

**PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD PARA PACIENTES CON  
TRAQUEOSTOMÍA**

**ANGIE LORENA SALGADO GRANADOS**

**PAOLA ANDREA RESTREPO RAMIREZ**



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA CLINICA**

**BOGOTÁ**

**2015**

**PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD PARA PACIENTES CON  
TRAQUEOSTOMÍA**

**ANGIE LORENA SALGADO GRANADOS**

**PAOLA ANDREA RESTREPO RAMIREZ**

**Trabajo de grado para optar al título de**

**Enfermera**

**Asesora:**

**PILAR GARCIA PEÑUELA**

**Profesora del Departamento de Enfermería Clínica**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA CLINICA**

**BOGOTÁ**

**2015**

**Nota de aceptación:**

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

## **Agradecimientos**

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo. Quiero especialmente agradecerle a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera profesional, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias constructivas.

Debo agradecer de manera sincera a la profesora Pilar García por aceptarme y asesorar este trabajo de investigación. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como profesional.

Del mismo modo le doy gracias a mis padres Alonso Salgado y Sol Angie Granados por acompañarme y ser el soporte en cada instante de mi vida, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación. Pero sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A Sharol Salgado y Danny Salgado, por que más que mis hermanas siempre han sido mis mejores amigas. Gracias por escucharme y acompañarme siempre que las he necesitado.

Sin lugar a duda debo agradecer a Jhon Jairo Sandoval, por ser mi mejor complemento, por compartir todos los momentos de alegría y angustia en todo este tiempo, por hacer todo más liviano y fácil de llevar y además, por el apoyo incondicional y ánimo que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales.

Por último pero lo más importante quiero agradecer a mi Hijo Juan José Sandoval, quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme, gracias por estar en mi vida y entregarme tu alegría y entusiasmo.

**Angie Salgado**

Quiero aprovechar esta oportunidad para agradecer a todas las personas que hicieron parte de este proceso que prontamente culmina, el cual es un paso más para seguir adelante con mis sueños profesionales y personales.

Principalmente a mis padres, Martha Ramírez y German Restrepo, quienes son el sustento de mi vida, agradezco profundamente lo que me enseñaron desde pequeña, los valores y principios que me fueron inculcados y la lucha que iniciaron junto a mi cuando decidí encaminar mi vida hacia este rumbo, sin su labor incondicional y fraternal amor no hubiese sido posible llegar a la meta, son mis padres a quienes les debo la vida y por quienes he podido lograr lo que me he propuesto y a quienes amo inmensamente.

A Felipe Restrepo, mi hermano quien desde que era pequeña me cuidó y veló por mi bienestar, quien estuvo ahí para mí cuando las cosas se ponían difíciles, porque siempre me brindó un sabio consejo y un grato amor.

A Andrés Donato, quien fue un gran compañero a lo largo de esta travesía, con paciencia y amor me ayudó a sobrepasar los obstáculos que se interponían en el camino, a quien le debo muchas cosas que he aprendido, quien me brindó su incondicional apoyo e hizo que el recorrido de este camino fuese mejor, a quien me ha ayudado a cumplir mis metas personales y profesionales.

Desde luego, quiero agradecer a la profesora Pilar García, quien fue un gran apoyo en mi proceso de formación profesional, quien fue parte crucial de esta tesis la cual gratamente asesoró, por ser una gran profesional y por sobre todo una gran persona.

Finalmente quiero agradecerle a mi abuela Herminia, quien hace poco dejó este mundo terrenal para guiarme desde el cielo y acompañarme en cada paso que doy.

**Andrea Restrepo**

## **NOTA DE ADVERTENCIA**

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velara que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

*Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946  
Pontificia Universidad Javeriana*

## TABLA DE CONTENIDO

<b>DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA .....</b>	<b>11</b>
<b>PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>18</b>
<b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>19</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
<b>PROPÓSITOS.....</b>	<b>23</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>24</b>
<i>Que se entiende por traqueostomía.....</i>	<i>24</i>
<i>Indicaciones de traqueostomía.....</i>	<i>25</i>
<i>Complicaciones generadas por la traqueostomía .....</i>	<i>28</i>
<i>Definición de términos.....</i>	<i>33</i>
<i>Necesidad .....</i>	<i>33</i>
<i>Necesidades físicas o fisiológicas .....</i>	<i>33</i>
<i>Necesidades Psicológicas o de aprecio.....</i>	<i>33</i>
<i>Necesidades Sociales .....</i>	<i>33</i>
<i>Necesidades de cuidado en la dimensión física.....</i>	<i>37</i>
<i>Necesidades de cuidado en la dimensión psicológica .....</i>	<i>38</i>
<i>Necesidades de cuidado en la dimensión social.....</i>	<i>38</i>
<i>Cuidados dirigidos a resolver las necesidades del paciente con traqueostomía .....</i>	<i>39</i>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>41</b>
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS .....</b>	<b>48</b>
PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD. ....	49
<i>Desarrollo del programa educativo.....</i>	<i>50</i>

<i>Objetivo del programa</i> .....	51
<i>Objetivos específicos del programa</i> .....	52
<i>Propósitos del programa</i> .....	52
<i>Vinculación de pacientes al programa</i> .....	55
<i>Ingreso del paciente con traqueostomía</i> .....	55
<i>Control del paciente con traqueostomía</i> .....	56
<i>Cuidados específicos en la dimensión física, psicológica y social, para el paciente con traqueostomía desde el programa educativo en salud</i> .....	57
<i>Cuidados para la salud física</i> .....	57
<i>Cuidados para la salud psicológica</i> .....	61
<i>Cuidados para la inclusión social</i> .....	62
<i>Estrategias del programa</i> .....	63
<i>Promoción</i> .....	63
<i>Prevención</i> .....	64
<i>Rehabilitación</i> .....	65
<i>Coordinación</i> .....	65
<i>Presentación de ayudas educativas</i> .....	66
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>68</b>



## Introducción

Dos de las funciones vitales más trascendentes para el adecuado mantenimiento de la vida en los seres humanos son sin lugar a duda la respiración y la alimentación; funciones que se llevan a cabo por mecanismos diferentes que constan de una serie de fases que se desarrollan de manera coordinada por parte del sistema nervioso central. Las vías o los caminos que tanto el aire como los alimentos han de recorrer para llegar a sus destinos y ser utilizados por nuestro organismo son en su inicio comunes y más adelante independientes. La nariz asume una función fundamentalmente respiratoria y la boca es considerada como el primer elemento anatómico de la digestión, aunque en numerosas ocasiones tanto en circunstancias normales como en otras motivadas por enfermedades o deformidades también es empleada para respirar.

De acuerdo con lo anterior la respiración es necesaria para la vida; ya que el oxígeno proporciona la energía para mover el organismo. Cuando una persona presenta limitaciones graves para respirar se hace necesario realizar un procedimiento médico llamado traqueostomía, que se caracteriza por la creación quirúrgica de un orificio o estoma en la garganta para poder proporcionar acceso directo a la tráquea, donde se introduce un tubo o una cánula permitiendo así la asistencia ventilatoria del paciente y la permeabilidad de la vía respiratoria.

La traqueotomía según la describe Cañas (2005) es una de las intervenciones más temidas por la población en general, por el impacto visual que genera el tener un orificio y un tubo en el cuello. En sentido de lo expuesto también se puede destacar que es unas de

las opciones mejor aceptadas por un gran número de pacientes, ya que se ha demostrado que han aprendido a vivir con ella y han superado todas las dificultades que una traqueostomía implica.

Según la investigación realizada por Losada, & Morales (2013) quienes abordaron pacientes con traqueostomía lograron identificar los factores que afectan la calidad de vida de esta población, las cuales fueron clasificadas por las autoras como necesidades de cuidado agrupadas en tres dimensiones: La dimensión física que está relacionada con aspectos del cuidado de su cuerpo, sensaciones de dolor y necesidades relacionadas con la alimentación e higiene, por otro lado, la dimensión psicológica atañe todo lo que tiene que ver con la salud psíquica de las personas, es decir, la percepción que tienen de sí mismo, en este sentido la autoaceptación, autoestima y demás, juegan un papel transcendental; finalmente la dimensión social que envuelve aspectos en los cuales el paciente debe relacionarse con su medio exterior y de este modo como las demás personas actúan ante algo nuevo e incluso extraño para ellos.

En la revisión bibliográfica realizada por las autoras no se logró identificar un programa para dar respuesta a las necesidades de los pacientes con traqueostomía, razón por la cual se hace imperioso diseñar un programa educativo en salud, debido a la falta de información integral existente; ya que no existe un programa en salud que intervenga en el cuidado holístico de esta población solo se desarrollan guías por diferentes instituciones de salud que abordan condiciones comunes y cuidados a tener en la dimensión física, que incluyen exclusivamente actividades educativas encaminadas hacia el cuidado del estoma, la limpieza y aspiración de secreciones, los signos de alarma, situaciones de emergencia, etc.

Este trabajo presenta el proceso de creación de un programa educativo dirigido a dar respuesta a las necesidades de cuidado que presenta el paciente con traqueostomía, abordando todas sus dimensiones de forma integral. Este programa cuenta con aspectos que incluyen el manejo de la dimensión física, psicológica y social, para repercutir positivamente en la calidad de vida de los pacientes con traqueostomía, en este sentido, el programa resaltará cuáles son las principales necesidades que presenta este tipo de población, como lo son el manejo de la higiene de la cánula, la alimentación y aspectos de la cotidianidad, por otro lado las necesidades psicológicas como presencia de angustia y estrés, falta de autoestima y auto-aceptación y finalmente sensación de rechazo por la sociedad en la dimensión social; una vez identificadas dichas necesidades se propone una solución ejecutable, por medio de la suplección de las necesidades planteadas anteriormente, lo cual se realizará con la aplicación del programa en salud, el cual será versátil en la utilización de diversos medios electrónicos y físicos para la comodidad de la población a la cual va dirigido.

## Descripción del problema

La traqueostomía según Hernández., Bergeret., y Hernández (2007) es una intervención quirúrgica conocida desde la antigüedad, realizada a pacientes que presentan obstrucción de la vía aérea superior, este procedimiento consiste en comunicar la tráquea con el medio ambiente, con fines terapéuticos o electivos; su principal objetivo es restablecer la vía aérea permitiendo una adecuada función respiratoria por medio de un estoma durante un tiempo parcial o definitivo según sea su necesidad.

Históricamente, este procedimiento se realiza desde hace más de 2000 años; fue mencionado antes de Hipócrates en los papiros egipcios como una medida para “salvar de la asfixia” (Aaron`stracheostomy page, 2015). Pierre Bretonneau, es considerado uno de los pioneros en extender el uso de esta práctica, describiendo en 1820 su uso como parte del tratamiento de la obstrucción respiratoria producida por la difteria; sin embargo, la mortalidad referida era muy elevada, llegando a valores del 73%. Fue Chevalier Jackson’s quien mejoró el procedimiento quirúrgico convirtiéndolo en una técnica segura. Con la disminución de casos de difteria a principios del siglo XX, disminuyó también el número de traqueostomías realizadas, pero esta cifra aumentó nuevamente con la epidemia de polio (Alcala, Villalta & Villalobos 2015).

En la medicina moderna, Medina, Martínez & Perdomo (2006) afirma que este procedimiento adquiere gran importancia, pues su uso se encuentra ampliamente difundido, siendo necesaria para el tratamiento de una gran cantidad de patologías que comprometen la vía aérea superior. Aunque esta intervención es relativamente simple, no está exenta de riesgos y puede ocasionar algunas complicaciones para el paciente, por ello se obliga a

dedicar especial atención a sus indicaciones, técnicas y cuidados brindados por parte del profesional de enfermería, de forma que permita brindar una atención científica y oportuna, para así garantizar el bienestar del paciente y su familia.

Como anteriormente se mencionó, la traqueostomía permite el manejo terapéutico en pacientes con alteraciones de la vía aérea superior clasificándose en dos grupos: electivas y de urgencia; Algunas situaciones en las que se encuentran indicadas las traqueostomías electivas son operaciones de la región maxilofacial de las vías aéreodigestivas superiores y del cuello, cuando se sospeche el posible compromiso de la ventilación a través del eje laringotraqueal, en pacientes que han de ser sometidos a tratamientos por radiaciones ionizantes por tumores malignos de cuello y de vías aéreodigestivas superiores para evitar los efectos de la obstrucción laringotraqueal secundaria al uso de estas radiaciones, como vía de administración de la ventilación y agentes anestésicos durante algunas operaciones de cabeza y cuello cuando no es posible realizar una intubación oro o nasotraqueal o para facilitar el acto quirúrgico, como alternativa a la intubación prolongada o para sustituirla en los pacientes que lo requieran para garantizar su adecuada ventilación por complicaciones neurológicas o respiratorias a fin de evitar lesiones o estenosis laringotraqueal y facilitar la limpieza de las vías aéreas, disminuir el espacio muerto ventilatorio, en pacientes incapaces de toser eficazmente por agotamiento, después de grandes operaciones o traumas para la limpieza de las mucosidades de las vías aéreas, entre otras; Por otro lado se encuentran las de elección de urgencia, las cuales se realizan en los siguientes casos, heridas penetrantes de la laringe y tráquea, traumatismos maxilofaciales con obstrucción respiratoria alta, procesos inflamatorios agudos de la laringe, orofaringe, y cuello con compromiso ventilatorio, obstrucción laríngea por cuerpos extraños que no pueden ser extraídos

inmediatamente por laringoscopia, colapso de la tráquea por osteomalacia o compresión extrínseca, obstrucción laríngea por parálisis bilateral de las cuerdas vocales, debida a lesión de ambos nervios, entre otras (García, Pardo,. 2008)

En otras situaciones, la traqueostomía es transitoria mientras se resuelve la causa que la originó, esto con el fin de garantizar la ventilación adecuada de la persona. En este sentido, Ortega (2007) expone que la traqueostomía es una técnica indicada en el tratamiento del paciente críticamente enfermo, donde sus indicaciones están claramente establecidas, aunque la decisión y oportunidad de realizarla es discutida de acuerdo con las condiciones específicas para cada paciente. En el caso de los pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello, un objetivo terapéutico es restablecer la vía aérea superior, para lo cual se requiere realizar el procedimiento de traqueostomía (Villares, Tapia, Carbajo, Fernández, Calvo,. 2003); En los pacientes con cáncer de tiroides, se puede evitar la realización de este procedimiento por medio de la resección quirúrgica acompañado de radioterapia, sin embargo en los casos en los cuales los pacientes solo fueron sometidos a resección del tumor o radioterapia, se requiere la realización de la traqueostomía debido a riesgo de obstrucción respiratoria ( Chala, Franco, Aguilar, Cardona,. 2010).

A nivel mundial, Cox, E., Carson, S., Holmes, M., & Howard A. (2004) detallan que la traqueostomía es practicada en todas las instituciones puesto que la prioridad es preservar la vida de las personas; en este sentido se ha venido incrementado el número de pacientes que requieren traqueostomía, refiriendo que la incidencia de traqueostomía para ventilación mecánica prolongada aumentó un 200% entre 1993 y 2002 (Hernández, Bergeret, Hernández,. 2007). En cuando a las unidades de cuidados intensivos, la ventilación mecánica prolongada es uno de los factores que alarga la estadía de los pacientes en estos

servicios de atención, generando así un incremento considerable de la realización del procedimiento de traqueostomía (Pérez, Yáñez, Avilés, Weisse, Curit, Villalobos, Palma, Vallarroel, 2011)

En Colombia, según la guía para el manejo de urgencias propuesta por el Ministerio de la Protección Social (2009) se especifica que no hay evidencia caracterizada desde la epidemiología del uso de traqueostomía permanente en la población adulta y su impacto en la calidad de vida, se debe resaltar este tipo de intervención terapéutica, ya que en muchos de los casos llega a ser la opción más segura para mantener la vida de los pacientes con algún proceso patológico que compromete la permeabilidad de la vía aérea de manera permanente como la insuficiencia respiratoria. De acuerdo con el acta Colombiana de Cuidado Intensivo, la prevalencia de pacientes con traqueostomía oscila entre 10% y 20%, aunque puede ser mayor en algunos subgrupos de enfermos como aquellos con trauma (24% a 48%) (Giraldo. 2012).

Algunas instituciones y organizaciones mundiales han enfocado su visión hacia la adopción del nuevo estilo de vida de los pacientes con traqueostomía, en cuanto a los cuidados que se deben tener y hacia la forma de cómo debe adaptarse el paciente a la vida, pero Díaz & Martínez, (2010) señalan que algunos profesionales desconocen del tema para poder abordarlo de manera óptima, a pesar de ser un procedimiento común y practicado alrededor del mundo, pues su importancia e interés se está quedando radicada únicamente en instituciones de salud como método técnico para mejorar condiciones específicas de salud que comprometan la vida del paciente, en este sentido los profesionales de enfermería obvian el cuidado que se debe tener e inculcar a los pacientes y cuidadores, dejando de lado

la educación que se debe brindar, para un óptimo manejo y cuidado del paciente y la traqueostomía.

En adición a lo anterior es relevante tener en cuenta que el paciente con traqueostomía sufre cambios en su vida cotidiana, razón por la cual sus necesidades de cuidado también cambian. El concepto de necesidad de cuidado aparece ya definido en 1892, como "la necesidad de hacer algo y la demanda imperativa de tener algo". En 1929 se define como "un estado de carencia fisiológica o psicológica que motiva el comportamiento hacia su satisfacción" (Sachs, 1996). Según Castro & Solozano (2009) las necesidades de cuidado, son todas aquellas acciones que un ser humano debe suplir, tanto fisiológicas, sociales y emocionales para mantener un equilibrio entre su ser y el entorno que lo rodea, estas necesidades no se satisfacen a cabalidad cuando hay desgaste físico y emocional, trayendo consigo, repercusiones en el proyecto de vida del individuo y de quién lo rodea.

En este sentido, Rogero J. (2011) menciona que "las necesidades del paciente son el eje sobre el que se articulan las prestaciones asistenciales" sin embargo no se cubren cuando la asistencia del personal es deficiente, por lo tanto, las personas consideran que sus necesidades de cuidado no son suplidas cuando no están satisfechas; situación que tiene consecuencias negativas como: aumento de la depresión, falta de autonomía, la institucionalización, y una mayor utilización de servicios de salud, lo cual genera alteración en la dimensión física, psicológica y social.

Según la investigación realizada por Losada, & Morales (2013) donde utilizaron un total de 40 pacientes que fueron sometidos a traqueostomía en una institución de IV nivel de atención de la ciudad de Bogotá, identificaron los aspectos a nivel físico, psicológico, social



y económico que repercutían en que los pacientes tuvieran la percepción de una mala calidad de vida, de acuerdo a lo anterior dichos aspectos pudiesen ubicarse como necesidades propias de los pacientes con traqueostomía, en las cuales el mayor número de necesidades se encuentran representadas en las dimensiones física, psicológica y social, las cuales requieren ser satisfechas, para que de este modo se genere un impacto positivo en la calidad de vida de estas personas.

Por tal razón el cuidado brindado por enfermería se debe realizar de manera holística; y para lograrlo se debe trabajar en un acompañamiento que vincule todas las dimensiones del ser humano, cognitiva, emocional, espiritual, física, social, sexual y personal. Con base en este planteamiento, y a los resultados aportados por la investigación principalmente de Losada, & Morales (2013) existe la necesidad fortalecer en el paciente traqueostomizado su dimensión física, psicológica, y social por medio de un programa que cumpla con la intención de facilitar el abordaje del paciente a través de la profundización en el análisis de errores y situaciones que puedan acontecer en la práctica diaria y de este modo suplir sus necesidades, proporcionando a su vez conocimientos que les permita adaptarse a su nueva condición de salud y del mismo modo generar empoderamiento de su autocuidado.

Debido a la poca información existente en la cual se integren tanto la dimensión física, psicológica, social, y en este sentido sus respectivas necesidades, surge la importancia del fortalecimiento de dichas dimensiones en los pacientes con traqueostomía, generando así la oportunidad de crear un programa educativo en salud que aborde estos temas de manera integral, esto por medio de un conjunto funcional entre los profesionales de la salud, los pacientes con traqueostomía y los cuidadores. Dicho programa tiene la intención de facilitar el abordaje del paciente traqueostomizado a través de la profundización en la afección de

cada dimensión, en este sentido un análisis permitirá crear acciones fundamentadas científicamente y proporcionar conocimientos por medio de educación, que puedan ser aplicados tanto en ambientes hospitalarios, como a nivel domiciliario, debido a que el programa se integra de componentes físicos y virtuales. Y de esta manera su implementación y ejecución permitirá tener resultados importantes con el propósito de satisfacer sus principales necesidades.

Según lo menciona Gómez, Monsalve & Soriano (2007) el cuidado del paciente traqueostomizado debe ser integral y sus cuidados deben ir dirigidos no sólo a su diagnóstico o a mantener la permeabilidad de la vía aérea sino también a mejorar sus relaciones interpersonales con el entorno que lo rodea, y de esta manera proporcionar soporte emocional de las dimensiones afectadas para que así haya pleno goce y un máximo nivel en cuanto a calidad de vida, ya que se unen todos los aspectos sociales, emocionales y físicos, lo que involucra de esta manera a las instituciones de salud, jurídicas, económicas, culturales y al estado, los cuales intervienen en legítima protección y garantía de los derechos humanos con el fin de permitir a los individuos alcanzar su máximo nivel de desarrollo independientemente de su condición.

### **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las necesidades físicas, psicológicas y sociales que manifiestan los pacientes con traqueostomía para la planeación de un programa educativo en salud?

## Justificación

La investigación realizada por estudiantes de enfermería de la Universidad Javeriana en una institución de cuarto nivel de atención en la ciudad de Bogotá en el año 2013, sobre las necesidades de los pacientes con traqueostomía, logró identificar que el 76% de la población muestra un estado “*Regular*” en cuando a su calidad de vida y las dimensiones más altamente afectadas en estas personas, son la dimensión física con un puntaje de 17.37 (regular calidad de vida) la cual comprende necesidades como no tener sensación de dolor, poder cuidarse sin ayuda, cumplir con sus responsabilidades de familia, su vida sexual, entre otras; La dimensión psicológica y social con un puntaje de 15.50 (regular calidad de vida) con necesidades como la facilidad de comunicación con sus amigos, tener un trabajo, el apoyo emocional de otras personas y la participación activa en el proceso educativo; a partir de ello se ha concluido que las dimensiones que integran la calidad de vida están afectadas significativamente, en menor proporción están las relacionadas con apoyo familiar y espiritual siendo muy representativo el acompañamiento de sus familiares y las creencias religiosas de cada individuo. Por otro lado, la dimensión física y psicológica son las más afectadas, al igual que la social ya que los pacientes sienten rechazo de la sociedad, por su apariencia personal y la presencia de dificultades al entablar relaciones interpersonales, al realizar actividades de la vida diaria, y en la inclusión laboral repercute en su proyección personal y situación económica. (Losada, & Morales 2013).

Otras necesidades que tienen los pacientes con traqueostomía están relacionadas con la dimensión física como la no producción habitual de filtrado, humidificación y calentamiento del aire lo cual reseca el árbol bronquial, el incremento en la producción de moco, problemas

de deglución, disminución del sentido del olfato y gusto y la dificultad en la función fonatoria (Moscovici, Demarzo, Amato. 2002). En la dimensión psicológica se encuentra la baja autoestima a consecuencia del cambio en la imagen corporal lo que ocasiona una falta sustancial en la seguridad de si mismo (Charúa, Benavides, Villanueva. 2011). A nivel emocional la aparición de estados de ansiedad por no poder hablar como antes lo hacían y pensar en el rechazo que pudieran tener sus amigos o familiares (Coronel, Seclén, Ulfe. 2008). Finalmente en la dimensión social se encuentra la experiencia de sentir el rechazo de los demás, el déficit en las relaciones interpersonales lo cual genera aislamiento por parte de la sociedad (Milanés, Alcalá. 2010).

En razón de lo expuesto, para el profesional de enfermería es imprescindible conocer las necesidades que están teniendo los pacientes con traqueostomía, para que de esta manera se puedan enfocar en abordar cada una de ellas de manera integral, satisfaciendo estas carencias y generando mejora en la percepción que tienen de su calidad de vida, esto por medio de un programa educativo en salud.

Es por ello que se propone presentar un programa de educación en salud que apunte a suplir las necesidades que presentan los pacientes con traqueostomía, vistas desde la dimensión física, psicológica y social, por medio de la implementación de acciones de buena salud física donde se integre el cuidado de la cánula, alimentación, higiene, y aspectos de la cotidianidad; herramientas para la salud psicológica donde el paciente sea capaz de asumir su rol en relación con la aceptación de la nueva condición que representa tener la traqueostomía y la integración de acciones enfocadas a las redes interpersonales y su vida social.

En cuanto a las instituciones de salud, dicho programa de educación en salud será una herramienta útil para brindar educación a los pacientes con traqueostomía, propendiendo suplir sus necesidades por medio de las acciones que allí se plantean. Para el profesional de enfermería el programa contribuirá a la ampliación de nuevos conocimientos respecto al cuidado de pacientes con traqueostomía basados en el principio de calidad que incluyan no sólo la esfera física sino también tenga en cuenta el aspecto psicológico y social.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Diseñar un programa educativo en salud que responda a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los pacientes con traqueostomía.

### **Objetivos específicos.**

1. Determinar las intervenciones educativas en salud que den respuesta a las necesidades del paciente con traqueostomía en su dimensión física.
2. Determinar las intervenciones educativas en salud que den respuesta a las necesidades del paciente con traqueostomía en su dimensión psicológica.
3. Determinar las intervenciones educativas en salud que den respuesta a las necesidades del paciente con traqueostomía en su dimensión social.

### **Propósitos.**

1. Consolidar un programa educativo en salud que responda a las necesidades que tienen los pacientes con traqueostomía en la dimensión física, psicológica y social por medio de intervenciones de cuidado.
2. Disminuir las complicaciones y reingresos hospitalarios de los pacientes que han sido sometidos al procedimiento de traqueostomía.
3. Generar grupos de apoyo para los pacientes con traqueostomía y sus cuidadores.
4. Fortalecer la educación en prácticas de autocuidado dirigidas a los pacientes y cuidadores generando un impacto positivo en su salud.
5. Contribuir en la actualización de bibliografía existente para uso de estudiantes y profesionales de enfermería que requieran elementos y herramientas prácticas para su ejercicio profesional.
6. Generar conocimiento en cuanto al manejo de paciente con traqueostomía para ser utilizado en investigaciones posteriores.



## Marco Teórico

### *Que se entiende por traqueostomía*

El término traqueostomía proviene del griego “trachea arteria” que significa arteria gruesa y “tome” que significa cortar. Si el procedimiento va ser temporal recibe el nombre de traqueotomía, pero si va a ser permanente el término adecuado es traqueostomía ya que utiliza la palabra “estoma” que significa boca o apertura. Esta técnica quirúrgica es justificada de acuerdo con la condición clínica y fisiológica que curse el paciente, que consiste en la realización de un orificio entre el segundo y el tercer anillo traqueal para comunicar la parte anterior de la tráquea con el exterior, y se realiza en pacientes que requieren soporte ventilatorio durante largos periodos de tiempo o mantenimiento de la permeabilidad de la vía respiratoria (Ramírez, 2006).

De acuerdo con lo descrito por Hernández et al., (2007) la traqueostomía se ha convertido en una práctica quirúrgica muy exitosa para tratar principalmente la obstrucción respiratoria, se realiza desde la antigüedad en el año 1500 A.C. Dicho procedimiento puede ser realizado con fines terapéuticos o electivos, su principal objetivo es restablecer la vía aérea permitiendo una adecuada función respiratoria.

La alta mortalidad inicial de esta técnica según lo describe Bonnano (2007) disminuyó cuando Chevalier Jackson en 1909 indica cómo acceder a la tráquea bajo visualización directa, mejorando la seguridad del paciente, siendo una intervención que cuenta con indicaciones precisas y de escasas complicaciones en manos experimentadas.

En la actualidad, su uso se encuentra ampliamente difundido, y se establece como un procedimiento electivo y necesario en una gran cantidad de patologías. En la mayoría de las instituciones de salud se realiza con mayor frecuencia especialmente en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI). (Pérez, 2010)

De acuerdo con lo que mencionan los anteriores autores, es importante tener en cuenta que este es un procedimiento terapéutico que permite una adecuada función respiratoria, pero que no está exento de presentar riesgos en el paciente. Lo que nos exige en lo profesionales de enfermería dedicar especial atención a sus indicaciones y posibles complicaciones al igual que los cuidados posteriores al procedimiento, ya que un adecuado manejo está directamente relacionado con el éxito del mismo.

### ***Indicaciones de traqueostomía***

Según el Doctor Ruiz citado por Muñoz (2013) la traqueostomía como la intubación endotraqueal se debe realizar siempre que se necesite mantener permeables las vías respiratorias o cuando se necesite hacer una respiración asistida o controlada en todo paciente que ingrese con insuficiencia respiratoria u otro proceso patológico. Como primera elección se tiene la entubación endotraqueal siempre y cuando sea técnicamente posible realizarla, y después de unas horas o días según la evolución que presente el paciente se evalúa la necesidad de hacer o no una traqueostomía. Se debe en lo posible, no hacer traqueostomía de urgencia, la traqueostomía se debe hacer en quirófano, con buena técnica, anestesia y asepsia.

Gracias a los avances de la medicina intensiva, Romero (2008) indica que actualmente es posible brindar a los pacientes soporte vital por largos períodos de tiempo; de acuerdo con

este escenario una proporción considerable de pacientes críticos pueden requerir intubación tranlaríngea y ventilación mecánica prolongada; razón por la cual la traqueostomía es uno de los procedimientos quirúrgicos comúnmente practicados en pacientes críticos teniendo como objetivo principal el proporcionar una vía aérea segura, liberándola de secreciones o de obstrucciones.

Frutos -Vivar (2005) en diferentes series a nivel nacional e internacional, muestra la prevalencia de pacientes con traqueostomía reportada que oscila entre 10 y 20%, aunque puede ser mayor en algunos subgrupos de enfermos como aquellos que sufren algún tipo de trauma en un 24% a 48%. De acuerdo con lo anterior en el momento no existen criterios objetivos validados para la indicación de una traqueostomía, por ende la experiencia y el juicio clínico cobran especial relevancia en la toma de esta decisión.

En la literatura se mencionan las siguientes indicaciones para realizar una traqueostomía:

Se encuentran las traqueotomías que están indicadas en pacientes con problemas respiratorios denominadas electivas las cuales se van a realizar en cirugías de cabeza, cuello, tórax y cardiacas, y que por lo tanto se van a mantener a el paciente intubado por más de 48 horas posteriores a la cirugía (Díaz & Martínez 2010).

También están las terapéuticas que se realizan en casos de insuficiencia respiratoria debido a hipoventilación alveolar con el objeto de manejar una obstrucción, eliminar secreciones o usar un respirador mecánico. De esta manera las principales indicaciones de traqueostomía son:

### ***Intubación prolongada (> 10 días).***

Las intubaciones endotraqueales según Romero (2008) por menos de 7 días cuenta con baja incidencia de secuelas, las cuales son casi siempre reversibles; en un lapso de 7 a 10 días es un tiempo de transición que requiere evaluación cuidadosa, pues se observa un 12% de incidencia de estenosis laringotraqueales y aumenta el riesgo de lesión por traqueostomía subsecuente. Se recomienda que luego de 7 días de intubación se evalúe al paciente; ante cualquier posibilidad de extubación antes del día 11, no se realiza traqueotomía. En cambio, cuando no se identifican posibilidades debe considerarse la conversión a traqueostomía; como por ejemplo, en enfermos con síndrome de distrés respiratorio agudo grave (índice de oxigenación  $\geq 15$  y/o  $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 100$ ) pancreatitis aguda grave complicada, lesión de médula cervical alta, síndrome de Guillain-Barré de variedad axonal.

### ***Obstrucción aguda de la vía aérea.***

Algunas de las patologías que pueden requerir traqueostomía de urgencia según lo señala Marruecos (2009), son procesos infecciosos laríngeos (como epiglotitis de niños y adultos), cáncer de la vía aerodigestiva superior, cuerpos extraños laringotraqueales, edema laríngeo o subglótico de cualquier etiología, patologías infecciosas de orofaringe (angina de Ludwig, difteria), traumatismo laríngeo con fractura del cartílago tiroides, parálisis de cuerdas vocales y hemorragias incoercibles de faringe y base de lengua que requieran taponaje. Puede en estas situaciones requerirse un tratamiento de emergencia médica denominado cricotirotomía temporal, que consiste en la realización de una incisión a través de la piel, procedimiento que debe cambiarse posteriormente a traqueostomía cuanto antes, ya que dicho procedimiento aumenta el riesgo de provocar estenosis subglótica.

### ***Reducción del espacio muerto.***

Según lo referenciado por Solsona (2008), durante la respiración, la tráquea, la laringe, la faringe y la cavidad oral y nasal están llenas de aire inspirado. El volumen tidal respiratorio no está, siendo usado en el intercambio gaseoso. Un volumen tidal de 500ml es realmente unos 350ml de aire fresco, porque 150 es aire previamente expirado tomado del espacio muerto. En el caso de las distrofias musculares aumenta el espacio muerto respiratorio, y la pared torácica no posee fuerza para desplazar el aire de modo adecuado. Una traqueostomía eliminará casi la mitad del espacio muerto anatómico.

### ***Lesión encefálica aguda grave.***

La traqueostomía se realiza en alrededor de 33% de los pacientes neurocríticos, según lo señalado por Tomicic & Max (2011), ya que facilita el manejo de la vía aérea, especialmente en pacientes con lesiones infratentoriales. Basados en el alto porcentaje de reintubaciones se recomienda sea efectuada en el octavo día. Sin embargo, los criterios de selección son controvertidos. En pacientes que permanezcan con una puntuación inferior a ocho en la escala de coma de Glasgow al quinto día o que sean incapaces de proteger la vía aérea.

### ***Complicaciones generadas por la traqueostomía***

La traqueotomía es una intervención que no debe considerarse como un procedimiento de menor riesgo. Ya que según lo descrito por Hernández (2007), algunos autores tales como Stauffer y Cols, afirman que la traqueostomía clásica es un procedimiento que tiene complicaciones graves e incluso mortales por lo cual son partidarios de evitarla lo máximo posible prolongando la intubación; en cambio para Dayal y Astrachan, señalan que es mala la técnica quirúrgica y no el procedimiento en sí la causa de dichas complicaciones.

De acuerdo con lo anterior, Pérez (2010) señala que la forma más clara de enumerar las complicaciones es por su tiempo de aparición las cuales pueden ocurrir durante el procedimiento quirúrgico. De este modo pueden clasificarse como intraoperatorias que aparecen en las primeras 24 horas, las tempranas que surgen en el postoperatorio en los primeros 14 días y las tardías que salen posterior a los 14 días. La incidencia general varía entre 5-40% con una mortalidad entre 0.5-5%. La traqueostomía es más susceptible a complicarse en los pacientes pediátricos, obesos, los que presentan trauma craneanos, quemados y desnutridos. Al igual que la traqueostomías de emergencia tienen de 2 a 5 veces más riesgo de complicaciones que las electivas.

Las complicaciones intraoperatorias o inmediatas suelen aparecer durante el procedimiento quirúrgico en las primeras 24 horas. Razón por la cual hay que tener mucho cuidado de no lesionar importantes estructuras anatómicas como lo son la arteria carótida, la vena yugular anterior, la vena yugular interna y el nervio recurrente laríngeo; ya que el daño ocasionado en estas partes del cuerpo puede generar riesgo de parálisis laríngea. Se debe manipular también con riguroso cuidado el tejido y los vasos tiroideos por su riesgo de sangrado (Drewery, Thiruchelvam, & Cheng, 2008).

Igualmente Drewery, Thiruchelvam, & Cheng, (2008) señala que las complicaciones inmediatas 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 los sangrados profusos siendo la complicación más frecuente variando del 4-17.7%, que pueden provenir del estoma o de vasos profundos de las venas yugulares anteriores del istmo tiroideo, que son fácilmente controlables. Por otro lado las heridas de la pared posterior de la tráquea que tiene como consecuencia grave una fístula traqueoesofágica

se deben más a una mala técnica operatoria que a un verdadero accidente quirúrgico. Se puede mencionar también el neumotórax producido por laceración de la pleura, además de neumomediastino y enfisema subcutáneo, que se relacionan dentro las posibles complicaciones que se pueden presentar dentro del quirófano.

Las complicaciones postoperatorias o no mediatas referidas por Mogedas & Armegol (2012) son más frecuentes que las anteriores, por orden de frecuencia estas son: Obstrucción de la luz del estoma, la infección de los tejidos blandos, el enfisema subcutáneo y las lesiones laringotraqueales, que ocurren por no haberse separado correctamente los tejidos musculares y aponeuróticos alrededor de la cánula, la cual queda “estrangulada” y el aire que escapa por sus bordes se introduce a presión en los espacios laxos del cuello, que llegan incluso hasta el mediastino; otras veces ocurre por suturar la piel alrededor de la cánula, lo cual provoca una situación parecida a lo mencionado anteriormente; todo esto se puede asociar a muchos factores como el exceso de cartílago, el uso de tubos largos, los manguitos de alta presión, la debilidad sistémica y el movimiento excesivo del tubo.

Otra de las complicaciones mencionada por Mogedas (2012) es la broncoaspiración a repetición, siendo una de las consecuencias, casi obligada, de las traqueostomías que se debe a un problema mecánico originado por la fijación del aparato laríngeo, es común que sea mayor durante los primeros días de traqueostomizado y vaya desapareciendo paulatinamente, tal vez por entrenamiento en los días posteriores. Pero desafortunadamente en los enfermos geriátricos, quienes aparentemente carecen de esta capacidad de adaptación a la nueva situación creada lo que pueden llevar a obstrucción de la vía aérea, neumonías recurrentes e incluso la muerte.

Por último como complicaciones tardías Halfpenny & Gurk (2005) cabe destacar la posibilidad que el paciente realice estenosis de los anillos traqueales o también puede llegar a formar granulomas por reacción de un cuerpo extraño alrededor del estoma ocasionando posteriormente una estenosis, y una infección de los cartílagos en los anillos traqueales con la destrucción de los mismos. Más peligrosos resultan los granulomas infraorificiales, situados en la pared anterior de la tráquea y producidos por una cánula muy larga, colocada en pacientes sometidos a una traqueostomía baja, en este caso la punta de la cánula va erosionando esta pared, llega al tronco arterial braquiocefálico y origina una hemorragia cataclísmica letal.

La estenosis traqueal se presenta entre el 1% y el 2%, siendo esta una cicatriz que se forma en la tráquea consecutiva al proceso de reparación, secundaria a la lesión causada por la traqueostomía. Una complicación adicional es la traqueomalacia donde se destruye el cartílago traqueal siendo un problema concomitante que provoca un colapso de la tráquea. Lo anterior puede ser causado por hiperinsuflación del balón o angulación forzada de una cánula rígida cuando se mantiene insuflado con mucha presión de aire, otras veces por mantenerse varios días inflado, el efecto de la excesiva presión sobre la mucosa traqueal que a su vez es comprimida contra los cartílagos subyacentes aparece en esta una necrosis por isquemia que más tarde al formarse el tejido de granulación conducirá a la estenosis (Halfpenny & Gurk, 2005)

Por otro lado encontramos las complicaciones que están relacionadas con los cuidados del estoma y de inserción de la cánula, en donde lo más importante es eliminar las causantes de obstrucción en la luz del tubo por tapones de secreción o moco, ya que esto puede generar infecciones, decanulaciones o la creación de una falsa vía tras intentar reanular a un



paciente.

La infección según Castillo & Sztem (2006) es otra de las complicaciones frecuentes de las traqueostomías. Aunque no se encuentran estadísticas confiables que indique el porcentaje de incidencia, diversos autores coinciden en que (la traqueitis, la celulitis peritraqueal, las colonizaciones por *Pseudomonas*, *Staphylococcus aureus* y *Candida albicans*) son los causantes de dicha complicación y se puede asociar a la mala manipulación en el posoperatorio del paciente, durante las maniobras de aspiración y los cambios de cánulas, motivo por el cual es importante insistir en el entrenamiento y educación del profesional de la salud encargado de estas funciones con el fin de extremar las medidas de asepsia durante esos procedimientos.

Finalmente para concluir, según Goldenberg (2000) la mayoría de los estudios retrospectivos sitúa la incidencia de complicaciones entre 5% y 40%, acordando en general un riesgo de 15%. Las complicaciones más frecuentes han sido la hemorragia con 3,7%, obstrucción del tubo con 2,7% y desplazamiento del tubo con 1,5%. La incidencia de neumotórax, estenosis traqueal y fistula traqueoesofágica es menos del 1%. Las muertes ocurren entre 0,5% y 1,6% de los pacientes y es causado más frecuentemente por hemorragia o desplazamiento del tubo. Actualmente con la mejor calidad de materiales en la confección de los tubos endotraqueales, y agregándose los balones de baja presión y alto volumen, se ha disminuido el número de complicaciones. (Heffner, 2005)

## ***Definición de términos***

### ***Necesidad***

La necesidad es la carencia de las cosas que son menesteres para la conservación de la vida, aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir, impulso irresistible que hace que las causas obren infaliblemente en cierto sentido (R.A.E. 2004)

Estado de carencia percibida que puede ser física o mental, del que es difícil sustraerse porque genera una discrepancia entre el estado real y el deseado (Thompson, 2006)

### ***Necesidades físicas o fisiológicas***

Según Maslow, son las primeras necesidades que el individuo precisa satisfacer y hace referencia a la supervivencia, entre las que se encuentran la respiración, alimentación, descanso y ropa (Parra, 2006).

### ***Necesidades Psicológicas o de aprecio***

Según Maslow, son las relacionadas con el autoestima, confianza en si mismo, independencia, éxito y respeto por si mismo (Parra, 2006)

### ***Necesidades Sociales***

Según Maslow citado por Puig, Sabater & Rodríguez (2012) define que las necesidades sociales tienen que ver cuando los seres humanos hacen parte de algún grupo. Se refieren a la manera como los seres humanos se relacionan entre sí, en el nivel familiar, con amigos u otras personas, al dar y recibir estima, y se aceptado por los demás.

De acuerdo con lo referenciado por Pallares (2003), es importante decir que en general la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas o algún tipo de alteración de su estado salud se ve afectada en alguna medida su relación con su entorno biopsicosocial, en el caso de los pacientes con traqueostomía se han podido detectar alteraciones generalizadas que no permiten el desarrollo de su máximo nivel de satisfacción en relación con su vida y su contexto, ya que presenta problemas durante la comunicación, la socialización, entre otros que se configuran en barreras para el paciente y su familia.

Cuando las personas presentan algún tipo de afección en las dimensiones que integran al ser humano, la calidad de vida tiene una repercusión negativa significativamente, debido a que se requiere un equilibrio de todos los factores que integran la vida, para que se tenga pleno disfrute y goce de la felicidad, se debe apuntar a mejorar las condiciones que están afectando dichas dimensiones, lo cual indudablemente puede hacerse por medio de la educación, tanto al paciente como a los cuidadores y el personal de salud.

Según Marqués., Sáez., Guayta., (2004) la educación en salud es una de las actividades fundamentales para la promoción de la salud de las poblaciones, en la cual una gran parte va dirigida a la ampliación de los conocimientos que tienen la personas o la población a intervenir; a partir de ello es necesario que todas las personas se integren a este tipo de actividades educativas en las cuales la población podrá encontrar respuesta a inquietudes que les surjan a lo largo del proceso, podrá apropiarse de su condición actual y de este modo contribuir ya sea en el mantenimiento de la salud o recuperación de la misma.

De acuerdo a lo planteado en la conferencia internacional sobre atención primaria de salud de Alma-Ata y la primera conferencia sobre promoción de la salud que incluye la carta de Ottawa, la educación en salud debe ser considerada como una verdadera estrategia de actuación para conseguir objetivos como prevenir la enfermedad, promocionar la salud y restaurarla en caso de que se haya deteriorado (Marqués., Sáez., Guayta., 2004).

Actualmente el término utilizado para la educación en salud corresponde a educación terapéutica, la cual significa “todo proceso educativo que, dirigido a una población específica, pretende mejorar su calidad de vida y su bienestar social”, en este sentido puede hablarse de educación en salud o educación terapéutica cuando la actuación de los profesionales de la salud se dirige a los pacientes y a sus familiares (Marqués., Sáez., Guayta., 2004).

La realización de programas educativos requiere de la presencia de diversos actores, con el fin exponer diferentes puntos de vista con respecto a la problemática que se quiere abordar; En este sentido los programas de educación para la salud contribuyen a fomentar estilos de vida sanos, prevenir morbi-mortalidad y restaurar la salud cuando esta se ha perdido; Para que se lleven a cabo estos objetivos, los programas requieren la definición del problema el cual se desea resolver, esto por medio de una descripción breve de la situación sociodemográfica y epidemiológica de la población a intervenir, posteriormente se debe realizar la definición de los objetivos que se quieren alcanzar con el programa, del mismo modo deben estipularse los límites que tiene el programa en sentido de la población, el lugar de implementación y el tiempo, también requiere la creación de las actividades que harán frente a la resolución de la problemática encontrada, los recursos que requiere la ejecución del programa, ya sean recursos materiales o recursos humanos y finalmente el

control con el fin de conocer y supervisar la óptima ejecución del mismo; Y la evaluación donde se comparan los resultados antes de la implementación del programa y después, para examinar la efectividad del programa en salud propuesto (Domínguez, 2012).

El papel que ejerce el profesional de enfermería en la creación e implementación de programas educativos en salud, es crucial, debido a que en toda actuación de enfermería hay comunicación, educación y aprendizaje, es decir, información, asesoría, instrucción, esfuerzo, trasmisión de conocimientos, en suma todo lo que necesitan las personas para llevar a cabo su propio cuidado (Marqués., Sáez., Guayta., 2004).

### **Necesidades del paciente con traqueostomía.**

Para la realización de la pirámide de necesidades se tuvieron en cuenta los resultados de la investigación realizada por Losada, Y. & Morales E. (2013) sobre la percepción de la calidad de vida de los pacientes con traqueostomía donde se encontró que las dimensiones más afectadas en este tipo de población son la dimensión física, psicológica y social. Por otro lado se tuvo también como referente la reconocida jerarquía de necesidades de Abraham Maslow donde ordena las necesidades desde los niveles más básicos, hasta las de niveles más complejos. Los tres primeros escalones se consideran “necesidades de déficit”, las cuales se establecen como necesidades que se necesitan cumplir para poder vivir de manera satisfactoria. De esta manera se unificaron las dimensiones alteradas y las necesidades encontradas en la literatura referidas por pacientes traqueostomizados.



Tomado de la jerarquía de las necesidades de Maslow, adaptado por las autoras de la investigación.

### ***Necesidades de cuidado en la dimensión física***

La afectación de la dimensión física se presenta cuando el individuo tiene sensación de dolor, se ha imposibilitado al momento de cuidarse sin ayuda y cuando por el uso de la traqueostomía se ha afectado la calidad de su vida sexual debido a la constante sensación de asfixia y la dificultad del manejo de las secreciones por aumento de las mismas, manifiestan no presentar la misma energía para la realización de las actividades diarias, (Losada, & Morales 2013).

Otra de las alteraciones en los pacientes con traqueostomía, que integran repercusiones de la dimensión física es la no producción habitual de filtrado, humidificación y calentamiento del aire lo cual reseca el árbol bronquial, el incremento en la producción de

moco, problemas de deglución, disminución del sentido del olfato y gusto y la dificultad en la función fonatoria (Moscovici, Demarzo, Amato. 2002).

### ***Necesidades de cuidado en la dimensión psicológica***

En la dimensión psicológica se encuentra la baja autoestima a consecuencia del cambio en la imagen corporal lo que ocasiona una falta sustancial en la seguridad de sí mismo (Charúa, Benavides, Villanueva, 2011). Aparición de estados de ansiedad por no poder hablar como antes lo hacían y pensar en el rechazo que pudieran tener sus amigos o familiares (Coronel, Seclén, Ulfe. 2008).

La persona que tiene traqueostomía presenta sentimientos de intranquilidad consigo mismo, incapacidad para lograr las metas personales, felicidad insatisfecha, poca autoestima, falta de autoconcepto y autoaceptación, sensación de angustia y estrés por no cumplir con las responsabilidades que tienen con sus familias (Losada, & Morales 2013).

### ***Necesidades de cuidado en la dimensión social***

En la dimensión social se encuentran necesidades como la poca facilidad de comunicación con sus amigos, tener un trabajo y la participación activa en el proceso educativo (Vera, 2014)

Una de las necesidades presentadas en la dimensión social definida por la American Speech- language, es la imposibilidad de comunicarse con las personas que le rodean, ya que después de la realización de la traqueostomía, el aire no atraviesa la boca y la nariz así que no pasa por las cuerdas vocales, razón por la cual el paciente no pueden hablar o comunicarse del mismo modo que aquel que no la tiene, de tal manera que la persona no

puede producir sonidos con facilidad. En algunos casos las personas pueden ser capaces de emitir algunos sonidos pero la deficiencia de aire lo impedirá con rapidez.

Otras necesidades que tienen los pacientes con traqueostomía son la sensación de que después del procedimiento quirúrgico han recibido muy poco apoyo por parte de personas que no son de su familia, es decir, amigos, compañeros, etc., perciben sensación de rechazo y poco apoyo por parte de la sociedad, lo cual les genera insegura e intranquilidad para salir al medio externo (Morales, E., Losada Y., 2013).

### **Necesidades de los cuidadores de pacientes con traqueostomía**

Los cuidadores de los pacientes con traqueostomía tienen necesidades tales como la preparación mental y sentimental del nuevo proceso por el cual están cursando, necesitan una actitud positiva, deben preparar el medio ambiente en el hogar al cual van a llevar al paciente; Algunas necesidades están relacionadas con el estilo de vida de los cuidadores, ya que algunos tienen el hábito de fumar, lo cual no solo les perjudica a ellos, si no a los propios pacientes, necesitan realizar el aseo e higiene del lugar donde se encuentra el paciente constantemente, lo que les genera sensación de cansancio. Además de la carga de labores que tienen, presentan discrepancias con respecto a los sentimientos del paciente que en ocasiones tienen a ser negativos, mientras se adaptan a su nuevo estilo de vida (Medical Smiths, 2008).

### ***Cuidados dirigidos a resolver las necesidades del paciente con traqueostomía***

La OMS (2003) afirma, que "el ejercicio de la enfermería es un valioso recurso para la salud" y para que dicho recurso alcance pleno desarrollo, los cuidados de enfermería deben ofrecer un servicio competente, integro e individualizado como recurso terapéutico y de integración de habilidades específicas, que sea diferente al de otros grupos profesionales y



útil para las personas que lo necesiten.

En adición con lo anterior la práctica de enfermería no se limita únicamente al acto de cuidar, esto también implica crear un cuidado que reúna diversos procesos como lo son: la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones (Grajales, 2004). Desde esta perspectiva lo que se pretende es dar un cuidado innovador que una la ciencia y el arte de enfermería con el fin de satisfacer las necesidades del paciente con traqueostomía principalmente en sus tres dimensiones (Física, psicológica y social).

Con el fin de abordar el paciente con traqueostomía y sus dimensiones más alteradas, se decide describir a continuación la propuesta del programa educativo en salud que abarca holísticamente a este tipo de población dando respuesta a sus principales necesidades.

## **Diseño metodológico**

La construcción del programa educativo se fundamenta en las deficiencias de información concreta y unificada de las necesidades que tienen las personas con traqueostomía, con base en estas falencias, el abordaje de los pacientes puede dificultarse debido a la poca integralidad de las dimensiones física, psicológica y social, las cuales están altamente afectadas.

El tipo de estudio utilizado para la elaboración del programa educativo en salud, se realizó por medio de revisión de bibliografía en las bases de datos Cuiden, Medline, Scielo, Pubmed, Cochrane, Enfispo, con las siguientes palabras claves: “traqueostomía”; “permanente”; “cuidados de Enfermería”; “necesidades”; “complicaciones”; “indicaciones”, combinando los términos entre sí y limitando el período a los últimos 15 años. Del mismo modo se busco información bibliográfica sobre las necesidades que tienen los pacientes con traqueostomía, donde se pudo identificar que la dimensión física, psicológica y social, están drásticamente afectadas después del procedimiento quirúrgico, generando de este modo diversas necesidades, las cuales inherentemente repercuten en la calidad de vida de estas personas.

Por otro lado se tiene en cuenta lo que se entiende por programa educativo y por paciente con traqueostomía permanente donde según lo referido por Santana (2001) un programa es un conjunto de instructivos y actividades a desarrollar en un periodo de tiempo determinado que incluye el paso a paso que se debe tener en cuenta para poder llegar a un resultado. Un programa debe concretar el plan de actuación que se ha de llevar a cabo para que resulte un instrumento realmente útil; para ello debe adecuarse a un determinado

contexto, como es el entorno social y cultural, las características del alumnado y la experiencia previa del instructor; esto permite atender a las necesidades especiales de los distintos alumnos/as.

De esta manera, Costa, Benito, González. & López (2002) describen que un programa de educación en salud deber ser entendido como un proceso planificado y sistemático que ofrece estrategias efectivas para ayudar a personas y/o comunidades, que presentan un problema específico que les afecté; y de manera que les permita estimular cambios o adoptar conductas que mejoren su salud y puedan evitar conductas de riesgo.

Por otro lado el termino paciente con traqueostomía permanente se entiende como aquella persona que es sometida a una intervención quirúrgica por presencia de obstrucción de la vía aérea superior, con presencia de la cánula por un tiempo mayor a tres meses; este procedimiento consiste en comunicar la tráquea con el medio ambiente, con fines terapéuticos o electivos con el fin de facilitar la ventilación. (Botero, 2007)

Posterior a la revisión de literatura y con el análisis de los artículos encontrados se realizó un cuadro comparativo en cual se evidencia el aporte realizado por cada autor con respecto a cada una de las dimensiones alteradas, para que de esta manera se creara una intervención con sustento científico, que supliera las necesidades tanto físicas como psicológicas y sociales.

Autor	Dimensión Física	Dimensión Psicológica	Dimensión social
Guía de recomendaciones	La hidratación oral favorece a la humidificación y a la fluidificación de las	El uso de la traqueostomía no imposibilita tener relaciones sexuales en lo	La traqueostomía no imposibilita cumplir los objetivos académicos

<p>al paciente traqueostomizado 2006</p>	<p>secreciones.</p> <p>La traqueostomía imposibilita permanentemente que el paciente sumerja todo el cuerpo, por tanto puede ducharse evitando poner el chorro directamente en la traqueostomía y que entre jabón, talcos o aerosoles.</p> <p>Cuando la personas tiene traqueostomía y presenta vómito, debe girar todo el cuerpo y no solo la cabeza, ya que se puede tapar la cánula y dificultar la respiración.</p> <p>Los medicamentos debe ponerse en al tubo de traqueostomía, igualmente el oxígeno.</p>	<p>absoluto.</p> <p>Salir de casa permite que las personas con traqueostomía cambien de ambiente, teniendo repercusiones positivas frente a posibles sensaciones de estrés</p>	<p>propuestos</p>
<p>American Association for Respiratory Care, Act. 2014</p>	<p>Drenaje de secreciones, debido al aumento en su producción y consistencia pueden obstruir la vía aérea.</p>		
<p>Hernández C, Bergeret J, Hernández M, 2007</p>	<p>La canula debe mantener en una adecuada posición y evitar al máximo que se desplace, ya que al angularse puede erosionar la pared traqueal y provocar pequeñas hemorragias,</p>		

	ulceras, tejido de granulación, infecciones y posteriormente estenosis		
Ruiz E., Frías F., Aguilera P., 2010	La limpieza de la piel alrededor del cuello con el fin de evitar proliferación bacteriana y una posible infección de la zona o la vía aérea alrededor de la traqueostomía se debe mantener la piel seca evitando las cremas líquidas u oleosas		
Gil, N., 2014	La higiene bucal disminuye el riesgo de infección por microorganismos de la mucosa bucal.  La posición semi-incorporada o semi-fowler se recomienda en pacientes con traqueostomía.		
Charúa, Benavides, Villanueva, 2011		El procedimiento quirúrgico afecta drásticamente la imagen corporal de las personas con traqueostomía, generando baja autoestima y falta sustancia en la seguridad de sí mismo.	

<p>Medical Smiths, 2008</p>		<p>La persona con traqueostomía debe prepararse para verse con el tubo, ya sea por primera vez o no, lo cual puede hacerse por medio de imágenes o fotos de otras personas usando traqueostomía</p>	<p>Para algunas personas, suele ser extraño ver a los demás con objetos ajenos al cuerpo, por tanto se quedaran viendo a las personas que tienen uso de traqueostomía</p> <p>Las redes de apoyo emocional primarias son la familia, por tanto la actitud positiva frente a este cambio, será primordial para el paciente con traqueostomía</p>
<p>Morales J., Landeró P., Tellés A., 2014</p>	<p>Un cuidado primordial está dirigido al manejo de la humidificación y puede realizarse por medio de un humidificador</p>		
<p>Losada, &amp; Morales 2013</p>			<p>La dificultad que presentan los pacientes con traqueostomía en la comunicación, puede repercutir en la afectación de su desempeño laboral,</p>

			o pérdida del mismo
--	--	--	---------------------

Por medio de la revisión de bibliografía se pudo identificar un déficit de información integral que aborde las necesidades descritas en cada dimensión, aunque actualmente los pacientes con traqueostomía cuentan con herramientas virtuales que les permiten conocer y manejar la cánula, las secreciones, y el cuidado de la piel, por medio de guías, foros como ADELA-CV, Portalesmedicos.com, Preguntas Otorrino, entre otros, y artículos de páginas web (IntraMed, AR AnestesiaR, AFC), de libre acceso en las cuales profesionales de la salud han planteado cuidados básicos sobre la traqueostomía, el abordaje no integra las dimensiones física, psicológica y social en las cuales están surgiendo las necesidades.

Las falencias en información referente a la satisfacción de las necesidades que tienen las personas con traqueostomía, crea la oportunidad de fortalecer cada una de las dimensiones anteriormente descritas, generando espacios de intervención que impacten positivamente en dichas necesidades y por ende repercuta en la mejoría de la calidad de vida de estas personas.

En sentido de lo expuesto, el programa educativo aporta las herramientas requeridas para satisfacer las necesidades que se presentan, por medio de actividades de fácil comprensión e implementación que integran tanto al profesional de enfermería como a los pacientes y sus cuidadores, cada intervención va dirigida a la dimensión física, psicológica y social, por medio de acciones basadas en sustento científico que aporten significativamente en la reducción de las necesidades, por medio de ayudas audiovisuales

se facilita la divulgación e interpretación de la información propuesta en el programa, de allí la creación de un sitio web que permita una comunicación constante entre el profesional de enfermería, los pacientes y sus cuidadores, un rotafolio en el cual se tenga información concisa y pertinente de los temas a tratar y un video en el cual se explique cada uno de los procesos que conlleven a satisfacer las necesidades planteadas.



### **Consideraciones éticas**

El estudio se desarrolló basándose en la ley 911 de 2004, artículo 29, que plantea la responsabilidad del profesional de enfermería en la participación de investigaciones al salvaguardar la dignidad, integridad y los derechos de los seres humanos como principio ético.

Del mismo modo se tendrá en cuenta la normatividad propuesta en Colombia mediante la resolución 8430 de 1993, expedida por el ministerio de Salud, actualmente Protección Social, la cual establece normas científicas, académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Este estudio de acuerdo a lo planteado en el artículo 11 de la resolución en mención, al no realizar intervenciones que modifiquen variables biológicas, fisiológicas, sociales, posee mínimo riesgo para los participantes, razón por la cual no se hace necesario de contar con un consentimiento informado. Potencialmente puede existir un riesgo psicológico ya que los participantes expresarán opiniones y sentimientos sobre la temática.

Del mismo modo se tiene en cuenta que durante el desarrollo de la investigación se aplicara con rigurosidad el método científico, involucrando al ser humano como objeto de estudio, donde prevalecerá el criterio de respeto, dignidad y protección de derechos y bienestar. Se dejará constancia que este estudio no tiene otro beneficio para las autoras diferente al interés académico y profesional.

## **Presentación del programa educativo en salud.**

### ***Nombre del programa***

Traqueostomía SOS. Su nombre hace referencia al sinónimo de ayuda que recibirán los pacientes con traqueostomía. Ya que las siglas S.O.S son la señal de ayuda más utilizada internacionalmente.

### ***Descripción del programa***

Traqueostomía S.O.S es un programa educativo en salud compuesto de herramientas físicas y virtuales, creadas por las autoras del presente documento con base en una revisión de literatura que permitió identificar las necesidades que tienen los pacientes con traqueostomía y de este modo sustentar científicamente cada intervención allí descrita. Este programa se creó con la finalidad de satisfacer las necesidades que tienen los pacientes con traqueostomía, relacionados con la dimensión física, psicológica y social, esperando una repercusión positiva en su la calidad de vida, por medio de intervenciones didácticas e instrucciones fáciles de seguir, a las que el paciente y sus cuidadores pueden tener libre acceso por medio de las herramientas como la página web, el rotafolio y el video, además del acompañamiento constante de los profesionales de enfermería que implementen y lideren dicho programa.

### ***Población***

El programa “**Traqueostomía SOS**” está dirigido para aquellas personas con traqueostomía que se encuentren institucionalizadas o a nivel domiciliario, a sus cuidadores y a los profesionales de la salud encargados de su cuidado.

### ***Desarrollo del programa educativo.***

#### ***Revisión epidemiológica que fundamenta el programa***

El punto central del manejo de pacientes con traqueostomía se fundamenta en la frecuencia en que se realiza este procedimiento; que esta relaciona directamente con el tiempo bajo ventilación mecánica (VM). Informes previos mencionan que 1 de cada 10 pacientes con apoyo mecánico de la respiración por más de tres días en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) serán intervenidos a dicho procedimiento (Che, Díaz, & Cortes, 2014). En Estados Unidos anualmente son reportadas más de 100,000 traqueotomías, la mayoría de ellas en UCI. De éstas, la serie más grande establece una frecuencia de 5.6% en pacientes con VM. (Wang, 2011). Por otro lado, países europeos han informado que la frecuencia oscila entre 1.3% y 10% de los pacientes hospitalizados en UCI.

Con respecto a Colombia, Engoren, (2004) refiere que no se cuenta con estadísticas confiables sobre la frecuencia de traqueotomías, por lo que no podemos establecer la prevalencia de pacientes traqueostomizados, diversos autores nos aportan datos en este sentido y la sitúan alrededor del 10%. Así, en un estudio retrospectivo, se analizó la evolución de 5.142 pacientes que recibieron ventilación mecánica en el hospital Móstoles. En Madrid España, durante tres años. De estos 429 (8,3%) fueron traqueostomizados por fallo

respiratorio. En el estudio de Esteban en el 2004 se especifican las causas por las cuales los paciente terminaron con traqueostomía, insuficiencia respiratoria aguda, 335 pacientes (61%), de los cuales 76 eran complicaciones postoperatorias; agudización de EPOC, 51 pacientes (9%); agudización de patología pulmonar crónica distinta a la EPOC, 9 pacientes (2%); enfermedades neuromusculares 27 pacientes (5%); asma, 3 pacientes (0,5%) y coma, 120 pacientes (22%). Se observa que en nuestra serie hay un mayor porcentaje de EPOC (29%) y de enfermedades neuromusculares, y un menor porcentaje de enfermos postquirúrgicos (8%)

De acuerdo con lo anterior, resulta necesario avanzar en la estandarización del cuidado y rehabilitación de pacientes con traqueostomía. Por ello, según lo señala la evidencia, la educación en prevención secundaria y terciaria es una herramienta clave en el manejo ambulatorio o extra hospitalario en estos pacientes, y de esta manera se implementa una atención integral basada en un modelo de salud familiar que se articule con la red asistencial para dar respuesta a las diversas necesidades expresadas por el paciente. Motivo por el cual se elabora este programa que encamina sus actividades de promoción, prevención, tratamiento, seguimiento y rehabilitación; involucrando a su vez el autocuidado y manejo de los posibles complicaciones de salud.

### ***Objetivo del programa***

Proporcionar herramientas, personalizadas y de calidad a pacientes con traqueostomía, que contribuyan a dar solución a las necesidades presentadas en la dimensión física, psicológica, social facilitando de esta manera su reinserción familiar y laboral, mejorando su condición de calidad de vida.

***Objetivos específicos del programa.***

1. Mencionar herramientas educativas que mejoren la dimensión física, a partir de la buena salud física.
2. Proponer actividades educaciones que mejoren la dimensión psicológica, a partir de acciones para la salud psicológica.
3. Sugerir intervenciones que mejoren la dimensión social, a través de la integración del paciente.

***Propósitos del programa***

1. Otorgar atención de salud oportuna, humanizada y de calidad a la población con traqueostomía.
2. Disminuir las complicaciones y el reingreso del paciente en posoperatorio de su traqueostomía.
3. Disminuir la estancia prolongada a nivel hospitalario.
4. Mejorar las estrategias de autocuidado en pacientes y cuidadores.
5. Fomentar la conformación de grupos y redes de apoyo.

### ***Contenido del programa***

Traqueostomía SOS está diseñado con el fin de suplir las necesidades de los pacientes con traqueostomía, en este sentido el programa contara con un medio impreso en el cual se darán las especificaciones e indicaciones a seguir con los pacientes luego de la inscripción, otro componente físico con el cual contara el programa es el rotafolio con información precisa de actividades concretas que mejoraran dichas necesidades, en cuanto al componente electrónico Traqueostomía SOS contara con una página web en la cual el paciente y sus cuidadores podrán tener contacto permanente con el profesional de enfermería, y finalmente un video en el cual estarán de manera detallada las actividades y cuidados dirigidos a las personas con traqueostomía.

1. Descripción del programa
2. Rotafolio informativo
3. Video informativo CD, youtube: TraqueostomíaSOS1
4. Página Web. <http://traqueostomiasos.simplesite.com/420750342>

### ***Programación y registro de actividades del programa***

La planificación y programación de acciones en salud para pacientes con traqueostomía, permite que se abran oportunidades coherentes a la realidad de cada paciente, siendo una herramienta útil para lograr los objetivos del programa, lo cual permite establecer la cantidad de actividades a realizar durante el año, optimizando los recursos de dicha organización.

Es necesario incorporar la calendarización de actividades, con el fin de realizar capacitaciones grupales e individuales a profesionales de la salud o a cuidadores de pacientes nuevos inscritos al programa, al igual que la realización de aquellas actividades que son propias del programa, como la educación en limpieza y aspiración de secreciones, cuidados de la piel o el estoma, soluciones prácticas a las necesidades en sus diferentes dimensiones; y de esta manera poder identificar si existen modificaciones en la percepción de calidad de vida que tiene cada paciente inscrito al programa. Por otro lado, es importante que los profesionales de enfermería realicen la planificación anual de las actividades a realizar, y así gestionar de forma óptima los horarios y actividades necesarias a desarrollar con los pacientes traqueostomizados.

Del mismo modo se definirán estándares para la realización de la planificación y programación de actividades, siendo la continuidad de atención un aspecto clave para poder responder a dichas necesidades. Para ello es necesario mantener un registro adecuado de los usuarios que son derivados al programa; por tal razón se requiere sensibilizar al equipo de salud respecto a la importancia que tienen los cuidados en el paciente con traqueostomía, el cual debe acceder oportunamente a un seguimiento por parte de enfermería.

Para esto el cuerpo de enfermería llevara un registro con el fin que el médico pueda evaluar posteriormente la condición actual del paciente, donde se señala el N° controles con nutrición, N° de controles con terearía respiratoria, N° controles con psicología, N° controles con enfermería, N° de controles médicos, etc. Con este seguimiento se identificar si hay ausencia del paciente o de los cuidadores, de modo que se deba realizar un rescate

del mismo y concretar una nueva consulta. En relación a los pacientes inasistentes, los sistemas de rescate se deben de activar desde la primera inasistencia, mediante llamado telefónico en una primera instancia, para posteriormente realizar citación en domicilio según corresponda. Dada la cantidad de acciones (rescate por llamada telefónica o citaciones al domicilio) que se requieran para lograr rescatar usuarios del programa y no perder esta vinculación.

### ***Intervenciones del programa***

A continuación se describen las intervenciones a realizar con los pacientes, cuidadores y profesionales de salud inscritos, que son gestionadas desde el programa traqueostomía SOS:

#### ***Vinculación de pacientes al programa.***

#### ***Ingreso del paciente con traqueostomía***

El Ingreso del paciente es una actividad que debe de realizar la enfermera; dicho ingreso se inicia durante el posoperatorio del paciente y esta comprende:

- 1.** Explicar en qué consiste el programa, la importancia y regularidad de sus controles, aclarar las dudas del paciente o cuidador.
- 2.** Antecedentes generales y anamnesis, informando conceptos básicos sobre el estoma y sus cuidados.
- 3.** Examen físico.
- 4.** Indicación de los cuidados con periodicidad y duración, explicando su importancia, junto con la entrega de un plan de acción escrito.



5. Se debe realizar una educación integral, la que incluye reforzar temas relevantes para el control y seguimiento, tales como inmunización, medidas de control ambiental, signos de consulta en urgencia, medidas de autocuidado (nutrición y actividad física) y salud psicológica. Con material impreso en forma de plegable que puede ser muy útil para mantener la vigencia en el tiempo de dichas indicaciones.

### ***Control del paciente con traqueostomía.***

El control es una actividad que debe de realizar en conjunto con el equipo profesional de salud, el cual requiere del seguimiento de las indicaciones entregadas por la enfermera. Durante el control se debe realizar:

1. Anamnesis reciente, consultar detalladamente por control de síntomas, seguimiento de cuidados en casa y consultas de urgencia.
2. Revisar exámenes de control o solicitar en caso de requerir.
3. Examen físico según corresponda.
4. Categorizar según nivel de Control o especialidad.
5. Se debe realizar una educación integral, la que incluye reforzar temas relevantes para el control y seguimiento, tales como medidas de control ambiental, reconocimiento de signos y síntomas, medidas de autocuidado (nutrición y actividad física, salud psicológica, entre otra), reforzamiento de adherencia al tratamiento médico, reforzamiento de técnica de limpieza y aspiración de secreciones.
6. Consultar y aclarar la existencia de dudas e inquietudes.

7. Solicitud de seguimiento individualizado según corresponda con psicología, nutrición o trabajo social.
8. Talleres educativos, a necesidad según las falencias más frecuentes manifestadas por los pacientes.
9. Técnicas para el manejo de la emociones

***Cuidados específicos en la dimensión física, psicológica y social, para el paciente con traqueostomía desde el programa educativo en salud***

Debido a que las dimensiones de los pacientes con traqueostomía se alteran en diversos aspectos después del procedimiento quirúrgico, se deben identificar las necesidades tanto en la dimensión física como psicológica y social, y de esta manera abordar integralmente al ser humano.

De acuerdo a lo anterior, las dimensiones afectadas se abordaran por medio de la implementación de acciones encaminadas a resolver dichas necesidades de los pacientes traqueostomizados, siguiendo la escala propuesta: “Necesidades identificadas en pacientes con traqueostomía” en la cual se abordara por medio de la salud física, salud psicológica y salud social. A continuación se describe cada una de ellas.

***Cuidados para la salud física.***

En personas con condiciones normales el aire se humidifica y calienta con el paso por la vía aérea alcanzando así una temperatura de 37° C y una humedad relativa del 100%, en el

procedimiento de la traqueostomía los pacientes pierden esta capacidad, generando una humidificación inadecuada lo cual presenta algunas repercusiones para la salud como la deshidratación del epitelio, el aumento en la densidad de la capa de moco e incapacidad del aparato mucociliar para arrastrar las secreciones, a nivel funcional hay disminución de la capacidad vital forzada, aumento en la resistencia de la vía aérea e hipoxemia; Un cuidado primordial está dirigido al manejo de la humidificación y puede realizarse por medio de un humidificador el cual es un dispositivo que añade moléculas de agua a un gas, existen humidificadores activos de agua fría o caliente, y pasivos como intercambiadores de calor y humedad o cable calefactor, la selección se hace con base en el escenarios clínicos, por supuesto los recursos disponibles y la capacidad para proporcionar un nivel adecuado de humedad al paciente (Morales J., Landero P., Tellés A., 2014), aparte de estos sistemas, la hidratación oral favorece a la humidificación y a la fluidificación de las secreciones (Guía de recomendaciones al paciente traqueostomizado, 2006).

Otro cuidado incluyen el drenaje de secreciones, debido al aumento en su producción y consistencia pueden obstruir la vía aérea de los pacientes con traqueostomía, este proceso puede ser un tanto molesto e incómodo para las personas y es generalmente realizado por personal de salud capacitado, sin embargo muchos de estos pacientes son dados de alta de las instituciones, desde luego el manejo y cuidado del proceso aspiración de secreciones es por parte de los familiares o principales cuidadores, el proceso de aspiración de secreciones según la Academia Americana de Cuidados Respiratorios (AARC) se debe realizar teniendo en cuenta las siguientes indicaciones con el fin de propender por la comodidad y confort de los pacientes, en presencia de ruidos respiratorios anormales debido a presencia de secreciones dentro de la cánula o por debajo de ella,

patrón respiratorio irregular con uso de músculos accesorios e incremento del trabajo respiratorio, cambio de las características de las secreciones como el incremento en la producción del moco por la sola presencia de la traqueostomía, secundario a infección o en presencia de cuerpo extraño, aumento de la consistencia de las secreciones por inadecuada humidificación, cambio en la coloración por presencia de sangre o secundario a proceso infeccioso, presencia de tos o incremento de la misma por irritación o movimiento de la traqueostomía, cambio en la coloración de la piel en presencia de cianosis o diaforesis, baja saturación de oxígeno por ineficiencia en la respiración o presencia de ansiedad debido a la dificultad respiratoria (American Association for Respiratory Care, Act. 2014).

El cuidado de la traqueostomía no se debe limitar a la aspiración de las secreciones únicamente, pues el mantenimiento de la cánula es un factor importante para el bienestar del paciente, de aquí que la cánula debe mantener en una adecuada posición y evitar al máximo que se desplace, ya que al angularse puede erosionar la pared traqueal y provocar pequeñas hemorragias, úlceras, tejido de granulación, infecciones y posteriormente estenosis (Hernández C, Bergeret J, Hernández M, 2007).

Se debe propender por el cuidado del estoma aquí es necesaria la limpieza de la piel alrededor del cuello con el fin de evitar proliferación bacteriana y una posible infección de la zona o la vía aérea, alrededor de la traqueostomía se debe mantener la piel seca evitando las cremas líquidas u oleosas ya que podrían ser aspiradas, y la adecuada observación de la zona a fin de detectar oportunamente cualquier cambio producido en el estoma como estrechamiento, fistulización, desfiguración de los bordes o presencia de granulomas lo cual requiere consulta inmediata a servicio médico (Ruiz E., Frías F., Aguilera P., 2010).

El paciente con traqueostomía presenta disminución del sentido del olfato y gusto (Moscovici, Demarzo, Amato. 2002), debido a que las células olfatorias son estimuladas ante los olores del medio externo, y se encuentran ubicadas en una pequeña porción de tejido en la parte alta de la nariz, las cuales se conectan directamente con el cerebro, desde luego el paciente traqueostomizado no realiza este proceso, ya el aire pasa directamente por la cánula de traqueostomía (Instituto de Otorrinolaringología, 2004), por tanto pueden presentar inconvenientes en la toma de los alimentos por desinterés de los mismo luego del procedimiento quirúrgico, de esta manera se debe procurar que el paciente recupere el interés al momento de la alimentación por medio de alimentos de buen aspecto, que no sean rutinarios o monótonos para que de esta manera sea un momento divertido y cómodo para la persona.

Los cuidados con respecto a la higiene del paciente, favorecerán en su salud física, en este sentido proporcionarán confort al paciente, la higiene bucal disminuye el riesgo de infección por microorganismos de la mucosa bucal (Gil, N., 2014), en el baño la traqueostomía imposibilita permanentemente que el paciente sumerja todo el cuerpo, por tanto puede ducharse evitando poner el chorro directamente en la traqueostomía y que entre jabón, talcos o aerosoles (Guía de recomendaciones al paciente traqueostomizado, 2006).

En la cotidianidad la persona que tenga uso de traqueostomía debe procurar evitar sitios que tenga polvo o arena (Guía de recomendaciones al paciente traqueostomizado, 2006), manejar adecuadamente los pelos de las mascotas, ácaros o polen, ya que pueden introducirse por la cánula e irritar la vía aérea o ser precursores de una posible infección. La ropa no debe tener un cuello muy alto ya que puede bloquear el tubo de la traqueostomía y ocasionar dificultad respiratoria, es aconsejable usar camisas de cuello en V, ya que se

permite el paso libre de aire; el uso de pañuelos de papel puede obstruir la traqueostomía, ya que ante la presencia de secreciones puede deshacerse, por tanto es mejor utilizar pañuelos de tela para toser. La posición semi-incorporada o semi-fowler se recomienda en pacientes con traqueostomía (Gil, N., 2014), ya que permite una mejor expansión torácica, en este sentido un mejor flujo de aire hacia los pulmones, el dormir boca abajo puede obstruir el paso de aire. La actividad física se debe propender en los pacientes con traqueostomía, sin embargo actividades que requieran sumergirse en el agua, deben evitarse; cuando la personas tiene traqueostomía y presenta vómito, debe girar todo el cuerpo y no solo la cabeza, ya que se puede tapan la cánula y dificultar la respiración (Guía de recomendaciones al paciente traqueostomizado, 2006). Algunos medicamentos se administran de manera inhalada, en el caso de los pacientes con traqueostomía, el medicamento debe ponerse en al tubo de traqueostomía, igualmente si usa oxígeno (Guía de recomendaciones al paciente traqueostomizado, 2006).

### ***Cuidados para la salud psicológica.***

El procedimiento quirúrgico afecta drásticamente la imagen corporal de las personas con traqueostomía, generando baja autoestima y falta sustancia en la seguridad de sí mismo (Charúa, Benavides, Villanueva, 2011), por tanto se debe reforzar en los significados de términos como autoconocimiento “Reconocerse uno mismo con defectos y virtudes” “Reconocer que somos valiosos, dignos de ser queridos y respetados a pesar de no ser perfectos” (Russek S., 2007), Autoestima “Fuerza innata que impulsa al organismo hacia la vida, hacia la ejecución armónica de todas sus funciones y hacia su desarrollo” (Yagosesky, R., 2014), para que las personas mejoren la percepción que tienen de sí mismos por tener traqueostomía, lo cual conlleva a mejorar la percepción que tienen de su imagen con respecto

a este nuevo proceso.

El uso de la traqueostomía afecta la calidad de su vida sexual, debido a la sensación de rechazo por parte de su pareja, y dificultad respiratoria por sanción de ahogo en el acto sexual (Morales, E., Losada Y., 2013), sin embargo el uso de la traqueostomía no imposibilita tener relaciones sexuales en lo absoluto (Guía de recomendaciones al paciente traqueostomizado, 2006), puede que aumente el flujo de las secreciones pero es una situación que la persona podrá manejar, para que de esta manera su vida sexual no tenga por qué verse afectada.

La persona con traqueostomía debe prepararse para verse con el tubo, ya sea por primera vez o no, lo cual puede hacerse por medio de imágenes o fotos de otras personas usando traqueostomía (Medical Smiths, 2008), por medio de lo cual podrán sentirse identificados, reconociendo este proceso como provechoso para su vida.

Salir de casa permite que las personas con traqueostomía cambien de ambiente, teniendo repercusiones positivas frente a posibles sensaciones de estrés, que pueden generarse por estar en un mismo espacio por tiempos prolongados uso de la traqueostomía no imposibilita tener relaciones sexuales en lo absoluto (Guía de recomendaciones al paciente traqueostomizado, 2006), la persona con traqueostomía puede tomar aire libre, entrar en contacto con la naturaleza, lo cual genera paz interior, y cambios de actitud positivos frente a la vida.

### ***Cuidados para la inclusión social.***

Para algunas personas, es extraño ver a los demás con objetos ajenos al cuerpo, por tanto se quedaran viendo a las personas que tienen traqueostomía (Medical Smiths, 2008), de acuerdo a lo anterior, se debe reforzar en la confianza que se tiene de si mismo, con el fin de

afrontar posibles situaciones incómodas cuando se encuentre en el medio exterior.

Las redes de apoyo emocional primarias son la familia, por tanto la actitud positiva frente a este cambio, será primordial para el paciente con traqueostomía (Medical Smiths, 2008), esto permitirá que la adaptación al tubo de traqueostomía sea más rápida y sencilla.

La traqueostomía no imposibilita cumplir los objetivos académicos propuestos (Guía de recomendaciones al paciente traqueostomizado, 2006), por tanto estas personas pueden asistir normalmente a ambientes educativos y cumplir las metas propuestas.

La dificultad que presentan los pacientes con traqueostomía en la comunicación, puede repercutir en la afectación de su desempeño laboral, o pérdida del mismo (Morales, E., Losada Y., 2013), lo cual impacta drásticamente el ingreso económico de su hogar, si este depende de su trabajo, la implantación de otras labores puede suplir esta pérdida, por medio de trabajos que sean de su interés o gusto, como la modistería, manualidades, u otros trabajos que puedan generar ingresos económicos.

### ***Estrategias del programa.***

#### ***Promoción.***

1. Taller cuidadores y pacientes: Sobre contaminación intradomiciliaria y ambientes libres de polvo, humo, polen y pelos. Medidas de prevención de infecciones en el estoma y detección precoz de signos y síntomas, medidas generales de cuidado y utilización de la red asistencial.
2. Invitar a participar a pacientes y cuidadores sobre actividades comunales de promoción de la salud (ambientes libres de contaminación, actividad física, ferias de promoción).



3. Campañas comunicacionales en salas de esperas por medio de videos, cartillas sobre la existencia del programa Traqueostomía SOS.

***Prevención.***

1. Programación y ejecución de visitas domiciliaria a pacientes traqueostomizados para evaluar sus condiciones de vivienda.
2. Coordinación con encargado de vacunas para inmunización Antiinfluenza y antineumococica según normas, y de esta manera prevenir infecciones y posibles complicaciones tales como la neumonía o influenza.
3. Auditorías a familias de fallecidos por complicaciones en la traqueostomía en domicilio.
4. Visita Domiciliaria integral realizada por profesional de enfermería a familias de pacientes con traqueostomía portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (programa de oxígeno ambulatorio, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI).
5. Exámen de Baciloscopía a población sintomática respiratoria cautiva, se debe realizar investigación bacteriológica de expectoración semestralmente a cada paciente bajo control que sea sintomático respiratorio (persona que presenta tos con expectoración por más de 2 semanas) y en todos los casos en que se intensifiquen los síntomas respiratorios.

***Rehabilitación.***

1. Evaluación, confirmación diagnóstica, categorización, tratamiento y seguimiento de afecciones respiratorias recurrentes.
2. Controles periódicos a los pacientes crónicos respiratorios y evaluación de nivel de control.
3. Implementación de programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.

***Coordinación.***

1. Participación en reuniones de sector, presentando casos que ameriten estudios de familia.
2. Identificación precoz de pacientes con sospecha de enfermedades respiratorias crónicas.
3. Integración con otros programas del centro de salud para la derivación oportuna en pacientes con complicaciones de su traqueostomía.
4. Fortalecimiento de la atención integral derivando a especialista a pacientes que requieran atención por causas no respiratorias identificadas.
5. Seguimiento de los pacientes inasistentes.

***Capacitación a familiares y profesionales de la salud.***

Traqueostomía SOS, mediante diversas estrategias complementarias entrega recursos educativos físicos y virtuales para la capacitación en temas como: Limpieza de traqueostomía, aspiración de secreciones, cuidados de la piel o estoma, signos de alarma,

ambiente saludable, charlas de autoestima, de aceptación social, etc; a profesionales de enfermería y cuidadores de pacientes con traqueostomía. Este plan anual de capacitación entrega tiene el propósito de entregar acciones de formación que aporten herramientas que se complementaran entre sí para poder resolver de manera fácil y efectiva las necesidades de salud de dicha población.

Se deben concretar las actividades con los profesionales de enfermería quienes serian los responsables de comunicar a los distintos niveles en demanda requerida como a la oferta existente. El link <http://traqueostomiasos.simplesite.com/420750342> donde podrán acceder y visualizar el contenido educativo actualizado que busca fortalecer la formación deseable de un profesional de enfermería, paciente o cuidados que intervengan en el cuidado del paciente con traqueostomía.

### ***Presentación de ayudas educativas***

Las ayudas educativas que contiene el programa se componen de una página web correspondiente al link <http://traqueostomiasos.simplesite.com/420750342>, un video disponible en CD o en Youtube con el nombre de TraqueostomíaSOS1 y un rotafolio; dentro de estas ayudas educativas las personas interesadas encontraran la dimensión física, psicológica y social abordadas de manera individual, permitiendo un enfoque diferencial de cada una de las necesidades que presenta el paciente con traqueostomía, por medio de actividades que apunten a la buena salud física, psicológica y a la inclusión social.

La página web funcionara como puente comunicador entre el profesional de enfermería y el paciente o sus cuidadores ya que permite que las inquietudes que les surjan sean resueltas de manera eficaz por medio del portal web, por otro lado paciente y sus

cuidadores contarán con un rotafolio en el cual podrán encontrar información pertinente, concreta y concisa de aspectos relevantes en cuanto a las necesidades a suplir, finalmente el video que encontraran también en la internet o en formato de CD les permitirá consultar libremente acciones ampliamente descritas allí que favorecerán en su cotidianidad.

## Conclusiones

Después de haber identificado la manera en la que viven los pacientes con traqueostomía en sentido de las dimensiones que componen al ser humano, y en este caso las más afectadas, dimensión física, psicológica y social, se pudo establecer intervenciones desde un programa educativo en salud que respondiera a dichas necesidades, por medio de actividades que integran tanto al paciente como a sus cuidadores y a los profesiones de enfermería.

Por medio de acciones de buena salud encaminadas a responder a las necesidades planteadas en la dimensión física, como lo son la sensación de dolor, la imposibilidad al momento de cuidarse sin ayuda y la afectación en la calidad de su vida sexual debido a la constante sensación de asfixia y la dificultad del manejo de las secreciones por aumento de las mismas, la presencia de poca energía para la realización de las actividades diarias, la no producción habitual de filtrado, humidificación y calentamiento del aire lo cual reseca el árbol bronquial, el incremento en la producción de moco, problemas de deglución, disminución del sentido del olfato y gusto y la dificultad en la función fonatoria, entre otras, se logró establecer actividades de buena higiene de la cánula, mejoría de hábitos de alimentación y concejos prácticos para la cotidianidad, lo cual permite que el paciente con traqueostomía satisfaga dichas necesidades.

En cuanto a la dimensión psicológica, la cual comprende la baja autoestima a consecuencia del cambio en la imagen corporal lo que ocasiona una falta sustancia en la seguridad de si mismo, la aparición de estados de ansiedad por no poder hablar como antes lo hacían y pensar en el rechazo que pudieran tener sus amigos o familiares, la presencia de

sentimientos de intranquilidad consigo mismo, incapacidad para lograr las metas personales, felicidad insatisfecha, falta de autoconcepto y autoaceptación, sensación de angustia y estrés por no cumplir con las responsabilidades que tienen con sus familias, se logró determinar acciones de salud psicológica que propendieran a mejorar el concepto que tiene de sí mismo el paciente con traqueostomía, desde luego la auto-aceptación, auto-concepto y autoestima se encuentran inmersas en la mejora de la concepción del yo, siguiendo de esta manera una óptima salud psicológica para una estabilidad emocional del paciente.

En la dimensión social, donde se encontraron necesidades como la poca facilidad de comunicación con sus amigos, tener un trabajo y la participación activa en el proceso educativo, sensación de que después del procedimiento quirúrgico han recibido muy poco apoyo por parte de personas que no son de su familia, es decir, amigos, compañeros, etc., perciben sensación de rechazo y poco apoyo por parte de la sociedad, lo cual les genera insegura e intranquilidad para salir al medio externo, se aborda por medio de intervenciones de acompañamiento familiar e institucional, en la cual el paciente tenga una red de apoyo social, donde sea suplidas dichas necesidades.

Finalmente, el programa educativo en salud propende por satisfacer las necesidades identificadas en la dimensión física, psicológica y social, en este sentido generar un impacto positivo en la calidad de vida de las personas con traqueostomía, a fin de tener pleno goce y disfrute de todas sus capacidades.

## Bibliografía

- Alcalá, F., Villalta, M. G. F., & Villalobos, E.(2015) Manejo y cuidados del niño con traqueostomía.
- American Speech- language. Hearing association (sin fecha). *El habla de los pacientes con traqueostomías o ventiladores mecánicos*. Recuperado el 24 de octubre del 2015, de <http://www.asha.org/public/speech/disorders/El-Habla-de-los-Pacientes-con-Traqueostomias-o-Ventiladores-Mecanicos/>
- Bonnano, F. (2007). Appraisal on emergency tracheostomy. *Revista de ciencias biomédicas*, pp. 346- 349. 2015 Septiembre 14.
- Cañas, J. et al. (2005). ATS/ DUE (Practicantes) Servicio de Salud de Castilla y León. A. *Hospitalaria y A. primaria*. vol. 5. pp. 488-494. Disponible en: [https://books.google.com.co/books?id=V0WnYf3qF6wC&pg=PA494&lpg=PA494&dq=La+traqueotom%C3%ADa+es+sin+duda+una+de+las+intervenciones+m%C3%A1s+temidas+por+la+poblaci%C3%B3n+en+general&source=bl&ots=T8mEW2JDA7&sig=9lNWL\\_QlEPsYkEtZiUO6F0\\_GvSM&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwio9Leg3LvJAhVCoD4KHfLwCVMQ6AEIHDAB#v=onepage&q=temidas&f=false](https://books.google.com.co/books?id=V0WnYf3qF6wC&pg=PA494&lpg=PA494&dq=La+traqueotom%C3%ADa+es+sin+duda+una+de+las+intervenciones+m%C3%A1s+temidas+por+la+poblaci%C3%B3n+en+general&source=bl&ots=T8mEW2JDA7&sig=9lNWL_QlEPsYkEtZiUO6F0_GvSM&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwio9Leg3LvJAhVCoD4KHfLwCVMQ6AEIHDAB#v=onepage&q=temidas&f=false)
- Castillo, J., & Sztern C. (2006) Procedimientos para estabilización de la vía aérea. *Especialistas Consultores en Otorrinolaringología. Ciudad de la Plata, Argentina* pp 16 – 22. Citado 2015 Octubre 14. Disponible en: <http://www.orlhospitalespanol.com.ar/articulos/Complicaciones%20en%20Traqueotomizados.pdf>
- Castro, R., Solózano H., Vega E. (2009). Necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad, por parte de su familia en la localidad de Fontibón: Bogotá D.C. Recuperado de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis19.pdf>

- Charúa, L. Benavides, C. Villanueva, J. Jiménez, B. Abdo, J. Hernández, E. (2011). Calidad de vida del paciente ostomizado. *Medigraphic* vol. 79. pp. 149-155. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2011/cc112h.pdf>
- Che, J., Diaz, P., & Cortes, A. (2014) Manejo integral del paciente con traqueostomía. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Mérida, Yucatán, México. Recuperado el 10 de octubre del 2015. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2014/nt144f.pdf>
- Costa, M., Benito, A., González, L. & López, E. (2002) La educación para la salud: aportaciones de la psicología de la salud. *Humanidades Médicas*; XXXVI (856): 65-73.
- Cox, E., Carson, S., Holmes, M., & Howard A. (2004) Increase in tracheostomy for prolonged mechanical ventilation in North Carolina, 1993-2002. *Crit Care Med*. Vol 32: pp19-26. Recuperado el 22 de Agosto del 2005. Disponible en <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v2.pdf>
- Chala, A. Franco, H. Aguilar, C. Cardona, J. (2010). Estudio descriptivo de doce años de cáncer de tiroides, Manizales, Colombia. *Rev Colomb Cir*. 2010; 25; 276-89. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v25n4/v25n4a3.pdf>
- Díaz, A. & Martínez, V., (2010) Cuidados enfermeros relacionados con la traqueotomía percutánea. *Metas Enferm*. Vol. 13(10). pp. 20-25. Citado 2015, Octubre 8.
- Domínguez, Y. (2012). Elaboracion de programas de promoción y educación en enfermedades cronicas no transmisibles. Aspectos básicos. *Rev. Finlay. Cuba*. Citado 2015 Dic 2. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/62>
- Drewery, H., Thiruchelvam, J., & Cheng, L. (2008). Cómo hacer una traqueostomía segura. Nota técnica. *Int J. Oral Maxillofac*. Vol.37. pp 484-486. Citado 2015 Septiembre 14. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-4026](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-4026)



- Engoren, E. (2004). Resultados a largo plazo después de la traqueotomía por fallas respiratorias. *Rev. amer. med. respiratoria* vol.13 no.2 pp. 71-83. ISSN 1852-236X. Recuperado el 21 de octubre del 2015. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852236X2013000200005&script=sci\\_ar\\_ttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852236X2013000200005&script=sci_ar_ttext)
- Frutos-Vivar, F., Apeztequía, C., Anzueto, A., Nightingale, P., Gonzales, M., & Soto, L. (2005). Resultado de los pacientes con ventilación mecánica que requieren una traqueotomía. *Crit Care Med.* Vol.2. pp 290 -298. 2015, Octubre 5. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15699830>
- García, A. Pardo, G. (2008) Cirugía. TRAQUEOSTOMÍA INDICACIONES Y TÉCNICAS. Tomo IV. pp 1788-1797. Citado 2015 diciembre 1. Disponible en [http://www.tecnetangola.com/downloads/nini/CIRUGIA%20TOMO%20IV\\_F.pdf#page=194](http://www.tecnetangola.com/downloads/nini/CIRUGIA%20TOMO%20IV_F.pdf#page=194)
- Gil, N. (2014). Elaboración de una guía para el manejo de los pacientes portadores de una traqueostomía en las plantas de hospitalización. Disponible en <http://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/11411/NuriaGildeCarlos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Giraldo, V. (2012). Reporte de casos. Cánula de traqueostomía como cuerpo extraño en vía aérea. *Revista Colombiana de Anestesiología.* Vol. 40 Núm. 2. pp 145-149. Citado 2015 Agosto 23. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=90133237&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=341&ty=163&accion=L&origen=clysa%20&web=www.revcolanest.com.co&lan=es&fichero=341v40n02a90133237pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90133237&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=341&ty=163&accion=L&origen=clysa%20&web=www.revcolanest.com.co&lan=es&fichero=341v40n02a90133237pdf001.pdf)
- Gómez, P., Monsalve, V., & Soriano F. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med. Intensiva* Vol.31 Num.6. pp 318-325. ISSN 0210-5691 Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006&lng=e)

- Grajales, R. (2004) La gestión del cuidado de enfermería. *Index Enferm.* Vol.13 Num.3 pp 44-65. ISSN 1132-1296. Recuperado el 20 de octubre del 2015. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009)
- Goldenberg, D.(2000) Complicaciones de traqueostomía un estudio retrospectivo de 1130 casos. *Otolaryngol.* Vol. 123. pp. 495-500.Citado 2015 Septiembre 2.
- Halfpenny, W., & Gurk M,(2005) Análisis de la morbilidad asociada a la traqueotomía después de las operaciones de cáncer de cabeza y cuello. *British Jpurnal de Cirugía Oral and Maxillofacial.* Vol.200 Núm. 28. pp 509 - 512. Citado 2015 Octubre 13.
- Heffner, J. (2005) Momento de la traqueostomía, en pacientes con ventilación mecánica. *Crit Care Med.* Vol.71. pp 147 – 168. Citado 2015 Octubre 14.
- Hernandez, C., Bergeret, J., & Hernandez, M. (2007). Traqueostomía: principios y técnica quirúrgica. *Revista electrónica UACH,* Vol. 21, pp. 92-98. 2015, septiembre 8, De Cuad. Cir. Disponible en <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v21n1/art13.pdf>
- Losada, Y., & Morales E. (2013). Percepción de la calidad de vida de los pacientes adultos con traqueostomía dados de alta de una institución de IV nivel de atención en salud en Bogotá. *Facultad De Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá. Colombia.* (Tesis pregrado). Citado 2015 Agosto 22. Disponible en: <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/13775/1/LosadaMoralesYeimmyAlexandra2013.pdf>
- Marruecos, L., Zapata, L., Caballero, E., & Vera, P. (2009).Traqueotomías percutáneas y coniotomías quirúrgicas en el paciente crítico. *Crit care med.* Vol.33. pp 109-114. Citado 2015, Octubre 2.
- Marqués, F., Sáez. S., Guayta, R. (2004). *Métodos y medios en promoción y educación para la salud.* Ed UOC. Barcelona. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=R3e850qjWA0C&oi=fnd&pg=PA19>

&dq=programas+educativos+en+salud,+para+que+sirven&ots=MRgk2UoPl0&sig=0ty\_Tkd3ERY2GC2xgLIYO\_nKBx4#v=onepage&q&f=false

Medina, R., Martínez J., Perdomo, S., & Ramos, M., (2006) Traqueostomía: Atención de enfermería: Rev Copyrihgt .Recuperado el 18 de octubre del 2005. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/9279/Traqueostomia-Atencion-Enfermeria.html>

Ministerio de protección social. (2009). Guía para el manejo de urgencias. 3°ed. Colombia, Bogotá. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADas%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20III.pdf>

Mogedas, A., & Armegol M., (2012): Situación actual de la traqueostomía en cirugía oral y maxilofacial estudio prospectivo de 70 pacientes. cap de servei c.oral i maxilofacial. Universidad Autónoma de Barcelona. pp 2 – 46. Citado 2015 Octubre 14. Disponible en: [http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl\\_2072\\_203336/TR-MogedasVegara.pdf](http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_203336/TR-MogedasVegara.pdf)

Muñoz, S. (2013). Traqueotomía: indicaciones, técnica, complicaciones, manera de prevenirla y tratarla. Archivos de bronconeumología. Vol. 8 Núm 01. pp 58 -68. Citado 2015, Octubre 21. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pidet\\_articulo=90431013&pidet\\_usuario=0&pcontactid=&pidet\\_revista=6&ty=57&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v08n01a90431013pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90431013&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=6&ty=57&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v08n01a90431013pdf001.pdf)

Morales, J. Díaz, P. Cortez, A. (2014). Manejo integral del paciente con traqueostomía. Neumol Cir Torax. Vol. 73.pp.254-262. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2014/nt144f.pdf>

OMS. (2003) Fortalecimiento de la enfermería y la partería. Asamblea Mundial de la Salud, Punto 14.11.Recuperado el 23 de octubre del 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_R7-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_R7-sp.pdf)

- Ortega, Y. (2007) Tipos de tubos endotraqueales y cánulas de traqueostomía. Tratado de enfermería en cuidados críticos. Capítulo 77. pp. 102 – 108. Sitio actualizado ultima vez 2007 Agosto 01. Citado el 2015 Septiembre 8. Disponible en: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/Procedimientos%20Respiratorios%20\(1\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/Procedimientos%20Respiratorios%20(1).pdf)
- Pallares, A. (2003) El mundo de las unidades de cuidados intensivos La última frontera. Facultad de letras departamento de antropología, Universidad Rovira I Virgili. (Tesis doctoral) Citado 2015 Agosto 22. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8436/Pallares.pdf?sequence=1>
- Parra, J. (2006) Las necesidades humanas y su clasificación. Introducción a la economía. Disponible en: [http://servicios.educarm.es/templates/portal/images/ficheros/etapasEducativas/secundaria/16/secciones/269/contenidos/4851/las\\_necesidades\\_y\\_los\\_bienes.pdf](http://servicios.educarm.es/templates/portal/images/ficheros/etapasEducativas/secundaria/16/secciones/269/contenidos/4851/las_necesidades_y_los_bienes.pdf)
- Pérez, R., Alcalá, L. (2010). Traqueostomía en unidad de cuidados intensivos. Revista de ciencias biomédicas, Vol17, pp.14 – 20. 2015, Septiembre 15. Disponible en <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciomed/article/viewFile/37/34>
- Pérez, E. Yáñez, R. Avilés, E. Alarcon, C. Weisse, O. Curi, M. Villalobos, J. Palma, A. Villarroel, M. (2011). Traqueostomía percutánea en una unidad de cuidados intensivos. Revista Chilena de Cirugía. Vol. 63. No. 4. Citado 2015 Diciembre 1. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262011000400004&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-40262011000400004&script=sci_arttext&tlng=en)
- Puig, M., Sabater M., & Rodríguez Á. (2012) Necesidades Humanas: Evolución Del Conceptosegún La Perspectiva Social. *Aposta revista de ciencias sociales* ISSN 1696-7348 N° 54. pp 1 – 12. Citado 2015 Diciembre 1. Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/monpuigllob.pdf>
- Ramírez, A., Padilla, J., & Sánchez, M. (2006) Traqueostomía percutánea por dilatación: Reporte de 70 casos. *Acta méd. Costarric.* Vol.48. pp 77 – 83. 2015, Octubre 8.

Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022006000200005&lng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022006000200005&lng=es)

Real Academia de la Lengua Española. (2014). Necesidad. Ed. 23. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?id=IjqYbKQy0DXX2zRyuydU>

Rogero, J., (2011) La satisfacción de las necesidades de las personas dependientes de 60 años y más según proveedor de cuidado. España, 2008. *Rev Esp Salud Pública*. 85, (6). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n6/04\\_original1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n6/04_original1.pdf)

Romero, C., Cornejo, R., Ruiz, M., Gálvez, R., Llanos, O., Tobar, E., Larrondo, J., & Castro, J. (2008). Fiberoptic bronchoscopy assisted percutaneous tracheostomy. Report of 100 patients. *Revista médica de Chile*, Vol.136. pp. 1113-1120. ISSN 0034-9887. 2015, Octubre 16, De artículos de investigación. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000900004>

Santana, M. (2001). ¿Qué es programar en educación? Ed. Graó. Barcelona 2006. ISBN 8478270558. Citado 2015 Noviembre 11. Disponible en: <http://www.eduinnova.es/dic08/QUE%20ES%20PROGRAMAR%20EN%20EDUCACION.pdf>

Solsona, J., Díaz, Y., Rodríguez, J., & Vázquez, A. (2008). La traqueotomía mejora el espacio muerto respecto a la intubación translaringea. *Med intensiva*. Vol.32 Núm 8. Citado 2015 Octubre 17. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912008000800008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000800008)

Smiths, Medical. (2008). Un manual para el cuidado en casa de un adulto con traqueostomía. PORTEX. Disponible en <http://www.cencomex.cl/cencomex/pdf%20cencomex/Manejo%20traqueostomia%20en%20casa.pdf>

Thompson, I. (2006). Definición de necesidad. Disponible en: <http://www.promonegocios.net/mercadotecnia/necesidad-definici%F3n.html>

- Tomicic, V., & Max, A. (2011). Ventilación mecánica en el paciente con lesión cerebral aguda. *Rev. méd. Chile*. Vol.139. Núm 3. ISSN 0034-9887 Citado 2015 septiembre 28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000300016>
- Velásquez, M. (2006). Cuidados y mantenimiento de la traqueostomía. Disponible en <http://respira.com.mx/docs/f1286296627-0.pdf>
- Vera, R. (2014) Cuidado Humano: La vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de enfermería*. VOL. 23, Núm. 4, pp 234 – 238. Recuperado el 23 de septiembre del 2015. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9478.pdf>
- Villares, M. Tapia, R. Carbajo, R. Fernández, E. Calvo, D. (2003). Disfagia pretratamiento en pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello. *Scielo. Nutr.Hosp.* Vol. 18. No. 15. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112003000500002&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112003000500002&script=sci_arttext&tlng=en)
- Wang, F. (2011) Calendario de traqueostomía. Revisión sistemática y meta- análisis de azar en ensayos controlados. Vol.140. Núm 6. pp 1456-1465 Recuperado el 5 de octubre del 2015. Disponible en <http://www.cochrane.org/es/CD007271/traqueostomia-temprana-versus-tardia-para-pacientes-graves>

**ANEXO 1**  
**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**  
**BIBLIOTECA ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.**  
**ENTREGA DE TESIS Y TRABAJOS DE GRADO**

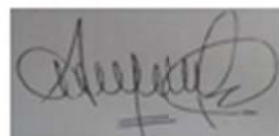
FACULTAD: Enfermería  
 PROGRAMA: Enfermería  
 FECHA DE ENTREGA: Diciembre 11 del 2015

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS	TITULO DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO	NOMBRE DEL DIRECTOR	AÑO	Documentos adjuntos (Marque con x)		
					Anexo 2	Anexo 3	Carta de confidencialidad
Salgado Grandos	Angie Lorena	Programa educativo en salud para pacientes con traqueostomía	Pilar Garcia Peñuela	2015	X	X	
Restrepo Ramirez	Paola Andrea						

DILIGENCIADO POR (Nombres y Apellidos): Angie Lorena Salgado Grandos Y Paola Andrea Restrepo Ramirez

CARGO: Estudiantes

FIRMA:



*Paola Andrea Restrepo Ramirez*