

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA



Trabajo de Fin de Grado en Enfermería

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: CUIDADOS  
TRAQUEOSTOMIA.

Autor/a: BEATRIZ FERNÁNDEZ SARDINERO  
Tutor/a: DÁMASO RODRIGUEZ  
Convocatoria: JUNIO

## ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	3
2.	INTRODUCCIÓN.....	4
3.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	6
3.1.	DEFINICIÓN OSTOMÍAS. TIPOS.....	6
3.2.	HISTORIA DE LA TRAQUEOSTOMIA: .....	8
3.3.	EPIDEMIOLOGIA .....	9
3.4.	PARTES QUE FORMAN LA TRAQUEOSTOMIA: .....	11
3.4.1.	DIFERENCIA CÁNULA FENESTRADA Y SIN FENESTRAR:.....	12
3.4.2.	CLASIFICACIÓN TRAQUEOSTOMIAS.....	12
3.5.	INDICACIONES: .....	14
3.6.	COMPLICACIONES:.....	16
3.7.	CUIDADOS ENFERMERIA EN EL HOSPITAL TRAS LA TRAQUEO .....	19
3.8.	TÉCNICAS DE REALIZACIÓN: TRAQUEOSTOMIA.....	27
4.	DESARROLLO DEL TRABAJO .....	29
4.1.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
4.2.	PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN .....	29
4.3.	HIPÓPTESIS.....	30
4.4.	VARIABLES.....	30
4.5.	OBJETIVOS.....	31
4.6.	METODOLOGÍA.....	31
4.7.	PLAN DE ACTUACIÓN.....	33
4.8.	RESULTADOS .....	34
5.	CONCLUSIÓN.....	38
6.	REFERENCIA ANTROPOLÓGICA.....	39
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	41
8.	ANEXOS.....	44
	ANEXO 1: CUESTIONARIO ENFERMERAS.....	44
	ANEXO 2 CUESTIONARIO PACIENTES.....	45
	ANEXO 3 CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN A PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS.....	46
	ANEXO 4 DOCUMENTO DIRIGIDO A LA SUPERVISIÓN DEL HOSPITAL INFANTA LEONOR .....	47
	ANEXO 5 GUIA DE CUIDADOS PARA PACIENTES PORTADORES DE TRAQUEOSTOMIA .....	48

## 1. RESUMEN

La traqueotomía es un procedimiento que año tras año ha ido consiguiendo solidez, y se realiza con mayor frecuencia en los hospitales.

El objetivo de la presentación de este trabajo es realizar un estudio valorando la continuidad de los cuidados del paciente traqueostomizado tras el alta hospitalaria.

La presente investigación que realizo es de tipo cualitativo (la cual explicaré más adelante con más detenimiento).

Al ser un estudio de tipo cualitativo requiere dedicación por parte del investigador, también es necesario una recogida de datos de interés y análisis de los mismos.

Los datos se van a recoger realizando un cuestionario con preguntas abiertas, el cual se distribuirá a pacientes traqueostomizados dados de alta hospitalaria y pertenecientes a una asociación de larigectomizados llamada ARMAREL; Por otro lado, se pasará otro cuestionario a enfermeras del área de cirugía general del Hospital Infanta Leonor.

Tras esta investigación se pretende conseguir unos resultados fiables, analizando las respuestas de cada uno de los miembros de interés para el proyecto (pacientes-enfermeros). De esta manera dispondremos de conclusiones fiables, verdaderas, que ayudarán a la mejora de los cuidados enfermeros.

Por lo tanto, en este proyecto se pretende reflejar la realidad y actualidad de cómo interactúan los centros hospitalarios con los pacientes traqueostomizados, una vez que se van a ir de alta hospitalaria. Es decir, si reciben la información necesaria, educación para la salud, consejos para la vida cotidiana, seguimiento de los cuidados...para conseguir un dominio y manejo domiciliario.

**Palabras claves:** Traqueostomia. Traqueostomizados. Cuidados enfermeros.

## 2. INTRODUCCIÓN

Los pacientes traqueostomizados son personas que experimentan diferentes emociones, todas ellas relacionadas con el impacto que supone el diagnóstico y el procedimiento en sí. Por ello es importante brindarles un cuidado holístico y focalizado a cada persona de manera individualizada a cada caso debido a que en cada uno se experimenta de manera distinta tanto el dolor, el impacto de la enfermedad, la capacidad para manejarse, los conocimientos y consejos recibidos para realizar en casa...

Para la realización eficaz de este cuidado en el domicilio, es importante ofrecer toda la información y consejos necesarios para su manejo domiciliario, de manera autónoma.

Para ello se debe de brindar:

- **Apoyo psicológico:** Es fundamental recibir este tipo de apoyo, para aceptar tanto el diagnóstico como el procedimiento que se le tiene que realizar. La inmensa mayoría de estos pacientes presenta temor e incertidumbre ante esta nueva situación. El paciente pasa por numerosas fases de miedo, negación, depresión, hasta llegar finalmente a la aceptación.
- **Apoyo moral:** Deben de recibir este tipo de apoyo tanto por parte del personal sanitario (en este caso enfermeros, puesto que son los que se encargan de un trato directo con el paciente), y por parte de los familiares. De esta manera intentaremos aumentar el estado de ánimo que es elemental para el proceso de recuperación. Ya que numerosos estudios demostraron que el estado de ánimo óptimo influye de manera beneficiosa en el proceso de recuperación.
- **Apoyo físico:** La inmensa mayoría de los pacientes traqueostomizados presentan desconocimiento sobre cómo deben curarse el estoma cuando se encuentran en el domicilio, que hábitos de vida deben de llevar a cabo, que restricciones o prohibiciones deben tener en cuanto a la alimentación, que precauciones deben de tener en el momento de realizar su higiene, si pueden realizar ejercicio físico, mantener relaciones sexuales, tipo de vestimenta a utilizar alrededor del cuello...

La finalidad de este proyecto es conocer si existe falta de información por parte de las enfermeras hacia los pacientes traqueostomizados sobre los cuidados a realizar en el domicilio; y de esta manera tomar las medidas oportunas para conseguir que los pacientes obtengan toda la información y consejos, puesto que existe cierto déficit de educación y consejos a realizar.

El contexto de estudio se realiza en la Comunidad de Madrid en 2015, dirigido especialmente a enfermeras del Hospital Público Infanta Leonor ejerciendo en el área de cirugía general; y a pacientes portadores de una traqueotomía, que pertenecen a la asociación madrileña de laringectomizados ARMAREL; ubicada su sede central en Leganés.

Los pacientes que se someten al procedimiento de la traqueotomía, suelen sentir diversas emociones, principalmente incertidumbre debido a que ven amenazada su calidad de vida.

Numerosos pacientes sometidos a este procedimiento requieren y demandan tanto ayuda psicológica, como ayuda física para la realización de los cuidados.

Por ello la educación para la salud en este aspecto, tiene un papel esencial para ayudar al paciente a conocer sus limitaciones y marcarse una serie de objetivos.

Para concluir, este proyecto de investigación ha sido elaborado para concienciar y dar a conocer este tema que considero de especial importancia para la vida de los traqueostomizados, y del cual no hay la suficiente información, ya que he podido comprobar que cuando salen del hospital se encuentran con escasos conocimientos para manejarse de manera autónoma; lo que les sugiere y ocasiona temor y angustia añadida.

### 3. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

#### 3.1. DEFINICIÓN OSTOMÍAS. TIPOS

El principal tema a abordar en este trabajo son las traqueostomias. Para ello voy a comenzar definiendo ostomia. Las ostomias se consideran intervenciones que permiten comunicar una víscera con el exterior. Pueden ser de diferentes tipos dependiendo de la víscera que se trate, las clasificamos en:

- Digestivas
- Urinarias
- Respiratorias, las cuales se realizan con menor frecuencia.

En el trabajo me he centrado en las ostomias de tipo respiratorio, especialmente las traqueostomias. A continuación expongo los diferentes tipos de estomas respiratorios:

- Traqueotomía → Intervención quirúrgica en la cual se realiza una incisión en la tráquea sin eliminar parte de ella, para permitir la introducción de una cánula.
- Traqueostomia → Intervención quirúrgica en la cual se realiza una abertura en la tráquea, de tal manera que queda comunicada la vía aérea con la piel. Se inserta una cánula para poder suministrar aire a los pulmones.
- Cricotirotomía → Procedimiento que se utiliza en situaciones de urgencia en aquellos pacientes que presentan ahogamiento. Se realiza entre los cartílagos del tiroides y cricoides para poder conseguir una apertura de la vía aérea de manera inmediata, hasta que se consiga estabilizar al paciente y realizar la traqueotomía.
- Laringuectomia total →Intervención quirúrgica en la cual se extirpa la laringe. De tal manera, que es necesario abocar la tráquea al exterior para poder permitir la función respiratoria.
- Laringuectomia parcial → Intervención quirúrgica que consiste en la extirpación parcial de la laringe, pero manteniendo sus funciones de fonación, respiración y deglución.
- Fistuloplastia fonatoria → Procedimiento que permite la comunicación de la tráquea y el esófago, se realiza mediante una fistula. De esta manera se consigue que pase el aire de la tráquea al esófago, pero impide el paso de alimentos del esófago a la tráquea.

Una vez definidas los tipos de ostomias respiratorias, me voy a centrar en las traqueostomias. Para ello antes de nada debo de definir que es la tráquea, en el libro de principios de anatomía y fisiología, se da la siguiente definición:

*“Es un conducto tubular que mide aproximadamente unos 12 cm de longitud. Se localiza por delante del esófago, y se extiende desde la laringe hasta la quinta vertebra torácica, donde se divide en los bronquios primarios derecho e izquierdo”<sup>1</sup>*

La principal función de la tráquea es mantener una vía aérea abierta para permitir la ventilación y que el aire entre y salga de los pulmones.

En algunas situaciones se produce obstrucción de la tráquea lo que provoca una dificultad del flujo aéreo, por lo que en estos casos se recomienda la realización de una traqueostomia, con el fin de poder restaurar la permeabilidad de la vía aérea.

---

- <sup>1</sup> Tortora Gerard. Derrickson Bryan. Principios de anatomía y fisiología. 11<sup>º</sup> Ed. Panameria; 2010

### 3.2. HISTORIA DE LA TRAQUEOSTOMIA:

La historia de la traqueostomía se remonta a los egipcios en torno al año 3.600 a.c. La primera traqueostomía realizada sin éxito fue en el año 100 ac, realizada por Asclepiadeas, su déficit de éxito se debió a los insuficientes conocimientos sobre la técnica y los malos resultados obtenidos; debido a este escaso éxito, únicamente se utilizaba como tratamiento de emergencia en aquellos casos en los que existía una obstrucción de las vías respiratorias superiores.

La primera traqueostomía que obtuvo éxito fue realizada en 1546 por Antonio Musa. Gracias a este éxito conseguido, a partir de 1800 las traqueostomías comenzaron a utilizarse para tratar inflamaciones de la tráquea en niños provocado por la difteria; de la cual obtuvieron grandes resultados.

El primer tubo de traqueostomía fue creado por Faricius; este tubo de traqueostomía consistía en una cánula de tamaño corto, la cual tenía dos alas para que el tubo no se deslizara en el interior de la tráquea, y de esta manera sujetarlo y mantenerlo en el cuello. Posteriormente Cessarius diseñó un nuevo modelo de cánula, la cual era más curvada para acoplarse mejor a la anatomía de la tráquea.

La primera cánula pediátrica se diseñó en 1880 por Parker.

En 1909 Galloway amplió los usos de la traqueostomía, su principal uso era para tratar la obstrucción de las vías respiratorias. Pero también empezó a utilizarse como método de tratamiento de la parálisis en aquellas personas que tenían necesidad de ayuda de ventilación mecánica y realizar un control adecuado de las secreciones.

En 1965, McDonalds y Stocks desarrollaron y potenciaron el uso de la traqueostomía en neonatos, esto supuso un gran avance.

El término traqueostomía procede del griego “trachea arteria” lo cual significa arteria gruesa, y “tome” que significa cortar.

El término empleado para referirse a la intervención es traqueotomía; cuando se quiere referir a abocar una víscera al exterior, lo denominamos traqueostomía.

La traqueostomía durante muchos años no fue aceptada, debido a la gran probabilidad de fracaso que existía. Pero debido a los grandes avances científicos que han permitido un mejor desarrollo en cuanto a los utensilios utilizados y a la técnica en sí, han conseguido que esta intervención sea aceptada y exitosa, la cual ha llevado a conseguir salvar la vida de numerosas personas.



### 3.3. EPIDEMIOLOGIA

Según numerosos estudios las traqueostomias han ido en aumento cada año, estos estudios coinciden en una mayor incidencia en el sexo masculino.

Según un estudio realizado por una asociación oncológica en 2007, nos informa que el cáncer de laringe se encuentra en el sexto lugar en mortalidad por cáncer en España en varones, y que un 94% de ellos requiere el procedimiento de traqueostomía. El pronóstico de este tipo de cáncer suele ser relativamente malo, existiendo una posibilidad de curación entre el 30-90%.

Tras la lectura de un artículo redactado por Claudio Dornas (entre otros) realizó un estudio a 87 pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. Tras la realización de este estudio, se demostró que las traqueostomias tienen mayor incidencia entre las personas de 58 años.

El porcentaje de mortalidad que existía en estos pacientes era del 40%. Por lo tanto tras la realización de este estudio, se puede decir que los pacientes con traqueostomía en la unidad de cuidados intensivos, presentan una alta tasa de mortalidad.

En Brasil se llevó a cabo otro estudio observacional sobre la epidemiología de las traqueostomias. En este estudio se tomaron de muestra 121 pacientes, de los que el 64.5% pertenecían al sexo masculino, permaneciendo de media unos 8.72 días en UCI.

Un 60.3% de los pacientes presentó algún tipo de complicación; quedando de la siguiente manera distribuido:

→Neumonía: 50.7

→ Ulceras 28.8%

→Infección 28.8%

La incidencia de traqueostomía varía entre el 10-16.8%. En este estudio se menciona que existen artículos y estudios que demuestran que el procedimiento de la traqueostomía puede prevenir complicaciones que aparecen con la intubación prolongada; como son: ulceración de la mucosa, edema de laringe y dificultad respiratoria.

Tras una continua búsqueda exhaustiva de artículos, encontré una revista online donde su intención es mostrar dos artículos con diferentes visiones; uno de ellos conocido como estudio TracMan; y otro de ellos un análisis de seis estudios observacionales realizado en 2013.

#### ○ ESTUDIO TRACMAN

Este estudio se realizó en Reino Unido entre 2004-2011 en 72 UCI, de las cuales se evaluó un total de 909 pacientes. La hipótesis de este estudio sugería que la traqueostomía temprana estaba vinculada a menor mortalidad con respecto a la traqueostomía tardía. De este estudio se excluyeron a aquellos pacientes que presentaban patologías neurológicas o precisaban una traqueostomía de urgencia.

Demostraron que la traqueostomía temprana no influye sobre el % de la mortalidad.

Pero por otro lado se demostró que no había diferencias en termino de mortalidad sobre la traqueostomía tardía; por ello tras este estudio no se solucionó cual es el momento indicado para la realización de la traqueostomía.

#### ○ METANÁLISIS BASADO EN 6 ESTUDIOS OBSERVACIONALES

En este estudio se incluyeron 2037 pacientes. En este estudio se demostró que presentaba menos índice de mortalidad y disminución de la estancia hospitalaria la traqueostomía temprana. Sin embargo no vieron diferencias entre las complicaciones que provocan la traqueostomía temprana y la tardía.

Tras este estudio se demostró que la traqueostomía temprana presentaba una mortalidad del 26.1% siendo menor que la de la traqueostomía tardía 29.8%.

El tiempo que el paciente estuvo con ventilación mecánica fue menor en los pacientes con traqueostomía temprana.

En este estudio también encontraron una disminución en la probabilidad de padecer una neumonía cuando la traqueostomía se realiza entre los primeros 3-7 días.

### 3.4. PARTES QUE FORMAN LA TRAQUEOSTOMIA:

En la traqueostomía tenemos o encontramos diversas partes:

→ **Traqueostomo:** Es un tubo de menor diámetro que el endotraqueal, este tubo tiene la finalidad de introducirse a través de la traqueotomía para de esta manera evitar el cierre de la misma, y así conseguir aportar ventilación o respiración al paciente.

→ **Endocánula o camisa interna:** tubo que se ajusta en la cavidad interior del tubo de la cánula. Esto permite un mejor manejo y por lo tanto mejor habilidad a la hora de realizar la limpieza de la cánula.

→ **Guía:** Plástico en punta diseñado para conseguir un manejo más facilitador a la hora de insertar el tubo dentro de la tráquea.

→ **Balón de neumotaponamiento:** Balón destinado a conseguir una posición alineada del tubo, asegurando un buen sellado, evitando la fuga de aire o aspiración de contenido orofaríngeo. Por lo que permite el sellado de la vía aérea, evitando de esta manera broncoaspiraciones. Este balón debe permanecer insuflado, la presión que se recomienda es entre 20-40; no debe superar los 40 cmH<sub>2</sub>O.

→ **Aletas de sujeción:** Es un dispositivo que permite mantener y asegurar la posición de la cánula.

→ **Cinta de fijación:** Consiste en una cinta suave, que se encarga de sujetar la cánula al cuello.

### 3.4.1. DIFERENCIA CÁNULA FENESTRADA Y SIN FENESTRAR:

**Cánula fenestrada** → Es un tubo que presenta aberturas o fenestraciones, lo cual permite que el aire pase a través de las cuerdas vocales, la boca y la nariz; permitiendo un proceso de respiración normal y la capacidad de hablar o toser mediante la boca.

Este tipo de cánula se suele utilizar después de haber pasado un periodo largo desde la realización de la traqueostomía. Generalmente se utiliza como paso previo a la retirada de la traqueostomía, para valorar la adaptación del paciente a esta nueva situación. Su principal función es facilitar la fonación.

**Cánula sin fenestrar** → Este tubo no presenta aberturas, es el tipo de cánula de elección tras la realización de la traqueostomía, para favorecer la adaptación tras la realización de la intervención.

### 3.4.2. CLASIFICACIÓN TRAQUEOSTOMIAS

A la hora de la realización de las traqueostomias, se clasifican en dos grupos:

- Tempranas/precoz: Realizada en menos de 7 días después de la intubación.
- Tardías: Realizada en más de 7 días después de la intubación.

Tras una búsqueda exhaustiva de artículos, existen diversos estudios que muestran una comparación de resultados entre las traqueostomias tardías y precoz.

En uno de los artículos se llegó a la conclusión de que existía una disminución en la estancia en UCI en aquellos pacientes a los que se les realizaba una traqueostomía temprana. Sin embargo no existían diferencias en la mortalidad hospitalaria.

Por lo tanto, se llegó a la conclusión de que la traqueostomía temprana realizada en menos de 7 días después de la intubación produce una reducción de la estancia en el hospital; sin embargo no se mostraron diferencias en cuanto a la mortalidad.

En otro artículo, que realizó el estudio sobre 1436 pacientes, se demostró que la traqueotomía temprana reducía de manera significativa la mortalidad a corto plazo, pero no reducía incidencia.

Todo ello se complementa con otro estudio realizado en 2013, en el cual se demostró que la traqueotomía temprana presentaba algunas ventajas, como es la disminución de la mortalidad, reducción de la estancia hospitalaria y reducción de duración de ventilación mecánica.

La traqueotomía es una intervención que generalmente se realiza a los pacientes de UCI. Con este procedimiento lo que se quiere conseguir es facilitar el destete respiratorio y mejorar el estado, y de esta manera conseguir reducir el tiempo que permanezca con ventilación mecánica.

### 3.5. INDICACIONES:

Como he dicho anteriormente, en mi proyecto de investigación me voy a centrar en las ostomias respiratorias, especialmente las traqueostomias.

Un artículo realizado en 2007 dio la siguiente definición acerca de la traqueostomía:

*"La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico muy antiguo que puede ser realizado con fines terapéuticos o electivos. Tiene como objetivo reestablecer la vía aérea permitiendo una adecuada función respiratoria. En la actualidad, su uso se encuentra ampliamente difundido, siendo necesaria para una gran cantidad de patologías. Sin embargo el procedimiento no está exento de riesgos, por lo que es necesario conocer bien cuáles son sus indicaciones, además de cómo y cuándo realizarla. Debemos señalar la importancia en los cuidados posteriores al procedimiento en sí, ya que el manejo de enfermería está directamente relacionado con el éxito del mismo"*<sup>2</sup>

Este tipo de intervención está indicada en diferentes casos, entre ellos encuentro los siguientes:

- Principalmente está indicado cuando existe una obstrucción de las vías aéreas, que no se puede solucionar con cualquiera de los otros métodos disponibles.
- En pacientes que se encuentran inconscientes que requieren ventilación mecánica durante un largo periodo.
- Para realizar aspiraciones en la vía inferior.
- Cuando por diferentes motivos el paciente no es capaz de tolerar el tubo endotraqueal (TET).
- En pacientes que presentan una enfermedad pulmonar, en los cuales es complicado la realización del destete, por ello está indicado la traqueostomía.

---

<sup>2</sup> Hernández Carlos. Bergeret Juan Pedro. Hernández Marcela. Traqueostomía: Principios y técnica quirúrgica. [Internet] [Citado 2007] Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v21n1/art13.pdf>

- Ante la existencia de anomalías de laringe o tráquea congénitas.
  
- Lesiones graves de boca que impiden la posibilidad de intubación.
  
- Presencia de cuerpo extraño o tumor que obstruya la vía respiratoria.
  
- Apnea del sueño.
  
- TCE
  
- Enfermedades neuromusculares.
  
- Parálisis de los músculos de la deglución
  
- Cáncer de laringe.
  
- EPOC
  
- Edema agudo de pulmón
  
- Enfermedades del SNC
  
- Infecciones: bronquitis, difteria..

### 3.6. COMPLICACIONES:

La traqueostomía como cualquier otro tipo de intervención quirúrgica, presenta algunas complicaciones.

Según un tratado realizado por el servicio de neumología de los hospitales de: Móstoles, Ramón y Cajal y Hospital La paz; la morbilidad de la traqueostomía quirúrgica oscila entre el 4-10%. Mientras que la morbilidad de la traqueostomía percutánea es menor del 1%.

En este tratado anteriormente mencionado, se hace una clasificación de las complicaciones, quedando divididas en:

- Complicaciones inmediatas
- Complicaciones diferidas: Complicaciones que aparecen semanas, meses o años después de realizarse la intervención.

A continuación menciono las complicaciones que requieren una especial atención enfermera y médica:

- Hemorragia
- Neumotórax
- Lesiones de las estructuras cercanas, como el esófago.
- Atelectasias
- Desplazamiento y obstrucción de la cánula.
- Infecciones



Este tipo de complicaciones son muy complicadas de prevenir, ya que son las más frecuentes ante una cirugía de este nivel de importancia. Sin embargo, existen otro tipo de complicaciones que son posibles evitar siempre y cuando el paciente tenga y reciba la información adecuada para los autocuidados necesarios tras el alta hospitalaria, para ello es muy importante incluir a un familiar o cuidador principal en la enseñanza de dichas curas y cuidados extrahospitalarios.

Estas complicaciones prevenibles, las puedo resumir en los siguientes puntos:

- Infecciones de la traquea o el estoma debido a la falta de asepsia en la realización del procedimiento.
- Irritación de la piel cercana al estoma por falta de hidratación en la piel que lo rodea.
- Aparición de secreciones densas y consistentes.
- Desconocimiento sobre la colocación de la cánula por falta de información.
- Broncoaspiración por el desconocimiento de hinchar el balón del neumó a la hora de ingerir alimentos.
- Dificultad a la hora de comer por no conocer la postura adecuada.
- Entrada de agua en el tubo a la hora de bañarse en el domicilio.

Para ello es importante mantener:

- Unos hábitos de vida saludable.
- Realizar de manera rígida y mantenida la técnica de los cuidados
- Mantener la boca limpia
- Mantener el cuello limpio y seco, y a la hora de salir a la calle es importante que quede cubierto para evitar la aparición de infecciones.
- Lavarse las manos antes de realizarse la técnica en el domicilio.
- Para evitar la aparición de secreciones densas, el paciente debe tener una gran ingesta de líquidos, mantener húmeda la sala en la que se encuentre( mediante el uso de humidificadores o vaporizador)
- Mantener postura vertical a la hora de la comida.

Sin embargo cuando presente alguna de las siguientes complicaciones debe acudir a urgencias:

- Fiebre
- Secreciones con color amarillento o verdoso.
- Piel alrededor del estoma que drena pus.
- Presenta dolor al tragar
- Dificultad para respirar aún después de haber realizado su lavado adecuado de la cánula.

Según el tratado realizado por el Dr. Antonio Esquinas. “La traqueostomía presenta un riesgo de decanulación menor del 1%, frente al 8-21% que presenta la intubación endotraqueal. Las cánulas de traqueostomía son de corta longitud y presentan menor resistencia que los tubos endotraqueales.

Algunos estudios han demostrado que las cánulas de traqueostomía permiten un mejor acceso a la vía aérea para permitir la aspiración de las secreciones. “

Según un artículo realizado en el año 2010 las complicaciones suelen ocurrir en un 5 a 40% de los casos, dependiendo del seguimiento que se dé al paciente, para así prevenir la aparición de complicaciones.

La tasa de mortalidad de la traqueostomía es inferior al 2%, siendo mayor en casos de emergencia y generalmente en niños.

Se realizó un estudio retrospectivo a 1130 pacientes, surgieron complicaciones en 49 de ellos, y se produjeron 8 muertes. La complicación con mayor incidencia fue la estenosis traqueal y en segundo lugar la hemorragia (9 casos).

En este artículo se hace mención a que el correcto cuidado postoperatorio es clave para evitar o reducir al mínimo las complicaciones.

### **3.7. CUIDADOS ENFERMERIA EN EL HOSPITAL TRAS LA TRAQUEO**

En cuanto a los cuidados del postoperatorio el paciente requiere un periodo de adaptación a esta nueva situación, tanto para la alimentación, hidratación, respiración y el habla. Los días posteriores a la cirugía, para el paciente será dificultoso hablar, para ello requiere un buen adiestramiento y practica por parte de los profesionales sanitarios; y de esta manera aprender a hablar y manejarse con el tubo traqueal.

Por ello, es importante enseñar y educar a los pacientes y cuidadores sobre el manejo de la cánula y traqueo para prepararlos ante el alta hospitalaria.

Puesto que en este tipo de situaciones se involucra tanto al paciente como a la familia, es necesario un enfoque psicológico para ellos. Ya que esta situación suele generar un sentimiento de miedo, ansiedad y temor hacia la intervención a la que se enfrentan, que en algunos casos puede ser inesperada.

Los principales motivos por los que estos pacientes suelen presentar ansiedad es debido al desconocimiento, a las molestias producidas tras la intervención, la tos, las secreciones que en la mayoría de los casos son abundantes, y sobre todo lo que más pánico y temor provoca es la pérdida de la comunicación verbal.

Por esta razón, es necesario ofrecer una adecuada formación a los profesionales sanitarios para que sean capaces de mostrar confianza, comodidad y explicar consejos para una adecuada recuperación y disminuir la ansiedad ante esta situación.

- CUIDADOS DE ENFERMERÍA (Después de realizar la traqueostomía)

- Se debe colocar al paciente en la posición que mejor tolere a nivel respiratorio.
- Evaluar las constantes vitales, el número de frecuencia dependerá del estado del paciente.
- Mantener la cánula de la traqueotomía permeable y por lo tanto sin secreciones, para ello se puede realizar aspiración o cambiar la endocánula.
- Comprobar la permeabilidad de la cánula y si se encuentra en la posición adecuada, permitiendo la ventilación a ambos pulmones.
- Mantener bien fijada la cánula al paciente, con la finalidad de evitar que se produzca la salida de la cánula en los primeros dos días.
- Si el paciente presenta secreciones, recoger cultivo para valorar infección.
- Si la piel alrededor del estoma presentase exudado, se debería recoger cultivo para valorar signos de sepsis.
- Mantener la higiene personal, ambiental y asegurar confort al enfermo.
- Enseñar al paciente consejos para comunicarse (Escritura, señales..)
- Asegurar la nutrición e hidratación del paciente.
- En la habitación del paciente traqueostomizado debe haber un dilatador traqueal y cánula, por si accidentalmente se provocase una decanulación.

Cuando el paciente se va de alta debe tener conocimiento de los cuidados mínimos que debe mantener fuera del hospital.

Se recomienda cubrir el estoma de la traqueostomía con un pañuelo. Se deben tener otros tipos de precauciones como evitar la exposición al agua, al polvo o aire excesivo.

En el servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Zaragoza, se realizó una guía sobre los cuidados frente a la traqueostomía. Para la realización de estos cuidados se requiere personal sanitario cualificado y que sepa manejar las dificultades que se pueden presentar ante estas situaciones.

De los cuidados habituales a estos pacientes, en el tratado o guía de este hospital, se destacan los siguientes:

- ✚ **Higiene:** *Se debe mantener la herida quirúrgica seca y aséptica, utilizando técnicas estrictamente estériles para cualquier manipulación. También se debe prestar atención a signos de infección que presente el estoma como exudado purulento alrededor del traqueostoma, dolor local o febrícula. La traqueotomía se debe limpiar diariamente, tanto si el paciente se encuentra en el hospital como en el domicilio, se puede lavar con suero fisiológico. Cuando las cintas de sujeción de la cánula estén sucias se cambiarán.*
  
- ✚ **Cambios de cánula:** *El primer cambio de cánula no debe realizarse antes de los 7 primeros días de la intervención. Los cambios de la cánula se recomienda hacerlos semanalmente o cada 15 días para garantizar su movilidad, limpieza y buen funcionamiento. Tras la aspiración de secreciones y la limpieza de la zona de la traqueostomía, se mantiene al paciente con oxígeno al 100%.*
  
- ✚ **Control de la presión del balón:** *Es importante controlar la presión del balón porque si es muy alta, puede producir isquemia de la mucosa traqueal, dando lugar a la aparición de úlceras por presión. Cuando la presión del balón es insuficiente se puede producir una broncoaspiración. Para medir la presión del balón se utiliza un manómetro, la presión no debe de 25 cm de agua porque se considera que es la presión suficiente para sellar la tráquea.*
  
- ✚ **Profilaxis de tapones mucosos:** *Cuando se realiza una traqueotomía se elimina el paso del aire por la nariz, lo que supone la pérdida de la función de humidificación, calentamiento y filtrado del aire para conseguir una correcta producción de moco traqueal. Cuando se ha producido un tapón de moco se recomienda al paciente que tosa fuerte para expulsarlo, en caso de que no sea así, se procede a realizarle aspiraciones de manera estéril y duración de 15 segundos.*
  
- ✚ **Otros aspectos:** *Para que el paciente pueda hablar se pueden utilizar cánulas fenestradas que permiten respirar por las dos vías. Se debe deshinchar el manguito para evitar la obstrucción total de la vía aérea. Cuando se considera que el paciente ya no precisa la traqueotomía se procede a la decanulación. Antes de ello, se suspende la alimentación, se administra oxígeno con mascarilla y se extrae la cánula colocando una gasa estéril en el estoma.”<sup>3</sup>*

Un profesor la Universidad Complutense de Madrid de Fisioterapia, mencionó los cuidados postoperatorios que se deben de realizar y las cuestiones que importan tanto al paciente como a sus familiares.

Los pacientes traqueostomizados deben de recibir cuidados de calidad y gran información, para ello es muy importante el rol de la enfermería, de esta manera se podrán evitar la aparición de complicaciones prevenibles.

Los cuidados mencionados por el catedrático, en el libro “Cuidados respiratorios en críticos; bases y principios”, son los siguientes, quedando divididos en tres:

- ✚ Humidificación: El aparato aerodigestivo superior tiene la función de filtrar, calentar y humidificar el aire. En el paciente traqueostomizado estas funciones no se realizan por lo que es necesario unos cuidados que ayuden a humidificar ese aire, para ello se recomienda el uso de humidificadores en el lugar en el que se encuentre, así como mascarillas con oxígeno húmedo.
- ✚ Higiene: Es importante mantener la piel seca, limpia y cubierta cuando se vaya a salir a la calle, para evitar la proliferación de bacterias.

En un comienzo las secreciones suelen ser densas, espesas y abundantes, y el paciente va a requerir numerosas aspiraciones.

Para evitar la formación de tapón mucoso, es muy efectivo el uso de los humidificadores.

- ✚ Estoma: El estoma generalmente tiende a estrecharse poco a poco, hasta llegar a cerrarse, lo que produce una gran dificultad a la hora del cambio de cánula.

En el caso de que esto ocurra, se debe dilatar la zona con cánulas que son de mayor calibre. En los pacientes recién operados tienen gran cantidad de mucosidad y episodios de tos, lo que favorece el desplazamiento o cánula, por lo que una buena sujeción es el elemento clave.

En el hospital Beata María Ana de Jesús se elaboró el siguiente programa de autocuidados del paciente portador de cánula. A través de este programa se quiere favorecer el adiestramiento del paciente portador de cánula para su correcto manejo en el domicilio. Este programa incluye tanto a los pacientes que tienen una traqueostomía transitoria como permanente.

**→Programa:**

<i><b>PREOPERATORIO</b></i>	<i><b>POSTOPERATORIO</b></i>	<i><b>EVALUACIÓN PREVA</b></i>
Información sobre el diagnóstico y procedimiento que se va a llevar a cabo	Adiestramiento de manera individualizada.	Valorar la situación del paciente, para la realización de los autocuidados. (Pacientes colaboradores).
Ofrecer información de los principales problemas de respiración, deglución y voz.	Se recomienda comenzar con los autocuidados a partir del quinto día tras la cirugía.	Procedimiento realizado
Dar apoyo emocional, debido al trauma que puede provocar la pérdida del habla.	Los primeros días, son realizados por el profesional de enfermería.	Situación presente y futura de la voz y la deglución.
Poner en marcha soluciones para ese problema		

La comunidad de Madrid elaboró una guía de recomendaciones al paciente traqueostomizado. En esta guía se da información al paciente desde lo que es una traqueostomía hasta los cuidados o recomendaciones básicas que deben de llevar a cabo. Algunos de los temas tratados en esta guía que me parecen de especial relevancia, son los siguientes:

- La función de la nariz es humedecer y calentar el aire, al eliminarse este paso el aire llega directo sin ser humidificado ni calentado. Esto trae como consecuencia la producción de mayor cantidad de moco que se vuelve más seco y espeso.
- Se suele producir una pérdida total o parcial del olfato.
- El aire no pasa por las cuerdas vocales, por lo que se pierde la capacidad para hablar.
- Sienten fatiga, por lo que se recomienda evitar cargar objetos pesados y limitar la realización de ciertos deportes.
- 

En esta guía mencionada anteriormente, que elaboró la comunidad de Madrid en el año 2006, se mencionaban y explicaban los siguientes cuidados generales:

- *"En los días siguientes a la realización de la traqueotomía y hasta que la herida cicatrice se precisa la ayuda de personal especializado que se encargará del cuidado de la herida y del cambio de cánula.*
- *La herida y la zona de alrededor ha de mantenerse limpia.*
- *En los primeros días el orificio de la piel ha de estar lubricado con alguna crema o pomada similar a la que se emplea en los lactantes para el cuidado del orificio anal. Posteriormente, lo más importante es la limpieza para evitar la acumulación de moco seco. En el mercado existen apósitos diseñados para cumplir esta función.*
- *Es muy importante mantener un ambiente con humedad, ya que el aire no pasa por la nariz, que es la que se encarga de humedecer el aire habitualmente seco del exterior. Utilice frecuentemente aerosoles que le fluidifiquen las secreciones, o aspire por traquea vapor de agua, como por ejemplo, abriendo el grifo de agua caliente en el cuarto de baño.*
- *Asegurar una buena sujeción (habitualmente con cintas anudadas en la parte posterior del cuello) para evitar que la cánula se desplace o se salga por completo*
- *Para una buena desinfección de la cánula la puede hervir en agua y limpiarla con bicarbonato si es metálica, y si es de plástico existen productos en farmacia para su desinfección. No lave la cánula con detergentes, puede dañar la tráquea. Manipular la cánula siempre con las manos recién lavadas.*
- *Si se observa una mayor densidad en el moco habrá que aumentar aportes de líquidos en la dieta, con el objeto de que este sea más fluido y por tanto más fácil de expulsar.*
- *Debe utilizar ropa que no obstruya la traqueotomía, no utilice prendas que desprendan pelusas.*
- *Beba líquidos de manera abundante."*



Continuamos hablando de la guía que publicó la comunidad de Madrid, donde se dan las siguientes recomendaciones:

- *“El hecho de tener una traqueotomía no incapacita para poder hablar, hay métodos que con una adecuada rehabilitación y aprendizaje ayudarán a conseguirlo.*
- *Se puede comer y beber sin problemas.*
- *Se pueden mantener relaciones sexuales y hacer vida de pareja normal.*
- *Una traqueotomía incapacita permanentemente en dos situaciones: bañarse sumergiendo todo el cuerpo y realizar ejercicios físicos muy intensos. Tenga cuidado porque las barreras naturales que impiden el paso del agua o comida están inutilizadas y esto podría hacer que la comida y los líquidos pasasen a la vía respiratoria, pudiéndose producir infecciones u otro tipo de problemas.*
- *Al ducharse es importante no dirigir el chorro del agua a la traqueotomía. Cuide que no entre jabón, talco o aerosoles.*
- *Si presenta tos frecuente al comer porque ha pasado comida a la traquea visite al otorrino y dígaselo.*
- *Es sencillo aprender a cambiarse la cánula o enseñar a hacerlo a los familiares que conviven con usted.*
- *Cambie dos veces al día su cánula por una limpia, lave cuantas veces sea necesaria la parte interior de la misma, esto le ayudará a prevenir infecciones.*
- *El polvo o la arena le pueden entrar igual que el agua, tenga cuidado en la playa o con viento fuerte, protéjase con un pañuelo o gasa húmeda.*
- *Existen en España asociaciones que colaboran de manera muy eficaz a la integración social de personas con traqueotomía.*
- *Si tiene alguna lesión de columna y tuviera que utilizar un collarín debe advertirlo porque este debe ser especial.*
- *En caso de incendio tiene que cubrir con un pañuelo o gasa húmeda el traqueostoma, pero sin cerrarlo para dejar que respire.*
- *En caso de administración de oxígeno la mascarilla ha de colocarse en el orificio del cuello.*
- *Si usted utiliza medicamentos inhalados por alguna patología pulmonar, ahora deberá administrárselos a través del traqueostoma.*
- *En caso de vómitos, debe girar todo el cuerpo, no solo la cabeza, pues se tapanía el orificio y ésto dificultará la respiración.”<sup>4</sup>*

---

<sup>4</sup> Dirección general de calidad. Guía de recomendaciones al paciente traqueostomizado. [Internet] [ Citado 2006 Dic] Disponible en: <http://www.adela-cv.org/drupal/sites/default/files/traqueotomia.pdf>

Para acabar lo mencionado en esta guía, debo de concluir con los signos antes los cuales se debe acudir al centro sanitario o llamar al servicio 112

- *“Si presenta irritación, enrojecimiento o picor en la piel que rodea la cánula.*
  
- *Si percibe cambio en el color y viscosidad del moco.*
  
- *Si presenta fiebre mayor de 38 °C.*
  
- *Si tras el cambio de cánula presenta alguno de los siguientes signos:*
  - *Sangrado.*
  - *Dificultad para respirar.*
  - *Hinchazón en la zona del cuello.*<sup>5</sup>

Para los cuidados de enfermería es importante destacar la labor que realizan las enfermeras consultoras, las cuales tienen una función principalmente de educación, información y seguimiento de los pacientes. En estas enfermeras predomina la escucha activa, donde los pacientes pueden expresar sus emociones y preocupaciones.

Tras la creación de la enfermera consultora, se pretende disminuir el número de reingresos innecesarios.

---

<sup>5</sup> Dirección general de calidad. Guía de recomendaciones al paciente traqueostomizado. [Internet] [ Citado 2006 Dic] Disponible en: <http://www.adela-cv.org/drupal/sites/default/files/traqueotomia.pdf>

### 3.8. TÉCNICAS DE REALIZACIÓN: TRAQUEOSTOMIA

Según un tratado realizado por el servicio de neumología de los hospitales de: Móstoles, Ramón y Cajal y Hospital La paz. Hicieron la siguiente clasificación acerca de las técnicas de realización de una traqueotomía:

→ Traqueotomía quirúrgica: Es una intervención que se realiza en quirófano o en algunos casos se puede realizar en la unidad de cuidados intensivos. Para la realización de la técnica se deben seguir diversos pasos:

- Colocar al paciente en decúbito supino, con hiperextensión cervical.
- Administrar anestesia
- Localizar las estructuras laríngeas y traqueales.
- Realización de la cirugía por parte de los médicos responsables (generalmente otorrinos)
- Introducción de la cánula según el calibre de la tráquea.
- Cierre de la herida y sujeción de la cánula al cuello del paciente.

→ Traqueostomía percutánea: Dentro de esta modalidad, existen tres tipos de técnicas:

- Técnica de dilatación con fórceps de Griggs: Se realiza una punción percutánea, se introduce una guía y se dilata con un fórceps, de tal manera que se introduce la cánula traqueal sobre la guía. Finalmente se ajusta la cánula y se retira la guía.

- Técnica de dilatación percutánea mediante procedimiento de Seldinger( PDT): Se realiza una incisión cutánea mínima, por la que se introduce un fiador; sobre dicho fiador se van pasando una serie de dilatadores de plástico. De esta manera se forma un estoma traqueal a través del cual penetra la cánula.

- Técnica de traqueostomía translaríngea (técnica Fantoni): Se coloca por punción percutánea un fiador metálico en la parte anterior de la tráquea y se pasa una guía con la cánula de traqueostomía a través de la orofaringe hasta llegar a la tráquea.

Según la experiencia de los miles de casos tratados se ha demostrado que la traqueostomía percutánea presenta menos complicaciones tanto a corto y largo plazo que la traqueostomía quirúrgica convencional. El método griggs es el método más simple y rápido.

Se realizaron cinco estudios que compararon la traqueostomía abierta y la percutánea. El estudio se realizó a 236 pacientes en unidad de cuidados intensivos, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a las complicaciones.

Sin embargo se demostró que la traqueostomía percutánea presentaba menos sangrado postquirúrgico y disminución del riesgo de infección. Además de que esta técnica es más rápida.

El 94% de las traqueostomías percutáneas se pueden realizar en la UCI. En el 71% de las traqueostomías percutáneas usaron el modelo ciaglia.

Se produjo sangrado en el 5.7% de los pacientes. Se demostró que la traqueostomía percutánea presentaba menos riesgo de sangrado que la abierta; pero no se conoce si es debido a la inestabilidad de los pacientes o al procedimiento en sí mismo.

Se realizó otro meta-análisis comparando la traqueostomía percutánea (TPD) con la abierta (TQA). Este estudio se realizó a 973 pacientes, en el cual se concluyó que la TPD presentaba menos riesgos que la TQA.

La TPD presentaba mejor proceso de cicatrización, así como más económico. En aquellas personas que presentan obesidad mórbida no se debe de descartar el procedimiento TQA.

Sin embargo, por todas las ventajas que presenta la TPD (menor sangrado, menor riesgo de infección, más económica), sigue siendo la primera elección.

Según la revista Chest el momento clave para la realización de la traqueostomía, es después de 21 días con ventilación mecánica.

En el hospital del Salvador crearon una guía donde mencionaban cuando estaba contraindicada la realización de la traqueostomía percutánea:

- Traqueostomía de emergencia
- Obesidad
- Bocio
- Traqueostomía previa
- Cirugía de cuello previa

Este tipo de traqueostomía se realiza en decúbito supino con extensión cervical. Generalmente se realiza con anestesia local, y una pequeña incisión de 1 o 2cm a partir del cartílago cricoides. Una vez que se realiza la traqueostomía percutánea se conecta al tubo de ventilación mecánica.

## **4. DESARROLLO DEL TRABAJO**

### **4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

El proyecto realizado es un trabajo de investigación; para la realización de este proyecto, se realiza un estudio cualitativo.

- **Cualitativo:** La finalidad de los estudios cualitativos es la comunicación con los sujetos del estudio, es decir existe una coordinación y comunicación entre el investigador y los investigados. Este tipo de estudios se encarga de preguntar.

Por lo tanto, para la realización de este proyecto se pasa un cuestionario con preguntas abiertas para realizar una valoración cualitativa.

Posteriormente, se realiza un análisis de los datos obtenidos de las enfermeras del Hospital Infanta Leonor y los pacientes pertenecientes a la asociación de larigectomizados ARMAREL.

### **4.2. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

El principal problema a tratar en este proyecto es conocer si los pacientes traqueostomizados están satisfechos con la información que reciben del centro hospitalario en el que se encuentran, cuando estos van a ser dados de alta.

En cuanto a la información me refiero a consejos sobre cómo llevar las actividades de la vida diaria, puesto que la traqueostomía es un procedimiento que produce gran impacto psicológico y gran afectación a diversas actividades cotidianas ( el habla, la nutrición, higiene...). Para ello requieren educación sobre cosas básicas tales como la alimentación, la higiene, respiración, aprendizaje del habla...

He elegido este tema para investigar puesto que durante mis prácticas hospitalarias conocí de cerca el sufrimiento, incertidumbre y temor que presentan estos pacientes ante la situación. Me resultó un tema de especial importancia en el que los enfermeros tenemos una labor elemental y esencial, que es la de educar y aconsejar en cada uno de los momentos por los que pasan los pacientes traqueostomizados. Para ello decidí investigar si se lleva a cabo esta educación para la salud, y para ello tome contacto con pacientes pertenecientes a una asociación, los cuales habían sido operados en diferentes hospitales de la Comunidad de Madrid; y de esta manera poder contrastar la información obtenida de los pacientes con la información obtenida de enfermeras.

Con este proyecto se pretende conocer si existe falta de información, actuar sobre el miedo e inseguridad que genera este procedimiento y poner en conocimiento de estos pacientes los consejos necesarios que mejoren su calidad de vida.

Según mi criterio la falta de información se podría prevenir con la creación de programas de salud y actividades dirigidas tanto a pacientes como a profesionales (las cuales explicaré a continuación); de esta manera se pretende aumentar el conocimiento de estos pacientes acerca de sus cuidados para la vida cotidiana y fomentar el autocuidado.

### **4.3. HIPÓPTESIS**

Las preguntas de investigación que me planteo a la hora de la realización de este proyecto, son las siguientes:

- Los pacientes traqueostomizados tras el alta hospitalaria tienen reducción de su capacidad de autocuidados; y dificultad para llevarlos a cabo.

### **4.4. VARIABLES**

En el proyecto de investigación que he llevado a cabo, he tomado como variables de estudio las mencionadas a continuación:

- Pacientes traqueostomizados.→ Pacientes pertenecientes a una asociación de laringectomizados de Madrid, intervenidos en diferentes centros hospitalarios.
- Enfermeras ejerciendo en la actualidad.→ Enfermeras ejerciendo en la unidad de cirugía general en el Hospital Infanta Leonor.
- Capacidad de autocuidados del estoma → Capacidad de los pacientes para manejarse al momento del alta.
- Información recibida en el hospital→ Información recibida a la fecha del alta.
- Guías de cuidados para pacientes portadores de traqueostomía. → Guías existentes en la unidad para dispensar a los pacientes.

## 4.5. OBJETIVOS

### **Objetivo principal:**

- Desarrollar un proyecto de continuidad de cuidados para mejorar la calidad de vida del paciente traqueostomizado.

### **Objetivos específicos:**

- Realizar entrevistas a responsables implicados en el cuidado de los pacientes traqueostomizados.
- Realizar entrevistas al paciente traqueostomizado para valorar su percepción en cuanto a los cuidados extra hospitalarios.
- Desarrollar un proyecto de educación para la salud basado en la elaboración de distintas sesiones, impartidas en el hospital tanto para enfermeros como pacientes.
- Proporcionar múltiples alternativas para hacer frente a la nueva situación. (Educación para la salud en el centro de salud; Poner a disposición de estos pacientes un teléfono de contacto ante cualquier duda; Seguimiento continuado por la enfermera y médico de familia...)
- Fomentar el autocuidado.

## 4.6. METODOLOGÍA

La investigación realizada tuvo como objetivo de estudio una unidad social (pacientes traqueostomizados). Este estudio se realizó con la finalidad de ofrecer beneficio a la sociedad, especialmente a las enfermeras y a los pacientes traqueostomizados.

El método escogido para la elaboración del proyecto de investigación, ha sido la utilización de encuestas valorando diversas variables de importancia para el estudio.

Es una investigación cualitativa que combina revisión bibliográfica con la entrevista a los pacientes y profesionales sanitarios implicados en el proceso del paciente traqueostomizado.

Los sujetos de estudio de esta investigación han sido los pacientes portadores de traqueostomía y enfermeras que tratan a estos pacientes.

El escenario de estudio para el proyecto ha sido el área de Cirugía general del Hospital Infanta Leonor.

El método de recolección de datos fue a través de la entrega de cuestionarios a los sujetos de estudio, atendiendo a las variables anteriormente descritas. Para ello se llevó a cabo una descripción y explicación acerca del proyecto a realizar. Se realizó una serie de preguntas destinadas al objetivo principal de la investigación.

Se formularon dos cuestionarios diferentes, uno de los cuales iría destinado a las enfermeras del Hospital Infanta Leonor, y el otro cuestionario desarrollado se realizaría a pacientes con traqueostomía pertenecientes a una asociación de laringectomizados en Leganés (ARMAREL)

(Ver anexo 1 y 2)

Para poder dispensar los cuestionarios, elaboré un consentimiento informado donde quedé registrado la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos de la investigación.

(Ver anexo 3 y 4)



## 4.7. PLAN DE ACTUACIÓN

Para la elaboración del proyecto de investigación desarrollé un cronograma para diversificar las tareas a realizar.

En primer lugar, realice una búsqueda bibliográfica, para ello consulté artículos de PUBMED, entre otros buscadores bibliográficos. Para completar el marco teórico, pude recopilar información de protocolos actualizados del hospital doce de octubre, guías de distintos hospitales disponibles en internet y libros disponibles en la biblioteca de la Universidad Francisco de Vitoria.

De esta manera, en enero quedó resuelto el marco teórico, con la información acerca de los diferentes tipos de ostomias, historia de la traqueostomía, indicaciones, complicaciones, cuidados, técnicas...

A partir de febrero comencé con el desarrollo de la investigación, definí el problema de investigación que quería tratar. Logré ponerme en contacto con pacientes traqueostomizados pertenecientes a una asociación de laringectomizados llamada ARMAREL en Leganés, me dieron la oportunidad de acudir a su asociación a explicarme y resolverme todas mis dudas acerca de las traqueostomias y sus cuidados, me desarrollaron las encuestas que les ofrecí para añadir a mi trabajo.

Una vez obtenidas estas encuestas, me puse en contacto con enfermeras del Hospital Infanta Leonor del área de cirugía general, en la cual se encuentran pacientes traqueostomizados y me aportaron la información necesaria y realizaron las encuestas que les ofrecí.

Una vez obtenida toda la información de enfermería y de pacientes traqueostomizados, pude llevar a cabo las variables a estudiar, la elaboración de la hipótesis y la metodología empleada en el proyecto.

Posteriormente analicé todos los datos obtenidos de las encuestas y elaboré una conclusión de la investigación realizada.

En último lugar, realicé la introducción del proyecto una vez elaborado todo el proyecto. La reflexión antropológica y añadí los anexos y bibliografía correspondiente.

## 4.8. RESULTADOS

Como he mencionado anteriormente, elaboré dos encuestas destinadas a enfermeras trabajando en la actualidad y otra destinada a pacientes con traqueostomias.

En primer lugar, comenzaré analizando los resultados obtenidos de la encuesta realizada al personal de enfermería del Hospital Infanta Leonor del área de cirugía general. Pude obtener 15 encuestas.

A continuación explicaré las respuestas obtenidas en cada pregunta elaborada:

- ¿Opinas que los enfermos traqueostomizados reciben la información necesaria para llevar a cabo los cuidados de su estoma en el domicilio?

La mayoría de los enfermeros encuestados (11) respondieron que antes del alta hospitalaria se realiza la educación de salud pertinente para la realización de los cuidados domiciliarios.

- En el hospital, ¿Contáis con guías para ofrecer al paciente tras el alta?

De los enfermeros encuestados, 13 respondieron que no cuentan con guías en el hospital para ofrecer a los pacientes traqueostomizados cuando se van de alta al domicilio. Los otros dos restantes, me comentaron que existen hojas de recomendaciones aunque en su opinión no ofrecen toda la información que el paciente debe conocer sobre sus cuidados.

- ¿Existen protocolos actualizados en la unidad?

Me pareció de importancia conocer si en la unidad existen protocolos actualizados para actuar frente a estos pacientes. La mayoría de los encuestados (11) respondió que no existen protocolos como tal en la unidad, sino que existen informes elaborados tras sesiones clínicas.

- ¿Cree que en la práctica se siguen las intervenciones validadas en las guías/protocolos?

Doce de las enfermeras encuestadas respondieron que en la práctica se realizan actividades que están reconocidas en las guías o protocolos de actuación.

- ¿Cree que existe coordinación entre el equipo multidisciplinar formado por médico, oncólogo, nutricionista y enfermería?

En esta pregunta la mayoría de los encuestados coincidieron en que la coordinación que existe entre el equipo es mejorable, detallando la siguiente relación:

→ Entre médico-nutricionista: Si existe coordinación para el tratamiento de estos pacientes.

→ Entre médico-oncólogo: No existe coordinación ninguna, según me informan.

→ Entre médico-enfermería: No existe coordinación ninguna.

- ¿Realiza algún informe de alta para la continuidad de los cuidados?

En esta pregunta no hubo variaciones en la respuesta, los cuestionados respondieron que si realizan un informe de alta para permitir una continuidad de esos cuidados en el centro de salud correspondiente, me especificaron que en la mayoría de los casos lo realizan pero que actualmente se encuentra trastocado por la inmensa carga de trabajo.

- ¿Cómo cree que debería ser el cuidado de las enfermeras para las personas con traqueostomía?

Los cuestionados respondieron que los cuidados que deben ofrecer las enfermeras deben de ser multidisciplinar que abarque todas las necesidades de este tipo de pacientes, puesto que ocasiona tanto trastornos físicos como psíquicos. Me comentan que es importante las terapias de grupo donde pueden compartir experiencias y obtener los mejores consejos de personas que pasan por sus mismas inseguridades y situaciones.

A continuación analizaré los resultados obtenidos de la encuesta realizada a pacientes traqueostomizados que pertenecen a una asociación donde recibieron la educación de salud adecuada para sus cuidados.

- ¿Está satisfecho con la información recibida en el hospital tras el alta?

11 de las 15 personas encuestadas respondieron que no están satisfechos con la información que reciben en el hospital cuando van a ser dados de alta. Me comentaron y explicaron que la información que reciben se limita únicamente al cuidado médico del estoma, pero no se centran en los cuidados básicos de la vida diaria (el habla, la alimentación, el impacto psicológico...)

- Del 0 al 10¿Cómo considera su grado de capacidad para cuidarse solo el estoma?

Ante esta pregunta, la mayoría de los encuestados me explicaron que consideraban que su capacidad para cuidarse el estoma de manera autónoma era nula o escasa. Respondieron una puntuación de capacidad de autocuidado que oscilaba entre 2 y 5.

Me añadieron que se encontraron “perdidos” al verse solos en el domicilio, notaron la falta de información tanto para el manejo de la cánula, cuidados del estoma y las actividades básicas de la vida diaria.

- ¿Cree que existe coordinación entre el equipo multidisciplinar formado por médico, oncólogo, nutricionista y enfermería?

Tras elaborar esta pregunta, hubo cierta igualdad en las respuestas. Por un lado, 8 de los encuestados respondieron que existe un contacto próximo y cercano con el equipo multidisciplinar y se encuentran coordinados entre todos ellos.

Sin embargo, los 7 encuestados restantes respondieron que en sus casos, no vieron cierta coordinación entre el equipo formado para llevar y tratar su caso, las palabras textuales de los encuestados fueron las siguientes: “Cada uno va por su lado, centrado en lo suyo”.

- ¿Tiene fácil acceso a las asociaciones? ¿Se encuentra en alguna?

Ante esta pregunta hubo una respuesta unánime, todos coincidieron en que en el momento que van a ser dados de alta, las enfermeras de los hospitales les ofrecen la posibilidad y les hablan de la existencia de asociaciones donde poder obtener consejos a seguir y compartir la misma experiencia.

Me comentan que desde el momento en el que salieron del hospital, no tuvieron ningún problema en acceder a las asociaciones. Todos ellos se encuentran en una asociación en Leganés, conocida como ARMAREL, creada en 1992 con el objetivo de ofrecer ayuda moral y física a todas las personas portadoras de una traqueostomía, así como dedicados a la prevención y lucha de las enfermedades que llevan a la necesidad de este procedimiento.

- ¿Le ofrecieron alguna figura de referencia (médico, enfermero, psicólogo) con los que comunicarse tras el alta?

Doce de los quince encuestados respondieron que al irse de alta hospitalaria, no les ofrecieron ninguna figura de referencia a la que poder acudir o consultar si les surgía cualquier tipo de duda, únicamente les citaron a cada persona para revisiones/tratamiento en oncología y otorrino.

Uno de los pertenecientes a dicha asociación me explicó que en su caso no tuvo ninguna referencia a la que acudir, y que si no hubiese sido por la existencia de asociaciones como la de ARMAREL, seguiría igual de perdido. Textualmente me comentó: “En el hospital cuando me dieron el alta, fue como búsquese la vida, ni me explicaron cuidados ni sitios a los que poder acudir, yo entiendo la carga de trabajo que pueda haber en un área como cirugía general, pero pienso que es algo necesario porque nos encontramos muy perdidos, y supone un gran impacto tanto para el que lo vive, como para los familiares; por ejemplo el hecho de entrar al quirófano hablando, y salir sin poder pronunciar palabra y requerir ayuda de logopeda, el cual he encontrado en la asociación”.

Las otras tres personas restantes respondieron que si recibieron alguna figura de referencia por parte del hospital cuando iban a ser dados de alta, estos pacientes fueron intervenidos en el hospital MD Anderson, donde recibieron una guía de cuidados para pacientes portadores de traqueostomía, y se encontraba lo siguiente: “Si tiene alguna duda, póngase en contacto con su médico o enfermero/a en el teléfono 91....”

(Ver anexo 5)

- ¿La información recibida en el hospital, tiene continuidad en el centro de atención primaria?

12 de las personas encuestadas respondieron que una vez que son dados de alta del centro hospitalario, el manejo de sus cuidados tiene continuidad en el centro de salud correspondiente, donde especialmente enfermería elabora una gran labor de educación para la salud y enseñanza del manejo. En algunos centros de salud existe la opción de crear terapias de grupo para compartir experiencias y ofrecerse consejos unos a otros.

Los tres restantes encuestados, me explicaron que habían respondido que no tenía continuidad sus cuidados en el centro de atención primaria, porque en sus casos correspondientes, acudían a los especialistas que ellos consideraban oportunos, no les hacían un seguimiento en su centro de salud.

- Tras el alta hospitalaria, ¿se encargaba usted del cuidado del estoma o cuidador/familia?

9 de los encuestados respondieron que eran sus familiares o cuidador quienes se encargaban los primeros días del cuidado del estoma, puesto que se veían incapacitados para realizarlos ellos mismos.

Por el contrario, los 6 restantes me detallaron que realizaron los cuidados ellos solos poco a poco, al principio requerían ayuda o presencia de algún familiar para tener seguridad en la técnica, pero fueron consiguiendo soltura y seguridad para realizarla de manera completamente autónoma.

## 5. CONCLUSIÓN

La profesión de enfermería tiene una enorme responsabilidad frente a los cuidados del paciente, atención y vigilancia del estado de salud.

El cuidado de enfermería debe de ser un proceso empático y reciproco en el que se consiga el bienestar del individuo de manera personalizada a cada caso. Los cuidados realizados generalmente se basan en el modelo de Virginia Henderson que abarca 14 necesidades básicas que se deben de satisfacer durante la estancia hospitalaria.

Es importante conocer la importancia de realizar un cuidado holístico, que abarque a la persona en todas sus dimensiones (cuerpo, mente, espíritu y medio ambiente).

En el proyecto realizado sobre los pacientes traqueostomizados, uno de los problemas que he encontrado es la gran carga de trabajo que tienen las enfermeras, lo que dificulta la interacción, la comunicación y educación a la persona con traqueostomía; se limitan a realizar el procedimiento del cuidado del estoma, y en algunas ocasiones, si la carga de trabajo lo permite, según realizan el cuidado van explicando al paciente el cuidado paso a paso para lograr que lo realicen de manera autónoma.

En los pacientes con traqueostomía, la comunicación y consejos son la clave para lograr un cuidado autónomo y efectivo.

Esto no es percibido por los pacientes, puesto que tras la realización de las encuestas he podido conocer de cerca el descontento que presentan en cuanto a la falta de información de cuidados y manejo en el domicilio, por parte de enfermeras y médicos cuando van a ser dados de alta hospitalaria.

En esos momentos pasan por distintas fases de emociones, sobre todo de miedo e incertidumbre donde la familia/amigos juegan un papel fundamental en ofrecer apoyo psicológico y seguridad ante los cuidados; potenciando y poniendo en marcha los conocimientos propios y del paciente. Es importante incluir a la familia porque serán quienes en el domicilio se dediquen al cuidado, hasta que logren un manejo autónomo por parte del paciente.

Los profesionales de salud, en este caso las enfermeras( personas encuestadas) desean y saben que es su deber ofrecer un cuidado holístico a todos los pacientes, pero como dije anteriormente y ellas mismas declararon: “ La falta de tiempo debido a la inmensa carga de trabajo que nos aborda en estos tiempos, nos impide y dificulta la realización de ese tipo de tareas de educación, de especial importancia y necesarias para minimizar en medida de lo posible la angustia y temor que genera este procedimiento y los cuidados que conlleva”.

Por lo tanto, como conclusión final, las enfermeras deben de seguir realizando la gran labor que ejercen, pero deben de conseguir vencer esos obstáculos que impiden la educación a los pacientes y familiares de manera plena.

Los pacientes encuestados pertenecientes a una asociación fueron intervenidos en hospitales tanto públicos como privados, pude observar que no existe una notoria diferencia. Todos los miembros de esta asociación que fueron encuestados coincidían en la opinión de que existe una falta de información sobre cómo manejarse en el domicilio, y coinciden en tener una baja capacidad de autocuidado (consideran su grado de capacidad entre 2 y 5).

## 6. REFERENCIA ANTROPOLÓGICA

Tras los resultados obtenidos en el estudios se ha concluido que los pacientes que han sido sometidos a la realización de una traqueotomía, pueden acceder a la información y apoyos que se encuentran disponibles en las diversas asociaciones, donde les ofrecen consejos, logopedas, terapias de grupo que les ayudan a compartir experiencias y a expresar sus miedos, de manera que es más accesible superar la fase de duelo por la que pasan en los primeros momentos.

En cambio, los pacientes traqueostomizados cuando están hospitalizados y en momento del alta, no reciben la información necesaria por parte de enfermería y/o del hospital, tal y como he obtenido en los resultados de las encuestas realizadas, dado que las enfermeras por la carga de trabajo no pueden impartir dicha educación sanitaria, por lo que si el objetivo es el beneficio del paciente, tal y como recogen los principios de la bioética beneficencia y no maleficencia no se está cumpliendo.

Con los resultados obtenidos debemos plantearnos que podemos mejorar para que el paciente traqueostomizado no se encuentre tan desamparado en el ámbito hospitalario de manera que en vez de buscar en las asociaciones el apoyo que por motivos de sobre carga de trabajo no se les puede dar en al ámbito hospitalario, deben buscar en dichas asociaciones apoyo como son las terapias de grupo, logopedas y/o ampliar esa información que les ha sido impartida por el personal sanitario que son los que les compete y están preparados y formados para ello.

Buscando en todo momento el bienestar del paciente, y respetando su autonomía de manera que si el paciente ha recibido la información necesaria al alta disminuiríamos el número de reingresos innecesarios y el riesgo de infecciones nosocomiales; permitiendo de esta manera que el paciente sea más autónomo ya que con la información adecuada no dependerá tanto del sistema sanitario.

Tras realizar una exhaustiva búsqueda bibliográfica he podido comprobar que en internet se encuentran disponibles diferentes guías de cuidados sobre traqueostomias en las diferentes Comunidades Autónomas, así como información acerca de las distintas asociaciones, donde pueden poner en conocimiento la práctica del cuidado.

Lo que se pretende con el desarrollo de este trabajo es dar a conocer a las enfermeras la falta de consejos que existe y la importancia de ofrecerlos; en mi opinión esto beneficia de manera grata tanto a los pacientes como a las enfermeras.

Por un lado, a las enfermeras ya que les permite conocer con certeza este descontento que presentan los pacientes. Las enfermeras eran conscientes de este descontento por la falta de información ofrecida, por ello en el Hospital Infanta Leonor se ha creado este año 2015 un área especial dedicada a las ostomias, en el cual falta por incluir las traqueostomias.

Por otro lado, el proyecto supone un beneficio para los pacientes puesto que permite dar a conocer al sistema sanitario la falta de información e implicación en educación para la salud que existe en el ámbito hospitalario a la hora de realizar el alta domiciliaria, y de esta manera se tomarán medidas para reducir o erradicar este problema. Debido al conocimiento que tienen las enfermeras acerca de este hecho, se ha decidido crear un nuevo área dedicado a pacientes con ostomias, en el cual como he dicho anteriormente falta por incorporar las traqueostomias. Este proyecto puede suponer un gran paso para favorecer la instauración de las traqueostomias en esta nueva sección



## 7. BIBLIOGRAFÍA

Copa Ariel, Diego. Guares Elias, Arany. Traqueostomía [Internet] Universidad Bolivia [C

- M. Esquinas, Antonio. Cuidados respiratorios en críticos. Bases y principios. 1ª Ed. Asociación y escuela internacional de ventilación mecánica no invasiva; 2009.
- Tortora Gerard. Derrickson Bryan. Principios de anatomía y fisiología. 11º Ed. Panamerica; 2010 citado 2013]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/sandro.al/traqueostomia-21120956>
- Ávila, Enrique. Maldonado, Eduardo. Rodríguez, Abiel. Traqueostomía [Internet][Citado 2014 Mar 29]. Disponible en:
  - <http://es.slideshare.net/jesusenri/traqueostoma-32893635?related=1>
- Castellano, Kleyber. Traqueostomía. [Internet][Citado 2011 Abr 14] Disponible en: <http://es.slideshare.net/blacksaturn/traqueostoma?related=2>
- Goldenberg D<sup>1</sup>, Ari EG, Golz A, Danino J, Netzer A, Joachims HZ. Tracheotomy complications: a retrospective study of 1130 cases.[Internet][Citado 2000 Oct]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11020193>
- NewsMedical. Historia de traqueostomía.[Internet][Citado 2011 Mar 15] Disponible en: <http://www.news-medical.net/health/Tracheotomy-History-%28Spanish%29.aspx>
- S, Aaron. Tracheostomy page.[Internet][Citado 1996] Disponible en: <http://www.tracheostomy.com/spanish/history.htm>
- Lynch William. ¿Qué es un tubo de traqueostomía fenestrado? [Internet][Citado 2013] Disponible en: [http://www.ehowenespanol.com/tubo-traqueostomia-fenestrado-hechos\\_153169/](http://www.ehowenespanol.com/tubo-traqueostomia-fenestrado-hechos_153169/)

- Hospital Universitario Reina Sofia. Cuidados de pacientes con cánula de traqueostomía. [Internet][Citado 2010 Oct 27] Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user\\_upload/area\\_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos\\_2012/d52\\_recomendacion\\_uso\\_canulas.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/d52_recomendacion_uso_canulas.pdf)
- Revisión sistemática del momento de realizar la traqueostomía. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2015 Mar 12] ; 30(2): 87-89. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912006000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000200011&lng=es).
- Liu CC, Livingstone D, Dixon E, Dort JC. Early versus late Tracheostomy. A systematic review and meta-analysis. [Internet][Citado 2014 Dic 12] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25505259>
- Liu X, Wang HC, Xing YW, Wang T. The effect of early and late tracheotomy on outcomes in patients: a systematic review and cumulative meta-analysis. [Internet][Citado 2014 Oct 10] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25305270>
- Shan L, Hao P, Chen YG. Benefits of early tracheotomy: a meta-analysis based on 6 observational studies.[Internet][Citado 2013 May 7] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23651574>
- Braune S, Kluge S. Update on tracheotomy. [Internet][Citado 2012 Sep 27] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23010856>
- Goldenberg D<sup>1</sup>, Ari EG, Golz A, Danino J, Netzer A, Joachims HZ. Tracheotomy complications: a retrospective study of 1130 cases. [Internet] [Citado 2010 Oct] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11020193>

- Dornas Claudio. Da cruz Leonardo. Cesar Paulo. Armond Camila. Oliveira. Perfil epidemiológico de los pacientes con traqueotomía en una unidad de cuidados intensivos. [Internet] [Citado 2010 Mar] Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=550580&indexSearch=ID>
- Marmoru Sakae, Thiago. Cargin Henrique, Beatriz. Soares Prates, Marco. Faria Maraschin Jorge. Traqueostomia precoz y tardia en pacietnes en unidad de cuidados intensivos. [Internet] [Citado 2010 Nov] Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1599>
- Gallardo Adrian. ¿Traqueostomia precoz o tardia? [Internet] [Citado 2014 Jun] Revista Americana de Medicina Respiratoria Vol 14. Disponible en: [http://www.ramr.org/articulos/volumen\\_14\\_numero\\_2/revision\\_bibliografica/mere2\\_4.pdf](http://www.ramr.org/articulos/volumen_14_numero_2/revision_bibliografica/mere2_4.pdf)
- León Acuña, Paula. Traqueostomia: indicaciones y técnica. [Internet] [Citado 2011 Jul 26] Disponible en: [http://www.cirurgiahsalvador.cl/ed\\_continua/presentaciones/472-traqueostomia--indicaciones-y-tecnica.html](http://www.cirurgiahsalvador.cl/ed_continua/presentaciones/472-traqueostomia--indicaciones-y-tecnica.html)
- PT Engels. SM Bagshaw. PG Brindley. Traqueostomia: desde la insercion a la decanulación.[Internet][Citado 2014 May 26] Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=62826>
- Direccion general de calidad. Guia de recomendaciones al paciente traqueostomizado. [Internet] [ Citado 2006 Dic] Disponible en: <http://www.adelacv.org/drupal/sites/default/files/traqueotomia.pdf>
- Hernández Carlos. Bergeret Juan Pedro. Hernández Marcela. Traqueostomia: Principios y técnica quirúrgica. [Internet] [Citado 2007] Disponible en: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v21n1/art13.pdf>

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1: CUESTIONARIO ENFERMERAS

Esta encuesta forma parte de un trabajo de investigación realizado por alumna de 4º grado de enfermería para la realización del proyecto fin de carrera. La elaboración de esta encuesta es voluntaria. Gracias por su colaboración.

1▪ ¿Opinas que los enfermos traqueostomizados reciben la información necesaria para llevar a cabo los cuidados de su estoma en el domicilio?

2▪ En el hospital, ¿Contáis con guías para ofrecer al paciente tras el alta?

3▪ ¿Existen protocolos actualizados en la unidad?

4▪ ¿Cree que en la práctica se siguen las intervenciones validadas en las guías/protocolos?

5▪ ¿Cree que existe coordinación entre el equipo multidisciplinar formado por médico, oncólogo, nutricionista y enfermería?

6. ¿Realiza algún informe de alta para la continuidad de los cuidados?

7. ¿Cómo cree que debería ser el cuidado de las enfermeras para las personas con traqueostomía?

## ANEXO 2 CUESTIONARIO PACIENTES

Esta encuesta forma parte de un trabajo de investigación realizado por alumna de 4º grado de enfermería para la realización del proyecto fin de carrera. La elaboración de esta encuesta es voluntaria. Gracias por su colaboración.

- 1▪ ¿Está satisfecho con la información recibida en el hospital tras el alta?
  
- 2▪ Del 0 al 10, ¿Cómo considera su grado de capacidad para cuidarse solo el estoma?
  
- 3▪ ¿Cree que existe coordinación entre el equipo multidisciplinar formado por médico, oncólogo, nutricionista y enfermería?
  
- 4 ▪ ¿Tiene fácil acceso a las asociaciones? ¿Se encuentra en alguna?
  
- 5▪ ¿Le ofrecieron alguna Figura de referencia (médico, enfermero, psicólogos) con los que comunicarse tras el alta?
  
- 6▪ ¿La información recibida en el hospital, tiene continuidad en el centro de atención primaria?
  
7. Tras el alta hospitalaria, ¿se encargaba usted del cuidado del estoma o cuidador/familia?

### **ANEXO 3 CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN A PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS**

Yo.....identificado(a) con DNI.....declaro mediante este consentimiento que acepto participar en el proyecto de investigación sobre cuidados de traqueostomía. Siendo realizado por la estudiante (Beatriz Fernández Sardinero) de la Universidad Francisco de Vitoria, cursando 4º grado de enfermería.

Por ello, después de haber sido informado(a), doy mi consentimiento para participar en la realización de cuestionarios realizados por la estudiante; conociendo que la información recibida de ellas, será confidencial, garantizando el respeto a la privacidad.

*Firma:*

## **ANEXO 4 DOCUMENTO DIRIGIDO A LA SUPERVISIÓN DEL HOSPITAL INFANTA LEONOR**

Tras la elaboración de este documento pretendo informar acerca de la realización de un proyecto de investigación basado en los cuidados de traqueostomía, realizado por estudiante de 4º grado de enfermería, en la Universidad Francisco de Vitoria.

Para ello solicito la colaboración de las enfermeras de la unidad de cirugía general del Hospital Infanta Leonor.

La elaboración de la encuesta es anónima y voluntaria. Respetando la privacidad y confidencialidad de los datos.

Gracias por su colaboración.

## ANEXO 5

### GUIA DE CUIDADOS PARA PACIENTES PORTADORES DE TRAQUEOSTOMÍA

VIDA SOCIAL Le recomendamos: Su vida social no debe cambiar, manteniendo las normales medidas de higiene. Evite deportes de esfuerzo y acuáticos. Según la intervención, para favorecer la comunicación oral, se deberá tapar el estoma para hablar o acudir a un especialista que le ayude. Pregunte su médico su caso concreto. No existe ningún problema para mantener relaciones sexuales (tenga en cuenta que pueden aumentar las secreciones durante las mismas). No fume ni beba alcohol. Si usted ha sido sometido a cirugía y es portador, de manera temporal o permanente, de una traqueostomía le rogamos que siga estas breves instrucciones mencionadas anteriormente.

#### MATERIAL NECESARIO EN EL DOMICILIO AL ALTA

- Humidificadores
- Cánula de recambio
- Lubricante hidrosoluble
- Gasas
- Suero fisiológico (SF)
- Povidona yodada

#### CUIDADOS DEL ESTOMA:

El estoma traqueal debe curarse una vez al día y más a menudo si estuviera sucio. Para la cura tiene que prepararse un paquete de gasas con SF y otro con povidona yodada. Primero debe limpiarlo con el SF y posteriormente con la povidona.

Si su cánula tiene 2 partes (macho y hembra), se debe de cambiar la cánula interna (o macho) al menos una vez al día. Para extraerla, rote la cánula y extráigala con cuidado. Lávela según indicaciones. Debe cambiar la cánula entera a diario. Para extraerla retire las cintas de sujeción y el globo, si tiene, y retírela hacia delante. Frente al espejo cure el estoma y, una vez curado, lubrique la nueva cánula e insértela de lado haciendo una pequeña rotación a medida que la introduce. Infle el balón en caso de que lo tuviera.

NOTA: Si tiene alguna duda, póngase en contacto con su médico o enfermero/a. Teléfono: 91.7878600