



Universidad de Valladolid

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

LA REALIDAD DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO

Alumna: Marta Muelas Lorenzo

Tutor: Carlos Escudero Cuadrillero

Cotutora: Nadine Pereira Rodrigues

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Asociación Vallisoletana de Laringectomizados su generosidad a la hora de compartir sus experiencias sin las cuales no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

RESUMEN

El cáncer de laringe es el más frecuente de cabeza y cuello. La laringectomía total o parcial es una cirugía muy agresiva que conlleva múltiples alteraciones: fisiológicas, funcionales, estéticas, psicosociales,...siendo necesario realizar en el acto quirúrgico una traqueostomía permanente para que el paciente pueda sobrevivir.

El escenario postcirugía al que se enfrentan estos pacientes y sus familias, ante la realidad de tener que adaptarse a vivir con una traqueostomía, es muy complejo y difícil y requiere del trabajo multidisciplinar de un equipo de salud donde la enfermería desempeña un papel fundamental.

En este trabajo se ha llevado a cabo un estudio descriptivo basado en entrevistas a personas con traqueostomía por cáncer de laringe, con el objetivo de aproximarnos a la realidad de estos pacientes, para desde la enfermería poder diseñar unos planes de cuidados y de educación que den verdadera respuesta a las necesidades del enfermo.

El objetivo último de este trabajo, es lograr que la enfermería sea capaz de integrar teoría y realidad de los pacientes con ostomía de ventilación, con la finalidad de conseguir que el enfermo, además de recibir unos cuidados de calidad, adquiera los conocimientos y las habilidades necesarias para el autocuidado de su traqueostomía.

Palabras clave: traqueostomía, cáncer de laringe, cuidados de enfermería, autocuidados de la ostomía

ABSTRACT

The larynx cancer is the most common type of head and neck cancers. A total or partial but permanent laryngectomy has to be made to allow the patient survive but at the same time is a really aggressive surgery which will cause numerous physiological, functional, aesthetic, psychological and social changes.

After the surgery, the patient and their family will have to deal with the fact of having to adapt themselves to live with a tracheostomy, this fact is complex and difficult and its needed to succeed the help of a multidisciplinary health team in which the nurses will have an essential role.

In this work is included a descriptive study based on different interviews carried out to patients with tracheostomy because of larynx cancer. The main objective of this study is to know the real life and difficulties of this patients, to design care and education nursing plans which can be able to answer their necessities.

The final objective of this work is to manage an integration between theory and real needs of patients with a tracheostomy, in order to offer quality care and develop in the patient the knowledge and skills necessities to take care of their own tracheostomy.

Key words: tracheostomy, larynx cancer, nursing cares,ostomy self care

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	3
Tabla 2.....	24
Tabla 3.....	29
Tabla 4.....	42
Tabla 5.....	43
Tabla 6.....	46
Tabla 7.....	46
Tabla 8.....	48
Tabla 9.....	50

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1.....	6
Ilustración 2.....	8
Ilustración 3.....	8
Ilustración 4.....	9
Ilustración 5.....	9
Ilustración 6.....	9
Ilustración 7.....	52

ABREVIATURAS

- CO₂: Monóxido de Carbono
- CIPE: Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería
- DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud
- IPO- Porto: Instituto Português de Oncología do Porto
- O₂: Oxígeno
- r/c: Relacionado con
- SNG: Sonda Nasogástrica
- TFG: Trabajo Fin de Grado

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN.....	2
Breve recuerdo anatómico de la vía aérea.....	5
Cánulas de traqueostomía.....	7
2. OBJETIVOS.....	9
3. METODOLOGÍA.....	10
4. RESULTADOS.....	11
5. DISCUSIÓN.....	17
6. CONCLUSIONES.....	19
7. BIBLIOGRAFÍA.....	21
8. ANEXOS.....	24
ANEXO I – Indicaciones de las traqueostomías.....	24
ANEXO II – Plan de cuidados estandarizado para el paciente laringectomizado.....	25
ANEXO III – Plan de educación para el autocuidado de las traqueostomías.....	40
ANEXO IV – Complicaciones de las traqueostomías.....	50
ANEXO V– Signos de alarma.....	51
ANEXO VI – Asociación Vallisoletana de Laringectomizados (AVOL).....	52

1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN

Durante el curso escolar 2017/2018 he podido completar mi formación académica disfrutando de una Beca Erasmus en Portugal, concretamente en la ciudad de Oporto. Una de las rotaciones que realice dentro de mi formación, se desarrolló en el hospital IPO-Porto (Instituto Português de Oncologia do Porto) en la planta de Cirugía Oncológica, donde se tratan mayoritariamente casos de otorrinolaringología y más concretamente pacientes a los que se les había realizado traqueostomías por cáncer de laringe. Este trabajo surgió de mi paso por este servicio y del interés que despertó en mí el conocer y aprender cómo se trata un tema tan complejo, teniendo en cuenta el antes y el después que esta patología supone en la vida del paciente y su entorno, y la importancia que tiene la implicación de enfermería tanto en España como en Portugal.

Para la realización de este TFG se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a partir de la cual se han obtenido los datos pertinentes de artículos relacionados con las traqueostomías y sus cuidados. Las bases de datos más utilizadas han sido PubMed, utilizando el descriptor en ciencias de la salud (DeCS)⁽¹⁾ “tracheostomy”, junto con otras palabras clave como “nurse care”, “laryngectomy”, “autocuidados”, “cáncer de laringe”, “educación” y Google Academy, además de las sedes web oficiales de diferentes organismos e instituciones relacionados con el cáncer.

El cáncer es uno de los grupos de enfermedades de mayor importancia en salud pública a nivel mundial. En la población general es la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio.

No obstante las tendencias de la incidencia y de la mortalidad de algunos tipos de cáncer, han empezado a mostrar una estabilidad en algunos casos o una disminución en otros, lo que sugiere un grado de efectividad en las mejoras terapéuticas y en las políticas de prevención, tanto primaria como secundaria.⁽²⁾

En España en el año 2015 se diagnosticaron aproximadamente 250.000 nuevos casos de cáncer. En varones la incidencia tiende a estabilizarse. En mujeres la incidencia está aumentado a expensas, sobre todo, de los cánceres relacionados con el consumo de tabaco. ⁽³⁾

En Portugal se está poniendo en marcha el RON (Registro Oncológico Nacional), que va a permitir actualizar los datos de cáncer y monitorizar la verdadera eficacia de los nuevos tratamientos farmacológicos que van apareciendo ⁽⁴⁾, motivo por el cual no hay datos muy actualizados.

En 2010 en Portugal se diagnosticaron 46.724 casos de tumores malignos, 21.066 en el género femenino y 25.658 en el masculino. El cáncer de laringe, en ese mismo año, tuvo una incidencia del 9,0 en hombres y del 0,5 en mujeres. ⁽⁵⁾

En el año 2012 hubo un total de 83.376 muertes por cáncer de laringe en el mundo. 1.321 de las cuales se produjeron en España y 368 en Portugal. ⁽⁶⁾ Para el 2018 se estima que haya 1.273 muertes en España por este tipo de cáncer y 340 en Portugal. ⁽⁷⁾

Tabla 1. Comparativa datos estadísticos España vs. Portugal (por cada 100.000 habitantes año 2018)⁽⁷⁾

	ESPAÑA	PORTUGAL
Número casos cáncer laringe	2.689	586
Hombres	2.416	543
Mujeres	273	43
Tasa bruta hombres	10,6	11,1
Tasa bruta mujeres	1,2	0,8
Tasa ajustada a la población europea hombres	11,0	10,6
Tasa ajustada a la población europea hombres, años anteriores.	7,8	8,7
Tasa ajustada a la población europea mujeres	1,1	0,9
Tasa ajustada a la población europea mujeres, años anteriores.	0,9	0,6

La traqueostomía consiste en un procedimiento quirúrgico, programado o urgente, en el que se realiza una abertura en la parte anterior del cuello hasta la tráquea, para garantizar la permeabilidad de la vía aérea. ⁽⁸⁾ Esa abertura, de índole provisional o permanente, en función de la patología a tratar, se denomina habitualmente traqueostomía, ostomía, o estoma de ventilación. La palabra ostomía es de origen griego y significa boca o abertura, inducida por un acto quirúrgico. En el caso particular de la traqueostomía u ostomía de ventilación, se traduce como una abertura en la tráquea, órgano del sistema respiratorio que se localiza entre la laringe y los bronquios, por donde pasa el aire de y para los pulmones. ⁽⁹⁾

La traqueostomía, temporal o permanente, tiene por objeto establecer una vía aérea controlable y permeable. Existen diferentes indicaciones para realizar una traqueostomía: obstrucción de la vía aérea superior, asistencia respiratoria durante períodos prolongados, manejo de secreciones del tracto respiratorio inferior, prevenir la aspiración de secreciones orales y gástricas. ⁽¹⁰⁾(ANEXO I)

Entre las indicaciones más frecuentes que requieren la realización de una traqueostomía, se encuentra el tratamiento de los cánceres localizados en la vía aerodigestiva superior, grupo de neoplasias en el que se incluye el cáncer de laringe, que es a su vez el cáncer más frecuente de cabeza y cuello. Está localización, añade un reto mayor si cabe, al tratarse de la región anatómica donde reside el órgano principal de la fonación, es decir, el que nos permite emitir sonidos y en definitiva hablar, cualidad que nos identifica como personas. ⁽¹¹⁾

El tratamiento del cáncer de laringe depende de su localización y estadio. En gran parte de los casos el tratamiento es quirúrgico, siendo la técnica principal la laringectomía total. Se trata de una cirugía muy agresiva que conlleva un conjunto de alteraciones fisiológicas, funcionales, estéticas, psicosociales...siendo necesario realizar en el acto quirúrgico una traqueostomía para que el paciente consiga sobrevivir.

El diagnóstico de cáncer sigue suponiendo a día de hoy, una conmoción y un desafío en la vida de cualquier paciente, al tratarse de una amenaza tanto para su integridad física como psicológica.

El escenario postcirugía al que se enfrentan estos pacientes y sus familias, ante la realidad de tener que adaptarse a vivir con una traqueostomía permanente, es muy complejo y difícil y requiere del trabajo multidisciplinar de un equipo de salud donde la enfermería juega un papel fundamental. ⁽⁹⁾

Asociar cáncer de laringe y traqueostomía es por lo expuesto anteriormente, un hecho inevitable.

Los pacientes deben asumir el diagnóstico (cáncer), que a pesar de los avances sigue siendo terrible, así como la consecuencia del tratamiento (el estoma) que deberán mantener el resto de su vida.

Este TFG quiere poner en evidencia que debe ser el propio paciente y su realidad, el que nos proporcione la información a partir de la cual seamos capaces de diseñar, planes de cuidados y educación que den respuesta a las verdaderas necesidades del paciente.

La preparación académica deberá discurrir siempre paralela a la vida real de los pacientes, para que las diferentes actuaciones de los profesionales de enfermería sean las que se adapten a las necesidades del enfermo y no al revés.

Para lograr este propósito, este TFG incluye un estudio descriptivo de una aproximación a la realidad de los pacientes con una traqueostomía, y además un plan de cuidados estandarizado postcirugía para un paciente con traqueostomía permanente por cáncer de laringe (ANEXO II), así como un plan de educación (ANEXO III) protocolizado que facilite al paciente el aprendizaje y desarrollo de las competencias necesarias para lograr un autocuidado de calidad de su ostomía de ventilación.

BREVE RECUERDO ANATÓMICO DE LA VÍA AÉREA

El aparato respiratorio está formado por la vía aérea superior y la vía aérea inferior.

La vía aérea superior se divide en tres zonas:

- Nasofaringe (conductos nasales y cornetes)
- Orofaringe (cavidad oral y lengua)
- Laringofaringe (epiglotis, hipofaringe)

La vía aérea inferior está constituida por la tráquea, los bronquios y los pulmones.

Todas y cada una de las partes del aparato respiratorio tienen como función, contribuir al intercambio de gases, asegurando la llegada de oxígeno (O₂) al torrente circulatorio y la eliminación de monóxido de carbono (CO₂) al exterior. ⁽¹²⁾

La laringe se encuentra situada entre la faringe y la tráquea. Es un órgano formado por el hueso hioides, y por los cartílagos tiroides, cricoides, aritenoides, corniculados y epiglotis. Todas estas estructuras anatómicas están articuladas entre sí y revestidas de mucosa. Completan estas estructuras diferentes músculos, nervios y una rica vascularización. Internamente la laringe se encuentra tapizada por mucosa ciliada, un mecanismo de purificación y acondicionamiento del aire que entra desde el exterior.

La epiglotis es una estructura en forma de hoja que está situada por encima de la laringe. Actúa como una puerta dirigiendo el aire hacia la tráquea y los sólidos y líquidos hacia el esófago, impidiendo su paso al pulmón.

Las cuerdas vocales se ubican dentro de la laringe, en la parte superior de la tráquea y son la parte del aparato fonador directamente responsable de la producción de la voz. El aparato fonador está formado por: el sistema respiratorio, las cuerdas vocales, los resonadores (faringe, boca y fosas nasales) y la cavidad bucal. ⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾

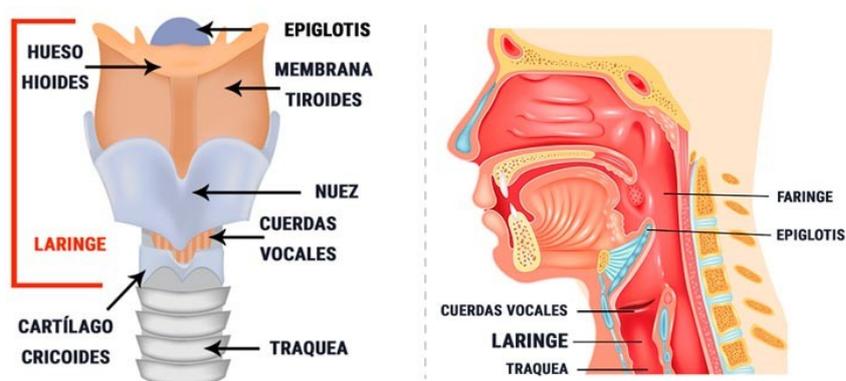


Ilustración 1: Anatomía de las vías respiratorias ⁽³⁹⁾

CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA

La cánula es un tubo hueco y curvado hacia abajo cuya función es permitir el paso del aire desde el exterior hasta la tráquea. Este tubo impide que la comunicación creada entre la tráquea y el exterior se cierre o deforme. ⁽¹⁶⁾

Las partes de una cánulas son:

- Cánula externa o cánula madre: es la pieza que se encarga de mantener comunicada la tráquea con el exterior o de mantener permeable y sin deformaciones la traqueotomía. Dispone de una placa cervical con dos ranuras laterales, que permite asegurar la cánula al cuello del paciente por medio de una cinta que se pasa a través de estas ranuras.
- Cánula interna: es un tubo que va colocado en el interior de la cánula madre y asegurado con un dispositivo de cierre. Permite corregir el acúmulo de secreciones que pueden formar tapones mucosos, al poder extraerla y limpiarla en profundidad cuando sea preciso. ⁽¹⁷⁾
- Obturador o fiador: sobresale de la cánula madre y acaba en una punta roma, lo que facilita la canulación y evita las lesiones tisulares que podría producir la cánula interna o externa al colocarlas.
- Balón: es un globo suave que rodea el extremo interno de la cánula madre y se comunica con otro externo de control. Es un mecanismo de seguridad que impide que las secreciones de la cavidad oral, alimentos o contenido gástrico pasen a los pulmones. ⁽¹⁸⁾

Hay cánulas que tienen fenestras, ventanas que permiten el paso de aire hacia las vías aéreas superiores. Su objetivo es dirigir este flujo de aire hacia las cuerdas vocales para permitir que el paciente pueda fonar, por lo que solo se beneficiarán del uso de estas cánulas los pacientes que conservan la laringe. ⁽¹⁷⁾

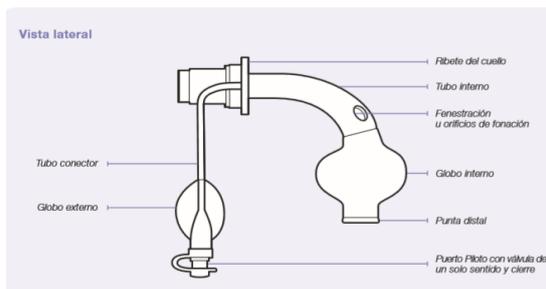


Ilustración 2: Vista lateral cánula de traqueostomía ⁽¹⁸⁾

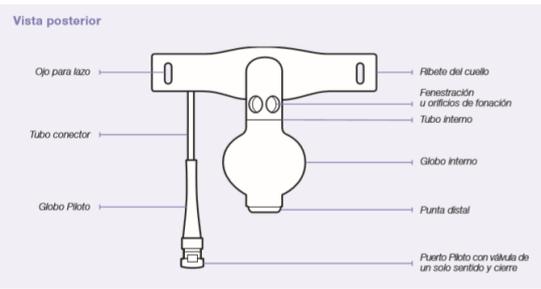


Ilustración 3: Vista posterior cánula de traqueostomía ⁽¹⁸⁾

Todos los tipos de cánulas se fabrican en materiales bien tolerados, normalmente son de una aleación de plata o de plásticos biocompatibles o siliconas. Son no irritantes y se pueden limpiar fácilmente. Las podemos encontrar de diversos materiales, longitudes y calibres: ⁽¹⁶⁾

- Cánulas de metal: acero inoxidable o capa de plata. Para pacientes con traqueostomía permanente que no necesitan ayuda del ventilador. Se limpian y son reutilizables.
- Cánulas de plástico: cloruro de polivinilo o PVC. Indicadas para casi todos los pacientes con traqueostomía. Es la más usada. Es desechable. Existen modelos con banda o globo, con orificios de fonación y por encima del globo, para pacientes con problemas en la deglución de alimentos.
- Cánulas de silicona: es el material más suave y compatible con la mucosa. Puede ser lisa o tener bandas o globos.

Como elementos comunes todas las cánulas deben tener un fiador, que ayuda en el momento de su colocación evitando lesiones en la mucosa traqueal y una cánula o camisa interna. ⁽¹⁸⁾



Ilustración 4: Cánula de metal.⁽⁴⁰⁾



Ilustración 5: Cánula de plástico con balón.⁽³⁸⁾



Ilustración 6: Cánula de plástico.⁽⁴¹⁾

La laringectomía total o parcial es una técnica quirúrgica en la que pueden aparecer múltiples complicaciones. (ANEXO IV)

El paciente antes de salir del hospital debe ser informado de esta posibilidad, para que sea capaz de detectar los signos o síntomas de alarma que le llevarían a acudir al hospital, o solicitar si fuera necesario, la asistencia del servicio de emergencias. (ANEXO V)

2. OBJETIVOS

Principal:

- Conocer experiencias y necesidades reales de pacientes con traqueostomía y darles visibilidad, con el objetivo de proponer posibles opciones de mejora que tengan un impacto positivo en su recuperación.

Específicos:

- Diseñar y elaborar un plan de cuidados de enfermería estandarizado que contenga todas las necesidades básicas de los pacientes con traqueostomía
- Proponer un plan de educación protocolizado con el fin de implicar al profesional de enfermería y al paciente y/o cuidador, en la enseñanza y aprendizaje de sus autocuidados.

3. METODOLOGÍA

Se ha utilizado un estudio descriptivo, basado en la metodología cualitativa y enmarcado en la fenomenología, por ser éste el más adecuado para aproximarnos al proceso de adaptación de estos pacientes a su nueva situación.

El análisis posterior se realizó siguiendo la propuesta de Taylor-Bogdan (1998) ⁽¹⁹⁾: preparación de los datos, descubrimiento de temas, codificación, interpretación y relativización. Se tomó como modelo para la realización de este estudio el artículo “Aproximación cualitativa de la experiencia vivida por la mujer de un enfermo con laringectomía”. ⁽²⁰⁾

La técnica cualitativa permitió acercarnos al objetivo fijado, profundizar en el proceso cognitivo y las vivencias experimentadas por varios pacientes laringectomizados, tras ser diagnosticados de cáncer de laringe y después de haber pasado entre 1 y 5 años desde la cirugía.

Se respetaron los códigos éticos de información y confidencialidad.

Para recoger los datos se utilizó la entrevista en profundidad. Se realizaron 4 entrevistas, en cada una de las cuales se abordó una de las preguntas propuestas, tuvieron una duración de 1 hora cada una, y se grabaron en su totalidad, de forma anónima. La entrevista se desarrolló en un ambiente distendido y cordial. Se produjo en el local de la Asociación Vallisoletana de Laringectomizados (AVOL) (ANEXO VI), como una conversación espontánea, basada en un guión inicial poco estructurado y con 1 único entrevistador y tras haber compartido y convivido con los entrevistados varios días mientras realizaban sus labores en la asociación.

Los informantes fueron 4 personas (3 varones y 1 mujer) con diferentes grados de formación.

En este encuentro se trataba de acercarse a la realidad desde el punto de vista del paciente, conocer sus vivencias, experiencias y sensaciones, buscando que esta información nos sirviera de guía a la hora de plantear propuestas de mejora en el trabajo de la enfermería.

Para el Plan de Cuidados de enfermería se han recopilado datos clínicos de pacientes portadores de traqueostomías, vistos y tratados durante mi experiencia en el Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital IPO- Porto, se respetaron los códigos éticos de información y confidencialidad.

Con estos datos, he elaborado un Plan de Cuidados estandarizado para pacientes con traqueostomía, basado en el Modelo de las 14 Necesidades propuesto por Virginia Henderson.

Este plan de cuidados, se ha podido realizar tras valorar las necesidades alteradas y formular diagnósticos de enfermería. En esta ocasión se han consultado libros de metodología enfermera NANDA, NOC, NIC⁽²¹⁾ y el sitio web NNNconsult⁽²²⁾.

4. RESULTADOS

El relato biográfico es un tipo de investigación cualitativa, que nos permite conocer y comprender las vivencias de una persona expresadas con sus propias palabras.

Para realizar la entrevista, se utilizó un guión sencillo con las siguientes preguntas: **1)** Cuándo le diagnosticaron el cáncer, ¿piensa que la información que recibió sobre la enfermedad y lo que le iban a hacer fue suficiente?. **2)** Ya en su domicilio después de la operación ¿se sentía usted capacitado con lo aprendido en el hospital, para realizar las curas y los cuidados que necesitaba su traqueostomía?. **3)** ¿Qué aspectos de su vida ha cambiado la traqueostomía?. **4)** ¿Cómo ha sido el proceso de volver a hablar?.

- 1) Los pacientes, aunque hay diferencias individuales que van a depender de la forma de actuar de cada médico, destacan que reciben insuficiente información en lo que respecta tanto a la enfermedad como a la cirugía a la que van a ser sometidos, así como a las consecuencias de la misma: *“Me dijeron que me tenia que operar y ya.....y a mi familia poco más”*.
- 2) Los pacientes manifiestan no haber recibido la preparación ni adquirido las habilidades suficientes para el cuidado de su ostomía durante su ingreso. Aunque cada caso es particular, todos destacan la misma sensación de abandono cuando

reciben el alta. *“Vino la enfermera y me dijo...ves este cepillo, lo pasas por la cánula y ya está...”*.

Refieren que les resulta difícil hacerse la cura de la herida, tienen la piel sin sensibilidad, no se atreven a tocar la zona, sensación de rechazo, asco. *“Tienes la piel dormida, no sientes nada...como para tocarse ahí, se te revuelve todo”*. *“A mí me dieron radioterapia y era peor, tenía toda la zona quemada”*. Muchas veces tienen que pedir ayuda a sus parejas o familiares cercanos para poder curarse, aunque éstos se encuentran con las mismas dificultades. *“Un día al curarme me desmayé y tuvo que ayudarme mi marido”*.

Les gustaría poder tener el apoyo y la ayuda de profesionales de enfermería para hacer más fácil las curas postquirúrgicas, así como para poder resolver las muchas dudas que van surgiendo cada día. *“Si vas al médico de cabecera o a la enfermera te dicen...vete a urgencias”*. *“Para todo tenías que ir al hospital y estar horas en urgencias hasta que te atendían”*.

- 3) Refieren de forma unánime que su vida cambia radicalmente en todos los aspectos. No sólo el paciente, su familia y su entorno deben acostumbrarse a la traqueostomía, proceso muy complejo para todos, principalmente por la dificultad en la comunicación.

El no poder hablar, expresar sus sentimientos, lo que piensan, sus miedos, sus dudas, les lleva a una situación de aislamiento por la que todos han pasado en mayor o menor medida. *“No puedes hablar, decir nada...por señas o tienes que escribirlo...y por no escribirlo no preguntas”*. *“Los familiares llaman para preguntar cómo estás y no puedes ponerte al teléfono, no hablas”*.

A diferencia de otras ostomías (digestivas o urinarias) ésta “se ve”, por lo que también tienen que sufrir el rechazo social (amigos, entorno), con el impacto psicológico que esto supone, siendo frecuentes los episodios de depresión o ansiedad. *“Los primeros días que salí a la calle y me encontraba a conocidos veía que se daban la vuelta o cambiaban de camino para no tener que hablar conmigo”*. *“No sabes si es por qué no puedes hablar, por qué no saben que*

decirte, por asco o por evitarte un mal rato por miedo a no entenderte". *"Así que dije, me voy a un descampado y así no me encuentro con nadie, eso sí, la cabeza no para de dar vueltas"*. Por estos motivos consideran muy necesaria la ayuda psicológica profesional en su recuperación.

Estos pacientes no cuentan ninguna dificultad para deglutir después de pasado un tiempo de adaptación, pueden comer de forma normal, eso sí, no pueden hablar al mismo tiempo, ya que si tragan, no pueden sacar el aire que necesitan para emitir sonidos a través del esófago. *"Sí como, no hablo, y si hablo no como"*. Este hecho unido al ambiente de ruido habitual en reuniones sociales o de ocio dificulta su participación en este tipo de actividades. *"Con el ruido ni se me oye ni se me entiende"*

Tampoco refieren dificultad en la defecación, *"voy al baño cómo antes de operarme"*, ni menor tolerancia para esfuerzos habituales como caminar o coger pesos por presentar el estoma de ventilación. *"Camino sin problema, no me canso"*.

Siempre deben llevar el estoma protegido para evitar que entre cualquier partícula del exterior. Utilizan pañuelos, medallones. *"Cualquier cosa que te entre, te da la tos"*.

Presentan de manera habitual mucha mucosidad a través de la traqueostomía que lógicamente se incrementa cuando sufren infecciones respiratorias, causándoles gran incomodidad. *"Andamos todo el día con pañuelos"*. *"Cuando te acatarras es mucho peor, se pasa mal"*.

Destacan los cambios ambientales, les resulta más difícil respirar mediante el estoma cuando hace más calor o hay más polen en el aire, existen filtros especiales para este fin. *"Estos días de polen son malísimos, cuesta respirar"*

Estornudan y tosen a través de la ostomía. *"La nariz y la boca nada, están muertas"* (y hace el gesto de tapar nariz y boca para demostrar que da igual).

Pierden el sentido del gusto y el olfato, aunque pasado el tiempo van recuperando el primero y en algunos casos pueden llegar a distinguir olores

fuertes. *“Al principio nada, poco a poco vas recuperando el gusto”. “No hueles nada, con el tiempo olores fuertes, colonias si te acercas mucho”*.

Tienen que tener especial cuidado cuando se duchan o se bañan, deben proteger el estoma con máscaras especiales para impedir que les entre agua, ésta pasaría directamente a los pulmones. *“Si te entra agua te ahogas, das en toser”*.

Al dormir, deben evitar posturas que compriman la zona de la ostromía, porque dejarían de respirar. *“Al principio tienes que tener cuidado con las posiciones de la cabeza, si lo tapas dejas de respirar”*.

Otro de los cambios importantes a los que se tiene que enfrentar el paciente traqueostomizado es a nivel laboral. Aunque puede haber diferencias dependiendo del tipo y del puesto de trabajo, la gran mayoría de los enfermos no pueden volver a desempeñar su trabajo habitual, y el buscar otra actividad laboral compatible con sus limitaciones, no siempre es posible por lo que generalmente obtienen una incapacidad permanente.

“Yo no pude volver a la fábrica, cómo iba a volver...con el aluminio. Primero me dijeron que sí, pero el médico me dijo que con lo que tenía no podía y me jubilaron”. “Yo soy maestra, sin poder a hablar cómo voy a hacerlo”. “Es que no podemos trabajar ni en una oficina, no puedes hablar por teléfono”.

- 4) Después de la intervención no pueden hablar, siendo éste el cambio que más impacto produce en todos los pacientes.

Tras una operación, tanto si es necesario un posterior tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia como si no, la recuperación de cualquier tipo de cáncer es lenta, pero en estos casos, el enfermo necesita además recuperar la voz para sentirse curado del todo. *“Te curas del cáncer sí, ¿pero si no puedes hablar?”*.

Manifiestan que en el hospital, nadie les explica dónde pueden acudir o a quién pueden pedir ayuda para poder volver a aprender algo tan básico como es hablar. *“Hay un cartel de la asociación en la pared de la planta”*. *“El hospital no facilita que el paciente se ponga en contacto con la asociación, tiene que ser el propio paciente o su familia quien llame directamente a la asociación y*

entonces sí que los voluntarios pueden ir a visitarlo al hospital”. “A los médicos no les gusta que estemos allí”.

Refieren, que la sanidad pública no les ofrece como parte de su rehabilitación un tratamiento de logopedia o de psicología, ni en el hospital durante el ingreso, ni una vez que el paciente está en casa. *“Si alguien se rompe una pierna, luego le dan rehabilitación, le llevan y le traen para que le trate un fisio hasta que esté bien...y nosotros nada...somos unos apestados”.*

Si un paciente quiere acudir a estos profesionales debe hacerlo de manera privada o en este caso a través de la asociación. En algunos casos los pacientes optan por el autoaprendizaje. *“Si quieres ir a un logopeda para aprender a hablar hay que pagarlo aquí en la asociación o por tu cuenta...o aprendes solo”.*

La principal actividad que la asociación ofrece a todos los socios es la de aprender a hablar utilizando la voz esofágica o erigmofónica. Diariamente logopedas profesionales y voluntarios que ya han pasado por la asociación actúan de monitores e incluso hacen labores de psicólogo con los nuevos socios.

Para poder hablar, el traqueostomizado debe aprender a deglutir el aire y expulsarlo desde el estómago para posteriormente poder emitir sonidos. Curiosamente utilizan la gaseosa como herramienta que les facilita este aprendizaje.

El volver a hablar es un proceso lento y costoso que de media puede necesitar entre 6 meses y 3 años.

El aprendizaje empieza de cero y con mucha práctica y esfuerzo, el traqueostomizado va progresando hasta conseguir articular primero sílabas, después palabras y así hasta poder llegar a hacerse entender y mantener una conversación.

A algunos pacientes, en la cirugía se les coloca una prótesis fonatoria que va a facilitar el aprendizaje posterior, aunque tienen que aprender a hablar igualmente.

Reclaman ser derivados a Unidades de Foniatría como una fase más dentro su proceso rehabilitador.

5. DISCUSIÓN

Los pacientes con cáncer de laringe añaden al diagnóstico de cáncer el tener que mantener de por vida un estoma de ventilación.

El paciente va a pasar necesariamente por diferentes etapas durante el proceso de adaptación a la traqueostomía. Cuando enferma su cuerpo, se ven afectadas todas sus otras realidades: psicoemocional, familiar, social y espiritual.

Cómo y de qué manera será capaz de ir superando los diferentes obstáculos que vayan apareciendo y qué pérdidas sufrirá por el camino, va a depender de la ayuda que reciba de su entorno (profesional, familiar) y de los recursos psicológicos que posea para hacer frente a una situación vital de esta magnitud.

Para el paciente no es solo una pérdida física sino también una pérdida de la propia imagen y de la propia integridad.

Para el enfermo conocer qué le está pasando y qué le va a pasar, informarle de lo que sucede en su cuerpo, enseñarle y explicarle estos cambios, requiere del trabajo multidisciplinar de un equipo de salud donde la enfermería debe asumir un papel fundamental.

Parece que las carencias y por tanto los objetivos a mejorar, se encuentran en la fase de informar, enseñar e implicar al paciente en el desarrollo de las competencias necesarias para llevar a cabo sus propios autocuidados. Parte esta fundamental ya que permitirá una mejor adaptación y aceptación del estoma y en consecuencia un mayor reajuste psicológico al mejorar la percepción de autocontrol, confianza y autoestima.

Este estudio es limitado y la muestra pequeña, pero posiblemente las respuestas nos aproximen a la realidad de lo vivido por muchos de los pacientes traqueostomizados y debe servirnos como punto de partida para orientar nuestras conductas.

Las consecuencias que podrían derivarse de esta investigación, me sirven de estímulo para en un futuro dar continuidad a este estudio descriptivo, incorporando la experiencia de un número mayor de pacientes e incluyendo una 2ª fase de aplicación a la práctica, que nos permita confirmar la validez del estudio aquí propuesto.

En la bibliografía revisada para la realización de este trabajo, no he encontrado un Plan de Cuidados de enfermería que incluya todas las necesidades, que en mi opinión, debe contener un plan de estas características.

Por este motivo y con el fin de proporcionar al paciente una atención más completa, he elaborado un Plan de Cuidados estandarizado en el que las diferencias con los planes ya existentes se justifican en la importancia del “manejo de la información”. Se trataría de un feedback paciente-enfermería-paciente. El conocimiento que el paciente tenga de la enfermedad y sus consecuencias, va a facilitar una colaboración y un aprendizaje mejor y más completo de los cuidados de su ostomía de ventilación.

Si bien el plan de cuidados parece tener en cuenta los aspectos peor valorados por los pacientes traqueostomizados, no hay que olvidar que cada enfermo es un caso único. El plan debe ser flexible para adaptarse a las diferentes realidades de los pacientes

Para poder valorar la eficacia real del plan de educación sería conveniente su implementación en la práctica clínica durante un periodo de tiempo lo suficientemente prolongado.

En conclusión, este trabajo plantea la necesidad por parte del profesional de enfermería, de ejecutar un plan de cuidados de calidad junto con un plan de educación protocolizado, para conseguir por parte del paciente y/o cuidador un óptimo manejo de la traqueostomía.

La aplicación de estos planes en la práctica clínica, tendría sin duda un impacto muy positivo en la recuperación y bienestar de todos los pacientes traqueostomizados.

6. CONCLUSIONES

1. Todo paciente traqueostomizado va a sufrir un cambio brusco en su estado de salud que va a tener como consecuencia importantes alteraciones a nivel físico, psicoemocional, familiar, social y laboral.
2. Debe ser el propio paciente y su realidad el que nos proporcione la información a partir de la cual diseñar planes que den respuesta a sus verdaderas necesidades.
3. Es necesario que enfermería desarrolle un plan de cuidados de calidad, unificado y estandarizado.
4. Es imprescindible que el profesional de enfermería esté preparado y capacitado para poder transmitir y enseñar al paciente la importancia de un buen autocuidado de su ostomía de ventilación.
5. El trabajo de enfermería es fundamental desde el inicio del proceso para conseguir una buena colaboración del cuidador y/o paciente en el cuidado de su traqueostomía.
6. La aplicación de un plan de educación protocolizado facilitará la implicación de ambas partes: enfermería y paciente/cuidador en la consecución del bienestar integral del paciente.
7. Con la información obtenida se exponen diferentes propuestas de mejora que implica al profesional de enfermería, estas son:
 - Desde la Atención Primaria como primer nivel de asistencia deben participar activamente tanto en la promoción de la salud, como en la prevención de los factores de riesgo del cáncer de laringe.
 - A nivel hospitalario, deben colaborar en la tarea de dar a los pacientes una información suficiente sobre la enfermedad, la cirugía y sus consecuencias.
 - Como principales cuidadores, deben estar atentos y detectar las necesidades que el paciente pueda tener en todos los ámbitos, facilitando su comunicación en un entorno de confianza.

- Formación básica para que el profesional de enfermería en el Centro de Salud sea capaz de resolver problemas comunes evitando al paciente el tener que acudir a servicios especializados.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. DeCS Server - Main Menu [Internet]. [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl660.exe/decserver/?IsisScript=../cgi-bin/decserver/decserver.xis&interface_language=e&previous_page=homepage&previous_task=NULL&task=start
2. REDECAN - Estimaciones de la Incidencia y la Supervivencia del Cáncer en España y su Situación en Europa [Internet]. [citado 12 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://redcan.org/es/page.cfm?id=196&title=estimaciones-de-la-incidencia-y-la-supervivencia-del-cancer-en-espana-y-su-situacion-en-europa>
3. Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós JR, Rojas D, et al. Cancer incidence in Spain, 2015. *Clin Transl Oncol*. 16 de enero de 2017;19:799-825.
4. Dados do cancro em Portugal [Internet]. [citado 12 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/02/dados-do-cancro-em-portugal/>
5. ro_nacional_2010.pdf [Internet]. [citado 12 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.ipoportu.pt/dev/wp-content/uploads/2013/03/ro_nacional_2010.pdf
6. Cancer Today [Internet]. [citado 11 de mayo de 2018]. Disponible en: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?mode=cancer&mode_population=world&population=900&sex=0&cancer=10&type=1&statistic=0&prevalence=0&color_palette=default
7. European Cancer Information System [Internet]. [citado 12 de mayo de 2018]. Disponible en: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?\\$1-All\\$2-All\\$4-1,2\\$3-21\\$6-0,14\\$5-2008,2008\\$7-7\\$0-0\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$CEstRelative\\$X1_8-3\\$X1_9-AEE](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$1-All$2-All$4-1,2$3-21$6-0,14$5-2008,2008$7-7$0-0$CEstByCountry$X0_8-3$CEstRelative$X1_8-3$X1_9-AEE)
8. Indicações Clínicas e Intervenção nas Ostomias Respiratórias em Idade Pediátrica e no Adulto.pdf.
9. Rodrigues N. Sistemas de informação em enfermagem. Uma reflexão à luz do Autocuidado: Traqueostomia. :120.
10. INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE TRAQUEOTOMÍA. NUESTRA EXPERIENCIA - Hospital Privado de Comunidad [Internet]. [citado 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.hpc.org.ar/v2/vdato.asp?id=623>
11. Orientações aos Pacientes Laringectomizados - INCA [Internet]. [citado 31 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=111
12. Anatomía básica del aparato respiratorio [Internet]. [citado 30 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://formacionenemergencias.blogspot.com/2012/07/anatomia-basica-del-aparato.html>
13. Cuerdas vocales - EcuRed [Internet]. [citado 30 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Cuerdas_vocales
14. Aparato Fonador - Definición, partes y funciones. [Internet]. Síntomas, diagnóstico y tratamiento. 2015 [citado 30 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://tusintoma.com/aparato-fonador/>
15. Partes del aparato fonador [Internet]. [citado 30 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.partesdel.com/aparato-fonador.html>

16. Guía de recomendaciones al paciente traqueotomizado.pdf.
17. Lamo FB-D. Cuidados del paciente traqueotomizado. :18.
18. Cuidados domiciliarios de pacientes con traqueostomía.pdf.
19. Entrevista_en_profundidad_Taylo_y_Bogdan.pdf [Internet]. [citado 5 de junio de 2018]. Disponible en:
https://www.onsc.gub.uy/enap/images/stories/MATERIAL_DE_CURSOS/Entrevista_en_profundidad_Taylo_y_Bogdan.pdf
20. Rodríguez M, M A, González García M. Aproximación cualitativa de la experiencia vivida por la mujer de un enfermo con laringectomía. Index Enferm. junio de 2011;20(1-2):120-3.
21. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. 9.ª. Elsevier Masson;
22. NNNConsult [Internet]. [citado 5 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/nanda/nec>
23. Hernández CGP, Santos MEM, Huelva AB. TRAQUEOTOMÍA: INDICACIONES, TÉCNICA Y COMPLICACIONES. INTUBACIÓN. :14.
24. Melgar AGB, Galván MRJ, Gandullo EV, Hidalgo AG. Manejo del paciente traqueostomizado, cánulas y aplicación de fármacos inhalados. :7.
25. Sanguino JDP. Cuidados integrales al paciente traqueostomizado. Bubok; 2012. 171 p.
26. Guía de recomendaciones para el paciente traqueostomizado.pdf.
27. Che-Morales JL, Díaz-Landero P, Cortés-Tellés A. Manejo integral del paciente con traqueostomía. Neumol Cir Tórax. diciembre de 2014;73(4):254-62.
28. Pulido Justicia R, Sánchez García J, Baraza Saz A. Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado. Culture, education and care of the patient with an ostomy [Internet]. 2001 [citado 4 de junio de 2018]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/4940>
29. Guía para el cuidado de la traqueostomía en casa.pdf.
30. Cuidados para el paciente con Traqueostomía | MD Anderson Cancer Center Madrid [Internet]. [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/guias-y-manuales-para-pacientes-enfermeria/cuidados-para-el-paciente-0>
31. Calatayud JMC, Prado AV, Vila TM, Mas JMC, Mas LC. ESTOMAS MANUAL PARA ENFERMERÍA. :267.
32. Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, de Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva. septiembre de 2007;31(6):318-25.
33. Basic nursing principles of caring for patients with a tracheostomy | Clinical | Nursing Times [Internet]. [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/respiratory/basic-nursing-principles-of-caring-for-patients-with-a-tracheostomy/1973985.article>

34. Torres MDC. Guía de cuidados al alta para pacientes traqueostomizados. :32.
35. Educación sanitaria al paciente adulto con traqueostomía durante su estancia hospitalaria.pdf [Internet]. [citado 4 de junio de 2018]. Disponible en:
<http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/CB5D3482-4C8A-4273-8AD3-F31193B59D1F/flaad07-1090-4842-9998-286307dfc9df/flaad07-1090-4842-9998-286307dfc9df.pdf>
36. M^a GS, Angel PTM, M^a SSS, Majón S. EDUCACIÓN SANITARIA AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO. :1.
37. Cuidados del paciente traqueostomizado.pdf.
38. Sonda Rusch Traqueostomia Cristal Clear com Balão Descartável nº 3.5 | Cointer [Internet]. [citado 6 de junio de 2018]. Disponible en: <https://www.cointer.com.br>
39. Laringitis [Internet]. 2017 [citado 24 de mayo de 2018]. Disponible en:
<https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/laringitis/que-es-la-laringitis>
40. Cânula para Traqueostomia STD (Metal Cromado) [Internet]. Fradel-med - A sua loja aberta 24h! [citado 6 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.fradel-med.com.br/canula-para-traqueostomia-std-metal-cromado-p39>
41. Bosso M, Lovazzano P, Plotnikow GA, Setten M. Cánulas de traqueostomía para adultos. Selección y cuidados. Med INTENSIVA. 2014;15.

8. ANEXOS

ANEXO I – INDICACIONES DE LAS TRAQUEOSTOMÍAS

Tabla 2: Indicaciones de las traqueostomías^{(23) (10)}

INDICACIONES
1. Evitar una obstrucción de la vía aérea <ul style="list-style-type: none">Anomalías congénitas (Ej: hipoplasia laríngea, redes vasculares)Patología supraglótica o glótica (Ej: infecciones, neoplasias, parálisis bilateral de cuerdas vocales)
2. Traumatismos cervicales con lesiones severas de los cartílagos tiroideos o cricoides, hueso hioides o grandes vasos
3. Enfisema subcutáneo <ul style="list-style-type: none">En cara, cuello y tórax
4. Fracturas faciales y de mandíbula que pueden desencadenar una obstrucción de la vía aérea superior
5. Edema <ul style="list-style-type: none">TraumaQuemadurasInfeccionesAnafilaxis
6. Proveer una vía a largo tiempo para la ventilación mecánica en casos de insuficiencia respiratoria
7. En casos de manejo inadecuado de secreciones <ul style="list-style-type: none">Tos insuficiente debida a dolor crónico o debilidadAspiración
8. Profilaxis (como preparación para procedimientos invasivos de cabeza y cuello y el periodo de convalecencia)
9. Apnea del sueño severa no susceptible de CPAP u otros

ANEXO II - PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE LARINGECTOMIZADO

VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

En el Servicio de Cirugía Oncológica del Hospital IPO-Porto utilizaban un plan de cuidados siguiendo las normas CIPE (Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería). En mi opinión, los cuidados que incluían eran bastantes completos en lo que respecta a cubrir las necesidades del paciente y a la información proporcionada. La dificultad casi siempre venía dada por la falta de tiempo para su aplicación completa.

Como paso previo a la realización de este plan he realizado la siguiente valoración integral según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

NECESIDAD 1. RESPIRAR NORMALMENTE

Cuando se realiza una traqueostomía, quedan anuladas las funciones de la vía respiratoria superior, que son de gran importancia tanto para el intercambio de gases a nivel alveolar, como para una correcta producción del moco traqueal.

Este cambio conlleva una inhibición de los cilios vibrátiles de la mucosa de la tráquea, lo que origina el acúmulo de secreciones, que por otra parte se secan con facilidad, dando como resultado la formación de cilindros y acúmulos de moco.

Se asocia también una mayor producción de mucosidad, más densa y adherente, que puede dar lugar a la formación de un tapón mucoso, capaz de estimular el reflejo tusígeno provocando en el paciente accesos de tos, que en ocasiones son continuados y violentos.⁽²⁴⁾

Aunque el paciente traqueostomizado puede ventilar satisfactoriamente, estas personas presentan una capacidad respiratoria reducida y un intercambio gaseoso defectuoso.⁽¹⁷⁾

NECESIDAD 2. COMER Y BEBER

La pérdida de flujo aéreo nasal afecta al sentido del olfato y como consecuencia al del gusto, disminuyendo el apetito del paciente.

Además puede haber dificultades deglutorias por diversos motivos: al desviarse el flujo aéreo por la cánula, la laringe pierde sensibilidad y en el traqueotomizado es más fácil que se produzca la aspiración del bolo alimenticio durante la deglución.

También se pueden dar estas dificultades deglutorias por la propia cánula de traqueotomía, que impide el normal ascenso de la laringe durante la fase faríngea de la deglución, perturbando la apertura del esfínter esofágico superior durante el paso del bolo de la faringe al esófago. La dificultad aumenta si hay un balón de neumotaponamiento excesivamente inflado.⁽¹⁷⁾

El mayor peligro de las alteraciones de la deglución en el traqueostomizado es la presencia de aspiración de alimentos o secreciones hacia la vía aérea, que originan infecciones respiratorias serias. Es por esto que los pacientes se alimentan por SNG durante los primeros días postcirugía. Después, en el momento de reintroducción de la alimentación oral, que se realiza con texturas tipo puré, hay que estar muy atentos a dichas aspiraciones.⁽²⁵⁾

NECESIDAD 3. ELIMINACIÓN

La función esfinteriana de la laringe (debida a su musculatura intrínseca y a la acción valvular de las cuerdas vocales) sirve para proteger la vía aérea y permitir funciones fisiológicas como la defecación, la tos, la micción, el vómito y el parto.⁽¹⁷⁾

El tener una cánula de traqueostomía supone la entrada-salida directa del aire, por lo que no es posible contener la respiración a menos que se tape el orificio con un tapón o con un dedo. Esto puede dificultar la capacidad de contraer los músculos abdominales necesarios para defecar o levantar pesos. Cuando necesite hacer fuerza abdominal, necesitará tapar el orificio con los dedos.⁽²⁶⁾

Como se ha indicado en la Necesidad 1. Respirar normalmente, hay un aumento en la producción de secreciones a través del estoma, por lo que es muy importante humidificarlas y aspirarlas cuando sea necesario.⁽²⁷⁾

NECESIDAD 4. MOVERSE

Al no cerrarse las cuerdas vocales, la capacidad para realizar algunos esfuerzos físicos disminuye, por este motivo debe evitar cargar objetos pesados así como limitar la práctica de algunos deportes. ⁽¹⁶⁾

Esta necesidad está fundamentalmente alterada en el periodo de recuperación postquirúrgica, a medida que se avanza en la recuperación se va restableciendo la normalidad.

NECESIDAD 5. REPOSO/SUEÑO

El paciente deberá dormir un poco incorporado y teniendo cuidado para no comprimir la zona del estoma, es decir, no puede dormir boca abajo, ya que existe riesgo de asfixia. Esta función estará alterada sobre todo en los primeros días hasta que se adapten a estos cambios. ⁽²⁸⁾

NECESIDAD 6. VESTIRSE

No está incluida en el plan de cuidados, no requiere cuidados específicos de enfermería, solo debemos recomendar el uso de pañuelos y prendas de ropa que protejan el estoma, evitando las que desprendan pelusa porque podrían introducirse en la cánula y dificultar la respiración. ⁽²⁹⁾

NECESIDAD 7. TEMPERATURA

Es necesario vigilar la temperatura como una rutina más de los cuidados de enfermería, en cualquier otra cirugía, ya que nos va a indicar la presencia de complicaciones como una infección.

NECESIDAD 8. HIGIENE/PIEL

Se aconseja la ducha y no el baño, para evitar que entre agua a través del estoma. Puede lavarse la cabeza con cuidado. ⁽³⁰⁾

Es muy importante prestar especial atención a la piel periestomal para evitar infecciones y vigilar que las secreciones no irriten la zona. ⁽³¹⁾

NECESIDAD 9. EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD

La ansiedad, el estrés y la desesperación son los principales desórdenes afectivos manifestados por los pacientes durante este periodo. Es importante, por tanto, que enfermería ayude a exteriorizar estos sentimientos. ⁽³²⁾

NECESIDAD 10. COMUNICACIÓN

Como el aire no pasa a través de las cuerdas vocales, al encontrarse éstas por encima del estoma, el paciente perderá la capacidad de hablar aunque de forma transitoria.

El hecho de tener una traqueotomía no incapacita para poder hablar, hay métodos de rehabilitación y aprendizaje que ayudarán a conseguirlo. ⁽²⁶⁾

Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta la comunicación escrita y otras estrategias de comunicación no verbal, como saber leer los labios, ya que serán de gran valor para establecer una mejor relación terapéutica con el paciente. Y sobre todo, tener siempre en consideración cómo la pérdida del habla afectará a los pacientes y la ansiedad que puede llegar a producir. ⁽³³⁾

NECESIDAD 11. CREENCIAS/VALORES

Al tratarse de una necesidad muy personal en la que intervienen valores morales y/o creencias religiosas el papel de la enfermería debe limitarse a respetar al paciente.

NECESIDAD 12. TRABAJAR/REALIZARSE

El paciente con estoma tiene que aceptar un nuevo orificio en su cuerpo, lo que puede provocar una reacción social desagradable. Ello le puede ocasionar angustia y miedo tanto en el contexto de sus relaciones sociales como con su pareja. ⁽³¹⁾

La mayoría de los pacientes no puede volver al puesto de trabajo anterior a la cirugía, un aspecto psicológico que es difícil superar, puede llevar al paciente a desarrollar sentimientos de inutilidad relacionados con él mismo y con no poder ayudar a su familia.

NECESIDAD 13. RECREARSE

Está relacionada con las relaciones sociales y con la comunicación. En principio no habría restricciones, aunque se deben evitar deportes acuáticos y de esfuerzo. Se recomiendan otras actividades como caminar y bailar. ⁽³⁴⁾

NECESIDAD 14. APRENDER

La falta de conocimientos e información del paciente en lo que respecta a su enfermedad y en cómo la traqueostomía va a afectar a su vida, influye negativamente en su implicación para el aprendizaje de sus cuidados. Se trataría de un feedback paciente-enfermería-paciente.

Además de prestar unos cuidados técnicos de calidad, es imprescindible que el paciente adquiera y desarrolle las competencias necesarias para que cuando reciba el alta hospitalaria pueda hacerse cargo de su autocuidado. Esta necesidad es una de las más importantes y en la que el papel de enfermería es determinante. ^{(35) (36)}

Tabla 3: Plan de cuidados estandarizado para el paciente laringectomizado. (Fuente: elaboración propia)

Diagnóstico (NANDA)	Objetivos (NOC)	Intervenciones de enfermería (NIC)	
1. <u>Respirar</u>	Resultados	Intervenciones	Actividades
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con (r/c) vía aérea artificial, mucosidad excesiva y retención de secreciones.	0410 Permeabilidad de las vías respiratorias	3180 Manejo de las vías aéreas artificiales	<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4-8 horas, según corresponda: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor del estoma, y cambiar la sujeción de la traqueostomía.• Inspeccionar la piel alrededor del estoma traqueal por si hay drenaje, enrojecimiento, irritación y hemorragia.• Elevar el cabecero de la cama a 30° o más, o ayudar al paciente

			a sentarse en una silla durante la alimentación, si es posible.
	0402 Intercambio gaseoso	3320 Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, según corresponda. • Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioxímetro, gasometría arterial), según corresponda.
00039 Riesgo de aspiración r/c cirugía del cuello, deterioro de la deglución e intubación traqueal.	1010 Estado de deglución	3200 Precauciones para evitar la aspiración	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda • Mantener el balón del tubo endotraqueal inflado. • Mantener el equipo de aspiración disponible. • Comprobar la colocación de la SNG.
00030 Deterioro del intercambio de gases r/c desequilibrio en la ventilación-perfusión	0402 Intercambio gaseoso	3320 Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la permeabilidad de las vías aéreas: eliminación de secreciones. • Monitorización sat.O2.
2. Comer y beber	Resultados	Intervenciones	Actividades
00102 Déficit de autocuidado: alimentación r/c dolor, ansiedad, disminución de la motivación...	0303 Autocuidados: comer	1803 Ayuda con el autocuidado: alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la dieta prescrita. • Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida • Colocar al paciente en una posición cómoda. • Proporcionar dispositivos

			adaptados para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo
00103 Deterioro de la deglución r/c anormalidad de la vía aérea superior	1008 Ingestión alimentaria y de líquidos.	1056 Alimentación enteral por sonda	<ul style="list-style-type: none"> • Elevar el cabecero de la cama de 30 a 45 ° durante la alimentación. • Vigilar el estado de líquidos y electrolitos. • Irrigar la sonda después de cada alimentación.
	1918 Prevención de la aspiración	3270 Desintubación endotraqueal	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar al paciente de forma que se aproveche al máximo el uso de los músculos de la ventilación, normalmente con el cabecero de la cama elevado 75°. • Hiperoxigenar al paciente y aspirar la vía aérea endotraqueal. • Desinflar el balón de sujeción endotraqueal y retirar el tubo endotraqueal. • Animar al paciente a que tosa y expectore. • Administrar oxígeno, según prescripción. • Vigilar los signos vitales. • Comprobar la capacidad de deglución y conversación.
3. <u>Eliminación</u>	Resultados	Intervenciones	Actividades

00110 Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c deterioro de la movilidad, deterioro musculoesquelético	0310 Autocuidados: uso del inodoro.	1804 Ayuda en el autocuidado: micción/defecación	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer intimidad durante la eliminación. • Advertir al paciente de la nueva posible dificultad al hacer fuerza abdominal.
4. Moverse	Resultados	Intervenciones	Actividades
00094 Riesgo de intolerancia a la actividad r/c pérdida de la actividad física	0005 Tolerancia la actividad	180 Manejo de la energía	<ul style="list-style-type: none"> • Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones. • Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
5. Reposo/sueño	Resultados	Intervenciones	Actividades
00214 Disconfort r/c ansiedad, cambios en el patrón de sueño, síntomas relacionados con la enfermedad	0004 Sueño	1850 Mejorar el sueño:	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. • Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del
00198 Trastorno del patrón del sueño r/c dificultad para			

conciliar el sueño, despertarse sin querer			paciente.
8. <u>Higiene/piel</u>	Resultados	Intervenciones	Actividades
00108 Déficit de autocuidado: baño r/c ostomía	0301 Autocuidados: baño	1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. • Controlar la integridad cutánea del paciente.
	0305 Autocuidados: higiene		
9. <u>Evitar peligros/seguridad</u>	Resultados	Intervenciones	Actividades
00043 Protección ineficaz r/c cáncer	1833 Conocimiento: manejo del cáncer	5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento:	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente/allegados acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento. • Explicar el procedimiento/tratamiento. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.
		5602 Enseñanza: proceso de enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso. • Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección.
00146 Ansiedad r/c incertidumbre, preocupación, amenaza del estatus habitual	1211 Nivel de ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.

			<ul style="list-style-type: none"> • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.
		5580 Información preparatoria: sensorial	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar las sensaciones y el procedimiento/tratamiento en la secuencia que más probablemente se presentará. • Describir la duración esperable de las sensaciones y de los procedimientos o cuándo puede esperarse un cambio. • Dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas y clarificar malentendidos.
	1212 Nivel de estrés	5330 Control del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. • Ayudar a que el paciente asuma una mayor responsabilidad en el autocuidado a medida que pueda hacerlo.
00148 Temor r/c entorno	1404 Autocontrol del miedo	5380 Potenciación de la	<ul style="list-style-type: none"> • Disponer un ambiente no

desconocido, sentimientos de temor		seguridad	amenazador. <ul style="list-style-type: none"> • Pasar tiempo con el paciente. • Escuchar los miedos del paciente/familia.
		5610 Enseñanza: prequirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente y a la familia acerca de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía. • Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente, sus antecedentes, nivel cultural y el grado de conocimiento de la cirugía. • Evaluar la ansiedad del paciente y de la familia respecto a la cirugía.
10. Comunicación	Resultados	Intervenciones	Actividades
00051 Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras físicas (traqueostomía, intubación...)	0902 Comunicación	4976 Mejorar la comunicación déficit del habla	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (p. ej., tableta de escritura, tarjetas, parpadeo, tabla de comunicación con imágenes y letras, señales con la mano u otros gestos, ordenador). • Instruir al paciente o a la familia sobre el uso de ayudas para el habla tras una laringectomía (p. ej., erigmo fonía, laringes eléctricas, fistulas traqueoesofágicas).

			<ul style="list-style-type: none"> • Remitir al paciente a sistemas de apoyo comunitario (p. ej., asociaciones de laringectomizados y asociaciones de pacientes oncológicos).
00053 Aislamiento social r/c alteración de la apariencia física, antecedentes de rechazo	1502 Habilidades de interacción social	5440 Aumentar los sistemas de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación. • Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.
12. <u>Trabajar/realizarse</u>	Resultados	Intervenciones	Actividades
00118 Trastorno de la imagen corporal r/c alteración del funcionamiento corporal y temor a la reacción de los demás	1200 Imagen corporal	5220 Mejora de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. • Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio. • Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares.
13. <u>Recrearse</u>	Resultados	Intervenciones	Actividades
00097 Déficit de actividades recreativas r/c	1203 Severidad de la soledad	5270 Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

hospitalización prolongada.			<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
	1209 Motivación	5230 Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal. • Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. • Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
		5400 Potenciación de la autoestima:	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. • Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.
	1503 Implicación social	7110 Fomentar la implicación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. • Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante la hospitalización • Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del

			paciente a los miembros de la familia.
		5100 Potenciación de la socialización	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine. • Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.
14. Aprender	Resultados	Intervenciones	Actividades
00126 Conocimientos deficientes r/c información y conocimientos insuficientes	1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad.	5606 Enseñanza: individual	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. • Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos del paciente. • Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender.
00161 Disposición para mejorar los conocimientos r/c la adquisición de un tema específico relativo a la salud	1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía	0480 Cuidados de la ostomía	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente/allegados en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía. • Hacer que el paciente/allegados muestren el uso del equipo. • Vigilar posibles complicaciones postoperatorias fístula de la anastomosis o separación mucocutánea. • Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía. • Ayudar al paciente a practicar

			<p>los autocuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente/allegado a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal. • Fomentar la participación en grupos de apoyo para pacientes con ostomía después del alta hospitalaria.
<p>00182 Disposición para mejorar el autocuidado r/c el deseo de mejorar la independencia en su vida y el conocimiento de las estrategias de autocuidado</p>	0313 Nivel de autocuidado	5395 Mejora de la autoconfianza	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información sobre la conducta deseada. • Preparar al individuo para los estados fisiológicos y emocionales que puede experimentar durante los intentos iniciales del desarrollo de una nueva conducta. • Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta.
	0311 Preparación para el alta: vida independiente	1800 Ayuda con el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir el autocuidado. • Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.
		7400 Orientación en el sistema sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar y facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y el

			<p>paciente/familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente de cómo acceder a los servicios de urgencia por medio del teléfono o transporte, según corresponda.
		7370 Planificación para el alta	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente/familiar/allegados en la planificación de los ambientes de apoyo necesarios para proveer los cuidados fuera del hospital. • Disponer la evaluación posterior al alta, cuando sea apropiado. • Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.

ANEXO III – PLAN DE EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO DE LAS TRAQUEOSTOMÍAS

A continuación se expone un plan de educación para el autocuidado de las traqueostomías que se llevará a cabo durante la hospitalización del paciente. Está tomado del Servicio de Cirugía Oncológica del IPO-Porto.

Durante mi estancia en este servicio, tuve la oportunidad de comprobar su aplicación práctica y sus buenos resultados. Cabe destacar que da tanta importancia al cuidador como al propio paciente. Desde mi punto de vista, es completo y útil, y se podría tener en cuenta para diseñar otros planes similares.

Tiene como objetivo general contribuir al desarrollo de una buena práctica de cuidados mediante unos procedimientos uniformes en la enseñanza del paciente y/o su cuidador.

Y como objetivos específicos, sistematizar el proceso de enseñanza y aprendizaje, y contribuir en la adquisición de conocimientos para la optimización de la traqueostomía por parte del paciente y/o cuidador, así como conseguir las competencias necesarias para dicha optimización.

Condiciones previas:

- Es necesario identificar al cuidador que vaya a promover la autonomía del paciente y que lo vaya a sustituir, en caso de imposibilidad por parte de éste, para efectuar los cuidados inherentes al estoma y los respectivos dispositivos.
- Se debe siempre respetar la privacidad del paciente y del cuidador.
- Este proceso de enseñanza se debe comenzar lo más precozmente posible, en cuanto se cumplan las condiciones necesarias para poder hacerlo.
- Para poder iniciar el plan de educación para el autocuidado, el paciente y su cuidador deben reunir los siguientes requisitos:
 - expresar voluntad de aprender a cuidar la traqueostomía
 - poseer aptitudes visuales y auditivas que le permitan entender y observar el aprendizaje
 - poseer capacidades cognitivas para el aprendizaje
- Este plan de educación para el autocuidado, deberá iniciarse preferentemente en la consulta externa antes de la cirugía o en la admisión (Día 0) del paciente en planta, para continuarlo en el servicio donde esté ingresado después de la cirugía (Días 1 a 4). En el inicio de cada día de aprendizaje, deberá evaluarse el conocimiento adquirido el día anterior, pidiendo al paciente y a su cuidador que ejecute lo aprendido.

- Este plan de educación para el autocuidado sólo deberá darse por acabado, cuando el profesional determine que el paciente y su cuidador se encuentran aptos o totalmente aptos.
- El paciente y cuidador no se consideran aptos si no son capaces de retirar, preparar y/o colocar la cánula de traqueostomía.

El plan de aprendizaje está dividido en 5 días, sólo se avanzará cuando el paciente y cuidador demuestren haber adquirido los conocimientos y competencias enseñadas. Cuando el tiempo de ingreso del paciente es inferior a 4 días, el aprendizaje se puede realizar en 2, asegurando el aprendizaje de todos los procedimientos.

Como cada paciente es único, al final de cada día se deben registrar observaciones importantes, si las hubiese. Se deberán rellenar las tablas con una cruz, marcando sí o no cuando se dé o no por conseguido cada procedimiento. Se deberá indicar la fecha y el enfermero responsable de cada día. Al final de todo el proceso se calificará al paciente y/o cuidador como no apto, apto o totalmente apto.

Tabla 4: Plan de educación para el autocuidado de las traqueostomías. Día 0. (Fuente: Hospital IPO-Porto)

DÍA 0				
INFORMAR AL PACIENTE Y CUIDADOR				
Procedimiento	Ejecución			
	Paciente		Cuidador	
	Sí	No	Sí	No
Informar sobre qué es una traqueostomía y si será o no permanente				
Informar al paciente de los cambios que le ocurrirán después de la cirugía: <ul style="list-style-type: none"> • presencia del estoma • apariencia, tamaño y localización del estoma • presencia de secreciones y características de las mismas 				

<ul style="list-style-type: none"> • tipos de equipamientos disponibles • consecuencias de la cirugía en las actividades de la vida diaria 				
Proporcionar un folleto informativo				

Tabla 5: Plan de educación para el autocuidado de las traqueostomías. Día 1. (Fuente: Hospital IPO-Porto)

DÍA 1				
ENSEÑAR AL PACIENTE Y CUIDADOR				
Procedimiento	Ejecución			
	Paciente		Cuidador	
	Sí	No	Sí	No
Evaluar el conocimiento del paciente y su cuidador sobre la traqueostomía				
Enseñar: <ul style="list-style-type: none"> • características del estoma: <ul style="list-style-type: none"> • cómo se lleva a cabo la respiración y la salida de secreciones • el aspecto del estoma y las modificaciones que se pueden esperar del mismo (alteración del tamaño y la forma) • tipos de dispositivos que va a utilizar: <ul style="list-style-type: none"> • cánulas simples • cánulas dobles • frecuencia de sustitución de los dispositivos: <ul style="list-style-type: none"> • cánula simple, cambio diario • cánula doble, cambio semanal excepto la cánula interna, que se cambia diariamente • importancia de proteger la piel periestomal: 				

<ul style="list-style-type: none"> • limpiar secreciones evitando que se acumulen en la piel y ropa • vigilar las señales de maceración de la piel • contactar con el médico o enfermero en el caso de que aparezcan alteraciones en la piel periestomal y en el estoma (rubor y calor en la piel, hemorragia, salida de pus por el estoma) • características de las secreciones: <ul style="list-style-type: none"> • contactar con el médico si las secreciones se vuelven hemáticas o purulentas • la tendencia es que las secreciones vayan disminuyendo con el tiempo • es importante humidificar las secreciones para evitar acúmulos de secreciones espesas y secas que puedan ocluir la cánula 				
<p>Informar sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vida con traqueostomía: <ul style="list-style-type: none"> • el éxito de la cirugía depende de la capacidad de aceptar el nuevo dispositivo y ser capaz de vivir como anteriormente • es necesario tiempo para adaptarse, si es necesario puede hablar con otros ostomizados, profesionales de salud, amigos y familiares • la vida social no debería sufrir alteraciones debido a la cirugía. Existen otras alternativas a la voz vocal que permiten la comunicación. • El uso de pañuelos y camisetas de cuello alto permiten ocultar el estoma, protegiendo la imagen • viajes: <ul style="list-style-type: none"> • llevar un estuche con todo el material necesario para cuidar el estoma durante el periodo que vaya a estar fuera 				

<ul style="list-style-type: none"> • llevar material extra, puede ser difícil adquirirlo en el lugar al que viaje • si viaja en avión llevar el material de reserva en la maleta de mano, por si se extravían las maletas. • si es necesario, llevar un informe de su médico donde indique la necesidad de transportar material médico • alimentación: <ul style="list-style-type: none"> • puede haber falta de apetito y náuseas asociados a los tratamientos • es normal que haya disminución del gusto por la pérdida de olfato • beber entre 1,5 y 2 litros de agua al día • intentar comer 5 o más raciones de frutas y verduras al día • evitar alimentos con harinas refinadas y azúcares, dando preferencia a los alimentos integrales • limitar las comidas ricas en grasas • si se bebe alcohol limitarlo a dos vasos por día • ponerse en contacto con el nutricionista si la pérdida de peso y de apetito son llamativas • sexualidad: <ul style="list-style-type: none"> • no hay impedimentos para llevar una vida sexual activa y saludable • debe haber comunicación entre la pareja para que puedan aclarar las dudas que puedan provocar miedos y ansiedad • la actividad sexual no perjudica al estoma • embarazo: <ul style="list-style-type: none"> • la ostomía no impide un embarazo saludable • si existen otras enfermedades asociadas debe consultarlo 				
---	--	--	--	--

con el médico antes de planificar el embarazo				
---	--	--	--	--

Tabla 6: Plan de educación para el autocuidado de las traqueostomías. Día 2. (Fuente: Hospital IPO-Porto)

DÍA 2				
INSTRUIR AL PACIENTE Y CUIDADOR				
Procedimiento	Ejecución			
	Paciente		Cuidador	
	Sí	No	Sí	No
Evaluar el conocimiento del paciente y cuidador sobre qué es una traqueostomía				
Instruir al paciente sobre las características del estoma, colocándolo frente a un espejo de forma que pueda visualizarlo.				
Indicar las características normales de la piel periestomal, para ser capaz de distinguirla de la piel macerada				
Instruir sobre la importancia del lavado de manos antes del procedimiento del cambio de cánula				
Instruir al paciente y cuidador sobre todo el material necesario para la sustitución de la cánula de traqueostomía				
Instruir al paciente y cuidador de la importancia de no retirar nunca una cánula de traqueostomía sin previamente tener otra preparada				

Tabla 7: Plan de educación para el autocuidado de las traqueostomías. Día 3. (Fuente: Hospital IPO-Porto)

DÍA 3		
ENTRENAR EL CAMBIO DE DISPOSITIVO		
Procedimiento	Ejecución	
	Paciente	Cuidador

	Sí	No	Sí	No
Evaluar el conocimiento adquirido por paciente y cuidador el día anterior, y si es necesario repasar los procedimientos más dudosos				
Entrenar al paciente y cuidador sobre el modo de preparación de la cánula, destacando: <ul style="list-style-type: none"> • la adaptación de la cinta o banda de velcro • la preparación de gasas dobladas para colocar entre la cánula y la piel, y así preservar su integridad • la aplicación de gel lubricante si fuese necesario 				
Entrenar al paciente y cuidador en el cambio de la cánula, sobre todo: <ul style="list-style-type: none"> • desapretar la cinta o banda de velcro • retirar la cánula en un movimiento firme y rápido 				
Entrenar al paciente y cuidador en el modo de limpieza del estoma y piel circundante: <ul style="list-style-type: none"> • lavar el estoma y piel circundante con suero fisiológico, siempre de dentro hacia afuera con movimientos circulares • evaluar el estado de la piel • aplicar cremas de barrera si es necesario 				
Entrenar al paciente y cuidador en el modo de insertar la cánula: <ul style="list-style-type: none"> • insertarla en un movimiento único y de rotación en el sentido de las agujas del reloj • sujetar la cánula mientras tose • fijar la cánula a la zona lateral del cuello con la cinta dando solo una lazada o con la banda de velcro • colocar una gasa doblada entre la piel y el estoma 				
En el caso de cánula doble, entrenar al paciente y cuidador en los siguientes procedimientos: <ul style="list-style-type: none"> • el cambio completo de cánula se hace semanalmente, pero la 				

<p>cánula interna debe ser lavada diariamente y siempre que sea necesario</p> <ul style="list-style-type: none"> • la técnica de cambio de la cánula interna se hace fijando la cánula externa con la mano, traccionando la cánula interna hacia el exterior • el lavado de la cánula interna se hace con agua corriente y con ayuda de un cepillo • la inserción de la cánula interna se hace hasta oír un click 				
<p>Entrenar al paciente y cuidador en el lavado y acondicionamiento del material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lavar diariamente la cánula que se retira con agua y jabón neutro, y con ayuda de un cepillo • enjuagar con agua corriente para retirar los restos de jabón • dejar secar al aire • colocar en un recipiente cerrado y limpio después de poner una nueva cinta o banda de velcro 				

Tabla 8: Plan de educación para el autocuidado de las traqueostomías. Día 4. (Fuente: Hospital IPO-Porto)

DÍA 4				
EVALUAR EL CONOCIMIENTO Y CAPACIDAD DE DESEMPEÑO DEL PACIENTE PORTADOR DE OSTOMÍA DE VENTILACIÓN Y DEL CUIDADOR				
Procedimiento	Ejecución			
	Paciente		Cuidador	
	Sí	No	Sí	No
Evaluar el conocimiento del paciente y cuidador sobre las características del estoma				

Evaluar el conocimiento del paciente y cuidador sobre el material necesario para el cambio de cánula				
Evaluar el conocimiento del paciente y cuidador sobre la importancia del lavado de manos				
Evaluar la capacidad de desempeño del paciente y cuidador en la preparación de la cánula				
Evaluar la capacidad de desempeño del paciente y cuidador en el cambio de cánula				
Evaluar la capacidad de desempeño del paciente y cuidador en la limpieza del estoma y piel circundante				
Evaluar el conocimiento y la capacidad de desempeño del paciente y cuidador en el mantenimiento del material				
<p>Informar al paciente y cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • del tipo de material existente en el mercado y formas de adquirirlo • de la necesidad de proteger el traqueostoma en el momento de la higiene general, para evitar la entrada de agua por el mismo • evitar actividades que exijan grandes esfuerzos • los deportes acuáticos están contraindicados • las alteraciones en la comunicación y las formas de adaptación • de la posibilidad de surgir dificultad en la deglución • de la posibilidad de alteración en el gusto y olfato • de complicaciones que puedan surgir (decanulación accidental, obstrucción de la cánula, infección respiratoria, infección del estoma y piel circundante, hemorragias o traumatismos) • dónde acudir en caso de emergencias • de la necesidad de aumentar la ingestión calórica • de la importancia de tener una cánula preparada para cualquier 				

<p>eventualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • la importancia de toser eficazmente • la importancia de humidificar las secreciones 				
Aclarar las dudas que puedan surgir				
Proporcionar información de a quién contactar en caso de que sea necesario				

ANEXO IV – COMPLICACIONES DE LAS TRAQUEOSTOMÍAS

Tabla 9: Complicaciones de las traqueostomías ⁽³⁷⁾ (10)

COMPLICACIONES	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA
Decanulación accidental	<ul style="list-style-type: none"> • en los primeros días postcirugía es un urgencia por lo que hay que avisar al médico. • intentar recolocar la cánula de manera inmediata • si el paciente no ventila de manera espontánea y no se ha podido reponer la cánula, se comenzará a ventilar a través de la vía respiratoria superior con balón resucitador ocluyendo el estoma manualmente para impedir la salida del aire.
Obstrucción de la vía aérea por tapón mucoso	<ul style="list-style-type: none"> • extraer la cánula interna si la tiene, para ver la permeabilidad. Si es así, el tapón es traqueal y es necesario instilar suero fisiológico. • aspirar por el traqueostoma hasta restablecer la permeabilidad de la vía aérea. Si no se consigue así, se debe retirar la cánula para facilitar la expulsión del tapón.
Hemorragia	<ul style="list-style-type: none"> • colocar cánula con balón endotraqueal, mantenerlo inflado y aspirar • avisar al médico
Broncoaspiración	<ul style="list-style-type: none"> • vigilar la deglución • mantener el cabecero elevado 30 – 40° • tener preparado el material de aspiración • comprobar el emplazamiento de la sonda cuando haya nutrición enteral • comenzar la nutrición con alimentos blandos y comprobar que el neumotaponamiento esté correctamente hinchado

Fístula traqueoesofágica	<ul style="list-style-type: none"> • evitar excesiva presión del balón y movimientos innecesarios de la cánula traqueal. • utilizar sondas de nutrición enteral del diámetro más pequeño posible • vigilar la necesidad progresiva de insuflar el balón cada vez más; la salida o aspiración de contenido gástrico, alimentos a través de la cánula; la aparición de dilatación gástrica con la ventilación mecánica.
--------------------------	--

ANEXO V- SIGNOS DE ALARMA

- ➔ Si presenta irritación, enrojecimiento o picor en la piel que rodea la cánula.
- ➔ Si percibe cambio en el color y viscosidad del moco.
- ➔ Si presenta fiebre mayor de 38 °C.
- ➔ Si tras el cambio de cánula presenta alguno de los siguientes signos:
 - Sangrado
 - Dificultad para respirar
 - Hinchazón en la zona del cuello
 - Coloración azulada de labios
 - Imposibilidad de reintroducir la cánula ⁽¹⁶⁾

ANEXO VI - ASOCIACIÓN VALLISOLETANA DE LARINGECTOMIZADOS (AVOL)



ASOCIACIÓN VALLISOLETANA DE LARINGECTOMIZADOS

C/ Batuecas, 24 (C.I.C. "CONDE ANSÚREZ")

47010 VALLADOLID

Telf.: 983 221 264

E-mail: asovall@laringevalladolid.es

Ilustración 7: Referencia Asociación Vallisoletana de Laringectomizados (AVOL). (Fuente: Asociación Vallisoletana de Laringectomizados).