



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**PROPUESTA DE GUÍA DE
ENFERMERÍA PARA EL
CUIDADO INTEGRAL DEL
PACIENTE
LARINGECTOMIZADO**

Autor/a: María Martín Martín

Tutor/a: M^a Sonia De Juana Morrondo

Cotutor/a: Pedro Martín Villamor

RESUMEN:

El paciente laringectomizado es un enfermo de alta complejidad, muy susceptible de padecer complicaciones durante el postoperatorio inmediato. No solo hay que considerar los cuidados de enfermería propios de un período postquirúrgico complejo, sino también la alteración en su aspecto físico, la pérdida de la voz, y cómo influye esto en su recuperación y su reintegración en la vida social.

La planificación de unos cuidados de enfermería dirigidos a atender todos estos aspectos, la detección precoz de las complicaciones potenciales y la minimización de sus efectos han de ser los objetivos principales del personal de enfermería durante la estancia hospitalaria de estos pacientes.

La creación de una Guía de Cuidados, dirigida a los profesionales, cuyo objetivo es unificar criterios, actualizar protocolos de actuación y crear un marco seguro en la aplicación del plan de cuidados proporcionará un equipo de enfermería bien entrenado que contribuirá a la recuperación precoz del paciente en un ambiente de seguridad, y que potenciará, además, el autocuidado y el logro de la independencia de éste mediante intervenciones dirigidas a la educación de la salud y la autogestión de los cuidados por el paciente y su familia. Para ello se describirán Diagnósticos de enfermería, Intervenciones y Complicaciones Potenciales junto con los posibles mecanismos y técnicas de prevención y tratamiento.

ABSTRACT:

The laringectomized patient is a highly complex patient, really susceptible of complications during immediate post surgical period. Not only factors about general nursing care after a complex post surgical period are to be considered, but also alterations and modifications in the physical aspect, loss of talking capacity and how this relates to the general recuperation and social behavior.

To plan ahead and advance the nursing cares, to detect and advance the detection and to minimize effects are factors to be considered as main aims and objectives to the nursing staff during the patient hospitalization.

To develop a care protocol, targeted to related persons is a need in order to standardize criteria, update protocols and develop a safe application of nursing and care plan will give the nursing team an important training tool, that will absolutely help to recover the patient in a safe environment. This will help the auto-care process and will help to reach the patient independence, through actions and interventions focused to health education, care management on the part of family and patient.

This is why this document will cover all the diagnosis, intervention, and potential complications and all ways and mechanism and technics about prevention and further treatment.

ÍNDICE

1.Introducción / Justificación.....	1
2.Objetivos.....	2
3.Metodología y fuentes de información.....	2
4.Laringectomía	3-8
4.1 Marco teórico.....	3
4.2 Evolución histórica.....	3
4.3 Factores de riesgo.....	4
4.4 Tipos de Intervenciones quirúrgicas en laringe.....	5
4.5 Consecuencias de una laringectomía.....	6
4.6 Complicaciones laringectomía total en el postoperatorio inmediato.....	7
4.7 Traqueotomía vs traqueostomía.....	8
5.Guía para enfermería cuidados al paciente laringectomizado.....	9-24
5.1 Cuidados de la vía aérea.....	11
5.2 Cuidados del estoma.....	15
5.3 Cuidados relacionados con la nutrición.....	19
5.4 Cuidados de la voz.....	20
5.5 Educación para la autonomía del paciente.....	23
6.Conclusiones.....	25
7.Agradecimientos.....	25
8.Bibliografía.....	26-28
9.Anexos:	
Anexo 1: Cuidados del paciente con Sonda Nasogástrica.....	29-31

1. INTRODUCCIÓN/ JUSTIFICACIÓN

La frecuencia con la que se llevan a cabo, en la actualidad, las cirugías de laringe y la ausencia de una guía de actuación con procedimientos estandarizados en el campo de los cuidados de enfermería, han llevado a realizar este trabajo de fin de grado. El cáncer de laringe es una patología que día a día va en aumento. Una enfermedad maligna en el órgano del tracto respiratorio conocido como laringe o "caja de la voz".

Según la sociedad Española de Oncología Médica 2014, el cáncer de laringe va en aumento año tras año. Los datos ofrecidos en 2012 nos dejan ver que este cáncer tiene un porcentaje de 1,5% de casos nuevos anuales y una mortalidad del 1,3% anual en ambos sexos. ¹

Existen diferentes formas de tratamiento para este cáncer, que dependerán del tipo de tumor, estadiaje y extensión del mismo. En función del tipo de tumor se aplican diferentes tipos de intervenciones: laringectomía total, supraglótica o parcial, cordectomía y linfadenectomía. No todas llevan asociada la creación de un estoma por lo que no necesitan un plan de cuidados tan complejo como en la laringectomía total.

La enfermería forma parte de un equipo multidisciplinar. Cumple un rol importante con todos los pacientes sometidos a tratamientos agresivos como una amputación del órgano de la voz. Una de las principales tareas dentro del trabajo de la enfermería es la detección precoz de las complicaciones inmediatas. Ante la ausencia de una enfermería especializada en traqueostomas resulta complicado proporcionar una atención sanitaria integral, por ello la necesidad de implementar la formación y de la existencia de guías de apoyo.

Para que la enfermería pueda dar una atención holística al paciente durante el tratamiento, se requieren unos conocimientos con fundamentación científica promoviendo su constante actualización y capacitando para la planificación de intervenciones enfocadas a la atención de las necesidades reales del paciente.

La laringectomía total no es simplemente una intervención quirúrgica, sino que se engloba dentro de un proceso oncológico. Al miedo de los pacientes que padecen un cáncer de laringe, debemos sumar la pérdida de la voz y la alteración estética que el paciente va a sufrir. Son personas que van a portar una traqueostomía de por vida. Todo esto conlleva que se produzcan múltiples alteraciones de las necesidades básicas. ²

Existen numerosas guías de autocuidado dirigidas al paciente, sin embargo en la revisión bibliográfica realizada, se ha detectado la ausencia de una guía dirigida a los

profesionales. La Guía de cuidado del Paciente Laringectomizado pretende proporcionar al personal de enfermería que atiende al portador de una estoma permanente, una sólida base de conocimiento, una guía de procedimientos unificados y un consenso en la planificación de los cuidados de enfermería. Todo ello con el fin de favorecer la seguridad y la recuperación precoz del paciente.

2. OBJETIVO:

- **PRINCIPAL:**

Elaboración de una Guía de Enfermería para el cuidado integral del paciente laringectomizado, basada en la evidencia y en la cual se recojan procedimientos, actuaciones y criterios unificados para proporcionar al paciente una mejor atención tras el acto quirúrgico.

- **SECUNDARIO (DERIVADO DE LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA):**

Mejorar la calidad de los cuidados prestados por el personal de enfermería lo que a su vez conlleva disminuir la ansiedad y favorecer la recuperación del paciente.

3. METODOLOGÍA Y FUENTES DE INFORMACIÓN

Se ha realizado un trabajo basándonos en 3 tipos de fuentes:

- Estudio observacional descriptivo, transversal del trabajo de enfermería en la Unidad de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, 9ª Norte.
- De la revisión del Manual de procedimientos de enfermería del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Nov 2009 y Plan de Cuidados del Laringectomizado, Protocolos del Traqueotomizado incluidos en la aplicación GACELA, SACYL 2014.
- Búsqueda bibliográfica, en la cual se han empleado las bases de datos (Dialnet, Pubmed, Medline, Cuiden, Scielo, IME, Google Académico, ScienceDirect) y editoriales (Elsevier, etc). Y las palabras claves: laringectomizado, cuidados, enfermería, traqueostomía, protocolos, complicaciones, etc.... tanto de libros como de artículos, trabajos y publicaciones.

Los idiomas de búsqueda han sido castellano e inglés, ciñendo la búsqueda a los últimos 7 años preferentemente.

4. LARINGECTOMÍA

4.1 MARCO TEÓRICO

La enfermería ha dejado de ser “el arte milenario del cuidado” para convertirse en la ciencia del cuidado, alejándose así de un modelo biomédico. Para que este concepto haya evolucionado, ha sido necesario adoptar un marco conceptual en el que basar los principios y objetivos de la profesión, así como adaptarse al método científico utilizando una metodología propia para resolver los problemas de su competencia. Implica una sistematización, el uso de un método que pueda brindar cuidados centrados en la necesidad de implantar el proceso enfermero. Proceso enfermero del que nos habla Virginia Henderson y que se basa en principios y normas que promueven el pensamiento crítico, así como en fomentar la eficiencia de los cuidados de enfermería, con la finalidad de conseguir los objetivos de la profesión:

“Prevenir la enfermedad, fomentar, mantener y restablecer la salud. Facilitar la autogestión de los cuidados de salud potenciando el bienestar y las capacidades de la persona.”³

Esta gestión del proceso enfermero proporciona un método organizado para gestionar y administrar un cuidado, eficaz y eficiente de manera que los cuidados se adaptan al paciente y no a la enfermedad valorando las necesidades de cada persona. Realizando una clasificación de las mismas en diagnósticos enfermeros, objetivos y actividades para alcanzar los mismos.⁴

4.2 EVOLUCIÓN HISTÓRICA

A lo largo de los siglos se ha evolucionado mucho en el campo de la laringectomía. Por ello es imposible enumerar aquí todos los tipos de intervenciones quirúrgicas que han existido.

Desde el Siglo XVIII, anatomistas como Joseph Lieutaud (1703-1780), comenzaron a realizar autopsias, lo que permitió avanzar en el descubrimiento de diferentes tipos de cáncer. En 1870 el cirujano Vienes Theodor Billroth (1829-1894), junto con sus discípulos demostraron que la laringe podría ser extirpada total o parcialmente sin constituir un peligro para la vida.

Durante las primeras intervenciones la mortalidad se producía por dos complicaciones principales: hemorragia e insuficiencia respiratoria junto con un

diagnóstico tardío. El desarrollo de nuevas técnicas, el perfeccionamiento de las mismas y la aparición de los Rayos X en el Siglo XIX fue crucial para realizar exploraciones más extensas.⁵

En la actualidad, la laringectomía total constituye uno de los recursos terapéuticos más importante para el tratamiento del cáncer de laringe. A pesar de los innumerables fracasos a los largo de los años, los resultados fueron mejorando, todo ello enfocado a un futuro mejor para estos pacientes.⁶

Brandao et al. en 1989⁷, definen la Laringectomía total como ‘resección completa de la laringe cartilaginosa, hueso hioides y de los músculos infra-hioideos conectados con la laringe, con el objetivo de remover el espacio preepiglótico, cuando existe una lesión. Este procedimiento quirúrgico es siempre realizado con vaciamiento cervical bilateral’.

La extirpación completa de esta zona anatómica y tejidos circundantes sigue siendo el tratamiento de elección en pacientes que padecen cáncer de laringe en estadios avanzados. La cirugía se compone de dos fases:

1. Retirada de la laringe enferma
2. Creación de una abertura, llamada traqueostoma, mediante la cual el paciente podrá respirar.

Para evitar la diseminación del tumor, en la cirugía se realiza una extirpación de los ganglios del cuello, incluso de estructuras vecinas como puede ser parte de la tráquea, base de la lengua, faringe, etc.⁸

La amputación de la laringe, implica que el paciente va a respirar únicamente a través del traqueostoma, a diferencia de algunos traqueotomizados. El estoma del paciente deberá estar siempre permeable y limpio para facilitar su respiración. El paciente perderá también la función de fonación.

La extirpación de la laringe suele llevar asociados tratamientos de apoyo como son la radioterapia y quimioterapia.

4.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo en el cáncer de laringe, son principalmente Tabaco y Alcohol, son nocivos por separado, pero juntos hacen que el riesgo de padecer un cáncer de laringe aumente hasta en un 50%.

Tabaco: existen numerosos estudios donde se hacen comparaciones en el desarrollo del cáncer de laringe en fumadores y no fumadores, se puede afirmar que aumenta

hasta un 97%. Estos estudios encuentran diferencia entre el número de cigarrillos y el uso de filtro o no. El tabaco es la causa más importante de muerte en los adultos de más de 35 años, pero no solo influye en la aparición de cáncer de laringe, sino en diferentes tipos de enfermedades cardiovasculares.⁹

Alcohol: el riesgo de padecer cáncer de laringe es menor con este tóxico. Se asocia en mayor medida al cáncer de hipofaringe y supraglotis. Chamorro: alude a que hay que destacar el riesgo de los colutorios bucales ya que contienen etanol asociándolo incluso hasta en un 28% con cáncer de laringe.¹⁰

Según la American Cancer Society 2014¹¹, este riesgo disminuye si el paciente abandona el hábito tóxico, aunque la disminución del riesgo no se produce tan rápidamente como el aumento de éste durante el abuso de estos tóxicos..

También favorecen la aparición de cáncer de laringe, una mala higiene bucal, factores ocupacionales (exposición a ciertas sustancias como polvo, cemento, asbestos...), virosis, factores genéticos, deficiencias nutricionales (vitamina A y beta-carotenos), procesos inflamatorios crónicos de la vía aérea digestiva (RGE), el país donde se reside, la raza negra, el tabaquismo pasivo y el rango de edad comprendido entre 50-70 años.¹²

Otros que están demostrando una importante relación a medida que se van realizando estudios son algunas virosis. El herpes II o el VPH (virus del papiloma humano). Se ha estudiado la influencia en este cáncer desde 1983, aunque no se ha establecido relación causa-efecto entre la presencia viral y la aparición del cáncer o lesiones preneoplásicas.¹³

Los hábitos tóxicos son algo difícil de modificar por su adictividad y por estar muy ligados al ambiente social. Siempre ha existido mayor prevalencia en los hombres que en mujeres, aunque la proporción en la actualidad se está modificando.

La documentación encontrada para este punto se basa en estudios Y todos ellos tienen una cosa en común; ‘todos los tipos de cáncer por tabaco y consumo excesivo de alcohol podrían prevenirse por completo’¹⁴.

4.4 TIPOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN LA LARINGE

En función del estadio, localización y tipo de tumor se aplicaran diferentes técnicas quirúrgicas:

- Exfoliación de Cuerdas Vocales
- Cirugía láser.

- Cordectomía
- Laringectomía (parcial o total)
- Linfadenectomía
- Traqueostomía/traqueotomía
- Faringectomía total o parcial

A continuación se cita la diferencia entre laringectomía parcial o total, ya que son las cirugías que conllevan la amputación total o parcial del órgano:

Laringectomía parcial: Con frecuencia se usa para la intervención de pequeños tumores en laringe. Existen diferentes tipos de laringectomías parciales, todas ellas con el objetivo de extirpar totalmente el cáncer mientras se conserva todo lo posible del órgano. Cuando se realiza una laringectomía supraglótica, solo se extirpa la parte de la laringe que hay por encima de las cuerdas vocales, casi siempre precisa estoma temporal pero pueden conservar la voz ¹⁵

Laringectomía total: en este tipo de procedimientos se retira toda la laringe, la tráquea se lleva a través de la piel a la parte frontal del cuello creando así un estoma, a través del cual el paciente respirará.

4.5 CONSECUENCIAS TRAS UNA LARINGECTOMÍA TOTAL

Los afectados por una laringectomía total tienen que afrontar una serie de cambios anatómicos irreversibles, un impacto físico y psicológico importante.

Ahora la vía aérea y la digestiva estarán separadas, de esta forma el aire entrará únicamente por el traqueostoma.

La consecuencia de que el aire no entre por la nariz y la boca es que no se acondiciona, ni se filtra aumentando las posibilidades de sufrir infecciones además de una mayor exposición al frío y a los tóxicos inhalados. Para poder mantener el tracto traqueo-cutáneo permeable durante los primeros meses es necesario que el paciente porte una cánula de PVC o plata

En definitiva no solo existen consecuencias a nivel respiratorio, sino que el paciente portador de un traqueostoma permanente, tendrá: ¹⁵

- Pérdida de la voz o de la capacidad fonatoria, con esta cirugía se eliminan las cuerdas vocales que son las que permiten la emisión de sonidos. Una vez recuperado de la intervención se valorará el uso de prótesis fonatoria, habla esofágica, etc. Aunque existen casos en los que no siempre es posible hablar.

- Disminución del sentido del olfato y por lo tanto del gusto que se ve afectado por el mismo motivo ya que al no circular el aire no estimula las papilas disminuyendo también el apetito.
- Dificultades para las maniobras de Valsalva (requieren de un aumento de la presión abdominal mediante el cierre de la glotis). Esto condicionará una disminución notable de la fuerza a la hora de coger pesos ya que fuga aire por el estoma.

4.6 COMPLICACIONES EN LARINGECTOMÍA TOTAL.

POSTOPERATORIO INMEDIATO

En el postoperatorio inmediato existen complicaciones comunes a otras cirugías.

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| ✓ Hemorragia | ✓ Dehiscencia de la herida |
| ✓ Edema | quirúrgica |
| ✓ Hematomas | ✓ Ansiedad. |
| ✓ Infección de la herida quirúrgica | |

Junto con otras complicaciones propias de la laringectomía total.

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| ✓ Fístulas faringocutáneas | ✓ Desnutrición |
| ✓ Fístulas traqueo esofágicas | ✓ Tapones por secreciones espesas. |
| ✓ Aspiración | |

Otras como las citadas por Batuecas et al¹⁶

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| ✓ Enfisema subcutáneo | ✓ Disfagia |
| ✓ Neumotórax, neumomediastino | ✓ Estenosis traqueal |
| ✓ Infección por anastomosis | ✓ Alteraciones estéticas |
| ✓ Esfacelación o necrosis traqueal | |

En el postoperatorio inmediato los cuidados que prestará el personal de enfermería irán enfocados al mantenimiento de la permeabilidad de la vía respiratoria, cuidado de herida quirúrgica (drenajes, sutura, hemorragia, infección) y al estado nutricional del paciente, proporcionándole todo el apoyo emocional preciso y la educación para la salud necesaria para el autocuidado y la recuperación de su autonomía.

Según Santana y Sawanda: ‘Todos los objetivos deben de ir orientados a minimizar los efectos de las complicaciones y agilizar el tiempo de recuperación del paciente, así

podremos justificar una práctica basada en evidencia científica como base para tomar las decisiones en la planificación y en la actuación del profesional enfermero¹⁷

4.7 TRAQUEOTOMÍA VS TRAQUEOSTOMÍA

Es importante diferenciar entre traqueotomía y traqueostomía para establecer un plan de cuidados específico en cada caso, respectivamente.

Traqueotomía: Cirugía que se realiza para crear una abertura que sirve para comunicar la vía aérea con el exterior a través de un orificio en la tráquea, por lo tanto no existe extirpación de las cuerdas vocales ni de ninguna otra estructura anexa.

Se realiza cuando existe una obstrucción de la vía aérea superior con compromiso respiratorio, cuando existe riesgo de broncoaspiración, y sobre todo con más frecuencia en pacientes sometidos a Ventilación Mecánica Invasiva tras una Intubación Orotraqueal prolongada, en este último caso se puede realizar sin necesidad de practicar una cirugía invasiva mediante técnicas percutáneas.

Traqueostomía/laringectomía: Intervención quirúrgica, altamente compleja e invasiva y casi siempre relacionada con un proceso oncológico, se realiza para extirpar completamente la laringe o alguna parte de ella, con la consecuente creación de un estoma permanente para que el paciente pueda respirar¹⁸

Tabla 1: Diferencias entre Traqueotomía y Traqueostomía.

<u>TRAQUEOTOMÍA</u>	<u>TRAQUEOSTOMÍA</u>
✓ No se extirpa el órgano	✓ Amputación el órgano
✓ Se respira por traqueostoma y en algunos casos también por vía respiratoria superior	✓ Solo se respira por traqueostoma (boca y nariz pierden su función respiratoria)
✓ Posee cuerdas vocales	✓ No posee cuerdas vocales, extirpadas
✓ No se separa vía digestiva de aérea	✓ Se separa la vía digestiva de la vía aérea.
✓ Riesgo de broncoaspiraciones	✓ No riesgo de broncoaspiraciones
	✓ Alteración del gusto y olfato
	✓ Alteración en prensa abdominal. Fuga de aire por falta de cuerdas vocales.

Elaborado a partir de: Rassekh H et al.¹⁸

5. GUÍA DE CUIDADOS DEL LARINGECTOMIZADO

En el momento actual la enfermería, requiere que los futuros profesionales posean amplios conocimientos, habilidades, actitudes y destrezas que les capaciten para alcanzar un nivel elevado de competencia profesional en el desarrollo de su trabajo dentro del Equipo de Salud.

Los cuidados que deben recibir los pacientes laringectomizados son importantes por la frecuencia con la que aparecen las complicaciones; y aún sin complicaciones es un proceso largo, en el que el paciente debe recuperar la autonomía en su nueva situación.

Los cuidados principales se agrupan en:

1. Cuidados de la vía aérea
2. Cuidados del estoma
3. Cuidados relacionados con la nutrición
4. Comunicación y Ansiedad
5. Educación para la salud

El proceso de recuperación y las complicaciones no solo dependen de la manipulación de la herida, del paciente y de los cuidados, influyen también las condiciones locales del tumor, estado previo, desnutrición y tratamientos. De acuerdo con la bibliografía en la aparición de complicaciones influyen otros factores diferentes a los citados, aunque no existe un consenso en el orden de importancia¹⁹.

El tamaño tumoral, el tipo de resección, restos tumorales, disección radical de cuello, RDT y factores sistémicos (diabetes, anemia, hepatopatías y desnutrición).

La mayoría de las complicaciones que surgen en el postoperatorio inmediato e intermedio que no son resueltas de manera satisfactoria en un corto margen de tiempo derivan en una complicación mayor, como es el caso de una fístula faringocutánea o traqueo esofágica, la consecuencia es alargar la estancia del paciente en el hospital y poner en riesgo su recuperación.

LA CÁNULA

El correcto manejo de la cánula es fundamental en el postoperatorio inmediato. Las cánulas de traqueotomía son dispositivos huecos con forma curva que permiten comunicar la vía aérea con el exterior. Las cánulas tienen diferentes calibres según que se adaptan a cada estoma y cada anatomía, según sea preciso.

Existen cánulas de PVC o polivinilo y poliuretano, que se usan en el postoperatorio inmediato. Son desechables y no se deben esterilizar. Se fabrican en un material no lesivo para evitar lesionar la zona si los materiales son muy rígidos. Estas cánulas se cambian según indicación del facultativo (nunca durante los 3-4 primeros días). Pasados unos días podrían sustituirse por cánulas de plata. No existe consenso sobre el momento indicado de paso a cánula de plata entre los autores consultados.

Partes de la cánula:

- Cánula o Tubo externo: mantiene comunicada la tráquea con el exterior.
- Cánula o Tubo interno o 'macho': permite una limpieza de secreciones sin tener que realizar una decanulación total del paciente. Se recomienda limpieza del mismo, al menos cada 8h, aunque el paciente no lo solicite.
- Placa cervical: parte externa; asegura la cánula al cuello mediante una cinta o hiladillo. En dicha placa figura el número y tamaño de la cánula.
- Guía o fiador: facilita la inserción de la cánula, evita crear una falsa vía y dañar la mucosa.
- Balón o Neumotaponamiento: No todas las cánulas lo llevan, pero es necesario en los primeros días (postoperatorio inmediato). Es un mecanismo de seguridad.

El balón una vez inflado rodea al tubo, evitando el paso de secreciones adaptándose así a la tráquea para ocluirla. Posee un testigo externo que nos indica la presión de inflado. Esta presión no debe superar nunca los 20-30cc H₂O, para no colapsar la circulación capilar. El balón si está inflado continuamente, podría llegar a producir lesiones en la tráquea (UPP, necrosis, traqueomalacia, etc.). Siempre hay que comprobar que este desinflado antes de la decanulación.²⁰

Material necesario para el manejo de la cánula

Para asegurar el mantenimiento de la vía aérea artificial, es indispensable tener 'a pie de cama' los siguientes materiales.²¹

- ✓ 2 cánulas, una de ellas será de un número inferior a la que porta el paciente.
- ✓ Material de intubación y ambú.
- ✓ Sistema de aspiración y sondas de aspiración de diferentes números.
- ✓ Sistema de humidificación.
- ✓ Equipo de cura con jeringa, guantes estériles de diferentes números, mascarilla, gasas estériles, suero fisiológico, clorhexidina.

- ✓ Punto de luz y pinza dilatadora
- ✓ Hiladillo, tijeras, baberos y/o apósitos de traqueotomía.

5.1. CUIDADOS DE LA VÍA AÉREA

Diagnósticos de enfermería alterados, relacionados con el cuidado de la vía aérea.

(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas

- ✓ (0410) Riesgo de aspiración.
- ✓ (1924) Riesgo de infección.
 - Retención de secreciones.
 - Ausencia o ineffectividad de la tos
 - Cuidados del sitio de incisión.

Intervenciones de Enfermería:

1. POSICIÓN FOWLER O SEMI-FOWLER: Cabecero a 30°- 45°.

La mayoría de los pacientes son alimentados por SNG conectada a nutrición enteral, y por tanto en posición Fowler/Semi Fowler se logra prevenir la aspiración de contenido alimenticio por regurgitación en el caso de las laringectomías parciales. Es una posición que aporta seguridad, confort y favorece la respiración.

2. HUMIDIFICACIÓN: debido a la pérdida de la función de filtro y acondicionamiento del aire que proporcionan las vías respiratorias superiores, resulta indispensable aportar al paciente una humidificación artificial, para conseguir mayor fluidez a las secreciones, preservar un adecuado intercambio gaseoso, evitar el riesgo de lesiones en la vía aérea y prevenir infecciones respiratorias. Una humidificación correcta disminuye los episodios de tos, tapones de moco, la dificultad para conciliar el sueño y frecuencia en las aspiraciones, favoreciendo así el confort y la seguridad²².

3. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES: debe de ser una técnica rápida y cuidadosa. Las secreciones que presentan estos pacientes pueden llegar a ser tan espesas que taponen la única vía respiratoria para el paciente, poniendo en riesgo su vida por una inadecuada ventilación²³.

Las indicaciones para realizar una aspiración son:

- ✓ Solicitud por parte del paciente.
- ✓ Presencia de secreciones audibles o visibles.
- ✓ Signos de disnea y trabajo respiratorio.

- ✓ Sudoración y nerviosismo del paciente por posible falta de aire.

La técnica consiste en la aspiración de las secreciones que dificultan la respiración y no pueden ser eliminadas por el paciente.

El procedimiento es invasivo y molesto, se introduce una sonda de aspiración estéril y desechable en la única vía respiratoria del paciente.

Las sondas de aspiración deben de ser blandas y flexibles, con más de un orificio de salida en la punta para evitar que se adhieran a la mucosa aumentando el riesgo de aparición de complicaciones, al lesionar la mucosa traqueal, pudiendo provocar pequeñas hemorragias que contribuyen a espesar y endurecer el moco.

Material necesario:

- ✓ Sistema de vacío
- ✓ Receptal de Aspiración con saco estanco
- ✓ Sonda de aspiración del tamaño adecuado
- ✓ Guantes estériles
- ✓ Mascarilla
- ✓ Fuente de oxígeno y sistema de administración
- ✓ Agua estéril
- ✓ Lubricante o Suero Fisiológico si es preciso
- ✓ Jeringa estéril de 5-10 cc

Procedimiento ²⁴

1. Realizar un lavado de manos correcto y técnica aséptica.
2. Establecer un sistema de comunicación con el paciente (p.ej., levantar la mano).
3. Colocar al paciente en posición adecuada: semi fowler o fowler.
4. Monitorizar al paciente para controlar en todo momento la oxigenación.
5. Se retira la cánula interna o 'macho' (frecuentemente encontramos en ésta algún tapón de moco y no es precisa la aspiración, sólo limpieza).
6. Conectar la sonda al aspirador y comprobar su correcto funcionamiento.
7. Introducir la sonda de aspiración sin aspirar durante la introducción, sólo se aspira en la retirada.
8. Realizaremos aspiraciones de la zona con un máximo de 3 veces consecutivas y nunca de una duración superior a 15 segundos.

9. Aumentar la FIO₂, si el paciente manifestara signos y/o síntomas de hipoxia
10. Pediremos colaboración por parte del paciente para facilitar la eliminación de las secreciones. Animando al paciente a toser para impulsarlas hacia arriba. En algunas ocasiones se precisa de la instilación de suero fisiológico para movilizar el tapón y proceder a su extracción (pero no existe consenso ni evidencia sobre el uso de este procedimiento)
11. Retirado el tapón o las secreciones que ocluían el estoma o la cánula, desechamos los materiales.
12. Colocar nuevamente la cánula interna.
13. Evaluar al paciente: ruidos respiratorios, coloración, oxigenación y gráfica ventilatoria. Puede precisar oxigenación extra tras la técnica de Aspiración
14. Comprobar la fijación de la placa.
15. Colocar hiladillo alrededor de la placa y del cuello del paciente.
16. Colocar al paciente en posición cómoda, para que disminuya su estrés después de la aspiración.
17. Vigilar complicaciones:
 - a. Hipoxia
 - b. Lesión de mucosas
 - c. Fístula traqueoesofágica
 - d. Broncoespasmo
 - e. Estimulación Vagal
 - f. Arritmia Cardíaca
 - g. Paro Respiratorio y/o Cardíaco
18. Registrar la realización del procedimiento, las incidencias, cantidad y aspecto de las secreciones.

La mayoría de estos tapones se pueden evitar o disminuir con la humidificación correcta, una posición sentada en silla o sillón que favorezca la movilización de las secreciones, facilitando la eliminación por parte del paciente al hacer uso de su músculo diafragma y produciendo toses más efectivas ²⁵.

La función de la cánula interna es evitar la obstrucción de la cánula externa que es la que contacta directamente con la tráquea. En muchos casos es suficiente cambiar dicha cánula y evitar una decanulación total al paciente que será más estresante para él.

Se ha comprobado que existe experiencia en unidades de hospitalización de Otorrinolaringología (ORL) sobre el uso de otro tipo de sondas para llevar a cabo la aspiración de secreciones frecuente de modo menos lesivo. Según la experiencia de algunas de estas unidades (Servicio de ORL, Unidades 9ª N y 9ª E, Hospital Clínico

Universitario de Valladolid, SACYL) resulta menos traumático realizar esta técnica con algunos tipos de sondas de materiales más blandos y flexibles, como algunas concebidas inicialmente, para uso rectal por el fabricante. Aunque se ha de señalar que el uso de estas sondas tiene algún inconveniente ya que al ser opacas no vemos el tipo de secreción que extraemos, hasta que no llegan al receptal colector (no se ha encontrado ninguna referencia al uso de este tipo de sondas en la literatura).

4. CUIDADOS DEL NEUMOTAPONAMIENTO: el balón inflado sella la tráquea aislando dos departamentos, vía aérea superior y la vía inferior, en el caso de las laringectomías parciales; y evitando el paso de secreciones procedentes de la herida quirúrgica hacia el pulmón, en el caso de la laringectomía total. La presión de dicho balón se calcula con un manómetro específico para este uso, para inflarlo usaremos una jeringa de 10 ml y registraremos la cantidad de aire con la que lo inflamamos.

Debemos de tener cuidado en el manejo del neumotaponamiento ya que también pueden producirse complicaciones secundarias a su uso:

➤ *Inmediatas:*

- a. Fallo del maguito, no se infla o tiene fugas
- b. Sangrado por erosión de vasos sanguíneos endotraqueales
- c. Tos excesiva por escaso inflado del mismo haciendo que las secreciones pasen a las vías inferiores provocando la tos

➤ *Tardías por exceso y por defecto de presión:*

- a. Necrosis de la mucosa, estenosis o traqueomalacia por exceso de presión
- b. Rotura bronquial, también por exceso de presión.
- c. Broncoaspiraciones por manguito con defecto de presión, dando lugar a una posible neumonía nosocomial.²⁶

En el caso de los laringectomizados parciales portadores de traqueotomía, el sellado del balón separa también la vía aérea de la digestiva evitando así broncoaspiraciones alimenticias.

5.2. CUIDADOS DEL ESTOMA

Diagnósticos de enfermería alterados, relacionados con los cuidados del estoma:

(00043) Protección ineficaz:

- ✓ (00045) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionado con:
 - Humedad alrededor del estoma
 - Factores mecánicos (por fuerzas de cizallamiento, sujeción, presión...)
- ✓ (00004) Riesgo de infección, relacionado con procedimientos invasivos.
 - Inspeccionar/Eliminar la existencia de enrojecimiento, calor externo, drenaje en la piel y membranas mucosas.

Intervenciones de Enfermería:

1. LIMPIEZA DEL ESTOMA Y DE LA HERIDA QUIRÚRGICA: la cura, y el mantenimiento de la asepsia y adecuadas condiciones de humedad del estoma y la herida quirúrgica son muy importantes en el postoperatorio inmediato.

Se trata de minimizar el riesgo de infección mediante medidas estándar de asepsia, a la hora de manipular el estoma durante la limpieza y cura.

Objetivo:

- a. Conservar abierta una vía aérea para facilitar un correcto intercambio de gases.
- b. Eliminar las posibles secreciones que se acumulen en cánula y estoma.
- c. Evitar la infección periestomal.

La cura del estoma y la herida quirúrgica se realizarán diariamente, aunque puede ser necesario repetirlas varias veces al día, debido a la existencia de secreciones periestomales que pueden irritar la piel e incluso llegar a lesionarla.²⁷

Durante el procedimiento observaremos si existe enrojecimiento, calor extremo o drenado en la piel y membranas mucosas.

Observaremos también boca y nariz y proporcionaremos lo necesario para una higiene adecuada de las mismas, a pesar de que el paciente se alimente por sonda nasogástrica, cuidando también la piel de alrededor de la inserción de la sonda, solventando así las necesidades de higiene y confort.

En las primeras 48 horas se recomendará al paciente que no trague y que escupa la saliva, usando unas gasas colocadas en la cavidad bucal para que estas absorban las secreciones con el fin de evitar que pasen a la parte inferior de la tráquea y se produzcan

aspiraciones desembocando éstas en una posible infección de la zona quirúrgica o incluso una neumonía por aspiración.

Para el procedimiento de cura y cambio de apósitos, es recomendable contar con el apoyo de otro profesional de enfermería, que se encargará de sujetar la cánula para evitar complicaciones potenciales.

Material necesario:

1. Guantes (normales y estériles) y mascarilla
2. Equipo de curas: Pinzas, Suero Fisiológico, desinfectante (preferiblemente Clorhexidina) y gasas estériles que no dejen fibras o residuos
3. Yankauer y sondas de aspiración (considerar uso de sondas rectales ya que son menos traumáticas a la hora de realizar múltiples aspiraciones).
4. Cintas de recambio y babero.
5. Pomada anticongestiva para evitar la escoriación de la piel por maceración de las secreciones.

Procedimiento de cura y primer recambio de cánula ²⁴

1. Lavado de manos y técnica aséptica
2. Preparación del material para el procedimiento con el material adecuado.
3. Explicar al paciente el procedimiento, para disminuir su ansiedad y que colabore durante el proceso.
4. Colocaremos al paciente en posición semi-fowler o fowler.
5. Retiramos cinta de sujeción de la cánula, babero y cánula sucia. Este primer cambio de cánula se realizará entre el 3 y 4 día tras la intervención y en presencia de ORL.
6. Limpieza del estoma con suero fisiológico, desinfectante y gasas estériles que no suelten fibras o residuos. La limpieza se realizará de dentro a fuera y siempre usando una gasa diferente en cada zona para evitar contaminar la herida.
7. Secar la zona para evitar la maceración de la piel periestomal por exceso de humedad. En algunos casos está indicado el uso de pomada dermoprotectora anticongestiva.
8. Se tendrá preparada una nueva cánula con la cinta y el babero y se colocará evitando realizar manipulaciones que incomoden al paciente. Se pondrán gasas estériles alrededor de la placa de la cánula para evitar que se lesione la piel mientras exista material de sutura.

La primera cura permite evaluar y visualizar mejor la situación del traqueostoma y aspecto del mismo junto con las secreciones y la mucosa traqueal más interna.

Cuando lo que se va a realizar es el primer cambio de cánula, como se ha citado anteriormente nunca se realizará antes de 3 o 4º día. Además debemos preparar material adicional:

1. Pinza dilatadora, o rinoscopio.
2. Una cánula de un número inferior a la que porta el paciente, junto a otra del mismo número.
3. Material de RCP.

Se aspirarán secreciones siempre antes de la cura y del cambio de cánula para evitar el paso de estas hacia los pulmones.

Durante los primeros cambios de cánula el riesgo de complicación es alto. Comprometiendo incluso la vida del paciente, por eso es necesario la presencia del médico experto u Otorrinolaringólogo en los primeros cambios.

2. PROTECCIÓN DEL TRAQUEOSTOMA: Pasado el postoperatorio inmediato y tras el alta hospitalaria se debe de proteger el estoma del paciente y mantenerlo limpio. El beneficio de proteger el estoma es filtrar las partículas de polvo y que el aire se calienta antes de penetrar en la tráquea. Esto facilita la respiración y disminuye la tos. La protección además aporta seguridad al paciente, ya que proporciona intimidad evitando las miradas de otras personas que puedan hacerle sentir incómodo. El babero o pañuelo puede estar confeccionado de tela de algodón u otro material de las mismas características, que no deje residuos, pelos o fibras.

COMPLICACIONES POTENCIALES

1. DECANULACIÓN ACCIDENTAL Y CONTROL DEL HILADILLO: en los primeros días del postoperatorio inmediato el estoma aún no es estable, por tanto puede tratarse de una situación de urgencia y puede precisar la presencia del Otorrinolaringólogo. En caso de una decanulación accidental se intentará recolocar la cánula de forma cuidadosa inmediatamente (por este motivo se indica a lo largo de la guía la necesidad de disponer a pie de cama de otras dos cánulas de repuesto, y una de ellas de un tamaño menor, por si hubiera dificultades en la recolocación). En el caso de los laringectomizados parciales con traqueotomía temporal, el riesgo de no poder colocar la cánula es mucho mayor que en los laringectomizados totales.

Una vez que el estoma es estable, los cambios de cánula sucesivos los podrá realizar personal de enfermería entrenado y al final de proceso incluso el propio paciente tras una correcta educación y entrenamiento en la técnica.

En el caso de que no se haya podido recolocar la cánula, comenzaremos a ventilarle a través del orificio de la traqueostomía, ya que no existe conexión con vía respiratoria superior en estos pacientes.

En cuanto al control del hiladillo, es muy importante que ni la placa de fijación ni el hiladillo estén excesivamente apretados. Se recomienda que entre la piel y el hiladillo se pueda pasar un dedo. Un exceso de presión en la fijación podría causar lesiones cutáneas e incluso ingurgitación yugular, dificultar el riego sanguíneo e incomodar al paciente. Una excesiva holgura podría causar la decanulación accidental como ya se ha citado al principio de este apartado.²⁸

Se cambiará tras curar el estoma y siempre que sea necesario. Es precisa la ayuda de otra persona del equipo sanitario para evitar la decanulación accidental y las molestias, como accesos de tos por el movimiento de la cánula.

Procedimiento:

1. Posición semi-fowler o fowler
2. Cortamos una cinta con un tamaño adecuado al cuello del paciente
3. Colocamos la cinta en los orificios existentes en la placa, rodeamos el cuello y anudamos los dos extremos en un lateral
4. Comprobamos si la fijación es adecuada.
5. Registramos en las observaciones de enfermería el motivo del cambio del hiladillo.

2. **FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA:** es una complicación potencial frecuente en pacientes laringectomizados. A pesar de la frecuencia con la que se producen son prevenibles y no todas están relacionadas con la manipulación de la cánula, del neumotaponamiento o de la nutrición, algunas derivan del propio acto quirúrgico.²⁹

Intervenciones de enfermería para prevenir la aparición de Fístulas Traqueosofágicas:

1. Mantener el neumotaponamiento desinflado siempre que no haya otra indicación
2. Evitar una excesiva presión del neumotaponamiento.
3. Evitar movimientos/desplazamientos de la cánula innecesarios.
4. Realizar un correcto manejo de la Alimentación por SNG.

Sospecha de una fistula traqueoesofágica:

1. Salida o aspiración de contenido gástrico y/o alimentos a través de la cánula.
2. Fiebre.
3. Visualización directa en el cambio de cánula o en la exploración por fibroscopio por parte del especialista.

5.3. CUIDADOS RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN

Diagnósticos de enfermería alterados, relacionados con la nutrición:

(00103) Deterioro de la deglución

- ✓ (1008) Estado nutricional. Ingesta alimentaria y de líquidos
 - Terapia de deglución: observar signos y/o síntomas de broncoaspiración.
 - Alimentación enteral por sonda nasogástrica (SNG).
 - Elevar el cabecero de la cama 30° - 45° durante la alimentación.
 - Irrigar la sonda con agua cada 4-6 horas durante la alimentación continua y después de cada bolo de alimentación intermitente.
 - Precauciones para evitar la aspiración: vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.

(00102) Deficit de autocuidado: alimentación.

- ✓(0303) Autocuidado: comer

El tratamiento quirúrgico en el paciente laringectomizado también conlleva una serie de cuidados en la deglución y alimentación, existe un riesgo muy alto de malnutrición, vinculándose a mayores tasas de morbilidad y mortalidad.

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

Son varios los protocolos de actuación para la administración de cuidados en la alimentación, ya que este procedimiento quirúrgico obliga al paciente a aprender nuevamente a comer, necesitando temporalmente una alimentación artificial.³⁰

La nutrición enteral por sonda nasogástrica, es el tipo de alimentación más empleada, siendo efectiva para evitar el deterioro nutricional del paciente; aunque en algunos casos se debe recurrir a la alimentación parenteral, ésta última aporta menor beneficio con mayor riesgo de complicaciones.

Se deben usar los materiales y procedimientos específicos para una correcta alimentación: sondas flexibles y del menor calibre posible, empleando unos sistemas de infusión correctos, controlados y programados para cada paciente.³¹

La alimentación por SNG implica cambios morfológicos y funcionales en el aparato digestivo. Sin embargo presenta ventajas frente a la nutrición parenteral:

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Más fisiológica | 4. Más sencilla de preparar |
| 2. Disminuye las complicaciones | 5. Más sencilla de administrar |
| 3. Más económica | 6. Menos traumática ³² |

Es necesario evitar el paso del alimento por la zona quirúrgica entre 7-14 días. Incluso indicaremos al paciente que no trague su propia saliva para evitar complicaciones como: la dehiscencia de la sutura, formación de fistulas, infecciones. Por lo tanto la dieta oral estará contraindicada en los primeros días.

Intervenciones de enfermería:

1. POSICIÓN SEMI-FOWLER O FOWLER: Durante el aseo y cambios posturales será necesario detener la nutrición de 30- 60 min. antes si ésta está en perfusión continua.
2. CUIDADOS DE LA SONDA NASOGASTRICA: anexo 1³³

5.4. CUIDADOS DE LA VOZ

Diagnósticos de enfermería alterados

(00146) Ansiedad.

(00051) Deterioro de la comunicación verbal: barreras físicas por traqueostomía

- ✓ (0902) Comunicación:
- ✓ (4976) Mejorar la comunicación: déficit de habla
 - Facilitar alternativas de comunicación: papel, bolígrafo, pizarra, pictogramas, etc.
 - Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente.
 - Utilizar palabras simples y frases cortas.
 - Utilizar gestos con las manos si procede.
 - Enseñar el habla esofágica cuando lo requiera.

(00118) Trastorno de la imagen corporal

- ✓ (1200) Imagen corporal
 - Potenciación de la imagen corporal.

- Potenciación de la autoestima.

La pérdida del habla en un paciente laringectomizado crea un importante estado de ansiedad. Ante la pregunta de la mayoría de los pacientes sobre si van a poder hablar, la respuesta es afirmativa.

Durante el postoperatorio inmediato los cuidados de enfermería en el área de la comunicación deben ir encaminados a reducir la ansiedad de paciente y familia, facilitando vías alternativas de comunicación, creando un ambiente adecuado para el desarrollo de la misma y proporcionando información y/o métodos alternativos, que dependiendo del estado, edad, nivel cultural y características del paciente, que pueden ir desde el simple papel y bolígrafo a aplicaciones informáticas como “Pictorrino” disponible en www.madrid.org/cs/satellite, aplicación desarrollada por enfermeros de Fuenlabrada.

Cuando un paciente es sometido a una laringectomía parcial, es posible que éste ocluyendo el estoma y con una cánula fenestrada pueda llegar a comunicarse de forma normal, dado que conserva sus cuerdas vocales. No es el caso de los pacientes sometidos a una laringectomía total.

Un alto porcentaje de pacientes sometidos a una laringectomía total también tendrán la posibilidad de hablar aunque mediante otros métodos, dado que carecen de cuerdas vocales. El primer objetivo que se plantea tras la recuperación de la intervención quirúrgica y el tratamiento del proceso oncológico es la recuperación de la voz.

Existen varios métodos para ello, el más común es el aprendizaje del habla esofágica o erigimofónica. Este método consiste en aprender a tragar el aire y expulsarlo por el esófago haciendo vibrar los pliegues del mismo para emitir sonidos. Para el aprendizaje de este método es necesaria la ayuda de un Logopeda. Y es un aprendizaje costoso en el cual la motivación, voluntad y disposición juegan un papel muy importante, sin olvidar el estado orgánico tras la intervención.

No son los únicos métodos, existen unos dispositivos llamados Laringes electrónicas o Laringófonos, que producen vibración gracias a unas baterías que llevan acopladas, pero el sonido que emiten es más extraño, se trata del llamado sonido “robótico”. Pero puede ser la solución para los pacientes que no tiene posibilidad de un aprendizaje de la voz esofágica.³⁴

En la actualidad se dispone también de ‘prótesis fonatorias’, una válvula unidireccional que permite el paso del aire desde los pulmones hacia la faringe y de aquí hacia la boca

permitiendo el habla. Esta válvula se cierra durante la deglución impidiendo que los alimentos entren en los pulmones, no habrá riesgo de aspiración. Para hablar se realiza una inspiración y se tapa con el dedo el traqueostoma, se expulsa el aire que pasará hacia la boca emitiendo el sonido. El cierre del traqueostoma con el dedo no será muy prolongado, el paciente respira por él. Es por ello, que necesitará hacer numerosas pausas a la hora de mantener una conversación.³⁵

El papel de la familia, junto con el entorno social son fundamentales en el proceso de rehabilitación. El paciente laringectomizado no solo lucha en contra de sí mismo para vencer las dificultades de la comunicación oral, sino también en contra de una sociedad que no lo admite como una persona normal y lo condena en la mayoría de las veces a medidas proteccionistas. El condicionamiento social que existe por la visión que se tiene de estos pacientes, determinan en muchos casos el ánimo de ellos. Estas actitudes de rechazo, prevención, pena, angustia e incomodidad, son condicionantes de sus relaciones interpersonales.

Unas relaciones afectivas estables pueden dar seguridad y motivación para luchar contra las dificultades. La familia es el medio más cercano que tienen los paciente, por ello necesitan tener la máxima información sobre la nueva situación y la forma de adaptarse a ella. Para que el apoyo sea efectivo y el paciente se encuentre motivado hay que ayudarle mediante:

- Dar apoyo continuo mediante una actitud que demuestre interés hacia él.
- No fumar, es un hábito que suele molestar al paciente ya que reseca su medio de oxigenación.
- Hablar con una intensidad normal, y no finalizar las frases por él. Es importante que el paciente disponga de su tiempo para acabar lo que quiere decir.
- Tener métodos alternativos de comunicación como papel, lápiz o pizarras que el paciente pueda ayudarse cuando tenga alguna dificultad.
- Evitarle irritación o incomodidad, la personalidad de estos pacientes suele cambiar tras la intervención.

Otro de los factores que intervienen en la rehabilitación es la situación laboral. Que el paciente se mantenga activo laboralmente tras la reeducación del lenguaje es importante, siempre que el trabajo que desempeñaba no supusiera el uso de la voz como herramienta principal.³⁶

5.5. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: “EL AUTOCUIDADO”

Diagnósticos de enfermería alterados en relación al autocuidado:

(00148) Temor

(000146) Ansiedad

- ✓ (1402) Autocontrol de la ansiedad.

(00126) Conocimientos deficientes

- ✓ (1803) Conocimiento: proceso enfermedad
- ✓ (1829) Conocimiento: cuidados de la ostomía.
 - Enseñanza del proceso enfermedad.
 - Facilitar el aprendizaje.

(00108) Déficit de autocuidado: baño/higiene

- ✓ (0305) Autocuidado: higiene
- ✓ (0301) Autocuidado: baño
 - Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (prohibido baños por inmersión)

(00053) Aislamiento social:

- ✓ (2002) Bienestar personal:
 - Potenciación de la conciencia de sí mismo
 - Potenciación de la autoestima

(00146) Ansiedad: tolerancia al estrés

- ✓ (1402) Autocontrol de la ansiedad.
 - Mejorar el sueño.
 - Disminución de la ansiedad.

Antes de que el paciente sea dado de alta, éste habrá sido instruido por el equipo médico y el equipo de enfermería acerca de los cuidados que precisará en su domicilio y cuándo acudir al servicio de urgencias si así fuese preciso. Se le darán una serie de pautas que citaremos a continuación y se le aconsejará tener material en casa para su autocuidado. Se fomentará la independencia del paciente en su domicilio ³⁷.

PRINCIPIOS Y CUIDADOS GENERALES:

Figura 1: Principios y Cuidados Generales.



*Basado en: Fuentes: Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería*²⁴

Es necesaria la potenciación del autocuidado y de la familia. Esto se logra a través de intervenciones educativas, entrenamiento profesional y personal. Dentro del autocuidado, la terapia grupal también ha demostrado su beneficio en el equilibrio emocional y en el afrontamiento de la enfermedad de estos pacientes, ya que son problemas comunes la depresión o la ansiedad. Se cree que la comunicación entre miembros de un equipo multidisciplinar es fundamental para dar calidad al paciente.

Existen diferentes Organismos de apoyo e información que se pondrán a disposición del paciente, los cuales disponen de información útil para ellos.

Estos organismos como la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) pretenden ser útiles para el paciente, para que forme parte de un colectivo que lucha por lo mismo: sobrevivir a la enfermedad y formar parte de la sociedad.

6. CONCLUSIONES

Es necesaria la elaboración de una guía para enfermería por:

- ✓ Un cuidado integral al paciente como individuo único y con necesidades únicas.
- ✓ Generar un conocimiento a través de la investigación, docencia e investigación.
- ✓ Unificar actuaciones, criterios, protocolos, etc.
- ✓ Prevenir y manejar correctamente las complicaciones, proporcionando un cuidado integral al laringectomizado desde un marco de conocimientos y un lenguaje propio (Nanda, Nic, Noc), ya que es el equipo enfermero el único planificador, administrador y responsable de estos cuidados.

7. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer de manera especial a mi tutora Sonia de Juana Morrondo y a mi cotutor Pedro Martín Villamor, por su apoyo y colaboración en cada uno de los pasos que he dado en este proyecto, sus consejos, experiencia y conocimientos en el mundo de la enfermería.

Especialmente el agradecimiento a mis padres y hermana por haberme ayudado y guiado para convertirme en lo que soy y hasta donde he podido llegar, a pesar de todos los obstáculos que han surgido en estos 5 años que ha durado llegar a esta meta, el cariño, la paciencia, confianza y ánimo para llegar al día de hoy.

Gracias a mis compañeros del día a día y a mis amigas, en especial, a Melisa Alonso Vega, y Erika López García amigas y compañeras de a pie durante estos años. La ayuda brindada por su parte ha hecho que juntas lleguemos a alcanzar las metas que nos hemos propuesto, aunque el camino no ha sido nada fácil.

Compaginar mi carrera con un trabajo ha sido una de las cosas más duras que he tenido que realizar. Sé que he dejado muchas cosas atrás durante estos años, cosas que aún recuerdo con mucho cariño y que han colaborado a que yo me hiciese más fuerte y mi objetivo se hiciese cada vez más grande. No sé decir de donde he llegado a sacar las fuerzas.

Dar gracias al resto de profesores que nos han brindado sus conocimientos durante estos años y el resto de personas que me han acompañado en este tiempo, lo que ha conllevado a que puede crecer como persona y como profesional.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) SEOM. (2014). *Sociedad Española de Oncología Médica*. Recuperado el 15 de Marzo de 2014, de <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/104582-el-cancer-en-espana-2014>.
- (2) NANDA Internacional. (2010). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación*. 2009-2011. Madrid. Elsevier.
- (3) MT, Luis Rodrigo; Fernandez Ferrin, C; Navarro Gomez, MJ.: *De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI*. Masson, Barcelona, 2005.
- (4) GarciaGonzalez, Maria de Jesus.: *El procesos de enfermería y el modelo de Virginia Henderson. Propuesta para orientar la enseñanza y la práctica de enfermería*. 2ª ed. Mexico: editorial progreso.
- (5) Blog otorrino actualidad:
http://www.OtorrinoActualidad.com.ar/info_medicos.php?info=23#15
- (6) López Moya J, Sacristán Alonso T. *Medio Siglo de Historia de la Sociedad Española de ORL*. Ponencia Oficial del Congreso del 50 aniversario de la sociedad. 1999.
- (7) Brandao, L., & Ferraz, A. (1989). *Cirurgia de cabeça y pescoço: principios técnicos y terapeuticos*. Sao Paulo: Roca.
- (8) Garriga García, E., & Brito Arreaza, E. (2004). *Tumores de cabeza y cuello: un enfoque prácticos* (Primera ed.). (E. Garriga García, & E. Brito Arreaza, Edits.) Caracas: Centro Médico de Caracas.
- (9) Anchiong Estupiñan Fernando, Morales Rigau José Manuel, Dueñas Herrera Alfredo, Acebo Figueroa Fernando, Bermúdez Gonzalez Carmen L. Garrote Rodriguez Ismary. Prevalencia y riesgo atribuible al tabaquismo. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Revision en Internet]. 2006 Abr [citado 2015 Ene 09]; 44(1):. Disponible en: http://scielo.sld.cv/scielo.Php?Scrip=sci_arttex&pid=S1561-30032006000100001&Ing=es.
- (10) Pradena CM, Vallejos MP, Rahal EM, Cisterna VA. Cancer de laringe e hipofaringe. Experiencia en el Hospital Barros Luca Trudeau 1990-2001. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cab Cuello*, 2004; 64: 13-20.
- (11) Riesgo American Cancer Society: *Cancer Facts and Figures 2014*. Atlanta Ga: American Cancer Society, 2014. Available online. Last accessed November 24, 2014.
- (12) Dirección General de Epidemiología. Riesgo histopatológico de cáncer. México: Secretaria de Salud; 2002. Artículo: *medigraphic Artemisa Cir Ciruj* 2007; 75:151-155.
- (13) Cancer National Institute. *Cáncer de laringe; tratamiento*. Cancer National Institute [online] Nov 2008. [fecha de Acceso 15. enero 2015]. URL disponible en; <http://www.cancer.gov/español/pdg/tratamiento/faringe>.

- (14)** Jose Francisco Gallegos-Hernandez, Departamento de tumores de cabeza y cuello, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Av. Cuauhtémac 330, Col. Doctores, Deleg. Cuanhtémoc, 06725 México, D.F.
- (15)** Guyton, & Hall. (2011). *Tratado de fisiología* (12ª ed.). (Cap. 37; p:465-475) Barcelona: Elsevier España S.L.
- (16)** Batuecas Caletrió, A., Sánchez González, F., Santos Gorjón, P., & Franco Calvo, F. (2008). Riesgos y complicaciones en cirugía cervico-facial y faringo-laríngea. En M. Bernal Sprekelsen, J. Gómez González, A. Ramos Macía, M. Tomás Barberán, & G. G. JL (Ed.), *Riesgos y complicaciones en la cirugía de OR y de cabeza y cuello. Prevención y tratamiento*. (págs. 137-228). Badalona: Ediciones Médica S.L.
- (17)** Santana, M., & Sawanda, N. (2008). Fístula faringocutánea posterior a la laringectomía total: revisión sistemática. *Enfermagem Latino-Am [online]*., 16(4), 772-778.
- (18)** Rassekh H, Haughey BH. Total Laryngectomy and laryngopharyngectomy. In: Cummings CW, Flint PW, Haughey BH, et al, eds. *Otolaryngology: Head and Neck Surgery* 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier;2010:chap 111.
- (19)** Canalot Al, Gervasio CG, Nazionale G, Albera R, Bussi M, Staffieri A, et al. Pharyngocutaneous fistula as a Complication of total laryngectomy: review of the literature and analysis of case records. Cita Medline.
- (20)** Santos Diaz, RI. Cuidados del neumotaponamiento. *Procedimientos y técnicas en el paciente crítico*. MASSON. 2003; 94:489-490.
- (21)** Ramos Girona MR., Torner Hernandez I., Protocolo de cuidados de enfermería al paciente crítico son traqueotomía. *Enfermería integral [revista en internet]*. Valencia; 2010 [acceso marzo-abril 2014]. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/90/ENF-INTEG-90.pdf>.
- (22)** Parra Moreno M.L, Arias Rivera S., Esteban de la Torre A. *Procedimientos y técnicas en el paciente crítico*. Barcelona: Masson S.A.; 2003. Disponible en: <http://prezi.com/okeao3f14sdf/traqueostomia>.
- (23)** Fernández Crespo B., Peirani Andino B. Cuidados de enfermería del enfermo traqueostomizado. *Enfermería Científica*, nov. 1998; 80: 13-14.
- (24)** Dirección de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. *Manual de Protocolos y procedimientos generales de enfermería*. 3ª Edición. Córdoba 2001.
- (25)** Morris L., Whitmer A., Tracheostomy care and complications in the intensive care unit. *Critical Care Nurse [revista en internet]* 2013 [consulta 2014]; 33 (5). Disponible en: <http://ccn.aacnjournals.org/content/33/5/18.long#T3>.
- (26)** Pisa farmacología disponible en: http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_2_3.htm

- (27)** Moreno Padilla R, Márquez-Ruiz D, Peña-Perez H, Flores-Moro A. Fistula faringocutanea en pacientes laringectomizados: comparación entre pacientes con y sonda nasogastrica postoperatoria. *AnOrlMex* 2011;56 (4):170-173.
- (28)** Manteiga Riestra E., Martínez González O., Esteben de la Torre A. Desconexión dela ventilación mecánica. Libro electrónico de medicina intensiva. Madrid; 2011.Disponible en:<http://www.medicina-intensiva-libro.com/2011/04/1111-desconexion-de-la-ventilacion.html>
- (29)** Fuentes Valdés Edelberto, Corona Mancebo Sixto B. Fístula traqueoesofágica posintubación. *Rev Cubana Cir [revista en la Internet]*. 2003 Sep [citado 2015 Mayo 07] ; 42(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932003000300002&lng=es.
- (30)** Martin Villares C., Fernández Pello M.E., San Román Carbajo, J., Tapia Risueño M., Domínguez Calvo J. Nutrición postoperatoria en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Nutr. Hosp. [revista en la internet]*. 2003 Oct [citado 2015 Mar 22]; 18 (5): 243-247. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000500003&lng=es.
- (31)** Martin Villares C., Fernández Pello M.E., San Román Carbajo, J., Tapia Risueño M., Pomar Blanco P.. Estancia hospitalaria prolongada en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: el impacto del estado nutricional y los problemas faríngeos. *Nutr. Hosp. [revista en la internet]*. 2004 Mayo [citado 2015 Mar 22]; 19(3): 150-153. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S021216112004000300005&lng=es
- (32)** Entrala Bueno A., Morejon Bootello E., Sastre Gallego A.. Soporte nutricional en el paciente oncológico. Departamento de Nutrición Humana. Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Alfonso X el Sabio. Madrid.
- (33)** Nestle Nutrition, disponible en: <http://sgxx.org/docs/documentacion/guia-nutricion-sonda-nasogastrica.pdf>
- (34)** Poza Artés CM, Magañas E, Ramos Bosquet G, Ramos Sánchez R, Maldonado Martin I. Programa de educación al paciente traqueotomizado. Biblioteca Lascasas, 2008; 4. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/Ic0304.php>
- (35)** Pardal Refoyo JL, Muñoz Navarro C. Guia para pacientes portadores de cánula. *Rev Soc Otorrinolaringol Castilla León Cantab La Rioja*. 2013. 4 (Supl.4): S19-47.
- (36)** Prater RJ, Swift WR. Manual de Terapéutica de la Voz. Salvar Editores. Barcelona, 1986.
- (37)** Expósito Concepción Yaquelín. LA CALIDAD DE VIDA EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON CANCER. *Rev haban cienc méd [revista en la Internet]*. 2008 Sep [citado 2015 Mayo 18] ; 7(3): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es

9. ANEXO 1:

CUIDADOS DEL PACIENTE CON SONDA NASOGÁSTRICA ³³

Conseguir y mantener un buen estado nutricional es un factor decisivo en la recuperación del paciente **laringectomizado**.

La nutrición enteral por Sonda Nasogástrica (SNG), es el tipo de alimentación más empleada para este tipo de pacientes. Los casos en que no es posible la alimentación por SNG se debe recurrir a la alimentación parenteral, pero ésta aporta menos beneficios y produce más complicaciones.

En los pacientes laringectomizados es necesario evitar el paso del alimento por la zona quirúrgica durante un periodo de tiempo de 7-14 días. Incluso evitaremos que trague su propia saliva para evitar complicaciones como: la dehiscencia de la sutura, formación de fistulas, infecciones. Por lo tanto la dieta oral estará contraindicada en los primeros días.

Debido a esta nueva situación y como se ha citado en el desarrollo de trabajo estos pacientes tendrán alteradas algunas de las necesidades básicas, en este caso relacionadas con la deglución y la alimentación.

(00103) Deterioro de la deglución

✓ (1008) Estado nutricional. Ingesta alimentaria y de líquidos

- Terapia de deglución: observar signos y/o síntomas de broncoaspiración.
- Alimentación enteral por sonda nasogástrica (SNG).
- Elevar el cabecero de la cama 30° - 45° durante la alimentación.
- Irrigar la sonda con agua cada 4-6 horas durante la alimentación continua y después de cada bolo de alimentación intermitente.
- Precauciones para evitar la aspiración: vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva.

(00102) Déficit de autocuidado: alimentación.

✓ (0303) Autocuidado: comer

La sonda nasogástrica es un tubo que lleva el alimento o la medicación al estómago a través de la nariz. A través de ella podemos alimentar al paciente en tres modalidades: perfusión continua, perfusión intermitente o bolos.

CUIDADOS:

- ✓ Cuando la alimentación no es continua debemos mantener al paciente en posición semi-fowler como mínimo de 30a 60 minutos después de las tomas.
- ✓ Lavar la sonda con 50ml de agua antes y después de cada alimentación.

ANTES DE COMENZAR LA NUTRICIÓN ENTERAL:

- ✓ Colocar a la persona sentada o incorporada en posición semifowler o fowler, manteniéndola en esta posición mientras se esté administrando la alimentación.
- ✓ El paciente debe permanecer en esta posición como mínimo una hora después de haber terminado la alimentación.
- ✓ La fórmula preparada por el servicio de nutrición deberá encontrarse a temperatura ambiente.
- ✓ Asepsia de manos.
- ✓ Comprobar el residuo gástrico antes de cada toma si estuviese indicado por orden médica.

AL FINALIZAR LA NUTRICIÓN ENTERAL:

- ✓ Desconectaremos la nutrición del paciente una vez finalizada.
- ✓ Lavar la sonda nasogástrica con 50 ml de agua tibia para evitar la obstrucción de la misma por el alimento.
- ✓ Colocaremos el tapón a la sonda y se la colocaremos al paciente evitando así que le incomode.

OTROS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- ✓ Fijar la sonda a la nariz con esparadrapo, el cual se cambia diariamente. Se limpia la nariz con agua y jabón, secándola y vigilando roces o deformidades de esta.

- ✓ Movilizar la sonda para evitar acodamientos y que se obstruya (por restos de nutrición o medicación seca), además así se evitarán erosiones y necrosis del ala de la nariz.
- ✓ Evitar erosiones, abscesos y necrosis del tabique nasal.
- ✓ Disminuir el riesgo de fistula traqueo-esofágica.
- ✓ Cepillar dientes y lengua; y realizar enjuagues con solución de clorhexidina para refrescar la boca.
- ✓ Mantener los labios hidratados, a veces es necesario humedecer la boca con una gasa empapada.
- ✓ No se mezclarán alimentación y medicamentos. Aunque se administren por el mismo lugar que la alimentación estos deben pasarse por la sonda 20-30 ml de agua después de cada medicamento para evitar que queden en el trayecto de la sonda.
- ✓ Para evitar la extrusión accidental de la sonda se debe vigilar diariamente su correcta ubicación, comprobando las marcas de medida que nos indicarán si se ha movido.