



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

TRABAJO FIN DE GRADO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE LARINGECTOMIZADO

Alumno/a: Celia Martínez Alcaraz

Tutor/a: Prof D.Cristóbal Liébanas Pegalajar

Departamento: Enfermería

MAYO, 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

TRABAJO FIN DE GRADO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE LARINGECTOMIZADO

Alumno/a: Celia Martínez Alcaraz

Tutor/a: Prof D.Cristóbal Liébanas Pegalajar

Dpto: Enfermería

Firma

Una firma manuscrita en tinta azul, que parece ser la del tutor, Prof. D. Cristóbal Liébanas Pegalajar. La firma es fluida y está compuesta por varias letras entrelazadas.

ÍNDICE

1. Resumen
2. Introducción/Justificación
3. Objetivos
4. Contenidos: “Proceso de Atención de Enfermería”
 - 4.1. Presentación del caso clínico
 - 4.2. Valoración inicial según patrones funcionales
 - 4.3. Diagnósticos de Enfermería
 - 4.4. Fase de planificación: Objetivos (NOC) e indicadores, Intervenciones (NIC) y actividades
 - 4.5. Fase de ejecución
 - 4.6. Fase de evaluación
5. Conclusiones
6. Bibliografía

1. RESUMEN

Los cuidados tras una laringectomía total implican una atención sanitaria intensiva y muy específica que engloba a un gran número de profesionales sanitarios. El profesional de enfermería en este campo se convierte en una figura referente debido a la visión integral que guía los cuidados de Enfermería que acompañan al paciente y la familia en todo momento. En el presente trabajo, presento un caso clínico real, en la planta de Otorrinolaringología del Hospital Neurotraumatológico de Jaén, de un hombre de 50 años de edad, diagnosticado de carcinoma gloto-subglótico izquierdo. Ingresó en la planta de Otorrinolaringología en el Hospital Neurotraumatológico de Jaén para práctica de laringotomía total y doble vaciamiento de cuello. Para la introducción de mi trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos sobre el cáncer de laringe, la laringectomía total, sus consecuencias y complicaciones. Como profesional de enfermería, he utilizado para la realización del plan de cuidados la metodología científica enfermera, comenzando con una valoración integral siguiendo los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, para posteriormente nombrar los diagnósticos enfermeros, objetivos e intervenciones con la taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC, de respuesta y una atención integral al paciente laringectomizado. Tras la realización de las actividades programadas, hemos conseguido casi por completo los objetivos planteados en nuestro plan de cuidados, centrándose éstos en la recuperación de complicaciones postoperatorias y la adaptación del paciente y la familia a su nueva situación.

Palabras clave: laringectomía, cáncer de laringe, cuidados de enfermería, faringostoma.

ABSTRACT

Care after total laryngectomy total involve intensive and very specifies healthcare that encompasses a large numbers of health professionals. Nursery, on that field, turns into a regarding figure because of an integral view that goes by nursery cares which come at any time with patience and its families. The present work shows the true case on the ground of Otolaryngology Neurotraumatology Hospital of Jaen, a man of 50 years old, diagnosed with carcinoma of gloto-subglottic left. He was admitted in the hospital for

surgery total laryngectomy and double neck dissection. For the introduction of my work, I've done a bibliography review about cancer of the larynx, total laryngectomy, its consequences and complications. I've used Scientific Methodology Nursing, starting with an integral assessment following Gordon's functional health patterns, later appoint nursing diagnoses, objectives and interventions with the nurse taxonomy NANDA, NOC, NIC.

Keywords: total laryngectomy, laryngeal cancer, nursing care, pharyngostoma.

2. INTRODUCCIÓN

El carcinoma de cabeza y cuello representa el 25% de los tumores malignos, siendo la causa de aproximadamente el 5% de muertes por cáncer. Actualmente en nuestro país la localización más frecuente de estas neoplasias es la laringe.

La atención de enfermería a paciente con cáncer de laringe requiere un conocimiento complejo sobre los cuidados tan amplios y especializados brindados a estos pacientes. El tratamiento de este tipo de cáncer puede llegar a afectar a funciones básicas de la persona como son comer, hablar, respirar, tragar y por lo tanto afecta de forma drástica a las actividades diarias del paciente, además de labores psicológicas y relacionales.

La laringectomía total causa un gran impacto en el paciente, ya que supone la pérdida de la voz, herramienta principal de comunicación, obligándole a aprender diferentes formas de comunicarse, y el impacto en la imagen corporal que supondrá llevar un traqueostoma. Todo esto hará que la calidad de vida del paciente disminuya de forma considerable. El personal de Enfermería tiene una gran labor en estos pacientes, proporcionando cuidados específicos durante su ingreso, enseñanza de autocuidados y prevención de posibles complicaciones.

1.1 Cáncer de laringe

- Epidemiología

El cáncer de laringe es una de las neoplasias de cabeza y cuello más frecuentes, representando el 2% de todos los tumores malignos del organismo, y el 25% de los tumores de cabeza y cuello²; de los cuales el 98% corresponde a carcinomas escamosos o epidermoides.

Es más frecuente entre los 50 y 70 años, aunque se observa cada vez más en edades tempranas. Aunque predomina en hombres, en los últimos años ha habido un incremento en las mujeres debido al mayor consumo de tabaco y alcohol.³

La incidencia del cáncer de laringe varía a través de todo el mundo, donde los países más afectados son los considerados como industrializados. Según la SEOM⁴ (Sociedad Española de Oncología Médica) en el año 2013 el cáncer de laringe tuvo una incidencia de 1,5% en ambos sexos. En hombres la incidencia sería de un 2,3% frente al 0,3% en las mujeres. En cuanto a la prevalencia a 5 años el número de pacientes sería de 11200, con un porcentaje del 1,9%.

	Incidencia			Prevalencia a 5 años			Mortalidad		
	%	Nº	AS R	%	Nº	AS R	%	Nº	AS R
Ambos sexos	1,5	318 2	4,1	1,9	11200	28,3	1,3	1321	1,5
Mujeres	0,3	268	0,7	0,4	954	4,7	0,2	86	0,2
Hombres	2,3	291 4	7,8	3,1	10246	52,7	1,9	1235	2,9

- Factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier cosa que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad. Sin embargo, presentar uno o varios factores de riesgo no significa que dicha persona tendrá la enfermedad.

Los cánceres de laringe e hipofaringe son agrupados junto a otros cánceres de boca y garganta, conocidos como cánceres de cabeza y cuello. Estos cánceres tienen muchos de los mismos factores de riesgo².

A la mucosa que recubre las diferentes estructuras del área de cabeza y cuello se le conoce como mucosa de vías aerodigestivas superiores (VADS); en ella se origina el 85% de los cánceres de la región, 90% de los cuales son epidermoides¹.

Los principales factores de riesgo en el cáncer de cabeza y cuello son el tabaco y el alcohol, cuya nocividad aumenta si se presentan juntos, aumentando así el riesgo de padecerlo.

-Tabaco

En diversos estudios realizados se ha comprobado que el consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante para el cáncer de laringe que asciende hasta el 97%. El riesgo de padecer este cáncer es mucho mayor en los fumadores que en las personas que no fuman. El 90% de los cánceres de la cavidad oral en hombres y el 60% en mujeres se atribuyen al consumo del tabaco. El número de cigarrillos y el fumar cigarrillos sin filtro son factores que aumentan la incidencia.

Pese a que el riesgo de cáncer de laringe se reduce notoriamente al abandonar el tabaco, éste no desaparecería del todo, estabilizándose aproximadamente en un riesgo 2,5 veces superior a los pacientes que nunca han fumado⁷.

-Alcohol

El consumo de alcohol se asocia al incremento en el riesgo de padecer cáncer de VADS; es el segundo factor en importancia después del tabaco. El riesgo de padecer cáncer de cabeza y cuello es seis veces mayor en bebedores que en no bebedores, y el riesgo de muerte por cáncer de orofaringe es cuatro veces mayor en bebedores.

Las personas que consumen alcohol y tabaco conjuntamente aumentan hasta un 50% el riesgo de padecerlo.

Los fumadores y bebedores generalmente presentan un tercer factor agregado que es la mala higiene bucal.

-Edad y sexo

Los cánceres de laringe e hipofaringe son de aproximadamente cuatro veces más comunes en los hombres que en las mujeres. Esto es probable debido a que los factores de riesgo principales, el hábito de fumar y el uso excesivo del alcohol, son más frecuentes en los hombres. Sin embargo, en la actualidad estos hábitos se han hecho más comunes entre las mujeres, por lo que el riesgo de estos cánceres en las mujeres ha aumentado también.

En cuanto a la edad, los cánceres de laringe e hipofaringe por lo general tardan muchos años en formarse, por lo que no son comunes en las personas jóvenes. Más de la mitad de los pacientes con estos cánceres tiene 65 años o más cuando se les detecta la enfermedad por primera vez².

-Virus

El virus del papiloma humano está identificado como agente causante de diversas alteraciones cutáneas y mucosas⁶. El serotipo más frecuentemente encontrado es el HPV 16, se ha encontrado en sinergia con el alcohol⁸.

Otros virus, como el Herpes Virus tipo II, también ha sido considerados como factores de riesgo. Procesos inflamatorios crónicos de las vías aéreas: especialmente laringitis crónica y procesos irritativos crónicos como gastritis y enfermedad por reflujo³.

-Exposiciones ocupacionales

Profesionales expuestos a polvo de la madera, cemento, pinturas, barnices, ácido sulfúrico e hidróclórico (presentes en baterías), asbestos y níquel, tienen mayor prevalencia de cáncer de cabeza y cuello aún después de ajustar el riesgo por tabaquismo-alcoholismo.

-Reflujo gastroesofágico

Se cree que el reflujo gastroesofágico incrementa el riesgo de cáncer de la faringe y de la laringe supraglótica; aproximadamente 54% de los pacientes con cáncer de cuello y cabeza tiene la prueba de 24h al reflujo positiva, aunque esta tasa es elevada no es muy diferente a la de personas sin cáncer. Cuando se ajusta el riesgo por edad, tabaquismo, alcoholismo, sexo y etnia, el cáncer de laringe-faringe es más frecuente en pacientes con historia de reflujo.

-Deficiencias nutricionales

Se ha asociado que el consumo de ciertas vitaminas como la A, E, C, flavonoides y betacarotenos disminuye el riesgo de padecer cáncer de laringe. Los fumadores duplican su riesgo de padecer cáncer si tienen un consumo bajo de frutas y vegetales.

-Raza

Los cánceres de laringe e hipofaringe son 50% más comunes entre las personas de raza negra que entre las de raza blanca⁸.

- Manifestaciones clínicas

-Ronquera o cambios de voz

-Un dolor de garganta que no desaparece

-Tos constante

-Dolor al tragar

-Problemas de deglución

-Dolor de oídos

-Dificultad para respirar

-Pérdida de peso

-Una protuberancia o masa en el cuello (debido a la propagación del cáncer a los ganglios linfático)

- Estadios del cáncer de laringe

Estadios del cáncer de laringe:

-Estadio 0: Es la fase más temprana del cáncer de laringe. Se encuentran células anormales en la parte más superficial de la mucosa. Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta el tejido cercano normal.

-Estadio I: Las células cancerígenas sólo se encuentran en el área donde comenzó y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos del área o a otras partes del cuerpo.

-Estadio II: el tumor afecta a varias zonas de la laringe pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos del área o a otras partes del cuerpo.

-Estadio III: el cáncer está limitado a la laringe con cuerdas vocales fijas (no invade órganos cercanos) aunque puede haber afectado a un ganglio linfático de la zona de origen inicial.

-Estadio IV:

- ✓ Estadio IV a: Este estadio describe un tumor invasivo sin compromiso de los ganglios linfáticos o que solo se diseminó a un solo ganglio linfático del mismo lado, pero sin metástasis a distancia.
- ✓ Estadio IV b: Cáncer con diseminación extensa a los ganglios linfáticos, pero sin metástasis a distancia.
- ✓ Estadio IV c: Este estadio indica que existe evidencia de diseminación a distancia.

- Tratamiento

Dependiendo de la fase en que se detecte la enfermedad, se puede tratar con radioterapia, quimioterapia, cirugía o combinación de los tres métodos. Nos centraremos en la cirugía, en concreto la laringectomía total, de la cual tratará nuestro caso clínico.

1.2Laringectomía total

- Concepto.

La laringectomía total es el tratamiento quirúrgico de los tumores malignos avanzados de laringe e hipofaringe. Su finalidad es la eliminación de todas las estructuras de la laringe y órganos anejos, incluyen tráquea, base de la lengua, tiroides, faringe, esófago y musculatura cervical si se encuentran afectados por las células cancerígenas malignas.

Esta intervención se realiza mediante una incisión en la región anterior del cuello que, si se asocia al llamado asocia al vaciamiento cervical (extirpación de los ganglios de la zona) se extiende hasta el pabellón auricular de un lado hasta el lado opuesto pasando por la parte superior del esternón.

Al extirpar la laringe es necesario abocar la tráquea al exterior de forma permanente a través de un orificio en la región anterior del cuello (traqueostoma) y que debe mantenerse abierto mediante la inserción y utilización de una cánula.

La laringectomía total es de bajo coste, presenta baja mortalidad y morbilidad, con resultados oncológicos buenos. No obstante, la principal desventaja de la laringectomía total es la traqueostomía permanente y la pérdida de voz en este tipo de pacientes.

También es necesario una sonda de alimentación, la cual se quitará una vez cicatrizada la garganta. Se pueden colocar unos drenajes en la zona del cuello para facilitar la salida de secreciones. Se retiraran a los 2 o 3 días.

Las primeras 24-48 horas el paciente permanecerá en la UCI para un control más exhaustivo. Una vez estabilizado pasará a planta para continuar su recuperación y proporcionarle los cuidados necesarios por parte del profesional sanitario.

Los primeros días tiene mayor riesgo de hemorragias debido al compromiso de las venas y las arterias del cuello que podrían provocar la reintervención. Otra complicación habitual es la aparición de fístulas. Debido a las secreciones se puede obstruir la cánula de traqueostomía lo que provoca dificultad respiratoria, que se resuelve mediante instilación de fluidificantes y posteriormente aspiración.

- Consecuencias de la laringectomía

- ✓ Pérdida de la voz

Una de las consecuencias tras una laringectomía total es la pérdida de la voz debido a la extirpación total de la laringe y por consiguiente de las cuerdas vocales. Para ello se crea una comunicación directa entre la tráquea y el exterior mediante una apertura de un orificio en la base del cuello llamado traqueostoma. Esto supone un impacto muy radical y frustrante para el paciente ya que ha perdido la capacidad de comunicación¹¹. La voz posee un carácter diferenciador, muy personal, que le confiere a cada persona su propia identidad. Por eso, perder la voz significa quedarse sin una parte esencial de uno mismo, sin ese medio directo de expresión y comunicación con los demás⁹.

Su rehabilitación deberá comenzar antes de la intervención quirúrgica ya que el enfermo deberá de buscar otros medios para poder hablar.

La técnica más utilizada por los laringectomizados es la voz esofágica que se crea en la boca del esófago. La persona debe introducir aire en su boca para conducirlo hasta el esófago para crear la voz esofágica. Una vez allí, lo impulsa hacia arriba para que el aire vibre en la neoglottis y se produzca el sonido esofágico. La voz esofágica es mucho más grave y menos fuerza que la voz laríngea lo que no permite al paciente gritar.

La mayoría de los pacientes que sufren una laringectomía total acuden a asociaciones donde les enseñan a hablar con voz esofágica. De igual forma pueden contar con la ayuda de logopedas y psicólogos en todo el proceso de recuperación física y psicológica.

Para realizar un plan de cuidados eficaz es necesario que el personal de enfermería establezca una relación terapéutica y una comunicación eficaz con pacientes con deterioro en la comunicación como son los pacientes que se han sometido a una laringectomía total. Para ello, el personal de enfermería debe de formarse en técnicas de comunicación, principios éticos y morales para poner en práctica una enfermería humanizada. Llevando a cabo estas técnicas se posibilitará una relación enfermera-paciente cálida y empática en la que el paciente confiará totalmente en el personal sanitario y sus cuidados¹⁰.

✓ Problemas respiratorios

Otra de las consecuencias de la laringectomía total son los problemas respiratorios, ya que el paciente respirará a través del estoma y el aire ya no pasará por la nariz y las vías respiratorias. La respiración se vuelve superficial y el aire entra seco, frío y sin filtrar, lo que hace el sistema respiratorio muy sensible al medio ambiente. Puede aumentar la tos y la expectoración.

✓ Pérdida de olfato y gusto

Tras una laringectomía total, su correspondiente traqueotomía, y, sobre todo, si el afectado ha recibido quimioterapia o radioterapia, se suele perder parte del olfato, lo que afecta también al sentido del gusto. La razón es que el aire deja de pasar por la cavidad nasal, en la que está alojado un tejido sensorial denominado epitelio olfativo que es el principal responsable del sentido del olfato y que además tiene un importante papel en el gusto¹¹.

• Complicaciones

Una de las áreas de trabajo de enfermería es la detección precoz de complicaciones post-operatorias, con intervenciones cuyo objetivo sea minimizar los efectos de estas complicaciones y agilizar el tiempo de recuperación del paciente quirúrgico¹³.

Entre las complicaciones post-operatorias de la laringectomía total se encuentran las hemorragias, hematomas, obstrucción respiratoria, infección de la herida quirúrgica y fístulas faringocutáneas. Ésta última es la más frecuente, habiendo aumentado significativamente la tasa de mortalidad y morbilidad entre los pacientes¹².

✓ Fístula faringocutánea

La fístula faringocutánea constituye uno de los principales problemas para los pacientes sometidos a laringectomía total¹². Esta fístula es una comunicación del tracto digestivo con la piel cervical que origina la aparición de saliva en la superficie cutánea tras la deglución. La comunicación con la piel suele aparecer a nivel de la incisión quirúrgica o, menos frecuente, alrededor del traqueostoma¹³. Su incidencia es variable, siendo el rango del 15% al 25%. Suele aparecer a partir del sexto día postquirúrgico y en la mayoría de los casos el cierre es espontáneo, aunque en algunas ocasiones precisa el cierre quirúrgico. Este evento produce un aumento de la estancia hospitalaria, lo que se traduce en un incremento del coste sanitario y la afectación psicológica del paciente¹³.

La etiología de la fístula faringocutánea es multifactorial, lo cual evidencia la complejidad del problema tanto para prevenirla como para tratarla¹⁵

Algunos de los factores de riesgo que influyen en su aparición son: estado nutricional deficiente, enfermedades intercurrentes, sepsis oral, deglución continua de saliva en el postoperatorio, vómitos o regurgitación postoperatoria, flora bacteriana patógena faríngea y de la piel, son factores propios del paciente; y los que son debido al tratamiento como radioterapia previa, tipo de sutura, tipo de antibioticoterapia profiláctica, mal funcionamiento de los drenajes postoperatorios, vaciamiento de cuello asociado, entre otros¹⁴.

- Nutrición en un paciente laringectomizado

Tras el postoperatorio, los pacientes tienen una completa incapacidad para utilizar la vía oral para su alimentación. Por ello se utiliza la nutrición enteral para asegurar su adecuado aporte energético¹⁵. La nutrición enteral en laringectomizados evita complicaciones como el retraso de la cicatrización por desnutrición y en pacientes que presentan fístulas faringocutáneas favorece el crecimiento de los tejidos.

El soporte nutricional con dieta enteral es de bajo coste económico y mejora el postoperatorio de los pacientes y disminuye su estancia hospitalaria¹⁶ con una media de 31 días.

- Psicología del paciente laringectomizado

Entre el 20-35% de los pacientes laringectomizados presentan alteraciones psicológicas. Estas alteraciones psicológicas alteran la calidad de vida del paciente, interfiriendo en el tratamiento y la rehabilitación²⁴. El problema interviene en dos aspectos muy importantes²⁵:

-A nivel comunicativo: Tras la laringectomía, la comunicación del paciente se ve alterada de forma considerable al prescindir del instrumento fundamental para su realización, la voz. Los pacientes se tienen que adaptar a una nueva situación la cual les puede causar estrés.

-A nivel personalidad-identidad: estos pacientes tienden a tener una crisis de la propia identidad derivada de los cambios físicos tras la intervención y además la connotación

negativa del diagnóstico del cáncer. Esta situación se agrava el apoyo familiar no es suficiente.

Los pacientes con cáncer se estima que 25% sufren depresión a causa de la enfermedad, aumentando este porcentaje en los casos de cáncer de cabeza y cuello. En el artículo 22 textualmente dice “cerca del 45% de los pacientes afirman estar ansiosos y deprimidos como consecuencia de su enfermedad y tratamiento, incluso un 35,5% de confiesan estar muy preocupados por su enfermedad incluso habiendo transcurrido más de tres años desde su intervención”.

También puede aumentar el grado de ansiedad si la información administrada de las posibles complicaciones no es la adecuada y si el apoyo familiar no es adecuado ²²

Tanto la depresión como la ansiedad junto con insomnio, sentimientos de vergüenza o de inutilidad son normales en un breve periodo de tiempo. Deben de estar reducidos al cabo de medio año de la intervención, por lo que hay que vigilar estrechamente y evitar que esta situación se vuelva crónica ²²

JUSTIFICACIÓN.

El cáncer de laringe es una patología que va en aumento día a día y se observa cada vez a edades más tempranas. Según la SEOM⁴ (Sociedad Española de Oncología Médica) en el año 2013 el cáncer de laringe tuvo una incidencia de 1,5% en ambos sexos. En el caso de la intervención de laringectomía total los pacientes necesitan un plan de cuidados muy complejo donde la enfermería, que forma parte de un equipo multidisciplinar, cumple un rol importante en los cuidados de pacientes sometidos a esta intervención los cuales exigen un cuidado de enfermería amplio y especializado durante el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación¹¹. Una de las principales tareas de los profesionales de Enfermería es la detección precoz de las complicaciones. Además, se debe tener en cuenta la pérdida de voz y la alteración estética a la que se verá sometidos estos pacientes, ya que portarán un traqueostoma de por vida. Ante todos estos cuidados, es necesario que los profesionales de Enfermería tengan un amplio conocimiento acerca de este proceso para así poder proporcionar una atención holística a el/la paciente durante su hospitalización y proporcionar estrategias de autocuidados.

Tras mis prácticas en la planta de Otorrinolaringología en el Hospital Neurotraumatológico de Jaén he decidido realizar un caso clínico de un paciente sometido a laringectomía total debido a la importancia de los cuidados de enfermería en la recuperación postoperatoria, la integración de autocuidados en su vida diaria y la aceptación de su nueva situación.

3. METODOLOGÍA

Hemos realizado un caso clínico, de un paciente de 50 años de edad que ingresa en la planta de Otorrinolaringología del hospital Neurotraumatológico de Jaén para práctica de laringotomía total y doble vaciamiento de cuello.

Al ingreso, se establece un plan de cuidados usando las cinco etapas del Plan de Atención de Enfermería (PAE): Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación. La primera etapa, valoración, es llevada a cabo mediante los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y se realiza protocolo de acogida. Como herramienta de apoyo hemos utilizado algunas escalas²¹:

- ✓ Autonomía para las Actividades Básicas de la Vida Diaria: *Escala de Barthel*
- ✓ *Cuestionario de Oviedo del sueño*
- ✓ Cribado ansiedad-depresión: *Escala de Goldberg*.
- ✓ *Escala de valoración analógica (EVA) del dolor*

Tras la valoración, procederemos a identificar los diferentes problemas de nuestro/a paciente elaborados mediante la Taxonomía de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* ¹⁸. Tras la elaboración de los diagnósticos de enfermería, identificaremos los objetivos e intervenciones del Plan de Cuidados que mejor se adecuen a nuestro/a paciente. Utilizaremos para su elaboración la *Clasificación de Resultados de Enfermería, Nursing Outcomes Classification (NOC)* ¹⁹ para los objetivos y *Clasificación De Intervenciones de Enfermería, Nursing Interventions Classification (NIC)* ²⁰ para las intervenciones y sus respectivas actividades.

Además, se ha consultado en diferentes bases de datos y revistas científicas para la búsqueda bibliográfica del marco conceptual (*Cuiden, CISC, Pubmed, Elsevier*).

En cuanto a la recogida de datos del paciente, la realicé durante mis prácticas en la planta de Otorrinolaringología en el Hospital Neurotraumatológico accediendo directamente a la historia del paciente cuyo acceso me lo proporcionó mi tutor de prácticas.

4. OBJETIVOS

- Mantener la vía aérea permeable, eliminando las secreciones del árbol bronquial consiguiendo un intercambio gaseoso efectivo.
- Conservar la integridad de la mucosa periestoma y prevenir la infección del estoma, así como la prevención de posibles complicaciones.
- Educación para la salud de los autocuidados que debe llevar a cabo, tanto al paciente como a la familia.
- Proporcionar las herramientas necesarias para la adaptación de la comunicación a través del lenguaje no verbal y el habla esofágica.

5. CONTENIDOS: “PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA”

a. Presentación del caso clínico

Anamnesis

Paciente de 50 años, fumador que acude por disfonía de larga evolución con lesión leucoplastica vegetante en CV izquierda que aparenta que avanza a subglotis. A la palpación de cuello presenta adenopatías de cadena yugular izquierda.

Se le realizan varias pruebas: laringoscopia directa, TAC cervicotorácico, biopsia laríngea. Tras el estudio de dichas pruebas el juicio clínico sería carcinoma gloto-subglótico izquierdo.

Ingresa en la planta de Otorrinolaringología en el Hospital Neurotraumatológico de Jaén para práctica de laringotomía total y doble vaciamiento de cuello.

Antecedentes personales:

- Fractura pertrocanterea de cadera izquierda
- Fractura de meseta tibial izquierda, por accidente de moto con secuelas de flexo de rodilla.
- Dupuytren izquierdo.
- Hepatitis aguda alcohólica no grave.
- Fumador de un paquete diario desde los 14 años.
- Exbebedor (hace 8 años problemas de alcoholismo).

Medicación habitual: Hidroxizin, Hidroxil, Ácido fólico, Pregabalina, Paracetamol.

b. Valoración inicial según patrones funcionales

Tras su ingreso en planta, se realiza la valoración inicial de Enfermería según patrones funcionales de Gordon.

Patrón I: Percepción y mantenimiento/cuidado de la salud:

Paciente diagnosticado de carcinoma gloto-subglótico izquierdo que ingresa a cargo de otorrino para la práctica de una laringectomía total y vaciamiento cervical.

Antecedentes: Hepatitis aguda alcohólica, fractura pertrocanterea de cadera izquierda, fractura de meseta tibial izquierda, dupuytren izquierdo.

Medicación habitual: Hidroxizin, Hidroxil, Ácido fólico, Pregabalina, Paracetamol.

No alergias conocidas.

Hábitos: Fumador de 1 paquete de cigarrillos al día desde los 14 años, exbebedor desde hace 8 años, tuvo problemas de alcoholismo.

Patrón II: Nutricional/metabólico:

Peso: 75 Talla: 1,69 IMC: 26,59

Antes de la intervención: Paciente totalmente independiente para la capacidad de alimentación. Nos comenta que lleva varios días sin apetito debido a los nervios de la intervención. Refiere dolor al tragar y problemas de deglución debido al tumor.

Después de la intervención: Tras la intervención, nutrición enteral a través de sonda nasogástrica. Se inicia perfusión de NE 1000ml diarios en perfusión continua con bomba a 42ml/h. Presenta desnutrición

Patrón III: Eliminación:

Antes de la intervención: totalmente independiente en la necesidad de eliminación.

Su patrón de defecación es de 2 veces al día.

Después de la intervención: El paciente porta una sonda vesical que tras la intervención y diuresis espontánea se retira. Va al baño de forma regular.

Patrón IV: Actividad/ejercicio:

Paciente con cáncer de laringe. Presenta una disfonía de larga duración. Fumador de 1 paquete de cigarrillo y exbebedor.

Paciente independiente en las actividades de la vida diaria. No realiza ningún tipo de ejercicio. Estilo de vida sedentario.

Después de la intervención: el paciente guarda reposo en cama. Al pasar los días deambula por el pasillo del hospital con ayuda de su mujer.

Escala de valoración: Barthel: Puntuación 100

Patrón V: Sueño/descanso

Antes de la intervención: El paciente refiere que duerme mal debido a la ansiedad por la operación, teniendo dificultad para conciliar el sueño y despertándose muy temprano. Durante el día se encuentra somnoliento y suele dormir la siesta.

Después de la intervención: Los primeros días se encuentra muy nervioso y apenas duerme. Nos comenta que no se acostumbra a la habitación del hospital.

Escala de valoración: Cuestionario de Oviedo del sueño: 37

Patrón VI: Cognitivo/perceptivo:

Antes de la intervención: No presenta dolor.

Después de la intervención: En ocasiones presenta dolor que cede con la analgesia.

Escala de valoración analógica del dolor (EVA): 5

Patrón VII: Autopercepción y autoconcepto:

El paciente refiere temor antes de la intervención.

Después de la intervención observamos al paciente decaído, sin ganas de colaborar en sus cuidados. Es su mujer la que se encarga de sus cuidados y la que solicita información acerca de la evolución de su marido y las posibles complicaciones.

Escala de valoración: Cribado ansiedad-depresión: Escala de Goldberg: 13

Patrón VIII: Función y relación:

Su cuidadora principal es su mujer con la que tiene una buena relación. No tienen hijos. Su mujer nos comenta que desde que presenta la enfermedad apenas se relaciona con nadie exceptuando su familia. Presenta una actitud decaída y apenas se relaciona con las enfermeras.

Patrón IX: Sexualidad/ reproducción: No valorable

Patrón X: Afrontamiento/tolerancia al estrés:

El paciente se encuentra estresado antes de la intervención debido a la incertidumbre de ésta.

Tras la intervención, le cuesta mucho adaptarse a la nueva situación. Se apoya en su mujer que está todo el día con él.

Patrón XI: Valores y creencias: No valorable

c. Diagnósticos de Enfermería

Diagnósticos establecidos al inicio

- 00146 *Ansiedad R/C la intervención y su situación posterior M/P nerviosismo, preocupación creciente, insomnio, temor.*
- 00046 *Deterioro de la integridad cutánea R/C humedad alrededor del estoma, factores mecánicos debidos a la cánula M/P alteración de la superficie de la piel*

- (00051) Deterioro de la comunicación verbal R/C barreras físicas por traqueostoma M/P no poder hablar
- 00039 Riesgo de aspiración R/C presencia de laringectomía y sonda nasogástrica

Diagnósticos que se añaden

- (00118) Trastorno de la imagen corporal R/C modificaciones del propio cuerpo debido al traqueostoma M/P respuesta no verbal a cambios corporales reales (traqueostoma)
- Riesgo de infección R/C complicación quirúrgica
- Problema de colaboración: Faringostoma asociado a intervención quirúrgica

**d. Fase de planificación: Objetivos (NOC) e indicadores,
Intervenciones (NIC) y actividades**

Diagnósticos establecidos al inicio

00146 Ansiedad R/C la intervención y su situación posterior M/P nerviosismo, preocupación creciente, insomnio, temor.

- ✓ *Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.*

-OBJETIVOS E INDICADORES (NOC)

▪ **1300 Aceptación: estado de salud**

- ✓ *Definición: Reconciliación con las circunstancias de salud.*

130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.	1		3	4	5
--	---	---	---	---	---

130007 Expresa sentimientos sobre su estado de salud.	1		3	4	
---	---	---	---	---	---

Escala: Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Extensa

Puntuación inicial



Puntuación diana:



▪ **1302 Superación de problemas**

- ✓ *Definición: acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.*

130217 Refiere disminución de los sentimientos negativos sobre su situación	1		3	4	
130208 Se adapta a los cambios en desarrollo.	1		3	4	

Escala: Manifestada: Nunca / Raramente / En ocasiones / Con frecuencia / Constantemente

-INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES (NIC)

▪ **5230 Aumentar el afrontamiento**

- ✓ *Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios, o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.*

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Escucha activa
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables
- Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.
- Instruir al paciente en técnicas de relajación

00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C humedad alrededor del estoma, factores mecánicos debidos a la cánula M/P alteración de la superficie de la piel

Definición: Alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

-OBJETIVOS E INDICADORES (NOC)

• **1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas**

Definición: indemnidad y función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas

110110	Ausencia de lesión tisular	1	2	3	4	5
110113	Piel intacta	1	2	3	4	5

Escala: Comprometida: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida

INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES (NIC)

▪ **(3660) Cuidados de las heridas**

✓ *Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.*

-Cura del estoma diariamente. Estas curas pueden repetirse varias veces al día si el paciente lo precisa, ya que las secreciones pueden irritar la piel y lesionarla.

-Una vez cambiada la cánula de plástico a una de plata (del número adecuado y sin fenestrar) ésta se cambiará todos los días. La cánula pequeña se limpiará tantas veces como sea necesario. La cánula se cambiará entre dos profesionales lo más rápido posible.¹⁶

-La piel alrededor de la piel debe de mantenerse limpia y seca, evitando las cremas.¹⁸

-Valorar los puntos de sutura, coincidiendo con el cambio de cánula.

🌈 Cambio de cánula

○ Precauciones:

-Los primeros cambios siempre los hará un profesional sanitario a ser posible con ayuda.

-Comprobar el nº y tipo de cánula que tiene el paciente. En nuestro caso, al ser laringectomía la cánula es más corta en comparación con las cánulas de traqueotomía y no están fenestradas.

-Preparar la cánula antes de empezar: Se introduce la cánula en un paño traqueal (la parte de plástico siempre hacia el exterior. Colocar el sistema de sujeción de la cánula pasándola a través de los orificios laterales de la cánula.

-Colocar al paciente en posición semifowler.

o Materiales

-Guantes

-Gasas estériles

-Suero fisiológico

-Lubricante

-Clorhexidina

-Cánula de laringectomía ya montada (paño traqueal y sistema de sujeción), del nº adecuado. Tener cerca de un nº inferior.

-Sistema y material de aspiración.

o Procedimiento

-Explicarle el procedimiento al paciente para disminuir su ansiedad y que colabore.

-Preparación de todo el material necesario

- Higiene de manos y técnica aséptica

-Retirada de cánula.

-Limpieza del estoma con suero fisiológico, clorhexidina y gasas estériles. La limpieza debe de realizarse de dentro a fuera y siempre utilizando una gasa diferente en cada zona para evitar contaminar la herida.

-Secar la zona para evitar la maceración de la piel periestomal por exceso de humedad.

-Introducir la cánula con un movimiento curvado hacia arriba y dentro del traqueostoma con suavidad. Si aparece dificultad se aplicará vaselina en la punta de la cánula y si aún persiste el problema se utilizará el fiador como guía.

-Asegurar la correcta fijación de la cánula alrededor del cuello asegurando que la sujeción no comprime ni queda demasiado floja.

-Se pondrán gasas estériles alrededor de la placa de la cánula para evitar que lesione la piel mientras exista material de sutura.

(00051) Deterioro de la comunicación verbal R/C barreras físicas por traqueostoma M/P no poder hablar

Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

-OBJETIVOS E INDICADORES (NOC)

▪ **(0902) Comunicación:**

Definición: capacidad para recibir e interpretar los mensajes verbales y/o no verbal

090301 Utiliza el lenguaje escrito		2	3	4	
090307 Utiliza el lenguaje no verbal	1	2		4	

Escala: Comprometida: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida

-INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES

▪ **(4976) Mejorar la comunicación: déficit de habla**

- ✓ *Definición: Ayuda en la aceptación y aprendizaje de los métodos alternativos para vivir con trastornos del habla.*

-Dar órdenes simples.

-Escucha activa

-Abstenerse de gritar o bajar la voz.

-Enseñarle el habla esofágica, en presencia del logopeda.

-Valorar la conducta no verbal, expresión facial, lenguaje corporal, posturas, gestos.

-Dar información acerca de las asociaciones de enfermos laringectomizados, ya que favorece el contacto de personas con un problema común y ofrece estímulos y motivación para una rehabilitación.

-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.
- Utilizar un lenguaje familiar.

00039 Riesgo de aspiración R/C presencia de laringectomía y sonda nasogástrica.

- ✓ *Definición: Riesgo de que penetre en el árbol traqueobronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas o sólidos o líquidos.*

-OBJETIVOS E INDICADORES (NOC)

▪ **0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias**

- ✓ *Definición: grado en que las vías traqueobronquiales permanecen permeables*

041006 Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias	1		3	4	⑤
041003 Ausencia de asfixia	1	2		4	⑤

Escala: Comprometido: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometido

-INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES

▪ **3200 Precauciones para evitar la aspiración**

- ✓ *Definición: Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración.*

- Mantener vías aéreas permeables mediante la aspiración de secreciones mediante la cánula de laringectomía. La aspiración es muy importante ya que disminuye el riesgo conducir a una ventilación inadecuada. Se debe realizar según la necesidad del paciente ya que es un procedimiento invasivo y puede provocar hemorragias, infección, etc. Debe de realizarse ante la presencia de secreciones abundantes que impidan la correcta ventilación. Al ser una técnica invasiva debe de realizarse de la forma más aséptica posible. Será realizada por el profesional de enfermería con experiencia, habilidad y conocimiento de los posibles riesgos. Las sondas de succión deben de tener un tamaño adecuado, “no debe ocluir más de la mitad del diámetro interno de la vía aérea artificial para evitar presiones negativas en las vías respiratorias”. En cuanto a la presión para la

aspiración normalmente es de 80-120 mmHg. No se debe de estar mucho tiempo aspirando ya que esto puede provocar reacciones vasovagales (bradiarritmias o hipotensión).¹⁶

-Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible.

- Mantener equipo de aspiración disponible.

- Mantener elevado el cabecero de la cama, después de la alimentación, de 30 a 45 minutos.

-Utilización del humidificador para ayudar a fluidificar las secreciones. Tras una laringectomía total, el paciente tiene que respirar a través de un traqueostoma, quedando el tracto respiratorio inferior y superior totalmente desconectados. Esto hace que exista mayor irritación y sequedad de las mucosas con un aumento de la producción de secreciones y de tos y una excesiva producción de esputo. Estos síntomas están agravados durante el primer año tras la intervención. Esto, junto con la pérdida de voz y el traqueostoma disminuye la calidad de vida del paciente. Para mejorar estos síntomas, se recomienda el uso del humidificador cuyo función principales es el intercambio de calor y humedad consiguiendo así reemplazar la función fisiológica correspondiente al tracto respiratorio superior. Además, es el responsable de filtrar las partículas del aire. Según el artículo 18 textualmente “Varios estudios han demostrado sus efectos positivos, disminuyendo la tos, la expectoración, la limpieza del estoma, favoreciendo la rehabilitación pulmonar y mejorando la calidad de vida de los pacientes”.¹⁷

Diagnósticos que se añaden

PC: Faringostoma asociado a la intervención quirúrgica

-OBJETIVOS E INDICADORES (NOC)

▪ Resolución del faringostoma

Ausencia de secreción		2	3	4	5
Cierre de la fístula		2	3	4	5

- INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES (NIC)

▪ Cuidados del faringostoma

-En las primeras 48h se recomendará al paciente que no trague ni escupa saliva.

- Nutrición Enteral hasta que se resuelva la fístula.
- Cura diaria con Povidona Yodada diluida y vendaje compresivo.
- Colocación de un drenaje tipo Vessel Loop para evitar que la fístula se cierre en falso.

(00004) Riesgo de infección R/C complicación quirúrgica

- ✓ *Definición: Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.*

-OBJETIVOS E INDICADORES (NOC)

▪ **1102 Curación de la herida: por primera intención**

Definición: magnitud a la que las células y los tejidos se regeneran tras un cierre intencionado.

110202	Resolución de la supuración purulenta		2	3	4	⑤
110203	Resolución de las secreción serosa de la herida	1		3	4	⑤
110208	Resolución del eritema cutáneo circundante	1		3	4	⑤

Escala: Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Completa

-INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES (NIC)

▪ **(3660) Cuidados de las heridas**

- ✓ *Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.*

- Observaremos si existe enrojecimiento, calor extremo o si la herida drena en la piel y membranas mucosas.
- Administración de antibioterapia
- Administración de antiséptico (Povidona Yodada)
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente.
- Cura diaria y cambio de apósitos.
- Mantener un ambiente aséptico

(00118) Trastorno de la imagen corporal R/C modificaciones del propio cuerpo debido al traqueostoma M/P respuesta no verbal a cambios corporales reales (traqueostoma)

✓ *Definición: Confusión con la imagen mental del yo físico.*

-OBJETIVOS E INDICADORES (NOC)

▪ **(1200) Imagen corporal**

120005 Satisfacción con el aspecto corporal	1		3	4	⑤
130201 Identifica patrones de superación eficaces	1		3	4	⑤

Escala: Nunca positivo/ Raramente positivo/ A veces positivo/ Frecuentemente positivo/ Siempre positivo

-INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES

▪ **5240 Asesoramiento**

✓ *Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.*

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades. Ya que una de las consecuencias de la laringectomía es la pérdida de voz, pondremos al paciente en contacto con el logopeda para comenzar con la enseñanza del habla esofágica.
- Reforzar nuevas habilidades
- Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes, y reforzarlos.

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
<i>(00046) Deterioro de la integridad cutánea R/C humedad alrededor del estoma, factores mecánicos debidos a la cánula M/P alteración de la superficie de la piel</i>	<u>(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas</u> (110110) Ausencia de lesión tisular (110113) Piel intacta	<u>(3660) Cuidados de las heridas</u>
<i>(00051) Deterioro de la comunicación verbal R/C barreras físicas por traqueostoma M/P no poder hablar</i>	<u>(0902) Comunicación:</u> (090301) Utiliza el lenguaje escrito (090307) Utiliza el lenguaje no verbal	<u>(4976) Mejorar la comunicación: déficit de habla</u>
<i>(00146) Ansiedad R/C la intervención y su situación posterior M/P nerviosismo, preocupación creciente, insomnio, temor.</i>	<u>(1300) Aceptación: estado de salud</u> <u>(1302) Superación de problemas</u>	<u>(5230) Aumentar el afrontamiento</u>
<i>(00039) Riesgo de aspiración R/C presencia de laringectomía y sonda nasogástrica.</i>	<u>(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias</u> (041006) Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias (041003) Ausencia de asfixia	<u>(3200) Precauciones para evitar la aspiración</u>
<i>PC: Faringostoma asociado a complicación quirúrgica</i>	<u>Resolución del faringostoma</u> -Ausencia de secreción -Cierre de la fístula	<u>Cuidados del faringostoma</u>

<i>(00004) Riesgo de infección R/C complicación quirúrgica</i>	<u>1102 Curación de la herida: por primera intención</u> (110202) Resolución de la supuración purulenta (110203) Resolución de las secreción serosa de la herida (110208) Resolución del eritema cutáneo circundante	<u>(3660) Cuidados de las heridas</u>
<i>(00118) Trastorno de la imagen corporal R/C modificaciones del propio cuerpo debido al traqueostoma M/P respuesta no verbal a cambios corporales reales (traqueostoma)</i>	<u>(1200) Imagen corporal</u> (120005) Satisfacción con el aspecto corporal (130201) Identifica patrones de superación eficaces	<u>5240 Asesoramiento</u>

e. Fase de ejecución

Tras la intervención, el paciente ingresa en UCI durante 24h. Porta dos drenajes con débito sanguinolento, con vía central de dos luces, vía periférica y vía arterial. Sonda nasogástrica a descarga, sonda vesical y traqueotomía conectado al respirador. Se realiza perfusión de Ultiva y analgesia. Se encuentra hemodinamicamente estable y despierto. Tras buena evolución, se traslada a la planta con cánula de plástico.

Semana 1.

Durante la primera semana de ingreso, el paciente porta cánula de plástico que es cambiada por una cánula de plata nº8 sin fenestrar al 3º día de la intervención. Se cura herida quirúrgica con SF y clorhexidina. La herida presenta leve cianosis en lado izquierdo y traqueostoma en buen estado. También se retiran los drenajes al 3º día.

En cuanto a la nutrición, se inicia Nutrición Enteral (NE) hiperproteica debido desnutrición de predominio proteico, 1000ml diarios a perfusión continua a 42ml/h. Al observar buena tolerancia, se aumenta a 1500ml diarios a un ritmo de 62ml/h.

Al 4º día de la intervención se retira sonda vesical tras diuresis espontánea.

Utilización del humidificador para fluidificar secreciones. Se realizan aspirado de secreciones siempre que el paciente lo precise.

El paciente apenas se comunica y no utiliza el lenguaje escrito. Su mujer nos comenta que lo ve muy deprimido. Además, el paciente no duerme bien, se despierta a mitad de la noche y no logra conciliar el sueño. Durante el día se encuentra muy somnoliento y sin ganas de pasear.

Visita de psiquiatría para tratar síndrome depresivo e insomnio, y pauta Citalopram y Valium.

Semana 2.

El paciente presenta salida de aspecto purulento a través de la incisión a 2 cm del lado derecho del traqueostoma. Se percibe faringostoma, por lo que se le advierte al paciente que no trague saliva. Se lava con SF y se realiza vendaje compresivo. Al día siguiente, sale abundante líquido seropurulento y posible presencia de saliva. Se lava por dentro con agua oxigenada y suero. Se coloca en el trayecto cánula de aspiración y se aspira después de cada lavado. Se toman cultivos para analizar. Es necesario cura y cambio de apósitos y vendaje en varias ocasiones (sin cambio de cánula). El otorrino pauta antibióticos para tratar la infección.

Al décimo día se retiran casi todas las grapas dejando alrededor el punto de drenaje.

Sigue drenando mucha cantidad de pus amarillento (más de 20 cc.). Se coloca drenaje tipo Penrose para evitar que estas secreciones se acumulen, con un vendaje compresivo encima del Penrose. A los dos días, vendaje menos húmedo que otros días pero se observa otro punto de salida. Si la secreción no se reduce en 7-8 días se valorará para cierre quirúrgico.

Tras buena tolerancia, se cambia la nutrición a caída libre, 500 ml tres veces al día, lavando SNG con 150ml de agua en cada toma. Se suspende suero fisiológico.

Presenta edema en MMII. Por lo que se pauta furosemida y se suspende suero fisiológico. Al cabo de los días el edema desaparece, por lo que se suspende la furosemida.

El paciente continúa deprimido, solo pasea cuando tiene que ir a la sala de cura. Sigue sin utilizar el lenguaje escrito. Duerme mejor.

Semana 3.

Faringostoma externo activo a nivel bajo derecho de la incisión saliendo saliva espesa a la compresión. Se limpia con Povidona Yodada (Betadine) diluida y vendaje compresivo. La piel periestomal está algo macerada: cura con Blastoestimulina.

El paciente refiere pesadez postprandial, con náuseas, sin vómitos tras la infusión de 250 ml del soporte nutricional por lo que se decide cambiar a dieta hiperproteica sin fibra que tolera mejor.

El paciente parece que se encuentra más animado. Pasea con su mujer por la planta y utiliza el lenguaje no verbal para comunicarse.

Semana 4

Sigue saliendo mucha saliva por el orificio a 2 cm del traqueostoma. Se lava con Povidona Yodada diluida y se coloca un drenaje Vessel Loop para que se mantenga abierto. Se sigue con el vendaje compresivo.

A los 3 días, sale saliva purulenta abundante por el agujero de la fístula que se había cerrado en falso, se reabre y se limpia con Betadine diluido.

5º Semana

Misma evolución del faringostoma. Al final de la semana parece que sale menos cantidad. Se continúa con drenaje Vessel Loop, vendaje compresivo y cura con Betadine diluido.

6º Semana

Vendaje poco manchado y a la compresión apenas sale pus. Se sigue con Betadine diluida.

A los dos días, no sale ni saliva ni pus a la compresión de la fístula. Se retira el drenaje Vessel Loop y solo se curará con Betadine diluido días alternos. Vendaje compresivo.

Si sigue sin drenar, se valorará inicio de tolerancia.

Se cambia nutrición hiperproteica por normocalórica y normoproteica que tolera bien.

Semana 7

Sigue sin drenar nada.

Eritema de piel periostomal, se aplica Celestoderm. La piel tiene mejor aspecto y se aplica pomada corticoidea.

Se prueba ingesta de yogurt sin incidentes, lo que anima mucho al paciente. Al día siguiente sale un “pompa” en el lado izquierdo central, por lo que se suspende ingesta oral.

Paciente más animado ya que el fin de semana se va a su casa. Comienza a utilizar el lenguaje escrito. EPS sobre cómo debe de utilizar el soporte nutricional. Se queda al cargo su mujer.

Semana 8

El paciente vuelve de alta voluntaria de fin de semana. El microabsceso se comunica con faringostoma con drenaje muy escaso. Se sigue con pomada Celestoderm. Vendaje con compresión media.

A los días, sigue drenando una gota que parece nutrición de forma clara.

Al final de la semana, no drena nada por lo que se le da un yogurt y no hay salida de alimentos. Se deja el cuello sin vendaje. Sigue tolerando bien. Se da alta voluntaria de fin de semana. Se comunica al paciente que si vuelve a drenar deje de tomar el yogurt.

Semana 9

Evolución favorable. Drena por faringostoma una pequeña cantidad de saliva. Se decide dar el alta hospitalaria. El paciente deberá ir a revisión periódicamente.

Mantendrá el soporte nutricional por sonda enteral debido a la contraindicación de dieta oral. Tanto el paciente como su cuidadora manejan perfectamente el cambio de nutrición y el lavado de la sonda debido a la EPS que se ha ido proporcionado en las tres últimas semanas de ingreso.

EPS al alta de los cuidados que debe llevar a cabo^{22,23}

La laringectomía total es una de las cirugías que provoca un cambio radical en la vida del paciente, no solo por la pérdida de la voz, si no por las modificaciones que debe llevar a cabo con su estilo y hábitos de vida. El personal Sanitario debemos de tener en

cuentas todas estas modificaciones para proporcionar unos cuidados de calidad teniendo en cuenta a la familia y el entorno del paciente.

La educación sanitaria durante la hospitalización no siempre es suficiente, y el paciente puede presentar muchas dudas con respecto a los cuidados que debe de llevar a cabo.

El proceso comienza con la elaboración de un plan de alta de enfermería que integre piezas fundamentales para la prevención de reingresos y de posibles complicaciones. Requiere la colaboración y coordinación de otros profesionales sanitarios y no sanitarios para proporcionar unos cuidados de calidad y garantizando su continuidad.

Los aspectos más importantes de los autocuidados que debe de realizar el paciente son:

- Cuidados del traqueostoma
- Mantenimiento de la cánula
- Aspectos nutricionales
- Consejos para su reincorporación a la vida diaria

f. Fase de evaluación

Tras nueve semanas de ingreso en la planta, procedemos a evaluar si al alta el plan de cuidados se ha cumplido.

Puntuación inicial: 

Puntuación final:

• 1300 Aceptación: estado de salud

130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.	1		3	4	5
130007 Expresa sentimientos sobre su estado de salud.	1		3	4	5

Escala: Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Extensa

- **1302 Superación de problemas**

130217 Refiere disminución de los sentimientos negativos sobre su situación	1		3	4	5
130208 Se adapta a los cambios en desarrollo.	1		3	4	5

Escala: Manifestada: Nunca / Raramente / En ocasiones / Con frecuencia / Constantemente

Tras el alta, el paciente es capaz de realizar los cuidados de la traqueostomía y la sonda nasogástrica con apoyo de su mujer. Hemos ido viendo su evolución en la implicación de sus autocuidados y como los sentimientos negativos de la nueva situación han ido aminorando.

- **1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas**

110110 Ausencia de lesión tisular	1		3	4	5
110113 Piel intacta	1		3	4	5

Escala: Comprometida: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida

Tras la realización de las intervenciones para la prevención de lesión alrededor del estoma se ha conseguido mantener un estado de la integridad de la piel alrededor del estoma óptimo. Tras el alta hospitalaria, el paciente deberá seguir con los cuidados de la piel diariamente en el momento del cambio de la cánula.

- **(0902) Capacidad de comunicación**

Definición: capacidad para recibir e interpretar los mensajes verbales y/o no verbal

090301 Utiliza el lenguaje escrito		2	3	4	5
090307 Utiliza el lenguaje no verbal	1	2		4	5

Escala: Comprometida: Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida

Al comienzo, el paciente no se mostraba colaborador ni comunicativo, con sentimientos negativos sobre su situación. Día tras día hemos podido ver su mejoraría en la capacidad de comunicación, utilizando tanto el lenguaje no verbal como el lenguaje escrito. La consecución de este objetivo al apoyo proporcionado por la mujer del paciente.

- **0410 Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias**

✓ *Definición: grado en que las vías traqueobronquiales permanecen permeables*

041006 Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias	1		3	4	5
041003 Ausencia de asfixia	1	2		4	5

Objetivo conseguido gracias a las actividades llevadas a cabo: presencia de un humidificador en la habitación del paciente, aspiración de secreciones siempre que han sido necesarias y los cuidados de la cánula diarios.

- **Resolución del faringostoma**

Ausencia de secreción	1 	2	3	4	5
Cierre de la fístula	1 	2	3	4	5

Nuestro Plan de Cuidados se ha centrado mayoritariamente en este objetivo debido a la presencia de una complicación: presencia de faringostoma. Debido a esta complicación la estancia del paciente en la planta se ha incrementado considerablemente. Hemos realizado cuidados de la fístula todos los días consiguiendo casi al completo nuestros objetivos. El paciente se va de alta aún con secreción salival pero mínima.

- **1102 Curación de la herida: por primera intención**

110202 Resolución de la supuración purulenta	1	2		4	5
110203 Resolución de las secreción serosa de la herida	1		3	4	5

110208 Resolución del eritema cutáneo circundante	1		3	4	5
---	---	---	---	---	--------------

Escala: Ninguna / Escasa / Moderada / Sustancial / Completa

Con respecto al diagnóstico de riesgo de infección tras la aparición de faringostoma se convierte en un diagnóstico de real. Por lo tanto se llevan a cabo las intervenciones pertinentes para resolverlo. Al alta, el diagnóstico está resuelto no existiendo secreción purulenta y sin signos de infección.

▪ **(1200) Imagen corporal**

120005 Satisfacción con el aspecto corporal	1		3	4	5
130201 Identifica patrones de superación eficaces	1		3	4	5

5. CONCLUSIONES

1. El Cáncer de Laringe es el cáncer más frecuente en otorrinolaringología y la segunda causa de muerte de la especialidad, correspondiendo al 2% de los tumores del organismo. Sin embargo su incidencia ha aumentado en los últimos años, así como también su frecuencia en mujeres, siendo el hombre el sexo más afectado. El factor de riesgo más importante es el tabaco, seguido por el alcohol; y asociándose también a mala higiene bucal, factores ocupacionales, virosis, factores genéticos, deficiencias nutricionales, procesos inflamatorios crónicos de la vía aérea-digestiva, entre otros.
2. Una de las complicaciones más frecuentes en una laringectomía total es la fístula faringocutánea. Durante la hospitalización, casi la totalidad de los cuidados de enfermería están dirigidos a la prevención de esta complicación, ya que debido a ella se incrementa el número de días de hospitalización y el riesgo que esto conlleva. Por lo tanto, el profesional de Enfermería debe de tener los conocimientos y las habilidades necesarias para realizar los cuidados con una evidencia científica y de una forma estandarizada.
3. La consecuencia más drástica de una laringectomía total es la pérdida total de la voz debido a la extirpación de las cuerdas vocales (órgano fonatorio). El paciente tiene que adaptarse a una nueva forma de comunicación totalmente diferente que implica un gran esfuerzo de aprendizaje y adaptación. Es necesario el establecimiento de una relación terapéutica y una comunicación eficaz en pacientes laringectomizados para poder desarrollar habilidades y actitudes de Enfermería necesarias para una calidad de los cuidados integrales.
4. El papel de Enfermería en la recuperación postoperatoria de una laringectomía total es imprescindible y vital, abarcando un amplio campo de actuación en los cuidados integrales de estos pacientes. Cabe destacar la importancia de la educación para la salud tanto al paciente como a su familia en los autocuidados que deberá seguir durante toda su vida. A la hora del alta hospitalaria, el paciente se muestra intranquilo, con miedo y desconfía de sus propias habilidades para seguir con los cuidados hasta ahora proporcionados por el profesional sanitario. La información al paciente y la familia es primordial para acelerar la recuperación, de manera que el paciente en su domicilio tenga las suficientes armas para la adaptación a su nueva situación y reincorporación a la vida diaria

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Gallegos-Hernández JF. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. Cirugía y Cirujanos 2006; 74 (4):287-293. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc064m.pdf>
2. Cancer.org [Página de Internet]. USA: American Cancer Society; 2014c. Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002300-pdf.pdf>
3. Paré CA, Paré KE, Roa B, Tagle JF, Chamorro P. Cáncer de laringe: Revisión. Rev Postgrado de la Cátedra de Medicina 2009;192. Disponible en:
http://med.unne.edu.ar/revista/revista192/5_192.pdf
4. Sociedad Española de Oncología Médica, S. Las cifras del cáncer en España 2014. 2014. Disponible en:
http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf
5. Galceran J, Ameijide A, Carulla M, Mateos A, Quirós J, Alemán A. Estimaciones de la incidencia y supervivencia del cáncer en España y su situación en Europa.Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) 2014
6. Perez Honore, JE. Neoplasias Laríngeas Malignas. Otorrinolaringología. 2014: 129-139. Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/libros/medicina/cirugia/Tomo_V/archivos%20PDF/11Neoplasias.pdf
7. Miranda N, Labrín LC. Cáncer de Laringe. Rev Méd Clín Condes 2003;14(2):79-87. Disponible en:
http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2003/2%20abril/CancerLaringe-3.pdf
8. Barbón J, Barbón C, Mondino M. Cáncer de laringe. 2007. Disponible en:
<http://www.montpellier.com.ar/separatas/121.pdf>
9. Abellán, María de los Ángeles Marín. Perder la voz tras un cáncer de laringe. Tonos digital: Revista electrónica de estudios filológicos 2013(24):1-16. Disponible en:
http://www.um.es/tonosdigital/znum24/secciones/monotonos-perder_la_voz_tras_un_cancer_de_laringe.htm
10. Bernal Pérez, F. La comunicación: herramienta fundamental en la calidad de la atención integral a los pacientes laringectomizados. Civer revista. 2013 Sep; N° 33 en: Cuiden.

- Disponible en:
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre2013/pagina6.html>
11. Alipa.es [Página de Internet] Almería: Atos Medical; c2012. Disponible en:
[http://www.alipa.es/files/La%20vida%20de%20un%20Laringectomizado%20\(ATOS%20MEDICAL\).pdf](http://www.alipa.es/files/La%20vida%20de%20un%20Laringectomizado%20(ATOS%20MEDICAL).pdf)
 12. Santana ME; Sawada N. Fístula faringocutánea posterior a la laringectomía total: revisión sistemática. Rev Latino-am Enfermagem. 2008 Ago; 16(4). En: CSIS. Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/17003>
 13. Fernández-Prada, M; Palomeque-Vera, J; Gómez Hervás, J; Guillén Solvas, J; Sainz Quevedo, M; Revelles Suárez, H. Incidencia, estancia hospitalaria y factores de riesgo asociados a la aparición de fístula faringocutánea postlaringectomía. Acta Otorrinolaringológica Española. 2013 Ago; 65(1). En: CSIS. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espaola-102-articulo-incidencia-estancia-hospitalaria-factores-riesgo-90265681?referer=buscador>
 14. Binelfa, L; Montano, A; Fístula faringo-cutánea. Análisis de 40 laringectomías. Rev. Cubana Oncología. 2001 Feb; 17(2): 95-100. En: CSIS. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol17_2_01/Onc05201.pdf
 15. Hernández AJR. Revisión bibliográfica sobre los beneficios del soporte nutricional enteral en pacientes laringectomizados. ENE, Revista de Enfermería 2012; 2 (3). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/175/158>
 16. Florez Almonacid, C; Romero Bravo,A; Cuidado de pacientes con cánula de traqueostomía. Manual de protocolos y procedimientos de Enfermería. Córdoba: Hospital Universitario Virgen del Rocío; 2012. p.134-138. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d5_cuidados_pacientes_canula_traqueostomia.pdf
 17. Pedemonte-Sarrias G, Villatoro-Sologaistoa JC, Ale-Inostroza P, López-Vilas M, León-Vintró X, Quer-Agustí M. Adherencia crónica al humidificador de traqueostoma en pacientes laringectomizados. Acta Otorrinolaringológica Española 2013; 64 (4):247-252. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espaola-102-articulo-adherencia-cronica-al-humidificador-traqueostoma-90208874?referer=buscador>

18. T.Heather Herdman. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación (NANDA). 2012-2014. Madrid: Elsevier España S.L.;2013
19. Johnson M, Bulechek G, McCloskey Dochterman J, MaSue Moorhead M. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC, y NIC. Madrid: Elsevier España S.L; 2004.
20. McCloskey Dochterman J, M. Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier España S.L.; 2007
21. Juntadeandalucia.es [Página de Internet].Andalucía. c2014. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_nnovacion5
22. Estellés Ferriol, E; Ferrer Ramírez, Mj; Guallart Doménech, F; Carrasco Llatas, M. Calidad de vida en pacientes tratados quirúrgicamente por cáncer de laringe. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. EVES. Valencia, 2005. Disponible en: http://www.eves.san.gva.es/c/document_library/get_file?uuid=afe6df8d-c2eb-4ce5-bbe7-8bb388bff791&groupId=10128
23. Giralt Aguasca, I; Pérez Bernal, F; Navarrete Claudel, E; Rozalén Cubel, Y; Ramos Gil, C. Recomendaciones de Enfermería en pacientes laringectomizados radicales. Servicio de Cirugía Maxilo-facial, Cirugía plástica y Oral. Hospital de Bellvitge. Servicio Catalán de la Salud (ICS). Hospitalet de Llobregat.2015; (43). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2015/pagina11.html>
24. Poza Artés CM, Ruiz Magañas E, Ramos Bosquet G, Ramos Sánchez R, Maldonado Martín I, Martínez Ocaña A. Programa de educación al paciente traqueotomizado. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0304.pdf>

ANEXO I



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
GRADO EN ENFERMERÍA
Trabajo fin de grado

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE LARINGECTOMIZADO

Celia Martínez Alcaraz

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Población diana: Población general con trastornos depresivos. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Durante el último mes

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy insatisfecho
2	Bastante insatisfecho
③	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para?

		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	④	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	③	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	③	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	②	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	②	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
③	31-45 minutos
4	46-60 minutos
5	más de 60 minutos

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
②	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a... (Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- ④) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
③	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? __5__ ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? __8__

1	91-100%
2	81-90%
③	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
②	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
②	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento sociolaboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
③	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido) ...?
(Información clínica)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	①	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	①	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	②	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	③	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica)

a	Ningún día
b	1-2 días/semana
④	3 días/semana
d	4-5 días/semana
e	6-7 día/semana

CATEGORIAS	ÍTEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	3
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	27

Hipersomnio	Ítems 2-5, 8, 9	7
PUNTUACIÓN TOTAL		37

CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION – ESCALA DE GOLDBERG –

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión.

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	Si	1
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	Si	1
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	Si	1
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse	Si	1
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		4
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	Si	1
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	No	0
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	No	0
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	Si	1
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	Si	1
PUNTUACIÓN TOTAL		7
SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?	Si	1
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	Si	1
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	Si	1

¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	Si	1
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		4
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	Si	1
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	No	0
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	Si	1
¿Se ha sentido usted enlentecido?	No	0
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	No	0
PUNTUACIÓN TOTAL		6
PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)		13

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo Likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo

0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona
---	-------------	--

Lavarse – bañarse –

⑤	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

⑩	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

⑩	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa –

⑩	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

⑩	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
---	---------------	---

5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha						
Puntuación Total	100					

