



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

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO

ANEXOS

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

Autor/a: Francisca Martínez Lozano

Tutor/a: Juan Francisco León Puy

(ANEXO 1)

INDICE

	Pag.
RESUMEN	2
Palabras claves	3
INTRODUCCION	4
HIPOTESIS	6
OBJETIVO	6
METODOLOGIA	6
Tipo de estudio	6
Población	6
Tiempo de desarrollo	6
Variables	7
Sesgos	7
DESARROLLO	8
Acciones (Anexo 2)	8
Necesidades (Anexo 3)	9
Causas/Efectos (Anexo 4)	9
Agrupación de Causas (Anexo 5)	10
Implantación de la Medidas (Anexo 6)	11
Acciones concretas (Anexo 7)	11
Escala de Hamilton (Anexo 8)	11
Inventario de Beck (Anexo 9)	11
Actividad a desarrollar (Anexo 10)	11
Guia del laringectomizado (Anexo 11)	11
Cronograma (Anexo12)	12
Indicadores	12
Relacionados con el paciente	12

(Anexo 13, 14, 15 y 16)		
Relacionados con los profesionales (Anexo 17, 18 y 19)		12
Relacionados con la efectividad (Anexo 20)		12
CONCLUSIONES		13
BIBLIOGRAFIA		14
ANEXOS		
Anexo 1: Indice		17
Anexo 2: Necesidades		19
Anexo 3: Diagrama de Pareto		20
Anexo 4: Diagrama de Isikawa		21
Anexo 5: Causas		22
Anexo 6: Diagrama de Afinidades		23
Anexo 7: Pregunta		24
Anexo 8: Escala de Hamilton		25
Anexo 9: inventario de Beck		30
Anexo 10: Tipo de Intervención		31
Anexo 11: Guía del Laringectomizado		33
Anexo 12: Diagrama de Gantt		46
Anexo 13: Grupo 1, Ind. 1		47
Anexo 14: Grupo 1, Ind. 2		48
Anexo 15: Grupo 1, Ind. 3		49
Anexo 16: Grupo 1, Ind. 4		50
Anexo 17: Grupo 2, Ind. 1		51
Anexo 18: Grupo 2, Ind. 2		52
Anexo 19: Grupo 2, Ind. 3		53
Anexo 20: Grupo 3, Ind. 1		54

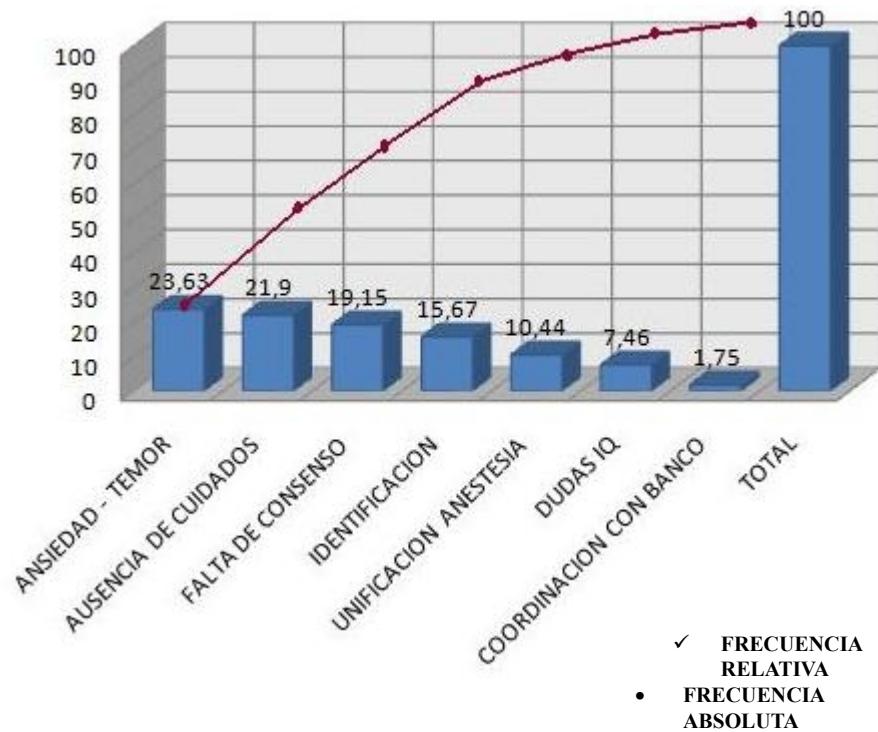
(ANEXO 2)

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.

- ✓ Ansiedad y temor del paciente antes de la intervención quirúrgica.
- ✓ Ausencia de cuidados protocolizados del traqueostoma.
- ✓ Dudas que hacen referencia a la intervención quirúrgica.
- ✓ La unificación de la consulta de anestesia con el ingreso el día previo.
- ✓ Falta de consenso en el mantenimiento del material del servicio.
- ✓ Perfecta identificación de los pacientes.
- ✓ Coordinación con el banco de sangre para verificar la disponibilidad de sangre el día anterior a la intervención quirúrgica para evitar anularla por su falta.

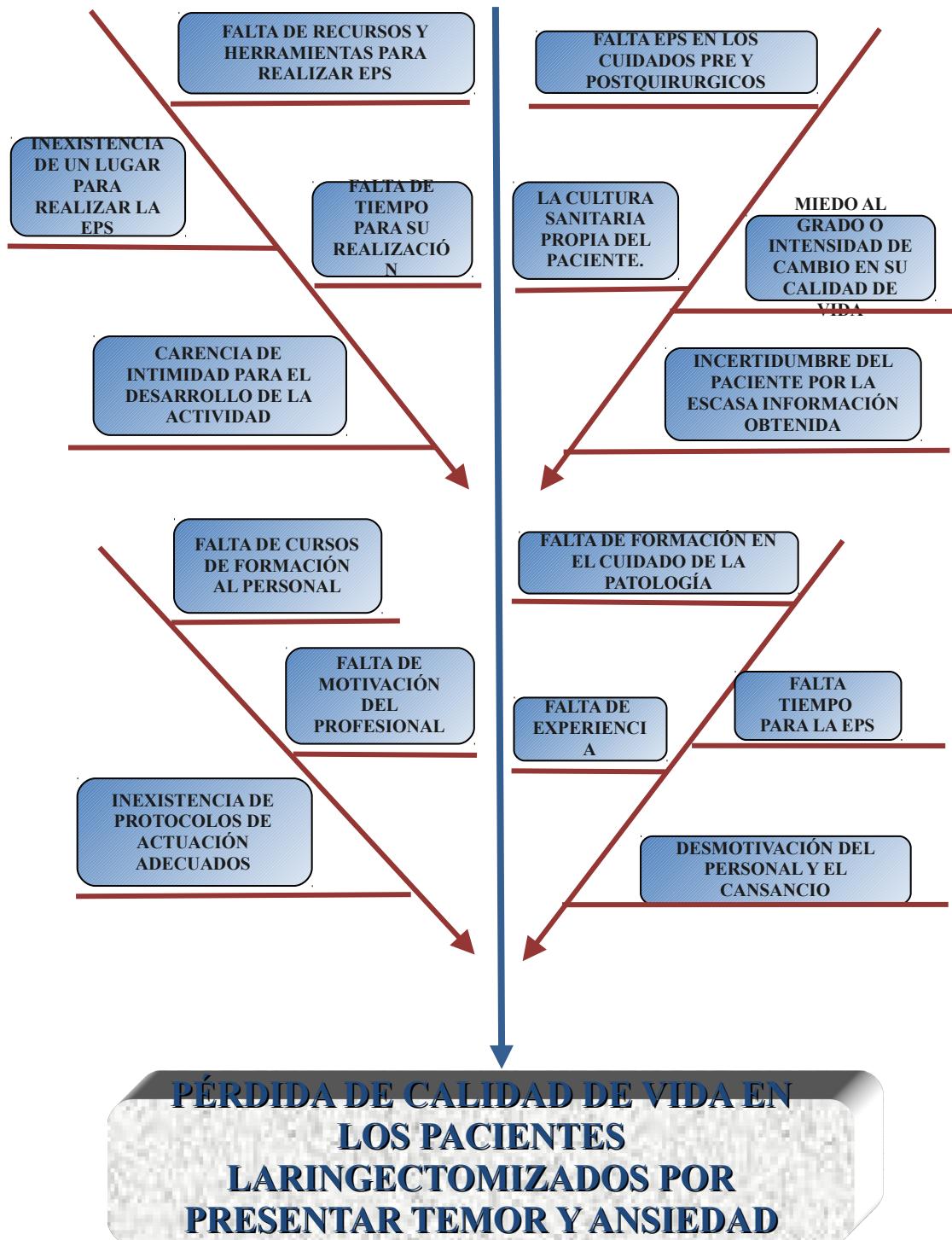
(ANEXO 3)

DIAGRAMA DE PARETO



(ANEXO 4)

DIAGRAMA DE ISIKAWA



(ANEXO 5)

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

- Causas que tienen una solución directa como: La incertidumbre del paciente por la escasa información obtenida, la falta de EPS en los cuidados pre y postquirúrgicos, la falta de experiencia del personal, la falta de tiempo para realizar la EPS, la falta de formación del profesional en el cuidado de la patología, la falta de cursos de formación al personal y la inexistencia de protocolos de actuación adecuados.
- Causas que requieren una evaluación como: La cultura sanitaria propia del paciente, el miedo al grado o intensidad de cambio en su calidad de vida y la falta de motivación del profesional.
- Causas que son notificables como: La desmotivación del personal y el cansancio, la falta de recursos y herramientas para realizar EPS, la inexistencia de un lugar para realizar la EPS, la carencia de intimidad para el desarrollo de la actividad y la falta de tiempo para su realización.

(ANEXO 6)

DIAGRAMA DE AFINIDADES



RESPONSABLE

Por determinar

RESPONSABLE

Por determinar

LUGAR

Planta 4^aA

LUGAR

Planta 4^aA

(ANEXO 7)

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

- La formación del paciente:
 - Dar a conocer la existencia del EPS al paciente y sus familiares.
 - Entregar las escalas y explicarlas.
 - Entregar el “Cuadernillo del laringectomizado” y resolver dudas.
 - Visitas de ARALVOZ.
 - Metodología individual con psicoterapeuta.
- La formación del personal de enfermería:
 - Explicar el programa de educación sanitaria al personal sanitario.
 - Realizar cursos de capacitación para la recogida de datos.
 - Realizar cursos de formación para la evaluación de variables.
- El aumento de la efectividad de los cuidados:
 - Aumentar los autocuidados del paciente.
 - Conseguir un lugar adecuado de formación al paciente.
 - Aumentar la calidad en los autocuidados del paciente.

(ANEXO 8)

ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Se trata de una escala heteroadministrada de 14 ítems, que se puntuán de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a depresión psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a depresión somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de depresión. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro.

Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)

0 puntos - Ausente.

1 punto - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.

2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 puntos - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.

4 puntos - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

Sensación de culpabilidad

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4 puntos - Oye **voz** acusatorias o de denuncia y/o experimenta

alucinaciones visuales amenazadoras.

Idea de suicidio

0 puntos - Ausente.

1 punto - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 puntos - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.

3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.

4 puntos - Intentos de suicidio.

Insomnio precoz

0 puntos - Ausente.

1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora.

2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.

Insomnio medio

0 puntos - Ausente.

1 punto - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

Insomnio tardío

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.

2 puntos - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

Problemas en el trabajo y actividades

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.

2 puntos - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.

3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la **productividad**.

4 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)

0 puntos - Palabra y pensamiento normales.

1 punto - Ligero retraso en el **diálogo**.

2 puntos - Evidente retraso en el diálogo.

3 puntos - Diálogo difícil.

4 puntos - Torpeza absoluta.

Agitación

0 puntos - Ninguna.

1 punto - "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

2 puntos - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

Ansiedad psíquica

0 puntos - No hay dificultad.

1 punto - Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 puntos - Preocupación por pequeñas cosas.

3 puntos - **Actitud** aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4 puntos - Terrores expresados sin preguntarle.

Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad, como:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, **diarrea**, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpitaciones,cefalalgias.
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros.
- Frecuencia urinaria.
- Sudoración.

0 puntos - Ausente.

1 punto - Ligera.

2 puntos - Moderada.

3 puntos - Grave.

4 puntos – Incapacitante.

Síntomas somáticos gastrointestinales

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen.

Sensación de pesadez en el abdomen.

2 puntos - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

Síntomas somáticos generales

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.

2 puntos - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

Síntomas genitales como pérdida de la libido y trastornos menstruales

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Débiles.

2 puntos - Graves.

3 puntos - Incapacitantes.

Hipocondría

0 puntos - No la hay.

1 punto - Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 puntos - Preocupado por su salud.

3 puntos - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.

4 puntos - Ideas delirantes hipocondriacas.

Pérdida de peso (completar sólo A o B)

A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

0 puntos - No hay pérdida de peso.

1 punto - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2 puntos - Pérdida de peso definida según el enfermo.

B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)

0 puntos - Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).

1 punto - Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).

2 puntos - Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).

Insight (conciencia de enfermedad)

0 puntos - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 punto - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2 puntos - Niega estar enfermo.

Puntuación total	
Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	Estado normal
8-12	Depresión menor
13-17	Menos que depresión mayor
18-29	Depresión mayor
30-52	Más que depresión mayor

(ANEXO 9)

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

(Beck Anxiety Inventory) - BAI Beck, A.T.; Brown, G.; Epstein, N. y Steer, R.A. (1988)

NOMBRE Y APELLIDOS:

EDAD: SEXO:

FECHA:

LISTADO DE ÍTEMS

Señale a la izquierda de cada número según estas escala :

- (0) En absoluto.
(1) Levemente, no me molesta mucho.
(2) Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo.
 • Severamente, casi no pude soportarlo.
1. Hormigueo o entumecimiento.
 2. Sensación de calor.
 3. Temblor de piernas.
 4. Incapacidad de relajarse.
 5. Miedo a que suceda lo peor.
 6. Mareo o aturdimiento.
 7. Palpitaciones o taquicardia.
 8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física.
 9. Terrores.
 10. Nerviosismo.
 11. Sensación de ahogo.
 12. Temblores de manos.
 13. Temblor generalizado o estremecimiento.
 14. Miedo a perder el control.
 15. Dificultad para respirar.
 16. Miedo a morirse.
 17. Sobresaltos.
 18. Molestias digestivas o abdominales.
 19. Palidez.
 20. Rubor facial.
 21. Sudoración (no debida al calor).

(ANEXO 10)

TIPO DE INTERVENCION A REALIZAR:

Cuando el paciente ingrese en la planta se le explicará el programa de EPS que estamos llevando a cabo en el servicio de otorrinolaringología, y se le brindará la posibilidad de participar en él. Se le entregará los dos cuestionarios, la escala de Hamilton y el inventario de Beck, a la vez que se le explicará cómo rellenarlos.

Todos los pacientes, acepten o no la pertenencia al programa de salud, recibirán la misma EPS, pero solo mediremos y controlaremos a los que han decidido participar en él. La EPS se realizará antes y después de la intervención quirúrgica y la llevará a cabo la enfermera de la unidad de hospitalización, mediante información escrita que se entregará a cada paciente con información sobre:

- Cambios en la anatomía y fisiología del aparato respiratorio.
- Alimentación por sonda nasogástrica.
- Manejo del aspirador.
- Humidificación del traqueostoma.
- Limpieza e higiene del traqueostoma.
- Limpieza y mantenimiento de la cánula.
- Prevención de complicaciones en el domicilio (tapón mucoso, cierre espontáneo del traqueostoma...)
- Fisioterapia respiratoria.

Los pacientes aprenderán de forma práctica el montaje y cambio de cánula, junto con la limpieza de esta, con soporte educativo de la enfermera.

Además, a las tres semanas de la intervención serán visitados por miembros de la asociación de laringectomizados de Aragón, y a través de las vivencias de éstos comprobaran que la calidad de vida disminuye, sí, pero no en la medida que ellos pensaban.

Estas visitas se apoyarán con psicoterapeutas, proporcionando al paciente:

- Psicoeducación (intervención terapéutica deductiva)
 - Abandono de hábitos tóxicos como son el alcohol y el tabaco.
 - Rehabilitación de la voz.
- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento (intervención terapéutica interactiva)
 - Estrés, los factores estresantes, su identificación y su manejo.
 - Problemas de comunicación y su abordaje.

En este tipo de sesiones el terapeuta expone el tema a tratar, y promoviendo el diálogo con el paciente, con las limitaciones que este tiene, expresará la estrategia utilizada. Los sujetos posteriormente, realizarán un acercamiento del problema a su experiencia personal y a sus circunstancias.

- Apoyo emocional y social (intervención terapéutica inductiva)
 - Cambios en las prioridades vitales.
 - Fantasías del morir y la muerte.
 - La autoimagen.
 - Miedos y temores (efectos de la enfermedad, recaídas).
 - Expresión de sentimientos negativos. Pensamientos intrusos.
 - Sentimientos de culpa.
 - Sensación de aislamiento.
 - Desequilibrio sexual.

El terapeuta no intervendrá de forma directiva y dejará que el paciente se exprese de asuntos personales, específicos, con significación afectiva e interactúe con otros para encontrar estrategias de afrontamiento que mejoren su calidad de vida.

Tras la finalización del programa de EPS, se entregará de nuevo a todos los sujetos incluidos en el estudio, los dos cuestionarios.

(ANEXO 11)

GUIA DEL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE CANULA DE TRAQUEOTOMÍA

Hay que distinguir dos tipos fundamentales de pacientes portadores de cánula de traqueotomía. Los pacientes a los que se ha realizado una traqueotomía, es decir, una incisión en la cara anterior de la traquea, por la que se comunica esta con la piel y los pacientes laringectomizados totales en los que se aboca la traquea seccionada tangencialmente, a la piel. (Figuras A y B)

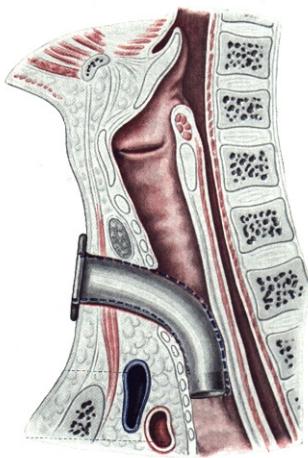


Figura A

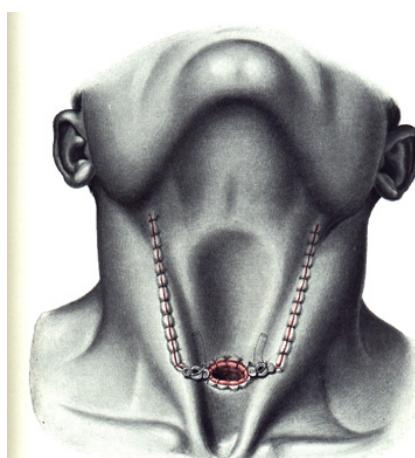


Figura B

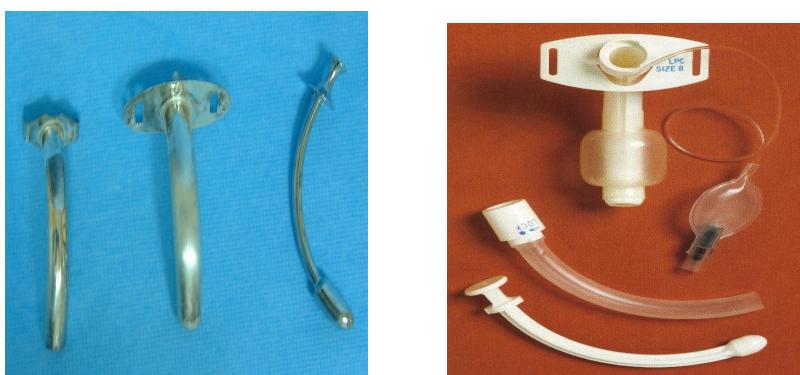
Dentro de los primeros se encuentran los pacientes con laringectomías parciales (Laringectomía horizontal supraglótica, cordectomías, hemilaringectomías, etc.) en los cuales no hay diferencia con los que tienen practicada una traqueotomía simple.

TRAQUEOTOMIA.- Cuando se realiza una traqueotomía reglada en quirófano, se deja colocada una cánula con balón de plástico. Este balón permanece inflado durante las primeras 24 o 48 horas exclusivamente, ya que si se prolonga puede producir úlceras de decúbito en la pared de la traquea o traqueomalacias lo que en el futuro puede producir secuelas graves. La presión de inflado debe de ser baja, tan solo la necesaria para que no se produzca escape de aire. Suele ser alrededor de 2- 2'5 cc.

Pasadas estas primeras 24-48 horas, si no hay ningún motivo por el que se deba de continuar con este tipo de cánulas, por ejemplo: respiración asistida con respirador, sangrado, enfisema, etc., se debe ya de cambiar la cánula de plástico con balón, por una cánula metálica, cuyo manejo es más simple, así como su limpieza, esterilización, etc.

Todas las cánulas son reesterilizables. La cánula se prepara antes de realizar el cambio, colocando por los orificios de que dispone una trenzadera o en su defecto una venda de 5 o 10 cm., con la que la sujetaremos alrededor del cuello. Se toma un cuadrado de plástico de unos 10 cm. de lado y se practica un orificio en los dos tercios superiores de uno de sus lados y se introduce la cánula por él, y tomando dos gasas a las que igualmente se les practica otro orificio se introduce así mismo la cánula. El cambio de cánula se debe de realizar siempre con el fiador interno y preparándola previamente antes de retirar la que el paciente lleva, ya que en una traqueotomía es fácil que el orificio se tienda a cerrar y dificultar la maniobra.

CÁNULAS DE TRAQUEOTOMÍA: Las cánulas de traqueotomía están compuestas por tres piezas: Pieza externa que es la que se sujeta al paciente, Pieza interna, que va dentro de la anterior y permite su extracción para limpieza de las secreciones que se puedan acumular y el Fiador, terminado en punta, que sirve para facilitar el cambio de toda la cánula.



LARINGUECTOMÍAS TOTALES.- Los pacientes a los que se ha intervenido de una laringectomía total, tienen la traquea como hemos dicho anteriormente abocada a la piel seccionada transversalmente. Al igual que en los pacientes traqueotomizados las primeras 24- 48 horas se

mantienen con una cánula de plástico con el balón inflado, que se debe de retirar a continuación cambiándola por la metálica. La preparación de la cánula es igual que en el caso anterior, salvo que como la traquea está directamente suturada a la piel del traqueostoma, no es necesario que profundice mucho y por ello debemos de enrollar, una vez preparada, a su alrededor, una o dos gasas estiradas, de forma que no se pueda introducir más de dos o tres centímetros. A esto lo denominamos familiarmente **TOPE**.

La pieza interna de la cánula debe de ser retirada 4- 6 veces al día, para cerciorarnos de su limpieza, si no es así se lavará con un cepillo de tubo de ensayo, agua y jabón, se aclarará y se colocará de nuevo en su sitio. La maniobra debe de realizarse en tiempo breve, ya que si nos demoramos puede quedar suciedad en la pieza externa que no nos permita colocar la interna en su lugar y nos obligaría a cambiarla toda ella.

Es muy importante administrar suero fisiológico en gotas por la cánula con frecuencia, ya que el ambiente en el hospital es seco y facilita el acumulo de secreciones en su interior, que puede llegar a crear un tapón que obstruya completamente el espacio aéreo y el paciente muera por asfixia, más aún en los pacientes a los que se administra Oxígeno, que intensifica la sequedad.

Toda la cánula se cambiará cada día o cada dos días, dependiendo de la cantidad de secreciones que tenga el paciente, para ello se dispondrá en planta de varios juegos de cánulas del número indicado y una vez limpias, se enviarán a reesterilizar, cuidando de que cada cánula vaya completa a esterilización con las tres piezas correspondientes. En el caso de tener varios pacientes es fácil que se cambien, con lo cual se inutilizan todas ellas.

Es importante saber, que los pacientes con cánula de traqueotomía, respiran por ella y por lo tanto si se les administra oxígeno se les debe de realizar por dicha cánula nunca por la nariz o la boca. De la misma manera que si se plantean maniobras de reanimación, la ventilación se realizará a través de la cánula y nunca con mascarillas. Si el paciente en este momento lleva una cánula metálica, es necesario cambiarla por una de plástico con

balón, para poder adaptar un AMBU o Respirador mecánico o en su defecto en caso de apuro, colocar por el orificio del traqueostoma un tubo de anestesia con balón.

La aspiración de las secreciones se evitara siempre dentro de lo posible, debe de ser el paciente el que las expulse, si por su situación de conciencia esto no es posible, se debe de realizar la aspiración tan solo dentro de la cánula, procurando no introducirla hasta tráquea, lo que producirá erosiones en su mucosa. Si es estrictamente indispensable la aspiración se realizará con sondas muy finas y con cuidado, para evitar estas lesiones en tráquea. Se debe de disponer en la habitación del paciente de un aspirador y un frasco con un líquido antiséptico donde se introducirá la sonda una vez empleada aspirando un poco del líquido y donde permanecerá sumergida hasta un nuevo empleo.

LIMPIEZA DE LAS CÁNULAS

- Material:



- . Cepillo de limpiar tubos
- . Jabón líquido
- . Agua corriente
- . Cazo
- . Agua destilada
- . Caja para guardar las cánulas
- . Gasas estériles

- Procedimiento:

1. Lávese las manos meticulosamente antes de comenzar.
2. Colóquese delante de un espejo.
3. Corte la cinta de sujeción y extraiga la cánula.
4. Extraiga la cánula interna y junto con la externa colóquela en un recipiente con agua fria (para que la mucosidad no se coagule y facilite la limpieza) y jabón neutro.



5. Con el cepillo limpie las piezas en su interior y con un estropajo verde el exterior.



6. Enjuague meticulosamente con agua fria del grifo para eliminar el jabón y la suciedad.
7. Sostenga las piezas e inspeccione sus paredes para asegurarse que se ha limpiado correctamente.
8. Seque las piezas asegurándose de que no queden restos.
9. Prepare la cánula limpia: introduzca la cánula externa dentro de la interna cogiéndolas por las aletas laterales.



7. Envuélvalas en gasas estériles y guárdelas en la caja.

LIMPIEZA DEL TRAQUEOSTOMA Y CAMBIO DE CÁNULA

Es muy recomendable que todo lo relacionado con la limpieza del traqueostoma y el cambio y mantenimiento de la cánula lo conozca tanto el paciente como uno o varios familiares cercanos para que éstos puedan realizarlos correctamente en caso de que usted no pudiera llevarlos a cabo (emergencias, enfermedad,...).

– Material:

- . Gasas estériles
- . Suero fisiológico
- . Povidona yodada
- . Cánula de traqueotomía completa (cánula interna, externa y fiador).
- . Lubricante hidrosoluble (tipo vaselina)

- Procedimiento:

1. Lávese las manos meticulosamente antes de empezar.
2. Prepare la cánula limpia
3. Colóquese delante de un espejo y extraiga la cánula sucia.
4. Limpie el orificio del traqueostoma con gasas estériles y suero fisiológico para retirar los restos de mucosidad. Séquelo con gasas estériles. Impregne gasas estériles en povidona yodada y límpie el traqueostoma evitando que entre una cantidad excesiva de líquido dentro del orificio para evitar que le produzca tos.
5. Introduzca la cánula totalmente equipada con un movimiento curvado hacia arriba y adentro del traqueostoma con suavidad. Si observa dificultad aplique un poco de vaselina en el extremo de la cánula y, si aun persiste el problema, utilice el fiador como guía. Una vez que la cánula está correctamente colocada anude los extremos de la cinta en la parte posterior del cuello o en un lateral con dos nudos firmes a una tensión que permita introducir un dedo entre la cinta y el cuello.

- Protección del traqueostoma:

Cubrir el traqueostoma lo mantiene limpio, filtra las partículas de polvo y calienta el aire antes de penetrar en la traquea. Esto facilita la respiración y disminuye la tos. El protector también reduce la sensación que pueda haber sentido de estar impedido respecto a los demás (evita las miradas "curiosas"). Éste consiste en un pequeño babero atado al cuello. El babero puede estar confeccionado de tela de algodón u otro material de sus mismas características.

- Cómo evitar los tapones de moco

Debido a que el traqueotomizado respira a través de una cánula de traqueotomía, el aire que inhala no es calentado ni humedecido por la nariz. Para mantener las secreciones fluidas y fáciles de expulsar al toser, requerirá fuentes adicionales de humedad en su casa. De lo contrario, las secreciones serán espesas y difíciles de eliminar. El aire seco puede ocasionar la formación de tapones de mucosidad. Para evitar esto instile

dentro del estoma 2 cc. De solución traqueal y repita la instilación hasta que expulse el tapón. La técnica de aplicación y la preparación de la solución traqueal se le enseñará durante su estancia en el hospital.

También es conveniente aplicar una serie de medidas en su casa:

- Beba gran cantidad de líquidos (al menos 2 litros) para mantener las secreciones fluidas y fáciles de expulsar al toser.
- Si tiene radiadores, coloque recipientes llenos de agua encima de los mismos, para proporcionar más humedad ambiental.
- También se pueden utilizar humidificadores.
- Evite las horas de mayor calor para salir a la calle durante el verano.

- HIGIENE PERSONAL

- Baño en bañera:

- . Utilice alfombrilla de goma para prevenir resbalones
- . Entre despacio y no se recueste.
- . Enjabónese y enjuáguese con una esponja de baño.
- . Si durante el baño le entran ganas de toser, revise el jabón que está usando, algunos jabones pueden ser irritantes y desencadenar ataques de tos.
- . No se alarme si entran algunas gotas de agua en el estoma, no pasará nada por ello, a no ser un golpe de tos hasta su eliminación.
- . No utilice pañuelos de papel en el baño, la humedad haría que se desmenuzaran con facilidad y pudieran caer accidentalmente dentro del traqueostoma.
- . En la bañera mantenga el agua al más bajo nivel posible.
- . Es recomendable no cerrar la puerta del cuarto de baño por si necesitara ayuda.

- Ducha:

- . Utilice una alfombrilla de goma para evitar resbalones.
- . Métase en la ducha, pero no debajo de la misma.
- . Deje caer el agua sobre el pecho, teniendo cuidado de cubrir el estoma para que el agua no pueda entrar en él. Para ello puede utilizar

simplemente su mano, un babero de bebé con la parte plastificada hacia el exterior o protectores de goma, especialmente diseñados para ducharse.

- Afeitado:

- . Cuando se afeite con jabón, mantenga la espuma apartada del estoma. Le ayudará el dejar el protector del estoma puesto mientras se afeita.
- . Reduzca las posibilidades de que la espuma se introduzca en el estoma, cuidando de que ésta no esté ni muy espesa ni demasiado fluida.
- . Utilice espumas poco perfumadas para prevenir emanaciones irritantes para sus vías aéreas.
- . La utilización de maquinilla eléctrica es más sencilla, conveniente y aconsejable.

- Higiene del cabello:

- . Tenga cuidado que el champú no penetre en el estoma.
- . Si el corte de pelo o lavado lo hace un profesional, asegúrese de que está informado acerca de su estoma y de que emplea precauciones similares a las que emplea usted en su casa.
- . Avise al peluquero respecto a la utilización de sprays cerca del estoma.

LA VOZ Y EL HABLA EN EL LARINGECTOMIZADO

Ante la pregunta de si un paciente traqueotomizado puede hablar, la respuesta es afirmativa.

Existen varios métodos para ello, siendo el más importante el método de aprendizaje del habla esofágica o erigomofónica. Éste consiste en aprender a tragarse el aire y expulsarlo por el esófago haciendo vibrar a los pliegues de éste para emitir sonido con un mecanismo similar al del eructo. Al principio, la nueva voz sonará bastante ronca o gutural, posiblemente más débil y de tono más bajo. Sin embargo, el tiempo y las prácticas mejorarán la calidad de la voz.

El soporte familiar y de los amigos es esencial para la rehabilitación. Para aprender esta técnica es necesaria la ayuda de un Logopeda. Para iniciar

este tipo de terapia, acuda a la Asociación de Laringectomizados más próxima a su domicilio. El aprendizaje de la voz esofágica depende en gran medida de su motivación, su voluntad y su disposición a colaborar, pero también de factores como por ejemplo su estado orgánico tras la intervención quirúrgica.

Existen también unos aparatos conocidos como Laringes Electrónicas o Laringófonos que producen vibración gracias a la fuerza de baterías incorporadas, al entrar en contacto con la musculatura del cuello se produce un sonido que es llevado al interior de la boca para producir una articulación normal, emitiendo un sonido tipo metálico o "robótico". Estos aparatos están indicados en pacientes en los que no es posible el aprendizaje del habla esofágica.

POSIBLES PROBLEMAS Y SOLUCIONES

- Hemorragia:

Puede producirse una ligera hemorragia al insertar la cánula. No presenta ningún problema y no es peligroso. En caso de producirse repetidas veces, consulte con su médico.

En caso de hemorragia intensa, estírese con la cabeza en posición más baja que el resto del cuerpo para evitar que la sangre entre en los pulmones y hágase trasladar al hospital más próximo para un tratamiento de emergencia.

- Obstrucción de la Tráquea por secreciones:

En muchos casos, al salir del hospital, la mayoría de las secreciones en la tráquea ya se habrán secado y normalmente no será necesaria la aspiración o succión. En caso de producirse grandes cantidades de secreciones, consulte con su médico.

Si la traqueotomía ha sido realizada para aliviar irregularidades respiratorias y obstrucciones de los bronquios, puede que sea necesario efectuar frecuentes aspiraciones. Para ello diríjase a su médico o personal de enfermería.

- Obstrucción de la tráquea por tapones de moco:

Si se forma un tapón de mucosidad en la tráquea, normalmente podrá expulsarlo tosiendo.

Si persiste el problema, retire la cánula interna y compruebe que está limpia.

En caso de persistir las dificultades respiratorias, aplique 2 cc. de solución traqueal en el interior del traqueostoma y repita la aplicación si no consigue expulsar el tapón tosiendo. Si persiste el problema acuda al hospital más próximo.

ACTIVIDADES

Los pacientes traqueotomizados pueden realizar casi todas las actividades que realizaban antes de la intervención en cuanto sean capaces físicamente.

Deben recuperar la confianza suficiente como para reanudar sus actividades sociales. Se recomienda contactar con amigos, vecinos, asistir a clubes sociales, así como a cualquier otra actividad que hicieran antes.

Se pueden practicar deportes como ciclismo, atletismo, montar a caballo, ... tomando ciertas precauciones de protección contra los efectos de sequedad al aumentar la velocidad del aire dentro de los pulmones. Por razones obvias, no pueden ser capaces de nadar de nuevo, pero ello no significa que no puedan pescar, navegar en barco o pasear por la orilla del mar. Para realizar estas actividades hay que observar ciertas precauciones como, por ejemplo, evitar el riesgo de caerse al agua. Tenga presente que un traqueotomizado se puede ahogar más deprisa que una persona normal, por la localización del traqueostoma y por la falta de un mecanismo de cierre de la misma.

¿HASTA QUÉ PUNTO ES INCAPACITANTE UNA TRAQUEOTOMÍA?

Ésta es quizá la pregunta de más difícil respuesta, ya que depende de numerosos condicionantes, de entre los cuales sin duda el más influyente es el puramente personal.

Una traqueotomía incapacita de manera permanente solamente para dos cosas: para poderse bañar sumergiendo todo el cuerpo y para realizar

ejercicios físicos muy intensos.

Se puede comer y beber, caminar e incluso hablar.

Se puede, por supuesto, realizar el acto sexual y mantener la vida de pareja normalmente. El reinicio de la actividad sexual después de la intervención quirúrgica es una preocupación normal en los pacientes traqueotomizados. Temen ser poco atractivos una vez que se les ha extirpado la laringe. Si su esposa o esposo le consideraban sexualmente atractivo, esto no tiene porqué variar. Los problemas matrimoniales de un paciente traqueotomizado no deben ser diferentes a los de un matrimonio normal. Existen varios problemas como resultado de la cirugía, pero que tienen fácil solución. Los más frecuentes son: la sofocación, olores desagradables procedentes del estoma y molestos ruidos al respirar. Los olores desagradables se pueden disminuir si mantenemos limpia la zona que rodea al estoma, y si aún así continúa el olor emplee un perfume suave. También es útil utilizar un protector de estoma o un pañuelo de cuello. Pero ante todo, sea paciente consigo mismo y con su pareja.

En cuanto a la vuelta al trabajo, en la mayoría de los casos no hay razón para que los traqueotomizados no sean capaces de desarrollar casi todos los trabajos después de un proceso de adaptación. Existen unos pocos trabajos en los cuales pueden tener dificultades, como son aquellos que se realizan en lugares con elevado calor, gases, frío, polvo, basuras o humos, o los que requieran esfuerzos físicos muy intensos. Es cierto que la mayoría de los laringectomizados son ya personas en estado de jubilación, pero desafortunadamente estas estadísticas tienden a aumentar también en la población activa.

CONSEJOS PARA FAMILIARES Y AMIGOS

Para cualquier persona que pasa por momentos difíciles, unas relaciones afectivas estables pueden dar seguridad y motivación para continuar en la lucha por superar las dificultades. La familia es el medio más cercano a la persona traqueotomizada y, por tanto su intervención es la que puede influir en su estabilidad emocional y afectiva. Para conseguir actitudes constructivas las familias han de tener la máxima información sobre la

nueva situación y la forma de adaptarse a ella. En el proceso de asumir las particularidades y las consecuencias es muy significativa la relación y cooperación entre el equipo sanitario y la familia.

Hay varias cosas que la familia y amigos deben tener presente y que pueden ayudarle en la nueva situación:

- Ofrecer apoyo. Con su actitud, demuestre que le importa.
- Por favor, no fume. Fumar suele molestar al paciente traqueotomizado. Si se usa oxígeno en la habitación puede ser peligroso.
- Hable con intensidad normal. Algunos visitantes olvidan que el paciente ha perdido la capacidad de hablar durante una temporada, pero no significa que no oigan bien.
- Tenga papel y lápiz, o una pizarra preparadas para que el paciente pueda escribir lo que desee. Déjale el tiempo suficiente para ello, ya que no podrá hacerlo con rapidez.
- La personalidad del paciente no cambia con la operación, pero la frustración de no poder hablar puede causarle incomodidad e incluso irritación. El paciente puede volverse intolerante por cosas sin importancia que antes no le habrían afectado. Los sentimientos afectivos entre los miembros de la familia tampoco tienen por qué cambiar después de la intervención.
- La dependencia inicial de la pareja durante la recuperación puede dificultar la integración. Sea paciente con el otro y comprenda que debe ser flexible una temporada.
- Los familiares y amigos tienen la tendencia de finalizar las frases del traqueotomizado. Recuerde que es importante permitir que el paciente disponga de tiempo para acabar por sí solo lo que quiere decir.
- Hable directamente al paciente. Cuando alguien no puede hablar, a veces, olvidamos incluirlo en las conversaciones.
- Cuando el paciente comience el proceso de aprendizaje, no le interrumpa sino es absolutamente necesario. Aprenda a entender los primeros intentos de voz esofágica y recuerde que usted no deberá hablar por él. Demuestre que está relajado y sin prisas.
- Asistan juntos a las Asociaciones de Laringectomizados. El intercambio

de experiencias en estas reuniones con gente que ha vivido lo mismo, será de gran utilidad para ambos.

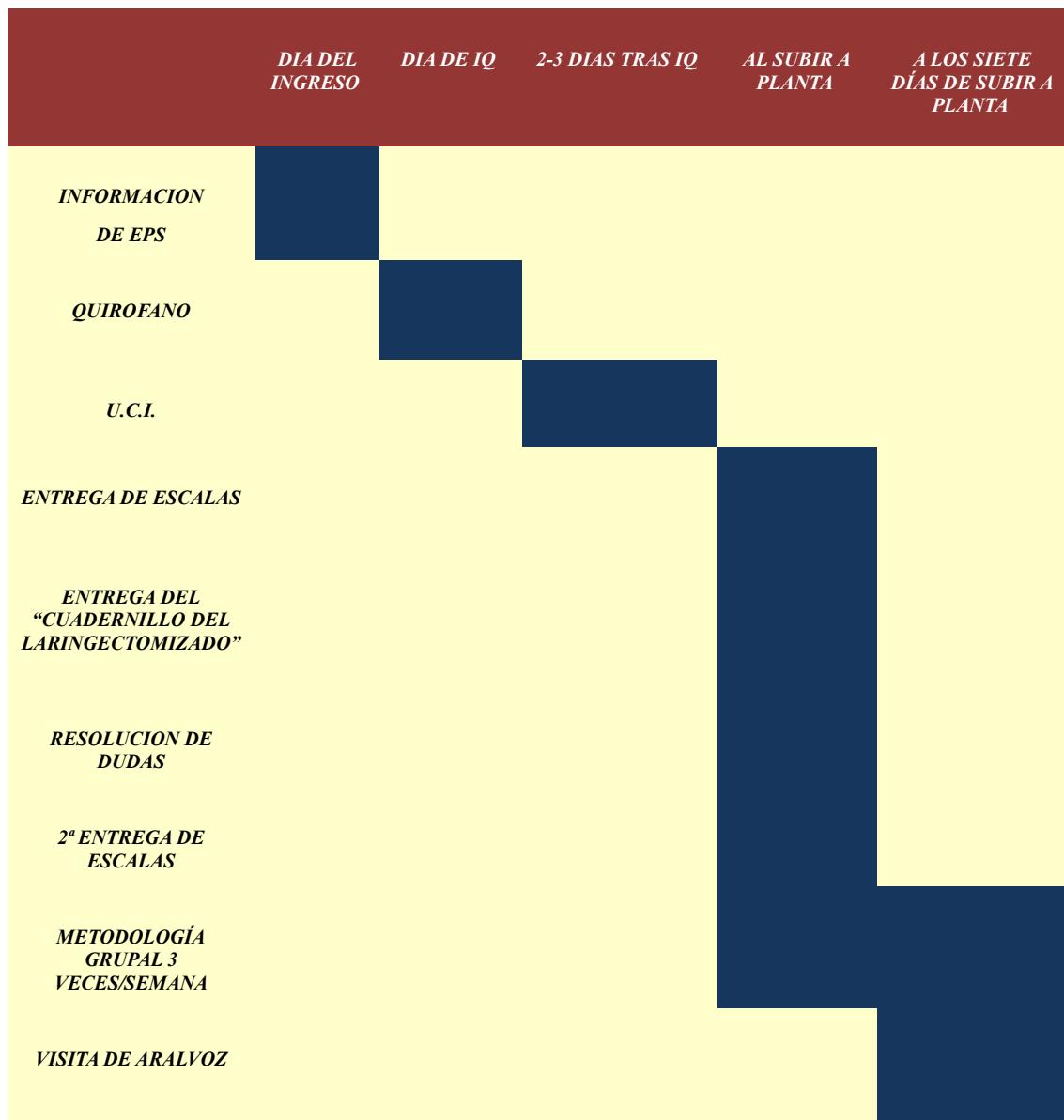
CONSIDERACIONES FINALES PARA TODO TIPO DE TRAQUEOTOMÍAS

La traqueotomía es una de las intervenciones más temidas por la población en general, en mayor grado cuando se precisa de por vida. Sin embargo, es de las mejor aceptadas por un gran número de pacientes, que han aprendido a vivir con ella.

La sociedad en su conjunto es cada vez más comprensiva con este problema y la aceptación social de los pacientes traqueotomizados ha mejorado muchísimo, aunque en este camino es necesario todavía un mayor esfuerzo tanto desde el punto de vista personal como desde el colectivo e **institucional**.

(ANEXO 12)

CRONOGRAMA ESPECÍFICO DE ACTIVIDADES A TRAVÉS DEL DIAGRAMA DE GANTT:



(ANEXO 13)

GRUPO 1. INDICADOR 1	
Indicador:	% de pacientes que son intervenidos de una laringectomía total con información previa de su proceso.
Dimensión:	Seguridad
Fórmula: Numerador/Denominador x 100	<p>Numerador: Total de pacientes que son intervenidos de una laringectomía total con información previa de su proceso.</p> <p>Denominador: Totalidad de pacientes que son intervenidos de una laringectomía total.</p> <p>Periodo de tiempo: Seis meses</p>
Aclaración de términos:	<p>Aclaraciones: La información será transmitida a través del “Cuadernillo del laringectomizado” que se entregará al ingreso.</p> <p>Excepciones: No habrá ninguna excepción al ser pacientes que ya han recibido quimioterapia y radioterapia, por lo que la intervención quirúrgica es programada y no de urgencia.</p>
Justificación:	<p>El incremento de los conocimientos adquiridos por el paciente es importante para reducir los riesgos de sufrir efectos adversos.</p> <p>Además la información de este indicador se puede obtener muy fácilmente.</p> <p><i>(frecuencia e importancia del problema, efectividad, factibilidad de la intervención, etc...)</i></p>
Fuente de datos:	Entrevista
Recogida Responsable:	
Recogida Frecuencia:	En el ingreso.
Tipo de Indicador:	Resultado
Estándar:	Al 90% de los pacientes se les habrá dado información previa de su proceso.
Comentarios: (Bibliografía)	<p>Sánchez García Mercedes, Banderas López Ignacio, García Rodríguez José Juan, Jiménez Ruiz Manuel. Programa de EPS en pacientes laringectomizados Enferm Docente. 2002; 76:11-23</p>

(ANEXO 14)

GRUPO 1. INDICADOR 2	
Indicador:	% de los pacientes que tras la EPS han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida.
Dimensión:	Aceptabilidad
Fórmula: Numerador/Denominador x 100	<p>Numerador: Total de pacientes que tras la EPS han reducido su nivel de preocupación ante la pérdida de calidad de vida.</p> <p>Denominador: Totalidad de pacientes que son intervenidos de una laringectomía total.</p> <p>Periodo de tiempo: Seis meses</p>
Aclaración de términos:	<p>Aclaraciones: La información será transmitida a través del “Cuadernillo del laringectomizado” que se entregará al ingreso.</p> <p>Excepciones: No habrá ninguna excepción al ser pacientes que ya han recibido quimioterapia y radioterapia, por lo que la intervención quirúrgica es programada y no de urgencia.</p>
Justificación:	Se relaciona directamente la intervención en este indicador con la reducción del nivel de preocupación del paciente ante la pérdida de calidad de vida. <i>(frecuencia e importancia del problema, efectividad, factibilidad de la intervención, etc...)</i>
Recogida Responsable:	
Recogida Frecuencia:	Tras la EPS de cada paciente.
Tipo de Indicador:	Resultado
Estándar:	El 25% de los pacientes reducirá su nivel de temor ante la pérdida de calidad de vida.
Comentarios: (Bibliografía)	Juan Pardo María Ángeles de. Enseñanza del paciente laringectomizado en preparación al alta: estudio del caso. Enfer Clínica. 2000; 10(4): 150 – 156.

(ANEXO 15)

GRUPO 1. INDICADOR 3	
Indicador:	% de los pacientes que tras la EPS han reducido su nivel de preocupación ante el reingreso en la sociedad.
Dimensión:	Aceptabilidad
Aclaración de términos:	<p>Aclaraciones: La información será transmitida a través del “Cuadernillo del laringectomizado” que se entregará al ingreso.</p> <p>Excepciones: No habrá ninguna excepción al ser pacientes que ya han recibido quimioterapia y radioterapia, por lo que la intervención quirúrgica es programada y no de urgencia.</p>
Justificación:	<p>La información de esta justificación se puede obtener de una manera sencilla y nos permite revalorar nuestro programa de educación sanitario.</p> <p><i>(frecuencia e importancia del problema, efectividad, factibilidad de la intervención, etc...)</i></p>
Recogida Responsable:	
Fuente de datos:	Encuestas
Recogida Frecuencia:	Tras la EPS de cada paciente.
Tipo de Indicador:	Resultado
Estándar:	El 75% de los pacientes reducirá su nivel de preocupación ante el reingreso en la sociedad.
Comentarios: (Bibliografía)	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 febrero de 2010.

(ANEXO 16)

GRUPO 1. INDICADOR 4	
Indicador:	% de los pacientes que tras la EPS consideran que tienen suficiente autonomía para no depender de los demás
Dimensión:	Satisfacción
Fórmula: Numerador/Denominador x 100	<p>Numerador: Total de pacientes que tras la EPS consideran que tienen suficiente autonomía para no depender de los demás.</p> <p>Denominador: Totalidad de pacientes que son intervenidos de una laringectomía total.</p> <p>Periodo de tiempo: Seis meses</p>
Aclaración de términos:	<p>Aclaraciones: La información será transmitida a través del “Cuadernillo del laringectomizado” que se entregará al ingreso.</p> <p>Excepciones: No habrá ninguna excepción al ser pacientes que ya han recibido quimioterapia y radioterapia, por lo que la intervención quirúrgica es programada y no de urgencia.</p>
Justificación:	<p>La búsqueda de la autonomía del paciente va a permitir aumentar su autoestima.</p> <p>Es una intervención muy factible.</p> <p><i>(frecuencia e importancia del problema, efectividad, factibilidad de la intervención, etc...)</i></p>
Fuente de datos:	Encuestas
Recogida Responsable:	
Recogida Frecuencia:	En el momento del alta
Tipo de Indicador:	Resultado
Estándar:	Al 90% de los pacientes consideran que tienen suficiente autonomía para no depender de los demás.
Comentarios: (Bibliografía)	Poza-Artés Carmen María, Ramos-Bosquet Gádor, Ortiz-Jiménez Felipe Manuel. Evaluación de los resultados de un programa de educación para la salud a pacientes laringectomizados tras dos años de implantación Evidentia 2007. 4(13)

(ANEXO 17)

GRUPO 2. INDICADOR 1	
Indicador:	% de profesionales enfermeros que recibirán formación para desarrollar el programa de educación sanitaria.
Dimensión:	Adecuación
Fórmula: Numerador/Denominador x 100	<p>Numerador: Total de profesionales enfermeros que reciben formación del programa de educación sanitaria.</p> <p>Denominador: Totalidad de profesionales enfermeros del servicio.</p> <p>Periodo de tiempo: Seis meses</p>
Aclaración de términos:	<p>Aclaraciones: La formación será desarrollada por los enfermeros responsables del programa de educación sanitaria.</p> <p>Excepciones: No habrá ninguna excepción.</p>
Justificación:	<p>Es de vital importancia la formación del personal de enfermería del servicio para evitar los efectos adversos de la intervención quirúrgica.</p> <p>Además la factibilidad de la intervención es muy alta por estar en contacto directo con la patología.</p> <p><i>(frecuencia e importancia del problema, efectividad, factibilidad de la intervención, etc...)</i></p>
Fuente de datos:	Auditoria propia
Recogida Responsable:	
Recogida Frecuencia:	Durante el periodo laboral.
Tipo de Indicador:	Resultado
Estándar:	El 100% de los profesionales enfermeros recibirán la formación.
Comentarios: (Bibliografía)	<p>Rico Blázquez Milagros, Ferrer Arnedo Carmen, de Frías Redondo Marisol, Valdivia Pérez Antonio, Pérez de Hita Concepción, Regidor Ropero Teresa.</p> <p>Prevalencia de problemas de cuidados en población vulnerable. Metas Enferm. 2009; 12(7):10-14</p>

(ANEXO 18)

GRUPO 2. INDICADOR 2	
Indicador: .	% de profesionales enfermeros que recibirán formación para la adecuada recogida de datos, disminuyendo los sesgos de información
Dimensión:	Adecuación
Fórmula: Numerador/Denominador x 100	<p>Numerador: Total de profesionales enfermeros que reciben formación para la adecuada recogida de datos.</p> <p>Denominador: Totalidad de profesionales enfermeros del servicio.</p> <p>Periodo de tiempo: Seis meses</p>
Aclaración de términos:	<p>Aclaraciones: La formación será desarrollada por los enfermeros responsables del programa de educación sanitaria.</p> <p>Excepciones: No habrá ninguna excepción.</p>
Justificación:	Es de vital importancia la formación del personal de enfermería en la correcta recogida de datos para que el estudio sea fiable, válido y objetivo. <i>(frecuencia e importancia del problema, efectividad, factibilidad de la intervención, etc...)</i>
Fuente de datos:	Auditoría propia
Recogida Responsable:	
Recogida Frecuencia:	Un día con permiso de docencia.
Tipo de Indicador:	Resultado
Estándar:	El 100% de los profesionales enfermeros recibirán la formación.
Comentarios: (Bibliografía)	Fernández Castillo Rafael, Fernández Gallegos Ruth. Educación para la Salud, aprendizaje y cambio. Metas Enferm. 2008; 11(7): 58-61

(ANEXO 19)

GRUPO 2. INDICADOR 3	
Indicador:	% de profesionales enfermeros que reciben formación para la interpretación de las variables.
Dimensión:	Continuidad
Fórmula: Numerador/Denominador x 100	<p>Numerador: Total de profesionales enfermeros que reciben formación para interpretar las variables de forma voluntaria.</p> <p>Denominador: Totalidad de profesionales enfermeros del servicio.</p> <p>Periodo de tiempo: Seis meses</p>
Aclaración de términos:	<p>Aclaraciones: La formación se desarrollará a todos los profesionales enfermeros que estén dispuestos a recibirla.</p> <p>Excepciones: Los profesionales enfermeros que no estén dispuestos a recibir la formación.</p>
Justificación:	<p>La base metodológica para la lectura de las variables es vital en cualquier estudio científico. Si además conseguimos formar a los profesionales de enfermería del servicio con nociones básicas, podemos abrir nuevas líneas de futuras investigaciones.</p> <p><i>(frecuencia e importancia del problema, efectividad, factibilidad de la intervención, etc...)</i></p>
Fuente de datos:	Auditoria propia
Recogida Responsable:	
Recogida Frecuencia:	Permisos por docencia.
Tipo de Indicador:	Resultado
Estándar:	El 100% de los profesionales que quieran, recibirán la formación
Comentarios: (Bibliografía)	Gálvez González María. Hacia una práctica basada en evidencias cualitativas. Grupo de Revisores LIC. Evidentia. 2009; 6(26)

(ANEXO 20)

GRUPO 3. INDICADOR 1	
Indicador:	% de pacientes que son independientes en el autocuidado diario
Dimensión:	Satisfacción
Fórmula: Numerador/Denominador x 100	<p>Numerador: Total de pacientes que son independientes en el autocuidado diario al alta.</p> <p>Denominador: Totalidad de pacientes del programa educativo.</p> <p>Periodo de tiempo: Seis meses</p>
Aclaración de términos:	<p>Aclaraciones: La totalidad de los pacientes serán tributarios de esa independencia excepto aquellos que presenten un grado de deterioro físico y/o cognitivo que se lo impida.</p> <p>Excepciones: Los pacientes que no puedan asumir la independencia.</p>
Justificación:	El modelo de Dorothea Orem desarrolla el autocuidado cotidiano. Nuestra labor debe ser trabajar según modelos teóricos enfermeros. <i>(frecuencia e importancia del problema, efectividad, factibilidad de la intervención, etc...)</i>
Fuente de datos:	Entrevista y observación
Recogida Responsable:	
Recogida Frecuencia:	Al alta del paciente.
Tipo de Indicador:	Resultado
Estándar:	El 95% de los pacientes tendrán independencia en su autocuidado.
Comentarios: (Bibliografía)	Romero Organízquez José, Jiménez Luna Antonio. Alta de enfermería y continuidad de cuidados: Análisis e Intervención. Rev Paraninfo digital. 2008; 2(3)