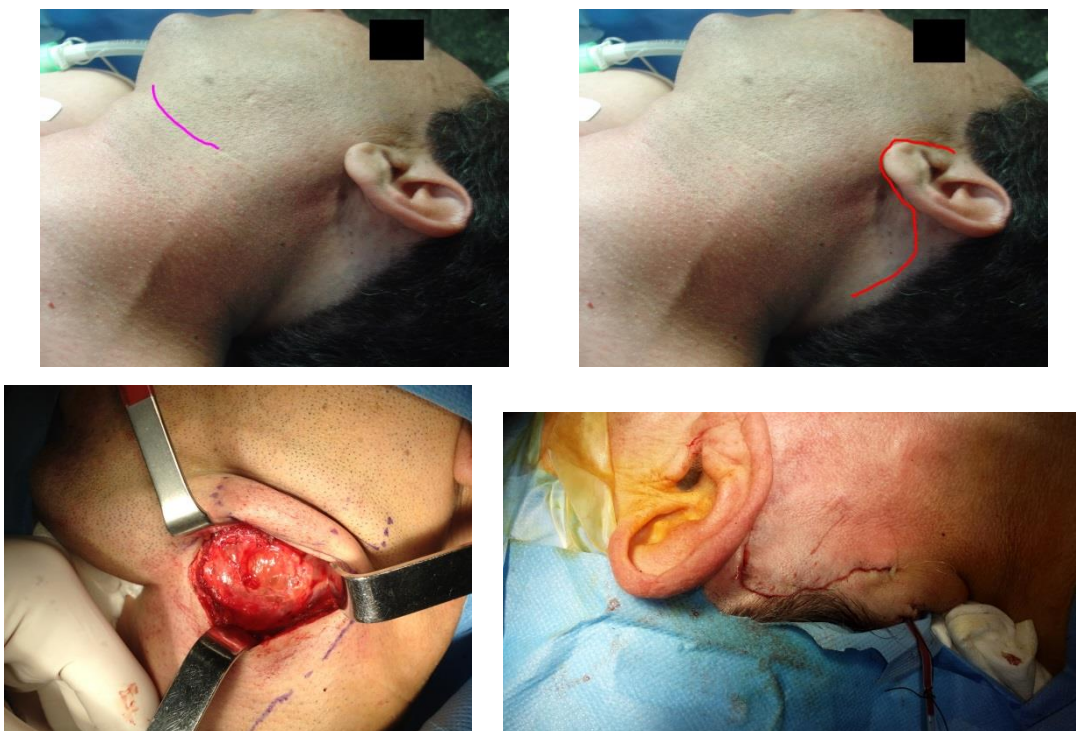
La glándula submaxilar o submandibular también es una glándula exocrina y par, localizada por debajo de la rama mandibular, aproximadamente en su área media, de volumen variable aunque habitualmente no se aprecia en la visión directa del cuello, atravesada también por estructuras de gran interés como son el nervio mentoniano rama del nervio facial, ramas arteriales y venosas correspondiente al componente facial.



Composición virtual de la situación de la glándula salivar Submandibular y trayecto de la arteria y vena facial y del nervio mentoniano.

En el quirófano la cirugía se realizará bajo anestesia general, intubación orotraqueal, siendo una cirugía menos laboriosa que la glándula parótida, pero deber ser igual de cuidadosa ya que existen elementos como los descritos de gran interés clínico y estético. Es igualmente importante que tanto el paciente como sus familiares conozcan los detalles de la cirugía en cuanto a duración, posibles complicaciones, hayan leído, comprendido y firmado el documento de Consentimiento Informado ya que se trata de una cirugía que puede tener importantes repercusiones estéticas y funcionales especialmente por la manipulación del nervio mentoniano, rama del nervio facial.

El abordaje a través de la piel cervical, un poco por debajo de su localización para evitar dañar el nervio mentoniano sigue siendo la clásica y casi universalmente empleada. Nosotros hemos empleado la RAHI (incisión modificada de la ritidectomía) en determinados casos, cuando hemos entendido que el fin estético justificaba este tipo de abordaje más laborioso, igualmente eficaz pero estéticamente mucho más aceptado sobre todo en jóvenes y en mujeres.



Abordaje clásico por cervicotomía horizontal submandibular para la exéresis de la glándula submandibular (a la izquierda) y la incisión tipo RAHI (derecha).

El cuidado posterior del paciente será prácticamente el mismo.

Una vez en la planta, el paciente suele iniciar la tolerancia a la alimentación por os alrededor de las seis horas. No es necesario sondaje nasogástrico, y comenzaremos con líquidos para pasar directamente a una alimentación habitual para el paciente. Debemos recordar que por la manipulación del área quirúrgica muy cercana al suelo de la boca puede que le dificulte la masticación y la deglución.

A las 24 horas solemos realizar la primera cura, intentando mantener toda la esterilidad que sea posible, colocando en una mesa estéril el material que vamos a emplear, y contando siempre con una persona que nos pueda ayudar o conseguir algún elemento que se nos haya olvidado:

- 1) Prepararemos: gasas estériles, solución antiséptica, pinza tipo mosquito o similar, jeringa de 20 cc, venda, apósito adhesivo, recambio para el Redón, guantes estériles, crema antiséptica.
- 2) Mediremos el contenido del drenaje aspirativo tipo Redón que habitualmente dejamos tras la cirugía y que se retirará pasados unas 48 horas.
- 3) Retiramos en su totalidad el apósito o vendaje, teniendo cuidado de no extraer accidentalmente el drenaje.
- 4) Una vez visible la incisión y el área quirúrgica, se valora la presencia de complicaciones, colecciones, áreas de isquemia, necrosis, salida de material por la herida,... y se aplica solución antiséptica al área de la cura.
- 5) Al igual que en la cura precedente hacemos un aspirado del drenaje sin perder el vacío.
- 6) Una vez recolocada la pera o bolsa del drenaje volvemos a limpiar la herida con antiséptico y cubrimos de la herida con gasa. Igualmente colocaremos sobre el área de la glándula extirpada un par de gasas enrolladas para que hagan presión sobre la misma.
- 7) Si empleamos el abordaje clásico solemos colocar un apósito adhesivo (Mepore®, Mefix®) grande y a tensión que nos proporcione tensión. Aquí los vendajes circulares son poco efectivos porque suelen caer pasados unos minutos u horas.

En el abordaje tipo RAHI colocamos como en el apartado anterior un vendaje que cubra toda la cabeza y con presión en el área de la incisión y de la glándula submandibular.



Aplicación de torunda de gasa y mefix® sobre la herida haciendo compresión sobre la misma.



Apósito adhesivo sobre la cicatriz, empleado en los días más evolucionados de la cicatrización



En los abordajes tipo RAHI empleamos el vendaje descrito en la parotidectomía, haciendo presión en este caso sobre el área quirúrgica.

- 8) Entre las 48 y 72 horas retiramos el drenaje, siempre y cuando no encontremos una cantidad de exudación significativa. Sin olvidar que los drenajes están fijados a piel.
- 9) Las curas se harán diarias hasta apreciar que no hay señales de colección, que no hay dehiscencia de sutura ni ninguna otra complicación en el proceso de cicatrización, habitualmente a los 7 días. Aún así siempre citamos al paciente una vez o dos más (al día siguiente o a las 48 horas) para comprobar que no aparece ninguno de estos signos tras la retirada del vendaje y alta domiciliaria. Si en esas citas apreciamos que reaparece colección, volvemos a colocar el vendaje tras la eliminación del mismo.
- 10) Cuando se advierte la inexistencia de signos de colección solemos aplicar un Mepore® que cubra adecuadamente la herida y cambios diarios.
- 11) La sutura que se emplea suele ser seda trenzada fina, monofilamentos reabsorbibles, monofilamentos no reabsorbibles y en mes ocasiones grapas, a veces además se colocan tiras de Steri-strips® sobre las suturas reabsorbibles intradérmicas. La retirada de estos elementos será en función de la evolución de la herida y de la experiencia del profesional. En general al menos 10 días las solemos dejar colocadas.
- 12) Como en otros tipos de heridas tan expuestas a la luz, recomendamos la aplicación de cremas con filtros solares de pantalla total o la aplicación de los apósitos de silicona.

Algunas consideraciones finales a tener presentes:

- *Realizar la cura con la asepsia que toda herida quirúrgica precisa.*
- *Recordar que al menos necesitamos de dos personas.*
- *Medir el contenido de los drenajes.*
- *Anotar y comentar la presencia de complicaciones o signos precoces de las mismas en la evolución de la cura.*
- *No olvidar la protección a la luz solar tras la retirada del vendaje.*

Bibliografía

1. Rey Biel J. et al. Tumores de la Glándula parótida. Protocolos de la SECOM. <http://www.secom.org/web/wp-content/uploads/2014/01/cap50.pdf>.
2. Fontanel JP, Poitout F et Klossek JM. Tumeurs des glandes salivaires. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-628-B-10, 1995, 10 p.
3. Petelle B, Sauvaget E et Tran Ba Huy P. Parotidectomies. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris). Techniques chirurgicales - Tête et cou, 46-510, 2003, 12 p.
4. Caravaca-García A., Rodríguez-Fdez_Freire AR., Elhendi-Halawa W, Prada-Oliveira A. R.A.H.I.: INTRODUCCIÓN A LA TÉCNICA QUIRÚRGICA BÁSICA. LIBERLIBRO. Calle Melilla, 5, 9, i - 02001 Albacete (España). 2012
5. Miralles García MD., Serrano Martínez FJ., Garrido Mirand JM. Manual práctico de vendaje terapéutico y funcional. www.logoss.net/uploads/editorial/indice/indice96.pdf
6. Dehesdin D et Vinel V. Chirurgie de la glande sous-mandibulaire. Chirurgie de la glande sublinguale. Encycl Méd Chir. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS,.Paris. Techniques chirurgicales - Tête et cou, 46-520, 2000, 10 p.

CUIDADOS EN LA CIRUGÍA DE LA BOCA Y LA OROFARINGE

Dr. Caravaca García, Dr. Elhendi Halawa y Dr. Rodríguez Contreras.

La cirugía de la boca y la orofaringe probablemente sea la que con más frecuencia realizan los otorrinos de todos los niveles asistenciales y por ello el personal de enfermería debe estar habituado a sus cuidados y atento a sus necesidades o complicaciones en la planta.

La mayor parte de estas intervenciones derivarán de la exéresis de las amígdalas platinas y de las adenoides (aunque éstas no estén localizadas en la orofaringe propiamente dicha). A este principal grupo se suman todas las exéresis de pequeñas lesiones en la mucosa oral, las derivadas de la patología inflamatoria, las litiasis glandulares, la cirugía del paladar, las tomas de biopsias, la cirugía oncológica,... que por vía endoral realizamos a diario.

Aunque como decimos a la mayoría de los pacientes se les habrá realizado una amigdalectomía, los cuidados de la herida y de la boca durante la evolución de estas actuaciones en general siguen unas pautas básicas muy similares, y si bien en planta el DUE asignado a su cuidado no interviene en curas aparatosas, sí es necesario que conozca cómo realizar los cuidados mínimos y detectar los signos de alerta ante posibles complicaciones.

Generalmente en la orofaringe y en la cavidad oral las heridas al estar húmedas, las suturas se convierten rápidamente en heridas abiertas que forman una úlcera con una capa de fibrina blanquecina que recubre la misma, que dificulta claramente la visión de planos o estructuras bien definidas y que igualmente suelen hacer que el postoperatorio sea doloroso.



Detalle del lecho amigdalario tras la amigdalectomía 48 horas después de la cirugía

Como **normas generales** para todo este tipo de cirugías sobre la mucosa oral/orofaríngea nos vale saber:

1. La **dieta líquida fría**: helados, natillas, yogures,... será la que inicialmente se proponga, instándole al paciente o a los padres en caso de niños a que debe cumplirla como parte del proceso regenerador. Como en cualquier otra cirugía se iniciará aproximadamente a las seis horas de la misma siempre que haya sido con anestesia general. Para otras actuaciones con anestesia local se iniciará a criterio del médico, aunque generalmente no hay necesidad de esperas. Si bien no hay criterios bien definidos de cuidados y de tiempo para iniciar la dieta habitual previa en cada paciente será la evolución propia la que nos irá dando las pautas de comportamiento en esta materia.

2. La necesidad de colocar **sonda nasogástrica o nasoesofágica** supone que la cirugía ha sido lo suficientemente mutilante como para impedir la natural vía de nutrición, y se seguirá de los cuidados de la misma. Esta situación no es la más frecuente con la que nos vamos a encontrar. Su presencia debe alertarnos sobre la contundencia de la cirugía.

3. La necesidad de una adecuada **higiene oral** es fundamental, tanto para el confort del paciente como para evitar sobreinfecciones en el área que nos interesa.

La presencia de halitosis durante todo el proceso de cicatrización en boca y orofaringe es lo habitual, y no significa que exista infección sino más bien la presencia del natural de proceso de necrosis, granulación y reepitelización de la mucosa, y sobre todo una buena excusa para que los sanitarios insistamos en la correcta higiene oral.

La higiene oral hace referencia a no perder el hábito de la limpieza dental con cepillos blandos, con pasta de dientes y con maniobras suaves para minimizar las molestias pero ha de ser inexcusable.

Los enjuagues bucales pueden ser útiles, pero debemos huir de los colutorios de base alcohólica por lo dolorosos que suelen ser sin aportar grandes beneficios. La soluciones de agua oxigenada al 50% ó las bicarbonatadas pueden ser igualmente útiles, pero sin excedernos en su empleo porque igualmente tampoco aportan grandes beneficios, quizás más la sensación que le produce al paciente.

Más novedosas son las pastas, colutorios o geles a base de aloe vera que crean una capa protectora sobre el lecho de la herida y que dan algo de confort al aplicarla.

4. La queja habitual de todos los pacientes a los que se les ha manipulado o se les ha intervenido en la orofaringe es el **dolor**: La necesidad de detectar y tratar este síntoma es inexcusable. El personal de planta debe estar atento a su aparición, respuesta al tratamiento, tolerancia a los fármacos, etc.

5. Una vez en sala, el personal de enfermería debe estar prestando especial atención a la aparición de **complicaciones**:

En este tipo de cirugía la **hemorragia** es nuestra mayor preocupación, si bien algún episodio de saliva manchada de sangre no supone más que algo de preocupación al paciente y la familia, la presencia de sangre fresca en boca, y sobre todo si es persistente debe ser consultada inmediatamente con el médico responsable.

Otras de las complicaciones a las que se debe estar atento es a la **disnea** (dificultad para respirar), sobre todo en grandes manipulaciones o en la cirugía de la lengua, especialmente si la obesidad, malformaciones o el empleo de CPAC están presentes. Debe valorarse inmediatamente por el médico responsable.

6. En cuanto a las suturas, ya hemos dicho que sea seda o material reabsorbible suelen rápidamente perder tensión y terminar en heridas abiertas que se muestran como heridas muy impresionantes, pero que en general tienen una capacidad de regeneración igualmente impresionante. La mayoría de las veces los puntos sueltos los expulsa o los deglute el paciente, las suturas continuas o aquellos puntos sueltos que se quedan fijos muchas veces solo unidos a uno de los bordes de las heridas, los retiraremos cuando creamos que su función es nula evitando así molestias innecesarias.



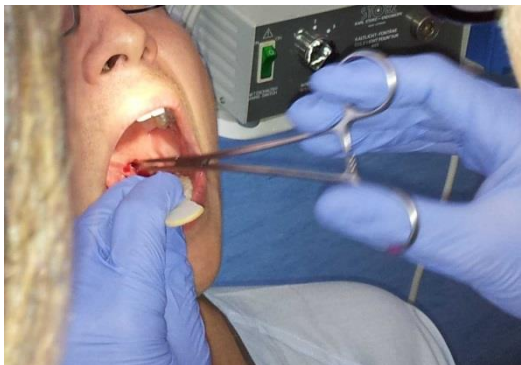
Sutura lingual al 5º día



Persistencia de sutura en lesión de cara ventral de la lengua 10 días posterior a la cirugía

7. Cualquier manipulación en este momento en la boca debe hacerse con instrumental de unas dimensiones que posibiliten el trabajo, que evite meter los

dedos en la boca y que impidan que restos, o piezas caigan a la orofaringe con lo que su deglución pueda darnos un disgusto.



Maniobras sobre el área oral, con material que permite manipular fuera de la boca

8. Es muy importante que tanto el paciente como sus familiares conozcan los detalles de la cirugía en cuanto a duración, posibles complicaciones, hayan leído, comprendido y firmado el documento de ***Consentimiento Informado***.



Cirugía sobre la lengua: Absceso por cuerpo extraño

La ***amigdalectomía*** ha sido la cirugía más frecuente que los otorrinos han y hemos hecho en casi toda la historia de nuestra especialidad. Si bien las técnicas se han modificado, la anestesia general es ya universal, se asocie o no a la adenoidectomía (en niños), los cuidados, las molestias posteriores y las complicaciones siguen siendo las mismas.



Lecho de Amigdalectomía aún en quirófano

La cirugía se realiza bajo anestesia general, sea con IOT o con empleo de mascarilla laríngea. Una vez que el paciente está en la sala de reanimación posquirúrgica el tiempo que el anestesista cree necesario pasará a planta, y se seguirán los cuidados generales que antes hemos citado como normas básicas generales para toda la cirugía de boca y orofaringe.

La instauración y cumplimiento de la **dieta** es muy importante porque tanto niños como adultos son reacios a deglutir por el dolor. La analgesia debe estar prescrita y cumplirse.

El personal de enfermería debe estar atento a la hemorragia y también a la presentación de vómitos, que a veces pueden descompensar la situación clínica. Estos a veces se presentan oscuros, de sangre digerida que hay que diferenciar del sangrado activo.

De menor importancia, pero igualmente molestos pueden ser la aparición de excoriaciones sobre las comisuras labiales, erosiones-cortes de la mucosa lingual, desgarros mucosos de paladar,... que precisan de aplicación de vaselina en los labios o de geles de aloe vera en la mucosa afecta. A veces igualmente pueden producirse avulsiones de alguna pieza dental que en general no precisan cuidados específicos.

Habitualmente, la estancia del paciente en el hospital va desde horas (CMA) a pasar la noche, una vez que se constata la adecuada situación general, deglución y cumplimiento del tratamiento. Suele aparecer febrícula en las horas siguientes a la cirugía que sólo precisará de antitérmicos. Y se debe informar a los familiares que los días siguientes pueden aparecer heces oscuras compatibles con la deglución de sangre.

Al alta el paciente deberá salir con su informe, recomendaciones (Anexo 1) y la prescripción del tratamiento, esto que parece una obviedad puede convertirse en un problema si no se comprueba. Igualmente debe conocer la cita para las revisiones y que hacer en caso de presentar complicaciones.

Desde enfermería, en su informe de alta, se le debe insistir al paciente o a los tutores, de la necesidad del cumplimiento de las recomendaciones dietéticas y del tratamiento, ya que a veces son necesarios reingresos por dolor que imposibilitan la nutrición y la toma de la medicación prescrita.



Detalle del lecho en evolución

También se suelen dar visitas a los Centros de Salud o a Urgencias ante la presencia de halitosis y de dos grandes aftas en los lechos amigdalares, blanquecinos que se suelen malinterpretar como sobreinfección bacteriana o una micosis orofaríngea, a veces tratándoles como si de una faringoamigdalitis fuese, y que corresponde la evolución natural del lecho amigdalino tras su recubrimiento por fibrina.

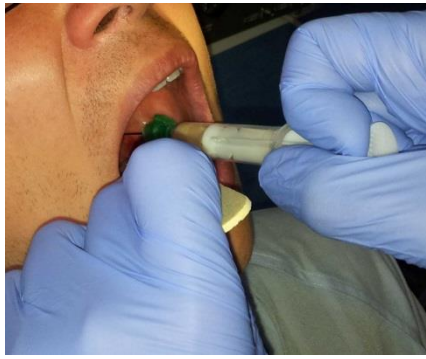
El sangrado tardío, a los 7 días-12 días, correspondiente a la caída de alguna escara, puede ir desde una saliva con restos hemáticos a un sangrado intenso que precise ingreso y reintervención, por lo que el personal sanitario debe conocer esta posibilidad y actuar en función de lo sucedido. Es importante que los sanitarios adviertan de esta posibilidad y que insten a que cumplan el postoperatorio en un lugar donde puedan ser controlados los síntomas si llegan a aparecer.

Casi como norma podemos decir que casi todos los pacientes intervenidos de amigdalectomía, y muchos de los pacientes intervenidos en el área que describimos en este capítulo aparecerán con un edema de úvula más o menos intenso y molesto.

En cuanto a la **Adenoidectomía**, que muchas veces acompaña a la amigdalectomía y otras veces se ha realizado exclusivamente, solo hay que reseñar que al realizarse el legrado de las mismas y quedar por detrás del velo del paladar la herida casi pasan sin necesidad de cuidados de las mismas. Igualmente habrá que controlar el dolor, la posibilidad de sangrado y estar atentos a las molestias que el instrumental quirúrgico pueda haber producido sobre labio, legua, paladar.

A veces puede salir algún resto hemático por nariz. Entre los cuidados debe estar los lavados nasales con suero fisiológico o agua de mar.

De urgencias y con resolución habitualmente en el consultorio (aunque no en niños) nos solemos encontrar ante **Abscesos Periamigdalinos**, que se muestran habitualmente siguiendo a una faringoamigdalitis aguda mal evolucionada y a veces con trismus. Los pasos a seguir habitualmente serán: punción con aguja para localizar el absceso, incisión con bisturí frío y apertura y drenaje del absceso con una pinza tipo mosquito larga, a la vez que se aspira con cánula tipo Yankauer. Una vez finalizado e ingresado habitualmente el paciente los cuidados se limitan a fomentar una buena higiene oral, dieta líquida y enjuagues con soluciones antisépticas.



*Punción diagnóstica para localización y posterior incisión
y drenaje de un absceso periamigdalino*

La **Cirugía del Paladar**: resecciones parciales, uvuloplastias,... se comporta en cuanto a cuidados de enfermería igual que la cirugía de las amígdalas palatinas, siendo quizás la presencia de dolor algo más notoria. Si bien la sensación de dolor varía de unos a otros pacientes, aunque en más de una ocasión se requieren opiáceos.

Es característico en estas situaciones que se escape sobre todos las primeras horas/días algo de líquido por la nariz, de lo cual habrá que tranquilizar al paciente. Los geles de aloe vera suelen ser muy beneficiosos cuando se propone una analgesia correcta.



*Visión de la resección parcial del paladar
inmediatamente a la cirugía*

La Cirugía del Glándula Sublingual por obstrucción de la misma conocida como **Ránula**, la nombramos en este apartado por tener un acceso endoral, por precisar de incisiones relativamente pequeñas y por dejar heridas similares a las resecciones de lesiones benignas en orofaringe.



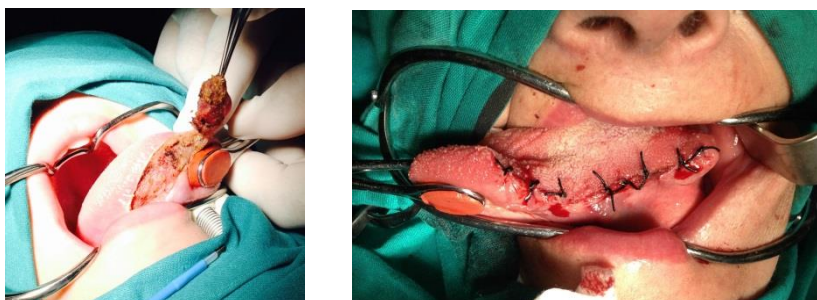
Ránula

No precisará de otros cuidados que los ya descritos.

La resección parcial de la lengua o ***glosectomía parcial***, suele ser una técnica relativamente habitual en las prácticas oncológicas de otorrino y de otras especialidades. Si son pequeñas resecciones o incluso hemiglosectomías suelen comportarse como casi cualquier herida de las comentadas anteriormente.

Hemos de estar especialmente atentos al sangrado y a los episodios de disnea o atragantamientos por mala deglución, siendo necesario iniciar la dieta con alimentos triturados y valorar siempre la necesidad de SNG si fuese preciso. Hay que recordar que eventualmente puede ser necesaria la realización de una traqueotomía en caso de resecciones amplias.

En estos casos igualmente hay que advertir de los cambios a la hora de la pronunciación de la palabra y a veces de la necesidad de logopedia para recuperar la adecuada dicción. En la cirugía de la lengua, sobre todo en las resecciones amplias hay que estar atentos al sangrado, y también advertir al paciente que cuando se daña el nervio lingual por haber sido necesario por las dimensiones de la lesión o por otra causa, es habitual en las primeras horas o días autolesionarse la lengua por mordidas accidentales, a lo que habrá que estar atento.



Exéresis de lesiones pequeñas: glosectomías parciales

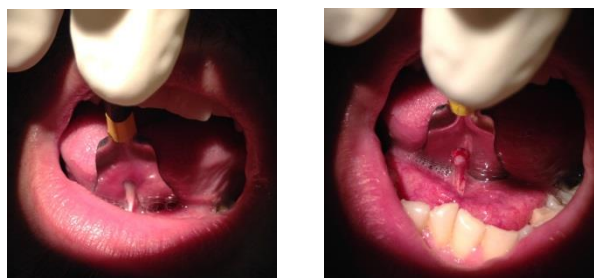
Otra situación a la que hay que estar pendiente es al aumento de volumen del tejido lingual tras la cirugía que puede comprometer la vía aérea, sobre todo si se asocia a origen infeccioso, de lo que habrá que alertar rápidamente al médico responsable.



Detalle quirúrgico del momento de drenaje de un absceso intralingual

Las resecciones totales de la lengua, suelo de boca, con o sin necesidad de colgajos suelen precisar atención en UCI, traqueotomía, colocación de SNG y deben seguir los cuidados de la boca y de los colgajos.

Con más frecuencia atenderemos, sobre todo en Atención Primaria a los pacientes a los que se les ha realizado una **frenotomía/frenectomía sublingual**, o sea al corte del frenillo lingual, asociado muchas veces a disartrias, especialmente en niños. En general se trata como cualquier otra úlcera puesto que no conlleva otros problemas. Dolor, sangrado o mordidas accidentales deben manejarse como hasta ahora se ha comentado.

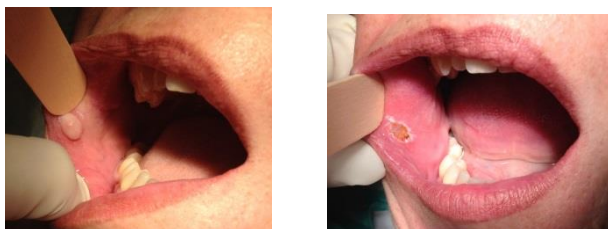


Presencia de glosopexia por frenillo lingual redundante y situación postquirúrgica

En el caso de **pequeñas resecciones** de mucosa por exéresis de fibromas, papilomas, mucocelos de la mucosa de boca y orofaringe, en general se comportan como una úlcera, en la que los geles de aloe vera y la analgesia suelen ser más que suficientes.



Fibromas de la mucosa oral o lingual, antes y después de la cirugía

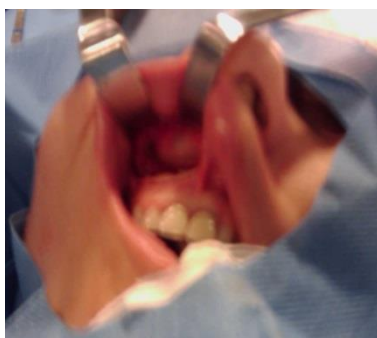


En el caso de la **toma de biopsias** de lesiones algo más amplias, y hasta la resección de las mismas se recomienda enjuagues con agua oxigenada al 50% inicialmente y posteriormente la aplicación de los geles de aloe vera.



Lesión en paladar previo a la toma de biopsia

Hay hoy día otras muchas situaciones que dejan lesiones en la mucosa oral y que las veremos como consecuencia de las actuaciones de la cirugía oral o la odontoestomatología en la boca: extracciones de cordales, implantes dentales,... y también accesos del seno maxilar por vía de **Caldwell-Luc**, y cuyo manejo es similar al que hemos descrito para las pequeñas exéresis de lesiones en esta área.



Detalle del abordaje Caldwell-Luc: surco gingivoyugal.

Algunas consideraciones finales a tener presentes:

- *Estar atentos a las situaciones de complicaciones en estas cirugías, especialmente al sangrado y a la disnea.*
- *Diferenciar entre sangre roja “fresca” y el vómito oscuro de sangre digerida.*
- *Instar al paciente a ser cumplidor con el tratamiento farmacológico, sobre todo la analgesia.*
- *Hacer hincapié en que la introducción de la dieta paso a paso es parte importante en la evolución de las heridas.*
- *Instar al paciente a la correcta higiene oral.*

Bibliografía.

1. Prades J.M., Schmitt T. et Timoshenko A. Cáncer de la lengua. Enciclopedia Médico-Quirúrgica – E – 20-627-A-10 (2004)
2. Marandas P, Haie-Meder C, Sigal R et Waysberg A. Cancers de la face interne de la joue et de la région rétromolaire. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-627-C-10, 1998, 10 p.3.
3. Billet J, Malard O, Tessier MH et Beauvillain de Montreuil C. Pathologie de la muqueuse buccale. Encycl Méd Chir. (Elsevier SAS, Paris). Oto-rhino-Jaryngologie, 20.624-A-1 2003, 10 p.
4. Fontanel JP, Poitout F et Klossek JM. Tumeurs des glandes salivaires. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris). Oto-rhino-laryngologie, 20-628-B-10, 1995, 10 p.
5. Gehanno P et Guéron Ch. Glossectomies. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris). Techniques chirurgicales - Tête et cou, 46-250, 1993, 6 p.
6. Nicollas R., Bonneru J.J. Roman S. et Triglia J.M. Adenoidectomía. Amigdalectomía. Enciclopedia Médico-Quirúrgica – E – 46-330 (2005)
7. Bobin S. Pharyngoplasties. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris). Techniques chirurgicales - Tête et cou, 46-310, 1993, 10 p.

8. Chabolle F et Lachiver X. Traitement chirurgical de la rhonchopathie avec et sans syndrome d'apnée du sommeil.

Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris). Techniques chirurgicales - Tête et cou, 46-340, 1995, 10 p.

9. Barry B, Kici S, Ameline E et Bensimon JL. Suppurations péripharyngées. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris). Oto-rhino-laryngologie, 20-520-A-10, 2000, 6 p.

Anexo 1 : Recomendaciones de cuidados al alta en la amigdalectomía

RECOMENDACIONES DE CUIDADOS AL ALTA
AMIGDALECTOMÍA

- Reposo domiciliario durante tres días y relativo y sin realizar esfuerzos físicos durante 10 días
- Abundante hidratación (agua, zumos, almibar...) a pesar de las molestias al tragar.
- Dieta blanda y fría durante unos 10 días. Evitará tomar comidas que le puedan abrir la cicatriz quirúrgica, como patatas fritas o corteza de pan. No deberá tomar alimentos muy calientes. En caso de dolor muy intenso a la deglución puede administrarle el analgésico 20 minutos antes de la comida.
- Es normal que el primer o segundo día después de la cirugía presente unas décimas.
- Es normal que duelan los oídos.
- Si existen erosiones en los labios, tratarlas con vaselina.
- Es normal presentar secreciones blanquecinas en el lecho amigdalino, sin que ello signifique la existencia de una infección, sino que se trata de la cicatriz que se observa como una gran "mancha blanca".
- Deberá seguir el tratamiento con antibióticos y analgésicos que se le indicó al alta.
- En caso de que presente sangrado por la boca o tenga abundantes restos de sangre en la saliva, tenga rigidez cervical o fiebre alta (mayor de 38° C), deberá acudir a Urgencias o ponerse en contacto con su médico.

Recibo y comprendo las recomendaciones

Cuidados en la cirugía de la glándula tiroidea

Dra. Vázquez Muñoz, Dr. Elhendi Halawa, Dr. Araujo Rodríguez, Dr. Caravaca García.

La enfermedad más frecuente de la glándula tiroides es el bocio. Se le llama **bocio** a todo aumento de la glándula tiroides. El bocio que no se acompaña de hipertiroidismo, hipotiroidismo ni proceso neoplásico, inflamatorio o autoinmune se denomina bocio simple. El tratamiento del bocio simple no es quirúrgico a no ser que existan síntomas compresivos o sospecha de malignidad.

En cuanto a los tumores de la glándula tiroides la mayoría son benignos. El tumor benigno más frecuente en la glándula tiroides es el adenoma folicular, y dentro de los tumores malignos el carcinoma papilar es el de mayor frecuencia, representando el 65-80% de todos los cánceres.

La frecuencia de los tumores de la glándula tiroides es elevada, generalmente 3-5%, y aumenta proporcionalmente a la edad de la población. Esta frecuencia es mucho más elevada cuando se consideran los datos ecográficos y autopsicos, alcanzando entonces valores del 41-49% respectivamente, lo que subraya el carácter quiescente de muchos nódulos. Existe un aumento:

- En el sexo femenino, relacionado con esteroides sexuales.
- En insuficiente aporte de yodo, provocando tumores y bocio.
- Genético.
- Personas expuestas a radiaciones ionizantes, especialmente en cáncer papilar.

Tratamiento de los tumores benignos de tiroides

Se pueden presentar en forma de nódulos aislados o en forma de bocio multinodular.

-Los nódulos aislados pueden ser hipercaptantes (calientes) o hipocaptantes (fríos), siendo el nódulo frío el más frecuente de los tumores tiroideos.

Los nódulos fríos incluyen los adenomas y los quistes como formas más frecuentes. Se admite que los nódulos menores de 1 cm solo necesitan control clínico y en los mayores a 2 cm se debe considerar una lobectomía con examen histológico extemporáneo.

Dentro de los nódulos calientes debemos distinguir los no funcionantes sin manifestaciones funcionales y el nódulo tóxico (responsable de un hipertiroidismo clínico). En los nódulos tóxicos la cirugía (la lobectomía) es la técnica de elección para la mayoría de los autores.

- Los bocios multinodulares pueden ser también eutiroideos o hipertiroides (con zonas calientes autónomas asociadas a zonas frías no funcionales). En el caso de bocios multinodulares se suele realizar una lobectomía, en casos en que solo exista afectación de un lóbulo tiroideo, y una tiroidectomía total (o subtotal respetando una zona polar superior si es posible) si existe afectación de ambos lóbulos o en caso de bocio multinodular hipertiroides.

Tratamiento de los carcinomas de tiroides

La gran mayoría de neoplasias tiroideas se desarrollan a partir de células epiteliales foliculares o parafoliculares. Los carcinomas papilares, foliculares y anaplásicos proceden de células foliculares, siendo el carcinoma papilar el más frecuente. El carcinoma medular procede de las células C o parafoliculares del tiroides productoras de calcitonina.

El tipo de técnica quirúrgica empleada en los carcinomas diferenciados es objeto de debate desde hace tiempo, oscilando las posturas entre quienes prefieren una hemitiroidectomía y quienes se inclinan por la tiroidectomía total o casi total. Además de la tiroidectomía, siempre que haya metástasis ganglionares, se debe hacer un vaciamiento cervical funcional.

El tratamiento del carcinoma medular debe ser más radical que los carcinomas diferenciados, por lo que en todos los casos debe realizarse una tiroidectomía total y un vaciamiento cervical uni o bilateral según sea el tumor.

Los carcinomas anaplásicos son tan refractarios a cualquier tipo de tratamiento que solo se deben intervenir si se presume la posibilidad de su extirpación completa sin morbilidad.

Técnicas quirúrgicas sobre la glándula tiroides

1. ***Loboistmectomías y tiroidectomías totales:*** Consiste en eliminar la totalidad de uno o de los dos lóbulos tiroideos con ligadura extracapsular de los pedículos vasculares.

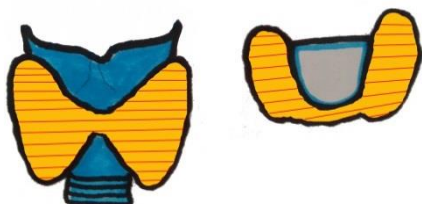


Fig. 1 : Tiroidectomía total. Visión anterior de la glándula tiroides y corte axial a nivel de la misma.

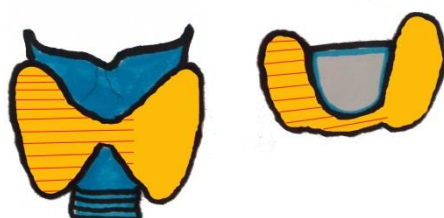


Fig. 2: Loboistmectomía

2. ***Lobectomías subtotales y tiroidectomía subtotales:*** La tiroidectomía subtotal solo difiere de la lobectomía subtotal en la bilateralidad. Consisten en una resección parcial tiroidea, existen dos técnicas opuestas en cuanto a la cantidad de tejido tiroideo que se debe dejar: la primera consiste en dejar una lámina de parénquima posterior que proteja al recurrente y a las dos paratiroides, la segunda se basa en dejar uno o dos muñones superiores vascularizados por los pedículos tiroideos superiores.

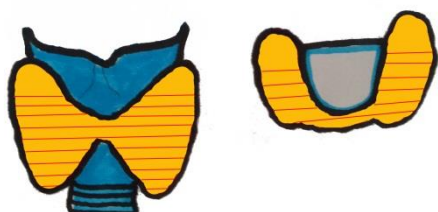


Fig.3: Tiroidectomía subtotal

3. ***Cirugía mínimamente invasiva:*** Estas técnicas tratan de ofrecer similares resultados quirúrgicos, con menor dolor, mejor confort postoperatorio y mejores

resultados estéticos. El abordaje cervicoscópico del tiroides pretende la visualización, exploración, y extirpación de parte o toda la glándula tiroides por medio de la manipulación instrumental que se realiza dentro de una pequeña cavidad cerrada creada mediante el concurso de gas CO₂ y maniobras de disección roma. La mayoría de los autores consideran que las indicaciones en relación al tamaño están en un nódulo con diámetro máximo de 3 cm.

CUIDADOS EN LA CIRUGÍA DE LA GLÁNDULA TIROIDES

Cuidados perioperatorios:

Una vez realizada la técnica quirúrgica, el cirujano procederá a la revisión del lecho quirúrgico realizando una cuidadosa hemostasia. La tiroidectomía, al igual que cualquier otro procedimiento quirúrgico, precisa de una exhaustiva hemostasia para evitar el sangrado intraoperatorio, tener una buena visualización del campo quirúrgico y evitar lesiones de estructuras como paratiroides o nervios recurrentes. Existen sistemas de hemostasia clásicos como la ligadura vascular o electrocoagulación. Los sistemas de hemostasia Ligasure® y Harmonic® han supuesto un considerable avance en la cirugía tiroidea.

A pesar de la exhaustiva hemostasia realizada, dentro de las complicaciones de la cirugía tiroidea, una de las más temidas es la hemorragia y la formación de un hematoma cervical, por lo que el uso de drenajes es ampliamente usado en este tipo de cirugía, al permitir evidenciar la existencia de una hemorragia, así como su evacuación. Existen autores que cuestionan el uso sistemático de drenajes en las tiroidectomías, manifiestan que prescindir de estos dispositivos no se acompaña de un mayor número de complicaciones y posibilita una estancia hospitalaria breve.

En este capítulo, expondremos varias imágenes de pacientes sometidos a cirugía tiroidea, en los que se han utilizado sistemas de drenaje aspirativos. Se trata de drenajes aspirativos tipo Redón®, de aspiración continua conectados a un depósito donde se ha realizado un vacío previo. Se colocan unilateral o bilateralmente a ambos lados del campo quirúrgico, según la técnica a realizar y las preferencias del cirujano.

Al ser la cirugía tiroidea realizada en un campo quirúrgico estrecho, situado en una zona muy visible, la mayoría de cirujanos están optando por la realización de una sutura continua para el cierre de piel, con sutura reabsorbible, con mejores resultados

estéticos, aunque la técnica de cierre dependerá de las preferencias del cirujano, pudiendo usarse puntos sueltos de sutura no reabsorbible.

La localización de la glándula tiroides en la zona central del cuello, hace más difícil el uso de vendajes circulares compresivos, que podrían ser muy molestos para el paciente, por lo cual la mayoría de los cirujanos optan por el uso de apósitos adhesivos tipo Mepore®



Fig.4 y 5: Vendaje tras tiroidectomía total.

La paciente presenta una sutura intradérmica realizada con set de sutura intradérmica Securex® con dos clips de fijación. Dicha sutura esta reforzada por sutura cutánea adhesiva tipo Steri-Strip®. Se observa dos drenajes aspirativos, uno a cada lado de la zona quirúrgica donde estaba alojada la glándula tiroides ya extirpada, fijados a la piel con puntos seda. Todo ello queda cubierto por gasas para realizar hemostasia compresiva y evitar la aparición de complicaciones tipo hematomas o seromas, y fijadas por un apósito adhesivo.



Fig.6 y 7: Vendaje tras hemitiroidectomía

En este caso la paciente presenta una sutura realizada con puntos sueltos de seda. Se observa la presencia de un único drenaje aspirativo. La incisión queda cubierta por gasas y apósito adhesivo.



Fig.8: Imagen de cicatriz tras tiroidectomía total

Cuidados postoperatorios en cirugía tiroidea:

Se realizarán curas locales diarias, limpieza de los puntos con suero fisiológico, pudiéndose usar algún antiséptico tópico. Cambio de gasas y del apósito adhesivo diario o cuantas veces sea necesario según evolución.

Vigilancia del sistema de drenaje, cantidad y características del contenido. Hay que mantener su permeabilidad y vigilar que exista siempre vacío. Se procederá a la extracción de los drenajes aspirativos a las 48h aproximadamente, cuando el contenido del mismo sea escaso y deje de ser hemático.

Vigilar los síntomas de alarma, sobre todo edema y sangrado en la zona de la herida quirúrgica. Realizar un diagnóstico precoz de cualquier tipo de colección a nivel cervical, pues pueden llegar a comprometer la vida del paciente.

Cuidados domiciliarios en la cirugía tiroidea:

Lavar la herida con agua y jabón neutro. No mantener húmedo y secar adecuadamente. Aplicar antiséptico y dejar al aire.

No aplicar maquillaje o cremas corporales, lociones...

Evitar el sol hasta que exista una correcta cicatrización, después utilizar crema de protección solar pantalla total.

Los puntos se retirarán a los 7-10 días si la sutura usada es no reabsorbible.

Instruir al paciente a acudir al médico si existen signos de alarma como cambios en la herida, dolor local intenso, fiebre alta y disnea o disfonía.

Bibliografía

1. Herrero Ballester JV et al. Bocio. Hipo e hipertiroidismo. Guía de actuación clínica en AP. Publicaciones.san.gva.es
2. Cochand-Priollet B. et al. Tumores de la glándula tiroidea: correlaciones cito histológicas y aporte de las nuevas técnicas. Enciclopedia Médico Quirúrgica. Otorrinolaringología. Elsevier.20-878-A-10,1997.
3. Trotoux J et Aidan D. Tumeurs du corps thyroid. Encycl. Med Chir (Editions Scientifiques el Medicales Elsevier SAS Paris, tous droits reserves) Oto-rhinolaryngologie,20-875-A-10,1997,12p.
4. Maldonado Fernández M, Rodrigo Tapia JP, Martínez Ferreras A, López Llamas A, Suarez Nieto C. Cáncer de tiroides y paratiroides. En: Manual del residente de ORL y patología cérvico-facial. Madrid.IM&C.2002.
5. Suarez Nieto C. Patología quirúrgica de la glándula tiroides. En: Abello P, Traserra J. Otorrinolaringología. Barcelona. Ediciones Doyma.1992.
6. Casanova D. Cirugía mínimamente invasiva de tiroides y paratiroides. Anales Sis San Navarra 2005;28(3)
7. Pardal-Refoyo JL. Sistemas de hemostasia en cirugía tiroidea y complicaciones. Acta Otorrinolaringol Esp 2011; 62(5); 339-346.
8. Pérez P. JA. et al. Uso selectivo de drenajes en tiroidectomías. Revista Chilena de Cirugía 2009;61(6);515-518.

CUIDADOS EN LA CIRUGÍA DE LOS COLGAJOS

Dr. Araujo Rodríguez, Dr. Caravaca García y Dr. Rodríguez Contreras.

Definiremos **colgajo** como aquella masa de tejido, que generalmente incluye piel separada, parcial o totalmente, de cualquier parte del cuerpo y que se utilizará para **reparar defectos** en zonas adyacentes o alejadas del organismo.

Por tanto, y redundando en lo anterior, con las distintas técnicas quirúrgicas dentro de los colgajos pretendemos, en lo que concierne al área de cabeza y cuello, reconstruir defectos en la región oral, facial o cervical, producidos por infecciones, traumatismos, malformaciones congénitas o, lo más frecuente, tras una cirugía ablativa en un proceso oncológico.

No es lo mismo hablar de colgajo que de injerto: mientras que el primero tiene su propia irrigación sanguínea, el injerto recibe su irrigación del área receptora.

Clasificación de los colgajos:

Podemos realizar una primera clasificación de los colgajos según el tejido que incluyan en:

- *Cutáneos*: compuestos por dermis y tejido subcutáneo.
- *Fasciocutáneos*: compuestos por dermis, tejido subcutáneo y cara superficial de la aponeurosis profunda.
- *Miocutáneos o musculocutáneos*: compuesto por dermis, tejido subcutáneo y músculo, recibe su irrigación arterial cutánea de vasos profundos que perforan el músculo y la aponeurosis para llegar a la piel.
- *Musculares*: compuestos de vientre muscular que contiene un hilio neurovascular donde se localizan los vasos que van a anastomosarse a la superficie receptora.
- *Hueso vascularizado*: compuesto de hueso sangrante con su circulación perióstica.

Resulta, sin embargo, más interesante la clasificación en función de la vascularización, donde encontraremos:

a) **Colgajos locales:** no disponen de pedículo vascular propio. No deben ser más largos que la anchura de la base y no deben sobrepasar los 12,5 cm de longitud, para evitar así la necrosis del colgajo. Pueden ser de avance, de rotación o zetaplastias.



Ejemplo de colgajo local de rotación para exéresis de lesión de fosa nasal

b) **Colgajos axiales:** disponen de un sistema arterio-venoso que circula a lo largo de su eje longitudinal, a su vez pueden ser:

1.- *Libres:* implica sección de los vasos de la base del colgajo con microanastomosis en vasos de la zona receptora.

Los más frecuentes utilizados en área cervicofacial son el colgajo radial (chino), colgajo de peroné, colgajo anterolateral del muslo y colgajo de cresta ilíaca.

2.- *Pediculados:* el pedículo vascular del colgajo permanece unido al área donante, por lo que se precisará una tunelización para alcanzar la zona receptora (colgajos en isla) o una sección del área donante en un segundo tiempo (colgajos en península).

Los más frecuentes son: colgajo de músculo temporal, colgajo deltopectoral, colgajo pectoral mayor.

Cuidados en torno a la cirugía de los colgajos

No debemos olvidar que en la cirugía de los colgajos, sobre todo aquella que va orientada a la reconstrucción de defectos amplios, es importante una buena **valoración preoperatoria**, puesto que en la gran mayoría de ocasiones estaremos tratando zonas cutáneas fibrosadas, tal vez radiadas...zonas donde la integridad y la calidad de la piel no siempre va a ser la ideal.

Por tanto antes de la cirugía valoraremos:

- **Estado general del paciente**, constantes, estado nutricional...: asegurar las mejores condiciones del organismo para favorecer el éxito de la cirugía, si es necesario se ingresará días antes para mejor control.
- **Estado de las zonas implicadas en el colgajo**, zona donante y zona receptora: se debe asegurar un correcto cuidado y cura de las zonas implicadas, rasurado de las mismas, desinfección, evitar las excesivas manipulaciones de la zona (por ejemplo nunca se debe tomar una vía venosa en el brazo donde se va a realizar un colgajo radial).

Una vez completada la cirugía, el éxito de la misma estará muy influido por los **cuidados posteriores**, por lo tanto hay que tener en cuenta una serie de aspectos:

- De nuevo el estado general del paciente es fundamental para una buena evolución, así que prevenir y tratar las infecciones, la movilización precoz, el estado anímico favorable, el estado nutricional adecuado deben ser básicos en el cuidado diario del paciente.
- Valorar la permeabilidad y el adecuado funcionamiento de los drenajes.
- Valorar el **estado del colgajo**: el colgajo cuando funciona adecuadamente adquiere una coloración rosada, está caliente al tacto y blanquea a la presión. Si aparece palidez, enfriamiento cutáneo o cianosis es signo de isquemia, si adquiere una coloración rojo amoratada es signo de congestión venosa.
- Cura de herida quirúrgica:
Recordar que existen 2 zonas quirúrgicas a curar: la donante y la receptora.
La zona donante se desinfectará adecuadamente y se ocluirá con un apósito.
Sobre la zona receptora procederemos de igual manera limpiando y

desinfectando la zona, colocaremos algún tipo de apósito que favorezca la granulación (Mepitel®...) colocaremos un vendaje que cubra pero que no apriete, teniendo en cuenta que deberemos ser muy cautos con este último y adaptarlo de la mejor forma posible a la situación anatómica, de manera que con la compresión no se comprometa la vascularización y por lo tanto la viabilidad del colgajo. Es por tanto aconsejable, en los primeros días, realizar 2 curas diarias, con el fin de evaluar el estado del mismo.

Según el tipo de cirugía pueden existir férulas (colgajo de peroné), cánulas de traqueotomía... que requerirán el tipo de cuidados específico.

Una vez pasado el período crítico de vulnerabilidad de colgajo (en torno a los 2-15 días), continuaremos con las curas, siendo ya posible que sean más alternas y pudiendo incluso realizarlas de manera domiciliaria si el estado del paciente así lo permitiese.

Por tanto, y a modo de resumen, podemos decir que a la hora de los cuidados en la cirugía reconstructiva es muy importante tener presente el tipo de cirugía realizada (colgajo libre, pediculado...), y ser muy meticulosos en el seguimiento y tratamiento postoperatorio, puesto que estamos ante tejidos delicados de cuyo extremo cuidado y máximo esmero dependerá el éxito del procedimiento y conseguir el objetivo final deseado, que no es otro que mejorar la calidad de vida en pacientes, la mayoría de ellos, que vienen de largos procesos diagnósticos-terapéuticos.

Bibliografía:

- Molina López, M. et al.: Procedimiento quirúrgico del colgajo libre. Principales cuidados de enfermería. Nure Investigación, n. 46, Mayo – Junio 2010.
- Bragado Rodríguez, S.; González Antolín, O.; Olavarría Gómez, S.: Plan de cuidados de enfermería para pacientes sometidos a cirugía reconstructiva en defectos orocervicofaciales. Fundación enfermería Cantabria, n.1, vol 1.
- Andrew A. Jacono, MD; Augustine L. Moscatello, MD; Pedicled myocutaneous flaps in head and neck surgery. Operative techniques in otolaryngology-head and neck surgery. Vol 11. n.2 (jun) 2000. pp: 139-142
- Schultz et al. Basic Flap design. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 26 (2014) 277–303

CAPITULO 15

LA SONDA NASOGÁSTRICA/NASOESOFÁGICA EN LA CIRUGÍA CERVICAL

D. José Serrano Doucet, Dr. Araujo Rodríguez, Dra. Vázquez Muñoz y Dr. Caravaca García.

DEFINICION

Llamamos **sondas nasogástrica (SNG) y nasoesofágica (SNE)** a aquellos dispositivos tubulares huecos colocados a través de la nariz hasta el esófago o el estómago según el caso, consiguiendo, por tanto, una comunicación directa con los mismos.

Existen distintos **tipos de sondas** según el material o la composición química, la longitud, el grosor y otras propiedades.

- Sondas no Reactivas:

Son tubos no irritantes de poliuretano, silicona o material similar, de 5 y 12 French (FR) (1 French equivale a 0,34 mm). Pueden dejarse colocadas durante varias semanas. Son las más modernas.

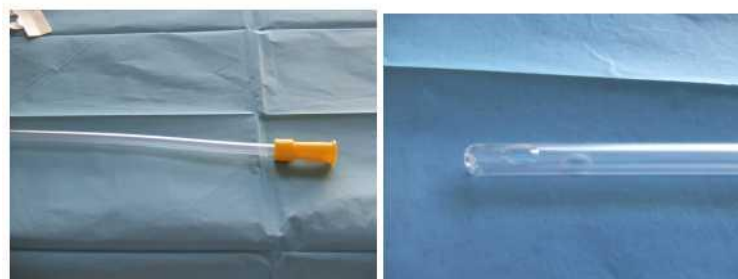


Sonda NE de silicona

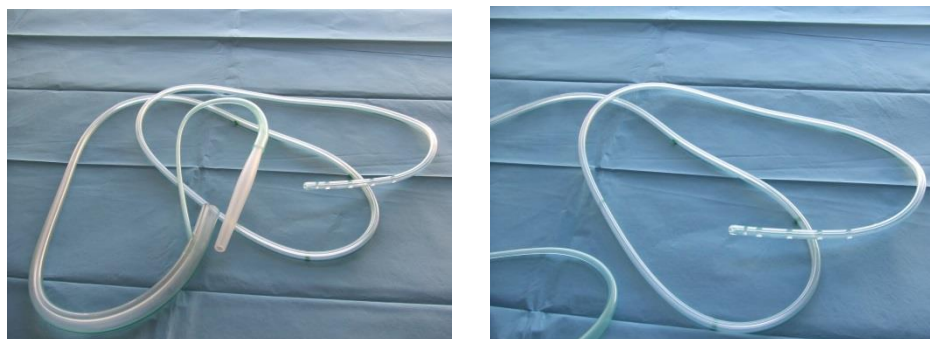
- Sondas de polietileno (PE) o cloruro de polivinilo (PVC):

Presentan un tamaño entre 5 y 18 FR. Son más rígidas, se endurece con el uso y deben cambiarse cada 3 a 4 días, son más irritantes.

- Otros tipos de sondas: Sonda tipo Foley, Pezzer o de punta redondeada, su diámetro interior es de 5 a 10 mm o incluso más, permite el paso de partículas alimentarias de mayor grosor, como alimentos convencionalmente triturados, usada en gastrostomía. Sondas de doble luz, sondas de yeyunostomía...



Sonda Nasogástrica y detalle de la zona distal



Sonda nasogástrica

INDICACIONES

En la práctica la colocación de una sonda se utiliza para:

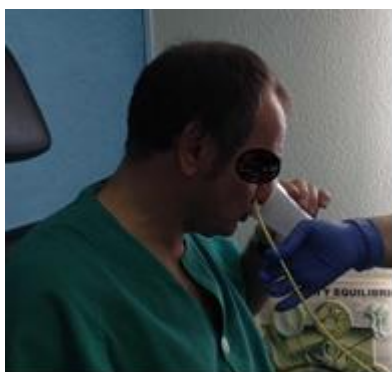
- **ALIMENTACIÓN:** administrar nutrición enteral en pacientes con dificultades para la alimentación o estados de desnutrición, así como la administración de medicamentos triturados.
- **ASPIRACION:** en situaciones que lo requieran como sangrados digestivos, intoxicaciones, descompresión tras cirugía gástrica, o como procesos diagnósticos para obtener cultivos gástricos por ejemplo.
- **COMPRESION:** Manejo terapéutico en pacientes con várices esofágicas sangrantes por ejemplo. Se utilizan tubos especiales provistos de balones inflables del tipo Sengstaken-Blakemore.
- En cuanto a la **CIRUGÍA CERVICAL** faringolaríngea (laringectomía total...) y faringoesofágica sobre todo, utilizaremos el sondaje nasogástrico además de para lo

descrito anteriormente, como prevención de fístulas traqueoesofágicas y faringocutáneas, y a modo de tutor para prevenir la estenosis esofágica postquirúrgica.

TÉCNICA DE COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA

A la hora de proceder a la colocación de una SNG/E, seguiremos los siguientes pasos:

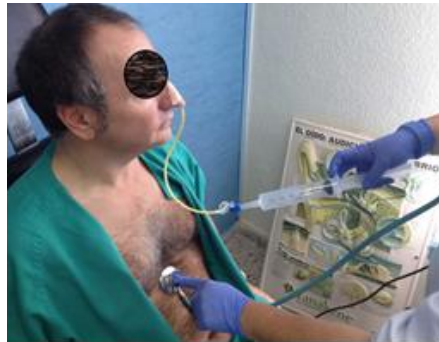
- Informar adecuadamente al paciente del procedimiento con el fin de conseguir la máxima colaboración por su parte.
- El paciente se colocará en posición sentada, siempre que sea posible, cabeza discretamente inclinada hacia adelante. La colocación de una SNG/E con el enfermo en posición de decúbito siempre es más dificultosa.
- Se selecciona la fosa nasal más amplia, lubricamos la sonda con una sustancia hidrosoluble y se va introduciendo paulatinamente por el suelo de la fosa nasal hacia la faringe. Una vez llegados a este punto solicitamos la colaboración del paciente, indicándole que vaya tragando a la vez que vamos empujando sutilmente la sonda, de manera que con la presión negativa que ejerce el paciente con la deglución y con nuestra presión, conseguimos que la sonda vaya colocándose en el seno piriforme en primer lugar, y de ahí introduciéndose paulatinamente en esófago y estómago. Iremos “sintiendo” en nuestros dedos las diferencias de presión al pasar la sonda por los distintos esfínteres.



Introducción de la sonda mientras el paciente realiza maniobras de deglución

- Para comprobar la correcta colocación de la sonda en estómago existen varios métodos:
 - Aspirar y si sale contenido gástrico muy probablemente estará en posición.

- Introducir bolos de aire con una jeringa de 50 cc y auscultar a la vez en epigastrio, si escuchamos el sonido aéreo característico podremos asegurar que está en posición.



Comprobación de la situación correcta de la sonda con jeringa y fonendo

- Realizar una radiografía de tórax y abdomen y comprobar directamente la ubicación.



Comprobación de sonda en posición correcta mediante Rx

Solemos hacernos una idea de los centímetros que debemos de introducir de cada tipo de sonda midiendo antes de su introducción en el paciente, la longitud que va desde la nariz a la oreja y de esta hasta el área del epigastrio:



Medimos la longitud que aproximadamente debemos de introducir: nariz-oreja-epigastrio

- Una vez que se ha comprobado la correcta colocación debemos retirar la guía interna que algunas clases de sondas incluyen y fijar la sonda adecuadamente a la nariz.



Apósito para fijación de sondas nasogástricas/esofágicas y detalle del mismo en el paciente

Sin embargo en ciertas ocasiones la sonda no nos progresará adecuadamente, para lo que tendremos en cuenta una serie de aspectos y usaremos algunos “**trucos**”:

- Explorar la orofaringe, ya que en ocasiones la sonda se ha hecho un bucle sobre sí misma en la zona.
- En muchas ocasiones nos facilitará el proceso que el paciente vaya bebiendo sorbos de agua mientras estamos colocando la sonda. También al colocar la cabeza inclinada y girada a un lado (la barbilla tocando el hombro) conseguimos la apertura del seno piriforme contralateral, maniobra que nos puede facilitar la introducción de la sonda.
- En otros momentos nos ayudará el introducir los dedos en la orofaringe, agarrar la sonda e ir introduciéndola directamente. Esta situación por molesta requiere la colaboración del paciente será fundamental.
- Es muy importante reconocer si nos estamos adentrando en vía aérea, el paciente puede comenzar a toser, e incluso mostrar disnea o sufrir un laringoespasma. Debemos ser precavidos y cuidadosos.

- Si es un sondaje complicado puede ser realizado por el otorrinolaringólogo mediante visión directa con rinofibrolaringoscopia flexible.
- Es importante tener en cuenta que cuando se introducen tubos para descomprimir el tracto gastrointestinal o para hacer lavado gástrico en casos de hematemesis, se debe escoger el de mayor diámetro que permita la luz de las fosas nasales, para evitar que se obstruya por coágulos, secreciones o contenido intestinal.
- Tener en cuenta también que a la hora de sondar a un paciente recién intervenido de cirugía faringolaríngea/esofágica debemos extremar el cuidado, puesto que podríamos provocar una dehiscencia de suturas con las complicaciones asociadas.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS A TRAVÉS DE LA SONDA

Es importante incidir que los alimentos deben tener consistencia líquida, y los medicamentos si no es posible en forma de líquido o jarabe, se triturarán adecuadamente y se diluirán antes de su administración.

Antes y después de la administración farmacológica, debe hacerse un lavado de la sonda con agua para evitar que se mezcle con los alimentos y también para prevenir que quede algún residuo que pudiera obstruirla. Es aconsejable que la administración de alimento o medicación se realice con el paciente sentado, siempre que sea posible, y que permanezca en esa posición al menos 30 minutos.



Jeringa para administración de alimentos



Tapón para sonda

COMPLICACIONES

ÚLCERA POR PRESION: Es de relativa frecuencia encontrar pequeñas lesiones por presión en la fosa nasal donde se ha colocado la sonda.

Para evitarlo es conveniente vigilar diariamente la fijación de la misma, movilizarla sutilmente y en su caso aplicar almohadillas esponjosas entre la sonda y la mucosa nasal.

En el caso de que la úlcera ya esté conformada aplicaremos pomadas epitelizantes y apósitos a propósito. Si la úlcera evoluciona tórpidamente la solución final pasaría por retirar la sonda y colocarla en la fosa nasal opuesta.

OBSTRUCCIÓN: Antes y después de la administración de alimentos y/o medicación es conveniente hacer un lavado de la sonda con agua.

En caso de obstrucción se procederá de la siguiente manera:

1. Introducir agua templada a través de la sonda con una jeringa de 50 cc.
2. Si con esto persiste la obstrucción se puede administrar varios centímetros cúbicos de refresco de cola, esperar unos minutos y luego proceder al lavado con agua
3. Si con ello no se ha resuelto el problema podremos intentar pasar una guía cebra por si hubiera quedado algún resto de alimento o medicamento.
4. En última instancia y tras informar al facultativo responsable, se procedería al cambio de la sonda.

HEMORRAGIA: En raras ocasiones pudiera ocurrir que la sonda nasogástrica o nasoesofágica, provocara una hemorragia, bien a nivel de la fosa nasal, o a nivel del esófago.

En el primer caso la causa más probable será una erosión de la mucosa nasal al colocar la sonda.

Para prevenirlo, si se aprecia dificultad por un orificio nasal, se debe intentar por el otro y si persiste se recomienda buscar una sonda de un calibre inferior.

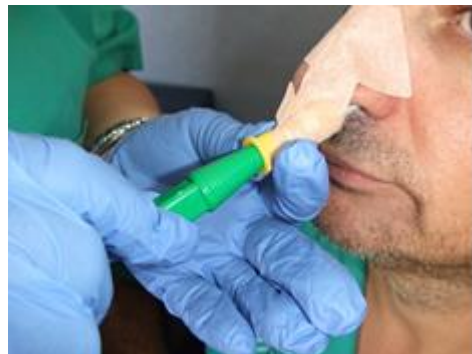
Otras veces el paciente puede presentar una hemorragia a nivel del esófago, bien por la rotura de una variz esofágica o por una erosión en la mucosa. Ante estos casos se debe actuar en consecuencia y si el sangrado persiste, colocar una sonda de “Sengstaken Blakemore”.

Es importante antes de realizar un sondaje, saber si el paciente está sometido a tratamiento con anticoagulantes o si tiene problemas de la coagulación. En caso afirmativo será informado el facultativo responsable para valorar la medida a tomar.



Administración de sustancias (fármacos o alimentos) a través de la sonda con jeringa

Sellado de sonda con tapón tras administración de alimento



Sonda nasogástrica en posición

Bibliografía

1. . Esteban de la Torre A y Portero Fraile M.P. Técnicas de Enfermería. Ediciones ROL.
2. Flores Almonacid, C. y Romero Bravo, A. Manual de protocolos y procedimientos generales de enfermería. Sonda nasogástrica y gastrostomía: Inserción, mantenimiento y retirada. Hospital Reina Sofía. Córdoba.
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/h8_insercion_sondas_nasogastrica.pdf
3. Castillo Alegría, M., Yanyachi Pajuelo, M. Evaluación de la calidad higiénico sanitaria en fórmulas de nutrición enteral usadas en dos hospitales de la ciudad de Lima. [://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/castillo_a_m/generalidades.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/tesis/salud/castillo_a_m/generalidades.htm)

Detección de Incorrecciones

D. Ignacio González Solano y Dr. Caravaca García

Tras la exposición capitular del presente manual, es apropiado y ético no olvidar la detección de las incorrecciones más comunes y que fácilmente podremos evitar y solucionar con la finalidad de mejorar la recuperación del paciente, disminuyendo las complicaciones posoperatorias y su calidad durante la estancia hospitalaria.

A ninguna persona le gusta cometer incorrecciones, y se debe de aprender de ellas. Darse cuenta que forman parte esencial de la superación personal y análisis es la mejor manera de aprender de ellas. Se puede ser demasiado autocrítico, pero lo verdaderamente importante, es aprender y mejorar para la próxima vez.

Una incorrección en el ejercicio de la profesión es evitable en el 49,5% de los casos en España, a fecha del 2005, (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS>). Recordando que su posibilidad dificulta la consecución de las metas de la práctica profesional. Del mismo modo que las limitaciones inherentes al ejercicio profesional, ignorarlas puede ser una *Preferencia Adaptativa* del colectivo sanitario.

Desde un punto de vista de la práctica asistencial diaria podemos encontrarnos con incorrecciones que hemos clasificado en

- materiales,
- técnicas,
- referidas a los cuidados,
- prescriptivas, y
- burocráticas.

Durante el desarrollo del capítulo haremos una revisión de las mismas con la exclusiva finalidad ya citada de evitar tropezar en ellas y facilitar la evolución correcta de nuestro paciente, mejorando su calidad de vida, la pronta recuperación y favoreciendo desde el punto de vista de los cuidados su incorporación en lo posible a su ritmo de vida habitual con la mayor independencia posible en las actividades de la vida diaria.

En la práctica asistencial revisamos a pacientes que han precisado en la mayoría de las veces de un tratamiento quirúrgico. Y de ello somos responsables de tratar, cuidar y vigilar la evolución de la herida que han precisado para afrontar el problema de salud que los llevó a esa intervención. El término **herida** se define como una solución de continuidad de un tejido, generalmente la piel, producida por un agente traumático. Como consecuencia de la agresión de este tejido existe riesgo de infección y posibilidad de lesiones en órganos o tejidos adyacentes como músculos, nervios y/o vasos sanguíneos. Las heridas quirúrgicas, o postoperatorias, son aquellas producidas generalmente con bisturí para la reparación de tejidos o realización de intervenciones y se suturan con materiales como hilo o grapas.

Una primera tipología de estas incorrecciones es la relacionada con la preparación de **LOS MATERIALES** que vamos a necesitar para la cura del paciente:

- NO tener el material completo que vamos a precisar PREPARADO,
- NO disponer del personal suficiente para completar la cura,
- NO estar en el emplazamiento correcto para la cura por necesidades asistenciales,
- FALTA de intimidad en la espera a ser atendidos o durante la atención,
- INCORRECTO mobiliario en el momento de la cura,
- FALTA de dispositivos lumínicos apropiados para el momento.
- No disponer de un sistema aspirativo adecuado, bien por sobrecarga o incorrección en su montaje.
- PREVISIÓN incorrecta del dispositivo sonda o cánula de aspiración por su ausencia o desprovisión.
- PREVISIÓN incorrecta del material quirúrgico a utilizar en la cura, por su ausencia o desprovisión.
- RIESGO de incorrección en la identificación específica del material reutilizable personal del paciente y su desecho como consecuencia.
- INCORRECCIÓN de la división de zonas asépticas con zona contaminada durante la realización de la cura. (Fig.1)



Fig 1: mesa en la que se aprecia material estéril y no estéril para una misma cura

Una de las complicaciones postoperatorias más relevantes en estas situaciones sería la infección de la herida quirúrgica. Se define **herida infectada** como aquella herida con presencia de bacterias u otros microorganismos en cantidad suficiente como para superar las defensas tisulares y lesionar el tejido o alterar su curación. Los microorganismos que se reproducen en ella invaden los tejidos vivos que rodean la lesión y producen alteraciones en los mismos. En este caso pueden aparecer los signos clínicos característicos de una infección local: eritema, edema, calor, dolor, rubor y exudado purulento, los cuales evidencian la existencia de una reacción de los microorganismos en el huésped. En muchos casos el que una herida esté infectada representa, cuanto menos, un enlentecimiento en el proceso de cicatrización y, por tanto, la imposibilidad de que ésta pueda curarse correctamente, con un aumento de su estancia hospitalaria.

El principal **factor de riesgo** es el grado de contaminación durante el procedimiento que, en gran medida, depende de la duración de la operación y del estado general del paciente, así como de la penetración en el tracto digestivo, urinario o respiratorio. Otros factores comprenden la calidad de la técnica quirúrgica, la presencia de cuerpos extraños, incluso tubos de drenaje, la virulencia de los microorganismos, la infección concomitante en otros sitios, la práctica de afeitar al paciente antes de quirófano. Por otra parte, se sabe que el riesgo de infección del sitio quirúrgico está directamente relacionado con la cantidad de bacterias contaminantes: a mayor cantidad de bacterias, mayor es el riesgo de infección; también depende de la agresividad del germen y del estado de las defensas del paciente: en un paciente joven y sano, con sus defensas bien constituidas, el riesgo de infección es menor.

En todos los pacientes se toman medidas universales con el objeto de prevenir esta importante complicación, pero el riesgo de aparición de infecciones del sitio quirúrgico es mayor en ciertos casos, de modo que es importante valorar en forma apropiada este riesgo y extremar los cuidados cuando sea necesario.

Una vez establecida la herida quirúrgica definiremos cura de heridas, como el conjunto de técnicas que se realizan sobre una herida, considerando la misma desde la valoración y seguimiento, limpieza y aplicación de antisépticos hasta la colocación del apósito y el posterior registro de las actividades. Más concretamente y atendiendo al tema que concierne en este caso, la *Clasificación de Intervenciones de Enfermería* (NIC) define “cuidados del sitio de incisión” como limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas. Así como la valoración de las heridas y los procedimientos de tratamiento de las mismas se han ido transformando a lo largo de los últimos años, los objetivos del tratamiento se mantienen de manera independiente de las medidas utilizadas para ello. Estos son:

- Favorecer la cicatrización de la herida.
- Prevenir, controlar o eliminar la infección.
- Proteger la herida de daños adicionales.
- Proteger la piel circundante de infecciones y traumatismos.
- Aportar la mayor comodidad posible al paciente.

En la realización de la cura de heridas quirúrgicas se deben tomar una serie de precauciones, entre las que cabe destacar el importante ***mantenimiento de la esterilidad***, cuya finalidad es evitar al máximo cualquier contaminación de la herida, mientras que donde ya está presente, su fin es evitar que se extienda a otras zonas de la lesión, a otros pacientes o incluso al personal. Para evitar la infección debemos conocer que las principales vías de contagio son la vía aérea, la infección cruzada desde heridas de otro paciente o desde otras heridas en distinta localización del mismo paciente mediante material contaminado. Además de esta medida, existen otras que en ocasiones por obvias se pasan por alto, como son:

- tener las heridas expuestas el menor tiempo posible,
- usar guantes limpios y estériles para cada cura y preparar el campo estéril de forma adecuada, ordenada, no pasar sobre éste los apósitos contaminados y en caso de humedecerse con alguna solución, pasar a considerarlo no estéril.
- el uso de guantes estériles se especifica en procedimientos que requieren técnica estéril. Se deben utilizar siempre al realizar técnicas o procedimientos invasivos (para uso quirúrgico (riesgo biológico alto) y técnicas asépticas o estériles de curas de heridas quirúrgicas.

De todo lo anteriormente expuesto podemos citar incorrecciones derivadas de **LAS TECNICAS** aplicadas en estas curas:

- vendajes flojos, muy apretados o caídos. (Fig. 2)



Fig 2: Vendaje demasiado estrecho y compresivo sobre el área cervical anterior, lo que provoca sofocación.

- Apósitos despegados por el vello facial, o elección inapropiada de apósitos (Fig. 3)



Fig. 3: Apósitos autoadhesivos despegados por el vello facial y el sudor.

- Realizar vendajes inapropiados según la zona a cubrir. Cada área de la zona ORL precisa de un tipo de vendaje, colocar uno que no se adapta supone una incorrecta evolución del proceso. (Fig. 3')



Fig. 3': Un apósito autoadhesivo NO es el vendaje correcto ni adecuado de una cirugía de oído o una herida en el pabellón

- Realizar cura local sin el uso de la tipología de guantes apropiados en cada momento (Fig.4)



Fig. 4: No emplear guantes.

A este respecto igualmente hay que recalcar nuevamente la necesidad de la Higiene de manos por parte del personal sanitario.

- No drenar la herida correctamente o no mantener sistemas de aspiración con vacío constante si fuera viable. (Fig.5, 6 y 7)



Fig. 5, 6 y 7: Hay que mantener el vacío de los drenajes y recuperar el vacío tras las curas.

Reseñar incorrecciones potenciales de **CUIDADOS**:

- Riesgos de desplazamientos de los taponamientos por desprendimiento. (Fig. 8)



Fig. 8: Desplazamiento anterior accidental del merocel® en un taponamiento anterior nasal.

- Vigilancia de sondas de taponamiento. Existe el riesgo de pérdida de presión dentro de los pneumotaponamiento. Su revisión es básica. (Fig. 9)



Fig. 9: Desplazamiento anterior del balón de pneumotaponamiento por inadecuada fijación.

- Aspiración inapropiada de secreciones nasales, bucales o traqueales.
- SNG sin sujeción correcta.
- Uso inapropiado de tipología de sujeciones. La colocación de apósitos nasales no indicados. Cuando el taponamiento nasal es unilateral, no resulta procedente una sujeción bilateral que dificultará en demasía la ventilación del paciente presionando y obstruyendo el conducto nasal sano. (Fig.10)



Fig. 10: Detalle de gasa colocada taponando las dos fosas nasales cuando sólo necesitamos taponar una.

La correcta práctica consigue un efecto directo sobre la disminución del riesgo de infecciones. Citaremos los resultados publicados sobre la prevalencia de las infecciones nosocomiales en España y Europa (estudio EPINE-EPPS) mostraron en el año 2012 como la prevalencia de pacientes con infección nosocomial adquirida durante la hospitalización fue la más baja de la historia del EPINE (5,61%), aunque la prevalencia total de pacientes asistidos con infección (7,61%) no disminuyó en la misma escala debido al aumento de las infecciones presentes en el momento del ingreso.

El dato más relevante es que la infección nosocomial aumentó entre los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica (30,39%) en comparación con los datos publicados previamente (19,4%), presentando una prevalencia parcial de 2,31% y quedando por encima de las infecciones respiratorias, del tracto urinario y otras . También cabe destacar que en la ordenación de las localizaciones hubo un notable cambio pues las infecciones quirúrgicas se situaron en primera posición, seguido de otras localizaciones, respiratorias, urinarias y bacteriemias.

La infección de la herida quirúrgica es considerada una infección nosocomial. La OMS, en el año 2002, define infección nosocomial como aquella infección que no está presente de forma activa, ni en periodo de incubación, durante las primeras 48 horas del ingreso de un paciente en una institución sanitaria o de su atención en un centro asistencial y establece como criterio simplificado para la vigilancia de infección nosocomial derivada del sitio quirúrgico cualquier secreción purulenta o celulitis difusa en el sitio de la intervención quirúrgica en el mes siguiente a la operación.

Nombraremos junto a las posibles incorrecciones expuestas otras tipologías de ellas, que si no tan visibles, también ayudarían a facilitar la pronta recuperación del paciente:

*** *PRESCRIPTIVAS y BUROCRÁTICAS.***

- Inapropiada anamnesis del paciente, donde no son registradas alergias o medicación domiciliaria del paciente.
- Comprobación de la SNG que está en su sitio y en su longitud adecuada, y además que funciona.
- Ausencia de prescripción de la dieta alimenticia enteral por sonda o en su defecto de la NPT/P.
- Ausencia de prescripción del inicio de la tolerancia al paciente por sonda.

- Ausencia de prescripción de la retirada de la sonda vesical en el posoperatorio.
- Ausencia de los CC.II. quirúrgicos previos a la intervención.
- Ausencia también de protocolos con registros oficiales que respalden la práctica diaria.

Por último, insistir en que es mucho más fácil para todos los colectivos implicados en el tratamiento y cuidados de los pacientes **registrar la evolución diaria del paciente**, reflejando al igual que su estado general, su estado hemodinámico, las variaciones analíticas o de tratamiento, la evolución de las curas de las heridas quirúrgicas, así como la metodología aplicada para su curación local, lo que facilitará el proceso de continuidad de cuidados y tratamiento.

Renombremos que los datos relevantes a la hora de **valorar el estado y evolución de la herida quirúrgica** son los siguientes:

1. Localización.
2. Antigüedad.
3. Tamaño.
4. Características de la herida:
 - ☐ Tejido.
 - ☐ Exudado.
 - ☐ Olor.
 - ☐ Estado de la piel perilesional.
5. Dolor.
6. Fase y tipo de cicatrización.
7. Signos de infección.
8. Limpieza:
 - ☐ Solución.
 - ☐ Procedimiento.
9. Tratamiento.
10. Frecuencia de revisiones.

Bibliografía

1. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS>
2. http://www.uv.es/ramoncue/PCIAECI/documentos/presenta_preferencias.pdf
3. http://www.hospitaloccidentekennedy.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=46&Itemid=284
4. Bulechecheck m, Gloria, Butcher , H. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE EN-FERMERÍA (NIC) . Edit. ELSEVIER ESPAÑA, 2013.ISBN 9788490224557
5. http://ruc.udc.es/bitstream/2183/13668/2/TFG_Enfermaria_Rodr%C3%ADguez_Hermida_Ver%C3%B3nica.pdf
6. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000182.htm
7. Huamán G., Manuel; Tello, Ana María. Nutrición parenteral total / Total parenteral nutrition. Cir. rev. Soc. Cir. Perú;2(1):33-8, ene.-abr. 1985. Tab.
8. Bonet A., Grau T. Estudio multicéntrico de incidencia de las complicaciones de la nutrición parenteral total en el paciente grave: Estudio ICOMEP 1ª parte. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2005 Ago [citado 2015 Oct 20] ; 20(4): 268-277. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-161120050006000006&lng=es.
9. Domínguez Luelmo, A. Derecho sanitario y responsabilidades médicas. Edit Lex Nova. Va-lladolid. 2007.
10. Kenneth N.Anderson. Diccionario de medicina. Edit. Oceano Mosby. Barcelona.
11. Sánchez Nebra J, Lago Silva E. Nutrición Parenteral.Celaya S. Tratado de Nutrición Artificial. Aula Médica, Madrid. 1998; 189-211.

11.
http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/sopORTENutricional/pdf/cap_12.pdf
12. <http://www.telability.org/handouts/TelAbilityHandoutTPNfeedsSP.pdf>
13. Luis Rodrigo, MT. Los Diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Edit Masson. Barcelona. 2003
14.
http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Publicaciones%20Propias%20Madrid%20salud/Otros%20documentos%20y%20procedimientos/manual_tecnicas_enfermeria_noviembre.pdf
15. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011/eim113g.pdf>

Glosario

Dr. Caravaca García, Dr. Araujo Rodríguez y Dr. Rodríguez Contreras.

A continuación nombramos algunas palabras y expresiones que pueden ayudarnos a la comprensión del texto.

- **Absceso:** Colección purulenta en los espacios o tejidos corporales. Cuando los nombramos hacemos mención a la región anatómica donde se localizan los espacios cervicales, periamigdalinos,...
- **Adaptador:** Dispositivo o aparato que sirve para acomodar elementos de distinto uso, diseño, tamaño, finalidad, etc. En nuestro caso se suele emplear para nombrar aquel dispositivo que permite la unión entre elementos de diferentes calibres: sean gomas, cánulas, terminales... a veces los nombramos también como conectores.
- **Adenoidectomía:** Legrado del tejido adenoideo existente en el cavum nasofaríngeo.
- **Adenopatía:** Enfermedad de los ganglios, especialmente de los linfáticos. Nos referimos al aumento de volumen de los ganglios linfáticos, a veces por procesos inflamatorios, infecciosos o tumorales.
- **Amigdalectomía:** Cirugía en la que se extirpan las amígdalas palatinas.
- **Antiséptico:** Producto que se emplea para combatir o prevenir los padecimientos infecciosos destruyendo los microbios que los causan.
- **Apósito:** es cualquiera de los diferentes productos sanitarios empleados para cubrir y proteger una herida y cuya finalidad es la reepitelización del tejido dañado y por consecuencia la cicatrización de la herida.
- **Apósito interactivo:** Sirven para mantener un ambiente fisiológico húmedo en la herida o úlcera, estimula enzimas catalíticas favoreciendo la autólisis y permite que el desbridamiento sea sin dolor. No se adhieren a la herida.
- **Babero:** Nombramos al fungible que se pone entre la cánula de traqueotomía y el pecho del paciente, para evitar que las secreciones mojen la piel circundante.
- **Bigotera:** Comúnmente nos referimos a las gasas que colocamos en los orificios nasales tras la aplicación del taponamiento nasal sea por cirugía o por epistaxis.

- **Bioactivo:** Relativo o perteneciente a una sustancia que tiene un efecto en el tejido vivo o causa una reacción en él.
- **Biopsia:** u operación biopsia consiste en la toma de una muestra o la totalidad de una lesión y su estudio anatomopatológico.
- **Bocio:** Conocemos por bocio a todo aumento de la glándula tiroides.
- **CAE:** Siglas habituales para referirnos al conducto auditivo externo.
- **Cánula:** Dispositivo de diversos materiales que se introduce a través del estoma traqueal permitiendo la ventilación del paciente y evitando que este se cierre.

También podemos encontrar cánula en el contexto de “terminal” que emplearemos para aspirar, sea oído, nariz,...

- **CENS:** siglas de cirugía endoscópica nasosinusal.
- **Cervicotomía:** Incisión quirúrgica de las partes blandas del cuello para acceder a determinadas estructuras anatómicas o a lesiones cervicales.
- **Colesteatoma:** Proceso inflamatorio del oído que se caracteriza por la existencia de una perforación marginal (habitualmente) , y presencia de epitelio queratinizado escamoso en las estructuras del oído medio que se extiende a mastoides, produciendo erosión y destrucción de los huesecillos y de las estructuras vecinas a las que se expande de manera gradual.
- **Colgajo:** masa de tejido, que generalmente incluye piel, separada parcial o totalmente de cualquier parte del cuerpo y que se utilizará para reparar defectos en zonas adyacentes o alejadas del organismo.
- **Compresa:** Lienzo fino o gasa que, doblada varias veces y por lo común esterilizada, se emplea para cohibir hemorragias, cubrir heridas, aplicar calor, frío o ciertos medicamentos.
- **Consentimiento Informado:** La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- **Dehiscencia de sutura:** La abertura espontánea de una zona suturada de una herida quirúrgica, quedando de nuevo los bordes de dicha herida separados sin cumplirse el propósito de la sutura. Puede ser debido a una formación deficiente de la cicatriz, y al haber un aumento de presión puede provocar dicha abertura.
- **Dietas poliméricas:** Son fórmulas nutricionalmente completas, en las que los tres nutrientes básicos (proteínas, hidratos de carbono y grasas) se encuentran en forma compleja, es decir, en forma de polímeros o macromoléculas.

- **Disnea:** Dificultad para respirar.
- **Drenaje:** Los drenajes son tubos u otros elementos que ayudan a evacuar líquidos acumulados en zonas del organismo por diferentes motivos (entre ellos las intervenciones quirúrgicas). Estos sistemas comunican la zona en la que está acumulado el líquido con el exterior o con un sistema de recogida adecuado.
- **Endoaural:** A través del conducto auditivo externo.
- **Endoral:** A través del orificio natural de la boca.
- **Enfisema Subcutáneo:** Infiltración subcutánea de aire que se reconoce por la crepitación que se produce a la palpación de la zona afectada.
- **EPINE:** Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España.
- **Epistaxis:** Sangrado originado en las fosas nasales.
- **EPPS:** protocolo europeo de prevalencia EPPS. (European Point Prevalence Survey).
- **ESPONGOATAN® o SPONGOSTAN®:** Marcas comerciales de una esponja de gelatina absorbible para asistir en procedimientos quirúrgicos en el control de sangrado de venas capilares.
- **Estapedectomías o estapedotomías:** sustitución total o parcial de un huesecillo del oído medio (el estribo) por una prótesis.
- **Estéril:** Para nosotros significará “Libre de gérmenes patógenos”.
- **Exostosis:** Son neoformaciones óseas benignas generalmente bilaterales y con base de implantación ancha en las paredes del conducto auditivo externo y que rara vez producen síntomas, en cuyo caso su tratamiento es quirúrgico.
- **Factor de Riesgo:** En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.
- **Faringostoma:** Consiste en la aparición de una fístula faringocutánea en cualquier punto de la incisión cervical aunque suele ser más frecuente alrededor del traqueostoma.
- **Férula:** Tablilla flexible y resistente que se emplea en el tratamiento de las fracturas.
- **Fístula:** Es una conexión anormal entre un órgano, un vaso o el intestino y otra estructura. Generalmente, las fístulas son el producto de lesión o cirugía, pero también pueden ser consecuencia de infección o inflamación.
- **Fotóforo:** Luz frontal eléctrica para iluminar el área de trabajo, imprescindible y clásica en el trabajo del otorrino.
- **Frenotomía Sublingual:** Hace referencia al corte del frenillo lingual.

- **Fowler**, posición de: Para asumir la posición de Fowler, el individuo se ubica sobre su cama en una posición semisentada de aproximadamente 45-60° con las rodillas extendidas o flexionadas. Para ello, la cabecera de la cama se eleva unos 60-90 cm hasta la altura deseada y producir el ángulo característico de la postura
- **Gasa**: Tela de seda o hilo muy clara y fina. Banda de tejido muy ralo, que, esterilizada o impregnada de sustancias medicamentosas, se usa en cirugía.
- **Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)**: Es un procedimiento mediante el cual se coloca un tubo flexible de alimentación a través de la pared abdominal hasta el estómago. Permite la nutrición, la administración de líquidos y/o medicamentos directamente en el estómago, sin pasar por la boca y el esófago.
- **Glosectomía**: Exéresis que puede ser completa o parcial de la lengua.
- **GNEAUPP**: siglas del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.
- **Halitosis**: hace referencia al mal olor o fetidez que se exhala en lesiones orofaríngeas.
- **Hemostasia**: La hemostasia quirúrgica agrupa todos los procedimientos técnicos que el cirujano emplea para controlar la hemorragia que se produce accidentalmente o durante el acto operatorio.
- **Herida**: Se define como una solución de continuidad de un tejido, generalmente la piel, producida por un agente traumático.
- **Herida infectada** como aquella herida con presencia de bacterias u otros microorganismos en cantidad suficiente como para superar las defensas tisulares y lesionar el tejido o alterar su curación.
- **Incorrección**: 1. f. Cualidad de incorrecto. 2. f. Dicho o hecho incorrecto. En el capítulo 16 debe entenderse en el contexto de “errores a evitar”.
- **Información Clínica**: Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla mejorarla o recuperarla.
- **Infusión**: 1. f. Acción y efecto de infundir. 2. f. Bebida que se obtiene de diversos frutos o hierbas aromáticas, como té, café, manzanilla, etc., introduciéndolos en agua hirviendo. 4. f. Acción de extraer de las sustancias orgánicas las partes solubles en agua, a una temperatura mayor que la del ambiente y menor que la del agua hirviendo. 5. f. Producto líquido así obtenido.

- **Laringectomía:** Extirpación de la laringe y tejidos que la rodean. Pueden ser laringectomía total o parcial, dependiendo de lo que se extirpe debido a un proceso oncológico.
- **Laringoestroboscopia:** Exploración endoscópica de la laringe con luz estroboscópica, permite ver la vibración de las cuerdas vocales y sus trastornos.
- **Laringoscopia:** Técnica exploratoria de las cuerdas vocales e hipofaringe.
- **Láser:** Del inglés laser, acrónimo de *light amplification by stimulated emission of radiation* (amplificación de luz mediante emisión inducida de radiación). Dispositivo electrónico que, basado en una emisión inducida, amplifica de manera extraordinaria un haz de luz monocromático y coherente. Cuando hablamos de cirugía láser hablamos de una técnica quirúrgica que emplea un rayo láser como elemento de corte y coagulación
- **Lentina:** Pequeñas compresas rectangulares de algodón estéril prensado sin costuras, unidas a un cordón de sutura. (Término aún sin registrar en la RAE).
- **Mastoidectomía:** Conjunto de intervenciones quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de las otitis crónicas o colesteatomatosa con el fin de erradicar las lesiones de las distintas cavidades del oído medio y mastoides en las que la mastoides y el oído medio se exteriorizan y forman una cavidad común con el canal auditivo externo.
- **Meatoplastia:** Es una técnica quirúrgica donde se agranda la abertura del conducto auditivo hacia el exterior. Se suele realizar después de una mastoidectomía para facilitar el examen y la limpieza del oído.
- **MEROCEL®:** Marca comercial de una esponja de polivinil acetal, porosa con células continuas e interconectadas que la hacen ser más absorbente, flexible y suave al humedecerse.
- **Microbiótica:** es la ciencia que estudia la microbiota (comunidad de microorganismos residentes en un ecosistema determinado) en su relación simbiótica (apoyo mutuo) con los organismos simbioses (anfitriones).
- **Microcirugía endolaríngea:** Técnica quirúrgica que consiste en la visualización directa autosuspendida con microscopio quirúrgico de la laringe y su tratamiento correspondiente.
- **Micronutrientes:** sustancias que el organismo de los seres vivos necesita en pequeñas dosis. Son sustancias indispensables para los diferentes procesos metabólicos de los organismos vivos y sin ellos morirían. Desempeñan importantes funciones catalizadoras en el metabolismo. En los animales engloba las vitaminas y minerales y estos últimos se

dividen en minerales y oligoelementos. Estos últimos se necesitan en una dosis aún menor.

- **Miringoplastias:** cierre de perforaciones timpánicas con un injerto.
- **Morbimortalidad:** aquellas enfermedades causantes de la muerte en determinadas poblaciones, espacios y tiempos.
- **Neumotaponamiento:** Hacemos referencia al balón o balones que en dispositivos como la cánula con balón o el balón de taponamiento nasal que empleamos en las epistaxis, lo llenamos con “aire”.
- **NIC:** Clasificación de Intervenciones de Enfermería. *La Clasificación de Intervenciones Enfermeras recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación.*
- **Nódulo:** Concreción de poco volumen. **Nódulo linfático:** Concreción de pequeño tamaño y forma esferoidal, constituida por la acumulación de linfocitos, principalmente en el tejido conjuntivo de las mucosas.
- **NP:** La nutrición parenteral (NP) consiste en el aporte de nutrientes al organismo por vía extradigestiva. Aunque en la actualidad la NP forma parte de la práctica médica general en los pacientes medicoquirúrgicos, sólo hace unos 25 años que se han conseguido los avances apropiados y es capaz de aportar con las máximas garantías de seguridad todos los sustratos nutritivos esenciales. El aporte por la vía intravenosa de macro y micronutrientes. Según el aporte de nutrientes se clasifica en:
 - Nutrición Parenteral Total (NPT):* es cuando la NP aporta todos los nutrientes para cubrir los requerimientos del paciente sin que se presenten alteraciones en el estado nutricional ni se presenten signos carenciales.
 - Nutrición Parenteral Parcial:* es cuando la NPT se utiliza como complemento a una alimentación enteral insuficiente. En este caso no se requiere que la NPP aporte la totalidad de los nutrientes que requiere el paciente.
- **Otohematoma:** Extravasación subpericóndrica de sangre secundaria normalmente a un traumatismo del pabellón auricular. La colección de sangre se localiza habitualmente entre el hélix y el antehélix y se muestra como una colección blanda, poco dolorosa, más o menos fluctuante de color rojo a morado
- **Otoplastias:** Cirugía estética de la oreja para resolver deformidades anatómicas.
- **Otoscopia:** Exploración ORL que consiste en la correcta visualización de la membrana timpánica y del conducto auditivo externo.

- **Pabellón auricular:** Es la parte visible del oído. Es una estructura compuesta por cartílago y piel cuya función es captar las vibraciones sonoras y redirigirlas hacia el interior del oído.

- **Paracentesis timpánica:** consiste en la perforación de la membrana timpánica, para la evacuación del material coleccionado en la caja del oído medio, bien sea material purulento como en Otitis media Agudas, o material mucoso como en las Otitis Seromucosas, pudiéndose colocar unos drenajes transtimpánicos.

- **Pictograma:** Un pictograma es un signo icónico dibujado y no lingüístico que representa figurativamente, de forma más o menos realista, un objeto real o significado. En la planta tenemos una tabla con los dibujos más frecuentes: tengo dolor, frío, sed, hambre, quiero teléfono, orinar, qué hora, ...

- **Ponderal:** Perteneciente o relativo al peso.

- **Precauciones Universales:** es el conjunto de técnicas y procedimientos destinados a proteger al personal que conforma el equipo de salud de la posible infección con ciertos agentes. Las precauciones universales parten del siguiente principio:

"Todos los pacientes y sus fluidos corporales independientemente del diagnóstico de ingreso o motivo por el cual haya entrado al hospital o clínica, deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se debe tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra transmisión."

Así el trabajador de la salud debe asumir que cualquier paciente puede estar infectado por algún agente transmisible por sangre y que por tanto, debe protegerse con los medios adecuados.

- **Preferencias adaptativas:** Son la consecuencia del ajuste de las voliciones a las posibilidades del afectado. Tendencia a eludir frustración que surge al tener preferencias que no se pueden satisfacer. Causalidad y no conciencia.

- **Prevalencia:** número total de los individuos que presentan un atributo o enfermedad en un momento o durante un periodo dividido por la población en ese punto en el tiempo o en la mitad del periodo. Cuantifica la proporción de personas en una población que tienen una enfermedad (o cualquier otro suceso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tenga la enfermedad en ese momento.

- **R.A.H.I.:** Incisión retroauricular siguiendo la línea de implantación del cabello.

- **Ránula:** Imposibilidad de drenaje de la saliva de la glándula salivar sublingual con aumento de volumen por colección de saliva de la misma.

- **Redón:** El drenaje de Redón, a veces llamado simplemente "redón", es un tubo de material flexible que se compone de plástico o de silicona, y perforado por numerosos

agujeros en una parte de su pared. Después de una intervención quirúrgica, la porción agujereada se coloca en la región operada y asegura el drenaje de los materiales a eliminar mediante aspiración, del cuerpo hacia el exterior.

- **Retroauricular:** Por detrás del pabellón auricular.
- **Rinoplastia:** Cirugía para resolver problemas estéticos del dorso nasal.
- **Rinoscopia:** Exploración de las fosas nasales.
- **Septoplastias** Nasal: Corrección quirúrgica de las deformidades del tabique nasal o septum nasal. La Septorrinoplastia incluye dos procedimientos en el mismo acto: Cirugía funcional del tabique nasal y cirugía estética del dorso nasal.
- **Sinequia:** Adherencia anormal entre estructuras. Llamamos sinequias nasales a las adherencias entre ambas paredes de la fosa nasal, la llamada pared lateral y la llamada medial o septal.
- **Sondas nasogástrica (SNG) y nasoesofágica (SNE)** son aquellos dispositivos tubulares huecos colocados a través de la nariz hasta el esófago o el estómago según el caso, consiguiendo, por tanto, una comunicación directa con los mismos. Fundamentalmente empleados para administrar alimentos y/o medicamentos.
- **Steri-strips®:** Marca registrada de *puntos de aproximación*, son una adaptación comercial estéril para cortes superficiales, lineales y superficiales de poca tensión, se emplean también como refuerzo en sutura continua intradérmica y tras retirada de puntos.
- **Sutura:** Es aquel material y la técnica cuya finalidad es favorecer el proceso de la cicatrización de una herida, mediante la unión de los extremos o el tejido para mantenerlos de esta forma y reducir la tensión generada en los mismos.
- **Timpanoplastias:** Son procedimientos quirúrgico en el tímpano y los huesos del oído medio para restaurar el mecanismo auditivo del oído medio. Generalmente pretenden la reparación de una perforación en el tímpano con o sin la corrección de un defecto de los huesos del oído medio.
- **Transoral:** Nos referimos al acceso a través de la boca hacia las lesiones de laringe, hipofaringe,...
- **Traqueotomía:** Técnica quirúrgica que consiste en una incisión en la base del cuello que permite la apertura de la tráquea y colocación de un cánula para mantener la vía aérea permeable.
- **Traqueostomía:** Digamos que es la situación clínica que se origina al paciente tras la realización de una traqueotomía la cual puede ser permanente o temporal.

- **Turbinoplastias:** Reducción del volumen tisular de los cornetes inferiores mediante varias técnicas quirúrgicas.
- **Venda:** Tira, por lo común de lienzo, gasa, etc., que sirve para ligar un miembro o para sujetar los apósitos aplicados sobre una llaga, contusión, tumor, etc.
- **Vendaje:** Es un procedimiento o técnica que consistente en envolver una parte del cuerpo que está lesionada por diversos motivos (entre ellos las intervenciones quirúrgicas), entre cuyos objetivos se encuentran la fijación de apósitos y la compresión adecuada de la zona intervenida.
- **Virginia Henderson:** (Kansas, 30 de noviembre de 1897 – Branford, 19 de marzo de 1996), fue una enfermera teorizadora que incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería.
- **Yankauer:** Terminal de aspiración, clásico en ORL por su versatilidad en el uso. Hoy se emplean de un solo uso, son de plástico y de diferentes grosores.

Este texto se terminó de redactar en noviembre de 2015, gracias a la colaboración entre personal de enfermería y médicas adjuntos de la UGC de O.R.L. y Patología Cérvico-Facial del Hospital "Punta de Europa" de Algeciras (Cádiz).

Gracias a todos ellos, gracias a nuestros pacientes siempre dispuestos ante la cámara, y gracias también a los alumnos de enfermería que durante esos días nos acompañaron.