

“UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA”

Facultad de Enfermería



Complicaciones y Calidad de vida de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E., Arequipa - Perú, 2012.

Tesis presentada por las Bachilleres:

GABRIELA MILAGROS PINAZO MENDOZA
MAGALI MARITZA RODRÍGUEZ YAURI

Para optar el título profesional de:

LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

**Arequipa – Perú
2012**

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARÍA.

S.D.

De conformidad con lo establecido por la Facultad de Enfermería que Ud. tan acertadamente dirige, presentamos a su consideración y a la de los señores miembros del jurado el presente trabajo de investigación titulado: **COMPLICACIONES Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA DEL H.B.C.A.S.E., AREQUIPA - PERÚ, 2012.** Requisito necesario para optar el Título Profesional del Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo de investigación sea de su conformidad, y cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Abril del 2013

Gabriela Milagros Pinazo Mendoza

Magaly Maritza Rodríguez Yauri

*La fé es la que nos ayuda a seguir,
no importan los obstáculos
ni las pruebas que nos imponga la vida,
nuestros ruegos a Yahvé en quien creemos
nos devuelve la esperanza.*

*Por eso gracias Dios mio
Por escuchar nuestras súplicas
Darnos fuerzas y ayudarnos
a llevar con alegría
toda esta dura lucha
que nos impone la vida*

Gabriela y Magaly

A la persona que estuvo a mi lado en cada momento de mi vida, dándome un ejemplo de vida y de amor. A mi madre porque con su apoyo incondicional, consejos, comprensión y ayuda en los momentos difíciles tengo la fuerza y el coraje de seguir luchando por mis ideales. Y ser como ella. A mi padre, quién siempre lo he sentido presente en mi vida. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

*"I JUST CANT LOVING YOU"
"HAY MADRE"
"SPEECHLESS"*

A mi hermano, a mi amor y a mis padrinos por haberme fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfar en la vida y muchas veces poniéndose en el papel de padre, por permitirme soñar y crecer con su imaginación por enseñarme que no hay límites, qué lo que me propongo lo puedo lograr y que solo depende de mí, por su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

*"GROW OLD WITH ME"
"ONE DAY IN YOUR LIFE"
"JUST LIKE STARTING OVER"*

A las personas tan especiales que fueron entrando en mi vida durante el transcurso de mi desarrollo como profesional, por brindarme ese sincero cariño y amistad.

"La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar"

Todos ellos son pieza clave en mi desarrollo profesional, este trabajo ha sido posible gracias a ellos

Gabriela M.P.M

A mis padres por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación; quienes con su amor, apoyo y comprensión incondicional estuvieron siempre a lo largo de mi vida. A ellos que siempre tuvieron palabras de aliento en momentos difíciles y han constituido cimientos de mi vida. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, principios, empeño y perseverancia para conseguir los objetivos propuestos. ¡Los amo!

A mis hermanos, la perfecta combinación de alegría y obediencia son modelos de perfección y logros estudiantiles que me motivaron a ser exigente conmigo misma. Por su ayuda en los momentos en que me sentí desvanecer ante el cansancio o la falta lucidez en mis pensamientos. Son mis mejores amigos e inspiración.

A una persona muy especial, quien entró en mi vida durante un período crucial. Fuiste mi consejero, amigo y fortaleza cuando más lo necesite. Me enseñaste a confiar en mí misma y a tener una visión más alegre de la vida. Eres mi equilibrio y complemento.

Magaly M.R.Y

Un profundo agradecimiento:

*A la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María,
por brindarnos la oportunidad de hacer realidad nuestra profesión.*

*A los docentes, quienes marcaron cada etapa de nuestros caminos,
brindándonos una formación académica humana y de calidad.*



Gabriela y Magaly

INDICE

RESUMEN	01
ABSTRACT	02
INTRODUCCION	03

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	06
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	06
1.2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	06
1.3. JUSTIFICACIÓN	10
2. OBJETIVOS	12
3. MARCO TEÓRICO	13
3.1. TRAQUEOTOMIA Y TRAQUEOSTOMIA	13
3.1.1. DEFINICIÓN	13
3.1.2. ANATOMÍA DE LA TRAQUEA	13
3.1.3. FISIOLOGÍA DE LA TRAQUEA	15
3.1.4. INDICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA	16
3.1.4.1. EN URGENCIA	16
3.1.4.2. EN CIRUGIA ELECTIVA	16
3.2. TÉCNICAS PARA LA REALIZACIÓN DE TRAQUEOSTOMÍAS	18
3.2.1. TÉCNICA ABIERTA CONVENCIONAL O QUIRÚRGICA	19

3.2.2. TÉCNICA PERCUTANEA	20
3.3. CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA	21
3.3.1. TIPOS DE CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA	24
3.4. PRINCIPALES COMPLICACIONES O RIESGOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA	24
3.4.1. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIA	25
3.4.2. COMPLICACIONES POST OPERATORIAS	26
3.4.2.1. INMEDIATAS	26
3.4.2.2. MEDIATAS	27
3.5. CALIDAD DE VIDA	31
3.5.1. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA	32
- DIMENION FISICA	32
- DIMENION PSICOLÒGICA	33
- DIMENSION SOCIAL	33
3.6. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO	33
3.6.1. VALORACIÓN	34
3.6.2. DIAGNÓSTICOS	35
3.6.3. INTERVENCIONES GENERALES	36
3.6.4. PLAN DE CUIDADOS	39
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	48
5. HIPÓTESIS	57

CAPITULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO	58
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA FICHA DE OBSERVACION DE COMPLICACIONES DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO	58
1.2. DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA "ROTTERDAM SYMPTOM CHECK LIST"	60
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	62
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	64

CAPITULO III
RESULTADOS

1. COMPLICACIONES Y CALIDAD DE VIDA: RESULTADOS	66
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	87
BIBLIOGRAFIA	88

ÍNDICE DE TABLAS

A. CARACRTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- | | |
|--|----|
| 1. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO Y EDAD DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012 | 67 |
| 2. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO Y EDAD DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012 | 68 |
| 3. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNÓSTICO DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012 | 69 |
| 4. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNÓSTICO DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012. | 70 |

B. COMPLICACIONES

- | | |
|---|----|
| 5. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES INTRA OPERATORIAS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGIA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012 | 71 |
| 6. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES INTRA OPERATORIAS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012 | 72 |
| 7. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORIAS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGIA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012 | 73 |
| 8. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORIAS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012 | 74 |

9.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS POST OPERATORIAS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIROGIA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012	75
10.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POST OPERATORIAS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012	76
C. CALIDAD DE VIDA		
11.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FISICA DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION (NEUROLOGÍA, NEUROCIROGIA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012	77
12.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FISICA DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012	78
13.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PSICOLOGICA DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION (NEUROLOGÍA, NEUROCIROGIA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012	79
14.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PSICOLOGICA DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012	80
15.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION (NEUROLOGÍA, NEUROCIROGIA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012	81
16.	POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PSICOLOGICA DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA, EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012	82

17. POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN SOCIAL DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE (NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGIA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E.AREQUIPA, 2012 83
18. POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION SOCIAL DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL H.B.C.A.S.E.AREQUIPA, 2012 84

D. CUADRO COMPARATIVO: COMPLICACIONES Y CALIDAD DE VIDA

19. POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS AREQUIPA, 2012 85



RESÚMEN

COMPLICACIONES Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y EMERGENCIA DEL H.B.C.A.S.E., AREQUIPA - PERÚ, 2012.

Presentado por las bachilleres de Enfermería Gabriela Milagros Pinazo Mendoza y Magaly Maritza Rodríguez Yauri, para optar el título profesional de LICENCIADAS EN ENFERMERIA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, ubicada en la Urbanización San José S/N Umacollo. Teléfono 251210.fax 054 - 219283, Apartado postal 1350, Arequipa - Perú.

OBJETIVOS

- Identificar las complicaciones que presentan los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E.
- Determinar cómo es la calidad de vida que tienen los pacientes traqueostomizados de los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E.
- Precisar como repercuten las complicaciones en la calidad de vida de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E.

HIPÓTESIS

Dado que el uso de la traqueostomía produce complicaciones a corto y largo plazo, además de dificultades en el desenvolvimiento cotidiano, es probable que la calidad de vida de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E., se vea afectada.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Que, las características socio demográficas de las unidades de estudio son: edades de 56 a 85 años, predominando el sexo masculino y con el diagnóstico de Cáncer laríngeo en hospitalización y Traumatismo Encéfalo Craneano moderado en Emergencia, como se muestra en las tablas N° 1, 2, 3, y 4.

SEGUNDA: Que, las unidades de estudio presentaron con mayor incidencia las complicaciones de infección, alteraciones cosméticas y afonía, como se muestra en las tablas N° 9 y 10.

TERCERA: Que, las unidades de estudio de los servicios de hospitalización (Neurología, Neurocirugía y Medicina interna) y Emergencia presentan una mala calidad de vida, seguida por regular, como se muestra en las tablas N° 17 y 18.

CUARTA: Que, los resultados encontrados evidencian que las complicaciones que repercuten en la calidad de vida de los pacientes traqueostomizado son infecciones y alteraciones cosméticas lo que se refleja en una mala calidad de vida, como se muestra en la tabla N°19.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Que, la Jefatura de la Departamento de Enfermería y la Unidad de Capacitación del H.B.C.A.S.E. coordinen acciones educativas tendientes a mejorar la calidad de vida de los pacientes traqueostomizados, mediante la promoción y motivación a los familiares y al personal asistencial de los diferentes servicios.

SEGUNDA: Que, la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María de a conocer a docentes y alumnos, los resultados del trabajo de investigación, para que constituya un ejemplo orientado a motivar la realización de más investigaciones que engloben las diferentes dimensiones de la calidad de vida de los pacientes traqueostomizado.

Gabriela Milagros Pinazo Mendoza, Calle Puente Arnao 1911 - Miraflores.Telf.268378 Cel.959552502

Magaly Maritza Rodríguez Yauri, Urbanización El Palacio II etapa, Mz. f- 3, Sachaca.Telf.20541 Cel.951184836

Arequipa - Perú
2012

ABSTRACT

COMPLICATIONS AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH TRACHEOSTOMY IN THE SERVICES OF HOSPITALIZATION AND EMERGENCY IN THE H.B.C.A.S.E, AREQUIPA - PERU, 2012.

It is submitted by the nursering's Bachelors Gabriela Milagros Pinazo Mendoza and Magaly Maritza Rodriguez Yauri, to obtain the professional degree of GRADUATED IN NURSERING in The Catholic University of Santa Maria, located in San Jose Street, Umacollo. Telephone Number: 251210.fax 054 - 219 283, PO Box 1350, Arequipa - Peru.

OBJECTIVES

- To identify the complications that the patients with tracheostomy have in the services of hospitalization and Emergency in the HBCASE.
- To determine how is the quality of life of the patients with tracheostomy in the services of hospitalization and Emergency in the HBCASE.
- To specify how complications affect the quality of life of patients with tracheostomy in the services of Hospitalization and Emergency in the HBCASE.

HYPOTHESIS

Since the use of tracheostomy produces complications in short and long term, in addition to difficulties in daily performance, it is probably that the quality of life of patients with tracheostomy in the services hospitalization and emergency in the HBCASE, might be affected.

CONCLUSIONS

FIRST: That, the sociodemographic characteristics of the units of study are: ages around 56-85 years, they were mainly boys and diagnosed with laryngeal cancer in the services of hospitalization and Moderate Traumatic Brain Injury in the service of Emergency, how it is showing in tables N° 1, 2, 3, and 4.

SECOND: That study units have complications of infection, cosmetic changes and hoarseness, how it is showing in Tables N° 9 and 10.

THIRD: That study units of Hospitalization services (Neurology, Neurosurgery and Internal Medicine) and Emergency have a poor quality of life, followed by regular, how it is showing in tables N° 17 and 18.

FOURTH: That the results complications affect the quality of life,How it is showing in Table No. 19.

RECOMMENDATIONS

FIRST: That the Leaderchief of the Nursing Division and Training Unit HBCASE will coordinate educational activities in order to improve the quality of life of patients with tracheostomy, all those goals will be through the promotion and encouragement of the relatives and workers of different services.

SECOND: That the Dean of the Faculty of Nursing at the Catholic University of Santa Maria will show the result of the investigation to teachers and students, in order to it will be example that would motivate other investigations about the different dimensions of quality of life of patients with tracheostomy.

Milagros Pinazo Gabriela Mendoza, Puente Arnao Street, N° 1911 Miraflores.

Telf N°.268378 Cellphone. 959552502

Magaly Maritza Rodriguez Yauri, El Palacio Street, second block, F-3, Sachaca.

Telf. N° 200541 Cellphone. 951184836

Arequipa - Perú

2012

INTRODUCCIÓN

“A través de toda la historia de la humanidad las diferentes sociedades han buscado tener condiciones de vida favorables para ellas y las generaciones futuras. Han probado diferentes formas de desarrollo de acuerdo con las corrientes filosóficas, políticas, sociales y económicas. Pero aún se continúa con la búsqueda por lograr una mejor calidad de vida como arte de esa imperiosa necesidad de todo los seres humanos de construir y buscar la felicidad.”¹

La Calidad de Vida surge en la sociedad desde que en ella se vislumbran cambios en los estilos de vida, en el entorno, en las formas de convivencia y las necesidades básicas. Es un concepto utilizado en la evaluación del bienestar social general del individuo, es decir, un conjunto de factores que hacen que la existencia de la persona tenga todos aquellos elementos que dan lugar a la tranquilidad y satisfacción en todos sus componentes constitutivos.

Según Virginia Henderson “La persona es un ser formado por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales”² es por ello que las alteraciones que se producen en los componentes mencionados por Henderson ocasionan modificaciones en la calidad de vida, la cual será necesario analizar.

¹Atahualpa. Blog medico, Noticias de Medicina, novedades de Medicina.. Lugo: Sociedad Gallega de Medicina; 2012 [acceso 08 de agosto de 2012] Calidad de Vida;[aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en:<http://www.blog-medico.com.ar/sociedad-y-salud/calidad-de-vida.htm>.

²Henderson Virginia, Principios básicos del cuidado de enfermería.6ª ed. Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras; 1995.

Este análisis implicará la percepción que tiene el individuo acerca de su estado de salud, aspiraciones, objetivos y esfera social.

En el caso de los pacientes traqueostomizados donde sus componentes se ven afectados por la presencia de una enfermedad o la inevitable unión a un dispositivo respiratorio de manera casi permanente hacen que el concepto de calidad de vida se quede empobrecido, debido a que la forma de vivir de este tipo de pacientes no estará comprendido dentro de los márgenes de la Salud, pues según Hildergard Peplau "Es un desarrollo personal y social que se concreta en un vida creativa, constructiva y productiva"³.

Cabe resaltar la existencia de pacientes con dependencia permanente a la traqueostomía, lo que implica la existencia de complicaciones como secreciones en la cánula de traqueostomía y traqueostomo, atelectasias, hipoventilación e infecciones graves, todo lo cual pone en peligro la vida del usuario. Todo esto refleja la necesidad que la enfermera(o) en conjunto con el equipo multidisciplinario brinde cuidados específicos y oportunos. Y en especial, en el rol de enfermería, encargado de promover la vida y los cuidados enmarcados en el proporcionar al paciente traqueostomizado la satisfacción de sus necesidades básicas interferidas.

Todo lo anteriormente referido, nos motiva a realizar el presente trabajo, titulado: "Complicaciones y Calidad de vida del paciente traqueostomizado de los servicios Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E., Arequipa Perú- 2012".

³Hildegard E. Peplau, *Interpersonal Relations in Nursing*. 7ª Ed. New York: Springer; 2002.

Cuyos objetivos son determinar cómo es la calidad de vida, identificar las complicaciones y conocer la repercusión de las mismas en la calidad de vida de los pacientes traqueostomizados en los servicios Hospitalización y Emergencia y del H.B.C.A.S.E.



CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Complicaciones y Calidad de vida de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E., Arequipa - Perú, 2012.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Ubicación del Problema

- a) **Campo:** Ciencias de la Salud.
- b) **Área:** Enfermería en la salud del Adulto y Adulto Mayor.
- c) **Línea:** Traqueostomía.

1.2.2. Variables

En el siguiente estudio se presentan dos variables:

Independiente: Complicaciones del paciente traqueostomizado.

Dependiente: Calidad de Vida del paciente traqueostomizado.

1.2.3. Operacionalización de Variables:

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
COMPLICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones Intraoperatorias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemorragia. - Paro respiratorio. - Edema Agudo de Pulmón
	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones Postoperatorias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Neumotórax. - Neumomediastino. - Enfisema Subcutáneo - Infección. - Necrosis. - Lesión de cuerdas vocales. - Afonía. - Estenosis laríngea. - Granuloma. - Fístula. - Alteraciones en la imagen corporal.
CALIDAD DE VIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensión física 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendimiento físico - Movilidad física - Sensación gustativa - Sueño - Apetito - Capacidad para deglutir - Eliminación de secreciones - Sensaciones olfativas

CALIDAD DE VIDAD	- Dimensión física	- Estado de las mucosas oral y nasal
	- Dimensión Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupación. - Depresión - Incertidumbre frente al pronóstico médico - Perdida del deseo sexual - Tensión (estrés) - Ansiedad. - Autoestima. - Sentimiento de Soledad - Labilidad emocional
	- Dimensión social	<ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad ante relaciones inter personales - Patrón de comunicación habitual - Contacto social con otras personas - Discriminación por estado de salud

1.2.4. Interrogantes Básicas:

1. ¿Cuáles son las complicaciones que se presentan los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E. Arequipa Perú- 2012?
2. ¿Cómo es la calidad de vida de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E. Arequipa Perú- 2012?
3. ¿Cómo repercuten las complicaciones en la calidad de vida de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E. Arequipa Perú- 2012?

1.2.5. Tipo y Nivel de Investigación:

Tipo : Relacional - Descriptiva.

Nivel : Transversal.

1.3. JUSTIFICACIÓN:

La traqueostomía es una técnica quirúrgica que comunica la tráquea con el medio ambiente, a través de un puente de piel o de tráquea. Es una operación electiva del médico en donde se realiza un ostoma durante un tiempo parcial o definitivo según sea su necesidad.

“La traqueotomía es un procedimiento frecuente en la mayoría de las instituciones de salud. La incidencia es superior en hombres (relación 4-5 a respecto a las

mujeres). En el Perú (Ministerio de Salud) estos casos se presentan en un 4% anualmente.”⁴

Siendo una población limitada pero vulnerable de complicaciones, la intervención de enfermería es primordial.

Aplicando los cuidados correspondientes con la finalidad amortiguar el impacto físico, psicológico y social; la enfermera es capaz de prevenir complicaciones y facilitar el proceso de adaptación del enfermo, logrando su integración al entorno y mejorando su calidad de vida.

Nuestro trabajo es de relevancia social pues la profesión de enfermería tiene como objeto el cuidado de la persona en todas sus dimensiones (física, psicológico y social). Considerando que la Calidad de vida puede ser mejorada si es que se conoce cómo repercuten las complicaciones en estas dimensiones, para así brindar intervenciones de manera más oportuna.

Esto nos motiva realizar la presente investigación que es de relevancia actual, siendo necesario afirmar que dentro de las terapéuticas utilizadas para prolongar la vida de los pacientes con insuficiencias respiratorias agudas altas, con empeoramiento en la ventilación o enfermedades de base como: neurológicas, cáncer laríngeo o tiroideo, la traqueostomía es un método de frecuente uso. “Existen evidencias de que ha aumentado el número de pacientes que necesitan de traqueostomía

⁴Cubas Vilches, Giovanna. Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería en la aspiración de secreciones a pacientes traqueostomizados del servicio de Emergencia, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión [Tesis Doctoral]. Lima. Servicio de Publicaciones y difusión de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.

en las unidades de cuidados intensivos. Cox y Cols refieren que la incidencia de traqueostomía por ventilación mecánica prolongada aumentó un 200% entre los años 1993 y 2002 en Chile (Hospital Regional de Valdivia).”⁵

Es de relevancia científica el presente trabajo donde se evidencia conocimientos e información sobre la repercusión que tienen las complicaciones en la calidad de vida de los pacientes traqueostomizados, constituyendo un aporte nuevo a los conocimientos de enfermería. Siendo este trabajo de investigación netamente original.

2. OBJETIVOS:

1. Identificar las complicaciones que presentan los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E.
2. Determinar cómo es la calidad de vida que tienen los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E.
3. Precisar como repercuten las complicaciones en la calidad de vida de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E.

⁵ Hernández Carlos, Bergeret Juan, Hernández Marcela. Traqueostomía: principio y técnica quirúrgica, Hospital Regional de Valdivia. Chile .Artículo de Traqueostomía. 2007; 21: 92-98.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. TRAQUEÓTOMIA Y TRAQUEÓSTOMIA

3.1.1. DEFINICIÓN

- **TRAQUEOTOMÍA**

También llamada coniotomía o cricotiroidotomía, consiste en la simple apertura o incisión de la piel y tejidos a nivel de la membrana cricotiroidea sin la necesidad de una técnica aséptica en su totalidad, con el objetivo de obtener un pasaje para la liberación de la vía respiratoria de forma temporal, prevenir una posible asfixia ante una situación de emergencia fuera del ambiente hospitalario.

- **TRAQUEOSTOMÍA**

También conocida como cricotiroidostomía o coniestomía, se considera que es toda técnica quirúrgica que comunica la tráquea con el medio ambiente, a través de un puente formado por la sutura cilíndrica de la piel y la tráquea. Es una operación electiva que puede ser requerida durante un tiempo parcial o definitivo según sea la necesidad de la paciente.

3.1.2. ANATOMIA DE LA TRAQUEA

La Tráquea es un conducto aéreo tubular de 12 cm. de largo, y 2,5 cm de diámetro formado por 16 a 20 anillos cartilagosos incompletos que siguen la laringe a nivel de la sexta vértebra cervical terminando a nivel de la quinta vertebra dorsal. Se bifurca en dos bronquios primarios, derechos e

izquierdos. En el cuello, la tráquea se relaciona hacia adelante con el istmo de la tiroides, que recubre los anillos segundo, tercero, cuarto y se adosa ligeramente con la arteria tiroidea de Neubauer, con las venas y arterias tiroideas inferiores, nervios laríngeos recurrentes y el timo; más superficialmente con los músculos infrahioides (omohiideo y el esternohiideo), con la aponeurosis de los músculos infra hioides y cervical, por último con la piel.

Hacia atrás limita con el esófago, el cual se une a la tráquea por membranas fibro elásticas, las que poseen una consistencia laxa en su parte inferior, y densa en su parte superior. Unida por tractos musculo elásticos llamados músculos traqueoesofágicos.

Lateralmente, la tráquea limita con los lóbulos de la tiroides, con la arteria tiroidea inferior, con los nervios laríngeos recurrentes y con los ganglios de la cadena recurrenial.

De la desviación del esófago hacia la izquierda y de la tráquea hacia la derecha, la rama izquierda del nervio laríngeo recurrente asciende adosado a la cara anterior del esófago; y la rama derecha del nervio laríngeo situado en el lado derecho del esófago que se comunica con el borde posterolateral derecho de la tráquea.

Pared traqueal : Se encuentra formada por dos túnicas: Una externa O fibromusculocartilaginosa y una túnica interna de mucosa.

TÚNICA EXTERNA

Formado por una sección fibroelástica que envuelve a los cartílagos y los une entre sí, además, ocupa los espacios entre ellos formando láminas fibroelásticas llamados ligamentos interanulares.

En su sección cartilaginosa está formada por anillos incompletos de cartílago hialino. Sin uniformidad en su configuración; su altura varía de 2 a 5mm

Por último, la sección muscular de la túnica externa, formada por el músculo traqueal, localizado en la cara posterior aplanada de la tráquea, extendiéndose hacia delante como fibras transversales que se insertan en la en los extremos de los anillos cartilagosos, ocupando el espacio entre los anillos de cartílago.

TÚNICA INTERNA

La tráquea se encuentra recubierta por una capa de mucosa, pero solamente en el intervalo de los anillos cartilagosos, y los espacios inter cartilagosos se encuentran recubiertos por una capa de tejido celulo-adiposo.

3.1.3. FISIOLÓGÍA DE LA TRÁQUEA

La tráquea posee una estructura que guarda una relación estrecha con sus funciones. Al ser cilíndrica, permite el paso del aire durante todo el ciclo respiratorio (alargándose al inspirar y acortándose al espirar). La función aérea de la tráquea está constituida por la respiración, hematosis y la fonación, que se encuentran bajo el control del sistema nervioso parasimpático (implicado en la inervación aferente sensitiva y eferente motora). La tráquea también posee una función de drenaje o limpieza relacionada con su aparato mucociliar (epitelio cilíndrico ciliado con células caliciformes), que permite la eliminación de las partículas inhaladas hacia la faringe. Por último, el bronchial associated lymphoid tissue (BALT), formado por acúmulos linfoides parietales, otorga a la tráquea una función inmunitaria celular y humoral específica.

3.1.4. INDICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMIA

3.1.4.1. EN URGENCIAS

Es la más realizada y está indicada en las insuficiencias respiratorias agudas altas como las producidas por:

Cuerpos extraños laríngeos, Edemas de la laringe, Parálisis de cuerdas vocales, Edemas de la base de la lengua, Traumatismos (en cuello, maxilofaciales y laríngeos), Difteria

laríngea y otras infecciones agudas, Estenosis laríngea o subglótica.

3.1.4.2. EN LA CIRUGIA ELECTIVA

La Traqueostomía como cirugía electiva debe ser realizarse antes de que un paciente lo necesite de emergencia, siendo preferible efectuarla con previa programación como una cirugía. Debe ser utilizada para:

- a)** Para liberar la vía respiratoria superior, que se encuentra obstruida posiblemente por:
- 1) Obstrucción: En forma Extrínseca como tumores de Orofaringe, rinofaringe, esófago o de tiroides. En la forma Intrínseca como tumores de laringe y de glotis.
 - 2) Infecciosa: Abscesos Periamigdalinos muy avanzados, abscesos del piso de la boca que desplace estructuras.
 - 3) Por alteraciones funcionales: Como:
 - Cirugías deformantes del tracto respiratorio superior.
 - Patologías que provocaron alteraciones anatómicas.
 - Paciente con cuello de difícil entubación endotraqueal.

b) Para un mejor manejo de ventilación asistida prolongada, donde es aconsejable valorar la utilidad de este método, sobre todo para aquellos pacientes que necesitan que sea controlada la ventilación con presión positiva y que se encuentre con entubación endotraqueal, en donde probablemente será por un tiempo indeterminado, convirtiéndose en un verdadero dilema el manejo de las secreciones que se producen en estos enfermos. El poder reducir el espacio muerto que deja el tubo endotraqueal y las aspiraciones de las secreciones que se acumulan en los bronquios y tráquea se vuelven difíciles de manejar, a pesar de los cuidados que se puedan dar al paciente. Al usar la traqueostomía se reduce el espacio muerto de 150 cm³ a 50 cm³ y además actúa reduciendo la resistencia inspiratoria, disminuyendo las complicaciones de la ventilación asistida, por eso es indicada en patologías de encamamiento prolongado como:

- 1) En lesiones neurológicas: Como ocurre en las infecciones y eventos cerebro vascular, Traumatismo encéfalo craneano, lesiones congénitas y malignas.
- 2) En el traumatismo extenso de otras áreas como los del tórax, abdomen y de la Medula espinal, asegurando la vía aérea.
- 3) En pacientes con Quemaduras Graves y extensas, según su necesidad.

3.2. TECNICA PARA LA REALIZACIÓN DE UNA TRAQUEOSTOMÍA

Cabe señalar que existen distintas técnicas quirúrgicas incluso con diferencias en cuanto al uso de anestesia local o general. Del mismo modo, existen también diferencias en

cuanto al sitio o lugar donde realizarla, pudiendo ser hecha en centro quirúrgico con todas las medidas de asepsia, o junto a la cama del paciente.

El personal especializado para este tipo de procedimiento está conformado por: Médico Cirujano de cabeza y cuello, Médico Anestesiólogo y personal de enfermería capacitado.

3.2.1. TÉCNICA ABIERTA CONVENCIONAL O QUIRÚRGICA

Técnica realizada en sala de operaciones que consiste en la disección de planos histológicos hasta la tráquea, donde se efectúa una incisión en ésta para la introducción de la cánula de traqueostomía. Pero considerando el riesgo que significa trasladar un paciente crítico y el costo derivado de la utilización de un quirófano.

Consiste en los siguientes pasos:

- Preparar al paciente para sala de operaciones.
- Una vez en sala, colocar anestesia general; caso contrario recurrir a la anestesia local siempre y cuando se cuente con la asistencia de un anestesiólogo.
- Colocar al paciente en decúbito dorsal y con el cuello extendido.
- Realizar una incisión transversal o levemente arciforme de 4 cm de longitud, a un dedo por debajo del borde inferior del cartílago cricoides.
- Seccionar la piel, el tejido celular subcutáneo y músculo platisma del cuello, la aponeurosis cervical profunda y separar de los músculos prelaríngeos.
- Seccionar la capa posterior de la aponeurosis cervical profunda y desplazar el istmo de la tiroides para no lastimarla.

- Infiltrar anestesia local la pared anterior de la tráquea y el lumen para evitar
- Aperturar la tráquea en forma vertical o en "Y" a nivel del 3er o 4to anillo traqueal dejando al menos 1 anillo por debajo del cartílago cricoides.
- Fijar la tráquea a la piel con 5 o 6 puntos que incluyan piel, tejido celular subcutáneo y tráquea.
- Introducir la cánula de traqueostomía, colocar una montura de gasa alrededor del traqueostoma para proteger los bordes, la piel y herida operatoria.
- Fijar la cánula con sus cintas alrededor del cuello anudado lateralmente.

3.2.2. TÉCNICA PERCUTÁNEA:

La traqueostomía percutánea puede realizarse utilizando tres tipos básicos de técnicas: las basadas en el uso de un instrumento dilatador metálico (fórceps), las basadas en la inserción traqueal de dilatadores de plástico de calibre progresivamente crecientes y las que requieren la extracción translaringea de una cánula insertada en la tráquea con la ayuda de un broncoscopio.

Esta última modalidad mencionada y la más usada en la actualidad, fue perfeccionada por Pascuolo Ciaglia en 1985, el cual inició la popularización de este método encontrando amplia acogida debido a su sencillez.

TÉCNICA DE TRAQUEOSTOMÍA PERCUTÁNEA CON DILATACIÓN SECUENCIAL PROGRESIVA MEDIANTE TÉCNICA DE PASCUOLO CIAGLIA:

PASOS:

- Limpiar el área quirúrgica con yoduro de povidona al 7.5%.
- Aplicar Anestesia local con lidocaína al 1 o 2 % a un cm aproximadamente bajo el cartílago cricoides.
- Realizar una incisión transversa de la piel y tejido celular subcutáneo de 1,5 a 2 cm de acuerdo al tamaño de la cánula de traqueostomía.
- Realizar la disección roma de los tejidos blandos pretraqueales.
- Palpa la tráquea con el dedo índice.
- Desplazar el tubo endotraqueal, si corresponde, hasta la región subglótica y se identifican los primeros cartílagos traqueales.
- Punzar la tráquea en dirección caudal con una cánula N° 14 en el espacio entre el primer y segundo cartílago traqueal o segundo y tercero, luego conectar a una jeringa con lidocaína al 2%.
- Aspirar la jeringa para asegurarnos de la posición intratraqueal (aspiración de burbujas de aire y/o secreciones bronquiales) e instilar lidocaína de ser necesario al lumen traqueal.
- Retirar la aguja dejando la cánula plástica e introducir una guía de alambre flexible de 10 cm.

- Retirar la cánula y dilatar la tráquea en forma progresiva introduciendo a través de la guía un dilatador de plástico y luego una pinza dilatadora.
- Por último, se enhebrar la cánula de traqueostomía en la guía, se introduce en la tráquea, se retira la guía y se sujeta la cánula con dos puntos reabsorbibles a la piel.

3.3. CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA:

La cánula no es más que un tubo que sirve para asegurar que la comunicación creada entre la tráquea y la piel no se cierre o deforme, ya que existe una predisposición natural a la cicatrización.

Se construyen con material de tolerancia óptima, que no sea irritante y de fácil limpieza. De los que podemos mencionar: la aleación de plata, plásticos bicompatibles, siliconas, teflón, etc.

Descripción de la cánula

Las partes que integran la cánula son:

- o **Tubo de la cánula.**-Sección tubular de polímeros, con la curvatura adecuada para su inserción en la tráquea; ensamblada firmemente en su extremo distal a un adaptador o conector para máquina, con una endocánula y una placa de retención para el cuello flexible o rígida, móvil o fija sobre el límite inferior de dicho conector. La punta del extremo proximal debe ser plana, con bordes uniformemente redondeados, debe tener globo de autorretención cerca de la punta. Debe ser de fácil inserción y manejo con el mínimo traumatismo para el paciente.

- **Endocánula.**-Sección tubular de plástico grado médico, que se ajusta perfectamente a la cavidad interior del tubo de la cánula, cuya función es la de facilitar la limpieza de la cánula. La punta de su extremo proximal debe ser plana y sobre su extremo distal debe tener un adaptador con un anillo roscado para su manipuleo.
- **Guía.**-Estilete de plástico grado médico, con punta especialmente diseñada para facilitar la inserción del tubo de la cánula dentro de la tráquea.
- **Globo autorretentivo.**-Porción inflable, integrada cerca del extremo proximal del tubo de la cánula, cuya función es la de conseguir una posición fija del tubo, asegurando una obturación efectiva entre el tubo y la tráquea. Debe estar elaborado con material blando de baja extensibilidad y tener un volumen residual grande.
- **Tubo de inflado.**-Conducto de forma cilíndrica, por medio del cual se introduce el aire que se requiere para inflar el globo autorretentivo.
- **Balón piloto.**-Dispositivo con válvula de cierre incorporado al tubo de inflado que permite regular el volumen de inflado del globo autorretentivo.
- **Placa de retención.**-Dispositivo de autorretención de forma aproximada al contorno del cuello del paciente, cuya función es la de asegurar la posición de la cánula. Puede ser fija o móvil.
- **Cinta de fijación.**-Cinta de fibra textil, resistente, de textura suave, que no desprenda hilos, ni pelusas; su función es la de sujetar la placa de retención al cuello.

3.3.1. TIPOS DE CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA:

Existen tres tipos de cánulas:

CÁNULA ESTÁNDAR: Para pacientes con dependencia absoluta de ventilación mecánica. Constituida por una cánula externa, una endocánula y un globo de autorretención para su fijación en la tráquea. En el caso de que el paciente conserve fuerza en la musculatura orofaríngea, se puede ensayar la ventilación con balón desinflado, efectuando los ajustes necesarios en los parámetros ventilatorios. Esto facilita la deglución y permite la fonación.

CÁNULA FENESTRADA: Para pacientes con dependencia de Ventilación Mecánica inferior a las 12 h al día. Esta cánula presenta fenestraciones en su curvatura posterior que permiten la respiración por boca y/o fosas nasales durante los periodos libres de ventilación mecánica, así como el habla gracias a la deflación del manguito, el retiro de la cánula interna y la oclusión de la cánula externa para permitir el flujo de aire a través de la vía aérea superior y la apertura de la traqueostomía.

3.4. PRINCIPALES COMPLICACIONES O RIESGOS DE LA TRAQUEOSTOMÍA

La traqueotomía es una intervención a la que no debe considerársela como un procedimiento menor, dado que no está exenta de complicaciones, las cuales pueden ocurrir durante la cirugía, en el postoperatorio inmediato o mediato .

Las complicaciones operatorias están relacionadas con la destreza del cirujano, la organización del equipo quirúrgico y la iluminación e instrumental adecuado. Dentro de estas complicaciones se puede mencionar:

3.4.1. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS

HEMORRAGIA: La razón más frecuente de sangrado durante el acto operatorio es la lesión inadvertida de los vasos pre tiroideos, de la vena yugular anterior, inclusive de la arteria innominada o tronco braquicefálico generalmente alcanzados por la realización de una incisión en forma vertical. "Gonzales informó sobre dos casos en que la arteria carótida primitiva derecha cruzaba transversalmente la tráquea, recomendando primero palpar en la línea media traqueal en buscando de pulsaciones, antes de efectuar la incisión y sin olvidarnos de que el cayado aórtico puede alcanzar el manubrio esternal."⁶

PARO RESPIRATORIO: Producido por la salida en gran cantidad del CO₂, el cual puede provocar graves arritmias cardiacas, hipertensión arterial y paro respiratorio por el barrido del anhídrido carbónico. Y en el caso de los pacientes con patología respiratorias crónicas, el paro respiratorio es producto de la brusca liberación de la vía respiratoria.

EDEMA AGUDO DE PULMON: Es una entidad patológica de etiología multifactorial que ha sido definida para su

⁶ González A, Marco Antonio; Restrepo M, Gustavo; Sanín P, Alvaro. (2003). Paciente en Estado Crítico. Bogotá. Colombia.

mejor entendimiento como un edema agudo pulmonar de presión negativa (EAPPN), ya que el mecanismo principalmente involucrado en su génesis es una presión intrapleurales marcadamente negativa con repercusión hemodinámica y respiratoria de significancia clínica que pone en peligro la vida del paciente.

Se produce básicamente por una alteración en la fisiología pulmonar debido a una obstrucción de la vía aérea superior, donde el alivio súbito causa una caída rápida de la presión de la vía aérea que puede conducir al edema agudo pulmonar.

3.4.2. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

3.4.2.1. INMEDIATAS:

NEUMOTÓRAX: En este caso denominado neumotórax iatrogénico, ya que se origina por realización de un procedimiento terapéutico como la traqueostomía. Se origina a partir de un enfisema mediastínico secundario a esfuerzo respiratorio intenso, presión positiva excesiva a través del tubo o erosión de la vía aérea por dicho tubo.

Otras causas mencionables son el falso pasaje de la cánula de traqueostomía; uso y abuso de los respiradores mal calibrados o que se encuentran muy elevado la presión positiva.

NEUMOMEDIASTINO: Íntimamente relacionado con el neumotórax y el enfisema subcutáneo secundarios a la realización de una traqueostomía. Una alta presión intratorácica negativa puede atraer aire a los diversos compartimientos torácicos como el

mediastino. En otros casos, un vendaje muy apretado puede contribuir a que el aire que escapa por la traqueotomía se dirija a los planos peritraqueales.

ENFISEMA SUBCUTÁNEO: Complicación que es rara, pero benigna en la cual el aire ingresa al tejido subcutáneo situado alrededor del traqueostomo, produciendo incluso al cabo de 30 minutos de la incisión una imagen deformante de la cara y cuello del paciente. Existen diversos factores que se le atribuye, como por ejemplo: Excesiva disección de los tejidos donde se realizará la traqueostomía, cánula obstruida total o parcialmente, sutura de la herida muy ajustada alrededor de la cánula; accesos de tos o simplemente una colocación de los apósitos muy compresiva que provoca un efecto valvular; difusión del aire espirado por el tejido subcutáneo y ventilación asistida a excesiva presión. En la mayoría de casos se soluciona revisando periódicamente el traqueostomo que se encuentra en buena función.

3.4.2.2. MEDIATAS

INFECCIÓN: Se considera como una complicación grave y severa. A pesar de las medidas de asepsia durante una operación, una traqueotomía puede contaminarse a las pocas horas. Las manos del paciente o del personal encargado de su cuidado, la saliva, las sondas de aspiración, las condiciones generales del medio, los aparatos para

ventilación asistida, entre otras causas, contribuyen fácilmente a la contaminación y las posteriores lesiones laringotraqueales. Dentro de los agentes causales podemos mencionar a la pseudomona y Staphilococos.

NECROSIS: Generalmente se produce por la elección inadecuada del calibre de la cánula de traqueostomía o que posee una curvatura inadecuada. La lesión que produce la punta de la cánula o a su vez el cuff a gran presión puede dar como resultado una lesión de la mucosa, llegando incluso a la necrosis de la pared de la tráquea.

LESIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES: Dentro de las causas mencionables tenemos: Por la realización empírica de una traqueostomía ante una situación de emergencia por un personal no capacitado; por estenosis cicatrizal y atrofia por falta de uso.

AFONÍA: Esta es realmente una consecuencia del uso prolongado de la traqueotomía, se basa fundamentalmente por la imposibilidad de fonación y unas cuerdas vocales perezosas, por falta de uso. Esto se soluciona utilizando traqueostomos especiales de doble luz, que permita el paso de aire a la parte superior y permita la fonación controlada por el paciente, factor que debe ser muy tomado en cuenta si el paciente no puede comunicarse por escrito.

ESTENOSIS LARINGEA: La causa fundamental la produce el uso inadecuado del manguito inflable del tubo o de la cánula de traqueostomía localizado a 2 a 3 cm. de la punta. Permitiendo así que aparezca la lesión estenosante a las 6 a 12 hrs. iniciada la utilización del cuff. Pero también existen otros factores que inciden, como lo son: El tipo de incisión en la tráquea, incisiones iterativas, resección de la tráquea, trauma, infecciones, granulomas o procesos orgánicos que la comprimen externamente.

GRANULOMA: Lesión común del traqueostomo, originada en la condritis del anillo traqueal. Esta puede producir obstrucción en el momento del cambio de cánula de traqueostomía, porque está parcialmente comprimido a la cánula y al retirarla se expande y ocupa todo el ostoma. Además de sangrado hacia el exterior, que se trata con compresión y eventuales tocaciones con nitrato de plata, siempre que se esté seguro de tocar todo el cuerpo del granuloma y no solamente su base, porque en este caso se puede desprender el resto del granuloma, caer hacia la vía aérea y causar atelectasia.

FISTULAS: Dentro de las que podemos encontrar dos tipos:

FÍSTULAS TRAQUEOARTERIALES: Esta es una complicación fatal, pero que felizmente según Jarvis solo ocurre en el 0,4 % de las

traqueotomías. Se origina por el contacto y erosión de un vaso arterial, causales muy definidas anteriormente.

FÍSTULAS TRAQUEOESOFÁGICAS: Su incidencia es muy baja, pero en la publicación de Le Brigand y Roy, la encontraron en un 0,01 % .Pero otros autores manifiestan que dichas cifras deben de ser mayores, puesto que este tipo de lesión son muy difíciles de diagnosticarlas. Podrían originarse por la presión ejercida del balón inflado de la cánula sobre la tráquea, una sonda naso gástrica gruesa o acodada que lesiona el esófago y la presión positiva de un respirador, darían como resultado la necrosis y posterior erosión de la pared traqueal y del esófago. Mulder demuestra que existe una relación directa entre el tiempo que dura la incubación con la aparición de fistula traqueoesofágica, por ejemplo la incidencia de dicha lesión es del 18 % si se mantiene al paciente por siete días en intubación, pero aumentaría a 65 % si el paciente permanece intubado por treinta días o más. Su resolución es quirúrgica, una vez identificada la lesión.

ALTERACIONES COSMÉTICAS: Las incisiones tienen mucho que ver con esto, por ejemplo las del tipo horizontal, producen mejor estética que las verticales, pueden retraerse y deformar al cuello. Las cicatrices defectuosas están relacionadas con el tiempo de utilización de la traqueostomía y con las complicaciones que se presentaron durante este

lapso de tiempo. El queloide, umbilicalización de la piel y su fijez a la tráquea, son alteraciones cosméticas sin mayores repercusiones funcionales, pudiendo solucionarse en forma sencilla, mediante una cirugía con anestesia local.

3.5. CALIDAD DE VIDA:

Hoy en día, se pone un especial acento en un término nuevo: Calidad de vida relacionada con la salud.

Numerosas investigaciones científicas emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad o procedimientos que con llevan muchos de ellos a salvaguardar la vida del paciente ya sea también la aplicación de un tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente en las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico , emocional y social .Las tradicionales medidas de mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones ,comparando unas con otras, y en estas línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad o complicaciones que precede a un procedimiento o terapéutica , sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente.

La expresión de calidad de vida viene siendo utilizada con gran énfasis tanto en el lenguaje común como en las diferentes disciplinas que se ocupando e estudiar los complejos problemas económicos, sociales, ambientales, territoriales y de relaciones que caracterizan a la sociedad moderna.

Según la OMS, "7la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

3.5.1. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

3.5.1.1. DIMENSION FISICA

Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

3.5.1.2. DIMENSION PSICOLOGICA

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la

⁷ http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida

incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

3.5.1.3. DIMENSION SOCIAL

Es la percepción que tiene el individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

3.6. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO.

El Proceso de Atención de Enfermería es considerado una valiosa herramienta y enfoque deliberativo para la resolución de problemas en el desempeño del profesional de enfermería, que permite prestar cuidados a través de la praxis de capacidades cognitivas, técnicas, interpersonales, y que van dirigidas a satisfacer al paciente, en especial considerando la complejidad y alto grado de competencias científico cognitivas que requiere en su cuidado el paciente traqueostomizado. Es por ello que a continuación mostraremos un modelo del proceso de atención enfermería para demostrar lo significativo del papel de la enfermera en el cuidado del paciente traqueostomizado.

3.6.1. VALORACIÓN

DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS
Cianosis	Dolor en ostoma
Hipoxia	Ansiedad
Hipertermia o hipotermia	Inquietud
Disnea, Taquipnea o branipnea	Sentimiento soledad
Hipotensión o hipertensión	Apatía
Roncus, crepitaciones	Baja autoestima
Lesión del traqueostomo (irritación y picor, granuloma, estenosis, fistula)	Fatiga
Disfagia	Depresión
Secreciones abundantes (mucosas, sanguinolentas, infectantes)	Miedo
Facie de dolor	Stress
Afonía	
3.6.2.	
Anorexia	
Insomnio	

3.6.2. DIAGNÓSTICOS:

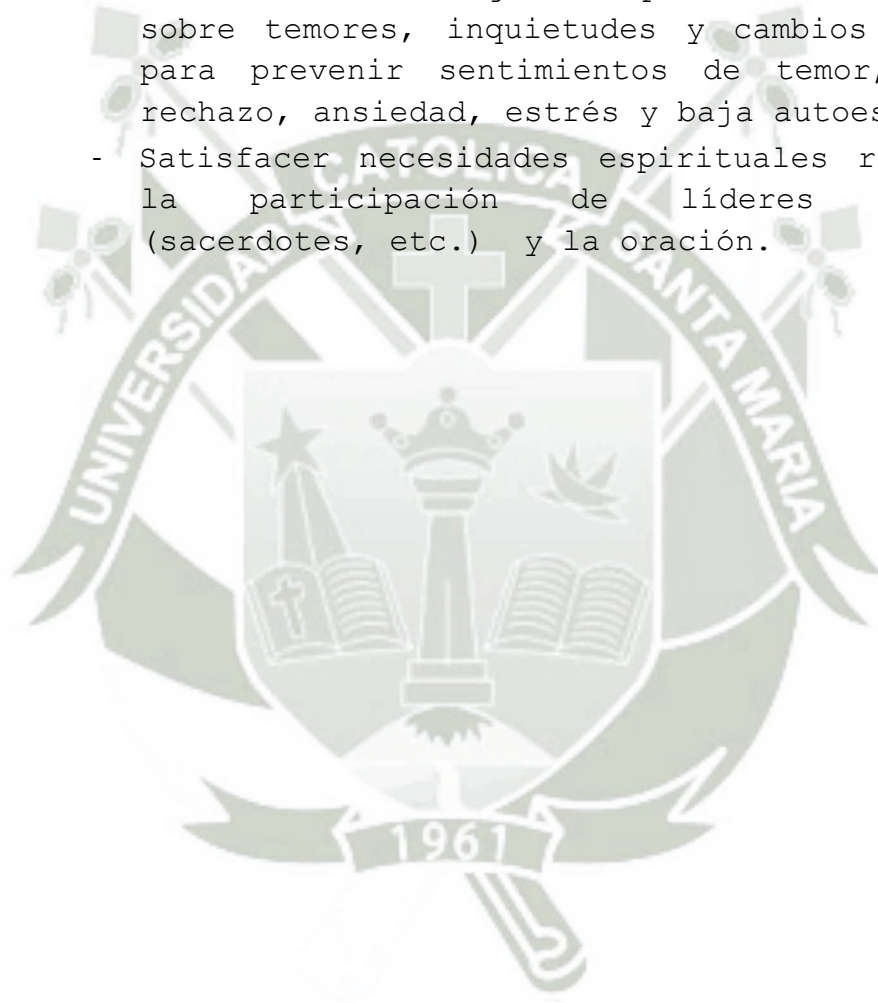
DOMINIO	CODIGO NANDA	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
Dominio 1 Pro.Sa.	00078	Gestión ineficaz de la propia salud R/C Complejidad del sistema de cuidados de Salud, déficit de conocimientos.
Dominio 3 Eli.Int.	00030	Deterioro del intercambio gaseoso R/C ventilación - Perfusión
Dominio 11 Seg.Pro.	00031	Limpieza ineficaz de las vías aéreas R/C Mucosidad excesiva, vía aérea artificial, retención de secreciones.
	00004	Riesgo de infección R/C defensas primarias inadecuadas, disminución de la acción ciliar, aumento de exposición ambiental a agentes patógenos, procedimientos invasivos, malnutrición.
Dominio 12 Confort	00132	Dolor agudo R/C Agente lesivo
Dominio 11 Seg.Pro.	00046	Deterioro de la integridad cutánea R/C Factores mecánicos
Dominio 2 Nutrición	00103	Deterioro de la deglución R/C Obstrucción mecánica, anomalías de la vía aérea superior.
	00103	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades R/C factor psicológico (anorexia), factor biológico (disfagia)
Dominio 3 Eli.Int.	00015	Riesgo de estreñimiento R/C actividad física insuficiente, factor psicológico (estrés y preocupación), cambios en alimentación habitual.
Dominio 4 Act.Rep.	00096	Deprivación del sueño R/C malestar prolongado (físico o psicológico)
Dominio 5 Per.Cog.	00051	Deterioro de la comunicación verbal R/C barreras físicas (traqueostomía)
Dominio 6 Autopersep.	00120	Baja autoestima R/C Alteración de la imagen corporal
Dominio 7 Rol. Rela.	00052	Deterioro de la interacción social/C Barrera de comunicación
Dominio 9 Afron.To.Est.	00069	Afrontamiento ineficaz R/C falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, falta de oportunidad para prepararse al agente estresante.
	00146	Ansiedad R/C Cambios en el estado de salud, crisis situacional, estrés, necesidades no satisfechas.
Dominio 10 Pri. Vit.	00066	Sufrimiento espiritual R/C Ansiedad, cambios vitales, soledad.

3.6.3. INTERVENCIONES GENERALES (priorizadas):

- Valoración de la función respiratoria: Frecuencia respiratoria, coloración de la piel en busca de signos de hipoxia y gasometría arterial (PaO_2 , PaCO_2 , pH, Bicarbonato).
- Nebulizar al paciente en posición fowler con solución de fenoterol y suero fisiológico utilizando una máscara de nebulización adaptada con un tubo en T a la cánula de traqueostomía por 10 min. Esperar de 10 a 20 min para repetir el procedimiento.
- Aplicar aerosoles según indicación médica.
- Aspiración de secreciones rápida y profunda (= 10 a 15 seg. por aspiración a una presión de 90-110mmHg), primero el tubo y luego la boca del paciente, con control de simultaneo de la saturación de Oxígeno para evitar la hipoxia según la necesidad del paciente. Hiperoxigenar al paciente con un FiO_2 del 100% por 2 a 3 minutos antes de aspirar.
En el caso de secreciones muy espesas o taponamiento del tubo de traqueostomía, realizar el lavado bronquial con 2 cm. de lidocaína diluido en 18cm. de suero fisiológico, instilando 10 cm. de esta solución por cada aspiración. Inmediatamente de haber instilado la solución se debe hiperoxigenar al paciente con el ambu a un flujo de 15 l/min para remover las secreciones. Posteriormente realizar la aspiración de secreciones.
- Retirar y lavar la cánula interna con suero fisiológico.
- Administrar un medio de oxigenoterapia adaptado con tubo en T a la cánula de traqueostomía según necesidad del paciente.
- Realizar fisioterapia respiratoria y cambios de posición para favorecer la eliminación de secreciones según previa valoración de las limitaciones del paciente.

- Curación del traqueostomo con suero fisiológico, y de la zona periostomal con alcohol yodado cada 24 hrs.
- Valorar estado de la piel periostomal identificando signos de infección o lesión.
- Cambiar el apósito de gasa ubicado entre la piel y la cánula, vigilar que permanezca limpio y seco, sujetar la cánula de traqueostomía al cuello del paciente con un anudado lateral.
- Valorar la escala de dolor producido por el traqueostomo para la administración de analgésicos.
- Administración de analgésicos y antibióticos endovenosos y valorar su eficacia.
- Valoración de la capacidad de deglución del paciente para determinar la necesidad de colocación de una sonda nasogástrica.
- Valorar requerimientos nutricionales del paciente según IMC.
- Administrar dieta líquida blanda hiperproteica / hipercalórico/ con residuo para el mantenimiento nutricional del paciente y prevención del estreñimiento, así como el consumo de líquidos.
- Proporcionar la dieta en 5 pequeñas raciones a lo largo del día para facilitar su digestión.
- Eliminar visiones molestas y olores que puedan disminuir el apetito del paciente.
- Vigilar la aparición de signos de estreñimiento.
- Realizar masajes abdominales para prevenir el estreñimiento.
- Administrar ablandadores de las heces previa indicación médica.
- Proporcionar comodidad, confort y eliminar cualquier factor etiológico que impida el sueño (secreciones, dolor, etc.)
- Asegurar la comunicación con el paciente a través de medios alternativos (papel, lápiz, etc.) y formular sólo preguntas de respuesta afirmativa o negativa.

- Mantener el timbre siempre al alcance del paciente.
- Incorporar al paciente y sus familiares al programa de familiar acompañante para brindarles información sobre la traqueostomía (complicaciones, cuidados, etc.). Asegurando la incorporación de la familia en el cuidado del paciente, y fomentando el autocuidado del usuario con capacidad para realizarlo.
- Fomentar el diálogo del paciente con la familia sobre temores, inquietudes y cambios de aspectos para prevenir sentimientos de temor, vergüenza, rechazo, ansiedad, estrés y baja autoestima.
- Satisfacer necesidades espirituales recurriendo a la participación de líderes espirituales (sacerdotes, etc.) y la oración.



3.6.3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

COD.NANDA	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	R/C	EVIDENCIADO	INTERVENCIONES	PRINCIPIO CIENTÍFICO
00030	<p>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO Deterioro del intercambio de gases</p>	Ventilación-perfusión.	Gasometría anormal, respiración anormal (frecuencia, ritmo y profundidad), color anormal de la piel (pálida, cianótica), confusión, disnea, hipoxia, irritabilidad, taquicardia.	Control de funciones vitales en especial de la función respiratoria: coloración de la piel, frecuencia respiratoria y gasometría arterial. Aspiración de secreciones con técnica estéril. Administración de oxigenoterapia. Posición fowler.	El control de funciones vitales nos permite vigilar el funcionamiento multiorgánico, entre ellas la oxigenación. Permite mantener una vía aérea permeable sin riesgo de contaminación. Administrar oxígeno a concentraciones mayores que el aire ambiental, permite prevenir la hipoxia. Favorece la expansión de músculos respiratorios y eliminación de secreciones.

<p>00031</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN</p> <p>Limpieza ineficaz de la vía aérea</p>	<p>Mucosidad excesiva, vía aérea artificial, retención de secreciones, disfunción neuromuscular.</p>	<p>Excesiva cantidad de esputo, tos inefectiva, disnea, sonidos respiratorios adventicios, cambios en frecuencia y ritmo respiratorio y cianosis.</p>	<p>Valorar permeabilidad de vías aéreas, capacidad para eliminarlas y el requerimiento de aerosoles o humidificadores según prescripción médica. Realizar nebulización. Hiperoxigenar al paciente. Aspirar secreciones con técnica estéril (< 10 seg.) Monitorizar simultáneamente la saturación de oxígeno. Colocar al paciente en posición fowler. Realizar fisioterapia respiratoria. Volver a aspirar al paciente. Lavar la cánula de traqueostomía.</p>	<p>Nos permite tomar acciones oportunas ante problemas. Recobrar la permeabilidad de la vía aérea por un tiempo limitado, evitando quitar oxígeno y lesionar la mucosa traqueal. Favorece la expansión de músculos respiratorios y eliminación de secreciones</p>
--------------	---	--	---	---	---

<p>00004</p>	<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN</p> <p>Riesgo de infección</p>	<p>Defensas primarias inadecuadas, disminución de la acción ciliar, aumento de la exposición ambiental a agentes patógenos, procedimiento invasivo, malnutrición.</p>	<p>Hipertermia, hipotermia, taquicardia, bradicardia, hipotensión e hipertensión.</p>	<p>Vigilar la aparición de signos de infección: -Características de las secreciones de aspiración. - Valorar signos vitales Poner en práctica precauciones universales de bioseguridad y mantener ambiente aséptico, durante la realización de técnicas invasivas, con material estéril. Administración de antibioterapia prescrita. Fomentar ingesta de dieta rica en vitaminas y proteínas.</p>	<p>Nos permite tomar acciones oportunas ante problemas y signos de alarma. Expresión del estado fisiológico del organismo. Evitar y minimizar la trasmisión de agentes patógenos. Eliminar agentes patógenos. Las vitaminas son mediadores de la función enzimática, por tanto fortalecen la función inmunológica. Las proteínas constituyen la materia prima de los tejidos.</p>
<p>00132</p>	<p>DOMINIO 12: CONFORT</p> <p>Dolor Agudo</p>	<p>Agente lesivo (intervención quirúrgica).</p>	<p>Conducta expresiva (irritabilidad, inquietud), conducta defensiva, máscara facial, estrechamiento del foco de atención.</p>	<p>Valorar escala del dolor. Administrar analgésicos prescritos. Evaluar eficacia de la terapia analgésica.</p>	<p>Drogas que disminuyen la producción de prostaglandinas y sensibilidad en fibras nociceptivas que producen la sensación de dolor.</p>

<p>DOMINIO 11: SEGURIDAD/ PROTECCIÓN</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea</p>	<p>Factores mecánicos (presión y sujeción)</p>	<p>Invasión de estructuras corporales (traqueostomía), Alteración de la superficie de la piel.</p>	<p>Curación del traqueostoma cada 24 hrs. y siempre que se precise con técnica estéril. Mantener los apósitos limpios y secos. Vigilar aspecto del ostoma y piel periestomal ante la presencia de signos de lesión</p>	<p>Mantener la integridad de la piel y prevenir contaminación del ostoma. La humedad constituye un medio de cultivo para agentes patógenos.</p>
<p>00046</p>					

<p>00103</p>	<p>DOMINIO 2 : NUTRICIÓN</p> <p>Deterioro de la deglución</p>	<p>Obstrucción mecánica (tubo de traqueostomía) anomalías de la vía aérea superior.</p>	<p>Náuseas, elevación faríngea inadecuada, quejas de tener algo atascado, rechazo de los alimentos,, tos,</p>	<p>Valoración de la capacidad de deglución. Colocación de sonda nasogástrica. Administrar dieta líquida blanda.</p>	<p>Identificar alteración de reflejos de deglución. Prevenir aspiración. Cubrir requerimientos nutricionales a través de una sonda nasogástrica, de rápida digestión.</p>
<p>00002</p>	<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades</p>	<p>Factor biológico (disfagia), factor psicológico (anorexia)</p>	<p>Aversión a comer, peso corporal inferior en un 20%, informes de alteraciones del sentido del gusto, informes de ingesta inferior a las cantidades recomendadas.</p>	<p>Valoración del estado nutricional (IMC). Proporcionar dieta en porciones pequeñas y frecuentes. Educación sanitaria. Eliminar cualquier olor y visión molesta durante la comida.</p>	<p>Medir relación tejido adiposo con peso, dando como resultado el peso ideal. Proporciona apoyo nutricional que no requiere de esfuerzo en su digestión. El sentido del olfato y la vista son los principales estimuladores del apetito.</p>

00015	<p>DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO</p> <p>Riesgo de estreñimiento</p>	<p>Actividad física insuficiente, Factor psicológico (estrés y depresión), cambio en los alimentos habituales.</p>	<p>Disminución del número de evacuaciones, alteración en la consistencia de las heces.</p>	<p>Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que este contraindicado. Masajes abdominales. Administrar laxantes previa indicación médica.</p>	<p>La vigilancia continua permite tomar acciones de manera oportuna ante problemas. Frecuencia y consistencia de heces está relacionado al consumo de agua y fibra. Estimula y lubrica el colón, ablanda las heces.</p>
00096	<p>DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO</p> <p>Deprivación del sueño</p>	<p>Malestar prolongado (físico y psicológico).</p>	<p>Agitación, ansiedad, irritabilidad, malestar.</p>	<p>Identificar los factores etiológicos: Presencia de secreciones, factores psicológico. Brindar comodidad y confort.</p>	<p>Para realizar las acciones debidas de acuerdo a la causa del problema. Para producir un grado de bienestar fisiológico.</p>

<p>00051</p>	<p>DOMINIO 5 : PERCEPCIÓN /COGNICIÓN Deterioro de comunicación verbal.</p>	<p>Barrera física (traqueostomía)</p>	<p>Dificultad para expresar pensamientos verbales, dificultad para formar palabras, disnea.</p>	<p>Explicar y proporcionar medios de comunicación alternativos (papel, etc.) Formular preguntas de respuesta afirmativa o negativa. Mantener el timbre al alcance del paciente.</p>	<p>Para brindar un cuidado integral es importante establecer entre la enfermera y el paciente una relación de confianza y ayuda, que permite satisfacer las necesidades del paciente en forma asertiva y oportuna.</p>
<p>00120</p>	<p>DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN Baja autoestima situacional</p>	<p>Alteración de la imagen corporal</p>	<p>Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos, de expresión de inutilidad.</p>	<p>Ayudar al paciente a discutir los cambios en su aspecto producto de la traqueostomía e identificar acciones que mejoren su aspecto.</p>	<p>La actitud del paciente ante la vida, así como el apoyo familiar y social es fundamental para convivir con un dispositivo como la traqueostomía por un tiempo prolongado.</p>

00052	<p>DOMINIO 7:</p> <p>ROL / RELACIONES</p> <p>Deterioro de la interacción social</p>	Barrera de comunicación (Traqueostomía),	Malestar en las situaciones sociales, interacción disfuncional con los demás.	Dar apoyo para conservar las técnicas sociales básicas y reducir el aislamiento social.	La actitud del paciente ante la vida, así como el apoyo familiar y social es fundamental para convivir con un dispositivo como la traqueostomía por un tiempo prolongado.
00069	<p>DOMINIO 9 :</p> <p>AFRONTAMIENTO/ TOLERANCIA AL ESTRÉS</p> <p>Afrontamiento ineficaz</p>	Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación, falta de oportunidad de prepararse para el agente estresante (urgencia),	Cambios en los patrones de comunicación habitual, fatiga, incapacidad para satisfacer necesidades básicas, falta de resolución de los problemas, trastornos del sueño, expresión de	Brindar apoyo emocional Fomentar la comunicación con la familia sobre ansiedades y temores.	La actitud del paciente ante la vida, así como el apoyo familiar y social es fundamental para convivir con un dispositivo como la traqueostomía por un tiempo prolongado.

00146	Ansiedad	incertidumbre Cambio en el estado de Salud, crisis situacional, estrés, necesidades no satisfechas.	incapacidad para el afrontamiento. Expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales, angustia, temor, irritabilidad, preocupación. Tensión facial, anorexia, trastorno del sueño, disminución de la habilidad para solucionar problemas.	
00066	DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES Sufrimiento espiritual	Ansiedad, cambios vitales, soledad.	Cólera, expresión de falta de aceptación, expresión de falta de esperanza, expresión de falta de propósito en la vida, afrontamiento deficiente, Expresa sentirse abandonado.	La fe y la esperanza juegan un papel importante en la esfera espiritual del paciente. Incluso para prepararlos a recibir la muerte o hechos que cambien su vida.

4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Se efectuó la búsqueda de las fuentes bibliográficas en las bibliotecas correspondientes a las Universidades de San Agustín, Universidad Católica de Santa María y Alas Peruanas, dando como resultado la ausencia de trabajos de investigación similares al desarrollado por las investigadoras, por lo cual se recurre a fuentes de investigación procedentes de Internet:

- **AUTOR:** Ortega, P.

INVESTIGACIÓN: Alternativa a la traqueotomía quirúrgica en cuidados intensivos: Traqueotomía percutánea y cuidados de enfermería. Universidad de Barcelona. Facultad de Enfermería. España, 2005.

CONCLUSIONES: La Traqueostomía percutánea es una técnica de abordaje traqueal especialmente indicada en pacientes críticos. Se puede realizar en la misma cama del paciente. El procedimiento es rápido y poco cruento, minimizando el traumatismo sobre los tejidos, disminuyendo significativamente el número de complicaciones.

El conocimiento en materia de cuidados al paciente con Traqueostomía percutánea es necesario para poder actuar de una forma adecuada para su beneficio y favorable evolución (prevención de complicaciones).

- **AUTOR:** Angui Caraballo ,TSU Yery Isturriaga

INVESTIGACION: Información que Posee el Personal de Enfermería sobre el Cuidado de la Traqueostomía en Usuarios Hospitalizados

en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" 2do Trimestre 2005.

CONCLUSION: La traqueostomía, sin embargo nos damos cuenta que existe personal de enfermería que niega aspectos tales como la valoración del sistema respiratorio, fisioterapia respiratoria e higiene bronco pulmonar, como cuidados al usuario traqueostomizado.

Para poder realizar procedimientos como, aspiración de secreciones, cuidados del estoma y nebulizaciones se debe tener un protocolo establecido contentivo de técnicas y procedimientos adecuado así como las medidas de asepsia y antisepsia sumadas las barreras de protección del personal de enfermería.

- **AUTOR:** Ferreyra MA, Zjilstra PA, Luzuriaga M, Ivars AE

INVESTIGACION: Indicaciones Y Complicaciones De Traqueotomías. Nuestra Experiencia. Revista del Hospital Privado de Comunidad. (Argentina). 2008

CONCLUSION: La indicación más frecuente de traqueotomías se debe al desarrollo en las Unidades de Terapia Intensiva, al requerir la intubación prolongada de los pacientes.

La traqueotomía es una práctica quirúrgica segura, cuando se realiza ante indicaciones precisas, en un ámbito adecuado, y presenta escasas complicaciones si se realizan de manera adecuada los cuidados post-operatorios.

- **AUTOR:** Gandía-Martínez; I. Martínez-Gil; D. Andaluz-Ojeda; F. Bobillo de Lamo; l. Parra-Morais y F. Díez-Gutiérrez.

- **INVESTIGACIÓN:** Análisis de la Traqueotomía precoz y su Impacto sobre la incidencia de neumonía, consumo de recursos y mortalidad en pacientes neurocríticos. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Servicio de medicina intensiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Argentina.2010.

CONCLUSION: La traqueotomía precoz (≤ 9 días) en los enfermos neurocríticos aporta ventajas apreciables, acortando los días de ventilación mecánica y de estancia en uci, con menores requerimientos de sedación y de antibioterapia. Aunque la traqueostomía más tardía no se relaciona directamente con la mortalidad, se eleva considerablemente el riesgo de padecer neumonía, de manera especial en pacientes con Traumatismo encéfalo craneano. Estas circunstancias clínicas deben valorarse individualmente en cada caso a fin de establecer el momento más adecuado para practicar la traqueostomía en los pacientes neurocríticos.

- **AUTORA:** William A. Milian, Manuel E. Contardo.

INVESTIGACION: La traqueostomía precoz mejora el pronóstico de los pacientes críticos. Departamento de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima -Perú, 2005.

CONCLUSION: La traqueostomía precoz se encuentra asociada a una disminución del tiempo de ventilación mecánica, disminución de la estancia en UCI y hospitalaria en comparación a la traqueostomía tardía.

- **AUTOR (A):** Tenerife, Paula.

INVESTIGACIÓN: Cuidados de enfermería en la traqueostomía. Revista de enfermería "Tú cuidas". España, 2007.

CONCLUSIONES: En ciertas ocasiones, nuestro cuerpo es incapaz de hacer frente a problemas, por lo que el ser humano debe actuar para permitir que el organismo pueda cumplir todas sus funciones.

Este es el objetivo de la implantación de una traqueostomía, realizar una función sustitutiva del órgano dañado.

Por ello, es propio del personal de enfermería, usuarios y cuidadores conocer cuáles son los dispositivos que se van a utilizar, los cuidados posteriores a la intervención y el resto de aspectos relacionados con la evolución del paciente, para sí asegurar una vida con calidad y prevenir futuras complicaciones.

- **AUTOR:** Ríos Pérez M. de las Mercedes; Llorente Mendizábal Inmaculada; Muñoz Contreras Gemma Natividad; Ruiz Pastor Isabel. Hospital Doce de Octubre. Madrid. 2011

INVESTIGACIÓN: Cuidados de enfermería en el alta del pacientes traqueostomizados.

CONCLUSION: La enfermera hace que disminuya el grado de estrés y ansiedad tanto en pacientes como familiares que genera el dejar el ambiente de seguridad del hospital. Esta mayor autonomía en el autocuidado del paciente traqueostomizado en el domicilio, se refuerza al tener las recomendaciones de cuidados que brinda la enfermera a través de la educación.

- **AUTOR:** Akduman D, M Karaman, Uslu C, Bilac O, O Türk, Deniz M, R. Durmuş

INVESTIGACION: Resultados del tratamiento del cáncer laríngeo: sobrevivir y evaluación de calidad de vida. Departamento de Otorinolaringología, Hospital de Umraniye Training and Research, Estambul, Turkey;2010.

CONCLUSION: Aunque la preservación de la laringe tuvo un efecto positivo en el curso, es decir, que no afecta a los parámetros de calidad de vida. Además, tener una traqueostomía permanente aumento el índice de tos notablemente. Hacemos hincapié en que el estudio prospectivo multiinstitucional de la calidad de vida que comparaban diferentes métodos de tratamiento para los tumores en estadio similares son esenciales en la definición de la estrategia de manejo óptimo de los pacientes con cáncer de laringe.

- **AUTOR:** Dr. Fernando Paz, Lic. Alejandra Zamorano, Dra. Rebeca Paiva, Dr. Yuri Hernandez, Lic. Paula Mödinger, Dr. Gonzalo Moscoso.

INVESTIGACION: Cuidados de pacientes con traqueostomía. Hospital Josefina Martínez, Programa AVNI-MINSAL, Departamento de Enfermería. Chile, 2006.

CONCLUSION: El manejo domiciliario de pacientes con TQT puede ser seguro, evitando complicaciones potencialmente graves a través del desarrollo de programas bien estructurados de entrenamiento para los cuidadores y

protocolos de seguimiento y monitorización domiciliaria a través de personal de enfermería especializado, favoreciendo el desarrollo integral de este grupo especial, mejorando su calidad de vida y disminuyendo los costos de hospitalización.

- **AUTOR:** Gilony D, Gilboa D, Blumstein T, Murad H, Talmi YP, Kronenberg J, Wolf M.

INVESTIGACION: Efectos de la traqueotomía en el bienestar y la percepción de la imagen corporal. Departamento de Otorinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Escuela de Medicina de Tel Hashomer y Sackler, Universidad de Tel-Aviv, Israel, 2010.

CONCLUSION: Se ha reducido las puntuaciones después de la traqueotomía indicando una disminución de la calidad de vida en general. Estos cambios se correlacionan con los rasgos de personalidad los pacientes decanulados mostraron sólo una ligera mejoría que indica la recuperación psicosocial incompleta.

- **AUTOR:** Hashmi NK; Ransom E; Nardone H; Redding N; MirzaN.

INVESTIGACION: La calidad de vida y la propia imagen en los pacientes sometidos a traqueotomía. Departamento General de Cirugía, Universidad de Pensilvania, Estados Unidos; 2010.

CONCLUSION: La planificación de la traqueotomía es una intervención beneficiosa para los pacientes con patologías respiratorias benignas, ya que experimentan una mejora en su

salud física y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Hay una disminución en la salud mental después de la operación, lo que atribuimos a un empeoramiento de la autoestima. Los pacientes que no se sometieron a una traqueostomía, experimentaron una disminución en su funcionamiento físico y mental. Esto se puede atribuir a la falta de comprensión de los beneficios del procedimiento y asesoramiento preoperatorio pobres. Se recomienda la evaluación psicológica perioperatoria para mejorar la salud mental en los pacientes sometidos a traqueostomía electiva.

- **AUTOR:** Dra. Martínez García Rosario; Ramírez Centeno Ana María; Ramírez Luque Inmaculada.

INVESTIGACIÓN: "Mejora de la calidad de vida y disminución de la ansiedad en pacientes traqueostomizados."
Hospital Infanta Margarita. Servicio de Neurología, Personal de Enfermería. Córdoba, 2007.

CONCLUSIÓN: Llegaron a la conclusión que la educación sanitaria realizada por la enfermera en los pacientes traqueostomizados y sus cuidadores disminuye notablemente el grado de ansiedad y evita la aparición de complicaciones relacionadas con el cuidado al aumento del nivel de conocimientos previos al alta.
Así mismo se evidencia una mejora de resultados al unificar en planta los diagnósticos de enfermería que se dan en este tipo de enfermos, a la hora de realizar las distintas tareas en sus cuidados.

- **AUTOR:** Miura K, Suzuki Y, Kumagai T, Hayakawa C, Matsumoto A, Miyazaki S, Mizuno S.

INVESTIGACION: Traqueostomía en pacientes de atención domiciliaria con discapacidad motor severo y intelectual. Departamento de Neurología. Kasugai, Japón, 2005.

CONCLUSION: La calidad de vida de casi todos los pacientes sin precedente a la intubación mejoraron notablemente, así como la de sus familias, y que fueron capaces de volver a casa. La razón más decisiva para la traqueostomía fue secreciones y neumonía por aspiración recurrente, reflujo gastroesofágico y obstrucciones en las vías respiratorias superiores. Posteriormente, los tubos de traqueotomía hecha a la medida de largo se utilizaron en tres de estos pacientes. El cuidado del hogar del paciente SMID con alteración respiratoria requiere traqueotomía realizada a tiempo, seguido de una observación cuidadosa para evitar complicaciones postoperatorias.

- **AUTOR:** Tsikoudas A, Barnes ML, Blanco P.

INVESTIGACION: El impacto de la traqueotomía en la nariz. Departamento de Otolaringología, Hospital y Escuela de Medicina de Ninewells, Universidad de Dundee. Escocia, Reino Unido, 2011.

CONCLUSION: En el grupo de estudio de traqueotomizados se identificado "la pérdida del olfato y el gusto" como el síntoma más importante. La traqueostomía puede dar lugar a síntomas nasales. Esto debe ser abordado en la rutina de seguimiento de estos pacientes.

5 HIPÓTESIS

Dado que el uso de la traqueotomía produce complicaciones a corto y largo plazo, además de dificultades en el desenvolvimiento cotidiano, es probable que la calidad de vida de los pacientes traqueostomizados de los servicios de Hospitalización y Emergencia del H.B.C.A.S.E., se vea afectada.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO

1.1. TECNICA

Las técnicas que se emplearon para el desarrollo de nuestra investigación son la observación para valorar la variable Complicaciones y el cuestionario para valorar la variable de calidad de vida.

1.2. INSTRUMENTO

DESCRIPCION DE LA FICHA DE OBSERVACION DE COMPLICACIONES DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO.

Para medir la variable de complicaciones se utilizó la ficha de observación elaborada por las investigadoras la cual consta de 14 ítems. Los cuales están divididos en dos dimensiones los cuales son: COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS y COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

Dentro de complicaciones intraoperatorias encontramos 3 ítems: Hemorragia, Paro Respiratorio Y edema Agudo de pulmón.

Dentro de complicaciones posoperatorias encontramos 2 sub dimensiones: complicaciones inmediatas y mediatas.

En complicaciones inmediatas se encuentran los ítems de neumotórax, neumomediastino y enfisema subcutáneo.

En complicaciones mediatas encontramos los ítems de: infección, necrosis, lesión de cuerdas vocales, afonía, estenosis, granuloma, fistula y alteraciones cosméticas.

En la parte inferior de la ficha encontramos un casillero de observaciones que será utilizado en caso de encontrarse complicaciones no mencionadas en la ficha.

- **VALIDACIÓN DE LA ESCALA**

El instrumento fue validado por personal especializado de los servicios de Neurología-Neurocirugía y Emergencia del H.B.C.A.S.E., contando con la participación de 2 enfermeras especialistas y un Médico Residente como validadores de la ficha de observación.

Una vez validado, el instrumento fue aplicado en una prueba piloto a 15 personas traqueostomizadas de los servicios a realizar el estudio. No se encontró ninguna dificultad en su aplicación.

- **ALTERNATIVAS DE RESPUESTA Y PUNTUACIÓN:**

La puntuación de la Ficha de observación de complicaciones del paciente traqueostomizado será realizada según los siguientes criterios:

.Marque SI: Ante presencia de complicaciones existente o anteriormente presente.

.Marque NO: Ante complicación ausente.

En caso de presentarse complicaciones no mencionadas en la ficha de observación, serán anotadas en la casilla de observación.

NOTA: El presente instrumento no cuenta con una escala numérica para su evaluación, solo será aplicado para identificar las complicaciones presentes en el paciente traqueostomizado.

- **MODOS DE ADMINISTRACIÓN**

La ficha de observación de complicaciones del paciente traqueostomía será utilizada únicamente por profesionales de la salud en pacientes traqueostomizados.

El investigador debe contar con experiencia para identificar las complicaciones mencionadas en la ficha, tanto en el paciente de forma real y a través de la lectura de la historia clínica.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA: "ROTTERDAM SYMPTOM CHECK LIST"

La escala del Rotterdam es un cuestionario para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Fue diseñada para abarcar 3 dimensiones de: Dimensión física, dimensión Psicológica y social.

La dimensión física, comprenden 9 aspectos. Los cuales son: Cansancio ante actividades simples, deterioro de la movilidad física, alteración de la sensación gustativa, dificultad para dormir, disminución del apetito, dificultad para eliminar secreciones, dificultad en la deglución, dificultad para percibir olores, sequedad en boca y la mucosa nasal.

La dimensión Psicológica comprende 9 items, en relación con los diferentes síntomas que puedan experimentar los pacientes de hospitalización.

La dimensión social comprende 4 items, que evalúa la reacción del paciente frente a las relaciones personales. Comprende: Irritabilidad frente a relaciones interpersonales, dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual, evita el contacto con otras personas y sentimiento de discriminación por estado de salud.

El uso de la escala de Rotterdam ha demostrado ser adecuado para aplicar a pacientes con diagnóstico de cáncer y pacientes sometidos a diferentes procedimientos.

El instrumento ha sido utilizado a principios de la enfermedad y en sus etapas avanzadas. Dicha escala también tiene otros usos, como la detección de casos como violencia psicológica; además, permite la detección de los pacientes en riesgo de depresión por el curso de la enfermedad; y de aquellos que necesitan intervención psiquiátrica. En estos casos se aplicará una más amplia entrevista de diagnóstico psiquiátrico.

- **VALIDACIÓN DE LA ESCALA**

La escala de Rotterdam fue validada en Holanda, inicialmente en tres muestras de estudio.

- **ALTERNATIVAS DE RESPUESTA Y Puntuación**

Se deberá preguntar al entrevistado cuan frecuentes son sus síntomas en relación a las complicaciones presentes que alteran su Calidad de Vida.

La puntuación de esta escala es muy sencilla:

Ranquear desde la primera columna del 1 al 4; 1(nada), 2(un poco), 3 (bastante), 4 (mucho).

Entonces, tenemos que cuanto más alto es el puntaje más alto es el nivel de carga o impedimento. En donde, como resultados tenemos:

Buena calidad de vida (22 - 43 puntos), Regular calidad de vida (44 - 65 puntos) y mala calidad de vida (66 - 88 puntos)

- **MODOS DE ADMINISTRACIÓN**

La escala de Rotterdam puede ser utilizada como un cuestionario o una entrevista, que tardará aproximadamente, 8 minutos.

Es fácil de administrar, en un entorno clínico por ejemplo, en una sala de hospitalización.

2. CAMPO DE VERIFICACION

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo, el cual funciona en su propio local situado en la calle Peral, Esquina con Ayacucho S/N en el Cercado de Arequipa.

El Hospital forma parte de la red de EsSalud-Arequipa, es el organismo de más alto nivel para la atención especializada de los pacientes, además de ser un hospital docente en el que se cumple con la formación científica y académica de estudiantes y pasantes de diferentes universidades e instituciones.

El área de Hospitalización consta de 7 pisos, el primer piso está conformado por Consultorios externos incluyendo el servicio de Emergencia para la atención de los asegurados, el tercer piso está conformado por el servicio de Neurología y Neurocirugía, y el séptimo piso por Medicina Interna.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizó en los meses de Octubre al Diciembre del 2012.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

2.3.1. POBLACION DE ESTUDIO

Conformado por todo el universo de los Pacientes traqueostomizados pertenecientes a los servicios de Emergencia, Neurología - Neurocirugía y Medicina Interna del H.B.C.A.S.E. durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del 2012.

El Universo se determinó en base a una tendencia semanal observada durante las prácticas del internado clínico realizado durante los meses de Enero - Julio. En la cual se observó que el número de diagnósticos médicos, posibles candidatos al procedimiento de traqueostomía, fueron 1 a 2 pacientes por semana. Es por ello, que al realizar un análisis mensual, el promedio de pacientes traqueostomizados es de 6 a 7 al mes.

Criterios de Inclusión

- o Todos los Pacientes adultos y adultos mayores traqueostomizados pertenecientes a los servicios de hospitalización (Neurología, Neurocirugía, Medicina Interna) y Emergencia del H.B.C.A.S.E.
- o Pacientes de ambos géneros.
- o Pacientes que desearon participar y firmaron autorización para participar en la investigación.
- o Se incluyó todo tipo de patologías donde este indicado la presencia de traqueotomía.
- o Pacientes con traqueostomías realizadas en el año 2012.

Criterios de Exclusión

- o Pacientes Traqueostomizados que presentaron compromiso de conciencia.
- o Pacientes traqueostomizados que no hablen el idioma castellano.
- o Pacientes que no pertenecen a la localidad de Arequipa.
- o Pacientes hospitalizados cuyas traqueostomías no hayan sido realizadas en el hospital H.B.C.A.S.E.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

Para la realización de la presente investigación se ejecutaron los siguientes pasos:

- Se coordinó con la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María con el fin de obtener una carta de presentación, la cual fue remitida al director del Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo, solicitando su autorización para la realización de nuestro estudio de investigación.
- Se concordó con la oficina de Investigación y Capacitación del Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo la realización de los diferentes trámites que aprueben la ejecución del trabajo de investigación en el Hospital.
- Se concertó con el Departamento de Enfermería la ejecución del estudio de investigación en los servicios de Hospitalización (Neurología, Neurocirugía, Medicina Interna) y Emergencia.

- Se seleccionó las unidades de investigación según los criterios de inclusión y exclusión.
- Se aplicó el instrumento a los pacientes durante los meses de Octubre a Diciembre del 2012 de lunes a sábado de 8 a 3 p.m.
- Los datos obtenidos a través del instrumento fueron codificados y consignados en una matriz de datos.
- Se consignó los datos en un paquete estadístico del SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) mediante los siguientes instrumentos estadísticos:
 - Distribución de frecuencias.
 - Distribución de frecuencia porcentual.
 - La relación entre variables correspondientes a complicaciones y calidad de vida.





A. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA N° 1

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO Y EDAD DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E. A REQUIPA, 2012

SEXO EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
25-55 años	6	27.27	2	9.09	8	36.36
56-85 años	9	40.91	5	22.72	14	63.64
TOTAL	15	68.18	7	31.81	22	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N°1, en relación al sexo se observa que el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino con un 68.18%, en comparación al sexo femenino con un 31.81%. En relación a la edad, el mayor porcentaje corresponde al grupo etáreo de 56 - 85 años con un 63.64%, mientras que el grupo etáreo de 25 -55 años alcanza un 36.36%.

De lo que anteriormente descrito se deduce que más de la mitad de pacientes traqueostomizados en los servicios de hospitalización pertenecen al sexo masculino y se encuentran entre las edades de 56 - 85 años.

TABLA N° 2
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN SEXO Y EDAD DE PACIENTES
TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL H.B.C.A.S.E.
AREQUIPA, 2012

SEXO EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
25-55 años	2	25%	1	12,5%	3	37.5%
56-85 años	3	37,5%	2	25%	5	62.5%
TOTAL	5	62.5%	3	37.5%	8	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N°2, en relación al sexo se observa que el mayor porcentaje corresponde al sexo masculino con un 62.5%, en comparación al sexo femenino con un 37.5%. En relación a la edad, el mayor porcentaje corresponde al grupo etáreo de 56 - 85 años con un 62.5%, mientras que el grupo etáreo de 25 -55 años alcanza un 37.5%.

De lo que anteriormente descrito se deduce que más de la mitad de pacientes traqueostomizados pertenecen al sexo masculino y se encuentran entre las edades de 56 - 85 años.

TABLA N°3

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNÓSTICO DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIROLOGÍA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012.

DIAGNOSTICO	Nº	%
ACV Hemorrágico	2	9.09
Ca Tiroideo	2	9.09
TEC moderado	2	9.09
ACV isquémico	3	13.64
Ca Laringeo	4	18.18
TVM Cervical	4	18.18
IRA	2	9.09
Síndrome de Guillain -Barré	1	4.55
EPOC	2	9.09
TOTAL	22	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N°3 se observa que las unidades de estudio tienen como diagnóstico más frecuente al Traumatismo vertebro medular cervical y el Cáncer laríngeo, alcanzando ambos el mismo porcentaje de 18.18%, haciendo un acumulado del 36.36%. Mientras que el 63.64% restante está representado por los diagnósticos de Accidente Cerebro Vascular hemorrágico, cáncer de tiroides, Traumatismo encéfalo craneano moderado, Accidente Cerebro Vascular isquémico, Insuficiencia respiratorias aguda, Síndrome de Guillain-Barre y Enfermedad Obstructiva Crónica del Pulmón.

Lo que pone en evidencia que la mayor proporción de la población en los servicios de Hospitalización tiene como diagnóstico el Trastorno vertebro medular cervical y el Cáncer laríngeo, llegando a constituir un poco más de un tercio de la población.

TABLA N°4

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN DIAGNÓSTICO DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS
EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL H.B.C.A.S.E.
AREQUIPA, 2012.**

DIAGNOSTICO	N°	%
ACV Hemorrágico	1	12.5
Ca Tiroideo	1	12.5
TEC moderado	3	37.5
ACV isquémico	1	12.5
Ca Laríngeo	1	12.5
EPOC	1	12.5
TOTAL	8	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N°2 se observa que las unidades de estudio, que el diagnóstico con mas incidencia es Traumatismo encéfalo craneano moderado, con un porcentaje de 37.5%. Mientras que el 62.5% restante está representado por las diagnósticos de Accidente Cerebro Vascular hemorrágico, cáncer de tiroides, Accidente Cerebro Vascular isquémico, Ca tiroideo, accidente cerebrovascular isquémico, Ca laríngeo y Enfermedad obstructiva crónica de pulmón.

Lo que pone en evidencia que la mayor proporción de la población en emergencia tiene como diagnóstico el Traumatismo encéfalo craneano moderado con 37.5%, que constituye un poco más de un tercio de la población.

B. COMPLICACIONES

TABLA N° 5

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES INTRA OPERATORIAS DE
PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGIA Y
MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E.
AREQUIPA, 2012**

COMPLICACIONES		N°	%
INTRA OPERATORIAS	Hemorragia	9	81.82
	Paro respiratorio	0	0.00
	Edema agudo de pulmón	2	18.18
	TOTAL	11	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N°5 en relación al indicador de complicaciones intraoperatorias se puede observar que el mayor porcentaje corresponde a hemorragias con 81.82%, seguido de edema agudo de pulmón con un 18.18 % y que no se presentó la complicación de paro respiratorio.

Por lo que se deduce que más de la mitad de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización presentaron hemorragia como complicación intraoperatoria.

TABLA N° 6
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES INTRA OPERATORIAS DE
PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL H.B.C.A.S.E.
AREQUIPA, 2012

COMPLICACIONES		N°	%
INTRA OPERATORIAS	Hemorragia	3	75
	Paro respiratorio	0	0.00
	Edema agudo de pulmón	1	25
	TOTAL	4	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N°6 en relación al indicador de complicaciones intraoperatorias se puede observar que la mayor incidencia corresponde a hemorragias con 75%, seguido de edema agudo de pulmón con un 25% y que no se presentó la complicación de paro respiratorio.

Por lo que se deduce que más de la mitad de los pacientes traqueostomizados en el servicio de emergencia presentaron la hemorragia como complicación intraoperatoria.

TABLA N° 7

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORIAS DE PACIENTES
TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN
(NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGIA Y MEDICINA INTERNA)
EN EL H.B.C.A.S.E.AREQUIPA, 2012

		COMPLICACIONES	N°	%
POST OPERATORIAS	INMEDIATAS	Neumotórax	9	7.43
		Neumomediastino	2	1.65
		Enfisema Subcutáneo	10	8.26
	MEDIATAS	Infección	22	18.18
		Necrosis	1	1
		Lesión de Cuerdas Vocales	11	9.09
		Afonía	22	18.18
		Estenosis	6	4.95
		Granuloma	9	7.43
		Fistula	7	5.78
		Alteraciones Cosméticas	22	18.18
		TOTAL	121	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la Tabla N°7 en relación al indicador de complicaciones post operatorias inmediatas se aprecia que el mayor porcentaje corresponde a Enfisema subcutáneo con 8.26%, seguido de Neumotórax con 7.43% y Neumomediastino con un 1.65%. Y en relación al indicador de complicaciones post operatorias mediatas se observa que los mayores porcentajes corresponden a Infección, alteraciones cosméticas y afonía, alcanzando el mismo porcentaje de 18.18 %, las que hacen un acumulado de 54.54%. Y en menos proporción las complicaciones de Necrosis, Lesión de Cuerdas Vocales, Estenosis, Granuloma y Fistula, haciendo un acumulado del 45.46%.

De lo anteriormente descrito se deduce existe una mayor proporción de complicaciones post operatorias mediatas con un acumulado de 54.54% perteneciente a las complicaciones de Infección, Alteraciones cosméticas y Afonía las que se evidencian en más de la mitad de la población de estudio, en comparación a la presencia de complicaciones post operatorias inmediatas.

TABLA N° 8
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES POST OPERATORIAS DE
PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012

		COMPLICACIONES	N°	%
POST OPERATORIAS	INMEDIATAS	Neumotórax	4	9.46
		Neumomediastino	0	0
		Enfisema Subcutáneo	5	12.19
	MEDIATAS	Infección	8	19.51
		Necrosis	0	0
		Lesión de Cuerdas Vocales	4	9.46
		Afonía	7	17.07
		Estenosis	2	4.88
		Granuloma	3	7.31
		Fistula	0	0
		Alteraciones Cosméticas	8	19.51
		TOTAL	41	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la Tabla N°8 en relación al indicador de complicaciones post operatorias inmediatas se aprecia que el mayor porcentaje corresponde a Enfisema subcutáneo con 12.19%, seguido de Neumotórax con 9.46% Y en relación al indicador de complicaciones post operatorias mediatas se observa que los mayores porcentajes corresponden a Infección y alteraciones cosméticas, alcanzando el mismo porcentaje de 19.51%, las que hacen un acumulado de 39.02%, seguidas de afonía con 17.07%. Y en menos proporción las complicaciones de Lesión de Cuerdas Vocales, Estenosis y Granuloma, haciendo un acumulado del 21.65 %. Nos e presento necrosis ni fistula.

De lo anteriormente descrito se deduce que existe una mayor proporción de complicaciones post operatorias mediatas con un acumulado de 39%. perteneciente a las complicaciones de Infección y Alteraciones cosméticas las que se evidencian en más de la tercera parte de la población de estudio, en comparación a la presencia de complicaciones post operatorias inmediatas.

TABLA N° 9
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POST
OPERATORIAS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE
HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGIA
Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E.
AREQUIPA, 2012

COMPLICACIONES		Nº	%	
INTRA OPERATORIAS	Hemorragia	9	6.82	
	Paro Respiratorio	0	0	
	Edema Agudo de Pulmón	2	1.52	
POST OPERATORIAS	INMEDIATAS	Neumotórax	9	6.82
		Neumomediastino	2	1.52
		Enfisema Subcutáneo	10	7.57
	MEDIATAS	Infección	22	16.66
		Necrosis	1	0.75
		Lesión de Cuerdas Vocales	11	8.33
		Afonía	22	16.66
		Estenosis	6	4.54
		Granuloma	9	6.82
		Fistula	7	5.30
		Alteraciones Cosméticas	22	16.66
		TOTAL	132	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N°9 en relación al indicador de complicaciones intra operatorias se presenta como mayor porcentaje a hemorragia con 6.82%. Y en relación al indicador de complicaciones post operatorias se observa con mayor porcentaje el enfisema subcutáneo con 7.57% en inmediatas. En cuanto a las mediatas tenemos con mayor porcentaje a infecciones, afonía y alteraciones cosméticas, alcanzando el mismo porcentaje de 16.66%, haciendo un acumulado del 49.98%

De lo que se deduce que las complicaciones post operatoria mediatas se presentan en mayor proporción en las unidades de estudio, constituyendo casi la mitad del total de complicaciones.

TABLA N° 10
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS Y POST
OPERATORIAS DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA EN EL H.B.C.A.S.E.
AREQUIPA, 2012

COMPLICACIONES		N°	%	
INTRA OPERATORIAS	Hemorragia	3	6.66	
	Paro Respiratorio	0	0.00	
	Edema Agudo de Pulmón	1	2.22	
POST OPERATORIAS	INMEDIATAS	Neumotórax	4	8.88
		Neumomediastino	0	0
		Enfisema Subcutáneo	5	11.11
	MEDIATAS	Infección	8	17.78
		Necrosis	0	0
		Lesión de Cuerdas Vocales	4	8.89
		Afonía	7	15.56
		Estenosis	2	4.44
		Granuloma	3	6.66
		Fistula	0	0
		Alteraciones Cosméticas	8	17.78
		TOTAL	45	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N°10 en relación al indicador de complicaciones intra operatorias se presenta como mayor porcentaje a hemorragia con 6.66%. Y en relación al indicador de complicaciones post operatorias se observa con mayor porcentaje el enfisema subcutáneo con 11.11% en inmediatas. En cuanto a las mediatas tenemos con mayor porcentaje a infecciones y alteraciones cosméticas alcanzando ambas el mismo porcentaje de 17.78%, haciendo un acumulado del 35.56%

De lo que se deduce que las complicaciones post operatoria mediatas se presentan en mayor proporción en las unidades de estudio, constituyendo más de la tercera parte del total de complicaciones.

C. CALIDAD DE VIDA

TABLA N° 11

POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FÍSICA DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIURUGÍA Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012

DIMENSION FÍSICA	CALIDAD DE VIDA		NADA		UN POCO		BASTANTE		MUCHO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
• Cansancio ante las actividades simples	1	0.50	6	3.03	1	0.50	14	7.07	22	11.11		
• Deterioro de la movilidad física	0	0	4	2.02	3	1.52	15	7.58	22	11.11		
• Alteración de la sensación gustativa	1	0.50	7	3.54	4	2.02	10	5.05	22	11.11		
• Dificultad para dormir	3	1.52	2	1.01	7	3.54	10	5.05	22	11.11		
• Disminución del apetito	0	0	2	1.01	7	3.54	13	6.56	22	11.11		
• Dificultad para eliminar secreciones	0	0	4	2.02	5	2.52	13	6.56	22	11.11		
• Dificultad para deglutir	0	0	3	1.52	4	2.02	15	7.58	22	11.11		
• Dificultad para percibir los olores	1	0.50	5	2.52	2	1.01	14	7.07	22	11.11		
• Sequedad de la boca y mucosa nasal	2	1.01	3	1.52	3	1.52	14	7.07	22	11.11		
TOTAL	8	4.04	36	18.18	36	18.18	118	59.60	198	100.00		

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N° 11 en relación al indicador de dimensión física se observa que el mayor porcentaje corresponde al nivel de mucho con un 59.60%, donde los subindicadores con mayor porcentaje son dificultad para deglutir y deterioro de la movilidad física. Seguido de los niveles de bastante y un poco, ambos alcanzando un porcentaje de 18.18%, donde los subindicadores con mayor incidencia en el nivel de bastante son dificultad para dormir y disminución del apetito; y en el nivel de un poco el subindicador con mayor porcentaje es alteración de la sensación gustativa.

De lo anteriormente descrito se puede deducir que más de la mitad de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización son afectados en un nivel de mucho en la dimensión física de la calidad de vida. Siendo principalmente afectados por la dificultad para deglutir y deterioro de la movilidad física

TABLA N° 12
POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN FÍSICA DE LOS PACIENTES
TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL
H.B.C.AS.E. AREQUIPA, 2012

DIMENSION FÍSICA	CALIDAD DE VIDA		NADA		UN POCO		BASTANTE		MUCHO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
• Cansancio ante las actividades simples	0	0	3	4.16	0	0	5	6.94	8	11.11		
• Deterioro de la movilidad física	0	0	1	1.39	1	1.39	6	8.33	8	11.11		
• Alteración de la sensación gustativa	0	0	2	2.78	1	1.39	5	6.94	8	11.11		
• Dificultad para dormir	1	1.38	1	1.39	3	4.16	3	4.16	8	11.11		
• Disminución del apetito	0	0	2	2.78	2	2.78	4	5.56	8	11.11		
• Dificultad para eliminar secreciones	0	0	2	2.78	2	2.78	4	5.56	8	11.11		
• Dificultad para deglutir	0	0	1	1.39	2	2.78	5	6.94	8	11.11		
• Dificultad para percibir los olores	1	1.38	2	2.78	1	1.39	4	5.56	8	11.11		
• Sequedad de la boca y mucosa nasal	1	1.38	0	0	1	1.39	6	8.33	8	11.11		
TOTAL	3	4.16	14	19.44	13	18.05	42	58.33	72	100.00		

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N° 12 en relación al indicador de dimensión física se observa que el mayor porcentaje corresponde al nivel de mucho con un 58.33%, donde los subindicadores con mayor porcentaje son deterioro de la movilidad física y sequedad de la boca y mucosa nasal. Seguido del de nivel un poco con 19.44%, donde los subindicadores con mayor porcentaje son Cansancio en actividades simples, Alteración de la sensación gustativa, Disminución del apetito, Dificultad para eliminar secreciones y Dificultad para percibir los olores.

De lo que se deduce que los más de la mitad de los pacientes traqueostomizados en el servicio de Emergencia son afectados en un nivel de mucho en la dimensión física de la calidad de vida. Siendo principalmente afectados por deterioro de la movilidad física y la sequedad de la boca y mucosa nasal.

TABLA N° 13

POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y MEDICINA INTERNA)
EN EL H.B.C.A.S.S.E. AREQUIPA, 2012

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA	CALIDAD DE VIDA						TOTAL	
	NADA		UN POCO		BASTANTE		MUCHO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
• Preocupación	0	0	3	1.52	5	2.52	14	7.07
• Depresión	0	0	10	5.05	1	0.51	11	5.56
• Incertidumbre frente a sus pronóstico médico	0	0	9	4.55	1	0.51	12	6.06
• Pérdida del deseo sexual	0	0	4	2.02	5	2.52	13	6.57
• Tensión (estrés)	0	0	3	1.52	4	2.02	15	7.57
• Ansiedad	0	0	5	2.52	2	1.01	15	7.57
• Baja autoestima	0	0	10	5.05	0	0	12	6.06
• Sentimiento de soledad	0	0	10	5.05	0	0	12	6.06
• Labilidad emocional	0	0	7	3.53	3	1.52	12	6.06
TOTAL	0	0	61	30.81	21	10.61	116	58.58
							198	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N° 13 en relación a la dimensión psicológica se presenta como mayor porcentaje al nivel de mucho con 58.58%, donde los subindicadores que presentan mayor porcentaje son Tensión (estrés), Ansiedad y Preocupación. Seguidos del nivel de un poco con un porcentaje de 30.81%, presentando con mayor porcentaje los subindicadores Depresión, Baja autoestima y Sentimiento de soledad.

Por lo que se deduce que los más de la mitad de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización son afectados en un nivel de mucho en la dimensión psicológica de la calidad de vida. Siendo principalmente afectados por Tensión (estrés) y Ansiedad.

TABLA N° 14

POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION PSICOLOGICA DE LOS PACIENTES
TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL
H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012

DIMENSION PSICOLOGICA	NADA		UN POCO		BASTANTE		MUCHO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
• Preocupación	0	0	1	1.39	2	2.78	5	6.94	8	11.11
• Depresión	0	0	4	5.56	0	0	4	5.56	8	11.11
• Incertidumbre frente a sus pronostico medico	0	0	3	4.16	1	1.39	4	5.56	8	11.11
• Perdida del deseo sexual	0	0	1	1.39	2	2.78	5	6.94	8	11.11
• Tensión (estrés)	0	0	2	2.78	0	0	6	8.33	8	11.11
• Ansiedad	0	0	2	2.78	0	0	6	8.33	8	11.11
• Baja autoestima	0	0	3	4.16	1	1.39	4	5.56	8	11.11
• Sentimiento de soledad	0	0	4	5.56	0	0	4	5.56	8	11.11
• Labilidad emocional	0	0	2	2.78	2	2.78	4	5.56	8	11.11
TOTAL	0	0	22	30.56	8	11.11	42	58.33	72	100.00

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N° 14 en relación a la dimensión psicológica se presenta como mayor porcentaje al nivel de mucho con un 58.33%, donde los subindicadores que presentan mayor porcentaje son Tensión (estrés) y Ansiedad. Seguidos del nivel de un poco presenta un porcentaje de 30.56%, presentando con mayor porcentaje los subindicadores Depresión y Sentimiento de soledad.

Por lo que se deduce que los más de la mitad de los pacientes traqueostomizados en el servicio de Emergencia son afectados en un nivel de mucho en la dimensión psicológica de la calidad de vida. Siendo principalmente afectados por Tensión (estrés) y Ansiedad.

TABLA N° 15

POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION SOCIAL DE LOS PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS
EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGÍA Y MEDICINA INTERNA)
EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA, 2012

CALIDAD DE VIDA	NADA		UN POCO		BASTANTE		MUCHO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
DIMENSION SOCIAL										
• Irritabilidad frente a las relaciones personales	3	3.41	10	11.36	3	3.41	6	6.81	22	25
• Dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual	0	0	3	3.41	6	6.81	13	14.77	22	25
• Evitar el contacto con otras personas	0	0	10	11.36	1	1.14	11	12.50	22	25
• Sentimiento de discriminación por estado de salud	1	1.14	8	9.09	2	2.27	11	12.50	22	25
TOTAL	4	4.55	31	35.23	12	13.63	41	46.59	88	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012

En la tabla N° 15 en relación a la dimensión social se aprecia que el mayor porcentaje corresponde al nivel de mucho con un 46.59% donde los subindicador que presentan mayor porcentaje es la dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual. Seguido del nivel de un poco con 35.23%, donde los subindicadores con mayor porcentaje son Irritabilidad frente a las relaciones personales y evitar el contacto con otras personas.

De lo anteriormente descrito se deduce que casi la mitad de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización son afectados en un nivel de mucho en la dimensión social de la calidad de vida. Siendo principalmente afectados por dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual.

TABLA N° 16

POBLACIÓN DE ESTUDIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION SOCIAL DE LOS PACIENTES
TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA
EN EL H.B.C.A.S.E. AREQUIPA DEL 2012

DIMENSION SOCIAL	CALIDAD DE VIDA						MUCHO		TOTAL	
	NADA		UN POCO		BASTANTE		N°	%	N°	%
• Irritabilidad frente a las relaciones personales	1	3.12	3	9.38	1	3.12	3	9.38	8	25
• Dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual	0	0	1	3.12	2	6.25	5	15.62	8	25
• Evitar el contacto con otras personas	1	3.12	3	9.38	1	3.12	3	9.38	8	25
• Sentimiento de discriminación por estado de salud	0	0	4	12.50	0	0	4	12.50	8	25
TOTAL	2	6.24	11	34.38	4	12.50	15	46.88	32	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012

En la tabla N° 16 en relación a la dimensión social se aprecia que el mayor porcentaje corresponde al nivel de mucho con un 46.88% donde los subindicadores que presentan mayor porcentaje son la dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual y el sentimiento de discriminación por el estado de salud. Seguido del nivel de un poco con 34.38%, donde los subindicadores con mayor porcentaje son sentimiento de discriminación por estado de salud, Irritabilidad frente a las relaciones personales y evitar el contacto con otras personas.

De lo anteriormente descrito se deduce que casi la mitad de los pacientes traqueostomizados en el servicio de Emergencia son afectados en un nivel de mucho en la dimensión social de la calidad de vida. Siendo principalmente afectados por dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual y el sentimiento de discriminación por el estado de salud.

TABLA N° 17

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
TRAQUEOSTOMIZADOS EN LOS SERVICIOS DE (NEUROLOGÍA, NEUROCIRUGIA
Y MEDICINA INTERNA) EN EL H.B.C.A.S.E.
AREQUIPA, 2012

CALIDAD DE VIDA	N°	%
BUENA (22 - 43 puntos)	1	4.55
REGULAR (44 - 65 puntos)	8	36.36
MALA (66 - 88 puntos)	13	59.09
TOTAL	22	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N° 17 según la escala las unidades de estudio se ubican según calidad de vida en el ítem de mala con un porcentaje del 59.09%, en el ítem de regular con 36.36 % y en el ítem de Buena con 4.55%.

De lo que se deduce, que más de la mitad de los pacientes traqueostomizados en los servicios de Hospitalización presentan una mala calidad de vida.

TABLA N° 18

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
TRAQUEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL
H.B.C.A.S.E.AREQUIPA, 2012

CALIDAD DE VIDA	N°	%
BUENA (22 - 43 puntos)	1	12.50
REGULAR (44 - 65 puntos)	3	37.50
MALA (66 - 88 puntos)	4	50.00
TOTAL	8	100

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N° 18 según la escala las unidades de estudio se ubican según calidad de vida en el ítem de mala con un porcentaje del 50%, en el ítem de regular con 37.50 % y en el ítem de Buena con 12.50%.

De lo que se deduce, que la mitad de los pacientes traqueostomizados en el servicio de Emergencia presentan una mala calidad de vida.

COMPARATIVO: COMPLICACIONES Y CALIDAD DE VIDA

TABLA N° 19
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN COMPLICACIONES Y CALIDAD DE
VIDA DE PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS
AREQUIPA, 2012

COMPLICACIONES	INTRAOPERATORIAS						POSTOPERATORIAS																								
	INMEDIATAS						MEDIATAS						TOTAL																		
	HEMORRAGIA		PARO RESPIRATORIO		EDEMA AGUDO DE PULMON		NEUMOTORAX		NEUMOMEDIASTINO		ENFISEMA SUBCUTANEO		INFECCION		NECROSIS		LESION DE CUERDAS VOCALES		AFONIA		ESTENOSIS		GRANULOMA		FISTULA		ALTERACIONES COSMETICAS				
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
BUENA	1	0.56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.56	1	0.56	1	0.56	2	1.13	1	0.56	2	1.13	2	1.13	2	1.13	6.67
REGULAR	5	2.82	0	0	1	0.56	6	3.38	1	0.56	7	3.96	11	6.22	0	0	2.82	11	6.22	5	2.82	3	1.69	2	1.13	2	1.13	11	6.22	36.6	
MALA	6	3.38	0	0	2	1.13	7	3.96	1	0.56	8	4.51	17	9.60	1	0.56	9	5.08	17	9.60	3	1.69	9	5.08	3	1.69	17	9.60	56.6		
TOTAL	12	6.78	0	0	3	1.69	13	7.34	2	1.13	15	8.47	30	16.95	1	0.56	15	8.47	29	16.38	8	4.52	12	6.78	7	3.95	30	16.95	177	100	

Fuente: Elaboración propia, Arequipa, 2012.

En la tabla N° 19 en relación al cruce de los indicadores de complicaciones con calidad de vida se puede apreciar las complicaciones que se presentan con mayor porcentaje son infecciones y alteraciones cosméticas, ambas alcanzando el mismo porcentaje de 16.95%, las que hacen un acumulado de 33.90%, seguido de afonía con un 16.38%. Y en relación al indicador de calidad de vida se puede observar que el mayor porcentaje está ubicado en mala calidad de vida con un 56.66%, seguido de regular calidad de vida con 36.66%.

De lo anteriormente descrito se deduce más de la mitad de los pacientes traqueostomizados tienen una mala calidad de vida debido a la presencia de complicaciones, dentro de las que son infecciones y alteraciones cosméticas que se presentan en más de un tercio de la población de estudio.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Que, las características socio demográficas de las unidades de estudio son: edades de 56 a 85 años, predominando el sexo masculino y con el diagnóstico de Cáncer laríngeo en hospitalización y Traumatismo Encéfalo Craneano moderado en Emergencia, como se muestra en las tablas N° 1, 2, 3, y 4.
- SEGUNDA:** Que, las unidades de estudio presentaron con mayor incidencia las complicaciones de infección, alteraciones cosméticas y afonía, como se muestra en las tablas N° 9 y 10.
- TERCERA:** Que, las unidades de estudio de los servicios de hospitalización (Neurología, Neurocirugía y Medicina interna) y Emergencia presentan una mala calidad de vida, seguida por regular, como se muestra en las tablas N° 17 y 18.
- CUARTA:** Que, los resultados encontrados evidencian que las complicaciones que repercuten en la calidad de vida de los pacientes traqueostomizado son infecciones y alteraciones cosméticas lo que se refleja en una mala calidad de vida, como se muestra en la tabla N°19.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Que, la Jefatura del Departamento de Enfermería y la Unidad de Capacitación del H.B.C.A.S.E. coordinen acciones educativas tendientes a mejorar la calidad de vida del paciente traqueostomizado, mediante la promoción y motivación a los familiares y personal asistencial de los diferentes servicios.

SEGUNDA: Que, la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María de a conocer a docentes y alumnos, los resultados del trabajo de investigación que motiven la realización de más investigaciones que engloben las diferentes dimensiones de la calidad de vida del pacientes traqueostomizado.

BIBLIOGRAFIA

1. ABELLÓ, P Y TRASERRA. **Traqueotomía en Intubación.** 4^a ed.Barcelona: Editorial Doyma;2006.
2. AKDUMAN D, KARAMAN M, USLU C, BILAÇ O, TÜRK O, DENIZ M, DURMUŞ R. **Larynx cancer treatment results: survive and quality of life assessment.** Department of Otolaryngology, Umraniye Training and Research Hospital, Istanbul, Turkey;2010. PMID:20163334.
3. ALSPACH JHOAN, G. **Cuidados Intensivos de Enfermería en el Adulto.**5^aed.México:McGraw-Hill Interamericana;2003.
4. BELDA,JAVIER; LLORENS, JULIO. **Ventilación mecánica en anestesia y cuidados críticos.**1^aed. Madrid: Aran Ediciones;2009.
5. BOENNINGHAUS, H.G. **Traqueotomía en Otorrinolaringología de cabeza y cuello.**5^a ed. Barcelona: Editorial Iberica;2010.
6. BUSTO, E. **Manual de Traqueotomía.**1^aed.Argentina: Editorial Magna;2009.
7. CUBA VILCHEZ GIOVANNA Y. **Medidas de bioseguridad que aplica el profesional de enfermería en la aspiración de secreciones a pacientes traqueostomizados** [Tesis Doctoral] .Lima: Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión;2009.

8. FERREYRA MA, ZJILSTRA PA, LUZURIAGA M, IVARS AE. **Indicaciones y complicaciones de traqueotomías. Nuestra experiencia.** Revista del hospital privado de comunidad. (Argentina).2008;11(1).
9. FLORENTINA ÁLVAREZ ÁLVAREZ.DANIEL HENRÍQUEZ GARCÍA.ÁNGEL LUIS MARTÍN ADRIÁN. **Atención de enfermería al paciente traqueostomizado en la Unidad de Medicina Intensiva del Hospital Universitario de Canarias.**4^a ed. Santa Cruz de Tenerife: Editorial Baraca;2004.
10. FONT, L. **Valoración de la Calidad de Vida en pacientes de cáncer,** Bellaterra, Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona;2008.
11. FOSSATTI G. **"Todos estamos expuesto, Naturaleza humana, calidad humana y discapacidad"** EPAL;2006.
12. GILONY D, GILBOA D, BLUMSTEIN T, MURAD H, TALMI YP, KRONENBERG J, WOLF M.**Effects of tracheostomy on well-being and body-image perceptions.** Department of Otorhinolaryngology--Head and Neck Surgery, Tel Hashomer and Sackler School of Medicine, Tel-Aviv University, Israel;2010. PMID: 16143183.
13. GONZÁLEZ A, MARCO ANTONIO, RESTREPO M, GUSTAVO, SANÍN P,ALVARO. **Paciente en Estado Crítico.**3^a ed. Bogota: Editorial CIB;2003.
14. GOLDMAN LJ. **Tracheostomy.** Royal Society of Medicine Press, London,2007.

15. HASHMI NK, RANSOM E, NARDONE H, REDDING N, MIRZA N. **Quality of life and self-image in patients undergoing tracheostomy.** Department of General Surgery, University of Pennsylvania, PA, USA;2010. PMID:21225794.

16. HENDERSON VIRGINIA,. **Principios básicos del cuidado de enfermería.**6^a ed. Suiza: Consejo Internacional de Enfermeras; 1995.

17. HILDEGARDE E. PEPLAU. **Interpersonal Relations in Nursing.** 7^aed. New York: Springer; 2002.

18. JOHNSON MD, STEWART Rood. *Sylvan Stool, Eugene Myers and Patricia Thearle; Manual de Traqueotomía de la Academia Americana de ORL y cirugía de Cabeza y Cuello; 2008.*

19. LANKEN, PAUL. **Manual De Cuidados Intensivos.**5^a ed. Buenos Aires :Editorial Panamerica Medica:2003.

20. MIURA K, SUZUKI Y, KUMAGAI T, HAYAKAWA C, MATSUMOTO A, MIYAZAKI S, MIZUNO S. **Tracheostomy for home-care patients with severe motor and intellectual disabilities.** Department of Neurology, Aichi Welfare Center for Persons with Developmental Disabilities, Kasugai, Aichi;2007. PMID:16026094.

21. MONTEJOJ, GARCIA DE LORENZO A, ORTIZ LEYBAC, BONET A, **Manual de Medicina Intensiva.**3^a ed. Madrid: Editorial Elsevier;2006.

22. NARAYANASWAMI P, BERTORINI TE, POURMAND R, HORNER LH.SOURCE. **Long-term tracheostomy ventilation in neuromuscular diseases: patient acceptance and quality of life.** Department of Neurology, University of Tennessee, Memphis, Tennessee, USA;2008. PMID:15470824.
23. PAPARELLA, M., SHUMRICK.(1992)**Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello**, 2^a ed. Madrid: Editorial Panamericana Medica;2009.
24. RODRÍGUEZ CESPEDES, WALTER. **Neoplasias malignas de cabeza y cuello.** UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS.4^a ed. Lima: Fondo editorial de la Universidad Mayor de San Marcos;2004.
25. ROUVIERE, H., DELMAS. **Anatomía Humana**,9^a ed. Barcelona :Editorial Medica Panamericana; 2007.
26. SÁNCHEZ ZAPLANA I, TORRAS RABASA R. **Cánula de Traqueotomía.** EnfermCient. 2004; Jun:01-06.
27. STELLER, EDUARD. **Suction Therapy in the Critically Patient British Journal of Nursing.**4^a ed. England: Oxford University Press;2008.
28. SILVER, C. **Cirugía del Cáncer de Laringe y Estructuras Anexas.**3^a ed. Barcelona: Editorial Toray;2006.
29. ROUVIERER HENRY, DELMASANDRE. **Anatomía Topográfica.**11^a ed. España: Editorial ElSevier;2006.

30. TORRES, ANTONIO; RODRÍGUEZ ROISIN, ROBERT. **Cuidados Intensivos Respiratorios para Enfermería.** 9^a ed. Barcelona: Editorial Panamericana Medica; 2009.
31. TSIKOUDAS A, BARNESML, WHITE P. **The impact of tracheostomy on the nose.** Department of Otolaryngology, Ninewells Hospital & Medical School, University of Dundee. Scotland, UK; 2011. PMID: 21327998.
32. URDEN L, STACY. **Cuidados Intensivos en Enfermería.** 2^a ed. Barcelona: Editorial Panamericana Medica; 2006.
33. VIANELLO A, ARCARO G, PALMIERI A, ERMANI M, BRACCIONI F, GALLAN F, SORARU' G, PEGORARO E. **Survival and quality of life after tracheostomy for acute respiratory failure in patients with amyotrophic lateral sclerosis.** Respiratory Intensive Care Unit, City Hospital of Padova, Italy; 2011. PMID: 20655697.

FUENTES DE REFERENCIA

- ATAHUALPA. Blog medico, Noticias de Medicina, novedades de Medicina. Lugo: Sociedad Gallega de Medicina; 2012 [acceso 08 de agosto de 2012]Calidad de Vida;[aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en:<http://www.blog-medico.com.ar/sociedad-y-salud/calidad-de-vida.htm>.
- RODRIGO TORRES, CHUNG-YANG KUO, ROBERTO VERA, SERGIO ESPINOZA, JUAN EDUARDO ROMERO. Neumología Pediátrica. Chicago: The Association;2006[acceso 15 de Setiembre del 2012]Entrenamiento muscular en paciente traqueostomizado;[aproximadamente 4 pantallas]. Disponible en:<http://www.neumologiapediatrica.cl/pdf/200711/Entrenamiento.pdf>
- GARCIA JOSEPH. *eresmas.Barcelona:Raices;2007[acceso 15 de Setiembre del 2012]Problemas más Frecuentes en los Cuidados de la Traqueostomia;[aproximadamente 5 pantallas].Disponible en :<http://idd00xlv.en.eresmas.com/Colab1.htm>*
- ALGUACIL GOMEZ JULIO. Ciudadespar un futuro Sostenible. Madrid:Upm;2005[acceso 17 de Setiembre del 2012]Calidad de Vida y Praxis Urbana;[aproximadamente 7 pantallas]. Disponible en : http://habitat.aq.upm.es/cvpu/acvpu_7.html
- MILIAN J. WILLIAN, CONTARDOZ.MANUEL E. La traqueostomía precoz mejora el pronóstico de los pacientes críticos.Clinica Internacional [revista en Internet] 2005 Agosto- Junio [acceso 02 de Setiembre de 2012]; 10(6). Disponible en: http://www.clinicainternacional.com.pe/descarga/revista/segunda_edic/Articulo Original.pdf
- NAVARRA E,SOFIA. Estadística de las Complicaciones del Paciente Traqueostomizado.[revista en Internet] 2010 Julio - Diciembre [acceso el 2 de Setiembre del 2012]; 2(1). Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino29101realizacion2.htm>

ANEXOS



Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Gabriela Pinazo Mendoza y Magaly Rodríguez Yauri, alumnas de la Universidad Católica De Santa María .La meta de este estudio es establecer la repercusión de las complicaciones en la calidad e vida de los pacientes traqueostomizado de los servicios de Emergencia, Neurología-Neurocirugía y Medicina Interna del Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo. Si usted accede a participar a este estudio, se le pedirá responder algunas preguntas de un cuestionario. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo, luego de haber completado el cuestionario, este será revisado y analizado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria la información que se recoja será confidencial y no será utilizada para otro propósito. Sus respuestas en el cuestionario serán anónimas. Si tiene alguna duda de este proyecto puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el.

Desde ya le agradecemos su participación.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuero de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactarme con las investigadoras.

En tiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este halla concluido.

.....

Firma del participante

AREQUIPA, SETIEMBRE DEL 2012

En esta Ficha de Observación elaborado por las investigadoras, se marcara las complicaciones presentes en el pacientes traqueostomizado. Teniendo en cuenta los criterios de calificación: **SI**: Complicación existente o anteriormente presentes en el paciente; **NO**: Complicación ausente y el Criterio de Observaciones para indicar complicaciones que no hayan sido mencionadas anteriormente en la ficha.

FICHA DE OBSERVACION DE COMPLICACIONES DEL PACIENTE TRAQUEOSTOMIZADO HOSPITAL BASE CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO		
<ul style="list-style-type: none"> • NOMBRE: _____ • EDAD: _____ SEXO: _____ • SERVICIO: _____ • FECHA: _____ 		
<p>CRITERIO DE CALIFICACIÓN, Marque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ SI → Complicación existente o anteriormente presentes en el paciente ✓ NO → Complicación ausente 		
1. COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS	SI	NO
- Hemorragia		
- Paro Respiratorio		
- Edema agudo de Pulmón		
2. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS		
2.1. INMEDIATAS:		
- Neumotórax		
- Neumomediastino		
- Enfisema Subcutáneo		
2.2. MEDIATAS:		
- Infección		
- Necrosis		
- Lesión de cuerdas vocales		
- Afonía		
- Estenosis		
- Granuloma		
- Fístula		
- Alteraciones Cosméticas		
OTROS:		

Escala de calidad de vida “ROTTERDAM SYMPTOM CHECK LIST”

(Rotterdam)

En este cuestionario usted responderá acerca de sus síntomas, por favor marque la alternativa según cuan frecuente sea sus síntomas. Las respuestas estarán en relación según a los síntomas que haya presentado:

	Nada	Un Poco	Bastante	Mucho
1. Irritabilidad frente a las relaciones inter personales	1	2	3	4
2. Cansancio ante actividades simples	1	2	3	4
3. Preocupación	1	2	3	4
4. Deterioro de la movilidad física	1	2	3	4
5. Depresión	1	2	3	4
6. Dificultad para mantener el patrón de comunicación habitual.	1	2	3	4
7. Alteración de la sensación gustativa	1	2	3	4
8. Incertidumbre frente a su pronóstico médico	1	2	3	4
9. Dificultad para dormir	1	2	3	4
10. Disminución del apetito	1	2	3	4
11. Dificultad para eliminar secreciones.	1	2	3	4
12. Pérdida del deseo sexual	1	2	3	4
13. Tensión (estrés)	1	2	3	4
14. Dificultad en la deglución	1	2	3	4
15. Ansiedad	1	2	3	4
16. Baja autoestima	1	2	3	4



17. Evitar el contacto con otras personas	1	2	3	4
18. Dificultad para percibir olores	1	2	3	4
19. Sentimiento de soledad	1	2	3	4
20. Sentimiento de discriminación por estado de salud	1	2	3	4
21. Sequedad en la boca y mucosa nasal	1	2	3	4
22. Labilidad emocional	1	2	3	4

Suma Total: _____

- Mala Calidad de vida: 22 – 43 puntos
- Regular Calidad de vida: 44 – 65 puntos
- Buena Calidad de vida: 66 – 88 puntos