



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud**

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO

***PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EN PACIENTES LARINGECTOMIZADOS.***

Autor/a: Francisca Martínez Lozano

Tutor/a: Juan Francisco León Puy

RESÚMEN:

Introducción: Los pacientes que se someten a una laringectomía radical ven amenazada su calidad de vida debido al proceso de amputación que sufren con la intervención quirúrgica, generándoles angustia llegando a la depresión, inquietud, estrés, miedo y desconocimiento, demandando tanto necesidades psicológicas como físicas. La enseñanza y motivación del paciente es muy importante para aceptar y superar sus limitaciones. Es de vital importancia realizar programas de salud dirigidos a una educación para la salud (EPS) de estos pacientes.

Objetivo: Realizar un programa de EPS, para la disminución del temor y la ansiedad ante la pérdida de su calidad de vida en los pacientes laringectomizados.

Hipótesis: Habrá una disminución de temor y de ansiedad en más del 50% de los pacientes laringectomizados después de la EPS.

Metodología: Estudio descriptivo transversal de las variables obtenidas a través de dos cuestionarios sobre estado de ánimo y nivel de ansiedad. El periodo de estudio será de un año. **Ámbito y sujetos de estudio:** Todos los pacientes susceptibles de laringectomía total en el periodo de un año, de la planta de otorrinolaringología del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, y que deseen participar en el programa de salud. **Variables a estudiar:** Edad, Sexo, exposición a quimioterapia, a radioterapia, apoyo familiar, situación laboral, localización tumoral, comorbilidad y hábitos tóxicos.

Intervención: Los pacientes recibirán EPS en la planta y además recibirán la visita de miembros de la asociación de laringectomizados de Aragón, que estarán apoyadas por sesiones de metodología individual dependiente de un psicoterapeuta. Para determinar el nivel de temor y de ansiedad del paciente se utilizarán escalas validadas, heteroadministradas que se le entregarán a los pacientes antes y después de la EPS, usando la Escala de Depresión de Hamilton (HAM-A), para medir el estado de ánimo y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), para medir el nivel de ansiedad.

Análisis de los datos: Descriptivo de las características de la población medidas a través de las variables y de las puntuaciones de las dos escalas en ambas mediciones. Para la comparación de las variables utilizaremos los test paramétricos correspondientes al estudio en cuestión.

Palabras clave: Laringectomía, educación sanitaria, enfermería, depresión, ansiedad.

INTRODUCCIÓN:

El término traqueotomía deriva del griego y significa abrir la tráquea, de ella se encuentran referencias en los tratados médicos más antiguos, como el Rig Veda, de la época hindú (2.000 a. de C.), y el Papiro de Eber, de los egipcios (1.500 a. de C.).¹

El primer caso documentado de una traqueotomía exitosa fue publicado en 1546 por Antonio Musa Brasavola (1490-1554), quien curó a un paciente que sufría de un absceso en la laringe con este procedimiento. Se le atribuye a Sanctorius (1561-1636) el haber hecho uso de un trocar por primera vez en la operación, luego de la cual recomendó dejar la cánula en su lugar por unos días¹.

En el siglo XVII, el francés Nicholas Habicot (1550-1624) publicó un libro en el decía haber realizado cuatro *broncotomías* exitosas, también recomendaba este tratamiento para aquellos que sufrían de una inflamación en la laringe y utilizó herramientas similares a las usadas hoy en día, con excepción de la cánula de sólo un tubo¹.

Sin embargo, hasta mediados del siglo XIX, y a causa de la terrible epidemia de difteria, que asoló Europa y Estados Unidos, la traqueotomía no se puso en práctica de manera generalizada, demostrando su utilidad, e incorporándose al arsenal de las técnicas quirúrgicas de empleo regular en la Medicina moderna¹.

La laringe, según la concepción clásica, constituye el primer segmento del árbol respiratorio, aunque esto no corresponde a la realidad. Desde luego es, antes que nada, un órgano respiratorio, pero además su configuración interior permite la emisión de sonidos. La fonación solo es posible cuando las cuerdas se ponen en contacto intermitente en toda su longitud.

Se denomina cáncer laringeo a las neoformaciones malignas originadas a expensas de los tejidos encerrados (mucosa) en el esqueleto cartilaginoso y que no lo rebasan hasta una fase avanzada de su desarrollo. El cáncer de laringe casi es privativo del varón, de cada 10 hombres existe 1 mujer; la media de edad es de 60 años.

Cuando las lesiones son tan extensas que la posibilidad de una cirugía conservadora son nulas, pero caben fundadas esperanzas de curación si se extirpa toda la laringe, debemos recurrir a la laringectomía total. Las tres funciones involucradas son: la función respiratoria, la función fonatoria y la función deglutoria. La supresión definitiva de la laringe supone la imposibilidad de tener voz, y el paciente dependerá de una prótesis o bien se reeducará y aprenderá a hablar con voz erignofónica.

La pérdida de la voz no es el único déficit con que se encuentra el paciente laringectomizado, también se encuentra involucrada su imagen (tendrá que enfrentarse a sí mismo, a la familia y a la sociedad). La aceptación de la nueva situación, holísticamente hablando, dependerá de como viva el paciente su experiencia. Pero siempre hay unas respuestas ante las situaciones que no cambian: miedo, ansiedad, inseguridad, baja su autoestima, dependencia de los demás, etc..., demandando tanto necesidades psicológicas como físicas^{2,3}.

La calidad de vida de estos pacientes depende de la adaptación psíquica al trauma quirúrgico, de la calidad de la reeducación vocal y de la posibilidad de que la reinserción social, laboral y familiar sea satisfactoria.^{4,5} No obstante, si bien en principio les cuesta mucho trabajo superar estas dificultades, cuando lo hacen y aprenden a vivir con ellas, es una de las intervenciones mejor aceptadas.²

La información al paciente y a la familia es vital para acelerar la recuperación, evitando algunas complicaciones postoperatorias,⁶ consiguiendo disminuir la angustia y facilitando la adaptación del paciente y su familia a la nueva situación⁷ La información que se brinda abarca diferentes aspectos relacionados con el postoperatorio inmediato, con los cuidados sobre el traqueostoma y el mantenimiento de las cánulas, y con consejos para su reincorporación a la vida diaria^{8,9}

Y es aquí donde enfermería juega un papel de gran relevancia, ya que su posición ante el enfermo y la familia la colocan en un lugar de vital importancia, al poder realizar programas de salud dirigidos a una educación

para la salud (EPS) exclusivamente para este tipo de pacientes, donde la intervención principal será el apoyo psicológico al paciente y a la familia del paciente laringectomizado.

La enseñanza y motivación del paciente es muy importante para aceptar y superar estas limitaciones y miedos, insistiendo en el apoyo psicológico al paciente laringectomizado y a la familia para obtener unos cuidados integrales, es decir, unos cuidados bio-psico-sociales. Es vital realizar programas de salud dirigidos a una Educación para la Salud holística (EPS) de estos pacientes. Potenciaremos así el desarrollo del producto enfermero el cual está directamente relacionado con la calidad de los cuidados integrales, e influye de manera relevante en la calidad percibida por el paciente y su familia adaptándose a las necesidades del paciente laringectomizado.^{6,7}

HIPOTESIS:

Habrá una disminución del temor y la ansiedad en el 50% de los pacientes laringectomizados después de llevar a cabo la EPS.

OBJETIVO:

Llevar a cabo un programa de EPS, creado por el personal de enfermería de la Planta de Cirugía Otorrinolaringología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, para la disminución del temor y la ansiedad ante la pérdida de calidad de vida en los pacientes laringectomizados.

METODOLOGÍA:

Es un estudio descriptivo transversal. Los población total de laringectomizados durante un año es aproximadamente 10/15 pacientes, la muestra será la población total, teniendo como criterios de exclusión todo paciente que no quiera recibir dicha EPS.

El periodo de desarrollo del estudio será de un año.

Las Variables seran:

- Variables dependientes:

- ✓ Presencia y grado de depresión del paciente. Se utilizará la escala de Depresión de Hamilton. Se trata de una escala heteroadministrada de 14 items, que se puntuán de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.
- ✓ Presencia y grado de ansiedad. Para ello se utilizará el Inventory de Ansiedad de Beck. Tiene 21 items y se puntuán de 0 (en absoluto) a 3 (severamente, casi no pude soportarlo).

- Variables independientes:

- ✓ Variables cuantitativas: Edad medida en años.
- ✓ Variables cualitativas dicotómicas: Sexo, quimioterapia, radioterapia, apoyo familiar.
- ✓ Variables cualitativas no dicotómicas: Situación laboral, localización tumoral, comorbilidad y hábitos tóxicos.

Será un análisis descriptivo de las características de la población medidas a través de las variables y de las puntuaciones de las dos escalas en ambas mediciones. Los datos serán analizados con el paquete de programas estadísticos SPSS 15. Para la asociación entre las variables dependientes y las independientes utilizaremos un test de contraste de medias realizando un análisis bivariante o multivariante (utilizando test paramétricos si cumple las condiciones de aplicación o no paramétricos si no las cumple). Al ser una muestra pequeña, es probable que haya que aplicar test no paramétricos.

Las dificultades y limitaciones al tratarse de un estudio con un amplio periodo de recogida de datos, consideramos que pueden surgir los siguientes sesgos:

- Falta de colaboración de los pacientes y/o abandonos antes de la finalización de la recogida de datos.

- Fallecimientos durante el estudio.
- La laringectomías radicales son un tipo de intervención poco frecuente por lo que el número de sujetos de estudio va a ser bajo. Así mismo el porcentaje de hombres respecto al de mujeres que se someten a ella es mucho más alto.

DESARROLLO:

En el Servicio de Cirugía Otorrinolaringología (C.ORL) del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (H.U.M.S.) nos planteamos incluir la mejora en la calidad de los cuidados de enfermería. Para ello buscamos las dos perspectivas de acción, la que corresponde a la satisfacción del paciente y su familia y la relacionada con la satisfacción de los propios profesionales de enfermería.

Creemos que lo más adecuado en estos casos es basarnos en la obtención de resultados en las dimensiones de seguridad, satisfacción y aceptabilidad por parte del paciente y su familia y de adecuación y continuidad por parte del personal de enfermería. Utilizando dimensiones de calidad tanto intrínsecas como extrínsecas.

En la formación del grupo de calidad hemos tenido en cuenta al personal enfermero estable (plaza fija o interinidad), por ser los que pueden determinar las necesidades de salud, tanto reales como sentidas a tener en cuenta desde un punto de vista más fiable y objetivo, dando criterios de valoración efectivos, realistas, válidos y relevantes.

A través de la técnica de tormenta de ideas, se han determinado las necesidades de mejora en el servicio. Entre todos los miembros del equipo de calidad se considera que las acciones pueden ir encaminadas hacia múltiples opciones. **(Anexo 2)**

Ante la necesidad de priorización de una de las necesidades que será la que se convertirá en problema, hemos utilizado la Técnica del Grupo Nominal (TGN), averiguando, a través de la propia experiencia y de una

revisión bibliográfica reciente que realizó el equipo para otro proyecto, las frecuencias de presentación de las necesidades. Con esto hemos dotado a las necesidades de criterios de cronicidad, magnitud, riesgo, mensurabilidad, carácter interfuncional (al involucrar a diferentes servicios) y dependencia interna al poder solucionar nosotros mismos el problema resultante de la elección. Con las frecuencias relativas de las necesidades y las absolutas realizamos el Diagrama de Pareto.**(Anexo 3)** Además podemos trabajar con la segunda necesidad no como problema, sino como posibilidad de mejora.

Nuestro siguiente paso es la localización de las causas – efectos del problema susceptible de mejora, para lo que utilizaremos el diagrama de Ishikawa.**(Anexo 4)** Con una nueva tormenta de ideas clasificamos las causas de la ansiedad y el temor en cuatro grandes apartados que hacen referencia al Paciente, al Profesional, al Material y a la Organización:

- Paciente:
 - Miedo al grado o intensidad de cambio en su calidad de vida.
 - Incertidumbre del paciente por la escasa información obtenida.
 - Falta de EPS en los cuidados pre y postquirúrgicos.
 - La cultura sanitaria propia del paciente.
- Profesional
 - Falta de experiencia.
 - Desmotivación del personal y el cansancio.
 - Falta tiempo para realizar la EPS.
 - Falta de formación en el cuidado de la patología.
- Material
 - Falta de recursos y herramientas para realizar EPS.
 - Inexistencia de un lugar para realizar la EPS.
 - Carencia de intimidad para el desarrollo de la actividad.
 - Falta de tiempo para su realización.
- Organización
 - Falta de cursos de formación al personal.

- Inexistencia de protocolos de actuación adecuados.
- Falta de motivación del profesional.

Tras la obtención de todas las causas, tanto las principales como las secundarias, las agrupamos en tres categorías: **(Anexo 5)**

- Causas que tienen una solución directa
- Causas que requieren una evaluación
- Causas que son notificables

La actuación que realicemos sobre estas causas tendrá su repercusión sobre el problema o efecto. Esto viene representado en el diagrama de Isikawa.**(Anexo 4)**

Queremos obtener la información del problema necesaria que nos permita:

- Valorar el grado de depresión según la escala de Hamilton.
- Valorar el grado de ansiedad según el Inventory de Beck.
- Comprobar que el grado de depresión disminuye tras recibir la EPS.
- Comprobar que el grado de ansiedad disminuye tras recibir la EPS.
- Mejorar la Calidad de esta tarea.
- Rentabilizar y aumentar la eficacia del tiempo empleado en esta tarea, sin menoscabo del resto de Cuidados de Salud sobre el paciente al evitar interrupciones.

Con esta información marcamos los resultados a conseguir, que serán los que fijemos en los estándares de los indicadores. Podemos decir que queremos obtener un aumento considerable en el porcentaje de pacientes que tienen información de su proceso, que disminuirán su temor ante el proceso quirúrgico y ante el afrontamiento en los cambios de su calidad de vida y su reinserción en la sociedad, consiguiendo un elevado grado de autonomía en sus cuidados.

Queremos ofrecer cuidados enfermeros de calidad aumentando la

eficiencia de estos, para ello formaremos al total de la plantilla en el programa de educación sanitario, en la recogida fiable y objetiva de las variables y, de forma optativa, en la lectura y tratamiento de esas variables.

Las medidas correctoras que vamos a utilizar y la forma de implantarlas se decide a través de una lluvia de ideas y se organizaran con el Diagrama de Afinidades. **(Anexo 6)**

De forma individual escribiremos las ideas en un papel, asociando la acción, el sujeto responsable y el lugar con el problema. De forma grupal estratificaremos todas las ideas de los componentes del grupo de calidad en conjuntos.

Para ello nos haremos la pregunta “¿Qué podemos hacer para mejorar en el problema de salud en el que trabajamos?” Contestaremos con acciones concretas dirigidas a: **(Anexo 7)**

- La formación del paciente
- La formación del personal de enfermería
- El aumento de la efectividad de los cuidados

Para poder comenzar nuestra actividad es imprescindible recabar la mayor cantidad de información del estado del paciente que nos sea posible, ayudandonos de dos escalas validadas, que valoran el nivel de temor y de ansiedad que presenta una persona. Son escalas heteroadministradas, que se entregarán al paciente antes y después de la EPS. Son las escalas de Depresión de Hamilton (HAM-A) **(Anexo 8)** y el inventario de Ansiedad de Beck (BAI). **(Anexo 9)**

Así las actividades a desarrollar serán: **(Anexo 10)**

- 1.- Consentimiento verbal de querer participar en el estudio
- 2.- Valoración del nivel de temor del paciente al ingreso
- 3.- Entrega de la “Guía del paciente laringectomizado”¹¹⁻²¹ **(Anexo 11)**
- 4.- A las 72 horas de la intervención se valorará el grado de ansiedad

5.- Comprobación de que el grado de ansiedad disminuye tras recibir la EPS.

6.- Han sido visitados por miembros de la asociación ARALVOZ.

7.- Tres veces a la semana estarán apoyados por sesiones de metodología individual dependiente de un psicoterapeuta.

Ver cronograma específico de actividades a través del diagrama de Gantt.

(Anexo 12)

Como indicadores definimos los siguientes grupos:

GRUPO 1: Relacionados con el paciente.

- % de pacientes que son intervenidos de una laringectomía total con información previa de su proceso. **(Anexo 13)**
- % de los pacientes que tras la EPS han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida. **(Anexo 14)**
- % de los pacientes que tras la EPS han reducido su nivel de preocupación ante el reingreso en la sociedad. **(Anexo 15)**
- % de los pacientes que tras la EPS consideran que tienen suficiente autonomía para no depender de los demás. **(Anexo 16)**

GRUPO 2: Relacionados con los profesionales enfermeros:

- % de profesionales enfermeros que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria. **(Anexo 17)**
- % de profesionales enfermeros que recibirán formación para la adecuada recogida de datos, disminuyendo los sesgos de información. **(Anexo 18)**
- % de profesionales enfermeros que reciben formación para la interpretación de las variables. **(Anexo 19)**

GRUPO 3: Relacionados con el aumento de la efectividad de los cuidados:

- % de pacientes que son independientes en el autocuidado diario.

(Anexo 20)

CONCLUSIONES

Consideramos:

GRUPO 1: Relacionados con el paciente.

- Que disminuya el grado de ansiedad y de temor en los pacientes que vayan a ser intervenidos de una laringectomía total al tener conocimiento e información previa de su proceso.
- Que aumente el % de los pacientes que tras la EPS han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida.
- Que aumente el % de los pacientes que tras la EPS han reducido su nivel de preocupación ante el reingreso en la sociedad.
- Que aumente el % de los pacientes que tras la EPS consideran que tienen suficiente autonomía para no depender de los demás.
- Que aumente el % de los pacientes que perciban unos cuidados de calidad

GRUPO 2: Relacionados con los profesionales enfermeros:

- Que aumente el % de profesionales enfermeros que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria.
- Que aumente el % de profesionales enfermeros que recibirán formación para la adecuada recogida de datos, disminuyendo los sesgos de información.
- Que aumente el % de profesionales enfermeros que reciben formación para la interpretación de las variables.
- Que aumente el grado de satisfacción en el arte del cuidar.

GRUPO 3: Relacionados con el aumento de la efectividad de los cuidados:

- Que aumente el % de pacientes que son independientes en el autocuidado diario.
- Que aumente el % de familiares que puedan colaborar en el cuidado diario.

BIBLIOGRAFIA RELEVANTE:

Las bases de datos que he utilizado para la obtención de la bibliografía son PubMed, Dialnet, Cochrane, Cuiden, además de Google académico.

1. Poza Artés CM, Ortíz Jiménez FM. Mi lucha: relato de un paciente laringectomizado total. Arch Memoria 2006; 3(1). Disponible en <http://www.index-f.com/memoria/3/a0612.php> Consultado el 19 de abril de 2009.
2. Poza-Artés CM, Ortiz-Jiménez FM. Plan de cuidados al paciente laringectomizado total. Caso clínico. Evidentia 2006 nov-dic; 3(12). Disponible en <http://www.indexf.com/evidentia/n12/266articulo.php> Consultado el 24 de abril de 2009.
3. Álvarez Álvarez, MF. Henríquez García, D. Martín Adrián, AL. Atención de enfermería al paciente traqueostomizado. [manuscrito de Internet]. Consultado el 6 de noviembre de 2008. URL. disponible en: http://www.ccoosanidadcanarias.com/CURSOS/ATENCION_ENFERMERIA_PACIENTE_TRAQUEOSTOMIZADO.pdf
4. Cady J. Laryngectomy: beyond loss of voice-caring for the patient as a whole. Clin J Oncol Nurs. 2002 Nov-Dec;6(6):347-51
5. Martínez Lozano F. Tratamiento conservador en la fistula postquirurgica en la cirugía faringo-laringea. Cuid Salud 2004; 5 (4): 23 – 27.
6. Martínez Lozano F. Práctica compleja de enfermería: recomendaciones al alta del paciente con laringectomía parcial o total. Cuid Salud 2006; 6: 49-51.
7. Poza Artés CM, Ruiz Magaña 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.php>. Consultado el 11 de

noviembre 2008.

8. Newell R, Ziegler L, Stafford N, Lewin RJ. The information needs of head and neck cancer patients prior to surgery. *Ann R Coll Surg Engl.* 2004 Nov;86(6):407-10
9. Hamilton M. Escala de evaluación para la depresión de Hamilton (Ramos – Brieva y Cordero) (HRSD). S.I.: Faes Farma; 2005.
10. Beck AT. *Inventario de ansiedad de Beck (BAI).* S.I.: Faes Farma; 2005.
11. Carlos Rojas, Z. *Intervención en la voz: Terapia vocal laringectomizados.* Disponible en <http://es.scribd.com/doc/23548222/13-Terapia-vocal-laringectomizados>. Consultado el 16 de Marzo de 2012.
12. Álvarez Lami, L. *Rehabilitación del paciente laringectomizado.* Disponible en: www.sld.cu/.../rehabilitacion-del-paciente-laringectomizado.pdf Consultado el 16 de Marzo de 2012.
13. Guia del laringectomizado. Disponible en: <http://www.alamursanblas.es.tl/GUIA-DEL-LARINGECTOMIZADO.htm> Consultado el 16 de Marzo de 2012.
14. Mariella Poblete, S. *Manejo logopédico del paciente laringectomizado.* Disponible en: http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=250 Consultado el 16 de Marzo de 2012.
15. Miró Llull, JM. Andrés Cañas y el cáncer de laringe. Disponible en: <http://www.logopediapsicologia.com/tag/laringectomizados/> Consultado el 16 de Marzo de 2012.
16. Lima da Silva,L., Pinto, MP., Fontão Zago,MM. *Assistência de enfermagem ao laringectomizado no período pós-operatório. Laryngectomized in postoperative period: the nursing care.* Disponible en: www.inca.gov.br/rbc/n_48/v02/.../artigo1.pdf Consultado el 16 de Marzo de 2012.

17. Ayuda al Laringectomizado. Disponible en: <http://sejiva.galeon.com/>
Consultado el 16 de Marzo de 2012.
18. Mancilla Salcedo, BA. El paciente laringectomizado. Disponible en: www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/.../paciente_laringectomizado.pdf
Consultado el 16 de Marzo de 2012.
19. Orduña Beuzón, AJ., Vicente Bardón, JM., Martínez Gago, AL., Plaza Mayor, G. Comunicación de necesidades en el paciente laringectomizado: Pictorrino © Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/acta-otorrinolaringologica-espanola-102/comunicacion-necesidades-paciente-laringectomizado-pictorrino-> Consultado el 16 de Marzo de 2012.
20. Len Librizzi. RespiraciÃ³n De Rescate Para Laringectomizados Y Otros Que Respiran Por El Cuello. Disponible en: www.webwhispers.org/library/.../SpanishRescueBreathing1-05.pdf
Consultado el 16 de Marzo de 2012.
21. Miró Llull, JM. Buceador profesional laringectomizado. Disponible en: <http://bitacora.mirollull.com/post/44240> Consultado el 16 de Marzo de 2012.