

TEST DE ACREDITACIÓN RETOS EN ESTOMA RESPIRATORIO

1) En cuanto al riesgo de broncoaspiración de alimento, sabemos que es más elevado en pacientes sometidos a:

- a) Traqueotomía por técnica percutánea.
- b) Traqueotomía quirúrgica por absceso parafaríngeo.
- c) **Laringectomía supraglótica.**
- d) Laringectomía total.

JUSTIFICACIÓN:

En las laringectomías supraglóticas se extirpa la epiglotis, por lo que el riesgo de broncoaspiración es muy elevado, al perder por completo uno de los mecanismos de protección de la vía aérea.

Tras una traqueotomía, ya sea percutánea o quirúrgica, el riesgo es menor que en la laringectomía supraglótica, aunque también existe.

En el caso de la laringectomía total el riesgo es casi inexistente, excepto en complicaciones como fístulas traqueoesofágicas.

2) En relación con la prominencia llamada nuez o bocado de Adán, es falso que:

- a) Forma parte de la lámina media de los aritenoides.
- b) Se encuentra en el cartílago cricoides.
- c) Está situada en la zona posteroinferior del cartílago tiroides.
- d) **Todas las anteriores.**

JUSTIFICACIÓN:

La nuez o bocado de Adán está situada en el cartílago tiroides, pero en su parte anterior, zona medial.

3) Es falso que en el paciente laringectomizado total las secuelas digestivas pueden venir derivadas de:

- a) La pérdida del cierre glótico.
- b) La desconexión anatómica de las fosas nasales de la vía respiratoria.
- c) El riesgo de paso de comida a la tráquea durante la alimentación.**
- d) La práctica de la voz erigmofónica.

JUSTIFICACIÓN:

Tras la desconexión anatómica posquirúrgica de las vías aérea y digestiva, no es posible que pase alimento a la tráquea, a excepción de la prótesis de voz.

4) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el paciente portador de cánula traqueal es falsa?

- a) Cualquier paciente portador de cánula traqueal verá afectada su capacidad de humidificar el aire inspirado.
- b) No podrá usar su voz natural si usa una cánula con neumotaponamiento inflado.
- c) Puede ver aumentadas sus secreciones respiratorias.
- d) Si quiere volver a emitir sonidos, tendrá que aprender a usar la voz erigmofónica.**

JUSTIFICACIÓN:

Los pacientes que llevan cánula traqueal, pero conservan la laringe o al menos las cuerdas vocales, pueden volver a producir su propia voz y no necesitan ningún método alternativo para volver a emitir sonido. Solo es preciso que usen una cánula sin neumotaponamiento o con este desinflado para que, ocluyendo la cánula, llegue aire a las cuerdas vocales. Asimismo, se puede también hablar insuflando aire por encima del balón sin necesidad de desinflarlo. Si además la cánula tiene fenestras, facilitará la circulación de aire hacia las cuerdas vocales.

5) Respecto a las cánulas con balón de inflado, es cierto que:

- a) Nunca desinflaremos el balón.
- b) Debemos vigilar la presión del balón cada 8 horas.**
- c) Debemos vigilar la presión del balón cada 4 horas.
- d) Debemos desinflar el balón cada 12 horas durante 20 minutos.

JUSTIFICACIÓN:

Cuando estamos ante un paciente portador de cánula de balón de larga permanencia, y con la finalidad de controlar la presión que ejerce el balón sobre los tejidos y las posibles fugas, debemos controlar la presión del balón cada 8 horas con un manómetro.

6) Ante un paciente portador de cánula inconsciente, que sospechamos que pueda tener la cánula obstruida por un tapón mucoso, nunca realizaremos:

- a) Aspirado de secreciones, instilación de suero fisiológico.**
- b) Posición de Fowler, retirada de cánula interna, aspirado de secreciones.
- c) Comprobación de sistema de aspiración, aspirado de secreciones.
- d) Posición de Fowler, aspirado de secreciones, limpieza del circuito de aspiración.

JUSTIFICACIÓN:

Cuando estamos ante un paciente portador de cánula inconsciente, que sospechamos que tiene una obstrucción de la cánula por un tapón mucoso, nunca instilaremos suero fisiológico ante el riesgo elevado de broncoaspiración, más aún si no se encuentra en la posición de Fowler o de seguridad.

7) Una intervención correcta para aliviar el edema facial es:

- a) Inflar el balón de llenado.
- b) Aspirado de secreciones.
- c) Aflojar el vendaje cervical.**
- d) Colocar una doble cinta de fijación de la cánula.

JUSTIFICACIÓN:

Ante un paciente con edema facial, una de las primeras intervenciones sería aflojar el vendaje cervical para aliviar la acumulación de líquidos en la cara del paciente.

8) Una de las conductas que hay que reforzar en el paciente portador de cánula de traqueostomía es:

- a) Saber desinflar el balón de llenado.
- b) Dominar la limpieza de la cánula externa.
- c) Aflojar el vendaje cervical.

d) Realizar una buena higiene bucal.

JUSTIFICACIÓN:

A la mayoría de los pacientes es necesario recordarles e instruirles en la realización de una adecuada higiene bucal. El resto de las opciones son conductas que nunca debe realizar el paciente portador de cánula de traqueostomía de forma autónoma.

9) ¿Qué número de sonda de aspiración se utiliza?

- a) $(\text{Cánula de traqueotomía} - 2) / 2 = \text{tamaño del catéter francés.}$
- b) $(\text{Cánula de traqueotomía} + 2) / 2 = \text{tamaño del catéter francés.}$
- c) $(\text{Cánula de traqueotomía} - 2) \times 2 = \text{tamaño del catéter francés.}$**
- d) $(\text{Cánula de traqueotomía} + 2) \times 2 = \text{tamaño del catéter francés.}$

JUSTIFICACIÓN:

Según explica Morris, para facilitar y respetar la mitad del diámetro de la luz interna debemos ajustar el tamaño de la sonda de aspiración con esta fórmula y escoger la sonda más cercana al resultado.

10) ¿Qué filtro HME es el más recomendado generalmente durante la noche?

a) Filtros con extra de humidificación.

- b) Filtros electrostáticos.
- c) Filtros con válvula fonatoria.
- d) Filtros de partículas pequeñas.

JUSTIFICACIÓN:

Este filtro mantiene el aire más húmedo y es cómodo para respirar durante la noche.

11) El control del paciente recién ingresado en planta proveniente de críticos, traqueostomizado o laringectomizado se realizará cada:

- a) Una o dos horas.
- b) Tres o cuatro horas.**
- c) Cinco o seis horas.
- d) Siete u ocho horas.

JUSTIFICACIÓN:

Las recomendaciones en el paciente crítico son la revisión cada 3 o 4 horas. Dado que el paciente viene de este tipo de servicios y su monitorización es más limitada, mantendremos hasta su estabilidad un control cada 4 horas.

12) En las laringectomías parciales:

- a) El habla puede conservarse.**
- b) El estoma es permanente.
- c) Se resecciona completamente la laringe.
- d) No existe comunicación entre el tubo digestivo y la vía aérea.

JUSTIFICACIÓN:

Generalmente, las laringectomías parciales conservan las estructuras necesarias, por lo que la estructura no afectada en la laringe es suficiente para mantener la función de la fonación. En la respuesta b, como norma general el estoma se cerrará una vez estabilizado el paciente.

En el caso de la respuesta c, no sería una laringectomía parcial, ya que se ha retirado la laringe en su totalidad.

En la respuesta d, la comunicación entre el tubo digestivo y la vía aérea se mantiene, la intervención no supone el aislamiento quirúrgico de ambas vías.

13) La principal diferencia entre la traqueotomía quirúrgica y la percutánea es:

- a) El estoma de la traqueotomía percutánea es menos estable y madura antes.
- b) El estoma de la traqueotomía quirúrgica es menos estable y madura antes.
- c) El estoma de la traqueotomía percutánea es más estable y madura antes.
- d) El estoma de la traqueotomía quirúrgica es más estable y madura antes.**

JUSTIFICACIÓN:

El estoma de la traqueotomía quirúrgica es más estable y madura antes. Sin embargo, el estoma de la traqueotomía percutánea es más inestable y tarda más en madurar, por eso el primer cambio de cánula de una traqueotomía percutánea se realiza más tarde que el cambio de cánula de una traqueotomía quirúrgica.

14) Para favorecer la eliminación de secreciones a través de la cánula:

- a) Inflaremos el balón para evitar fístulas.
- b) Colocaremos al paciente en posición de Fowler y aspiraremos las secreciones.**
- c) Utilizaremos una cánula de aspiración subglótica.
- d) Instilaremos suero fisiológico si el paciente está inconsciente.

JUSTIFICACIÓN:

Colocaremos al paciente en la posición de Fowler o de seguridad y le aspiraremos las secreciones. No está indicado el uso de cánulas de aspiración subglótica en pacientes que no tienen riesgo de neumonía asociada a la ventilación mecánica. La opción a) no es correcta porque es precisamente la presión del balón de inflado la causante de las fístulas. En cuanto a la opción d), está contraindicada la instilación de suero a pacientes inconscientes.

15) El cierre del estoma se realizará por aproximación de los bordes:

- a) Cuando al paciente se le haya realizado una traqueotomía percutánea.
- b) Cuando el paciente tenga un estoma grande.
- c) Cuando el paciente tenga un estoma mediano.**
- d) Es indiferente el tamaño del estoma.

JUSTIFICACIÓN:

El cierre del estoma por aproximación de los bordes se realizará en aquellos pacientes que tengan un estoma mediano. Cuando el paciente tiene un estoma grande, se deberá realizar un cierre con suturas.

16) En la fase inicial de la decanulación:

- a) Se realizará una fibroscopia.
- b) Se utilizará una válvula fonatoria.**
- c) Se utilizará un filtro HME.
- d) Se utilizará un tapón.

JUSTIFICACIÓN:

En la fase inicial de la decanulación se utilizará una válvula fonatoria para ir aumentando progresivamente la tolerancia del paciente traqueostomizado a la oclusión de la cánula.

17) Las funciones relacionadas con la deglución, la respiración y el habla pueden estar alteradas en:

- a) Pacientes con laringectomía parcial.
- b) Pacientes con laringectomía total.**
- c) Pacientes con laringectomía tanto parcial como total.
- d) No están alteradas en pacientes laringectomizados parciales ni laringectomizados totales.

JUSTIFICACIÓN:

La extirpación de la laringe conlleva la disociación de la faringe-esófago-tráquea, interrupción del árbol respiratorio y eliminación de las cuerdas vocales.

18) ¿Cuál de estos factores no está relacionado con el cáncer de laringe?

- a) Mala higiene de la cavidad oral.
- b) Otitis crónicas.**
- c) Factores genéticos.
- d) Factores nutricionales.

JUSTIFICACIÓN:

Los factores relacionados con el cáncer de laringe son: tabaco, alcohol, factores genéticos, factores laborales, factores nutricionales, laringitis crónicas, infecciones laríngeas, mala higiene de la cavidad oral.

19) Cómo garantizamos una adecuada ventilación en paciente laringectomizado parcial portador de un estoma traqueal ante una parada cardiorrespiratoria:

- a) A través de la nariz.
- b) A través de la boca.
- c) A través de la estoma.**
- d) Todas las opciones son incorrectas.

JUSTIFICACIÓN:

En un paciente con laringectomía parcial que conserva la laringe, hay que ocluir la nariz y la boca mientras se ventila, ya que el aire que insuflamos por el estoma ascenderá y se perderá por la boca y nariz. Por lo tanto, para garantizar una adecuada ventilación la única vía efectiva será el estoma.

20) En un paciente laringectomizado parcial portador de cánula, a las 48 horas de la intervención y que sangra:

- a) Realizamos cambio de cánula sin balón.
- b) Mantenemos la cánula con balón inflado.**
- c) Realizamos cambio de cánula LaryTube.
- d) Mantenemos la cánula con balón desinflado.

JUSTIFICACIÓN:

Puesto que el balón ejerce de neumotaponamiento para aislar la vía respiratoria del sangrado.

21) ¿Qué métodos existen para la rehabilitación de la voz esofágica?

- a) Método de inhalación, deglución, inyección y presión glossofaríngea.**
- b) Método de aspiración, deglución e inyección.
- c) Método de aspiración, deglución, oclusión manual e inyección.
- d) Todas las opciones son falsas.

JUSTIFICACIÓN:

Existen cuatro métodos para el aprendizaje de la voz esofágica: método de deglución, método de aspiración, succión o inhalación, método de inyección u holandés y, por último, el método de presión glossofaríngea.

22) ¿En qué consiste una punción traqueoesofágica primaria?

- a) Es la realización de una fístula faringocutánea, que se realiza para unir la faringe con la piel del cuello.
- b) Se trata de una fístula en la pared traqueoesofágica que se realiza en el mismo momento que la laringectomía total.**
- c) Es una fístula traqueoesofágica que se realiza en un momento diferente a la laringectomía total.
- d) Es el procedimiento que se utiliza para realizar dilataciones esofágicas.

JUSTIFICACIÓN:

Una punción traqueoesofágica primaria es el procedimiento por el cual se realiza una punción entre la tráquea y el esófago, colocando una prótesis fonatoria en la fístula resultante. Cuando se realiza en el acto de la laringectomía total, se denomina punción traqueoesofágica primaria.

23) ¿A qué se debe la hiposmia o anosmia tras la laringectomía total?

- a) A la falta de flujo aéreo a través de la nariz y la boca, privando así al epitelio olfativo de recibir las moléculas olorosas.**
- b) A la intervención quirúrgica, donde se verán afectadas la narinas.
- c) Tras una laringectomía total no se verá afectada la función olfativa.
- d) Las respuestas a y b son correctas

JUSTIFICACIÓN:

La hiposmia o anosmia tras la laringectomía total se debe a la falta de flujo aéreo a través de las fosas nasales causado por la incomunicación de la vía aérea superior y la inferior tras extirpar la laringe.

24) Señala la opción falsa:

- a) Las válvulas de habla se usan con personas traqueostomizadas para la rehabilitación vocal.
- b) Las válvulas de habla con sistema cerrado pueden usarse con el balón de la cánula inflado.**
- c) Las válvulas de habla con sistema abierto se mantienen abiertas durante la espiración.
- d) Las válvulas de habla con sistema cerrado restablecen la fisiología respiratoria.

JUSTIFICACIÓN:

Una de las contraindicaciones para el uso de válvulas de habla será el inflado del balón. Hay que asegurarse de que el balón esté desinflado para hacer uso de ellas.

25) En enfermería es importante conocer la diferencia entre traqueotomía, traqueostomía y laringectomía total para las técnicas y cuidados de los pacientes. Según las definiciones de Clavel Cerón et al. (2016), ¿cuál de las siguientes opciones no se corresponde con la de laringectomía total?

- a. Se pierde la continuidad anatómica.
- b. Puede no afectar a la deglución.
- c. Es una cirugía potencialmente reversible.**
- d. Afecta siempre a la respiración y la fonación.

JUSTIFICACIÓN:

La laringectomía total es una intervención quirúrgica irreversible en la que se extirpa completamente la laringe. La tráquea es abocada al exterior, perdiendo la continuidad anatómica con la faringe, la boca y la nariz, de modo que se separa definitivamente la vía respiratoria de la vía digestiva. Se convierte en la única vía de ventilación (Clavel Cerón et al.; 2016).

26) ¿A cuál de las siguientes situaciones suele enfrentarse durante el tratamiento posquirúrgico el paciente al que se le ha practicado una laringectomía total? (Penagos et al.; 2014)

- a. Mucosidad estomacal excesiva.
- b. Acumulación de malos olores en el estoma.**
- c. Ingesta de partículas de polvo.
- d. Irritación del estoma por uso de vaselinas o cremas.

JUSTIFICACIÓN:

La consecuencia inherente de la laringectomía total es la utilización del traqueostoma para la respiración de forma definitiva y, aunque algunos pacientes pueden prescindir de la utilización de la cánula, otros la requerirán de forma constante. Esta nueva condición acarrea para el paciente una

serie de nuevas situaciones que debe empezar a solucionar. Estas situaciones son (Penagos et al.; 2014):

- Higiene del estoma: el estoma se debe limpiar diariamente para evitar la acumulación de moco, residuos de polvo y malos olores. Entre otros procedimientos de higiene, se lubrica el estoma con vaselina pura o alguna crema soluble en agua, dejándola por espacio de dos minutos, para luego retirarla con suavidad.
- Higiene de la cánula: la cánula externa debe limpiarse con alguna frecuencia para evitar la irritación del estoma y los malos olores.
- Protección del estoma: es importante que el estoma siempre esté protegido por un babero o filtro de aire.
- Moco traqueal excesivo: la cantidad de moco aumenta como reacción a la cirugía, a los cambios en el aire inspirado y a la cánula.

27) En Mitchell et al. (2013), se explica el protocolo para el proceso de decanulación en pacientes adultos. Señale la respuesta incorrecta acerca de los pasos que se deben seguir:

- a. Hay que mantener limpia e higienizada la zona.
- b. Hay que indicar al paciente que debe aplicar presión sobre el vendaje al hablar o toser.
- c. Hay que cubrir la zona con una gasa seca.
- d. **Hay que realizar un cambio de vendaje semanalmente hasta que cicatrice.**

JUSTIFICACIÓN:

Según las recomendaciones de Mitchell et al. (2013), para el protocolo de decanulación de pacientes adultos hay que:

- Retirar el tubo de traqueotomía.
- Limpiar la zona.
- Cubrir la zona con una gasa seca.
- Indicar al paciente que aplique presión sobre el vendaje con los dedos al hablar o toser.
- Cambiar el vendaje diariamente y según sea necesario si está húmedo con secreciones hasta que el sitio haya cicatrizado.
- Monitorear los posibles fallos de decanulación.

28) Una de las complicaciones habituales en los pacientes portadores de cánula son los tapones mucosos. Para evitarlos es esencial el uso de los humidificadores pasivos (HME). Además de su utilización, ¿qué otra recomendación se le puede hacer al paciente para prevenirlos? (Calvo Torres et al.; 2016)

- a. **Realizar al menos dos limpiezas al día con suero salino.**
- b. Poner la calefacción alta en casa.
- c. Beber como máximo un litro de agua al día.
- d. No llevar pañuelo cubriendo el estoma.

JUSTIFICACIÓN:

El papel de los humidificadores pasivos (HME) en la reducción de las secuelas respiratorias es esencial. Además de esto, según Calvo Torres et al. (2016), desde enfermería se le pueden hacer las siguientes recomendaciones al paciente para evitar tapones de moco:

- Es muy importante estar bien hidratado, bebiendo al menos un litro y medio o dos de agua al día.
- Se aconseja al menos dos veces al día, por la mañana y por la noche, hacerse un lavado con 2 ml de suero salino fisiológico a través de la cánula para ayudar a expectorar las secreciones.
- En aquellos casos en los que no se lleve un tapón cerrado en la cánula, se recomienda que el paciente lleve un pañuelo al cuello tapando el estoma para filtrar, calentar y humidificar el aire.
- Cuando esté en casa, es aconsejable que ni la calefacción ni el aire acondicionado estén demasiado elevados, así como humidificar el ambiente.
- Se pueden realizar ejercicios respiratorios para eliminar las posibles secreciones, que, además de taponar la cánula, pueden producir una tos continua que dificulta el descanso nocturno y reduce la calidad de vida.

29) En la oxigenoterapia se utilizan diferentes tipos de fuentes de oxígeno. Señale la respuesta correcta respecto al tipo de pacientes en los que puede estar indicado el uso de oxígeno líquido (Arraiza Gulina et al.; 2015):

- a. Pacientes sin movilidad.
- b. Complemento de fuente fija para asegurar la movilidad de los pacientes.
- c. Pacientes con poca movilidad y flujos bajos.
- d. **Pacientes con buena movilidad.**

JUSTIFICACIÓN:

Las fuentes de oxígeno con oxígeno líquido se instalan en el domicilio de los pacientes. No se recomiendan en pacientes con poca o ninguna movilidad. Además, tienen un coste económico más elevado y deben ser repuestas cada aproximadamente 10-15 días. El usuario tiene un tanque nodriza (40 kg de peso y 20-40 l de oxígeno) en su domicilio y un dispositivo portátil (3,5 kg) que va recargando, que le proporciona mayor autonomía durante 7-8 horas a un flujo de 2 l/min (Arraiza Gulina et al.; 2015).

30) Señale la respuesta incorrecta acerca de los nebulizadores ultrasónicos, según García Cases et al. (2017):

- a. No son apropiados para la nebulización de antibióticos.
- b. **Nebulizan pequeños volúmenes de líquidos.**
- c. Raramente están indicados para el tratamiento crónico.
- d. Raramente están indicados para los ataques agudos de asma.

JUSTIFICACIÓN:

Según García Cases et al. (2017), las ventajas de los nebulizadores ultrasónicos son que permiten nebulizar grandes volúmenes de líquidos y que son más silenciosos que los nebulizadores *jet*. No obstante, no son apropiados para la nebulización de antibióticos, ya que parte de las ondas de alta frecuencia que producen las vibraciones se disipan en forma de calor, lo que puede afectar a la estabilidad de la suspensión. Además, los nebulizadores raramente están indicados tanto para el tratamiento crónico como para los ataques agudos de asma. En la actualidad su indicación se restringe a casos muy concretos, sobre todo en las exacerbaciones graves o en aquellos pacientes en los que no se pueden utilizar otros dispositivos.

31) ¿Cuál de las siguientes opciones se corresponde con un cuidado intraoperatorio de los pacientes traqueostomizados? (Clavel Cerón et al.; 2016)

- a. Verificación de datos personales.
- b. **Prevención de caídas.**
- c. Mantener la mesa de operaciones incorporada.
- d. Prevención de alergias.

JUSTIFICACIÓN:

Según Clavel Cerón et al. (2016), los cuidados intraoperatorios de los pacientes incluyen:

- Relacionados con la anestesia:
 - Precauciones para evitar la aspiración (por ejemplo, no presionar nunca el abdomen).
 - Manejo del dolor, observando claves no verbales de molestias.
 - Administración de oxígeno, si procede.
- Preparación del campo quirúrgico (pintado con povidona yodada).
- Precauciones con el láser (utilizaremos gafas de seguridad y mascarillas para los sanitarios y el paciente llevará los ojos protegidos con gasas húmedas con suero salino fisiológico).
- Colocación del rodete o donuts y del rodillo.
- Prevención y control de infección intraoperatoria.
- Regulación y control de la temperatura corporal.
- Prevención de caídas.
- Recepción y manejo de muestras para laboratorio o anatomía patológica (contenedores adecuados, etiquetado, formularios, etc.).
- En laringoscopia directa en suspensión:
 - Protección dental.
 - Cambio de posición intraoperatoria.

32) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones forma parte del listado de verificación para poder llevar a cabo un protocolo de decanulación en pacientes traqueostomizados? (McGrath et al.; 2023)

- El paciente es capaz de toser y deglutir.**
- La vía aérea está impermeable.
- El paciente no requiere ventilación mecánica durante una hora.
- Ninguna de las anteriores.

JUSTIFICACIÓN:

La mayoría de los pacientes tratados con una traqueostomía en la UCI requerirán traqueostomías temporales, aunque esto depende de la casuística y los servicios locales. El proceso de retirada del soporte ventilatorio mecánico completo a través de una traqueotomía implica (McGrath et al.; 2023):

- Reducciones en las presiones entregadas y la frecuencia de apoyo.
- Aumento de la respiración espontánea.
- Desinflado del manguito.
- Manejo proactivo de la tos y la deglución.

En general, cuando un paciente es capaz de tolerar el desinflado del manguito y está sin ventilador durante más de 24 horas, se puede considerar una decanulación de prueba. La vía aérea superior debe estar permeable. Si hay dudas o inquietudes, se debe realizar una endoscopia antes de la decanulación.

33) Señale uno de los principales cuidados que presta la enfermería a los pacientes laringectomizados en la fase posoperatoria (Gómez San José; 2017):

- Cuidado del sobrepeso corporal.
- Cuidado de los malos olores.
- Cuidado a domicilio.
- Cuidado de la herida y el estoma.**

JUSTIFICACIÓN:

Durante su estancia en el centro hospitalario, el paciente va a requerir una serie de cuidados tanto prequirúrgicos como posquirúrgicos. Estos últimos son los más destacables. Entre ellos están:

- Cuidados de la herida quirúrgica y el estoma.
- Cuidados nutricionales.
- Cuidados de la vía aérea.
- Cuidados de la voz.
- Seguridad.
- Educación para el autocuidado.

34) Según el protocolo de cuidados del paciente laringectomizado propuesto por Rodríguez Valiente et al. (2014), ¿a partir de qué día se puede realizar la movilización posoperatoria de drenajes?

- Primer día.
- Cuarto día.**
- Tras la primera semana.
- Tras dos semanas.

JUSTIFICACIÓN:

En el protocolo de cuidados del paciente laringectomizado propuesto por Rodríguez Valiente et al. (2014), se propone la revisión de drenajes del primer al tercer día de posoperatorio. Los siguientes pasos se proponen para el cuarto día:

- Vigilancia/movilización de drenajes.
- Cura cervical.
- Aquacel Ag en herida cervical y traqueostoma.
- Zona perilesional, aplicación de Cavilon® o Menaderm simple® ungüento.
- Apósito secundario con Mepilex® (apósito de espuma).
- Vendaje compresivo si procede.
- Cambiar Portex por cánula sin balón.
- Cura de herida quirúrgica cervical, según procedimiento de cura en ambiente húmedo.

35) ¿Cuál de los siguientes no se corresponde con un método para introducir aire en el esófago en el posoperatorio de pacientes laringectomizados? (Álvarez Marcos et al.; 2018)

- Deglución.
- Inhalación, succión o aspiración.
- Movilización diafragmática.**
- Presión glossofaríngea.

JUSTIFICACIÓN:

Existen cuatro técnicas para introducir el aire en el esófago (Álvarez Marcos et al.; 2018):

- Deglución: es el menos eficaz. Consiste en tragar aire ayudado por el deslizamiento de la lengua hacia atrás a través del paladar duro; se puede ayudar con bebidas gaseosas.
- Inhalación, succión o aspiración: se basa en el hecho de que, cuando respiramos, la boca del esófago se relaja y aumenta su volumen; esto produce una presión negativa que hace que el aire pase al esófago y permite la entrada de aire. Después, se expulsa el aire con un sonido, por ejemplo, el sonido /a/.

- Inyección: también llamado método holandés. Tal como su nombre indica, se trata de inyectar el aire al esófago gracias a una compresión de los músculos bucales y del cuello. Algunas consonantes facilitan la entrada de aire al esófago, como la /p/, /t/, /k/.
- Presión glossofaríngea: la lengua y las mejillas fuerzan el aire hacia abajo, produciendo la entrada de aire en el esófago.

El objetivo es que el paciente sea capaz de tomar aire, para que posteriormente pueda expulsarlo.

36) Indique una señal de disfagia (Álvarez Marcos et al.; 2018):

- a. **Traqueostoma húmedo.**
- b. Voz seca.
- c. Lagrimeo excesivo y rinitis.
- d. Aumento en la saturación de oxígeno.

JUSTIFICACIÓN:

Señales de disfagia (durante o tras las comidas; tomado de Álvarez Marcos et al.; 2018):

- Tos.
- Voz húmeda.
- Escape de comida o bebida por las comisuras labiales.
- Regurgitación nasal de comida o bebida.
- Residuos en la boca después de tragar.
- Lentitud en la masticación.
- Traqueostoma húmedo.
- Febrículas.
- Infecciones respiratorias de repetición.
- Descenso en la saturación de oxígeno.