



Universidad de Valladolid

**Facultad de Enfermería de
Valladolid
Grado en Enfermería
Curso 2017/18**

Cuidados de enfermería y complicaciones en el paciente laringectomizado

Alumna: Andrea San Segundo Alonso

Tutora: Maite Moreno Durán

Cotutora: Sara García Villanueva

RESUMEN

El cáncer de laringe es una neoplasia maligna caracterizada por un crecimiento celular descontrolado y no homogéneo de las células de la laringe, suponiendo el 3% de los tumores malignos del organismo. El consumo de bebidas alcohólicas y tabaco suponen los principales factores de riesgo.

El tratamiento de elección para tumores laríngeos en estadio T3 y en las recidivas parciales es la laringectomía total, que consiste en la extracción total de la laringe. Como consecuencia a ésto, se avoca la tráquea a la piel, mediante una traqueostomía.

La laringectomía total supone un cambio en la vida del paciente, el cual carece de información suficiente provocando en él la aparición de ansiedad e inseguridad. El principal objetivo para el equipo sanitario es ofrecer al paciente instrucciones necesarias para afrontar los cambios, al mismo tiempo que ofrecerle apoyo psicológico, así como una educación persuasiva para provocar en él unos hábitos de conducta saludables evitando así la aparición de recidivas.

La presente revisión bibliográfica tiene como objetivo describir los cuidados del paciente laringectomizado en el postoperatorio inmediato, así como las complicaciones que puedan surgir.

Palabras clave: “laringectomía total”, “cuidados de enfermería”, “complicaciones”, “laringectomizado”.

ABSTRACT

Larynx cancer is a malignant neoplasm characterized by an uncontrolled and heterogeneous cell growth, accounts for 3% of all the malignant tumors of the body. Alcohol and tobacco represent the main risk factors for the development of this cancer.

The election treatment for stage T3 larynx tumors and recurrences is total laryngectomy, which consists in full extraction of the larynx. As a result of it, the tracheostomy is opened to the skin and tracheostomy is performed.

Total laryngectomy has a huge impact in a patient's life and without the proper information the patient will present anxiety and insecurity.

Therefore, the main goal of the health team will be to offer the patient the necessary instructions to face the changes he will experience in his life while also offering psychological help and an education in order for him to acquire healthy habits to prevent recurrences.

This literature review has as target to describe the care necessities of the laryngectomized patient in the immediate postoperative and of the complications that may arise.

Key words: "total laryngectomy", "nurse care", "complications", "laryngectomized"

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Justificación:	4
3. Objetivos.....	5
3.1. Objetivo principal.....	5
3.2. Objetivos específicos	5
4. Material y métodos	6
4.1. Criterios de inclusión	6
4.2. Criterios de exclusión	6
4.3. Obtención de resultados	7
5. Resultados.....	8
5.1. Laringectomía total.....	8
5.2. Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato.....	8
5.2.1. Cuidados de la vía aérea.....	9
5.2.2. Cuidados de la herida quirúrgica:	11
5.2.3. Cuidados del estoma	12
5.2.4. Cuidados nutricionales	16
5.2.5. Comunicación.....	17
5.3. Complicaciones de la laringectomía total.....	18
6. Discusión	21
6.1. Futuras líneas de investigación.....	21
7. Conclusiones	22
8. Bibliografía.....	23

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de laringe supone el 3% de los tumores malignos del organismo. ⁽¹⁾ Según los últimos estudios epidemiológicos, en el año 2012 en Europa se diagnosticaron 39.901 casos de cáncer laríngeo. En España ese mismo año, se diagnosticaron 2.914 nuevos casos de tumores de laringe en varones y 268 en mujeres. La mortalidad para dicho año en nuestro país fue de 1.235 varones y 86 mujeres. ^{(2) (3)}

El cáncer de laringe es una neoplasia maligna caracterizada por un crecimiento celular descontrolado y no homogéneo de las células de la laringe. Los tumores tienen la capacidad de invadir o atravesar tejidos circundantes o a distancia (metástasis) y presentan formas con bordes irregulares. ⁽⁴⁾

El consumo de bebidas alcohólicas y tabaco suponen los factores de riesgo más destacados en el cáncer de laringe. Debido a los carcinógenos que presenta el tabaco, el riesgo de padecer cáncer de laringe es 15 veces mayor en hombres fumadores que no fumadores y 12 veces mayor en mujeres ⁽⁵⁾. Una alimentación deficiente, síndromes genéticos como la Disqueratosis congénita o la Anemia de Fanconi y la exposición en el trabajo a ciertos productos como el aserrín, vapores de pinturas o ciertos productos químicos usados en la industria metalúrgica, también aumentan el riesgo de padecer cáncer de laringe. ⁽⁶⁾

En cuanto al género, edad, y raza, se ha hallado en diferentes estudios que el cáncer de laringe es cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres, debido a los hábitos de consumo de tabaco y alcohol que en su momento eran superiores en hombres, en los últimos años ha aumentado su consumo por mujeres por lo que también ha aumentado en éstas. Más del 50% de pacientes diagnosticados son mayores de 65 años y las razas con mayor tasa de incidencia son la raza blanca y la negra, seguidos por la asiática e hispano/latina. ^{(6) (7)}

La aparición de ronquera o un cambio en la voz puede ser un síntoma de la aparición de cáncer de laringe. Si el desarrollo de dicho cáncer comienza en las cuerdas vocales (región supraglótica), el cambio en la voz puede conducir al

diagnóstico del cáncer en etapas iniciales, mientras que si se origina en otro lugar de la laringe (región subglótica o hipofaringe), este síntoma comenzará en etapas más avanzadas o cuando el cáncer llegue a las cuerdas vocales. Otros síntomas que pueden surgir en este tipo de cáncer son adenopatías, odinofagia, tos constante, otalgia, pérdida de peso, dificultad para respirar o una protuberancia o masa en el cuello. ⁽⁸⁾

Para realizar el diagnóstico de cáncer de laringe se pueden realizar los siguientes procedimientos: laringoscopia directa o indirecta, examen físico de cuello y garganta, tomografía computerizada, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, endoscopia autofluorescente, ingesta de bario o biopsia. ^{(7) (8)}

La clasificación según la extensión, presencia de adenopatías y metástasis a distancia del cáncer de laringe es “Según el Comité Americano Conjunto sobre el Cáncer (AJCC)” ⁽⁷⁾:

Tumor primario: (T)

- TX: No puede evaluarse el tumor primario
- T0: No hay evidencia de tumor primario
- Tis: Carcinoma in situ.
- T1:
 - o Región supraglótica: Limitado en la supraglotis.
 - o Región glótica: Limitado a las cuerdas vocales.
 - o Región subglótica: Tumor limitado a la subglotis.
- T2:
 - o Región supraglótica: Invade la mucosa o más de una sección adyacente de la supraglotis o glotis, o región fuera de la supraglotis: mucosa de la base de la lengua, pared media del seno periforma sin fijación de la laringe.
 - o Región glótica: Tumor se extiende a la supraglotis y/o a la subglotis, y/o con deterioro de la movilidad de la cuerda vocal.
 - o Región subglótica: Tumor se extiende a la(s) cuerda(s) vocal(es).
- T3:

- Región supraglótica: Tumor limitado a la laringe con fijación de la cuerda vocal.
 - Región glótica: Tumor limitado a la laringe con fijación de la cuerda vocal.
 - Región subglótica: Tumor limitado a la laringe con fijación de la cuerda vocal.
- T4:
- Región supraglótica: Tumor invade a través de los cartílagos tiroideos, y/o se extiende a los tejidos blandos del cuello, tiroides y/o esófago.
 - Región glótica: Tumor invade a través de los cartílagos tiroideos y/o se extiende a otros tejidos más allá de la laringe.
 - Región subglótica: Tumor invade a través de la membrana cricotiroidea se extiende a la tráquea, tejidos blandos del cuello, incluyendo la glándula tiroides y el esófago.

Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX: No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales.
- N0: No hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales.
- N1: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, de 3 cm o menos
- N2: Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, más de 3 cm pero no más de 6 cm en su mayor dimensión, o en ganglios linfáticos ipsilaterales múltiples, ninguno, o en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales.
- N3: Metástasis en un ganglio linfático más de 6 cm en su mayor dimensión.

Metástasis distante (M):

- MX: No puede evaluarse la metástasis distante.
- M0: No hay metástasis distante.
- M1: Metástasis distante.

El tratamiento de elección en el cáncer laríngeo es la quimioterapia, radioterapia o la cirugía, dependiendo del estadio en el que se encuentre. Este trabajo se va a centrar en el estudio de los cuidados en la laringectomía total.

2. JUSTIFICACIÓN:

La principal razón por la que decidí escoger este tema, se debe a la experiencia vivida durante mi rotación en el ámbito de la otorrinolaringología, siendo una de las rotaciones en el proceso de aprendizaje durante mis prácticas de enfermería. Al comenzar, contaba con una pequeña noción sobre los cuidados domiciliarios de una laringectomía, al vivir muy de cerca la situación complicada de un familiar traqueotomizado, pero ningún conocimiento como futura enfermera de los cuidados hospitalarios.

La inquietud que estos pacientes generan, debido a la cantidad de complicaciones que pueden surgir, así como el aumento de la incidencia de esta enfermedad, son otras de las razones que me ha conducido a realizar este TFG.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo principal

Describir los cuidados del paciente laringectomizado en el postoperatorio inmediato así como las complicaciones que pueden surgir.

3.2. Objetivos específicos

- Buscar estrategias para mejorar la atención del paciente en su nueva situación.
- Conocer las complicaciones postoperatorias para su detección temprana

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes libros, páginas web y artículos de revistas científicas en relación con el tema elegido seleccionando los títulos más relevantes.

Se han utilizado diferentes bases de datos bibliográficas: Pubmed, Google Academic, Cochrane, Fundación Index, BUVa y Fisterra.

También se ha empleado el protocolo “Cuidado de pacientes con cánula de traqueostomía” del Hospital Universitario Reina Sofía y “Cambio de cánula de traqueotomía en unidad de hospitalización” del Hospital Universitario Central Asturias. De igual manera se han realizado consultas a enfermeras del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Río Hortega y se han utilizado los conocimientos adquiridos durante la rotación realizada en dicho servicio.

Así mismo para la obtención de la epidemiología se han utilizado bases de datos como el ECIS y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Para la búsqueda bibliográfica se han utilizado las palabras clave “laringectomía”, “cuidados”, “enfermería”, “traqueostomía”, “complicaciones”, “laryngectomy”, “cares”, “nurse”, “tracheostomy” y “complications” con los operadores booleanos AND y OR

4.1. Criterios de inclusión

- Artículos escritos en inglés, español o portugués.
- Artículos publicados en los últimos quince años, debido a la escasez de documentación pertinente y de cambios en los cuidados de enfermería al paciente laringectomizado en los últimos 15 años.

4.2. Criterios de exclusión

- Artículos no respaldados por evidencia científica o no validados.

4.3. Obtención de resultados

Para la selección de los artículos se eligieron aquellos que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, 38 artículos en total, realizando posteriormente la lectura de los seleccionados, y escogiendo aquellos que contenían información de los cuidados y complicaciones que pueden surgir en el postoperatorio inmediato de la laringectomía total, obteniendo un total de 12 artículos.

5. RESULTADOS

5.1. Laringectomía total

La laringe es un órgano hueco de aproximadamente 5 centímetros de longitud que actúa como válvula que impide el paso de cuerpos extraños o deglutidos hacia el tracto respiratorio, además actúa como aparato fonatorio debido a los movimientos de las cuerdas vocales. Está formada por nueve cartílagos, tres cartílagos impares: Tiroides, Cricoides, Epiglotis y tres pares: Aritenoides, Corniculados de Santorini y Cuneiformes o de Wrisberg. A estos cartílagos se unen diversos músculos ligamentos y músculos, tanto intrínsecos como extrínsecos de la propia laringe. ^{(7) (9)}

La laringectomía total es la técnica quirúrgica que consiste en la extracción total de la laringe. Es el tratamiento de elección para los tumores en estadio T3 y en las recidivas parciales. La cirugía consiste en una incisión en forma de U desde el ángulo mandibular al opuesto, pasando por encima del hueco supraesternal, seccionando los músculos infrahioideos y del istmo de la glándula tiroides o mediana. Se realiza una desinserción del constrictor inferior de la faringe y la extirpación de la laringe. ⁽⁷⁾

Como resultado de la laringectomía el cirujano debe realizar una traqueostomía, que consiste una técnica quirúrgica por la cual se abre la pared anterior de la tráquea continuándose con la piel del cuello. Este procedimiento se realiza para establecer una vía aérea segura. Un traqueostoma es el orificio resultante de la traqueostomía. ⁽¹⁰⁾

5.2. Cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato

La laringectomía total supone un cambio en la vida del paciente, el cual no posee información suficiente para enfrentarse a estos cambios producidos por la cirugía, lo que puede provocar la aparición de ansiedad e inseguridad, convirtiéndose en el principal objetivo para el equipo sanitario reducir esa ansiedad, ofreciendo al paciente seguridad e instrucciones necesarias para afrontar los cambios.

Los cuidados de enfermería se pueden dividir en cuidados de la vía aérea, cuidados nutricionales, cuidados relacionados con el estoma y comunicación y educación para el autocuidado.

5.2.1. Cuidados de la vía aérea

Asegurar la estabilidad de la vía aérea es de vital importancia, pues la ventilación y la respiración solo se realizan a través del estoma. Los cuidados de la vía aérea en el postoperatorio inmediato se basan en asegurar la estabilidad de la misma mediante la humidificación constante, evitando así la formación de tapones mucosos, consiguiendo un intercambio gaseoso adecuado.

Humidificación y oxigenoterapia

La humidificación es la primera medida a tener en cuenta, ya que se han eliminado las funciones fisiológicas de boca y nariz (filtro de partículas en suspensión, calentamiento del aire y humidificación), debido a que, el paciente respira por una vía aérea artificial. ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾

Se utiliza oxigenoterapia con ventimask con una mascarilla especial para traqueostomía o collarín de traqueostomía a 25% - 3L permanentemente, alternando con aerosolterapia de suero fisiológico mínimo 3 veces al día o a demanda del paciente. La aerosolterapia con suero fisiológico es la mejor forma de reblandecer los tapones mucosos. Las gafas nasales son inefectivas debido al cambio de la anatomía respiratoria. Se utiliza tanto humidificación en la oxigenoterapia como en el ambiente que rodea al paciente. ⁽¹³⁾

Otra medida, es realizar instilaciones con suero fisiológico directamente por el estoma con el fin de mantener la vía aérea húmeda e impedir que las secreciones se espesen y formen grandes tapones mucosos.

Eliminación de secreciones

La eliminación de secreciones es fundamental para asegurar un correcto funcionamiento de la vía aérea del paciente. Los pacientes pueden tener dificultades para eliminar por si mismos las secreciones; por esta razón, es

importantísimo realizar fisioterapia respiratoria para conseguir una tos eficaz, porque de no ser así, tendremos que proceder a la aspiración mecánica de las secreciones.

La aspiración mecánica es de una técnica muy desagradable para el paciente, por lo que la explicación previa de la técnica es primordial, salvo en casos que comprometan la vida del paciente

Se realizará la eliminación de secreciones en los siguientes casos: ⁽¹⁴⁾

- Visualización de secreciones en el tubo traqueal.
- Sospecha de tapón mucoso.
- Disminución de la saturación de oxígeno.
- Incremento del trabajo respiratorio.

El procedimiento y material necesario para la aspiración de secreciones es el siguiente ⁽¹⁵⁾:

- Material necesario:
 - o Cánula
 - o Babero de protección
 - o Suero fisiológico
 - o Cintas de fijación de la cánula (hiladillo)
 - o Gasas estériles
 - o Lubricante hidrosoluble
 - o Jeringa de 10 ml
 - o Guantes
 - o Sistema de oxígeno
 - o Sistema de aspiración
 - o Sondas de succión de punta roma
- Procedimiento
 - o Informar al paciente y familia sobre el procedimiento que se va a realizar para reducir al mínimo el estrés.
 - o Preparación del material.
 - o Lavado de manos y colocación de guantes
 - o Colocar al paciente en posición de 30-45°.

- Estimular al paciente para que tosa y movilice el moco.
- Comprobar el equipo de aspiración colocando el manómetro entre 80-100 mmHg.
- Retirar la cánula interna.
- Conectar la sonda al equipo de aspiración.
- Si se trata de secreciones fluidas (sero-sanguinolentas) comenzar la aspiración introduciendo la sonda sin aspirar, girándola suavemente hasta que no progrese más y realizarlo de manera intermitentemente. En caso de querer aspirar un tapón mucoso, la aspiración será sin intermitencia para arrastrar consigo el moco.
 - Si se observa que el moco no progresa, se puede introducir directamente por la cánula suero fisiológico, aspirando inmediatamente después.
- El tiempo máximo de duración de la técnica será de 10 segundos.
- Una vez aspiradas las secreciones, valorar al paciente:
 - Saturación de oxígeno
 - Ruidos respiratorios o ausencia de los mismos
 - Ausencia de cianosis
 - Frecuencia cardíaca
- En caso de ser necesario, se deberá cambiar la cánula.
- Lavado de manos post intervención.
- Registrar el procedimiento.

Posición fowler o semifowler

La posición fowler o semifowler consiste en colocar el cabecero del paciente a 30°-45°, de esta manera, se consigue una mejora en la respiración, además debido a que estos pacientes son alimentados mediante nutrición enteral se previene la regurgitación.

5.2.2. Cuidados de la herida quirúrgica:

Para minimizar el riesgo de infección hay que realizar un correcto cuidado de la herida quirúrgica así como de los drenajes, comprobando en estos últimos su

correcta posición y el mantenimiento del vacío, de no ser así, todo líquido que no se drena puede dar lugar a complicaciones como la dehiscencia de sutura.

El material necesario será el siguiente:

- Guantes
- Suero salino y solución antiséptica
- Gasas estériles
- Equipo de curas

Procedimiento:

- Informar al paciente y familia sobre el procedimiento que se va a realizar para reducir al mínimo el estrés.
- Lavado de manos y colocación de guantes y preparación del material.
- Colocar al paciente en posición de 30-45°.
- Limpieza de la herida quirúrgica con suero salino, gasas estériles y el equipo de curas, mediante movimientos rotatorios desde dentro hacia fuera, sin pasar por el mismo lugar.
- Desinfección con antiséptico de dentro hacia fuera mediante movimientos rotatorios.
- Lavado de manos postintervención y registro del procedimiento (fecha, tipo y tamaño de la cánula y cualquier complicación).

5.2.3. Cuidados del estoma

El cuidado del estoma es primordial. Las secreciones que genera el paciente se acumulan y rezuman hacia el exterior a través de la cánula y del peritraqueostoma, originándose así un ambiente húmedo que puede conducir a irritación en la piel e incluso infección.

Cánulas de traqueostomía

Las cánulas de traqueostomía son dispositivos tubulares, rígidos y curvados que se introducen por el traqueostoma para evitar su cierre y asegurar una ventilación adecuada del paciente. Deben medir menos que la propia tráquea y se componen de las siguientes partes: ⁽¹⁰⁾

- Cánula madre o tubo externo: comunica la tráquea con el exterior. Está provista en su extremo externo de aletas con orificios de sujeción para el hiladillo que la amarrará al cuello. Su extremo interno tiene forma roma para evitar daños en la tráquea.
- Camisa interna o cánula interna: tubo hueco que se coloca en el interior de la cánula madre para salvaguardar la permeabilidad de la vía aérea. Con ella se evitan oclusiones y realizar técnicas de limpieza de secreciones o tapones mucosos sin necesidad de decanularizar al paciente.
- Balón: rodea la parte interna de la cánula madre, las cánulas con balón se utilizan los primeros días tras la traqueostomía, es un mecanismo de seguridad que evita la broncoaspiración en el postoperatorio inmediato taponando la tráquea. Debe estar inflado aire, a una presión de 10-18mmHg.
- Fiador: facilita la introducción de la cánula sin dañar la mucosa interna o crear una falsa vía. Al finalizar la canulación, se retira y se coloca la camisa interna.

Las cánulas de traqueostomía pueden ser de diversos materiales: ⁽¹⁶⁾

- Cánulas de metal: las más frecuentes son de plata. No disponen de neumotaponamiento, su uso es prolongado, de hasta 5 años.
- Tubos plásticos: existen de polivinilo (PVC) y silicona, con o sin neumotaponamiento, son más flexibles que las anteriores sin perder su forma, pero aumenta la posibilidad de adherencia a la mucosa y a secreciones. Su uso es menos prolongado, unos 90 días.

En pacientes laringectomizados se utilizan las siguientes cánulas:

- Cánula Shiley: son cánulas de polivinilo (PVC) con neumotaponamiento, adaptador para ventilación mecánica. La camisa interna se ancla a la cánula madre mediante un giro a rosca facilitando su mayor sujeción. Se utilizan los primeros tres o cinco días tras la cirugía
- Cánula de plata: sin neumotaponamiento. Se utilizan de manera permanente.

Cuidados de la cánula y traqueostoma

Los primeros días tras la intervención, el paciente será portador de una cánula tipo Shiley con neumotaponamiento. Estas cánulas, en la actualidad, vienen fijadas mediante puntos de sutura al paciente, para evitar la decanulación accidental, por lo que el cambio diario de ésta no es posible salvo en situaciones que comprometan la vida del paciente. Los cuidados del estoma se realizarán en la zona circundante a la cánula, además se deberá comprobar el correcto funcionamiento del neumotaponamiento, que debe ser hinchado con 5 centímetros cúbicos de aire. ⁽¹¹⁾ ⁽¹⁵⁾

Cuando se realiza el cambio de cánula a una de plata, éste se llevará a cabo como mínimo una vez al día y se curará la zona estomal.

Los cuidados de la zona periestomal se realizarán tantas veces al día como sean necesarias, es una zona en la que pueden quedar acumuladas secreciones provocando un ambiente húmedo que conducirá a la escoriación y la infección. ⁽¹⁵⁾ ⁽¹¹⁾

Para realizar los cuidados de la cánula y del estoma, es necesario saber el material que hay que utilizar para realizarlos: ⁽¹⁵⁾

- Cánula que utiliza el paciente: tipo de cánula y número.
- Guantes
- Apósito absorbente para traqueostomía (babero)
- Cintas de fijación
- Lubricante hidrosoluble
- Gasas estériles
- Equipo de curas
- Suero salino y solución antiséptica
- Sistema de aspiración
- Material para oxigenoterapia

El procedimiento a seguir es el siguiente: ⁽¹⁵⁾

- Informar al paciente y familia sobre el procedimiento que se va a realizar para reducir al mínimo el estrés.

- Lavado de manos y colocación de guantes y preparación del material.
- Colocar al paciente en posición de 30-45°.
- Verificar el tipo de cánula que porta el paciente y prepararla introduciendo la cánula externa en la interna para asegurarse su correcto funcionamiento.
- Aspirar secreciones previo a la retirada de la cánula en el caso de ser necesario.
- Retirar el apósito traqueal previo y la cánula.
- Limpieza del estoma con suero fisiológico mediante movimientos rotatorios desde dentro hacia fuera utilizando el equipo de curas para asegurar su esterilidad.
- Desinfección con antiséptico de dentro hacia fuera mediante movimientos rotatorios.
- Introducir la cánula junto con el apósito traqueal para proteger la piel del paciente. Se realizará con un movimiento curvado hacia arriba y dentro del estoma.
- Si se presenta dificultad utilizar lubricante hidrosoluble, si persiste, utilizar un fiador como guía.
- Anudar los extremos del hiladillo a la parte lateral del cuello de manera firme pero holgada que permita introducir un dedo entre la cinta y el cuello.
- Dejar al paciente en posición fowler-semifowler.
- Una vez realizado el procedimiento, comprobar:
 - o Saturación de oxígeno
 - o Ruidos respiratorios o ausencia de los mismos
 - o Ausencia de cianosis
 - o Frecuencia cardíaca
- Lavado de manos postintervención y registrar el procedimiento (fecha, tipo y tamaño de la cánula y cualquier complicación).

Así mismo, se deberá realizar limpieza de la camisa externa cada vez que sea necesario mediante un cepillo especial para cánulas impregnado en clorhexidina. Las cánulas de plata deberán ser esterilizadas cada vez que se retiren hasta su próximo uso por lo que el paciente debe tener varias para

poder realizar el cambio una vez al día. A la vez que se efectúan los cambios de cánula poco a poco hay que aportar instrucciones para su autocuidado.

5.2.4. Cuidados nutricionales

El paciente sometido a una laringectomía total experimenta una pérdida de peso de aproximadamente 7-8 kilos durante su estancia hospitalaria. La valoración del estado nutricional del paciente es primordial para asegurar el correcto estado nutricional del paciente. Se deberá realizar una valoración integral del estado nutricional para la cual es requerido; datos de antecedentes personales, hábitos alimenticios, consumo de tóxicos, exploración física (antropometría), constantes vitales, glucemia basal, extracción de analítica sanguínea y entrevista para la valoración del nivel de estrés del paciente. ^{(17) (18)}

La vía de elección para la nutrición de pacientes laringectomizados suele ser la nutrición enteral, mediante sonda nasogástrica (SNG), a partir de las 24-36 horas post cirugía durante 2-3 semanas, manteniendo así la capacidad funcional y motora del aparato digestivo. Posteriormente se comenzará con nutrición por vía oral. En ciertos casos pueden surgir complicaciones postoperatorias tales como la aparición de fístulas orotraqueales, hemorragias o dehiscencia de sutura por lo que la nutrición enteral se sustituirá por nutrición parenteral, con menos beneficios que en la anteriormente citada. ⁽¹⁸⁾

Al comienzo de la nutrición enteral se deberá comprobar el tipo de SNG y su correcta colocación (sondas de poliuretano radiopaco tipo freca, de 10-12 Fr con fiador colocadas de quirófano). ⁽¹⁸⁾

Para comenzar la tolerancia se revisa el residuo gástrico, que debe ser negativo y comenzar con 50-100 ml de agua. ⁽¹⁸⁾

Tras la tolerancia se comienza la infusión intermitente. La fórmula de la nutrición enteral es un preparado nutricional compuesto por macro y micronutrientes conocidos. Para definir la composición de la nutrición enteral hay que tener en cuenta la existencia de otras enfermedades en el paciente (insuficiencia renal, diabetes...) así como determinar al grado de estrés al que se encuentra sometido el paciente debido a transformación de su imagen

corporal, pérdida del habla y la propia cirugía. Una correcta fórmula de nutrición enteral previene complicaciones postoperatorias tales como el retraso en la cicatrización por desnutrición. No se debe olvidar el aporte de agua, este tipo de nutrición inhibe la sensación de sed y puede provocar deshidratación en el paciente por lo que se debe administrar mínimo 1.000 cc de agua diaria. ⁽¹⁸⁾

Para la administración de la nutrición enteral se utilizan bombas de infusión peristálticas, debiendo comenzar con 500 cc de fórmula diarios hasta llegar a los 2.000 cc a un ritmo máximo de infusión de 200 ml/h, repartiéndolo en 4-5 tomas al día con una hora y media o dos horas de separación para favorecer el proceso de digestión, entre una de las cuales se deberá evaluar el reflujo gástrico, no debiendo sobrepasar los 150-250ml. En caso afirmativo se deberá esperar una hora para continuar con la nutrición. Pasada esa hora se vuelve a comprobar el residuo gástrico. ⁽¹⁸⁾

Cada 48 horas se realizará un control del peso, constantes vitales y glucemia basal del paciente con lo que se calculará su Índice de Masa Corporal y el Porcentaje de Variación de Peso. Cada 5 días un control bioquímico y hematológico en sangre. Todo esto para realizar posibles cambios de la fórmula de nutrición. ⁽¹⁸⁾

Al igual que a cualquier paciente portador de SNG, se deberá comprobar la permeabilidad de la sonda, así como realizar movimientos rotatorios de la sonda y cambiar el lugar de sujeción a diario para evitar úlceras por presión. Asimismo se realizará el lavado bucal con cepillo de dientes y colutorio.

5.2.5. Comunicación

El paciente sometido a una laringectomía total pierde por completo la capacidad de habla de manera fisiológica debido a que las cuerdas vocales, necesarias para la fonación, que han sido extraídas.

Para poder ofrecer una atención holística al paciente, es indispensable prestar especial atención a la ansiedad sufrida tanto por su estado de salud como por enfrentarse al problema de la comunicación, cambios en su aspecto físico y

baja autoestima para lo cual se deberá buscar la forma más adecuada y práctica para comunicarse con él.

Dependiendo del estado de salud, características del paciente y nivel cultural podemos encontrar métodos como la utilización de gestos, papel y bolígrafo, una pizarra con abecedario o una nueva aplicación electrónica llamada “Pictorrino” disponible en las apps stores de los smartphones.

A largo plazo ciertos pacientes sometidos a una laringectomía total pueden comunicarse mediante voz esofágica o erigmofónica por la que se utiliza la primera porción del esófago superior. El aire una vez deglutido y pasado al esófago, es soplado hacia la cavidad oral produciendo un sonido. ⁽¹⁹⁾

5.3. Complicaciones de la laringectomía total

Fístula faringocutánea

La fístula faringocutánea es la comunicación entre la faringe y el exterior. Cuando la comunicación se agrava se denomina faringostoma. ⁽²⁰⁾

La frecuencia de la fístula faringocutánea oscila entre el 2 y el 60% de los casos. Es una de las complicaciones más frecuentes y complicadas. Se suele percibir por la aparición de saliva por el lugar fistulizado coincidente con la deglución. ^{(20) (21)}

Hemorragia

Una hemorragia en la zona quirúrgica puede surgir debido a la interrupción del efecto vasoconstrictor del anestésico, al incremento de la presión sanguínea al instaurarse el reflejo tusígeno puede da lugar a un pequeño sangrado o como consecuencia a una dehiscencia de herida quirúrgica. ⁽²²⁾

Otra de las causas es el cambio temprano de cánula o una mala técnica del mismo. El personal de enfermería, debe saber realizar correctamente esta técnica, así como, la frecuencia de los cambios de cánula. ⁽²²⁾

Como primera medida a tener en cuenta se deberá realizar compresión de la zona, en el caso de que esto no sea coercido se deberá llevar al paciente a quirófano de forma urgente para revisar la herida quirúrgica. ⁽²²⁾

Infección

La infección del estoma es una de las complicaciones más frecuentes. La infección se asocia a la aparición de fistulas faringocutáneas, contacto de las manos del paciente, personal sanitario, sondas de aspiración, saliva u las condiciones del medio externo. ⁽²¹⁾

Los signos de infección son piel rojiza, olor fuerte, supuración, inflamación, grietas. En el momento que se detecte cualquiera de estos signos se tomará una muestra para cultivo microbiológico.

Para evitar la infección se realiza antibioterapia profiláctica. También es esencial el correcto lavado de manos y la asepsia durante la realización de los cuidados. ⁽²²⁾

Hematoma

Un hematoma en la zona de la herida quirúrgica puede causar la desaparición de la línea de sutura por lo que será necesaria su revisión y, en el caso de ser necesario, su drenaje. ⁽²³⁾

Realización de una “falsa vía”

La realización de una “falsa vía” es una de las complicaciones más comunes a la hora de introducir la cánula por el traqueostoma, consiste en la su introducción de la cánula en el tejido celular subcutáneo. ⁽²⁴⁾

Podemos sospechar que ha ocurrido cuando observamos en el paciente nerviosismo, tiraje, respiración agitada y de alta frecuencia, síncope y/o ruidos respiratorios. En este mismo instante hay que retirarla, visualizar correctamente el recorrido de la tráquea y reintroducirla. ⁽²⁴⁾

Decanulación accidental

La decanulación accidental se puede evitar mediante una correcta sujeción de la cánula, los extremos del hiladillo deben atarse de manera firme pero holgada, de tal manera que permita introducir un dedo entre el hiladillo y el cuello. ⁽¹⁵⁾

Oclusión de la cánula por moco o coágulos

Debido al aumento del espesor de las secreciones por la falta de calor y humidificación del aire. Así mismo puede surgir por una colocación incorrecta de la cánula chocando la parte distal con la pared traqueal. ⁽²²⁾

6. DISCUSIÓN

Tras la realización de la revisión bibliográfica, no se han hallado artículos que incluyan todos los parámetros necesarios para el cuidado del paciente con laringectomía total. Se ha de destacar que entre la cantidad de artículos existentes dirigidos a procedimientos quirúrgicos de la laringectomía total, son muy pocos, los artículos dedicados a los cuidados enfermeros, llegando a ser una gran limitación para la obtención de los resultados.

En el presente trabajo fin de grado se incorporan cuidados precisos para la realización de un cuidado integral del paciente sometido a una laringectomía total.

6.1. Futuras líneas de investigación

Como posible línea de futura investigación se podría realizar un protocolo estandarizado sobre los cuidados, tanto en el postoperatorio inmediato como en el tardío, incluyendo a la comunidad enfermera y al paciente en su propio autocuidado, ya que, al alta hospitalaria, será él mismo con ayuda de su familia o amigos el que tendrá que realizarlo.

7. CONCLUSIONES

Es importante para el personal de enfermería que asiste a un paciente en un postoperatorio de una laringectomía total, conocer los cuidados que precisan para poder realizar una atención de calidad, cuidando al paciente de manera holística e integral, así como hacer frente a las complicaciones y poder detectarlas de manera temprana.

Con la presente revisión bibliográfica se pretende unificar los conocimientos para que todo el personal de enfermería, desde los recién graduados a los más veteranos, pueda enfrentarse a un paciente en postoperatorio de laringectomía total.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez San José P. UVaDoc. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 1. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/24661/1/TFG-H-930.pdf>.
2. European Cancer Information System. [Online].; 2012 [cited 2018 Marzo 1. Available from: <http://eco.iarc.fr/eucan/Cancer.aspx?Cancer=17#block-chart-f>.
3. Las Cifras del Cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM); 2018.
4. Cáncer.net. [Online].; 2016 [cited 2018 Marzo 1. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-lar%C3%ADngeo-e-hipofar%C3%ADngeo/introducci%C3%B3n>.
5. Gallegos Hernández JF. El cáncer de cabeza y cuello. Medigraphic Artemisa. 2006 Julio-Agosto; LXXIV(4): p. 287-293.
6. American Cancer Society. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 1. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-laringe-e-hipofaringe/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>.
7. Barbón JL, Barbón C, Mondino ME. Montpellier. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 3. Available from: <http://www.montpellier.com.ar/Uploads/Separatas/121.pdf>.
8. American Cancer Society. [Online].; 2017 [cited 2018 Marzo 3. Available from: https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-laringe-e-hipofaringe/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-sintomas.html#escrito_por.
9. Rosique López L, Mena Viveros N, Iniesta Turpín J. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. [Online]. [cited 2018 Marzo 15. Available from: <http://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/093%20-%20ANATOM%3%8DA%20Y%20EMBRIOLOG%3%8DA%20DE%20LA%20LARINGE.pdf>.
10. Badillo Melgar AG, Jimeno Galván MR, Vázquez Gandullo E, García Hidalgo A. Neumosur. [Online]. [cited 2018 Marzo 18. Available from: <https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/25-TRAQUEOSTOMIZADO->

11. Bobillo de Lamo F, Benito Orejas JI, Martínez Díez C, De Juana Morrondo MS. Cuidados del paciente traqueotomizado. Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja. 2013 Junio 22; IV.
12. Plotnikow GA, Accoce M, Navarro E, Tribelli N. Humidification and heating of inhaled gas in patients with artificial airway. A narrative review. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2018 Enero-Marzo; XXX(1).
13. Jarillo Quijada A. Hospital Infantil de México Federico Gómez. [Online]. [cited 2018 Marzo 18. Available from: <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/oxigenoterapia.pdf>.
14. Che Morales JL, Díaz Landero P, Cortés Tellés A. Manejo integral del paciente con traqueostomía. Neumol.Cir.Tórax. 2014 Octubre-Diciembre; LXXIII(4): p. 254-262.
15. Florez Almonacid CI, Romero Bravo Á. Junta de Andalucía. [Online].; 2010 [cited 2018 Marzo 30. Available from: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d5_cuidados_pacientes_canula_traqueostomia.pdf.
16. Bosso M, Lovazzano P, Plotnikow GA, Setten M. Cánulas de traqueostomía para adultos. Selección y cuidados. Medicina Intensiva. 2014; XXXI(1).
17. Rodríguez Hernández AJ. Revisión bibliográfica sobre los beneficios del soporte nutricional enteral en pacientes laringectomizados. ENE. 2008; II(3).
18. Font Jiménez I, Martínez Lopez E. Cuidados enfermeros nutricionales en el paciente laringectomizado. Metas de enfermería. 2004; VII(9).
19. Zubiri E, Pollán MM, Gabarri MI. Relación entre el aprendizaje de la voz erigimofónica y los niveles de ansiedad y de depresión en pacientes laringectomizados totales. Psicooncología. 2012; IX(1): p. 113-124.
20. Sarra LD, Rodríguez JC, García Valea M, Bitar J, da Silva A. Fistula following total

laryngectomy. Retrospective study and bibliographical review. Acta Otorrinolaringológica Española. 2009; III(60).

21. Reynaldo González MdlÁ, Trinchet Soler R, Pérez Fernández J, Álvarez Borges FE. Comportamiento de las fístulas faringocutáneas. Revista cubana de cirugía. 2010 Abril; 2(XLIX).
22. Pantoja Hernández CG, Mora Santos ME, Blasco Huelva A. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. [Online]. [cited 2018 Abril 15. Available from: <http://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/110%20-%20TRAQUEOTOM%C3%8DA%20INDICACIONES,%20T%C3%89CNICA%20Y%20COMPLICACIONES.%20INTUBACI%C3%93N.pdf>.
23. Reynaldo Alarcón J. UVaDoc. [Online].; 2014 [cited 2018 Abril 18. Available from: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7127/1/TFG-O%20223.pdf>.
24. Soria Delgado R. Hospital Universitario de Asturias. [Online].; 2011 [cited 2018 Abril 18. Available from: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Cambio%20canula%20de%20traqueotomia.pdf.