

**HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
ZAMORA**

**GUÍA DE CUIDADOS EN
OTORRINOLARINGOLOGÍA
Y PATOLOGÍA
CÉRVICOFACIAL**

EDICIÓN ELECTRÓNICA

Dr. José-Luis Pardal Refoyo

**Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial
HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. SACYL. Zamora.**

Ediciones impresas:

Primera Edición: Guía de cuidados en otorrinolaringología y patología cérvicofacial. Zamora, 1997. Depósito Legal: ZA-259-1997

Segunda Edición: Guía de cuidados en otorrinolaringología y patología cérvicofacial. Zamora, 2000
Depósito Legal: ZA-8-2000
ISBN: 84-699-1985-7

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Coordinación Editorial: Rafael López Iglesias (Director Gerente)
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.

AUTORES Y COLABORADORES

SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL

Dr. Jose Luis Pardal Refoyo

Dirección y coordinación

SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA

Dra. María Soledad Vega Cruz

Dr. Antonio Curto de la Parte

- Elaboración del capítulo 1.1.1 (Preparación preoperatoria anestésica)
- Revisión del capítulo 1.1.4 (Dolor)
- Revisión capítulo 1.7 (Cirugía mayor ambulatoria)

UNIDAD DE ENDOCRINOLOGÍA

Dra. María Ángeles Martín Almendra

Dr. Tomás Martín González

Dra. Inmaculada Moreno Ruiz

Dr. Luis-Francisco Santiago Peña

- Elaboración del capítulo 1.1.3 (Diabetes y Cirugía)
- Revisión del capítulo 1.2.1 (Cervicotomías: tiroides y paratiroides)

UNIDAD DE INFECTOLOGÍA

Dr. Angel Chocarro Martínez

- Revisión de los capítulos 1.1.2 (Antimicrobianos)

SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

Dr. José Miguel Alonso

- Elaboración del capítulo 1.1.8 (Preparación en estudios por imagen)

UNIDAD DE ONCOLOGÍA MÉDICA (Hospital)

Dr. José Valero Álvarez Gallego

- Elaboración del capítulo 2.3 (Cuidados en el paciente sometido a quimioterapia)

DIRECCIÓN GERENCIA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. ÁREA DE SALUD DE ZAMORA.

DIRECCIÓN MÉDICA. HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA.



NuevoHospital
versión digital
ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
ZAMORA
Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

Volumen II - Nº 28 - Año 2002
Nº EDICIÓN: 30
Publicado el 21 de noviembre de 2002
Página 3 de 90

a los enfermos



PRESENTACIÓN DE LA EDICIÓN ELECTRÓNICA

La Revista NuevoHospital presenta la Guía de Cuidados en Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial en formato electrónico. Se ha mantenido el texto de la Segunda Edición impresa en enero de 2000 ya que en breve se publicará la Tercera Edición. La guía viene utilizándose desde 1992 con grandes cambios debido a los avances tecnológicos en nuestra especialidad, las distintas necesidades de nuestros pacientes y a la cada vez mayor participación de otros profesionales en su elaboración lo que va incrementando su nivel de calidad. Se ha convertido en indispensable para el cuidado de nuestros pacientes y en una referencia obligada. La nueva guía tendrá más contenidos y mejor acceso a la información. En este sentido este formato electrónico nos permite experimentar nuevas formas de acceso a la información ya que permite la localización de los datos necesarios de forma inmediata y, si lo necesitamos, imprimir la hoja de cuidados para un paciente concreto. Pretendemos que otros profesionales reflexionen sobre esta modalidad de publicación y se animen a proponer sus trabajos, guías y protocolos.

NuevoHospital irá publicando en formato electrónico las guías implantadas en nuestro hospital para facilitar su difusión, utilización y accesibilidad.

Agradezco enormemente la participación de los compañeros que están trabajando en la elaboración de la Tercera Edición, algunos de ellos con sus capítulos elaborados ya hace meses. Agradezco también la acogida excelente que ha tenido esta guía desde sus comienzos a cuantos se han beneficiado de su utilización. Como siempre invito a aquéllos que lo deseen a contribuir con nuevos enfoques en esta guía o con el impulso de otras guías tan necesarias para el trabajo diario.

Dr. Jose Luis Pardal Refoyo



PRESENTACIÓN DE LA SEGUNDA EDICIÓN IMPRESA

Las Ciencias de la Salud han evolucionado vertiginosamente en las últimas décadas, los avances tecnológicos están facilitando una mayor eficacia y efectividad de la Asistencia Sanitaria. Una de las innovaciones más significativas es la concienciación para dejar plasmado por escrito los procesos de atención y cuidados de los pacientes en forma de protocolos y guías clínicas. Como Gerente del Hospital Público del INSALUD Virgen de la Concha de Zamora me satisface plenamente presentar la Segunda Edición de esta Guía donde se recogen perfectamente y de forma sistemática las actitudes a seguir ante un enfermo con patología ORL, logrando una mejora en la calidad de los servicios prestados. Su orientación no es unidireccional hacia los agentes sanitarios, también implica al paciente y sus familiares en los cuidados buscando una mayor autonomía del enfermo.

Los aspectos éticos de confidencialidad, intimidad y dignidad del usuario de Sistema Nacional de Salud vienen perfectamente recogidos en esta Guía, así como la buena práctica clínica en el uso racional y adecuado de los recursos disponibles.

Deseo felicitar al Dr. Pardal Refoyo médico de nuestro Hospital por la iniciativa a elaborar esta Guía. Agradecer a todos los que han colaborado en el desarrollo de la misma y especialmente a los Servicios de Endocrinología y Anestesiología por su colaboración en dos capítulos específicos de estas especialidades.

Invito, finalmente, a todos los profesionales de nuestro Hospital para que desarrollen este tipo de actividades que, sencillamente, mejorarán de manera indudable nuestro objetivo global, que no es otro, que atender las necesidades sanitarias de la población del Área de Zamora.

Rafael López Iglesias
DIRECTOR GERENTE

Zamora, agosto de 1999

INDICE

<i>capítulo</i>	<i>pg.</i>
INTRODUCCIÓN. Orientación para la aplicación de la Guía. Objetivos. Control de calidad de la Guía.	8-10
La sala de curas	11
BLOQUE 1 – PREPARACIÓN y CUIDADOS EN PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE CABEZA y CUELLO	12
1.1 ASPECTOS GENERALES	
1.1.1 PREPARACIÓN PREOPERATORIA ANESTÉSICA	13-19
1.1.2 ANTIMICROBIANOS	20-24
1.1.2.1 PROFILAXIS ANTIBIÓTICA	20
1.1.2.2 PAUTAS EN INFECCIONES ORL	21-24
1.1.3 DIABETES y CIRUGÍA	25-29
1.1.4 DOLOR	30-34
1.1.5 RESERVORIOS INTRAVENOSOS	35-37
1.1.6 NUTRICIÓN	38-40
1.1.7 PREPARACIÓN EN ESTUDIOS POR IMAGEN: Ecografía, TAC	41
1.1.8 TRANSFUSIONES	42
1.2 CIRUGÍA DEL CUELLO	
1.2.1 CERVICOTOMÍAS	43-44
1.2.2 CIRUGÍA DE LARINGE Y FARINGE POR VÍA CERVICAL	45
1.2.2.1 LARINGECTOMIAS	46
1.2.2.2 FÍSTULAS CUTÁNEAS	47
1.2.3 TRAQUEOTOMÍAS y CÁNULAS: CUIDADOS, COMPLICACIONES	48
1.2.3.1 TRAQUEOTOMÍA	48
1.2.3.2 CÁNULAS	50
1.3 CIRUGÍA DE OROFARINGE y CAVIDAD ORAL	54
1.4 CIRUGÍA DEL OÍDO	56
1.5 CIRUGÍA DE FOSAS NAALES Y SENOS PARANAALES	57
1.6 CIRUGÍA ENDOLARÍNGEA y PANENDOSCOPIA	58
1.7 CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)	59
BLOQUE 2 - CUIDADOS EN ONCOLOGÍA CÉRVICOFACIAL	61
2.1 BREVE INTRODUCCIÓN. ESTUDIO DE EXTENSIÓN TUMORAL	62-66
2.2 CUIDADOS PALIATIVOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA	67
2.2.1 Introducción y conceptos	67
2.2.2 Objetivos generales en los cuidados paliativos en Otorrinolaringología	69
2.2.3 PAUTAS-GUÍA DE CONTROL DE LOS SÍNTOMAS	71-77
2.2.4 Asistencia del paciente moribundo. Cuidados en el momento de la muerte	78
2.3 CUIDADOS EN EL PACIENTE SOMETIDO A QUIMIOTERAPIA	79
BLOQUE 3 – CUIDADOS EN OTRAS PATOLOGÍAS ORL	83
3.1 EPÍSTAXIS	84
3.2 INSUFICIENCIA RESPIRATORIA LARÍNGEA	85
3.3 SORDERA SÚBITA, SORDERA FLUCTUANTE, VÉRTIGO y TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO	86
BIBLIOGRAFÍA	88
ÍNDICE ALFABÉTICO	89
NOTAS	90



NuevoHospital
versión digital
ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
ZAMORA
Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

Volumen II - Nº 28 - Año 2002
Nº EDICIÓN: 30
Publicado el 21 de noviembre de 2002
Página 7 de 90

GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL

EDICIÓN ELECTRÓNICA



INTRODUCCIÓN

En diferentes estudios se ha estimado que hasta un tercio de los procedimientos clínicos realizados no están indicados. Por ello *en un contexto de recursos limitados, la eliminación selectiva de procedimientos inapropiados aumentaría simultáneamente la eficiencia y la calidad del sistema de salud*. Es evidente que el desarrollo de guías de práctica clínica contribuyen a mejorar el uso apropiado de los medios disponibles ayudando en las decisiones al personal sanitario siendo buenos instrumentos para mejorar la práctica clínica. Sin embargo, un inconveniente puede ser el que los avances tecnológicos hagan que queden obsoletas o que los procedimientos descritos útiles en un hospital no lo sean en otro. Por ello una guía ha de ser flexible y revisable.

Durante los dos últimos años hemos venido utilizando la Guía de cuidados en otorrinolaringología y patología cérvicofacial la cual ha contribuido a mejorar la calidad de los cuidados físicos de los enfermos mediante la aplicación de protocolos de preparación, tratamiento y cuidados estandarizados. Ha solucionado muchos de los problemas que teníamos y ha simplificado enormemente la comunicación técnica entre los otorrinolaringólogos y el personal de enfermería estableciendo un mínimo común de entendimiento, siendo la guía la referencia para el cuidado de los enfermos. Además, ha demostrado que no es rígida sino que ha podido adaptarse a cada condición individual. Progresivamente se han ido añadiendo nuevos contenidos por lo que se ha hecho necesario editar esta segunda edición que, además, se ha enriquecido con las críticas e ideas recibidas sobre la primera, añadiendo aquellos contenidos que pueden ser útiles para atender a los pacientes con enfermedad otorrinolaringológica. La Otorrinolaringología es una especialidad multidisciplinar por lo que la guía ha de ir incrementando contenidos procedentes de otras especialidades que son útiles a los enfermos. En sucesivas versiones se irán incorporando nuevos capítulos de otras disciplinas, se incrementarán los contenidos en los capítulos que ahora quedan incompletos y se corregirán los errores que se detecten.

Quiero mostrar mi agradecimiento a la Gerencia y a la Dirección Médica del Hospital por el apoyo recibido para editar y mejorar las guías. A las enfermeras y enfermeros que han sugerido nuevos enfoques. Espero que sus expectativas se vean reflejadas. Agradezco a los compañeros que han colaborado en mejorar y ampliar la guía con sus aportaciones e invito a participar en futuras ediciones a cuantos deseen introducir nuevos temas o modificar los ya desarrollados.

Pido disculpas por los errores y siempre agradeceré a quienes los corrijan.



Orientación para la aplicación de la Guía

El contenido se ha dividido en tres bloques.

BLOQUE 1 – PREPARACIÓN y CUIDADOS EN PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE CABEZA y CUELLO: dedicado a los protocolos de preparación preoperatoria y cuidados quirúrgicos en las técnicas que habitualmente se realizan en el Hospital.

BLOQUE 2 - CUIDADOS EN ONCOLOGÍA CÉRVICOFACIAL: sobre todo orientado al control de síntomas

BLOQUE 3 – CUIDADOS EN OTRAS PATOLOGÍAS ORL: incluye cuidados generales en algunas patologías otorrinolaringológicas no quirúrgicas que provocan ingresos.

Al indicar un cuidado se siguen los especificados en la guía sin necesidad de escribir en la hoja de planta el texto de dichos cuidados sino sólo el epígrafe (por ejemplo ante una laringectomía total será suficiente especificar en la hoja: “cuidados de laringectomía total según Guía ORL”). Enunciar el epígrafe del cuidado en la hoja implica automáticamente su realización según figura en el capítulo correspondiente siendo necesario anotar solamente las modificaciones que hubiera que hacer en cada enfermo concreto y los tratamientos médicos.

Los tratamientos médicos van escritos y firmados por el médico prescriptor. En general, las dosis están referidas al paciente adulto salvo en casos en los que se especifican dosis para niños. Es necesario revisar las dosis antes de pasarlas a la hoja de tratamiento a fin de evitar posibles errores.

Ante situaciones de duda es recomendable seguir las pautas indicadas en la Guía.

Objetivo de los cuidados:

- El paciente ha de adquirir su **AUTONOMÍA** plena en el **MÍNIMO TIEMPO** posible.
- **DEBE EVITAR ESTAR ENCAMADO** por lo menos ya a partir de la mañana del día siguiente a la intervención.
- Facilitar al enfermo durante su estancia todos los cuidados técnicos necesarios para conseguir la recuperación física y emocional y facilitarle los medios para que haga sus **AUTOCUIDADOS** lo antes posible (es frecuente que el laringectomizado deje que todo se lo hagan, sin embargo, es conveniente que cuanto antes él aprenda a cambiarse cánulas y baberos, a limpiarlas, a limpiarse el traqueostoma y solucionar sus propios problemas). Cuesta al principio unos minutos pero se ahorrará tiempo y **SE ACELERARÁ EL PROCESO DE CURACIÓN SI EL PACIENTE SE CONSIDERA LA PARTE ACTIVA DE SUS PROPIOS CUIDADOS.**
- Explicar al enfermo el **FUNDAMENTO DE LOS SISTEMAS DE LOS QUE ES PORTADOR** (cómo es una cánula, sus partes, sus peligros, qué partes tiene un reservorio, etc.)

-Respecto al tiempo de hospitalización...

Los criterios del periodo de hospitalización se han ido modificando aunque pueden servir a título orientativo los siguientes ejemplos

1. En las cervicotomías por término medio se da el alta al tercer día de postoperatorio (se dejan drenajes 48 horas y tras un periodo de observación de 24 horas más el paciente va a su domicilio y pasa a control por su médico de cabecera y por la enfermera de consulta). El enfermo no precisará cuidados de su herida en su casa ya que la herida queda al aire sin apósitos a partir de las 48 horas de postoperatorio cubierta con película sintética. Los puntos se retirarán al 6º-8º día en consulta externa.
2. En las timpanoplastias el alta se da a las 24-48 horas. El vendaje se levanta y revisa a las 48 horas. Pasa a su domicilio donde sólo tiene que hacer reposo relativo. El paciente vuelve por consulta externa al 5º día en el que se retira vendaje y se cambia la gasa y se retiran los puntos retroauriculares.
3. En las timpanotomías exploradoras, estapedectomías y técnicas endaurales el alta se da a las 24 horas y se programan las revisiones oportunas.
4. En la cirugía endoscópica nasal el alta se da a las 24 horas.
5. En la amigdalectomía, adenoidectomía y microcirugía endolaríngea el alta se da a las 24 horas.
6. En las laringectomías el tiempo de permanencia es variable. En torno a los 10 días en las técnicas parciales hasta los 14-16 días en las laringectomías totales o subtotaes.

OBJETIVOS DE LA GUÍA

-APLICAR MODELOS DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS
-SIMPLIFICAR LA SISTEMÁTICA DE CUIDADOS
-MEJORAR LOS SISTEMAS DE COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL SANITARIO IMPLICADO EN EL CUIDADO DEL ENFERMO

-IMPLICAR AL PACIENTE EN LOS CUIDADOS
-IMPLICAR AL PACIENTE EN LAS TOMAS DE DECISIONES
-LOGRAR LA MAYOR AUTONOMÍA DEL PACIENTE

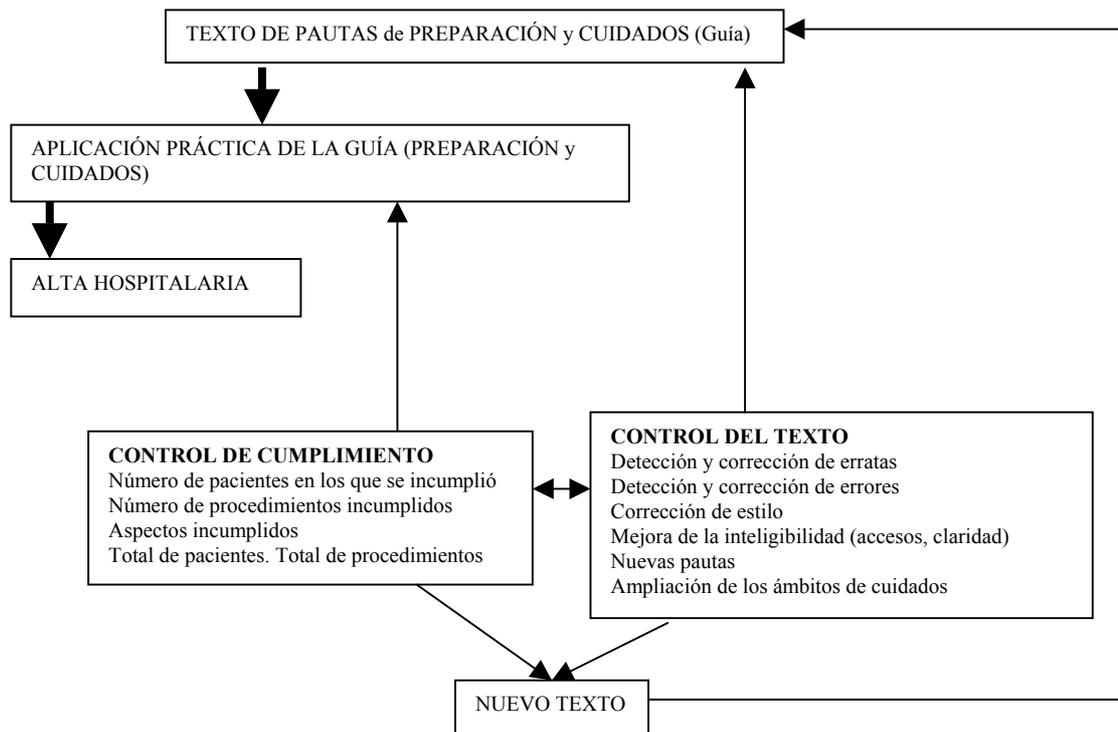
cuidar durante todo el proceso el respeto al derecho del enfermo a la DIGNIDAD, INTIMIDAD y a la CONFIDENCIALIDAD en todos y cada uno de los aspectos que atañen a su cuidado

CONSEGUIR EL MÁXIMO BIENESTAR DEL ENFERMO

MEJORAR LA CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO AL PACIENTE y FAMILIARES

MEJOR EMPLEO DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

CONTROL DE CALIDAD DE LA GUÍA



-Objetivo:

Disponer de todo el material necesario para realizar las curas que precisen los enfermos y para solucionar las urgencias específicas que puedan presentarse en los pacientes hospitalizados.

La sala debe reunir condiciones de tranquilidad que permita una comunicación fluida con el enfermo, sin prisas ni interrupciones con el fin de transmitir todos los aspectos que sean necesarios para sus AUTOCAUIDADOS y para su REINTEGRACIÓN social y familiar.

-Material:

Como orientación:

1-Material de exploración general ORL: aspirador, fuente de luz, espejo frontal tipo Hartman, rinoscopios, otoscopios, depresores, pinzas “en bayoneta”, micropinzas de oído, asas para extracción de cuerpos extraños de oído, pinzas de extracción de cuerpos extraños de orofaringe, gafas de Frenzel, diapasones, pulverizadores recargables (para anestesia tópica). Microscopio de exploración. Pinzas de Weil-Blakesley. Sistema de transporte de muestras estériles: tubos con hisopo y medio de cultivo, vasos, frascos para anaerobios.

2-Material de curas y quirúrgico (en paquetes):

- Material de curas en general: Algodón. Compresas y gasas estériles. Gasa de borde (en tira). Vendas elásticas. Apósitos estériles (Mefix®, Mepore® ó similares; Nobecután®). Antisépticos (povidona yodada, alcohol 70°, agua oxigenada). Pomadas más utilizadas: (Dermisone triantibiótica®, Pasta Lassar (Anticongestiva Cusi®), Vaselina estéril, Irujol mono®, Parkelase®). Silicona en pulverizador (lubrificante). Bisturios desechables con mango plástico del nº15 y 21 ó 22. Bisturí quitapuntos.
- Material de sutura: un paquete estéril con lo necesario para sutura de partes blandas. Hilos de sutura: Vikryl® de 2/0, seda de 2/0, pistola con grapas, Catgut® de 2/0, tiras autoadhesivas de aproximación cutánea, ligaduras de seda gruesa.
- Material de emergencia con el material y medicación obligatoria (mínimo: ambú, tubos de Guedel, adrenalina, atropina, corticoide)
- Material de cuidados de reservorios (agujas especiales Surecan® - Citocan®, agujas hipodérmicas, heparina sódica, urokinasa)
- Cánulas de aspiración de dos tipos:
 - sondas para aspiración traqueal
 - sondas para aspiración de oído y de fosas nasales (diversos calibres)

➤ MATERIAL PARA TRATAMIENTO DE EPÍSTAXIS:

- Instrumental: rinoscopio, pinza en bayoneta, cánulas de aspiración fenestradas, batea arriñonada
- Anestésico: Xilonibsa® o similar; tetracaína (anestesia tópica con y sin adrenalina de Braun®)
- Sistemas de taponamiento expandible (Merocel® nº 8 ó similar)
- Sistemas de neumataponamiento (Epitek® o similar)
- Material para preparar taponamiento posterior clásico con gasa (bolas de gasa con seda; sondas, gasa de bordes)
- Barritas de nitrato de plata (Argenpal®)

➤ Dos PAQUETES PARA REALIZACIÓN DE CRICOTIROTOMÍA:

- un bisturí del nº21 ó 22
- una pinza hemostática curva (de Kocher)
- al menos dos tubos de intubación orotraqueal de 4,5 y 5 mm con balón

➤ MATERIAL PARA CURAS DE OÍDO:

- microscopio, otoscopios, cánulas de aspiración fenestradas para oído
- micropinzas, asa de Sebileau, jeringa para lavado de oídos. Batea arriñonada
- gasa de bordes, venda elástica, sistema de taponamiento expandible (Pope Otowik® o similar)

➤ MATERIAL PARA CURAS DE CUELLO:

- venda elástica. Esparadrapo. Apósito adhesivo (Mefix® o similar)

➤ Cánulas de los siguientes números y características:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| -del número 4, 6, 8 y 10 | sin balón y sin fenestración |
| -del número 6 y 8 | sin balón y con fenestración |

(las cánulas con balón deben estar en el quirófano adónde se recurrirá si hiciesen falta)



NuevoHospital
versión digital
ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
ZAMORA
Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

Volumen II - Nº 28 - Año 2002
Nº EDICIÓN: 30
Publicado el 21 de noviembre de 2002
Página 12 de 90

BLOQUE 1 – PREPARACIÓN y CUIDADOS EN PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE CABEZA y CUELLO

1.1 ASPECTOS GENERALES

1.1.1 -PREPARACIÓN PREOPERATORIA ANESTÉSICA

-Concepto:

La evaluación preoperatoria es la aproximación del anestésista a la situación del paciente que va a ser operado con el fin de evaluar los riesgos, prever las complicaciones susceptibles de ocurrir durante la anestesia o el postoperatorio inmediato, prescribir fármacos (premedicación) o suspenderlos; todo ello para reducir la morbilidad asociada con la cirugía. Asimismo es el momento adecuado para informar adecuadamente al paciente y disminuir su ansiedad. La consulta se detalla en un documento, la hoja de anestesia que se incluye en la historia clínica del paciente y que debe contener: la fecha de la entrevista, el procedimiento quirúrgico previsto, los hallazgos de la anamnesis, la exploración y las pruebas complementarias; el documento de Consentimiento Informado del paciente para ser anestesiado y los motivos de demora o rechazo en su caso. Asimismo una lista de las enfermedades y procesos asociados, con las limitaciones funcionales del paciente, incluyendo el estado físico según la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA), las medicaciones actuales y las alergias.

Clasificación del estado físico de la American Society of Anesthesiologists (ASA)

Clase I.	Paciente sano
Clase II.	Paciente con un proceso sistémico leve.
Clase III.	Paciente con proceso sistémico grave que limita su capacidad, pero no incapacitante
Clase IV.	Paciente con proceso grave, incapacitante que es una amenaza constante para la vida
Clase V.	Paciente moribundo con una supervivencia que se estima no llegue a 24h, con o sin operación

-Objetivo:

Obtener la seguridad global en la anestesia.

La evaluación preanestésica se estructura en tres apartados:

- 1- Entrevista
- 2- Evaluación pruebas complementarias
- 3- Premedicación

1- Entrevista: Incluye la cumplimentación de la Historia Clínica y la exploración física. Se realiza un interrogatorio exhaustivo para poder estar seguros de que el paciente asintomático es realmente un paciente sano. Esto cobra aún una mayor importancia en las personas crónicamente enfermas, en cuyo caso, además, se anotará y mantendrá (salvo contraindicación expresa) su tratamiento habitual y se revisará el informe del médico que lleve el caso, actuando en consecuencia. Sistemáticamente a todos los pacientes se les toma la tensión arterial en reposo y el peso.

2- Pruebas complementarias: En el momento actual, en la mayoría de los centros hospitalarios de nuestro medio, incluido el nuestro, se realizan pruebas preoperatorias de rutina; sin embargo, en este aspecto se están viviendo momentos de cambio. Numerosos estudios demuestran que el valor de las pruebas rutinarias en población asintomática para descubrir nuevas patologías es prácticamente nulo, pudiendo eliminarse con seguridad el 70% de ellas; además, las baterías de exámenes rutinarios no incluyen pruebas que serían recomendables en el caso de que encontremos determinadas enfermedades tras el interrogatorio y la exploración física. A pesar de los numerosos argumentos en contra de este tipo de rutina, el elemento más difícil de combatir es el hábito institucional establecido. La tendencia actual, sin excluir tampoco argumentos de tipo económico, es de limitar al máximo las pruebas preoperatorias.

Cuando se sospeche una patología determinada en la entrevista clínica, entonces será el momento de solicitar las pruebas adicionales que se consideren necesarias para valorar el estado del paciente en concreto. Limitar las pruebas complementarias preoperatorias disminuye sensiblemente los costes y evita molestias innecesarias a los pacientes, especialmente a los niños, y las complicaciones que pudieran derivarse de someter a pruebas más invasivas a los pacientes en los que se dieran falsos positivos.

Hemograma: En los pacientes con anemia normovolémica moderada, bien tolerada, en los que no se esperan pérdidas sanguíneas importantes por la cirugía, el tratamiento preoperatorio de dicha anemia no disminuye la morbimortalidad perioperatoria. Una hemoglobina (Hb) mayor de 9g/dl en niños ó de 7 g/dl en adultos es suficiente. Cuando las pérdidas sanguíneas previsibles sean importantes se planteará el tratamiento preoperatorio. En pacientes asintomáticos, dada su inocuidad se conviene en que se debería pedir a todas las mujeres y los varones > de 60 años, dado que las anomalías de hemoglobina y hematocrito son más frecuentes en aquellas por las pérdidas menstruales. Dado que a los varones > de 40 años también se piden determinaciones bioquímicas tampoco es descabellado solicitarlo aprovechando la punción. Los recuentos leucocitarios aislados no están justificados en pacientes asintomáticos.

Las pruebas cruzadas y la reserva de unidades de concentrados de hematíes (2 Ud.) se reservan a pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas en que se esperan sangrados superiores a 800-1000 ml

Las pruebas de coagulación tampoco son imprescindibles en el preoperatorio de pacientes asintomáticos sanos. Sí se deberán realizar en casos de enfermedad sistémica grave, diátesis hemorrágicas y tratamientos anticoagulantes/antiagregantes.

Bioquímica sanguínea: Dado que la tasa de falsos positivos de algunas pruebas es alta, que los cambios de conducta derivados de las anomalías detectadas son muy raros y que el beneficio que se obtiene de ello en la población asintomática es insignificante, podemos concluir que sólo está justificado pedir sistemáticamente estas pruebas en pacientes mayores de 40 años. De las múltiples determinaciones posibles, las más rentables en cuanto a aportar el 70% de las anomalías detectadas son la glucemia y el nitrógeno ureico (urea). A ellas añadiremos los electrolitos (Na, K, Cl) en pacientes diabéticos y en tratamiento con diuréticos y/o potasio.

Radiografía de tórax: Su rentabilidad diagnóstica en pacientes asintomáticos es muy limitada y no es una técnica que podamos considerar inocua. En líneas generales sólo debe solicitarse cuando esté indicado desde un punto de vista clínico: grandes fumadores, ancianos y pacientes con enfermedad cardiorrespiratoria previa o con enfermedades orgánicas importantes.

E.C.G.

Es aconsejable, dada su inocuidad en pacientes, incluso asintomáticos, mayores de 40 años. El principal interés es detectar pacientes con cardiopatía isquémica y alteraciones del ritmo cardíaco.

Indicaciones para realizar ECG preoperatorio

- Hombres > 40 años
- Mujeres > 50 años
- Enfermedad tromboembólica
- Historia de cardiopatía
- Patología vascular periférica
- HTA
- Diabetes
- Tratamientos cardiovasculares
- Insuficiencia renal
- Enfermedades respiratorias

4-Premedicación

Concepto:

La tendencia actual es emplear fármacos por vía oral para la **disminuir la ansiedad** desde el ingreso del paciente, sobre todo la noche previa a la cirugía, y prevenir la aspiración ácida pulmonar dejando el resto de la premedicación para su administración intravenosa en el antequirófano o la propia sala de operaciones.

Objetivo:

Aliviar la ansiedad del paciente, prevenir reflejos indeseables, facilitar la inducción tranquila de la anestesia, hacer una **profilaxis de la aspiración pulmonar**, prevenir las náuseas y vómitos postoperatorios.

➤ Reducción de la ansiedad

La visita preoperatoria del anestesista puede atenuar la ansiedad del paciente si se aprovecha para conversar con él, explicándole brevemente el curso de los acontecimientos que va a vivir, incluyendo el paso a la sala de reanimación y asegurándole que se hará todo lo posible para que no sienta dolor en el postoperatorio y aclararle cualquier duda que tenga en ese momento.

En cuanto a los sedantes, además, ayudarán a proporcionar una noche de sueño tranquilo antes de la cirugía. En pacientes ancianos debilitados, intervenidos de urgencia, obstrucción en las vías aéreas superiores, deterioro neurológico y con enfermedad pulmonar grave los sedantes deben evitarse.

Benzodiazepinas

Son la base de la premedicación habitual. Administradas la noche previa facilitan el sueño y disminuyen la ansiedad; durante la anestesia reducen la hiperactividad simpática y la rigidez muscular 2ª a opiáceos. Producen amnesia anterógrada.

Diazepam (Valium™) Es un tranquilizante eficaz que se administra V.O. la noche previa a la cirugía a dosis de 5-10 mg. Deben evitarse las vías IM (absorción errática) e IV (dolor a la inyección y flebitis)

El Midazolam (Dormicum™) se puede emplear vía oral (0.2-0.5 mg/Kg.), intranasal (en niños 0.1mg/Kg) ó IV 1-5 mg; Se suele usar vía IN ó IV en el área de inducción como premedicación suplementaria.

El Lorazepam (Orfidal™) 1-4 mg VO también puede emplearse. Produce una amnesia más intensa y una sedación prolongada. Se administra la noche previa a la cirugía, así como el Bromazepam (Lexatin™) VO 1.5-3 mg

Opioides

Se administran habitualmente en el contexto del preoperatorio inmediato para aliviar el dolor, por ejemplo cuando se planifica la inserción de medios de monitorización invasivos en el paciente despierto. Se suele emplear la morfina IM (5-10 mg) 60-90 minutos previos a la conducción al quirófano. Dados sus efectos 2º (depresión respiratoria, náuseas etc.) no se emplean rutinariamente. En los demás pacientes se emplean Opioides de acción corta como fentanilo o alfentanilo en el quirófano.



➤ Profilaxis de la aspiración pulmonar

Es particularmente importante prevenirla en pacientes con alto riesgo de desarrollar neumonitis por aspiración (personas con síntomas de reflujo, hernia de hiato, íleo, obesidad o depresión del SNC). Es conocido que el volumen y el pH del líquido aspirado tienen relación directa con la magnitud del daño pulmonar, de ahí la importancia de reducir el 1º y neutralizar el 2º.

Ayuno preoperatorio

Rutinariamente, se debe guardar previo a la cirugía (máxime si es electiva) un periodo de 6-8h. Algunos estudios indican que la ingesta de **líquidos claros** 2-3h. antes no modifican pH ni volumen, por lo que en pacientes en tratamiento por una enfermedad asociada pueden tomar sus pastillas con un poco de agua 2h. antes de la IQ.

En general se debe ser estricto con los pacientes con mayor riesgo de aspiración (obesos, embarazadas, hernia de hiato) y se puede ser algo más flexible en los demás.

En niños pequeños las pautas de “nada por boca” se modifican según la siguiente tabla:

Edad	Leche / sólidos	Líquidos claros
Pretérmino	4 horas	2 horas
A término – 6 meses	6 horas	4 horas
6 – 36 meses	8 horas	6 horas
< 36 meses	8 horas	8 horas

Antagonistas H2

Estos fármacos disminuyen la producción de ácido gástrico basal, nocturna y estimulada. La Ranitidina en dosis de 150-300 mg VO ó 50-100 IV disminuyen el volumen del jugo gástrico y elevan su pH. Son más eficaces los regímenes multidosis (noche previa y mañana de IQ). La cimetidina no se suele emplear, a pesar de su eficacia por sus múltiples interacciones medicamentosas.

Antiácidos

Se emplean en situaciones de urgencia, ya que los antiH2 no son eficaces respecto al ácido ya producido. Se deben utilizar los no coloidales, ya que en caso de aspiración los particulados empeoran la neumonía. Se utiliza el citrato sódico: 30ml, 30 minutos antes de la inducción.

Metoclopramida

Es un antagonista dopaminérgico que incrementa el vaciado gástrico. Se puede administrar junto con la premedicación rutinaria, en pacientes con reflujo VO la noche previa. En situaciones urgentes se emplea a dosis de 10 mg IV 1h. antes de la anestesia o en el quirófano tan pronto se inserte la vía IV al paciente. También posee un bien caracterizado efecto antiemético, aunque en ese aspecto, para prevenir las náuseas y vómitos postoperatorios esta viéndose reemplazado por el Ondansetrón (Zofrán™) 4mg IV en el intraoperatorio por su superior efectividad.



Situaciones especiales en anestesia de pacientes ORL

Enfermedades respiratorias

En el paciente ORL es fundamental prever la existencia de alguna patología que comprometa severamente la permeabilidad de la vía aérea. Se estudiará la apertura bucal y el grado de movilidad del cuello, expresándose su visualización de la orofaringe según Mallampati (I-IV). Se preguntará también si lleva prótesis dentarias y si se le mueve algún diente. Se debe preguntar si es fumador y en caso afirmativo el Nº de cigarrillos/día; en caso de ser exfumador también el tiempo que hace que abandonó el hábito.

Se preguntará si ha tenido alguna vez alguna enfermedad como neumonía, tuberculosis ("pleura"), bronquitis, asma o enfisema. Si tose habitualmente, si ha tenido dolor torácico, sensación de ahogo ("fatiga") o sibilancias ("pitos"). Si es un paciente neumológico conocido se interrogará por ingresos previos y fecha del último; se investigará fiebre, cambios en la expectoración, en su disnea habitual y en la tos para descartar una reagudización en curso. Se le solicitará una copia del último informe de ingreso o de revisión por su especialista. En casos de EPOC severas o mal compensadas, susceptibles de modificaciones en su tratamiento, se solicitará consulta al Servicio de neumología. En la exploración se investigará existencia de cianosis, hábito congestivo, espiración prolongada y acropaquias entre otras manifestaciones externas de diversas formas de EPOC. Se auscultará cuidadosamente los pulmones en busca de roncus, sibilancias, estertores etc. Tras el interrogatorio y la exploración estaremos ya en condiciones de valorar si es preciso realizar o no pruebas de función respiratoria (espirometría, etc.) o gasometría para conocer mejor la situación clínica del paciente.

Patología cardiovascular

Se preguntará al paciente si ha padecido del corazón, si alguna vez le han dicho que tenía un soplo cardíaco o tuvo fiebre reumática. Se investiga tolerancia al ejercicio o existencia de disnea ("fatiga" o "ahogo") para sus actividades habituales, existencia de edemas maleolares ("se le hinchan los pies"), ortopnea ("duerme con más de una almohada"), si ha tenido dolores en el pecho o si toma algún medicamento para el corazón. También se le preguntará específicamente si tiene la tensión alta o sigue algún tratamiento "para la tensión". Tras este interrogatorio se puede descartar la existencia de insuficiencia cardíaca congestiva, lesiones valvulares significativas, cardiopatía isquémica, trastornos del ritmo e hipertensión.

La exploración incluye la auscultación de los ruidos pulmonares y tonos cardíacos, exploración de pulsos periféricos e inspección de MMII en busca de signos de patología venosa crónica.

TROMBOSIS VENOSA y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

➤ Factores de riesgo de enfermedad tromboembólica:

- Edad mayor de 40 años
- Obesidad (> 30%)
- Historia previa de TEV o TEP
- Inmovilización peroperatoria (4 días)
- Intervenciones de > 60 minutos de duración
- Anovulatorios estrogénicos
- Enfermedad cardíaca

➤ Profilaxis:

- movilización precoz
- medias elásticas de compresión gradual
- botas de compresión neumática
- antiagregantes plaquetarios
- Heparina de bajo peso molecular: nadroparina (Fraxiparina®): una ampolla subcutánea de 0.3 ml (=3075 U) de 2 a 4 horas antes de la intervención; se mantendrá posteriormente una ampolla al día durante 7 días)

Patología endocrina (ver protocolos 1.1.3 y 1.2.1)

Preguntamos al paciente si es diabético y si tiene alguna enfermedad de tiroides, paratiroides o suprarrenales, dado que son las enfermedades endocrinológicas que más influyen en la morbilidad perioperatoria. La pregunta de si es diabético se puede reiterar preguntando si alguna vez le han dicho si tiene "alto el azúcar" en caso afirmativo se interrogará por el tipo de tratamiento: dietético, hipoglucemiantes orales o insulina (tipo y dosis). Los pacientes DMNDI se deberán interrumpir su tratamiento oral y seguir una pauta alternativa de Insulina (protocolizada por el S. de Endocrinología, así como para los pacientes DMDI) para el perioperatorio y durante todo el tiempo que el paciente no siga dieta oral.

Se preguntará si toma medicación del tipo de corticoides, tiroxina o yodo. En los pacientes con consumo crónico de esteroides se actuará prescribiendo una dosis IV matutina, que evite la insuficiencia suprarrenal de un paciente con el eje hipotálamo-hipofisario suprarrenal suprimido.¹

Los pacientes que se operan de tiroides pueden estar eutiroideos, hipotiroideos o hipertiroideos. En cirugía electiva sólo se operan en condiciones de control eutiroideo con seguimiento por Endocrinología. En caso de hipertiroidismo los pacientes muestran nerviosismo, intolerancia al calor, debilidad muscular y temblor. Puede acompañarse de trastornos cardíacos que incluyen arritmias (taquicardias, extrasístoles, fibrilación auricular) soplos sistólicos e insuficiencia cardíaca congestiva. La descompensación, tirotoxicosis o "tormenta tiroidea" puede desencadenarse por el estrés quirúrgico pero suele manifestarse a las 6-18 horas de la cirugía con diarrea, vómitos e hipertermia que lleva a hipovolemia delirio y coma. Se trata de una emergencia médica que requiere tratamiento agresivo con enfriamiento activo, hidratación, βbloqueo e instauración de tratamiento con antihipertiroideos (propiltiouracilo, metimazol). El paciente con hipotiroidismo, o al que se quiere dejar en reposo la glándula sigue tratamiento con hormonas tiroideas (T4) exógenas (La T4 necesita 10

¹ La "cobertura esteroidea con dosis de estrés" se hace con 25mg de hidrocortisona a 1ª hora de la mañana, 100mg intraoperatoriamente y después 50mg/8h durante las primeras 24h, siguiendo después con su dosificación crónica; pudiendo obviarse los 1º 25mg si la IQ es a 1ª hora de la mañana



días, la T3 6h para empezar a mostrar sus efectos). El paciente hipotiroideo es exageradamente sensible a la acción de los sedantes por lo que éstos no se prescriben en el preoperatorio.

La hipocalcemia por ablación paratiroidea puede provocar parestesias, irritabilidad, estridor, laringospasmo, apnea y convulsiones. Suele manifestarse varias horas después de la cirugía; son signos precoces la demostración de la irritabilidad del nervio facial a la percusión por delante del trago (signo de Chvostek) o el espasmo del carpo por la isquemia por un torniquete – manguito de TA (signo de Trousseau) que indican necesidad de administración de Ca²⁺. En todo caso tras ese tipo de cirugía (tiroidectomía total) siempre se vigila la calcemia en el postoperatorio.

Patología digestiva.

Se investigará los antecedentes de enfermedad péptica, con el fin de evitar fármacos gastroagresivos como los AINES en el postoperatorio, y la posible anemia por sangrados previos. Las enfermedades hepáticas pueden ocasionar trastornos en la farmacocinética de los anestésicos, o hacer al hígado más sensibles a la hepatotoxicidad de alguno de estos (halotano). La expresión más importante de la enfermedad hepática son los trastornos de la coagulación, que pueden requerir la administración de plasma fresco congelado previo a la cirugía. Los pacientes con antecedentes de hernia hiatal o reflujo gastroesofágico están más expuestos a episodios de aspiración. En la exploración se tomará especial interés en la observación de la coloración (palidez, ictericia) signos de deshidratación, de desnutrición, ascitis y otros estigmas de enfermedad hepática (signos de redistribución venosa en abdomen, telangiectasias...)

Enfermedad renal

Las nefropatías avanzadas pueden alterar la farmacocinética de algunos de los fármacos que se emplean en la anestesia; también pueden ocasionar alteraciones en el volumen intravascular, desde la deshidratación a la sobrecarga circulatoria con sus consecuencias (edema de pulmón, ICC), anemia crónica y plaquetopenia.

Alergias y otras reacciones indeseables a fármacos.

Siempre se debe preguntar si ha tenido alguna reacción alérgica a algún medicamento o alimento. También se preguntará por cualquier tipo de atopia ambiental o alimentaria, no sólo medicamentosa. En caso de respuesta afirmativa nos informaremos del fármaco desencadenante y cómo fue la reacción; no es extraño que se confundan las alergias con efectos colaterales desfavorables de fármacos (v.g. intolerancia gástrica ó HDA secundarias a AINEs). Aunque las pruebas alérgicas no son de demasiada eficacia, puede ser prudente realizarlas en caso de reacciones previas graves (shock anafiláctico) a fármacos relacionados con los que presumiblemente hemos de emplear. El 4% de la población presenta una producción de colinesterasa plasmática atípica heterocigota, lo que se manifiesta clínicamente por bloqueo neuromuscular prolongado e insuficiencia respiratoria tras la administración de succinilcolina que llega a las 3.5 horas en los homocigotos (1/2800). Por ello es importante la investigación de problemas anestésicos de este tipo en intervenciones quirúrgicas previas, tanto en el paciente como en su entorno familiar. La investigación de eventos desfavorables en anestésias previas en el paciente o en sus familiares también puede ayudar al despistaje de la población susceptible a una complicación muy rara de la anestesia con vapores halogenados, pero de elevada letalidad que es la hipertermia maligna. El acceso a registros anestésicos antiguos permitirá detectar problemas para la intubación o ventilación a mascarilla, dificultades para el acceso vascular o reacciones adversas a fármacos.

Hábitos tóxicos.

Es necesario conocer si el paciente es fumador. En caso de respuesta afirmativa se le preguntará por el nº de cigarrillos / día. A los exfumadores se les preguntará por el periodo que lleva de abstinencia. En todo caso se investigará la existencia de patología respiratoria asociada.

También se investigará el consumo de bebidas alcohólicas y las cantidades ingeridas diariamente. Más difícil será dirigir el interrogatorio hacia el uso de otras drogas, pues en general la gente es reacia a contar que consumen algún tipo de droga ilegal, particularmente en el caso de los menores acompañados por sus padres, por lo que se requerirá de tacto para conseguir una información veraz.

Medicaciones

Las medicaciones que el paciente viene tomando en su domicilio deben anotarse y comprobarse su pauta posológica. Son de especial interés los fármacos antiHTA, antianginosos, anticonvulsivantes, antiarrítmicos (no deben interrumpirse). Los antiagregantes plaquetarios, salvo que el riesgo sea muy elevado deberían interrumpirse una semana antes de la cirugía dado el incremento en el riesgo de sangrado que producen. Los anticoagulantes dicumarínicos deberán interrumpirse y ser sustituidos por heparinas de bajo peso molecular (supervisado por hematología). Los antidiabéticos orales se comentarán mas adelante. Los antidepresivos IMAO también se deben interrumpir por sus múltiples interacciones con los anestésicos.

Salvo las excepciones antes comentadas y como norma general los tratamientos crónicos se pueden continuar hasta el momento de la cirugía.

² Según calcemia, en todo caso si el Ca <7mg/dl se administrará gluconato cálcico vía EV lenta 2-4 g. (en general se empieza con 2 ampollas: 1 amp = 0.6875g, y se repite calcemia) (Calcium Sandoz® al 10%, 5ml) (ver pautas 1.2.1 –cirugía de tiroides y paratiroides-)



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.1.1

PREPARACIÓN PREOPERATORIA ANESTÉSICA

⇒ toma de T.A. en reposo

⇒ **Peso**

1- EN PACIENTES ASINTOMÁTICOS

	Hombres	mujeres
< 40 años	Nada	Hb - Htc
40 – 59 años	ECG # Glucemia, Urea	ECG # Hb – Htc # Glucemia, Urea
> 60 años	ECG # Glucemia, Urea # Hb – Htc # Rx de tórax	ECG # Hb – Htc # Glucemia, Urea Rx de tórax

⇒ Indicaciones del ECG preoperatorio:

- Hombres > 40 años
- Mujeres > 50 años
- Historia de cardiopatía, tratamientos cardiovasculares, enfermedad tromboembólica, patología vascular periférica e HTA
- Diabetes
- Insuficiencia renal
- Enfermedades respiratorias

⇒ Indicaciones de la Rx de tórax preoperatoria:

- >60 años
- ancianos
- patología cardiaca o broncopulmonar
- fumador

3- PREMEDICACIÓN

⇒ **Control de ansiedad: ansiolíticos**

La noche previa a la cirugía (una de estas pautas orientativas)

- Diazepam (Valium™): 5-10 mg. Oral (evitar vía im por absorción errática y la IV por flebitis y dolor)
- Lorazepam (Orfidal™) 1-4 mg oral (amnesia más intensa y sedación prolongada)
- Bromazepam (Lexatin™) 1.5-3 mg oral
- Midazolam (Dormicum™): 0.2-0.5 mg/Kg oral; 1-5mg IV; intranasal (en niños 0.1mg/Kg). Se suele usar vía IN ó IV en el área de inducción como premedicación suplementaria.

Contraindicados en: hipotiroidismo, pacientes ancianos debilitados, intervenidos de urgencia, obstrucción en las vías aéreas superiores, deterioro neurológico y con enfermedad pulmonar grave

⇒ **Profilaxis del aspirado gástrico: ayuno**

- De 6 a 8 horas previas a la intervención.
- pueden tomar líquidos claros 2 a 3 horas antes de la intervención (pueden tomar su medicación oral con un poco de agua 2 ó 3 horas antes de la intervención)
- en los niños:

Edad	Leche / sólidos	Líquidos claros
Pretérmino	4 horas	2 horas
A término – 6 meses	6 horas	4 horas
6 – 36 meses	8 horas	6 horas
< 36 meses	8 horas	8 horas

⇒ **Profilaxis del aspirado gástrico: tratamiento médico** (pautas orientativas)

- Ranitidina: 150-300 mg VO ó 50-100 mg IV noche previa y mañana de IQ
- Metoclopramida: 10 mg IV en pacientes con reflujo gastroesofágico la noche previa

⇒ **Pacientes con tratamientos ambulatorios:**

- Las medicaciones que el paciente viene tomando en su domicilio deben anotarse y comprobarse su pauta posológica
- Como norma general **los tratamientos crónicos se deben continuar hasta el momento de la cirugía** con las siguientes aclaraciones.
En diabéticos ver pautas 1.1.3
- **NO deben interrumpirse**: los fármacos antiHTA, antianginosos, antiarrítmicos y anticonvulsivantes
- **SI deben interrumpirse** los antiagregantes plaquetarios (una semana antes de la cirugía) y los antidepressivos IMAO
- Los anticoagulantes dicumarínicos deberán interrumpirse y ser sustituidos por heparinas de bajo peso molecular (supervisado por hematología).



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

2- SITUACIONES ESPECIALES	
- patología broncopulmonar / EPOC:	Rx tórax ; Espirometría; Gasometría; Consulta a neumología
- patología cardiovascular	
- patología endocrina: cirugía de glándula tiroides y paratiroides (1.2.1.2)	Diabetes (seguir pautas nº 1.1.3) Tratamientos esteroides (pauta Endocrinología) Función tiroidea (Perfil tiroideo (T3, T4, TSH); Tiroglobulina; Tirocalcitonina; PTH intacta; Anticuerpos antitiroideos; Calcio total e iónico; Fósforo) Calcio (seguir pautas nº 1.2.1.2)
- patología hepática	Consulta a digestivo
- patología de la coagulación	Consulta a hematología
- transfusiones preoperatorias	- en niños si Hb es < 9 g/ dl ; en adultos si Hb es < 7 g/ dl
- pacientes en tratamientos con corticoides (planificación con dosis de estrés)	- 25mg de hidrocortisona a 1ª hora de la mañana (si la intervención quirúrgica es a primera hora puede evitarse esta dosis) - 100mg intraoperatoriamente - después 50mg/8h durante las primeras 24h - continuar con sus dosis habituales

1.1.2.1 -PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Referencia: manual de profilaxis quirúrgica (paginas: 7, 13-14)

-Concepto:

Es la administración de antimicrobiano eficaz frente a los patógenos endógenos y exógenos más frecuentes antes de iniciar el acto quirúrgico (30 minutos antes o en inducción anestésica) con el fin de que su concentración tisular y en sangre sea eficaz en el momento de la incisión y durante toda la cirugía.

-Objetivo:

Disminuir la probabilidad de infección postoperatoria. Conseguir que los antimicrobianos actúen sobre los microorganismos contaminantes antes de que se haya establecido la colonización bacteriana.

-Pautas de profilaxis antibiótica:

Tres posibles protocolos. El médico indicará en cada caso el que considere más adecuado

Antibiótico / dosis	Dosis en la inducción anestésica
AMOXICILINA-CLAVULÁNICO (50 mg / Kg; máximo 2 gr)	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2gr en 100 ml de s. fisiológico en 30 minutos ó • directamente en vena máximo 1gr a pasar en 3 minutos
CLINDAMICINA (600 mg/ 8h) +	<ul style="list-style-type: none"> • 600mg en 100 ml de s. Fisiológico en 30 minutos
GENTAMICINA (3-5 mg/Kg/día)	<ul style="list-style-type: none"> • 80mg en 100 ml de s. fisiológico en 30 minutos ó • 240mg en 240 ml de s. fisiológico en 60 minutos
VANCOMICINA (30 mg/Kg)	<ul style="list-style-type: none"> • 500–1000mg en 250 ml de s. glucosado en 60 minutos

-Clasificación de las intervenciones:

En cada tipo de intervención se indica el protocolo que se sigue (L, LC, C ó S).

Tipo	Concepto	Ejemplos	duración
LIMPIA (L)	El tejido no está inflamado, no se rompe la asepsia quirúrgica, no ha habido trauma previo y no se abre el tracto respiratorio o digestivo.	Cervicotomías Incisiones cutáneas Timpanotomía exploradora	No se pauta antibiótico Excepción: inmunodeprimidos, diabéticos, cirugía en la que se colocan implantes y en pacientes mayores de 65 años.
LIMPIA-CONTAMINADA (LC)	Se aborda una cavidad con microorganismos pero sin vertido significativo o se hace una cirugía considerada limpia pero muy traumática o se abre tracto respiratorio o digestivo.	Timpanoplastia Cirugía cavidad oral o faringe vía transoral	Dosis única en inducción
CONTAMINADA (C)	tejido con signos de inflamación aguda sin pus o se abre viscera con derrame de su contenido o se trata de heridas accidentales abiertas recientes	Laringectomías Traqueotomía	Desde la inducción. Se mantiene durante 2 días.
SUCIA (S)	Cuando hay pus, o se trata de tejidos ya infectados, viscera perforada o herida traumática de más de 4 horas	Drenajes de abscesos Roturas de quistes Tejidos infectados	Desde la inducción. Se mantiene 5 días. Tratamiento de la infección



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.1.2.2 –PAUTAS EN INFECCIONES ORL

1.1.2.2.1

	Pauta primera elección	observaciones
--	------------------------	---------------

NEUTROPENIA

En pacientes tratados con citostáticos (ver 2.3)	<ul style="list-style-type: none"> - amikacina + cefalosporina 3ªG (ceftacidima) - piperacilina + moxalactam - ceftacidima ó imipenem (en pacientes de bajo riesgo) - Si la fiebre persiste tras 72 horas de tratamiento, por el riesgo de infección por grampositivos añadir <u>vancomicina</u> o <u>teicoplanina</u> - Si la fiebre persiste a los 7 días del inicio o reaparece tras una lisis inicial añadir <u>anfotericina B</u> <p>Mantenimiento de la terapia antibiótica mientras dure la neutropenia y hasta que se resuelvan los signos de infección.</p>	Inicio precoz, sin esperar el resultado de hemocultivos.
--	---	--

ORAL

Candidiasis oral (<i>C. albicans</i> , <i>C. tropicalis</i> , <i>C. guilliermondi</i> , <i>C. Krusei</i> , <i>C. parapsilosis</i> , <i>C. pseudotropicalis</i> , <i>C. lusitanae</i> , <i>C. rugosa</i> , <i>C. norvegensis</i> , <i>C. glabrata</i>)	<p>-Paciente no SIDA: Fluconazol: 200mg oral una vez seguido de 100mg/6Hx5-7d Nistatina: 500.000 U en pastillas para chupar/6Hx14d ó 2 tabletas/8Hx14d Clotrimazol: 10mg/5Hx14d</p> <p>-Paciente con SIDA: Fluconazol: 200mg oral o IV el día 1º + 100mg/día hasta la mejoría. Puede continuarse con 100mg oral/semana Itraconazol: 100ml en suspensión oral hasta 2 semanas después de la desaparición de los síntomas. Clotrimazol ó Nistatina: 100ml de suspensión oral hasta dos semanas después de la desaparición de los síntomas Anfotericina B: suspensión oral de 100mg/ml= 1ml oral / 4 veces al día ó 0,3mg/Kg/día IV x7d</p> <p>-Mucocutánea crónica: Ketoconazol: 400mg/día oral con alimentos durante 3-9 meses Fluconazol: 3-6mg/kg/día en dosis única</p>	
Gingivitis (anaerobios)	-Penicilina x7-10d	doxiciclina; clindamicina macrólidos
Odontológicas (aerobios + anaerobios)	-Amoxicilina/clavulánico ó Espiramicina + metronidazol X7-10d	Clindamicina; macrólido
Celulitis bucal (<i>H. influenzae</i> [niños<5años])	Cefalosporina 3ª IV cefotaxima; ceftriaxona; cefoperazona; ceftacidima Cefalosporina 3ª oral Cefixima; cefpodoxima proxetil, cefitibuten Cefuroxima	Amoxicilina/clavulánico IV
Estomatitis aftosa recurrente	Corticoide tópico	

CUTÁNEO

Celulitis facial adulto (<i>S. aureus</i> ; <i>S. pyogenes</i>)	Cloxacilina: 500mg/6H x7-14d	Cefuroxima axetilo
Celulitis facial niño (<i>H. influenzae</i>)	Cefuroxima axetilo Cefalosporina 3ª X7-14d	Amoxicilina/ clavulánico
Forúnculo (<i>S. aureus</i>)	Cloxacilina : 500mg/6Hx7-10d	Amoxicilina/ clavulánico; cefadroxilo
Heridas infectadas (polimicrobiana)	Amoxicilina/ ac clavulánico x7-10d + profilaxis antitetánica (toxoides + inmunoglobulina antitetánica en no vacunados)	
Impétigo (<i>S. aureus</i> ; <i>S. pyogenes</i>)	Cloxacilina Cefalosporina de 1ªG IV (cefazolina; cefalotina) Oral: cefadroxilo Mupirocina tópica (Bactrobán® pomada/nasal) X7-10d	Ácido fusídico tópico
Mordeduras (polimicrobianas)	Amoxicilina/ac clavulánico (según evolución)	Doxiciclina; clindamicina
Quemaduras (polimicrobianas)	Cloxacilina+aminoglucósido (Gentamicina) (ó sulfadiazina argéntica)	Amoxicilina/ clavulánico
Úlceras de decúbito (polimicrobianas)	Clindamicina+ Gentamicina	
Herpes zoster	<p>-Huésped normal: Famciclovir: 250mg/8h/oralx7d ó 750mg/día en una toma oralx7d Aciclovir : 800mg/5H/oralx7-10días + prednisona (30mg/12H/oral del 1º-7º día; 15mg/12H del 15º-21º día) Valaciclovir: 1000mg/8H/oral x7d</p> <p>-Inmunodeprimidos: Aciclovir : 800mg/5H/oralx7-10días</p>	

GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

	Aciclovir: 10-12mg/kg/IV/8H x7-14d. En ancianos: 7.5mg/kg	
	En la neuralgia postherpética la amitriptilina o desimipramina disminuyen el dolor.	

FARINGE Y

LARINGE

Faringoamigdalitis Angina Vincent (<i>St. Grupo A, C, G</i> <i>St. pyogenes</i> Asociación fusoespirilar)	Penicilina G benzatina monodosis; Penicilina V; Amoxicilina	Eritromicina; azitromicina; doxiciclina; clindamicina
Laringitis (vírica en 80-90%)	-Epiglotitis adulto (<i>St. grupo A; St. pneumoniae</i>): Cefuroxima Cefotaxima Ceftriaxona x7-10d	Amoxicilina+ac clavulánico; Cefuroxima axetilo
Fiebre reumática (<i>S. pyogenes</i>)	Penicilina G benzatina: 1.2millUI/IM en dosis única	Penicilina V; Eritromicina
Vesicular o ulcerosa (<i>CoxsackieA9, B1-5;</i> <i>Enterovirus71; ECHO; VHS</i> <i>1 y 2</i>)	Aciclovir 400mg x10d	

OÍDO

Otitis media aguda (<i>S. pneumoniae</i> -25-50% <i>H. Influenzae</i> -15-30% <i>M. Catarrhalis</i> -3-20% <i>s. Aureus</i> -1% <i>St. Grupo A</i> -2% <i>viricas</i> -35%--)	-Neonatal: Amoxicilina+ac clavulánico Cefuroxima axetilo Cefotaxima (parenteral) Ampicilina+gentamicina x10d -Niños y adultos: Amoxicilina-clavulánico: 40mg/kg/día dividida en tres dosis Cefalosporina 2ª ó 3ª generación Cefprozilo: 30mg/KG/día en dos dividida en dos dosis Cefaclor: 40mg/kg/día dividida en tres dosis Ceftibuteno: 9mg/kg/día -Intubación nasotraqueal: Ceftazidima ó ciprofloxacino (adultos) -alternativa: Aztreonam; Imipenem; Meropenem; Piperacilina-Tazobactam -Mastoiditis aguda forma grave (paciente hospitalizado): Cefotaxima: 1gr/4H/IV Ceftriaxona: 1gr/12H/IV -Mastoiditis crónica: (3-5 días previos a la intervención) Imipenem: 0.5gr/6H/IV Meropenem: 1gr/8H/IV Piperacilina-Tazobactam/6H/IV	Ceftriaxona en dosis única; claritromicina; azitromicina
Otitis externa difusa Bacteriana: <i>Pseudomonas</i> <i>spp.; Enterobacteriaceae;</i> <i>Proteus spp.; S. aureus</i> Fúngica: <i>Aspergillus,</i> <i>Candida</i>	-Otitis externa difusa bacteriana: PolimixinaB+neomicina+hidrocortisona /6H (en gotas) Ciprofloxacino tópico (gotas o viales monodosis) (limpieza de oído: Aspirado de secreciones; mantener oído seco con solución de 2/3 alcohol 70%+ 1/3 vinagre blanco ó solución de ácido acético al 2%) -Otitis externa maligna aguda (paciente diabético): Imipenem cilastatina: 0.5gr/6H/IV Meropenem: 1gr/8H/IV Ciprofloxacino: 400mg/12H/IV ó 750mg/12H/oral Ceftacidima: 2gr/8H/IV Cefepima: 2gr/12H Piperacilina: 4-6gr/4-6H/IV + aminoglucósido antipseudomona (amikacina, gentamicina, netilmicina, tobramicina) -Otomicosis: Ketoconazol tópico	
Otitis externa circunscrita forúnculo (<i>S. aureus</i>)	Cloxacilina: 2gr/6H/IV Cefazolina: 1-2gr/8H/IV Vancomicina: 1gr/12H/IV	

SENOS

PARANASALES

Sinusitis (<i>S pneumoniae; H influenzae;</i> <i>B catarrhalis; St grupoA;</i> <i>anaerobios; virus</i>)	-Sinusitis aguda: Amoxicilina/clavulánico: 500/125mg/8H ó 875/125mg/12H x10d Cefuroxima axetilo: 250mg/12H oralx10d Cefprozilo 500mg/12Hx10d Claritromicina: 500mg/12H oralx10d (alérgicos a penicilina) -Niños (<i>H. influenzae</i>):	Azitromicina; eritromicina Valorar necesidad de tratamiento quirúrgico.
---	--	---



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

	<p>Cloxacilina+cefuroxima -Celulitis orbitaria: Amoxicilina/clavulánico: 1gr/200mg/8H/IV Cefuroxima: 1.5gr/8H/IV Cefotaxima: 2gr/4H/IV Ceftriaxona: 2gr/24H/IV Cefoxitina: 2gr/8H/IV -Hospitalizados con sonda nasogástrica ó intubados: Imipenem: 500mg/6H/IV Meropenem: 1gr/8H/IV -Mucormicosis (diabéticos, cetoacidosis, neutropenia, tratamientos con desferroxiamina) (Mucor, Absidia; Rizopus): AnfotericinaB (0.8-1-1.5mg/kg/día IV hasta dosis total acumulada de 2-2.5-3gr) Anfotericina B liposomal: 5mg/kg/día IV Itraconazol: 600mg/día 1 año</p>	
<p>Flebitis seno cavernoso (<i>S aureus</i>; <i>H influenzae</i>; <i>Streptococo grupoA</i>; <i>aspergillus</i>; <i>Mucor</i>; <i>Rhizopus</i>)</p>	<p>Cloxacilina (2g/4H/IV) Ceftazidima (2g/8H/IV) En mucormicosis rinocerebral, ver pautas</p>	
Gripe	Amantadina o rimantadina (100mg oral)	
CUELLO		
Adenitis	<p>-Bacteriana (<i>S. aureus</i>; <i>S. pyogenes</i>): -Amoxicilia/ácido clavulánico -Cloxacilina x10-15d</p> <p>-Toxoplasmosis (<i>T. gondii</i>): Sulfadiazina (4-8gr/oral ó IV) + pirimetamina (100mg oral/12H) + ácido fólico (10mg dosis única si es necesario) x3-6s Clindamicina En gestante: espiramicina</p> <p>-Tularemia (<i>F. Tularensis</i>) Estreptomicina IM (adultos: 15-20 mg/Kg/día; niños: 30-40mg/kg/día) x7-14d</p> <p>-Actinomicosis (<i>A. israelii</i>) PenicilinaG (10-20mill/IV/día x 4-6s + Penicilina V 2-4gr/oral/día x 6-12m) Ampicilina (50mg/kg/día IV + 500mg/8Hx6m)</p> <p>-Enfermedad por arañazo de gato (<i>Bartonella henselae</i>) Eritromicina Doxiciclina (nota: la linfadenitis no suele responder al antibiótico)</p> <p>-Enfermedad de Lyme (<i>Borrelia burgdogferi</i>; <i>B. Garinii</i>; <i>B. afzelli</i>) Diagnóstico por ELISA. Sucede en 10% de picaduras por garrapata. Parálisis facial: Doxiciclina: 100mg/12H Amoxicilina 500mg/8H oral x21-28d Ceftriaxona: 2gr/día/IV x14-28d</p>	<p>Eritromicina; clindamicina; cefalosporina de 1ª generación</p> <p>Pirimetamina(50mg oral)+clindamicina+ácido fólico (si es necesario)</p> <p>Doxiciclina; gentamicina</p> <p>Tetraciclina; clindamicina ; eritromicina; ceftriaxona</p> <p>Cotrimoxazol; ciprofloxacino; rifampicina</p>
Tromboflebitis yugular (<i>Fusobacterium necrophorum</i>)	Penicilina G sódica (24mill/24H= 6mill/6H)	Clindamicina (600-900mg/8H)
Infeción de espacio parafaríngeo (<i>Streptococcus</i> ; <i>E. Corrodens</i> ; anaerobios)	Penicilina G sódica + metronidazol Cefoxitina	Amoxicilina/clavulánico; clindamicina

GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.1.2.2.2

ANTIMICROBIANOS y NOMBRES COMERCIALES

Nombre genérico	Nombre comercial
PENICILINAS	
Penicilina G sódica	Unicilina®
Penicilina G Benzatina	Benzetacil®
Penicilina V	Penilevel®
Cloxacilina	Orbenin®
Dicloxacilina	
Ampicilina	Britapén®
Amoxicilina	Clamoxyl®
Bacampicilina	Penglobe®
Amoxicilina/clavulánico	Augmentine®
Ticarcilina	Ticarpén®
Mezlocilina	Baypen®
Piperacilina	Pipril®
CEFALOSPORINAS	
1ª generación:	
Cefazolina	Kefol®
Cefalotina	Keflin®
Cefalexina	Kefloridina®
Cefadroxilo	Duracef®
2ª generación:	
Cefaclor	Ceclor®
Cefamandol	Mandokef®
Cefuroxima	Curoxima®
Cefuroxima axetilo	Zinnat®
Cefonicid	Monocid®
3ª generación:	
Cefotaxima	Claforán®; Primafén®
Ceftriaxona	Rocefalín®
Cefoperazona	Cefobid®
Ceftazidima	Fortam®
Cefixima	Necopen®
Cefpodoxima proxetil	Orelox®
Ceftibutén	Cedax®
4ª generación:	
Cefepima	Maxipime®
Cefpiroma	
CARBAPENEMS	
Imipenem	Tienam®
Meropenem	Meronom®
MONOBACTAMS	
Aztreonam	Azactam®

AMINOGLUCÓSIDOS

Gentamicina	Gevramycin®
Tobramicina	Tobradistín®

FLUORQUINOLONAS

Ciprofloxacino	Baycip®
Norfloxacino	Noroxin
Ofloxacino	Tarivid®, Surnox®
Enoxacino	Almitil®
Levofloxacino	Tavanic®
Pefloxacino	Peflacin®

MACRÓLIDOS

Eritromicina	Pantomicina®
Azitromicina	Zitromax®
Claritromicina	Klacid®
Roxitromicina	Rulide®
Josamicina	Josamina®
Diritromicina	Nortrón®

TETRACICLINAS

Doxiciclina	Vibracina®
Minociclina	Minocin®
Tetraciclina	Bristaciclina®

OTROS – VARIOS

Clindamicina	Dalacín®
Vancomicina	Diatracin®
Novobiocina	Tetratripsín®
PolimixinaB	Bacisporin®
Fosfomicina	Fosfocina®
Acido fusídico	Fucidine®
Metronidazol	Flagyl®
Trimetropim/sulfametoxazol	Abactrín®; Seprín®

ANTIFÚNGICOS

Anfotericina B	Fungizona®; Intralipid®;
	Ambisome®
Fluconazol	Diflucán®
Ketoconazol	Fungarest®
Itraconazol	Sporanox®

ANTIVIRALES

Aciclovir	Zovirax®
Famciclovir	Famvir®
Ganciclovir	Cymevene®
Valaciclovir	Valtrex®
Amantadina	Amantadine Llorente®



Referencia: Protocolos de Diabetes y Cirugía de la Unidad de Endocrinología

DIABETES Y CIRUGÍA

Concepto:

Cerca del 50% de los pacientes diabéticos van a ser operados al menos una vez en su vida.

La agresión que supone la intervención y el periodo de ayuno que conlleva pueden repercutir de forma negativa sobre su control metabólico.

Asegurar un aporte mínimo de H. de C. de 100 a 150 gr./día, los días previos a la intervención.

La secreción de Insulina suele ser de 1 UI/h. (5-25 µUI/ml) con incrementos de 5-10 UI/h. postprandial (100-150 µUI/ml), por lo que se suelen producir de 30-50 UI/día.

Considerando una ingesta media de carbohidratos de 150-250 gr./día.

La capacidad de metabolización o proporción Insulina/Glucosa (I/G) será de 1 UI/5-8 gr.

El freno de la glucoenergólisis hepática se consigue con insulinemias de más de 25 µUI, lográndose una máxima utilización de la G. con 100 µUI.

Insulinemias de 10 a 20 µUI frenan la lipólisis y 10-15 µUI captan potasio.

Sabemos que con 5 UI/h. de infusión continua se alcanzan insulinemias de 100 µUI/ml y que un aumento de 1 UI/h. sube la insulinemia en 20 µUI/ml.

La cirugía es un estado de agresión que conduce a una situación catabólica por diferentes motivos:

- En la fase de ayuno el organismo no dispone de nutrientes externos, por lo que recurre a sus propias reservas.
- La pérdida de líquidos y electrolitos (por pérdida de líquidos biológicos) provocan un balance nitrogenado negativo e hipopotasemia,
- El estrés psico-físico (pseudodiabetes del estrés). Estímulos locales y generales (hipovolemia, hipoxia, dolor) activan el hipotálamo liberando hormonas de acción hiperglucemiante y catabólica y
- Las drogas anestésicas (hiperglucemiantes).

Así pues los principales objetivos del tratamiento serán:

1. Satisfacer las necesidades energéticas.
2. Cubrir las pérdidas hidroelectrolíticas.
3. Controlar la glucemia.

¿ Cuáles son nuestras reservas energéticas?:

1. H. de C. 150 gr. = 600 Kcal. (0,5% de las reservas). Reserva energética de urgencia para ayunos inferiores a 12 horas.
2. Compartimento proteico 6 Kg. = 25.000 Kcal. (19,5%). Energía de alto valor biológico por formar parte de las proteínas estructurales y enzimas. Si se pierde 1/3 del N corporal → RIP.
3. Compartimento graso 11 Kg. = 100.000 Kcal. (80%). Los AGL son el sustrato calórico para los tejidos salvo el cerebro (que sí utiliza los cuerpos cetónicos).

¿ Qué ocurre durante el ayuno?:

1. Fase precoz o gluconeogénica (72 h.). Se obtiene G a partir de proteínas y grasas. Hay un aumento del glucagón y de la lipólisis. En el ayuno breve se pierden de 10-15 gr. de N que se minimizan a 3 gr. cuando se aportan 100 gr. de G/día (efecto ahorrador de proteínas por los H. de C.). La energía se obtiene al 50% de proteínas y grasas.
2. Fase tardía o de ahorro proteico. Predomina la lipólisis, los AGL inundan el ciclo de Krebs y se forman los cuerpos cetónicos. El ac. acetoacético y el ac. beta hidroxibutírico inhiben la oxidación de los aminoácidos, disminuyendo la proteólisis. El 90% de la energía se obtiene de las grasas (1 gr. de proteína/7,5 gr. de grasas).

Pautas de tratamiento:

La Pauta de Tratamiento a seguir depende de múltiples variantes:

- ⇒ Tipo de DM y complicaciones,
- ⇒ Grado de control metabólico previo,
- ⇒ Conocimiento previo de la DM o reciente debut,
- ⇒ Tipo de intervención a realizar y
- ⇒ Tipo de anestesia que se va a efectuar.

DE ELLO SE DESPRENDE QUE LA CONDUCTA A SEGUIR DEBERÁ INDIVIDUALIZARSE, Y LAS INSTRUCCIONES QUE VIENEN A CONTINUACIÓN NO SON MÁS QUE UNA AYUDA QUE NOS PUEDE ORIENTAR ANTE UN CASO CONCRETO.



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

A. PERÍODO PREOPERATORIO:

La primera norma es que todo paciente diabético debe ingresar al menos 24 h. antes de la intervención a realizar.
Analítica preoperatoria: glucemia, urea, creatinina, Hb A1c, proteinuria, glucosuria y cetonuria.

a) DM tipo I (INSULINDEPENDIENTE): Se le mantendrá durante las 48 h. previas a la intervención con:

- Dieta de 1.750 Kcal. o superior (± 200 gr. H. de C./día).
- Dosis habitual ajustando con dosis suplementarias de Insulina rápida vía sc. según glucemia precomidas.

b) DM tipo II (NO INSULINDEPENDIENTE):

- Dieta habitual y/o fármaco hipoglucemiante.
- Dosis suplementarias de I rápida vía sc. según glucemia precomidas.

Pautas estándar:

PAUTA DE INSULINA RÁPIDA PRECOMIDAS (Ó CADA 8h.), POR VÍA SBC., PARA DIABÉTICOS INSULINDEPENDIENTES (ID):

- < 50 mg/dl.: Vaso de leche + 10 gr. de azúcar (2 sobres de azúcar) + Zumo de frutas.
- No poner Insulina Rápida si la tiene programada.
- 51-80 mg/dl.: Vaso de leche + Dos piezas de fruta.
- Mitad dosis de Insulina Rápida programada.
- 81-150 mg/dl.: Nada.
- 151-200 mg/dl.: 3 U.
- 201-250 mg/dl.: 5 U.
- 251-300 mg/dl.: 8 U.
- 301-350 mg/dl.: 10 U.
- 351-450 mg/dl.: 12 U.
- > 450 mg/dl.: 5 U. Vía IV y controles horarios, reiterando 5 U. IV. hasta que glucemias inferiores a 250 mg/dl.

PAUTA DE INSULINA RÁPIDA PRECOMIDAS (Ó CADA 8h.), POR VÍA SBC., PARA DIABÉTICOS NO INSULINDEPENDIENTES (NID)

- < 50 mg/dl.: Vaso de leche + 10 gr. azúcar (2 sobres de azúcar) + Zumo de frutas.
- 50-80 mg/dl.: Vaso de leche + Dos piezas de fruta.
- 81-200 mg/dl.: Nada.
- 201-250 mg/dl.: 3 U.
- 251-300 mg/dl.: 5 U.
- 301-351 mg/dl.: 7 U.
- 351-450 mg/dl.: 10 U.
- > 450 mg/dl.: 5 U. vía IV y controles horarios, reiterando 5 U. IV hasta que glucemias inferiores a 300 mg/dl.



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

B. PERÍODO OPERATORIO:

Es aconsejable programar la intervención para la primera hora de la mañana para no prolongar el obligado ayuno nocturno.

A las 8 h. de la mañana:

- no tomar hipoglucemiantes orales ni poner Insulina NPH habitual ésa mañana.
- glucemia capilar preoperatoria
- suero glucosalino al 5% 500 ml (si HTA glucosado al 5%) a 100 ml/h.
- Insulina Rápida en el suero según glucemia:

	Tipo ID	tipo NID
< 70 mg/dl	-	-
71-100 “	3 U.	-
101-150 “	4 U	0-3 U.
151-200 “	6 U	3 U
201-250 “	8 U.	4 U
251-300 “	10 U.	5 U.
> 300	12 U.	8 U.

- glucemia capilar postoperatoria o cada 2 h. si se prolonga la intervención. Si < 150 para NID ó < 100 para ID suspender la Insulina del suero. Si > 400 para NID ó > 350 para ID añadir 4 U. de Insulina en el suero.
- Si se acabara el suero y no hubiera finalizado la intervención poner otro de las mismas características.
- CIK 10 mEq. en cada 500 ml de Suero Glucosalino al 5% que lleve insulina (ojo, anuria y cifras de K).
- Tiempo mínimo de fluidoterapia 5 h.

C. PERÍODO POST-OPERATORIO:

(ver pautas 1.1.3.1, 1.1.3.2 y 1.13.3)

Importante conocer la bioquímica postoperatoria y cuánto tiempo va a tardar en tolerar por vía digestiva.

1. SI VA A TOLERAR EN MENOS DE 12 h.:

Mantener Suero Glucosalino con CIK e Insulina al mismo ritmo que durante la intervención (100 ml/h), probar tolerancia oral y si tolera pasar a pauta de rápida precomidas + trat. previo de su DM.

2. SI VA A ESTAR EN AYUNAS 24 h. O MÁS:

- Suero Glucosalino 5% 500 ml + 10 mEq. CIK + Insulina que precisó durante la intervención/cada 6 horas.
- Insulina Rápida en el gotero variable ajustando según glucemia capilar presuero:
 - > 250 mg/dl, subir 2 U.
 - < 100 mg/dl, bajar 2 U.
 - 100-250 mg/dl, seguir igual
 - mínimo 3 U. de Insulina por suero.
- Si diuresis en las 6 horas siguientes tras finalizar la intervención inferior a 250 ml. retirar potasio y solicitar ionograma.



1.1.3.1 -DIABETES y CIRUGÍA. DIABÉTICOS TRATADOS CON INSULINA

PAUTA I: DM ID – DIABÉTICOS TRATADOS CON INSULINA

- Pauta recomendada por la Unidad de Endocrinología	
- Día de la intervención (día 0): NO poner insulina habitual de la mañana	
- SUERO GUCOSALINO 5% (utilizar sueros de 500 ml) en perfusión continua con bomba a un ritmo de 100 ml / hora	
GLUCEMIA capilar preoperatoria (mg / dl)	Insulina rápida en perfusión
< 70 ⇒	Nada
71 – 150 ⇒	3 U
151 – 200 ⇒	5 U
201 – 250 ⇒	8 U
251 – 300 ⇒	10 U
301 – 350 ⇒	12 U
351 – 400 ⇒	16 U
> 400 ⇒	Diferir la intervención y avisar
- Durante el acto quirúrgico y en reanimación: medir glucemia capilar cada hora	
< 70 mg /dl ⇒ retirar insulina	
71 – 250 mg / dl ⇒ mantener igual perfusión	
> 251 mg / dl ⇒ aumentar la perfusión a 150 ml / hora	
- CIK: 10 mEq por cada 500 ml de suero	
- Una vez trasladado el paciente a planta: ⇒ utilizar el suero glucosalino al 5% de 500 ml a 100 ml / hora ⇒ realizar glucemias capilares a cada cambio de suero ⇒ dosis de insulina que corresponda según tabla	
- Probar tolerancia según indicación quirúrgica	
- Retirar los sueros una hora después de haber efectuado una comida completa (desayuno-comida-cena y asegurarse de que hay completa tolerancia oral)	
- Comprobada tolerancia, reiniciar tratamiento insuloterápico previo habitual (dosis de insulina intermedia o lenta que se venía poniendo antes de la intervención) y mantener PAUTA DE INSULINA RÁPIDA STANDARD por vía subcutánea según las glucemias precomidas (Desayuno, comida y cena) si precisa	
Avisar al médico responsable del paciente:	
- En el caso de glucemia inferior a 50 mg / dl ó superior a 350 mg / dl	
- Si las cifras de K son inferiores a 2,7 mEq/l ó superiores a 5,3 mEq / l	

1.1.3.2 -DIABETES y CIRUGÍA. DIABÉTICOS TRATADOS CON DIETA o FÁRMACOS ORALES

PAUTA II: DM NID – DIABÉTICOS TRATADOS CON DIETA o FÁRMACOS ORALES

- Pauta recomendada por la Unidad de Endocrinología	
- Día de la intervención (día 0): NO tomar hipoglucemiantes orales de la mañana	
- SUERO GUCOSALINO 5% (utilizar sueros de 500 ml) en perfusión continua con bomba a un ritmo de 100 ml / hora	
GLUCEMIA capilar preoperatoria (mg / dl)	Insulina rápida en perfusión
< 70 ⇒	Nada
71 – 150 ⇒	3 U
151 - 250 ⇒	5 U
251 – 350 ⇒	8 U
> 351 ⇒	12 U
- Durante el acto quirúrgico y en reanimación: medir glucemia capilar cada dos horas	
< 70 mg /dl ⇒ retirar insulina	
71 – 250 mg / dl ⇒ mantener igual perfusión	
> 251 mg / dl ⇒ aumentar la perfusión a 150 ml / hora	
- CIK: 10 mEq por cada 500 ml de suero	
- Una vez trasladado el paciente a planta: ⇒ utilizar el suero glucosalino al 5% de 500 ml a 100 ml / hora ⇒ realizar glucemias capilares a cada cambio de suero ⇒ dosis de insulina que corresponda según tabla	
- Probar tolerancia según indicación quirúrgica. Si tolera administrar dosis de hipoglucemiantes orales (si los tomaba).	
- Retirar los sueros una hora después de haber efectuado una comida completa (desayuno-comida y cena y asegurarse de que hay completa tolerancia oral)	
- Mantener PAUTA DE INSULINA RÁPIDA STANDARD por vía subcutánea según las glucemias precomidas (Desayuno, comida y cena) si precisa	
Avisar al médico responsable del paciente:	
- En el caso de glucemia inferior a 50 mg / dl ó superior a 350 mg / dl	



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

- Si las cifras de K son inferiores a 2,7 mEq/l ó superiores a 5,3 mEq/l

1.1.3.3 -DIABETES y CIRUGÍA. PAUTAS ESTÁNDAR.

DIABETICOS INSULINODEPENDIENTES (DM ID)	
PAUTA DE INSULINA RÁPIDA SUBCUTÁNEA PRECOMIDAS (6 cada 8 H)	
Glucemia capilar (mg /dl)	Conducta
< 50 ⇒	Vaso de leche + 10 gr de azúcar (2 sobres) + zumo No poner Insulina Rápida si la tiene programada
51 – 80 ⇒	Vaso de leche + dos piezas de fruta Mitad dosis de insulina rápida programada
81 – 150 ⇒	Nada
151 – 200 ⇒	3 U
201 – 250 ⇒	5 U
251 – 300 ⇒	8 U
301 – 350 ⇒	10 U
351 – 450 ⇒	12 U
> 450 ⇒	5 U vía intravenosa y controles horarios reiterando 5 U intravenosa hasta que las glucemias sean inferiores a 250 mg/dl

DIABETICOS NO INSULINODEPENDIENTES (DM NID)	
PAUTA DE INSULINA RÁPIDA SUBCUTÁNEA PRECOMIDAS (6 cada 8 H)	
Glucemia capilar (mg /dl)	Conducta
< 50 ⇒	Vaso de leche + 10 gr de azúcar (2 sobres) + zumo
51 – 80 ⇒	Vaso de leche + dos piezas de fruta
81 - 200 ⇒	Nada
201 – 250 ⇒	3 U
251 – 300 ⇒	5 U
301 – 350 ⇒	7 U
351 – 450 ⇒	10 U
> 450 ⇒	12 U 5 U vía intravenosa y controles horarios reiterando 5 U intravenosa hasta que las glucemias sean inferiores a 250 mg/dl



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.1.4 -TRATAMIENTO DEL DOLOR EN ORL

1.1.4.1- PAUTAS GENERALES EN DOLOR

Principio	Nombre comercial	Dosis / pauta	Dosis máxima diaria
NO OPIOIDES			
Acido acetilsalicílico	AAS 500®; Rhonal®;	500-1000mg/4-6H (oral)	4000mg(1000mg/4H)
Acetilsalicilato de lisina	ASL Normon® sobres de 1800mg(1g de ácido acetilsalicílico)	900-1800mg/4-6H (IV ó IM) 1800mg/4-8H (oral)	7200mg (900mg de acetilsalicilato de lisina=500mg de AAS)
Paracetamol	Termalgín®; Hedex® sobres de 1000mg	500-1000mg/4-6H (oral)	4000mg(1000mg/4H)
Metamizol	Nolotil® (cap 0.575g; sup inf 500mg; sup ad 1gr; amp 2g)	500-2000mg/6-8H (oral) 1000-2000mg/6-8H (IV ó IM) pauta IV: 2g/ lento + 330 mg/h en infusión continua + bolos de 330-660 mg a demanda	8000mg
Ketoprofeno	Orudis®	50mg/8H	200
Ibuprofeno	Dalsy® (jarabe 5ml=500mg)	200-400mg/4-6H (oral)	2400mg
Dexketoprofeno	Enantyum®; Quiralan® (comp. 12.5 y 25mg)	12.5-25mg/8H	100mg
Diclofenaco	Voltarén® (comp. 50mg; retard 100mg; sups 100mg; amp 75mg)	25-50mg/6-8H (oral) 50-75mg/12H (IM)	150mg
Ketorolaco	Droal®; Toradol®	10-40mg/día (oral) (10mg/4-6H) IV: 30 mg inicial 3-5 mg/ hora en infusión continua + bolos de 3.5 mg a demanda	40mg/día máximo siete días -90mg/día en no ancianos -60mg/día en ancianos
OPIOIDES			
Codeína	Codeisán® (comp. 28.7mg; sups)	30-60mg/4-6H (oral)	240mg(60mg/4H)
Dihidrocodeína	Contugesic®	60mg/12H (oral)	360mg(180mg/12H)
Dextropropoxifeno		65-130mg/4H	300mg
Tramadol	Adolonta®; Tradonal® (cáps. 50mg; amp y sup 100mg; soluc 40gotas=100mg) Tradonal retard®	50-100mg/6H (oral) pauta IV: 100-150 mg IV a pasar en 100ml de SF a pasar en 15 minutos. Posteriormente 12-24 mg/ h en infusión continua	400mg
Buprenorfina	Buprex® (comp. subl 0.2mg; amp 0.3mg)	0.2-0.4mg/8H (sublingual) (otras vías IV, IM, SC)	Hasta 0.4mg/6H
Morfina	Ver apartado		
Fentanilo transdérmico	Durogesic™		

1.1.4.2- DOLOR POSTQUIRÚRGICO

Analgesia postoperatoria en CMA (pautas de analgesia. Carrasco, 1999)

• **DOLOR LEVE**

Metamizol magnésico	500 mg / 6 u 8 horas oral
Paracetamol	500 mg + codeína 30 mg / 6 horas oral
Ketorolaco	10 mg / 6 horas oral
Diclofenaco	50 mg/ 12 horas oral

• **DOLOR MODERADO**

- Tramadol 50 mg/ 6 horas oral + Metamizol 500 mg/ 6 H oral
- Tramadol 50 mg/ 6 horas oral + Diclofenaco 50 mg / 12 h
- Tramadol 50 mg/ 6 horas oral + Ketorolaco 50 mg / 6 h oral
- Ketorolaco 10 mg / 6 horas oral + diclofenaco 50 mg / 12 h oral

• **DOLOR SEVERO**

Ponerse en contacto con la unidad



1.1.4.3- DOLOR ONCOLÓGICO

Esquema de la OMS para el tratamiento del dolor oncológico



Fármacos adyuvantes en el tratamiento del dolor oncológico

Fármaco	Causa del dolor	pauta
AINES	óseo	(ver apartado 1.1.4.1)
BIFOSFONATOS	óseo	-clodronato (Mebonat® -caps de 500mg; iny de 375mg): una ampolla IV al día disuelta en 500ml de suero fisiológico a pasar en dos horas. Máximo 10 días. Control diario de función renal, hepática, ionograma y calcemia.
CORTICOIDES	Óseo; Neuropático; Infiltración tumoral; HTE	-hidrocortisona (Actocortina®) -prednisolona (Etilsona gotas® : 7mg/ml; dosis 1mg/Kg/día en dos dosis) -metilprednisolona (Solu-moderin® -amp de 125mg, 40mg, 50mg y 1gr-; Urbasón® comp. de 4mg, 16mg y 40mg): dosis media de 4 a 16 mg/ día -dexametasona (Fortecortin® amp de 4 y 40mg): <ul style="list-style-type: none"> • en compresión espinal: 16-30 mg/día • en HTE: 8-16 mg/día • en compresión nerviosa: 4-8mg/día EQUIVALENCIAS 0.75mg de dexametasona equivale a: 4mg de metilprednisolona 5mg de prednisolona 20mg de hidrocortisona 25mg de cortisona
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	Neuropático	-amitriptilina (Tryptizol® : se introduce progresivamente comenzando con 25mg/noche/en la primera semana; 50mg en la segunda; 75mg en el 3ª-4ª; 100 en la 5ª-6ª y 150 a partir de la séptima)
ANTICONSULSIVANTES	Neuropático	-valproato sódico (Depakine® comp. de 200, 300 y 500 mg; iny de 400mg; sol de 20g/100ml): empezar con 200mg/noche; puede llegarse a 800-2000mg/día -carbamacepina (Tegretol® comp. de 200y 400mg): empezar con 100mg/12H; puede llegarse a 400-800mg/día -clonacepán (Rivotril® comp. de 0.5mg; gotas de 2.5mg/ml; amp de 1mg): empezar con 0.5mg por la noche; puede llegarse a 2-4mg/día -fenitoína (Epanutin® caps de 0.1g): 0.1g cada 8H -clorpromacina (Largactil® comp. de 25 y 100mg; gotas -1gota=1mg-; ampollas de 25mg): 75-100mg/día repartido en tres dosis.
BENZODIACEPINAS		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anticonvulsivante: <ul style="list-style-type: none"> • diacepam (Valium®) • clonacepam (Rivotril®) ➤ Relajante muscular: <ul style="list-style-type: none"> • diacepam ➤ Hipnótico: <ul style="list-style-type: none"> • clonacepam (Rivotril®) • flunitracepam (Rohipnol® : comp. de 1mg y amp de 2mg) ➤ Ansiolítico: <ul style="list-style-type: none"> • diacepam • loracepam (Idalpren® comp. de 1 y 5mg) • bromacepam (Lexafin® cáps de 1.5, 3 y 6mg)



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

Esquema en dolor neuropático:



(Tomado de De Simone, G.G.: "Alivio del dolor IV: Fármacos coanalgésicos". En Gómez, M.: "Cuidados paliativos: atención integral a Enfermos terminales". Vol. I. ICEPSS Editores. Las Palmas, 1998. (pp_ 439-451))



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

Esquema terapéutico de la morfina

presentación

Morfina parenteral

Cloruro mórfico Braun®	al 1% (1amp=2ml) al 2% (1amp=2ml)
Cloruro mórfico Andrómaco®	al 1% (1amp=1ml)
Morfina Serra®	al 2% (1amp=1ml)
Morfina Braun®	al 1% (1amp=1ml) al 2% (vial de 20ml)

10mg de morfina equivale a: 0.4mg de buprenorfina 130mg de codeína 120mg de dihidrocodeína	0.1mg de fentanilo 75-100mg de meperidina 10mg de metadona
- al pasar de vía oral a parenteral la dosis inicial será de ½ a 1/3 de la dosis oral que estaba tomando	

Morfina oral

MST continus®	Comprimidos retard de 5, 10, 15, 30, 60, 90, 100, 120, 160, 200mg En suspensión: sobres de 30mg
Sevredol®	Comprimidos ranurados de 10 y 20mg Para ajuste de dosis entre las tomas de MST. Se pautan cada 4H. Puede emplearse en dolor incidental
Skenan®	Cápsulas con microgránulos de 10, 30, 60 y 100mg

EFECTOS SECUNDARIOS de la morfina:

tratamiento

Náuseas / vómitos	Metoclopramida; domperidona; haloperidol*; clorpromazina (ver pautas 2.2.2.5 punto 19)
Boca seca	Mantener la humidificación: zumo de fruta con hielo; manzanilla con limón; saliva artificial a base de metilcelulosa (ver pautas 2.2.2.5 punto 13)
Somnolencia	- reevaluar la situación del paciente
Síntomas confusionales	- valorar si hay insuficiencia renal o hepática - ajustar la dosis de otros sedantes asociados
Astenia	
Estreñimiento	(ver pautas 2.2.2.5 punto 16)



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

Esquema terapéutico de Durogesic™ (parches de fentanilo transdérmico)

Indicación: dolor oncológico crónico y dolor intratable que requiere analgesia con opiáceos

Presentación	Composición por parche	Cantidad liberada	Cm ²
Durogesic™ 25	Fentanilo 2,5 mg	25 µg/h (=0.6 mg/ día)	10
Durogesic™ 50	Fentanilo 5 mg	50 µg/h (=1.2 mg/ día)	20
Durogesic™ 100	Fentanilo 10 mg	100 µg/h (=2.4 mg/ día)	40

- El tratamiento se inicia con parches de 25µg/h
- Los incrementos se hacen cada 72 horas con parches de 25µg/h
- En pacientes tratados previamente con morfina (oral o intramuscular) el paso a Durogesic™ se hace según la tabla a partir de la dosis de morfina calculada para 24 horas.
- La relación de la dosis de morfina oral/IM es 1:3
- El efecto analgésico máximo no puede valorarse antes de las 24 horas de colocado el parche
- Si aparece dolor puede emplearse un analgésico de acción corta para tratar los picos de dolor

Morfina IM 24 horas (mg/ día)	Morfina oral 24 horas (mg/ día)	DUROGESIC™ (µg/h)
<25	<135	25
23-37	135-224	50
38-52	225-314	75
53-67	315-404	100
68-82	405-494	125
83-97	495-584	150
98-112	585-674	175
113-127	675-764	200
128-142	765-854	225
143-157	855-944	250
158-172	945-1034	275
173-187	1035-1124	300

- El parche se coloca en una zona de piel no irradiada y no irritada en pecho o en el hombro.
- La piel debe estar completamente seca y sin vello
- La piel no debe contener agua ni aceites o lociones
- Si fuese necesario limpiar la piel debe esperarse a que pase la fase de irritación
- El parche se debe colocar inmediatamente después de ser extraído de la bolsa
- Debe aplicarse el parche sobre la piel y presionar con la palma de la mano durante 30 segundos asegurándose de que el contacto es completo, especialmente en los bordes
- Al cambiar el parche, el nuevo debe ser colocado en un lugar diferente. Deben pasar varios días antes de colocar otro parche en un área de piel utilizada
- Al deshacerse de un parche éste debe ser doblado para que quede pegado sobre sí mismo.



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.1.5 -RESERVORIOS INTRAVENOSOS

-Concepto:

El reservorio intravenoso subcutáneo se coloca mediante punción en la vena subclavia con anestesia local o general (cuando se coloca aprovechando algún otro tipo de cirugía), generalmente en pacientes que van a recibir tratamiento quimioterápico o en quienes, debido a su patología, se prevé un número elevado de punciones venosas.

Es cirugía limpia (L)

1-Los dispositivos de acceso vascular totalmente implantable solucionan permanentemente la entrada al torrente circulatorio central evitando las repetidas punciones con la consiguiente mejora tanto de las condiciones técnicas (aporte de fluidos, extracciones de sangre), como del confort del paciente.

2-Los sistemas implantados están constituidos por un depósito de polisulfona con membrana de silicona y un catéter de poliuretano de 1.1 mm. de diámetro interior.

3-El extremo del catéter se sitúa en vena cava superior a través de la vena cefálica o de la vena subclavia. En el primer caso se realiza por incisión y flebotomía, en el segundo la implantación se hace mediante punción (técnica de Sheldinger).

Aprovechamos el tiempo de realización de la panendoscopia para implantar el sistema una vez confirmada la naturaleza histopatológica del tumor en aquellos pacientes en los que se decidió tratamiento quimioterápico. En otras ocasiones insertamos el dispositivo empleando anestesia local por infiltración.

1.1.5.1

RESERVORIO INTRAVENOSO SUBCUTANEO

TRATAMIENTOS MEDICOS	CUIDADOS GENERALES, NUTRICION Y CONTROLES
<p>⇒ PREPARACION PARA LA INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preoperatorio - Premedicación - Rasurado de TÓRAX y CUELLO - Coger vía venosa periférica en el brazo contrario al lado en el que vaya a colocarse el reservorio - Se maneja como CIRUGÍA LIMPIA (L) - Si se va a hacer panendoscopia seguir las pautas 1.6 <p>⇒ MEDICACIÓN POSTOPERATORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suero fisiológico de mantenimiento (si se hizo con anestesia local se retirará la vía a las 2 H de acabada la intervención). <p>⇒ TOLERANCIA ORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - puede darse nutrición oral a las dos horas de la intervención si ésta se hizo con anestesia local. Si se hizo con anestesia general probar tolerancia a las 6 u 8 horas de acabada la intervención. <ul style="list-style-type: none"> - Si se hizo bajo anestesia general asociada a otra intervención se siguen las pautas de la intervención realizada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pedir radiografía de tórax (PA) de control una vez colocado el catéter - levantar la cura a las 24 horas y observar si ha habido hematoma. Si hubiese hematoma se debe avisar al médico responsable. - Volver a poner apósito bien compresivo - Cambiar apósito cada 48 H dejándolo bien compresivo - Retirar puntos a los 6 u 8 días (según esté la herida). Al retirar los puntos puede dejarse la herida sin apósito (si roza se puede colocar un apósito que puede cambiarse el enfermo) - El reservorio puede utilizarse a partir de las 72 horas (tercer día; aunque puede usarse, si fuese necesario, desde el primer momento)



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.1.5.1.1

EMPLEO DE LOS SISTEMAS DE ACCESO VENOSO IMPLANTABLES

A-INDICACIONES

- 1-EN POLIQUIMIOTERAPIA
- 2-EN CUIDADOS DEL PACIENTE TERMINAL
 - analgesia
 - administración de antibióticos
 - soporte metabólico e hidroelectrolítico
 - extracciones sanguíneas
 - nutrición parenteral total (NPT)
 - perfusión de hemoderivados (se precisa mayor calibre)

B-VENTAJAS

- técnica de inserción sencilla (tanto por punción percutánea como flebotomía)
- manejo sencillo (los cuidados pueden hacerse en domicilio)
- para el paciente: vía permanente, disminución del número de punciones en venas periféricas (menos dolor, preservación de venas periféricas)
- homogeneidad intra e interindividual en la perfusión de citostáticos

1.1.5.1.2

CUIDADOS BASICOS DE LOS SISTEMAS DE ACCESO VENOSO IMPLANTABLES

1-NORMAS GENERALES DE MANIPULACION

- siempre en condiciones de asepsia
- siempre con agujas especiales recomendadas por el fabricante (bisel agudo-CITOCAN[®], SURECAN[®])
- la punción ha de hacerse perpendicular a la membrana
- siempre jeringas de 10 mililitros o mayores
- la extracción de la aguja ha de hacerse con presión positiva
- en el caso de perfusión continua han de cambiarse los apósitos cada 48 horas y la aguja cada 7 días

2-HEPARINIZACION

- (SF) -SOLUCION DE HEPARINA: diluir 2 mililitros de heparina sódica al 5% en 100 mililitros de suero salino isotónico
- inyectar 3 mililitros de la solución en la cápsula del sistema, siempre que se haya utilizado o cada 21 días.

3-MANEJO EN CASO DE OBSTRUCCION

- a-intentar el desbloqueo lavando el sistema con suero a presión positiva con jeringa de capacidad igual o superior a 10 ml.(sin ejercer excesiva presión)
- b-lavado del sistema con solución de
 - UROKINASA: 100.000 u.i. en 100 ml. de suero salino o glucosado al 5% e inyectar de esta solución 3-5 ml dejando actuar durante 30 minutos. Puede perfundirse una solución de 5000 u.i. en 50 ml. de suero salino a pasar en dos horas.
 - ESTREPTOKINASA: 250.000 u.i. en 100 ml. de suero salino o glucosado al 5% e inyectar en el sistema de 3 a 5 ml.



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.1.5.1.3

COMPLICACIONES POSIBLES EN EL MANEJO DE LOS SISTEMAS DE ACCESO VENOSO IMPLANTABLES

1-DURANTE SU COLOCACION

- no identificación de la vena
- inserción en vena de escaso calibre
- acodadura de la unión depósito-catéter
- embolización del catéter
- hematoma de la bolsa cutánea
- embolia gaseosa

2-DURANTE SU UTILIZACION

1-ROTURA DE LA MEMBRANA DE SILICONA (por empleo de aguja inadecuada o por exceso de presión)

2-OBSTRUCCION DEL SISTEMA

- trombosis del sistema (en el depósito, en el catéter)
- precipitación de fármacos incompatibles
- trombosis venosa (subclavia, cava)
- embolización de trozo de silicona (por empleo de aguja inadecuada)
- fibrina en el extremo del catéter con efecto de válvula unidireccional

3-EXTRAVASACION DE FLUIDOS

- por inadecuada inserción de la aguja
- por rotura de la membrana
- por desinserción en la unión depósito-catéter

4-INFECCION LOCAL (celulitis, absceso, flebitis)

5-INFECCION SISTEMICA (contaminación del sistema, bacteriemia, sepsis)

6-EMBOLIZACION DEL CATETER

7-NECROSIS CUTANEA (fuga de los citostáticos, decúbito del depósito en la piel)



-Factores de riesgo de malnutrición:

- A-pérdida del 10% de peso en un corto periodo de tiempo
- B-peso inferior al 85% de la población normal (de igual edad y sexo)
- C-Datos analíticos:

- albúmina sérica menor de 3.5. g/dl.
- transferrina sérica inferior a 180 mg/dl
- linfocitos plasmáticos inferior a 1500

-Factores que modifican el estado nutricional del enfermo:

1-Disminución de la ingesta debido a

- 1.1-persistencia tumoral en faringe, laringe, esófago (disfagia / odinofagia)
- 1.2-dolor (relacionado con deglución, otalgia, mucositis)
- 1.3-efectos secundarios de los tratamientos
 - 1.3.1-cirugía (resección, estenosis, trastornos funcionales de masticación / deglución)
 - 1.3.2-quimioterapia (náuseas, vómitos, alteraciones metabólicas, mucositis)
 - 1.3.3-radioterapia (mucositis, xerostomía)

2-Alteraciones metabólicas asociadas al cáncer

3-Estado nutricional previo (ingesta de alcohol y otras sustancias)

4-Factores locales:

- capacidad para masticar [estado de la mandíbula y musculatura masticatoria; dolor con la masticación]
- capacidad para deglutir [estado de la lengua, paladar óseo, orofaringe, esófago cervical, pares craneales; áreas resecaas, estenosis; parálisis velo-faringo-laríngeas]
- capacidad para ingerir líquidos [falsas vías, fistulas]

-En oncología ORL se dan dos situaciones en las que es más necesario el control nutricional:

- periodo postoperatorio en pacientes tratados por tumores que afectan a faringe/laringe
- tumoraciones cérvicofaciales en tratamiento quimioterápico, radioterápico o que se encuentran en cuidados paliativos
- secuelas post-cirugía (mandíbula, lengua bien por resección o por limitación funcional postoperatoria)

-¿Cuándo debe instaurarse suplemento dietético? Tener en cuenta los siguientes aspectos:

- | | |
|-----------------------------|---|
| anorexia | trastornos de la masticación / deglución |
| trastornos del sabor | vómitos / náuseas |
| dolor | diarrea |

-Control nutricional:

- Control de peso cada 48 horas
- Fórmula de Harris-Benedict (ingesta calórica deseada/ día)
 - varón $66+(13.7 \times \text{peso Kg})+(5 \times \text{talla cm})-(6.8 \times \text{edad años})$
 - mujer $655+(9.6 \times \text{peso Kg})+(1.8 \times \text{talla cm})-(4.7 \times \text{edad años})$
- Control diuresis / 24 horas
- Analítica semanal:
 - ionograma (Na, K, Cl, Ca, P, Mg)
 - Hemograma (Hb, Hcto., fórmula leucocitaria)
 - proteínas totales
 - urea / creatinina
 - glucosa
 - Cada 15 días: GOT, LDH, FFAA, Bilirrubina, Fe, transferrina

- Cuidados de la sonda nasogástrica (sonda NG)

- Preferible la colocación de sonda nasogástrica de 8 ó 12 Fr. con fiador (ej. Flexiflo®). Dificultades de colocación: A veces la existencia de un tumor, estenosis o fistula no permite su colocación. En este caso es preferible la realización de gastrostomía. La realización de gastrostomía percutánea por control endoscópico (PEG) no siempre puede realizarse ante la imposibilidad de efectuar el paso a nivel alto. Otros tipos de aportación (p.e. yeyunal) no suele ser necesario ya que en los pacientes con tumores de VADS la función gastrointestinal suele estar conservada.
- Puede administrarse mediante bomba de alimentación ó con jeringa en volúmenes de 300 a 400 ml a pasar en 15-20 minutos ó en administración continua por gravedad. Respetar descanso nocturno.
- Lavado de la sonda cuando se deja de utilizar con 20-30 ml de agua tibia.
- Cambio de la sonda cada 8 semanas.

- Cuidados de la sonda de gastrostomía colocada por punción percutánea (PEG)

- Material: GASAS ESTÉRILES, BASTONCILLOS DE ALGODÓN, AGUA TEMPLADA y SOLUCIÓN ANTISÉPTICA

- Seguir las indicaciones específicas según cada paciente de la Unidad de Patología de Aparato Digestivo o de Cirugía
- Limpiar la piel del estoma a diario durante los primeros quince días (limpiar con gasa, agua y jabón; secar bien y aplicar solución antiséptica). A partir de la tercera semana basta con lavar con agua templada y jabón y secar. La zona del soporte externo debe estar bien limpio, limpiando por debajo si fuese necesario (debajo del soporte puede dejarse una gasa para evitar decubito y cambiarla a diario). El paciente puede ducharse al cabo de una semana (evitar baño por mayor riesgo de infección)
- Girar la sonda al menos una vez al día 360º; si no gira avisar al médico. Comprobar que el soporte externo no oprime la piel (si está muy ajustado debe flojarse). Cambiar la cinta adhesiva a diario. Antes de utilizarla debe comprobarse que la sonda no se haya movido
- Comprobar el balón de la sonda cada quince días. Si sale líquido gástrico avisar al médico
- Cambiar la sonda cada 6 meses
- cada vez que se utilice ha de limpiarse la sonda pasando 50 ml de agua. Si se está con nutrición continua debe limpiarse cada 4 a seis horas. Dejar la sonda tapada cuando no se utilice



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

-Debe mantenerse la ingesta calórica deseada con una dieta variada. En caso de hipogeusia / disgeusia se añaden suplementos de Zn, puede añadirse sal a la comida o salsa de soja. Para mejorar la palatabilidad aconsejar al enfermo que ingiera alimentos pastosos o productos espesantes.
-Si la nutrición vía oral no consigue mantener la ingesta calórica deseada o aparecen signos de desnutrición pese a haber instaurado suplemento nutricional es necesario cambiar la vía nutricional mediante sonda nasogástrica o nasoduodenal.

EJEMPLOS DE PAUTAS DE NUTRICIÓN ENTERAL

1- SOPORTE NUTRITIVO ORAL:

Pentadrink® ó Pentadrink Fibra®: dos envases de 200ml al día (uno a media mañana y otro a media tarde) para completar la nutrición de cocina

PREOPERATORIO durante dos o tres días previos a la intervención quirúrgica

POSTOPERATORIO durante un mes desde iniciada la nutrición oral

2- SOPORTE NUTRITIVO POSTOPERATORIO por sonda nasogástrica/nasoduodenal en administración continua por gravedad:

3-

PAUTA A:

- Día 1º: un envase de Pentaset Fibra® (1000ml / envase / 1Kcal/ml)
- Día 2º: dos envases de Pentaset Fibra®
- Día 3º: dos envases de Pentaset Fibra®
- Día 4º y siguientes: tres envases de Pentaset Intensive® (500ml / envase / 1.25kcal/ml)

PAUTA B:

Pauta en realimentación en estrés severo:

- Día 1º: un envase de Pentaset Intensive® a 45-65 ml/h
- Día 2º: dos envases de Pentaset Intensive® a 65-85ml/h
- Día 3º: tres envases de Pentaset Intensive® a 65-85ml/h
- Día 4º: tres envases de Pentaset Intensive® a 85-100ml/h
- Día 5º: tres envases de Pentaset Intensive® a 100-125ml/h
- Día 6º y siguientes: un envase de Pentaset Intensive® + un envase de Pentaset Protein Plus® a 125-150ml/h

PAUTA C:

DIA 1º: PRECITENE HIPERPROTEICO®: 1 envase por sonda nasogástrica al 50% o PREPENTASET® 1 envase al 100%

DIA 2º: -PRECITENE HIPERPROTEICO®: 2 envases por sonda nasogástrica al 50% o PREPENTASET® 2 envases al 100%

DIA 3º y siguientes: -PRECITENE HIPERPROTEICO®: 3 envases por sonda nasogástrica al 100% complementando con 500 cm³ de agua al día. Suministrar agua cuantas veces pida el enfermo

Si hay intolerancia digestiva puede sustituirse:

- Pentadrink® ó Pentadrink Fibra® por Ensini®
- Pentaset Fibra® por Pre-pentaset®
- Pentaset Intensive® por Peptinaut pack®

3- SOPORTE NUTRITIVO EN PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA

Kcal/día	Albúmina	% pérdida de peso habitual	
		5-10%	10-20%
1000-1500	<3g/dl	Un envase de Pentaplus® ó de Pentapudding® ó Pentafresh®	Dos envases de Pentaplus® ó de Pentapudding ó de Pentafresh®
	3-3.5g/dl	Un envase de Pentadrink® ó de Pentadrink Fibra® ó de Ensini®	Dos envases de Pentadrink® ó de Pentadrink Fibra® ó de Ensini®
<1000	<3g/dl	Dos envases de Pentaplus® ó de Pentapudding ó de Pentafresh®	Tres envases de Pentaplus® ó de Pentapudding ó de Pentafresh®



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

4- ALGUNOS PREPARADOS COMERCIALES DE USO COMÚN EN ORL

- Situaciones financiadas por la Seguridad Social:
Tumor de cabeza y cuello
Cirugía OR y maxilofacial
Enfermedad neurológica que cursa con afagia o disfagia severa
Caquexia cancerosa por enteritis crónica por tratamiento quimio y/o radioterápico
Fistulas enterocutáneas

		Kcal/ml	Mosm/l	ml por frasco
PRECITENE®	Oral o sonda			
STANDARD		1.05	292	500
HIPERPROTEICO		1.22	350	500
ENERGÉTICO		1.6	298	250/500
FIBRA		1	317	500
DIABET		0.93	341	500
PRE PENTASET®	sonda	0.5	130	500 (botella)/ 1000ml (bolsa)
PENTASET STANDARD®	sonda	1	250	500 (botella)/ 1000ml (bolsa)
PENTASET FIBRA®	sonda	1	250	500 (botella)/ 1000ml (bolsa)
PENTASET LOW ENERGY®	sonda	0.75	210	1000ml (bolsa)
PENTASET ENERGÉTICO®	sonda	1.5	340	500 (botella)/ 1000ml (bolsa)
PENTASET INTENSIVE®	sonda	1.25	255	Bolsa de 500ml
PENTASET BAJO EN SODIO	sonda	1	200	500 (botella)/ 1000ml (bolsa)
PENTASET BAJO EN proteínas	sonda	1	175	500 (botella)
PEPTINAUT®	sonda	1	350	Caja de 4 sobres de 113g./ botella de 500ml/ bolsa de 1000ml
PENTADRINK®	oral	1.5		Bricks de 200ml (distintos sabores)
PENTADRINK FIBRA®	Oral			
PENTAPLUS®	Oral	1		Bricks de 200ml (distintos sabores)
PENTAPUDDING®	oral	1.32		Tarrinas de 150g
EDANEC®				
EDANEC	Oral/sonda	1	280-300	500
EDANEC HN	Oral/sonda	1	278	500
ENSURE®				
ENSURE CON FIBRA	Oral/sonda	1.04	365	250
ENSURE NH	Ora/sonda	1	319	250
ENSURE PLUS NH	Oral/sonda	1.5	473	250-500-1000
ENSURE PLUS DRINK	Oral	1.5	473	200
ENSURE FRUIT	oral	1.25		240 (líquido, tipo zumo)
ENSURE POLVO	Oral		Según dilución	400g (en polvo)
ENSURE PUDDING	Oral	1.7		142g
MERITENE®	oral			
COMPLET				250
RESOURCE®	oral			
ENERGY DRINK				200 (en combibloc)
PROTEÍNA				400g (proteína pura en polvo)
ESPELANTE				227g (en polvo)

Espesantes: Resource® espesante; Nutilis®

(Laboratorios: NOVARTIS NUTRITION; ABBOTT LABORATORIES, S.A.; NUTRICIA)



ECOGRAFÍAS

Requisitos generales:

- **Volante de petición** debidamente cumplimentado.
- **Hora aproximada de realización del estudio.** Cuando se solicita la exploración ecográfica, el Servicio de Radiodiagnóstico debe comunicar al enfermo (consulta externa) o a la planta (ingresados) la hora aproximada de realización de la ecografía.
- **Información al paciente** sobre las características del estudio a realizar.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

- No precisa consentimiento informado, salvo en caso de **procedimientos intervencionistas guiados ecográficamente (consentimiento de Punción percutánea).**
- **Para evitar el meteorismo intestinal y la contracción de la vesícula biliar es imprescindible** ayuno de alimento sólido de, al menos, 6 horas. **Se puede permitir la ingesta de líquido (agua)** hasta 4 horas antes de la exploración.
- Si se precisa valoración vesical, la vejiga debe estar moderadamente repleccionada (ausencia de micción en las dos horas previas al estudio).

ECOGRAFIA CERVICAL (TIROIDES, PARATIROIDES, GLÁNDULAS SALIVALES)

- No precisa ningún tipo de preparación especial (**no** precisa ayuno).

ECOGRAFIA DOPPLER

- **Ayuno de alimento sólido de, al menos, 6 horas** (en determinadas ocasiones puede ser necesario administrar contraste ecográfico). Adecuada **hidratación** (no restringir la ingesta de líquido hasta **4 horas antes de la exploración**). Mejora la visualización de los vasos, especialmente en riñón
- Consentimiento informado: Por definir (escasa experiencia con los contrastes ultrasónicos).

PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS GUIADOS POR ECOGRAFIA (PAAF, PUNCION-BIOPSIA, DRENAJE DE ABSCESOS)

- **Ayuno de alimento sólido de, al menos, 6 horas.** Se puede permitir la ingesta de líquido (agua) hasta 4 horas antes de la exploración.
- **Consentimiento informado** de Punción percutánea debidamente cumplimentado.
- **Estudio reciente de coagulación.** En general es suficiente **tiempo de protrombina y plaquetas**. En casos seleccionados se comunicará la necesidad de obtener otros parámetros de coagulación.
- **Control clínico post-procedimiento (ingreso de 24 horas).** Comunicación por parte del Servicio de Radiodiagnóstico de complicaciones, si las hubiese.

TAC

Técnica de imagen que utiliza radiaciones ionizantes y frecuentemente requiere la administración de contraste yodado por vía intravenosa, por lo que no está exenta de riesgos.

Requisitos generales:

- **Volante de petición** debidamente cumplimentado.
- **Hora aproximada de realización del estudio.**
- **Información al paciente** sobre las características del estudio a realizar.
- **Consentimiento informado** de TAC.
- **Ayuno de alimento sólido de, al menos, 6 horas.** Se puede permitir la ingesta de líquido (agua) hasta **4 horas** antes de la exploración.
- **Hidratación.** La deshidratación potencia el efecto nefrotóxico del contraste yodado y la probabilidad de reacciones adversas.
- **TAC abdominal.** Además de los requisitos anteriores se precisa administrar **contraste yodado/baritado por vía oral**, el cual será suministrado por personal del Servicio de Radiodiagnóstico de acuerdo al horario de realización del estudio (entre 1-2 horas antes de la hora programada).
- Procedimientos intervencionistas guiados por TAC (**PAAF, Punción-Biopsia, Drenaje de abscesos**). Los requerimientos establecidos en el apartado de ecografía (**Ayuno, Consentimiento informado de Punción Percutánea, Coagulación, Control clínico postprocedimiento**).



Referencia: Guía sobre la indicación de la transfusión de glóbulos rojos, plaquetas y productos plasmáticos lábiles. Sociedad Española de Transfusión Sanguínea. 1999

Indicaciones:

SANGRE TORAL	<ul style="list-style-type: none"> - Shock hipovolémico por hemorragia masiva - En niños: pérdida aguda de sangre (1 volumen sanguíneo/24H)
CONCENTRADO DE HEMATÍES	<ul style="list-style-type: none"> - Anemia sintomática en paciente normovolémico independientemente del nivel de hemoglobina - Pérdidas agudas si una vez corregida la volemia existen signos de hipoxia tisular - Hb preoperatoria <8g/dl o Hematocrito <26% cuando la anemia no tenga tratamiento específico y/0 la intervención no sea postponible y cuando sea una cirugía presumiblemente sangrante - Hb <8g/dl en pacientes en régimen de transfusión crónica
PLAQUETAS	<ul style="list-style-type: none"> - Transfusión terapéutica: Hemorragia activa debida a la presencia de trombocitopenia (<50.000/mm) y/o trombocitopatía (tiempo de hemorragia >15min) - Transfusión profiláctica: Trombocitopenia aguda central reversible a corto/medio plazo: Recuento plaquetar <10x10⁹/l sin factores de hiperconsumo Recuento plaquetar <20x10⁹/l con factores de hiperconsumo Pacientes trombocitopénicos a los que hay que practicar algún procedimiento invasivo: Recuento plaquetar <50x10⁹/l Recuento plaquetar <80-100x10⁹/l en caso de actuar sobre el SNC o el órgano de la vista Pacientes con trombocitopatía diagnosticada y tiempo de sangría >15min a los que haya que practicar algún procedimiento invasivo



1.2- CIRUGÍA DEL CUELLO.

1.2.1- CERVICOTOMÍAS

-Concepto:

Son aquellas intervenciones en las que hacemos incisión en el cuello, incluida cirugía de la glándula parótida, sin abrir faringe, laringe, ni suelo de boca.

Se incluyen aquí: vaciamentos ganglionares, cirugía de los espacios parafaríngeos, cirugía de las glándulas salivales (parótida, submaxilar), cirugía de glándula tiroides y paratiroides.

Es cirugía limpia (L).

1.2.1.1

CERVICOTOMIAS. Cuidados generales

TRATAMIENTOS MEDICOS	CUIDADOS GENERALES, NUTRICION Y CONTROLES
<p>⇒PREPARACION PARA LA INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preoperatorio (1.1.1) - Premedicación - CRUZAR SANGRE - Rasurado de cuello y tórax y barba. En cirugía de parótida además hacer RASURADO PERIAURICULAR - Coger vía venosa periférica en brazo contrario al lado que se vaya a operar (o en brazo izquierdo si la operación es bilateral) - Colocación de sonda vesical (en vaciamentos ganglionares, cirugía de parótida y cuando vaya a hacerse cirugía de faringe y laringe asociada) - Se maneja como CIRUGÍA LIMPIA (L) (1.1.2) <p>⇒MEDICACIÓN POSTOPERATORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suero fisiológico (1500 ml / 24 H) - Protección gástrica IV / 8 horas x 24 horas - Analgesia <p>⇒TOLERANCIA ORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probar tolerancia a las 6 u 8 horas postoperatorio - Cuando tolere dos tomas retirar vía (y pasar la medicación a oral si fuese necesario) <p>» EN CIRUGÍA DE GLÁNDULA TIROIDES y PARTIROIDES ADEMÁS SEGUIR PAUTAS 1.2.1.2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Posición: semisentada.; cabeza flexionada - Control de diuresis durante 48 horas - Vigilancia de drenajes y medición cada doce horas (si no funcionan porque no hacen vacío, se conectarán a bomba de aspiración continua a baja presión) - En el caso de dejar drenajes no aspirativos se deben cambiar los apósitos cuantas veces se precise procurando mantener la zona del drenaje independiente para que solo manche sobre sus gasas. - Retirar drenajes a las 48 H (salvo que se especifique lo contrario) si han drenado igual o menos de 30 ml - Una vez retirados los drenajes se limpia la herida con solución antiséptica y SE DEJA AL AIRE cubierta con película sintética (Nobecután®). A partir de aquí no precisa cura, sólo vigilancia. - Retirar puntos al 6º día - Si hubiese vendaje o cánula mantener los cuidados según los protocolos correspondientes (1.2.2 y 1.2.3). Recordar: nunca vendar un cuello si no hay traqueotomía. - En cirugía de PARÓTIDA se venda el área auricular-parotídea igual que en la cirugía del oído procurando que la herida quede bien placada. Se cambia el vendaje cada 48 horas y se retira al quinto día - Si tolera oral pasar a dieta normal - En sonda NG o PEG seguir pautas 1.1.5 - Nutrición según pauta 1.1.7 - En diabéticos seguir pautas 1.1.3 - Si se asoció cirugía de laringe o faringe se seguirán los cuidados según los correspondientes protocolos (nº 1.2.2)



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.2.1.2
CERVICOTOMIAS

PARATIROIDECTOMÍA
TIROIDECTOMÍA

➤ Preparación según 1.2.1.1	➤ Cuidados según 1.2.1.1
<p>⇒ PARÁMETROS PREOPERATORIOS EN TIROIDECTOMÍA TOTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfil tiroideo (T3, T4, TSH) - Tiroglobulina - Tirocalcitonina - PTH intacta - Anticuerpos antitiroideos - Calcio total e iónico - Fósforo - Catecolaminas urinarias 24H (c medular) <p>⇒ PREPARACION PARA LA INTERVENCIÓN EN CIRUGÍA DE GLÁNDULA PARATIROIDES (PARATIROIDECTOMÍA total ó parcial)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si hay hipercalcemia $\geq 12\text{mg/dl}$ ⇒ hidratación el día anterior a la cirugía con suero salino isotónico ⇒ 500ml/ 4 horas (= 3000ml/día) - Preparación con AZUL DE METILENO: dosis media de 5mg/Kg (máx. 400mg) diluida en 500ml de suero glucosado al 5% a pasar en una hora . (la perfusión ha de concluir una hora antes de iniciar la cirugía; como norma general vale comenzar la perfusión hora y media antes de la hora de comienzo programada). Pauta igual en la tiroidectomía total (en un tiempo o en segundos tiempos diferidas). (el azul de metileno se presenta en ampollas de 10ml al 1% que contienen 100mg de azul de metileno trihidrato y contiene 500mg de glucosa anhidra) <p>⇒ CUIDADOS POSTOPERATORIOS EN TIROIDECTOMÍA TOTAL o SUBTOTAL y PARATIROIDECTOMÍA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hacer test de Trousseau cada 6 horas ó si el paciente tiene síntomas sospechosos de hipocalcemia (parestesias en manos, pies o intranquilidad) ➤ Control diario de calcemia durante los tres días de postoperatorio o hasta que la calcemia se estabilice (en pacientes en los que hubo alteraciones) ➤ Si hubo alteraciones previas de la calcemia pedir calcemia cada 7horas que incluya: calcio total, gasometría venosa para calcio iónico, urea, creatinina, Na y K. <p>(en hemitiroidectomía hacer Trousseau cada 6horas durante el día primero del postoperatorio; si son normales no precisa controles en los días siguientes)</p>	<p>⇒ TEST DE TROUSSEAU:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomar tensión arterial ➤ Inflar el manguito 20mmHg sobre la tensión arterial sistólica y mantener la presión durante 3 minutos (el pulso radial ha de estar ausente durante toda la prueba) ➤ Cada 60segundos el paciente debe abrir y cerrar el puño varias veces • Interpretación: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Test positivo: espasmo muscular de la muñeca y de la mano con extensión de las articulaciones interfalángicas y flexión de las articulaciones metacarpofalángicas (“mano de comadrón”). El paciente ha de ser incapaz de extender la mano. Un resultado positivo se acompaña de dolor. No obstante aún siendo el resultado negativo los pacientes encuentran el test desagradable y pueden referir parestesias (esto no significa positividad) • Actitud si el Test de Trousseau es positivo: <ul style="list-style-type: none"> ➤ solicitar calcemia urgente (calcio total y gasometría venosa para calcio iónico) ➤ si calcio total es $\leq 7\text{mg/dl}$ ⇒ pasar dos ampollas de gluconato cálcico en 500ml de suero salino isotónico a pasar en dos horas (Calcium Sandoz® al 10% se presenta en ampollas de 5ml que contienen 0.5g de glucobionato cálcico) ➤ se repite Trousseau una hora después de haber acabado la perfusión • Si hay TETANIA clínica o HIPOCALCEMIA severa (calcio total $\leq 6\text{mg/dl}$) <ul style="list-style-type: none"> ➤ perfundir dos ampollas de gluconato cálcico (Calcium Sandoz® al 10%, 5ml) en 100ml de suero salino isotónico a pasar en 10 minutos ➤ posteriormente perfundir cuatro ampollas en 500ml de suero salino isotónico a pasar en 5 horas (100ml/hora) ➤ se repite Trousseau una hora después de haber acabado la perfusión ➤ si el Trousseau es positivo ⇒ nueva calcemia ⇒ si calcio total es $\leq 7\text{mg/dl}$ ⇒ repetir la perfusión (cuatro ampollas de gluconato cálcico en 500ml de suero salino a pasar en 5 horas) y avisar medicina interna
	<p>- Asegurarse que cuando se vaya de alta el paciente tiene ya el día de revisión de Endocrinología y que tiene los tratamientos ambulatorios bien especificados y que los hace correctamente</p>



1.2.2- CIRUGÍA DE LARINGE Y FARINGE POR VÍA CERVICAL

-Concepto:

Aquella cirugía en la que abordamos desde el cuello (mediante cervicotomía) la faringe o la laringe.

Se incluyen aquí: laringectomías parciales (laringectomía parciales verticales o laringofisura -cordectomía, frontolateral, etc.-, laringectomía parcial horizontal -supraglótica, etc.-), laringectomía total y laringectomía subtotal.

Se trata de cirugía contaminada (C) o sucia (S).



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.2.2.1

LARINGECTOMIAS

**LARINGECTOMÍA TOTAL
LARINGECTOMÍA SUBTOTAL
LARINGECTOMIA PARCIAL SUPRAGLÓTICA
LARINGOFISURAS. LARINGECTOMÍA PARCIAL VERTICAL**

TRATAMIENTOS MEDICOS	CUIDADOS GENERALES, NUTRICION
<p>⇒PREPARACION PARA LA INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preoperatorio (1.1.1) - CRUZAR SANGRE - SOLICITAR CAMA DE UVI - Premedicación - Rasurado de cuello y tórax y barba - Coger vía venosa periférica en brazo contrario al lado que se vaya a operar (o en brazo izquierdo si la operación es bilateral) - Colocación de sonda nasogástrica (12 Fr) - Colocación de sonda vesical - Se maneja como CIRUGÍA CONTAMINADA ó SUCIA (C, S) (1.1.2) <p>⇒MEDICACIÓN POSTOPERATORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suero fisiológico (1500 ml / 24 H durante 48H) - Fluidoterapia y control hidroelectrolítico según criterio de UVI - Protección gástrica IV / 8 horas - Antibiótico - Analgesia <p>⇒TOLERANCIA ENTÉRICA por sonda NG:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probar tolerancia por sonda NG a las 12 horas postoperatorio. Seguir pauta - Si tolera bien la nutrición se pasa la medicación por sonda NG a las 48 horas del postoperatorio y se retiran las vías <p>- Retirar puntos a los 6 u 8 días</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados cervicotomía (1.2.1) - Posición semisentada. Cabeza flexionada - ESCUPIR SALIVA. Evitar deglución. - Dieta absoluta durante doce horas - CONTROL DE DIURESIS / 24 HORAS - CONTROL DE PESO CADA 48 HORAS - ⇒Cada 7 días: pedir IONES, UREA, ALBÚMINA, PROTEINAS TOTALES - CUIDADOS CÁNULA (1.2.3.2). Vigilar que el enfermo ventila cómodamente. Al día siguiente de la intervención se pone cánula sin balón. Con buena luz. En la sala de curas : cambio de cánula a diario o si hay obstrucción.(si la cánula tiene macho cambiarlo 3 veces al día como mínimo o si estuviese obstruido). En técnicas parciales el médico indicará cuándo el paciente será decanulado (ver normas de decanulación en 1.2.3.1). - Vigilar si hay zonas de decúbito en el área periorifical (áreas de ampollas, necrosis o de fístula: moco, saliva). - HUMIDIFICADOR en habitación. - CUIDADOS DEL VENDAJE: cambio de vendaje y limpieza de la herida con antiséptico cada 72 horas. Si el vendaje está muy flojo o muy sucio puede cambiarse según precise. Los vendajes se mantendrán hasta que pueda retirarse la sonda nasogástrica (vendaje y sonda van juntos) salvo que se indique otra pauta. En laringofisuras (cordectomía) se pone apósito sin vendaje y los cuidados son similares a los de la traqueotomía simple (1.2.3) - TRAQUEOSTOMA: si el orificio mancha mucho o si hay fístula se harán tantos cambios de cánula y de vendaje como sean precisos hasta que se estabilice la situación. Procurar que el traqueostoma esté bien limpio y seco. - En fístulas: limpiar y secar bien con antiséptico cuantas veces sea necesario para que el área esté siempre limpia. Puede aplicarse en pasta Lassar. <p>⇒A LAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN (DÍA 1º)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se retira sonda vesical (nota: en pacientes con problemas prostáticos retirar la sonda cuando el paciente haya estado deambulando durante 24 horas) - Se cambia la cánula y se pone una sin balón y sin fenestración (se indicará el número) - Comenzar pauta de nutrición por sonda NG - Animar al paciente a levantarse por la tarde
<p>⇒a partir del 2º día debe darse al enfermo el LIBRO SOBRE LOS CUIDADOS DEL LARINGECTOMIZADO</p> <p>⇒ ADIESTRAR AL PACIENTE y FAMILIARES EN EL MANEJO DE CÁNULAS y CUIDADOS</p> <p>⇒ DARLE NOTA CON PRODUCTOS QUE DEBE TENER EN CASA si va a irse a casa con cánula (caso de laringectomía total y subtotal; en las otras técnicas el paciente va de alta sin cánula salvo excepciones) (BABEROS, HUMIDIFICADOR, CÁNULAS)</p> <p>⇒al 7º día pedir consulta a Foniatría</p> <p>⇒el día que el enfermo se vaya de alta debe dejarse pedido día de revisión en consulta para dentro de 20 días</p>	<p>⇒NUTRICIÓN POR SONDA NG (ver pautas 1.1.6)</p> <ul style="list-style-type: none"> - DIA 1º: PRECITENE HIPERPROTEICO®: 1 envase por sonda nasogástrica al 50% o PREPENTASET® 1 envase al 100% - DIA 2º: -PRECITENE HIPERPROTEICO®: 2 envases por sonda nasogástrica al 50% o PREPENTASET® 2 envases al 100 - DIA 3º y siguientes: -PRECITENE HIPERPROTEICO®: 3 envases por sonda nasogástrica al 100% complementando con 500 cm³ de agua al día. Suministrar agua cuantas veces pida el enfermo <p>⇒TOLERANCIA ORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la vía oral la iniciará el médico responsable según su criterio: <ul style="list-style-type: none"> ➢ al 14º día en laringectomía total o subtotal ➢ al 10º día en laringectomía supraglótica ➢ a las 24 horas en laringofisuras ➢ si hay fístula se retrasa hasta que se haya cicatrizado ➢ los dos primeros días que el enfermo esté comiendo por boca se le dará dieta completa pastosa, hidratándole bien pero evitando los líquidos solos (usar espesantes: Nutilis®, Ensure®)



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.2.2.2

FÍSTULAS CUTÁNEAS

**FÍSTULAS POSTQUIRÚRGICAS
FÍSTULAS TUMORALES**

Concepto:

Una fistula externa es un trayecto que une una víscera hueca con el exterior.

Tipos:

-FISTULA POSQUIRÚRGICA: puede aparecer tras un tratamiento quirúrgico, generalmente laringectomía total o subtotal, y su tendencia es hacia la curación en un periodo variable de tiempo. Habitualmente son **fístulas faríngeas o de cavidad oral**.

-FISTULA TUMORAL: se deben a persistencia o recidiva del tumor y suele asociarse con exteriorización tumoral suele presentarse

Objetivos:

Reconocer los factores de riesgo para prevenir la aparición de la fistula(escala de actividad)

Establecer cuidados precoces

Prevención:

Buena *higiene bucal*

Controlar la *enfermedad por reflujo gastroesofágico*

Mantener adecuada *nutrición*

Tratamiento:

1-CUIDADO DE LA PIEL:

-limpieza de la piel sana en torno al orificio fistuloso con agua tibia

-evitar usar antisépticos

-masaje con loción de calamina (pedir en farmacia)

-proteger la piel con pastas de silicona y cinc o goma karaya

2-RECOGER LAS SECRECIONES

-en el cuello es difícil poner sistemas de recogida

-puede hacerse aspirados frecuentes

-en los orostomas y esofagostomas pueden colocarse apósitos transparentes (Opsite®)

-si hay paso de secreciones a TRÁQUEA (por ejemplo en un laringectomizado) puede ponerse una CÁNULA CON

BALÓN DE BAJA PRESIÓN, cambiándola **al menos dos veces al día** y siempre que esté manchado.

3-ELIMINAR EL OLOR:

-mantener área limpia

-curas con miel, azúcar, yogur o mantequilla

-Metronidazol en gel al 0.8% (Rozex gel tópico®)

3-APOYO PSICOLÓGICO AL PACIENTE

-en las fistulas posquirúrgicas el paciente se deprime ya que el postoperatorio se prolonga

-en cada cura hay que atender TODAS las demandas y sugerencias del enfermo

-en cada cura hay que PROPONER AL ENFERMO METAS A CORTO PLAZO y HACERLE VER CADA PEQUEÑO

O GRAN AVANCE (por ejemplo: el detalle de que haya sido necesario limpiarle menos veces; ensalzar su decisión a limpiarse él mismo, etc.)

-NUNCA marcar un plazo de curación

-si se trata de una FÍSTULA TUMORAL debe explicarse al paciente la situación y ofrecerle metas que él pueda conseguir.

-IMPLICAR AL ENFERMO EN SUS CUIDADOS

4-APOYO A LA FAMILIA



1.2.3 – TRAQUEOTOMÍAS y CÁNULAS: CUIDADOS, COMPLICACIONES

1.2.3.1- TRAQUEOTOMÍA

Concepto: es la apertura de la tráquea para mantener la respiración.

Función de la traqueotomía:

- reducción del espacio muerto respiratorio
- reducción de la resistencia al flujo aéreo
- protección de la vía respiratoria ante aspiración
- evitar episodios de apnea
- mejorar la movilización de las secreciones en EPOC y mejorar la humidificación del árbol tráqueobronquial

Indicaciones de la traqueotomía:

- Obstrucción mecánica de la vía aerodigestiva superior (orofaringe, laringe, hipofaringe) de origen tumoral, inflamatoria, congénita, traumática, etc.
- Obstrucción provocada por secreciones:
 - Retención de secreciones por tos ineficaz (cirugía torácica y abdominal, bronconeumonía, estados de coma)
 - Hipoventilación alveolar (intoxicación por drogas, enfisema postquirúrgico, EPOC)
 - Retención de secreciones e hipoventilación (patología del SNC, -ACVA, encefalitis, Guillain-Barré, poliomyelitis, tétanos-), eclampsia, coma postoperatorio neuroquirúrgico, embolismo pulmonar,



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.2.3.1

TRAQUEOTOMÍA

TRATAMIENTOS MEDICOS	CUIDADOS GENERALES, NUTRICION
<p>⇒PREPARACION PARA LA INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preoperatorio (1.1.1) - CRUZAR SANGRE - Premedicación - Rasurado de cuello y tórax y barba - Coger vía venosa periférica en brazo izquierdo - Colocación de sonda vesical - En situaciones de urgencia no colocar sonda - Se maneja como CIRUGÍA CONTAMINADA ó SUCIA (C, S) (1.1.2) <p>⇒MEDICACIÓN POSTOPERATORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suero fisiológico (1500 ml / 24 H durante 48H) - Fluidoterapia y control hidroelectrolítico según criterio de UVI - Protección gástrica IV / 8 horas - Antibiótico - Analgesia <p>⇒TOLERANCIA ORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ a las 12 horas del postoperatorio ➤ si tolera dos tomas seguidas se pasa la medicación a vía oral y se retiran las vías ➤ si hubiese sonda NG se siguen los criterios de la pauta 1.1.6 ➤ si hay fistula se retrasa hasta que se haya cicatrizado (pautas 1.2.2.2) <p>⇒ ADIESTRAR AL PACIENTE y FAMILIARES EN EL MANEJO DE CÁNULAS y CUIDADOS</p> <p>⇒ DARLE NOTA CON PRODUCTOS QUE DEBE TENER EN CASA si va a irse a casa con cánula (BABEROS, HUMIDIFICADOR, CÁNULAS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados cervicotomía (1.2.1) - Posición semisentada. Cabeza flexionada - Dieta absoluta durante doce horas - CONTROL DE DIURESIS / 24 HORAS - CONTROL DE PESO CADA 48 HORAS - CUIDADOS CÁNULA (1.2.3.2). Vigilar que el enfermo ventila cómodamente. Al día siguiente de la intervención se pone cánula sin balón. Con buena luz. En la sala de curas : cambio de cánula a diario o si hay obstrucción.(si la cánula tiene macho cambiarlo 3 veces al día como mínimo o si estuviese obstruido). - HUMIDIFICADOR en habitación. Vigilar si hay zonas de decúbito en el área periorificial (áreas de ampollas, necrosis o de fistula: moco, saliva). - TRAQUEOSTOMA: si el orificio mancha mucho o si hay fistula se harán tantos cambios de cánula y de vendaje como sean precisos hasta que se estabilice la situación. Procurar que el traqueostoma esté bien limpio y seco. En fistulas: limpiar y secar bien con antiséptico y aplicar en la piel pasta Lassar. <p>⇒A LAS 24 HORAS DE LA INTERVENCIÓN (DÍA 1º)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se retira sonda vesical (nota: en pacientes con problemas prostáticos retirar la sonda cuando el paciente haya estado deambulando durante 24 horas) - Se cambia la cánula y se pone una sin balón y sin fenestración (se indicará el número) - Animar al paciente a levantarse por la tarde - Retirar puntos a los 6 u 8 días <p>⇒DECANULACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ la decanulación del enfermo la indicará el médico responsable ➤ sólo es posible decanular a un paciente si es capaz de mantener respiración oral-nasal (en traqueotomías con laringe normal o conservada) y si mantiene correcta deglución oral sin aspiraciones ➤ previamente el paciente ha debido estar con cánula fenestrada y tapada al menos durante dos días seguidos con sus noches. Ha debido comprobarse que en esos dos días el paciente mantiene una respiración confortable ➤ una vez decididos a decanular es suficiente con dejar la herida bien limpia y con apósito lo menos aparatoso posible. Decirle al paciente que cuando vaya a hablar o tenga tos o vaya a hacer esfuerzo que debe taparse con la mano en área del orificio para que no salga aire ni moco. El área debe estar siempre limpia cambiando el apósito cuantas veces sea necesario. Incluso puede dejarse el orificio abierto al aire indicando al paciente que se lo limpie con suero cada vez que lo note manchado.



1.2.3.2-CUIDADOS GENERALES DE LOS PACIENTES CON CÁNULA

-Objetivos:

Es necesario realizar una correcta evaluación del paciente portador de cánula traqueal.
Las fases para establecer este primer diagnóstico son:

1-¿QUE TIPO DE CÁNULA LLEVA EL PACIENTE?.	• es preciso reconocer y anotar el tipo de cánula que lleva (anotar marca, número, diámetro y características)
2-¿QUE TECNICA TIENE HECHA EL PACIENTE?	• reconocer y diferenciar entre el paciente portador de un TRAQUEOSTOMA permanente, habitualmente laringectomizado y TRAQUEOTOMIA en la que la laringe se conserva • debe eliminarse del vocabulario habitual la palabra "traqueo" (es frecuente oír y ver escrito "el paciente tiene hecha una traqueo") ya que no expresa nada y la mayoría de las veces supone ignorancia acerca de la patología que tiene el paciente
3-¿QUE MATERIAL MINIMO SE PRECISA CUANDO SE ACOGE EN CUALQUIER SERVICIO A UN PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA?	- dos cánulas de reserva idénticas a las que tiene el enfermo - dos cánulas de uso para el enfermo - devolver las cánulas que sobran cuando el paciente se vaya
4-¿QUE CUIDADOS MINIMOS PRECISA EL PACIENTE CON CÁNULA?	(ver apartados correspondiente)
5-¿QUE COMPLICACIONES MAS FRECUENTES PUEDE TENER EL PACIENTE Y COMO SE RESUELVEN?	• interesa, sobre todo, reconocer un cuadro de insuficiencia respiratoria , saber cómo evitarla y cómo tratarla en el caso de que se produzca

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE PORTADOR DE CÁNULA

1.1-Tiempo de permanencia de la cánula	permanente <input type="checkbox"/>	provisional <input type="checkbox"/>
1.2-Tipo de cirugía realizada	traqueotomía <input type="checkbox"/>	traqueostoma (laringectomizado) <input type="checkbox"/>
1.3-Tiempo desde que lleva la cánula	_____	
1.4-El paciente puede hablar	SI / NO	
1.5-El paciente puede cuidarse su cánula	SI / NO	
1.6-Tipo de cánula (marca y modelo):	_____	
1.7-Número de cánula (diámetro)	_____	
1.8-Higiene del orificio	está limpio <input type="checkbox"/>	está sucio, con secreciones <input type="checkbox"/>



1.2.3.2.1- CUIDADOS GENERALES DE LAS CÁNULAS

- En las primeras 24 horas se deja la **cánula con balón** que trae el paciente del quirófano (con frecuencia se deja el tubo con balón de traqueotomía). Sólo será necesario cambiar la cánula en esas primeras 24 horas si hubiese obstrucción u otras complicaciones.
- Es normal que se manche el babero con sangre sobre todo en las primeras 18-24 horas por lo que si está muy sucio debe ser limpiado.
- Transcurridas esas primeras 24 horas **se cambia la cánula** a otra **sin balón (y sin fenestración)**. Como norma general vale: en laringectomía total se pondrá el mayor calibre posible (nº 8 o el nº 10 en algunos casos) y en las laringectomías parciales una cánula del nº 6.
- **DECANULACIÓN:** cuando queremos que el enfermo empiece a respirar por la boca pero mantener cánula colocamos cánula nº6 **fenestrada (y sin balón)**. Esto lo hacemos en las traqueotomías y en las técnicas parciales a partir de las 48 horas. Según cada caso se irá indicando cuando puede taparse la cánula.
- **CAMBIOS DE CÁNULA:** **al menos una vez al día** y el macho **3 veces al día** o siempre que esté sucio. En caso de obstrucción se debe cambiar todo el sistema con las precauciones que se indican más adelante.
- **CÓMO HACER EL CAMBIO:**
 - tener cánula de recambio preparada y otra de diámetro inferior a mano
 - tener buena fuente de luz
 - tener sistema de aspiración preparado
- **PARA EVITAR LA FORMACIÓN DE TAPONES DE MOCO QUE PUEDEN SER MORTALES:**
 - el ambiente debe estar húmedo (mantener HUMIDIFICADOR en la habitación)
 - el paciente puede colocarse ante el humidificador dos o tres veces al día para expectorar
 - a través de la cánula puede echarse suero estéril con o sin mucolítico (de uno a tres mililitros cada 3 o cuatro horas) para ayudar a la expectoración
- La limpieza y cambio de cánula **ES LO PRIMERO QUE DEBE HACERSE POR LA MAÑANA** SOBRE TODO SI EL ENFERMO TIENE TAQUIPNEA ya que la retención de secreciones es mayor durante la noche.
- **CÓMO ASPIRAR EL MOCO:** al introducir la sonda de aspiración esta debe ir sin aspirar (acodada o con el orificio abierto), debe hacerse suavemente sin sobrepasar el límite de la cánula para evitar irritación de la tráquea (sólo aspirar el recorrido de la cánula) y animar al paciente a toser para expulsar por sí mismo el moco. En la cánula de Montgomery y similares debe aspirarse también la luz superior.
- **MATERIAL QUE DEBE TENER EL PACIENTE EN CASA:**
 - SUERO FISIOLÓGICO ESTÉRIL
 - JERINGUILLAS DE 10 ml.
 - AMPOLLAS DE MUCOLÍTICO (LACERMUCÍN®)
 - VAPORIZADOR (preferible de ultrasonidos)
 - BABEROS PARA LARINGECTOMIZADOS (TRAQUEOS®)
 - DOS CÁNULAS DEL MODELO QUE SE LE INDIQUE
 - ASPIRADOR DE SECRECIONES (especialmente en pacientes con EPOC o encamados)



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.2.3.2.2

CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE PORTADOR DE CANULA

-Cuidados generales

- mantener hábitos similares a los que tiene el paciente
- mantener comunicación pausada con el enfermo permitir que se exprese verbalmente, por escrito o con gestos
- *mantener humedad del ambiente*
- *mantener orificio siempre limpio*
- *no abusar de las aspiraciones*
- *echar suero fisiológico en traqueostoma varias veces al día*

-Material que debe haber cuando ingresa un paciente portador de cánula

- recambio de la cánula (al menos 2 ó 3 de repuesto)
- apósitos TRAQUEOS®
- sondas de aspiración atraumáticas
- LACERMUCIN®
- un aspirador en la habitación
- un vaporizador en la habitación
- suero fisiológico con jeringa de 5 ó 10 ml
- gasas / compresas y depósito con suero para limpiar sonda

1.2.3.2.3

CUIDADOS LOCALES DEL PACIENTE PORTADOR DE CANULA

-Portador de cánula en los primeros 15 días (*reciente*)

- cambio de la cánula *diariamente*
- cambio del macho de la cánula *al menos tres veces al día y siempre que se considere necesario*
- cambio del apósito siempre que esté sucio y al menos una vez al día
- *mantener humedad en el ambiente*
- echar en la cánula suero fisiológico (dos o tres gotas cada dos horas)

3.1-Portador de cánula después de 15 días (*estable*)

- **LARINGECTOMIZADO**
 - cambio de cánula a diario y siempre que sea necesario
 - si el traqueostoma es estable algunos pacientes pueden estar sin cánula y sólo es necesario la limpieza del traqueostoma
- **TRAQUEOTOMIZADO**
 - cambio de la cánula *cada dos días y siempre que sea necesario*
 - cambio del macho *al menos dos veces al día*



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.2.3.2.4

COMPLICACIONES DEL PACIENTE PORTADOR DE CANULA.

Actuación en caso de INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA

➤ **DIAGNOSTICO DE LA SITUACION**

- Ha de sospecharse insuficiencia respiratoria aguda en todo paciente portador de cánula que hallándose previamente bien presenta uno o varios de estos signos:

- *agitación y nerviosismo*
- *sudoración profusa*
- *respiración agitada y de alta frecuencia*
- *tiraje*
- *síncope*
- *ruido inspiratorio*

➤ **CAUSAS PROBABLES**

- La más frecuente es la *existencia de un tapón de moco en la cánula ó en la tráquea*
- Otras:
 - *falsa vía* :Si ha coincidido tras el cambio de la cánula en paciente traqueotomizado puede haberse introducido la cánula en el tejido celular subcutáneo en vez de estar colocada en la tráquea
 - *hemorragia*: puede producirse aspiración de sangre y taponamiento de la tráquea por coágulos

➤ **SOLUCION DEL CUADRO DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA**

➤ ⇒ **DEL TAPÓN DE MOCO**

- 1º-RETIRAR EL MACHO o la cánula completa en el caso de un laringectomizado
- 2º-ECHAR LACERMUCIN® o SUERO FISIOLÓGICO para forzar a disolver y soltar el tapón, obligando al paciente a toser sobre una compresa
- 3º-ASPIRAR SUAVEMENTE el moco sin irritar la tráquea
- 4º-poner AEROSOLIZACIÓN (vaporizador ultrasónico)
- 5º-poner cánula limpia una vez resuelto el problema

➤ ⇒ **DE LA FALSA VÍA AL CAMBIAR LA CÁNULA**

- 1º-RETIRAR INMEDIATAMENTE LA CANULA
- 2º-ayudarse de una *buena fuente de luz* y ver bien la tráquea
- 3º-introducir cánula limpia y asegurarse de que está en tráquea

➤ ⇒ **DE LA HEMORRAGIA ABUNDANTE CON TAPONAMIENTO TRAQUEAL**

- 1º-un ayudante debe aspirar la sangre
- 2º-RETIRAR LA CANULA y **CAMBIARLA POR OTRA CANULA CON BALÓN.**
- **Si es necesario poner un tubo de intubación orotraqueal (que permite llevar el tubo por debajo del área sangrante si lo hubiera en la tráquea) e hinchar el balón**
- 3º-hinchar el balón y comprobar que el paciente respira
- 4º-detener la hemorragia



1.3 CIRUGÍA DE OROFARINGE Y CAVIDAD ORAL

-Concepto:

Se incluyen aquí los tratamientos que se realizan en la cavidad oral (lengua, suelo de boca, encías) y en la orofaringe (generalmente amígdala palatina -amigdalectomía- y adenoidectomía) a través de la boca.

1.3.1

CIRUGÍA DE OROFARINGE Y CAVIDAD ORAL

**Amigdalectomía
Cirugía del ronquido
Resección parcial de lengua
Resección de tumores de cavidad oral**

TRATAMIENTOS MEDICOS	CUIDADOS GENERALES, NUTRICION Y CONTROLES
<p>⇒PREPARACION PARA LA INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preoperatorio (1.1.1) - Premedicación - Vía venosa periférica en brazo izquierdo - Se maneja como CIRUGÍA CONTAMINADA o SUCIA (C, S) (1.1.2) - Si se asocia cervicotomía además: ➤ CRUZAR SANGRE si va a asociarse con cervicotomía ➤ Rasurado de cuello y tórax y barba. En cirugía de parótida además hacer RASURADO PERIAURICULAR - Vía venosa periférica en brazo contrario al lado que se vaya a operar - Colocación de sonda vesical (en vaciamentos ganglionares, cirugía de parótida y cuando vaya a hacerse cirugía de faringe y laringe asociada) <p>⇒MEDICACIÓN POSTOPERATORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suero fisiológico (1500 ml / 24 H) - Protección gástrica IV / 8 horas x 24 horas - Analgesia <p>⇒TOLERANCIA ORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probar tolerancia a las 6 u 8 horas postoperatorio - Cuando tolere dos tomas retirar vía (y pasar la medicación a oral si fuese necesario) - En pacientes con sonda NG se seguirá la pauta habitual (ver 1.1.6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Posición semisentada - Dieta líquida – pastosa fría (líquidos fríos) al menos en las primeras 48 H (agua, zumo, flan, yogur, espesantes, etc.). Debe insistirse al paciente en que debe beber - Enjuague con agua fría (agua con hielo) varias veces al día (sobre todo si hay dolor o hemorragia leve) - Si hubo cervicotomía u otras técnicas asociadas se han de seguir las pautas correspondientes - Es frecuente: <ul style="list-style-type: none"> ➤ que haya sangrado (rameado sanguinolento con saliva) ➤ vómito hemático (de sangre deglutida y digerida, de color negro) ➤ dolor de oído ➤ odinofagia ➤ fiebre en las primeras 48 horas - Signos de alarma que obligarán a llamar al médico: <ul style="list-style-type: none"> ➤ hemorragia abundante de sangre roja fresca ➤ signos o síntomas de insuficiencia respiratoria ➤ agitación o síncope ➤ fiebre superior a 38°C - Si tolera oral pasar a dieta normal - Nutrición: pauta 1.1.6 - En diabéticos seguir pautas 1.1.3 - Para adenoamigdalectomía seguir pautas 1.3.2



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.3.2

CUIDADOS ESPECÍFICOS EN ADENOAMIGDALECTOMÍA

INSTRUCCIONES	CONTROL DE COMPLICACIONES:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ al llegar a planta TOMAR CONSTANTES VITALES cada dos horas (pulso, temperatura, frecuencia respiratoria y tensión arterial) ➤ PAUTA INTRAVENOSA: <ul style="list-style-type: none"> - en niños menores de 10 Kg: suero glucosalino (1000 ml / 24 horas) - entre 10-20 Kg: suero glucosalino (1000 ml/ 24 h para los 10 primeros Kg + 50 ml / Kg / día para los que exceda) - más de 20 Kg: 1500 ml para los primeros 20 Kg + 20 ml/Kg/ día para los que exceda) - adultos – jóvenes: suero glucosado al 5% alternando con salino 0.9% (total 2500 ml/24h) - CLORURO POTÁSICO (CIK): añadir 2mEq por cada 100 ml de suero ➤ Cuando orine, medir CETONURIA. ➤ TOLERANCIA ORAL: <ul style="list-style-type: none"> - a las 6 horas de la intervención con líquidos fríos (agua, manzanilla, zumo no cítrico) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ DOLOR (ver pautas 1.1.4) <ul style="list-style-type: none"> • paracetamol: 15 mg/Kg/6H/ rectal • proparacetamol: 30 mg/Kg/6H perfusión IV ➤ VÓMITOS: <ul style="list-style-type: none"> • comprobar si hay CETONURIA (actuar según pauta) • ondansetron: 0.10 mg/Kg/ IV • si es sangre negra-coagulada no alarmarse • si son escasos no alarmarse • si son persistentes avisar al pediatra u ORL • Acetuber® (sup inf ó ad): 1 cada 6-8H ➤ HEMORRAGIA: <ul style="list-style-type: none"> • el pequeño rameado de sangre es frecuente (por boca o por fosas nasales). No alarmarse • si es hemorragia abundante con sangre roja-fresca avisar a ORL ➤ CONVULSIONES: <ul style="list-style-type: none"> • avisar al pediatra • si hay fiebre: medidas físicas y antitérmico • determinar: glucosa, urea, iones y hematocrito urgente ➤ CETONURIA Si hay cetonuria y no ha probado tolerancia oral poner 5gr de glucosa en 100ml de perfusión. Repetir determinación a las 2 horas (si se corrigió entonces retirar la glucosa; si persiste cetonuria mantener perfusión y repetir a las 2 horas). Si hay cetonuria y ya tolera vía oral, administrar agua azucarada (dos vasos) y repetir determinación a las 2 horas.



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.5- CIRUGÍA DE FOSAS NAALES Y SENOS PARANAALES.

-Concepto:

Es aquella cirugía que realizamos en la nariz y en los senos paranasales.

Incluimos en este grupo: septoplastias (operaciones sobre el tabique nasal), rinoplastias (corrección estética nasal), cirugía endoscópica nasal, cirugía de senos paranasales mediante técnicas clásicas (Caldwell-Luc, Ermiro de lima) y polipectomía endonasal.

Es cirugía contaminada (C) o sucia (S).

1.5

CIRUGÍA DE FOSAS NAALES Y SENOS PARANAALES

**Cirugía endoscópica nasal
Septoplastia, rinoplastia
Otras cirugías de senos paranasales**

TRATAMIENTOS MEDICOS	CUIDADOS GENERALES, NUTRICION Y CONTROLES
<p>⇒PREPARACION PARA LA INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preoperatorio (1.1.1) - Premedicación - Vía venosa periférica en brazo IZQUIERDO - RASURADO de BARBA y BIGOTE - Se maneja como CIRUGÍA CONTAMINADA o SUCIA (C, S) (1.1.2) <p>⇒MEDICACIÓN POSTOPERATORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suero fisiológico (1500 ml / 24 H) - Protección gástrica IV / 8 horas x 24 horas - Analgesia - Antibioterapia <p>⇒TOLERANCIA ORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probar tolerancia a las 6 u 8 horas postoperatorio - Cuando tolere dos tomas retirar vía (y pasar la medicación a oral si fuese necesario) 	<ul style="list-style-type: none"> - Posición semisentada - Ambiente húmedo (poner vaporizador en habitación) - -si tiene dolor, además de la analgesia que se pauté, es útil colocar hielo en el área taponada (nariz y área orbitaria que esté dolorida dejando que actúe el frío durante 7 a 10 minutos, tres o cuatro veces al día o cuantas veces lo precise). Es importante evitar las quemaduras por el frío protegiendo con una toalla la piel y advirtiéndolo al enfermo. - Si tiene puesta "bigotera" puede cambiarse si estuviese manchada - En intervenciones como "Caldwell Luc" se deja esparadrappo sobre el labio superior para que comprima. NO debe retirarse hasta pasadas 48 horas. - Si tuviese sonda vesical, retirarla a las 24 horas



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

1.6- CIRUGÍA ENDOLARÍNGEA Y PANENDOSCOPIA

-Concepto:

Es la cirugía que se realiza en la laringe a través de un laringoscopio que se mete por la boca y con la visión a través del microscopio (en conjunto es una microlaringoscopia directa en suspensión asociada a microcirugía endolaríngea). Se incluyen aquí: la panendoscopia y la microcirugía endolaríngea.

En esta cirugía no estamos abriendo la laringe ni la tráquea.

Es cirugía limpia (L).

1.6

CIRUGÍA ENDOLARÍNGEA Y PANENDOSCOPIA

TRATAMIENTOS MEDICOS	CUIDADOS GENERALES, NUTRICION Y CONTROLES
<p>⇒PREPARACION PARA LA INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preoperatorio (1.1.1) - Premedicación - Vía venosa periférica en brazo IZQUIERDO - RASURADO de TÓRAX en el caso de que vaya a colocarse reservorio IV (1.1.6) - Se maneja como CIRUGÍA LIMPIA(L) (1.1.2) <p>⇒MEDICACIÓN POSTOPERATORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suero fisiológico (1500 ml / 24 H) - Analgesia <p>⇒TOLERANCIA ORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probar tolerancia a las 6 u 8 horas postoperatorio - Cuando tolere dos tomas retirar vía 	<ul style="list-style-type: none"> - En las primeras tres horas se debe estar atento a signos que pudieran orientar a insuficiencia respiratoria aguda. - En general, recomendar reposo de voz

Concepto:

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) incluye la realización de procedimientos quirúrgicos bajo cualquier tipo de anestesia que permite dar de alta al paciente a las pocas horas después del tratamiento.

Criterios de inclusión:

- ASA I y II. (ASA III médicamente estables)
- Información adecuada verbal y escrita. Aceptación.
- Adulto responsable (cuidador)
- Teléfono
- Medio de transporte disponible
- Distancia del hospital (tiempo de traslado inferior a 30 minutos)

Criterios de exclusión:

- quienes no cumplan alguno de los criterios de inclusión
- ASA III-V
- Infección de vías altas: fiebre 38°C, insuficiencia respiratoria
- incumplimiento de las horas de ayuno
- niños con síndrome de apnea del sueño
- niños menores de 3 años

Preparación y cuidados en CMA:

1.7

TRATAMIENTOS MEDICOS	CUIDADOS GENERALES, NUTRICION Y CONTROLES
<p>⇒PREPARACION PARA LA INTERVENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preoperatorio (1.1.1) - Premedicación - Vía venosa periférica (lado según tipo de intervención) - * Preparación según tipo de intervención (seguir pautas del apartado correspondiente) <p>⇒MEDICACIÓN POSTOPERATORIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suero fisiológico (1500 ml / 24 H) - Analgesia <p>⇒TOLERANCIA ORAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Probar tolerancia a las 6 u 8 horas postoperatorio - Cuando tolere dos tomas retirar vía 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir los cuidados específicos de la técnica realizada (ver apartado correspondiente) - En las primeras tres horas se debe estar atento a signos que pudieran orientar a insuficiencia respiratoria aguda. <p>CRITERIOS DE ALTA EN CMA (Carrasco, 1999)</p> <ul style="list-style-type: none"> • signos vitales estables al menos durante una hora • no evidencia de depresión respiratoria • bien orientado (en persona, espacio y tiempo) • tolerar bien los líquidos orales • ser capaz de orinar • ser capaz de vestirse solo • andar sin ayuda • NO debe tener vómitos • NO debe tener dolor intenso • NO debe tener hemorragia <p>- Ver escala de Aldrete</p>

ESCALA DE ALDRETE PARA CIRUGÍA AMBULATORIA (Carrasco, 1999)

Criterio	Puntos	Criterio	puntos
Movilidad espontánea o al ser requerido		Vestuario	
4 extremidades	2	Seco y limpio	2
2 extremidades	1	Húmedo	1
0 extremidades	0	Área de humedad creciente	0
Respiración		Dolor	
Capaz de respirar y toser	2	Sin dolor	2
Disnea/ respiración superficial	1	Dolor leve controlado con medicación oral	1
Apnea	0	Dolor severo que requiere medicación parenteral	0
Tensión arterial preoperatoria		Deambulación	
± 20 mmHg de su nivel preoperatorio	2	Capaz de permanecer de pie y andar recto	2
± 20 – 50 mmHg de su nivel preoperatorio	1	Vértigo cuando se levanta	1
> de 50 mmHg de su nivel preoperatorio	0	Mareo cuando está en decúbito supino	0
Consciencia		Alimentación	
Despierto	2	Capacidad para beber líquidos	2
Se despierta al llamarle	1	Náuseas	1
No responde	0	Náuseas y vómitos	0
Saturación de oxígeno		Diuresis	
>92% con aire ambiente	2	Ha orinado	2
necesidad de oxígeno para mantener saturación > 90%	1	No orina pero está confortable	1
Saturación de oxígeno < 90% pese al oxígeno inhalado	0	No orina y está molesto	0



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

Complicaciones en CMA:

- **DOLOR** (ver apartado sobre el dolor, 1.1.4)
- **HEMORRAGIA:**
 - conocer si hubo ingesta de ácido acetilsalicílico, derivados u otros antiagregantes en los últimos quince días
- **NÁUSEAS y VÓMITOS**
 - Pautas de profilaxis y/o tratamiento:
 - **droperidol:** 10-20 µg/Kg
 - **dehidrobenzoperidol:** en adulto: 1.25mg
 - **metoclopramida:** 10 mg/IV (0.15 mg/Kg en niños)
 - **ondansetrón:** 4 mg/IV (0.1 mg/Kg en niños)
 - **efedrina:** 0.5 mg/Kg (profilaxis)
 - **dexametasona:** 8 mg/IV como profilaxis
 - **escopolamina:** Buscapina ® (10-20mg/6H)(sup y grageas de 10mg; viales de 20mg)
 - **oxigenoterapia**
- **LARINGOESPASMO**
 - la incidencia está en torno al 1% postintubación orotraqueal
 - más frecuente en pacientes entre 1 y 4 años
 - en niños suele presentarse en el periodo comprendido entre la extubación inmediata y las 3 horas
 - tras intubación difícil o traumática
 - en intubación prolongada (mayor de una hora)
 - cirugía cervical y orotraqueal
 - Pauta de tratamiento:
 - oxígeno con presión positiva
 - hiperextensión del cuello subluxación de la mandíbula
 - **succinilcolina** (1mg/kg)
- **EDEMA DE LARINGE**
 - oxígeno humedecido y frío
 - nebulización con mascarilla de 0.5 ml de **adrenalina racémica al 2.25%** disuelta en 3 ml de suero fisiológico ó
 - **dexametasona** intravenosa (4-8 mg)
- **TROMBOSIS VENOSA y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**
(ver en preparación preoperatoria anestésica, 1.1.1)



NuevoHospital
versión digital

ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
ZAMORA

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

Volumen II - Nº 28 - Año 2002

Nº EDICIÓN: 30

Publicado el 21 de noviembre de 2002

Página 61 de 90

GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

BLOQUE 2-CUIDADOS EN ONCOLOGÍA CÉRVICOFACIAL



Concepto:

La patología tumoral tiene un gran **IMPACTO** sobre el **PACIENTE** desde el punto de vista **FÍSICO** (síntomas, incapacidad) como **PSICOEMOCIONAL** (infravaloración, aislamiento) y sobre su **ENTORNO FAMILIAR y SOCIAL**.

Los cuidados que se ofrecerán al paciente dependen de diversos factores que condicionarán sus necesidades:

1-factores dependientes *DEL TUMOR*: su localización (no se manifiesta igual un tumor laríngeo que un tumor de rinofaringe).

2-factores dependientes *DEL TRATAMIENTO*: las diversas modalidades terapéuticas específicas (quimioterapia, cirugía o radioterapia) tendrán efectos secundarios que influirán sobre el bienestar del enfermo.

3-factores dependientes *MOMENTO EVOLUTIVO*: distinguiamos los siguientes periodos:

-periodo de **diagnóstico**: a veces existe incertidumbre sobre el origen real de los síntomas, se hace necesario realizar estudios que generan ansiedad en el enfermo (miedo a que haya pruebas dolorosas, miedo en general a lo desconocido). Pueden aparecer estados de ansiedad.

-periodo de **tratamiento**: los tratamientos son largos y con efectos secundarios que es necesario advertir al enfermo y familiares para minimizar su impacto.

-periodo de **seguimiento post-tratamiento**: una vez concluidos los tratamientos específicos antitumorales se somete al paciente a un periodo de seguimiento durante cinco años a fin de detectar con precocidad una posible recidiva o un nuevo tumor. Este periodo está marcado por la incertidumbre. Cada nueva consulta genera en el enfermo una rememoración de todo el periodo de diagnóstico por lo que aparecen trastornos de ansiedad desde días previos a la consulta y a veces con la aparición de síntomas banales.

-periodo de **cuidados paliativos**: cuando al paciente no se le van a realizar tratamientos curativos se impone realizar el control de los síntomas. Este periodo es muy variable de unos enfermos a otros y sus situaciones físicas personales (síntomas, estado del tumor, tratamientos previos realizados) también varían enormemente. Cambia si estos cuidados se realizan en domicilio con controles ambulatorios o si se realizan en el hospital.

-paciente **moribundo y cuidados en el momento de la muerte** al que dedicaremos un capítulo.

4-factores **PSICOSOCIALES**: nivel socioeconómico, nivel intelectual, creencias religiosas, escala de valores.



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

Objetivo:

Desde 1992 se lleva a cabo la actividad de la Unidad de Oncología Cérvicofacial según queda esquematizado en la FIGURA.

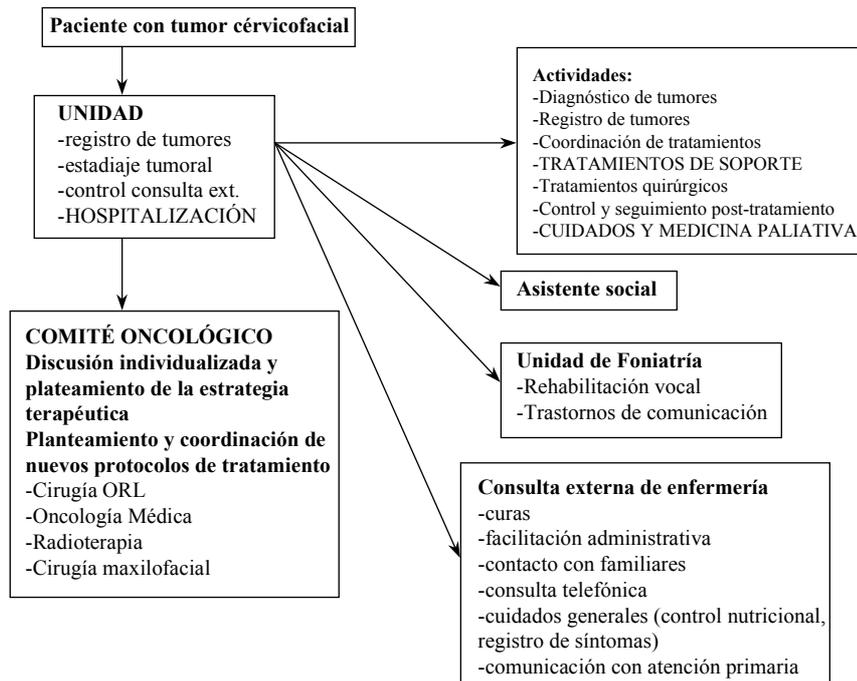
Durante todo el proceso de la enfermedad probablemente sea la **INFORMACIÓN** y la **COMUNICACIÓN** con el enfermo y su familia el factor más importante. Saber exponer cada paso adecuadamente y adelantarse a las dudas dando información de lo que se hace y porqué se hace.

Debemos conseguir la **IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES**

Debemos conseguir la **IMPLICACIÓN DEL PACIENTE EN SUS CUIDADOS** llevándolo a una **AUTONOMÍA COMPLETA** enseñándole cada cuidado y haciendo que sea él quien lo realice (ó su cuidador primario)

En definitiva nuestro objetivo es conseguir, además de la curación, el **MÁXIMO BIENESTAR DEL PACIENTE** (SU bienestar, según SUS valores).

**Estructura de la Unidad de Oncología Cérvicofacial del Servicio de ORL.
Hospital Virgen de la Concha. Zamora. INSALUD**



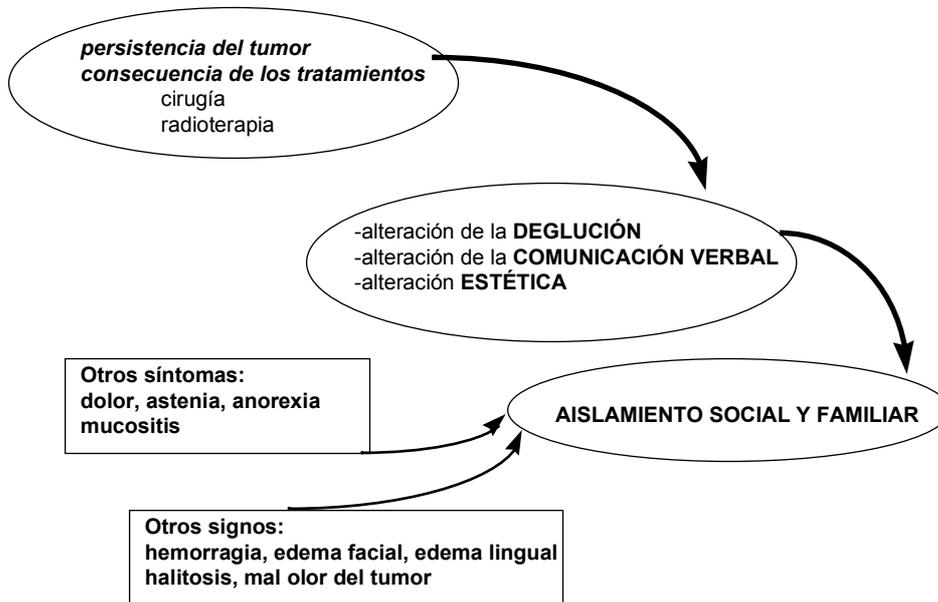


GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

Debido a que los tumores cérvicofaciales afectan a órganos y estructuras implicados en la deglución, respiración o en la emisión de lenguaje articulado el impacto que la enfermedad o la consecuencia de los tratamientos van a tener sobre el enfermo inciden en estos tres aspectos. Por otra parte las consecuencias estéticas, las mutilaciones (tanto por la presencia de un posible tumor no tratado como por su recidiva o por las consecuencias de los tratamientos) conducen a la infravaloración del enfermo y a su aislamiento.

Un paciente que no puede comer sentado en una mesa “normalmente” porque no puede masticar, o porque no puede deglutir la comida, o porque no puede contener la saliva evita participar en reuniones sociales. Una persona que no puede mantener una comunicación verbal fluida porque no puede articular bien el lenguaje (porque le falta parte de la mandíbula o la lengua total o parcialmente) o porque le fue extirpada la laringe (total o parcialmente) también evitará situaciones que le obliguen a mantener una comunicación verbal fluida. Con frecuencia los trastornos de deglución y de comunicación verbal se asocian en la misma persona. Por otro lado las consecuencias estéticas (mutilaciones, amputaciones, cicatrices) y sensoriales (alteración del olfato, alteración del gusto, pérdida de visión, hipoacusia) unido a otros síntomas o signos (dolor, halitosis, mal olor de secreciones, xerostomía, etc.) influyen muy negativamente sobre el bienestar y la autoestima del paciente y contribuyen enormemente a su aislamiento del entorno social y familiar.

Factores que influyen sobre el aislamiento progresivo del enfermo.





Concepto:

El primer contacto con el enfermo y con su familia se realiza en la consulta. Los datos personales y sobre el diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad se registra en un modelo de historia especial (protocolo oncológico). A cada historia se le da un número por orden de llegada (número de protocolo; registro que se realiza así desde 1992) que se anota en el sobre y en el protocolo. Además, se registran los datos en un fichero por orden alfabético y en un libro de registro por orden de llegada (número de protocolo). Estas historias se archivan en la Unidad de Oncología.

Antes de iniciar cualquier tratamiento es necesario tener un diagnóstico histopatológico del tumor (obtenido mediante biopsia). La biopsia se realizará de diversas formas y con diversas técnicas según la localización tumoral (con anestesia local o con general, mediante cervicotomía o por punción con aguja fina -PAAF-). Para conocer la extensión local del tumor se hace una completa exploración ORL (oídos, fosas nasales, rinofaringe, orofaringe, laringe, cavidad oral, cuello; los sistemas ópticos que se emplean han mejorado la calidad de los diagnósticos y la detección de lesiones con mayor precocidad). El estudio local se suele completar con la realización de una panendoscopia bajo anestesia general (se explora al paciente anestesiado: la hipofaringe, el esófago y la laringe; en muchos pacientes estas exploraciones son sustituidas por otras exploraciones: fibrobroncoscopia, fibrogastroscopia). También es frecuente solicitar estudio por imagen local que indica la extensión local y regional (ganglios) por lo que se solicita TAC (tomografía axial computadorizada) y/o RMN (resonancia magnética nuclear). Además para descartar la existencia de metástasis se solicita radiografía de tórax y ecografía hepática (a veces y según la extensión del tumor se solicita gammagrafía ósea -scán óseo-). Otras pruebas que se solicitan son: analítica de sangre (hemograma, fórmula leucocitaria, ionograma, glucemia, urea, creatinina, GOT, GPT, γ GT, albúmina, proteínas totales, Ca, P, Mg, Fe y transferrina).

Según los resultados obtenidos registramos la extensión del tumor según la clasificación TNM de la UICC que queda resumida en la TABLA. Es importante estar familiarizado con ella ya que nos da una idea inmediata de la extensión tumoral y, en parte, de su pronóstico inicial.



**GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA
ESTUDIO DE EXTENSIÓN TUMORAL.**

Pruebas que se solicitan:

- Análítica de sangre completa:** hemograma, fórmula leucocitaria, ionograma, glucemia, urea, creatinina, GOT, GPT, γ GT, albúmina, proteínas totales, Ca, P, Mg, Fe y transferrina
- Estudio de coagulación**
- Grupo sanguíneo**
- Sistemático de orina**
- ECG**
- RX tórax**
- ECOGRAFÍA ABDOMINAL** para descartar metástasis hepáticas
- TAC ó RMN** del área de interés (generalmente de cuello pero según el tipo de tumor puede ser necesario solicitar TAC de otras zonas: mediastino, abdomen o pelvis).
- ESPIROMETRÍA:** en pacientes con EPOC o de riesgo
- valoración PREANESTÉSICA:** en pacientes a los que se les va a realizar estudios diagnósticos bajo anestesia general (panendoscopia, adenectomía, cervicotomía exploradora, etc.)

**ESTADIOS TUMORALES SEGÚN LA TNM DE LA UICC
(RESUMIDO Y ESQUEMATIZADO)**

EXTENSIÓN DEL TUMOR PRIMARIO (T)

Tis: tumor "in situ"
To: no hay tumor primario
Tx: el tumor primario es de origen desconocido
T4: el tumor invade estructuras adyacentes

	T1	T2	T3
localización			
Laringe/Hipofaringe glotis	1 región (1b: ambas ccvv)	2 regiones	fijación movilidad
C.oral/Orofaringe	< 2 cm.	2-4 cm.	> 4 cm.
Nasofaringe	1 región	2 regiones	invade FN y/o orofaringe
Fosas nasales (FN) Senos paranasales	mucosa	lisis infraestructura	osteolisis / piel mejilla / pared posterior / etmoides anterior
Gl. salivales	< 1cm.	2-4 cm.	4-6 cm. o disfunción del nervio. facial
Tiroides	< 1cm.	2-4 cm.	> 4 cm.
Piel	< 2cm.	2-4 cm.	> 4 cm.

(TNM-UICC, 1989)

ADENOPATÍAS EN EL CUELLO (N)

No: no hay ganglios en el cuello
Nx: no se encuentran pero se sospecha su existencia aunque no puede demostrarse
N1 homolateral \leq 3cm.
N2 a-homolateral 3-6cm.
b-dos o más < 6cm.
c-contralateral o bilaterales < 6cm.
N3 > 6 cm

METÁSTASIS A DISTANCIA (M)

Mo: No se han detectado metástasis
M1: Si se han detectado metástasis (se especifica el lugar o lugares de asiento de dichas metástasis)
Mx: Se tienen sospechas de que pueda existir alguna metástasis pero no se ha podido demostrar

GRADOS DE EXTENSIÓN TUMORAL SEGÚN EL ESTADIO TNM

I	→T1
II	→T2
III	→ cualquier T3 ó cualquier N1
IV	→ cualquier T4; cualquier N2 ó 3; cualquier M1

ACTIVIDAD TUMORAL

Ao: tumor inactivo
A1: sospecha de tumor activo pero no puede demostrarse
A2: el tumor está activo pero estable sin progresar
A3: tumor en progresión



2.2.1-Introducción y conceptos

Paliar (del latín *palliatius*) significa encubrir, disimular, cohonestar. De especial interés este último concepto cuyo significado es dar apariencia de justa o razonable un acción que no lo es, hacer compatible una cualidad, actitud o acción con otra de exigencias contrarias. La lucha por mantener la vida ha sido el objetivo principal de la actividad médica por lo que *cohonestar* la actividad médica con el camino hacia la muerte es difícil. El proceso de morir lleva implícito esa carga de injusticia, de sufrimiento, de dolor físico y moral. **Los cuidados paliativos pretenden disimular y mitigar los síntomas físicos y hacer compatible el ejercicio médico con ese proceso de morir asumiendo que ya no es posible garantizar la supervivencia del individuo.**

Tal vez porque los cuidados paliativos se enmarcan en un proceso de tratamiento activo no parece muy adecuada la palabra terminal para referirse al ser humano cuya vida va extinguiéndose. De hecho la palabra terminal pasa al lenguaje corriente con un sentido de derrota y no transmite actividad ni acción sino una clasificación como algo que acaba. En boca de las personas del entorno del enfermo referirse al enfermo como terminal transmite derrota e infravaloración de la persona. Por otro lado el periodo de agonía (del griego *αγών*, lucha, combate) no implica paralización de los cuidados sino que ha de definir nuestra propia actividad junto al enfermo, la de agonizar (auxiliar al moribundo o ayudarlo a bien morir).

La OMS define los cuidados paliativos como **el cuidado activo y total de los pacientes desde el momento en que su enfermedad no responde a las medidas curativas siendo el objetivo principal el control del dolor y otros síntomas, así como solucionar los problemas sociales y espirituales.** La meta del apoyo paliativo es **ofrecer la más alta calidad de vida posible** al paciente y a su familia mitigando los síntomas.

En resumen, el cuidado paliativo

- **Afirma la vida y considera normal el proceso de morir.**
- **No acelera la muerte ni la pospone.**
- **Facilita el alivio del dolor y otros síntomas.**
- **Integra los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.**
- **Ofrece un sistema de soporte para ayudar al paciente a vivir lo más activo posible hasta el momento de su muerte.**
- **Ofrece un sistema de ayuda a la familia para afrontar de la mejor manera la enfermedad del paciente y el duelo.**

Con estos objetivos nos planteamos los cuidados paliativos en Otorrinolaringología estableciendo **sistemas de actuación protocolizados** sobre todo orientados al control de los síntomas, teniendo en cuenta nuestras carencias estructurales actuales al faltar una auténtico programa que organice los cuidados paliativos tanto intra como extrahospitalarios. En la TABLA se exponen a título de ejemplo, los síntomas que con más frecuencia se recogieron de los pacientes terminales fallecidos en el periodo 1992-1996. Como muestra es suficiente para hacerse una idea de las quejas físicas más comunes.

Otro aspecto está en el estado físico en que llegan los pacientes al momento de la muerte (pacientes con tumor exteriorizado, pacientes laringectomizados previamente o con otras mutilaciones cervicales o en boca que impiden una comunicación verbal, caquexia, hemorragias, pacientes con sondas de gastrostomía, traqueotomizados, etc.).



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

Pacientes fallecidos en el periodo 1992-1996.

Síntomas y signos registrados en el periodo de agonía y/o estado moribundo.

	n (%)
SÍNTOMAS	
-DOLOR (cervical; parietal-carotidinia)	26 (60.5%)
-DISNEA (diversas causas)	11 (25.6%)
-DISFAGIA - AFAGIA	17 (39.5%)
-ESTREÑIMIENTO	31 (72.1%)
-DIARREA	2 (4.7%)
-SEQUEZAD BUCAL- XEROSTOMÍA	35 (81.4%)
-ESCOZOR-DOLOR EN CAVIDAD ORAL-LENGUA / PARESTESIAS BUCALES	5 (11.6%)
-SINCOPE DE REPETICIÓN	4 (9.3%)
-NÁUSEA-ESTADO NAUSEOSO-VÓMITOS	5 (11.6%)
-INCONTINENCIA URINARIA	1 (2.3%)
-RETENCIÓN URINARIA	11 (25.6%)
-NEUROLÓGICOS (hemiplejía, HTE)	1 (2.3%)
-TRASTORNOS DEL RITMO DEL SUEÑO / INSOMNIO	40 (93%)
SIGNOS	
-HEMORRAGIA LOCAL MASIVA	4 (9.3%)
nasal	1
oral - rotura de arteria lingual	1
cervical - rotura carotídea	1
ótica	1
-MUCOSITIS ORAL / MICOSIS ORAL	
-EXTERIORIZACIÓN TUMORAL - ULCERACIÓN - INFILTRACIÓN	14 (32.6%)
-EDEMA FACIAL- DE CABEZA	6 (14%)
-EDEMA LINGUAL / EXTERIORIZACIÓN / PROTRUSIÓN	8 (18.6%)
-PTOSIS PALPEBRAL (S. Claude-Bernard-Horner)	2 (4.7%)
-PARÁLISIS OCULAR / DIPLOPIA / EXOFTALMOS / S. seno cavernoso	4 (9.3%)
-PARÁLISIS FACIAL	2 (4.7%)

Pacientes fallecidos en el periodo 1992-1996.

Situación del enfermo en estado moribundo.

<i>con sonda nasogástrica</i>	15 (34.9%)	NUTRICIÓN ENTERAL: 17 (39.5%)
<i>con gastrostomía</i>	2 (4.7%)	
<i>con vía venosa central</i>	19 (44.2%)	
<i>con vía venosa periférica</i>	25 (58.14%)	PORTADOR DE CÁNULA: 20 (46.5%)
<i>con sonda vesical</i>	12 (28%)	
<i>con traqueotomía</i>	6 (14%)	
<i>con traqueostomía</i>	14 (32.6%)	

Situación del tumor en el momento de la muerte

Se desconocía al morir el paciente	9
En progresión locoregional	14 (32.6%)
además con metástasis a distancia	5
Metástasis con primario T0	7

GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

2.2.2-OBJETIVOS GENERALES EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

ALIMENTACIÓN ADECUADA

control de peso
dieta variada
evitar estreñimiento
ver pautas **1.1.6**

EJERCICIO FÍSICO

adecuado al estado del enfermo y a su capacidad
en el hospital debe mantener deambulación, salir de la habitación
en situaciones concretas se precisará valoración y tratamiento por el Servicio de Rehabilitación

CUIDADO DE LA BOCA

higiene bucal
tratamiento de las mucositis
evitar la sequedad y la formación de costras empleando soluciones desbridantes
ver pautas **2.2.3**

CUIDADO DE LA PIEL

evitar úlceras por presión o tratarlas si se produjesen (ver tabla de síntomas **2.2.3**)
tratamiento de las fistulas (ver **1.2.2.2**)
cuidados en el caso de exteriorización tumoral (ver tabla de síntomas **2.2.3**)
tratar el prurito
higiene diaria

CONTROL DE LOS SÍNTOMAS

adelantarse a su presentación y advertir al enfermo
ver pautas **2.2.3**

RELAJACIÓN

mantener sus hábitos (jardín, huerto, cuidados de animales)
evitar preocupaciones

El ambiente ha de facilitar el **DESCANSO** del enfermo.
El paciente **DEBE ESTAR ACOMPAÑADO TODO EL TIEMPO** que él desee y nunca poner límite a que al menos un familiar o quién el desee le acompañe.
Deben **evitarse los RUIDOS** en la planta.
El paciente debe estar en una **habitación individual** siempre que sea posible.
Deben ajustarse los protocolos de la planta a LAS NECESIDADES DEL ENFERMO y no a la inversa.
Por este motivo **NO SE TOMARÁN LAS CONSTANTES en el horario habitual** (deben tomarse a horas que no interfieran con el descanso del enfermo).

La limpieza de las habitaciones en las que se encuentran pacientes en estado terminal deben ajustarse al ritmo de descanso del enfermo.

Cuando el paciente ha de **DESPLAZARSE POR EL HOSPITAL** debe ir **acompañado** y recordarle las pruebas que ha de hacerse para que tenga la opción de estar acompañado en todo momento.

COMUNICACIÓN

mantener información (especialmente sobre síntomas y efectos secundarios)
mantener trato de igual a igual, de amistad

La comunicación debe ser permanente con el enfermo y con la familia, para ello puede ser útil:
-**ESCUCHAR** lo que el enfermo tenga que decir
-**RESPETAR** las decisiones del enfermo
-**INFORMAR** sobre lo que él pregunte
-**NO MENTIR**. Mentir significa infravalorar y limitar la capacidad de autonomía del enfermo y contribuye a generar un ambiente negativo entorno al enfermo.
-**NUNCA COMPROMETERSE CON LA FAMILIA LA RELACIÓN CON EL ENFERMO PROMETIENDO NO DECIRLE NADA DE SU REALIDAD**
-El paciente no pregunta lo que no quiere que se le diga.
-Conocer y valorar los **MIEDOS** del paciente y aprovecharlo en su propio beneficio:

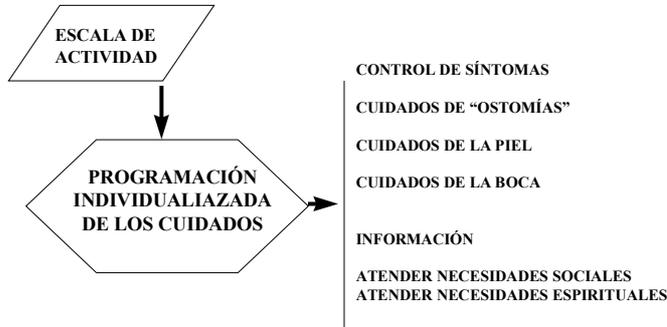
- miedo a **LO DESCONOCIDO**
- miedo a **LA SOLEDAD**
- miedo a **LA PÉRDIDA DEL CUERPO**
- miedo a **PERDER EL AUTOCONTROL**
- miedo al **DOLOR Y AL SUFRIMIENTO**
- miedo a **LA PÉRDIDA DE IDENTIDAD**
- miedo a **LA REGRESIÓN**

La comunicación en un ambiente de amistad es la base de la curación y de la ayuda que el enfermo se merece para hacer su proceso de morir más fácil y no convertirlo en una conspiración de silencio negativa.

GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

El proceso que hemos de seguir al **planificar** los cuidados paliativos es el que se resume en la FIGURA.

Es útil habituarse a emplear una o varias escalas para medir la **CONDICIÓN FÍSICA** del enfermo que ayudará a conocer su **GRADO DE ACTIVIDAD** y a **PROGRAMAR SUS CUIDADOS** como se refleja en el esquema. Se recogen las dos escalas más empleadas.



GRADO DE INCAPACIDAD DEL PACIENTE (puede emplearse escala de Karnofsky)

GRADO 0	actividad normal	0%
GRADO 1	actividad normal pero sintomático	25%
GRADO 2	<50% tiempo en cama	50%
GRADO 3	>50% tiempo en cama	75%
GRADO 4	encamado 100% del tiempo	100%

(AJC-ECOG)

ESCALA DE NORTON

Estado general	
bueno	0
regular	1
malo	2
muy malo	3
Movilidad	
completa	0
limitada	1
muy limitada	2
inmóvil	3
Incontinencia	
Nunca	0
a veces	1
de orina ó heces	2
de orina y heces	3
Estado mental	
bueno	0
apático	1
confuso	2
comatoso	3
Actividad	
ambulante	0
con ayuda	1
en silla	2
en cama	3

ESCALA DE ARNELL

Estado mental	
despierto y orientado	0
desorientado	1
letárgico	2
comatoso	3
Incontinencia	
no	0
ocasional, nocturna, por estrés	1
sólo urinaria	2
urinaria e intestinal	3
Actividad	
se levanta de la cama sin problemas	0
camina con ayuda	1
se sienta con ayuda	2
postrado en cama	3
Movilidad	
completa	0
limitación ligera	1
limitación importante	2
inmóvil	3
Nutrición	
come satisfactoriamente	0
rechaza comida o deja cantidad importante	1
no suele tomar ninguna comida completa	2
alimentación parenteral	3
Aspecto de la piel	
bueno	0
área enrojecida	1
pérdida de continuidad de la piel	2
edema con fovea y pérdida de continuidad de la piel	3
Sensibilidad cutánea	
presente	0
disminuida	1
ausente en extremidades	2
ausente	3



2.2.3- PAUTAS - GUÍA DE CONTROL DE LOS SÍNTOMAS

Objetivos:

- 1- adelantarse a la aparición de los síntomas
- 2- advertir al enfermo sobre la aparición de síntomas nuevos
- 3- advertir al enfermo sobre posibles efectos secundarios de la medicación y pautar tratamiento preventivo

nota: las pautas y dosis son orientativas. Debe revisarse la dosificación para cada paciente.

	SÍNTOMA A	ETIOLOGÍA B	TRATAMIENTO C
1.	DOLOR (ir a pautas 1.1.4)	área tumoral metástasis	<ol style="list-style-type: none"> 1- Metamizol (Nolotil®): 1-2 gr / 8h ó Paracetamol + codeína (Termalgín codeína®): máximo 1 g. / 4 h 2- Dihidrocodeína 60 mg (Contugesic®): máximo 3 comp. / 12 h. ó Buprenorfina (Buprex® comp. de 0.2 mg): 1 ó 2 comprimidos sublinguales cada 6 u 8 horas 3- Morfina oral (MST Continus®)(Oblioser®)(Sevredol® 10, 20mg comp. ranurados)(Skenan® 10, 30, 60, 100mg, cáps con microgránulos): cada 12 horas. Fentanilo transdérmico en parches (DUROGESIC®25, 50 y 100): el cambio del parche se realiza cada 72 horas. Especial interés en pacientes con disfagia/ odinofagia ó afagia. 4- Morfina parenteral (cloruro mórfico): 1/3 a 1/2 de la dosis oral. Dilución en suero glucosado al 5% con bomba de perfusión continua. <p>(asociar coanalgésicos, ver 3.C) (para consulta sobre dolor en ORL ir a apartado 1.1.4)</p>
2.			
3.			<p>COADYUVANTES (ver apartado 1.1.4):</p> <ul style="list-style-type: none"> -dexametasona (Fortecortín®): comp. de 1 mg; amp. De 4 y 40 mg.. Dosis: de 2-4 mg /día hasta 16-24 mg./día en procesos severos. -6-metilprednisolona (Urbasón®): comp. de 4 y 8 mg.; amp. De 20, 40 y 250 mg. -amitriptilina (Tryptizol®): ajustar dosis crecientes en dosis única nocturna de 25 mg en 1ªsemana hasta 150 mg. en la 6ª semana
4.		neuralgia	-carbamecepina (Tegretol®): dosis crecientes desde 200 mg /día a 600 mg/ día según respuesta. Controles de niveles periódicos.
5.		otros	<ul style="list-style-type: none"> -bloqueo nervioso -tratamiento antitumoral con fines paliativos -otros sistemas de perfusión (especialista en tratamiento del dolor)
6.	DISNEA	independiente de la causa	<ul style="list-style-type: none"> -ACOMPañAR AL ENFERMO HASTA QUE SE CONSIGA LA MEJORÍA CLÍNICA -POSTURA CÓMODA / SEMISENTADO -TRANQUILIZAR AL PACIENTE
7.		en portador de cánula	(seguir pautas 1.2.3.2)
8.		Por tumor faríngeo o laríngeo	<ul style="list-style-type: none"> -intercricotirotomía (urgente) -traqueotomía por debajo del tumor -vaporización con láser -corticoide (Actocortina® 100, 500, 1000mg: hasta 100mg/Kg; máximo 6000mg)
9.		causa obstructiva alta en paciente moribundo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ paso 1º - dihidrocodeína bitartrato (Paracodina® : tabletas de 10mg y solución de 5ml/12mg): 10mg ó 5ml / 8H - diazepam (Valium®) - corticoides / oxígeno: si es preciso; según etiología ➤ paso 2º - cloruro mórfico IV: 5 mg./4h. e ir aumentando la dosis de 50% en 50% hasta la mejoría clínica. - si estaba pautada morfina: incremento de la dosis en un 50% - diazepam (Valium®): 10 mg en 100 ml de suero fisiológico / IV a pasar en 2 ó 3 minutos. Pautar dosis cada 8 ó 12 horas según la respuesta del paciente ➤ paso 3º - cloruro mórfico - midazolam (Dormicum® amp de 15mg y 5 mg: de 5-15mg IV) - hioscina (Buscapina® amp de 20mg) - haloperidol (Haloperidol® :amp. de 5 mg; 10 mg. IV ó im) - levomepromazina (Sinogán® - amp de 25 mg.-:100 mg (4 ampollas) vía IV lenta en 100 ml de suero fisiológico
10.		otras (pulmonar, cardiológica)	<ul style="list-style-type: none"> -tratamiento según etiología (pauta de Medicina Interna) -sedación (idénticas a las pautas anteriores)
11.		estertores premortem	-hioscina (Buscapina® amp de 20mg: 1 - 2 ampollas SC ó IM. cada 4-6 horas según respuesta



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

12.	DISFAGIA AFAGIA	- tumor en orofaringe, cavidad oral, hipofaringe, esófago cervical estenosis post-tto	-mantener la ingesta oral de la cantidad y consistencia que se pueda aunque se utilice otra vía principal -si hay falsas vías / aspiraciones: la consistencia de la comida debe ser pastosa. Pueden emplearse espesantes (Nutilus®, Resource®) -colocación de sonda nasogástrica lastrada de 8 - 12 Fr. o menor -gastrostomía (si fuese imposible colocar sonda ng)
13.	SEQUEDAD BUCAL- XEROSTOMÍA	sequedad orofaríngea / costras mucositis Consecuencia de la deshidratación, la radioterapia o la quimioterapia	- cubitos de hielo: dejarlos fundir en la boca a demanda del enfermo Acción sobre la lesión: - Higiene oral: solución desbridante: agua oxigenada ¼ + bicarbonato ¾ + agua ó suero fisiológico hasta conseguir la consistencia deseada. Enjuagues o limpieza con hisopo 3 ó 4 veces al día. - Evitar irritantes (condimentos, alcohol) - Sucralfato (Urbal suspensión® en bolsas de 5ml=1gr de sucralfato): enjuague bucal - Antiácidos - Dexametasona tópica Analgésia: - Lidocaína tópica al 4% cada 4-6H - Cocaína al 10% cada 6H - AINE: Diclofenaco (50mg IV a pasar el 30 minutos) - Opioides: Cloruro mórfico (dosis inicial de 0.05mg/Kg) Con frecuencia este aspecto se olvida. DEBE PREGUNTARSE AL PACIENTE POR EL ESTADO DE SU BOCA (¿tiene usted la boca seca?, ¿le molesta el estado de la boca?) Uno de los síntomas más frecuentes es la sequedad de boca ya que con frecuencia además los pacientes fueron radiados para tratar el tumor primario. MEDIDAS GENERALES: <i>MANTENER UNA BUENA HIDRATACIÓN</i> <i>ENJUAGUES BUCALES CON INFUSIÓN DE MANZANILLA FRÍA O A TEMPERATURA AMBIENTE (200 ml o un vaso, 3 ó 4 veces al día)</i> <i>EVITAR LA FORMACIÓN DE COSTRAS (sobre todo en el encamado): enjuagues o limpieza con hisopo o cepillo suave de la lengua con SOLUCIÓN DESBRIDANTE (3/4 partes de bicarbonato sódico +1/4 parte de agua oxigenada + si se desea se puede añadir agua para que quede a la consistencia que esté al gusto del enfermo)</i> <i>HUMEDECER LA BOCA CON HIELO</i> <i>EVITAR LA SEQUEDAD DE LOS LABIOS (vaselina estéril neutra tópica)</i> En el caso de que se presenten infecciones se harán los tratamientos específicos oportunos (mucositis, abscesos, etc.).
14.	ESCOZOR-DOLOR EN CAVIDAD ORAL- LENGUA / PARESTESIAS BUCALES	mucositis / citostáticos radioterapia	-enjuagues con agua de manzanilla fría o temperatura ambiente -solución de lidocaína viscosa al 2%: enjuagues antes de cada comida -Xilonibsa®: dos o tres pulverizaciones en la boca antes de las comidas (ver 2.3) - Enjuagues con líquidos suaves como suero salino o bicarbonato sódico. - Agentes de barrera como soluciones de antiácidos. - Lubricantes hidrosolubles incluyendo salivas artificiales en caso de xerostomía - Anestésicos tópicos como xilocaina viscosa o topicaina en vaporizador 2-3 veces al día antes de las comidas o bien pinceladas de hidrocortisona o carbenoloxona en lesiones localizadas dolorosas. - Antihistaminicos como la difenhidramina. - Si el dolor local es intenso, será necesario la administración de analgésicos antiinflamatorios como la bencidamina o la indometacina o sulfato de morfina vía sistémica. - Si existe candidiasis oral, será necesario la aplicación de enjuagues con soluciones de nistatina, 1-2 ml cada 4 horas ingiriéndola a continuación y en ocasiones administración de ketoconazol 200 mg/día o fluconazol 50 mg/día por vía oral durante un periodo de 14 días. - La dieta deberá ser blanda evitando comidas especiadas, ácidas o saladas y demasiado frías o calientes, pudiendo añadir suplementos nutritivos e incluso recurriendo a la alimentación por sonda nasogástrica o parenteral si fuera necesario.
15.		Micosis (ver 1.1.2.2)	-nistatina (Mycostatin®): enjuague con 10ml y deglutir / 4-6 h -fluconazol (Diflucán®): 50 - 100 mg / día -ketoconazol (Fungarest® comp de 200mg; susp de 20mg/ml): 200mg/24h
16.	ESTREÑIMIENTO	-anorexia -encamamiento	-Ejercicio + aumentar la ingesta de alimentos + enriquecer la dieta con fibra (zumos de frutas, frutas, ensaladas, vegetales, pan integral; salvado de trigo -pentosano / puede producir prurito anal-



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

		<p>-pocos líquidos -fármacos (opioides*, amitriptilina, haloperidol, escopolamina, sales de aluminio, diuréticos)</p>	<p>; metamucil -cáscara de psyllum-; legumbre seca, vegetales de hoja verde) -acudir al servicio al notar estímulo (no demorar)</p> <p>-detergentes (parafina: Hodernal® : 5ml=4gr de parafina; tomar 5-10 ml/8-12H) -lactulosa (Duphalac® solución: 15-30ml/día; Duphalac® polvo sobres: dos sobres al día) -senósido (Puntual® : 8-16 gotas/día -1ml=20 gotas-; Puntualex® : unidosis de 5ml; Laxante Salud® : 1-3 comp. por la noche; Jarabe del Dr. Mauceau® : 1-3 cucharadas al día) -Angiolax® : una cucharada cada 24-12 horas -Dulcolaxo®: un supositorio por la noche</p> <p>Mezcla:</p> <ul style="list-style-type: none"> 10ml de Hodernal®+ 10ml de Duphalac®+ 10ml de Puntual® ó Puntualex® : hacer la mezcla y tomarlo cada 8-12H. Se puede ir incrementando de 10 en 10ml. <p>Si pasan dos días sin deposiciones:</p> <p>-Enema de limpieza con agua jabonosa templada -Enema Casen® -Mezcla para enema de limpieza: (250ml)</p> <ul style="list-style-type: none"> agua + Duphalac® 10% + Aceite de oliva 10% + un Micralax®
17.	DIARREA	<p>dieta contaminada intolerancia a la lactosa (ver medicación) intolerancia a la carga osmótica liberación de hormona polipeptídica gastrointestinal uso de antibióticos laxantes</p>	<p>-etiológico (evaluar las posibilidades) -control y aporte hidroelectrolítico</p> <p>-pectina (Dextricea® papilla: 5 cucharadas diluidas en 120ml de agua) -carbón activado -diarreas de origen infeccioso- (Carbón ultra adsorbente Lainco® : contiene 50gr de carbón activado. En el adulto se administran 50gr diluido con agua; en niños 1 gr/Kg de peso - equivale a 1,23gr del granulado-) -sulfasalazina -diarrea posRT- (Salazopyrina® comp. y sup de 500mg): 500mg-2g cada 6-8h. -opioide (loperamida: Fortasec®, Taguinol® : cápsulas de 2mg; solución de 0.2mg/ml): dosis inicial de 4mg (dos cáps) y continuar con 2mg (una cáps) después de cada defecación.</p>
18.	SINCOPE	tumor cervical	<p>-carbameceptina (Tegretol®): dosis crecientes desde 200 mg /día a 600 mg/ día según respuesta. Controles de niveles periódicos.</p>
19.	NÁUSEA-ESTADO NAUSEOSO-VÓMITOS	<p>Morfina Citostáticos (cisplatino)</p>	<p>-hioscina (Buscapina® amp de 20mg) -atropina (Atropina Braun® 1ml01mg) -haloperidol (Haloperidol®)(comprimidos de 10mg.; solución 10 gotas= 1mg.; ampollas de 5mg./ml): dosis desde 1.5-2.5 mg por la noche a 20 mg. en dos o tres tomas -día) -hidroxicina (Atarax® comp de 25mg; jar de 10mg/5ml): 25mg/4H; 100mg por la noche -metoclopramida (Primperán®)(solución 10ml=10 mg.; comprimidos de 10 mg; ampollas de 10 mg. y de 100mg): 10 mg. / 4-6-h. -domperidone (Clebiril®; Motilium®)(comp. de 10 mg; suspensión 10ml=10mg; supositorios 60 mg): 10 mg. cada 6 horas ó un supositorio cada 8 horas. -ondansetrón (Yatrox®;Zofrán®: amp y comp. de 4 y 8 mg): profilaxis del vómito postoperatorio en adultos (4mg IV en inducción anestésica o 8 mg cada ocho horas en tres dosis) -granisetron (Kytrel® amp 3mg/3ml; comp. 1mg) -tropisetron (Navoban® 5mg -amp y caps-) -piridoxina (asociado con difenhidramina: Acetuber® sup inf y sup ad): un sup cada 6-8H -corticosteroide: dexametasona (Fortecortin 40® : de 40-100mg/IV) -difenhidramina: Acetuber®</p> <p>EXTRAPIRAMIDALISMO: de fenotizinas y haloperidol</p> <p>-Pautas antieméticas según etiología del vómito:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ por opioides: haloperidol / clorpromazina / metoclopramida ➤ por salicilatos: ranitidina / omeprazol ➤ por hipertensión endocraneal: corticoides / RT ➤ por hipercalcemia: haloperidol / bifosfonatos ➤ por RT ó QT: haloperidol / metoclopramida / corticosteroide ➤ psicógenos: benzodiacepina (ansiolítico) <p>VÓMITOS EN QUIMIOTERAPIA (ver 2.3)</p> <ul style="list-style-type: none"> emesis aguda (1-2h de la administración del citostático) (ver apartado 2.3) - METOCLOPRAMIDA (Primperán®, 4-6 mg/Kg) + DEXAMETASONA (Fortecortin®, 10-20 mg) - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (ONDANSETRÓN, Zofrán®, 8-32 mg en dosis única o fraccionada) + DEXAMETASONA (Fortecortin®, 10-20 mg) emesis retardada (24-72h de la administración del citostático) (ver apartado 2.3) - METOCLOPRAMIDA (Primperán®, 0,5 mg/Kg/vo 4 veces al día durante 2 días) + DEXAMETASONA (Fortecortin®, 8 mg vo, 2 veces al día los dos primeros días, y 4 mg vo, dos



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

			<p>veces al día los 2 días siguientes) (comenzando entre 16 y 24 horas después del tratamiento citostático)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (ONDANSETRÓN, Zofrán®, 8-32 mg en dosis única o fraccionada) + DEXAMETASONA (Fortecortín®, 10-20 mg) - Otros fármacos: BENZODIACEPINAS (especialmente loracepam y alprazolam) ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H2 (cimetidina, ranitidina) PROCINÉTICOS GÁSTRICOS como el cisapride ACTH vía intramuscular (2mg a las 24 horas y 1 mg a las 72 horas de la administración del cisplatino)
20.	TOS	central / aspiraciones	-dextrometorfano (Romilar®): (comp. de 15 mg; gotas de 15 mg/ml/10 gotas; jarabe: 5ml/15 mg); 2 comp. ó 40 gotas ó dos a 8 cucharadas de jarabe.
21.	INSOMNIO		<ul style="list-style-type: none"> -triazolam (Halcion®): 0.25 - 0.5 mg. por la noche (vida media 2-5 h.) -brotizolam (Sintonal®): ídem. (vida media 4-7 h.) -flunitrazepam (Rohipnol®): (amp. De 2 mg; comp. de 2 mg.); parenteral: 1-2 mg.; oral: 0.5 a 4 mg. (vida media 13-19 h.) -zolpidem (Stilnox 10®): 5 - 10mg
22.	HEMORRAGIA LOCAL MASIVA		<ul style="list-style-type: none"> -TRANSMITIR TRANQUILIDAD AL ENFERMO -ACOMPañARLE HASTA CONSEGUIR LA MEJORÍA CLÍNICA -POSICIÓN SEMISENTADA -Mantener una vía venosa (periférica y/o central) -Tratar la ansiedad, sobre todo si el cuadro es agudo y en paciente moribundo: Valium® 10 mg. IV lento en 100 ml de suero ó Cloruro mórfico: incremento en un 50% la dosis -Mantenimiento de la volemia.
23.		tumor exteriorizado con hemorragia en sábana	<ul style="list-style-type: none"> -aplicar compresas empapadas en suero frío -comprimir sobre la zona con compresa suave -ácido aminocaproico (Caproamín®): amp. de 4 g (de 4 a 6 ampollas al día vía IV ó oral). Puede aplicarse tópicamente empapando compresas en hemorragias leves. -aplicar localmente Spongostán® ó Surgicel® en hemorragias leves
24.		rotura de gran vaso con hemorragia al exterior (rotura carotídea; rotura de arteria lingual, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> -embolización arterial supraselectiva (criterio individualizado) -en paciente moribundo: Compresión sobre tronco arterial (carótida) Incrementar la sedación vía IV. (según la evolución del paciente): Valium® : 10 mg. IV. En 100 ml de suero salino ó Haloperidol® : (amp. de 5 mg); 10 mg. IV ó im ó Sinogán® -levomepromazina-: (amp de 25 mg.) 100 mg (4 ampollas) vía IV lenta en 100 ml de suero fisiológico -en paciente no moribundo: de forma individualizada puede plantearse ligadura arterial o embolización arterial
25.		hemorragia oral masiva	<ul style="list-style-type: none"> -paciente no traqueotomizado: especialmente angustioso ya que a la hemorragia puede añadirse insuficiencia respiratoria. Es prioritario lograr sedación puede plantearse hacer traqueotomía para disminuir el sufrimiento del paciente evitando las aspiraciones y la disnea -en paciente traqueotomizado: poner cánula con balón para evitar aspiraciones sedación
26.		epístaxis	<ul style="list-style-type: none"> -en términos generales deben evitarse taponamientos traumáticos -en pacientes moribundos es prioritario controlar la ansiedad Posterior: -si es intensa: neumotaponamiento posterior/anterior con sonda de doble balón (Epitek®). Mantenerla el tiempo preciso. -embolización supraselectiva (individualizado) Anterior: -taponamiento anterior con Merocel® envuelto con Spongostán® ó taponamiento con tiras de algodón cubiertas de pomada (bien lubricadas con vaselina o pomada antibiótica -Dermisone triantibiótica®) -si la hemorragia es en sábana no muy intensa (tanto anterior como posterior):



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

27.			<p>pautar ansiolítico posición semisentada lavados nasales con suero frío (250 ml. dos - tres veces al día) Caproamín® : dos ampollas IV cada 6 horas</p>
		recidiva periostomal	<p>-igual pauta que en 22.C -igual pauta que en 5.C y 6.C -igual pauta que en 27.C</p>
28.	EXTERIORIZACIÓN TUMORAL - ULCERACIÓN - INFILTRACIÓN	Úlcera tumoral maligna Exteriorización tumoral	<p>ÚLCERAS TUMORALES (MALIGNAS)</p> <p>Concepto: Se deben a la exteriorización del tumor lo que produce con frecuencia HEMORRAGIA del área tumoral e INFECCIÓN.</p> <p>Cuidados generales: -mantener el área limpia y seca, sin bridas ni esfacelos -curar la herida al menos una vez al día o varias si es preciso para mantenerla seca -si es posible debe mantenerse el área al aire -condiciones de esterilidad (guantes, paños, pinzas) -emplear suero tibio y lavar el área. Secar con gasa suave -aplicar pomada enzimática desbridante Parkelase® (fibrinolisisina+desoxirribonucleasa) una o dos veces al día -si el área es muy exudativa o hay fistula: Glúteo seco® o Descongestiva Cusi® (pasta Lassar) aplicando sobre el área ulcerada dos o tres veces al día</p> <p>Objetivos de los cuidados:</p> <p>1- LIMPIEZA del área tumoral: -con suero salino. evitar los antisépticos (son tóxicos para los fibroblastos) -permitir que el enfermo se bañe o duche con agua corriente y después hacer cura -Absorber el exceso de exudado -No adherirse a la úlcera -Mantener humedad -Permitir el intercambio gaseoso -Mantener la impermeabilidad a las bacterias -Proteger contra los traumatismos -Evitar tóxicos y alérgenos tópicos</p> <p>2- HEMORRAGIA: --presionar con gasa suave el punto sangrante -aplicar frío local -toques con nitrato de plata (en hemorragias leves) -toques con Caproamín® -aplicar algodón con adrenalina al 1/1000 -aplicar apósitos hemostáticos (Spongostán®, Surgicel®)</p> <p>3- OLOR: -colocar apósitos de carbón activado (comercializados) -Metronidazol en gel (Rozex gel tópico® tubo de 30gr): aplicar sobre el área ulcerada -curas locales con: antiséptico, y aunque faltan estudios clínicos contrastados el olor puede evitarse haciendo las curas con miel, azúcar, yogur o mantequilla.</p> <p>4- DOLOR: -pautar un analgésico 30 minutos antes de cada cura -si duele mucho debe limitarse al mínimo imprescindible el número de curas -Lidocaína viscosa al 2% -Clorhidrato de Bencidamina en pomada alrededor de la úlcera (si se ve que hay lesión e inflamación perilesional) -Apósitos de morfina</p> <p>-seguir pauta 5.C, 6.C y 22.C -cuidados de los pacientes con cánula -emplear babero con óxido de Zinc -si empapa con saliva o secreciones puede ponerse apósito de Opsite® sobre la zona a granular procurando que el área sobre la que se adhiere esté bien seca. Cambiar dicho apósito diariamente.</p> <p>-en ocasiones puede emplearse 5-FU tópico (Efudix®) cuatro veces al día (casos individualizados)</p>
29.	EDEMA CÉRVICO-FACIAL		<p>-tratamiento postural (semisentado) -debe mantener deambulación todo el tiempo que pueda -en casos individuales (corticoides y/o diuréticos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • dexametasona (Fortecortin® comp. de 1 mg; amp de 4 y 40 mg) • hidrocortisona (Actocortina® amp de 100, 500 y 1000 mg) • deflazacort (Zamene® 6mg, 30mg, gotas -1gota/1mg-) • furosemida (Seguril®): 40mg/día (oral comp. de 40 mg; IV amp de 20 ó 250mg)
30.		por radioterapia / cirugía	<p>-cuidados posturales (elear la cabecera de la cama colocando unos tacos de unos 10cm en las patas)</p>



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

31.			-masaje matinal de distal a proximal. Puede emplearse crema hidratante.
32.		por recidiva tumoral	-seguir pauta 27.C
		edema lingual / exteriorización	-si insuficiencia respiratoria: seguir pauta 5-8.C -si hemorragia: seguir pauta 24.C -mantener cuidados 28.C y 12.C -corticoides (pauta 29.C)
33.	PARÁLISIS FACIAL		-cuidados del ojo: durante el día: Dacrolux® echar 2 ó 3 gotas varias veces al día emplear gafas de sol durante la noche: Pomada Oculos epitelizante® aplicar sobre el párpado inferior evertido y ocluir el ojo bajando el párpado superior pegándolo con una tirita o esparadrapo (evitar oclusiones con gasa por el riesgo de úlcera corneal)
34.	PARÁLISIS OCULOMOTORA	agudeza visual del ojo paralizado conservada diplopia	-ocluir el ojo paralizado para realizar las actividades cotidianas -mantener ocluido el ojo sano en periodos de 4 ó 5 horas a fin de evitar la ambliopía -si hay ptosis existe una ceguera virtual por lo que para evitar la ambliopía puede ocluirse el ojo sano y retraer el párpado del ojo enfermo con esparadrapo. Puede ocurrir que en el ojo sano exista algún problema (ej. catarata) que haga al paciente necesario emplear la visión del ojo paralizado por lo que es importante evitar la ambliopía
35.	ANSIEDAD		-diazepam (Valium®: 2-5 mg oral por la noche; puede llegarse a 60 mg/día en tres dosis) -lorazepam (Idalprem® -comp de 1 y 5 mg-: 1-4 mg oral; puede llegarse a 10 mg / día en 4 dosis) -levomepromacina (Sinogán®) (amp de 25 mg.) 100 mg (4 ampollas) vía IV lenta en 100 ml de suero fisiológico. (otras presentaciones: comprimidos de 25 y 100mg; gotas al 4%)
36.	DEPRESIÓN		-amitriptilina (Triptyzol®) -imipramina (Tofranil 25-75 mg) -fluvoxamina (Dumirox® comp de 50 y 100mg) -fluoxetina (Prozac®; Adofen®; Reneuron®): sobres de 20 mg; comprimidos de 20 mg; sol 20 mg/5ml -clomipramina* (Anafranil®: comp 75mg; grag 10 y 25 mg; amp 25mg: 2-3 amp en 250-500 ml de suero fisiológico a pasar en 1,5 a 3 horas)
37.	ESTADO CONFUSIONAL AGUDO		-haloperidol (Haloperidol® comprimidos de 10 mg.; solución 10 gotas= 1mg.; ampollas de 5mg./ml): dosis desde 1.5-2.5 mg por la noche a 20 mg. en dos o tres tomas -día): 5 mg oral por la noche; puede llegarse a 10-20 mg /día en dos o tres tomas) -clorpromacina (Largactil®: 10-25 mg oral/ 6h; puede llegarse a 150 mg/ día. Peligro de hipotensión postural)
38.	ANOREXIA		-corticoides (dexametasona: 2-4mg/24H) -amitriptilina -acetato de megestrol (Maygace Altas Dosis® suspensión oral: 40mg/ml): 800 mg/día/en una dosis única una hora antes de la comida o dos horas después; mantenimiento con 400-800mg/día según respuesta. (otros preparados: Borea®, Maygace®, Megefren® comp de 160 mg: 160mg/8-12H)
39.	HIPO	Central Periférico	-clorpromazina (Largactil® ampollas de 5ml=25mg: vía IM ó IV; máximo 150mg/día o 1mg/Kg/día en el niño) (dosis media para el hipo de 20 mg/día) -valproato sódico (Depakine® -comp de 200, 300, 500mg; amp iny de 400mg; sol de 20gr/100ml-: 500-1000 mg al acostarse) (en tumor intracraneal) -metoclopramida (Primperán®: 10 mg/ 6h)
40.	ESTERTORES	estertores premortem	-hioscina (Escopolamina® amp. De 0.5 mg.; Buscapina® amp. De 20 mg): 1 - 2 ampollas sc. ó IV cada 4-6 horas según respuesta
41.	PRURITO	Área tumoral Generalizado	- mantener el área limpia y seca - evitar sustancias adhesivas (apósitos) - hidroxicina diclorhidrato (Atarax® comp. de 25mg y jarabe de 125ml=250mg: dosis media 50-100mg/6-8H) - Polaramine® - clorpromazina (Largactil® ampollas de 5ml=25mg: vía IM ó IV; máximo 150mg/día)



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

42.	SÍNTOMAS URINARIOS		<ul style="list-style-type: none"> ➤ RETENCIÓN <ul style="list-style-type: none"> - sonda vesical - fenoxibenzamina: 10mg/12H - Oxibutina: 2.5-5mg/8-12H ➤ TENESMO <ul style="list-style-type: none"> - prazosina: 0.5-1mg/8-12H - piridostigmina: 60-120mg/4-6H ➤ INCONTINENCIA <ul style="list-style-type: none"> - amitriptilina: 25-50mg/noche - Oxibutina: 2.5-5mg/8H - Naproxina: 500mg/12H - fenazopiridina ➤ ESPASMO VESICAL <ul style="list-style-type: none"> - oxibutina - amitriptilina - propantelina: 15mg/8H - hioscina (Buscapina o escopolamina) - AINES - Flavoxato: 100-200mg/8H 				
43.	ÚLCERAS POR PRESIÓN	<p>Encamados Desnutrición</p> <p>Evaluación de factores de riesgo (escalas de actividad de Norton ó Arnell)</p>	<p>ÚLCERAS POR PRESIÓN</p> <p>Concepto: En la producción de las úlceras por presión están implicados los siguientes mecanismos: PRESIÓN, FRICCIÓN, FUERZAS DE CIZALLAMIENTO y MACERACIÓN CUTÁNEA. Como resumen recordar: HIPEREMIA (grado 1), ULCERACIÓN SUPERFICIAL (grado 2), NECROSIS SUBCUTÁNEA (grado 3) y AFECTACIÓN DE FASCIA (grado 4). Dos aspectos van a facilitar la aparición de la úlcera por decúbito: <i>la alteración de la movilidad espontánea (encamado, coma)</i> <i>patologías que afectan a la perfusión tisular estado nutricional</i></p> <p>Objetivos: Conocer los factores de riesgo de cada paciente para evitar la formación de úlceras por presión.</p> <p>Prevención: -Evaluar riesgo de úlcera por presión mediante escalas de actividad (Norton y/o Arnell) -Incluir a los pacientes de riesgo en el PROGRAMA DE CAMBIOS POSTURALES (Norton ≥8 ó Arnell ≥14). (ver el programa adoptado para el hospital) -Cuidados e higiene de la piel: mantener la piel seca y limpia; masajes suaves con loción humidificante. -Empleo de colchón adecuado -La cama no debe estar elevada más de 30° para evitar fuerzas de cizallamiento. -Tratamiento de la incontinencia urinaria</p> <p>Tratamiento: 1-DESTRIDAMIENTO: según localización y grado (mecánico mediante lavado-irrigación con suero fisiológico ó agua oxigenada ó ácido acético al 1%; quirúrgico; enzimático; químico mediante dextranos de alto peso molecular). 2-Empleo de APÓSITOS: sintéticos, hidrocoloides oclusivos (carboximetilcelulosa, en úlceras limpias en cicatrización), semioclusivos</p> <p>Guía de tratamiento:</p> <table border="1" data-bbox="699 1518 1528 1933"> <tr> <td data-bbox="715 1529 1129 1731"> <p>GRADO I hiperemia</p> <ul style="list-style-type: none"> -lavado con suero o agua -secar con cuidado -masaje perilesional -evitar presiones -debe mejorar en 48h. </td> <td data-bbox="1129 1529 1528 1731"> <p>GRADO II necrosis superficial</p> <ul style="list-style-type: none"> -recortar esfacelos -limpiar con suero salino -aplicar pomada de colagenasa -apósito semipermeable (evitar apósitos no permeables) -debe curar en 7-14 días </td> </tr> <tr> <td data-bbox="715 1731 1129 1921"> <p>GRADO III necrosis subcutánea</p> <ul style="list-style-type: none"> -tomar CULTIVO -desbridar (quirúrgicamente o enzimático) -limpiar con suero (o povidona y después suero -apósito oclusivo (sólo cuando esté limpia) </td> <td data-bbox="1129 1731 1528 1921"> <p>GRADO IV necrosis profunda</p> <ul style="list-style-type: none"> -lavado -eliminar tejido necrótico (incluso lavar con sondas o catéter en zonas no accesibles) </td> </tr> </table>	<p>GRADO I hiperemia</p> <ul style="list-style-type: none"> -lavado con suero o agua -secar con cuidado -masaje perilesional -evitar presiones -debe mejorar en 48h. 	<p>GRADO II necrosis superficial</p> <ul style="list-style-type: none"> -recortar esfacelos -limpiar con suero salino -aplicar pomada de colagenasa -apósito semipermeable (evitar apósitos no permeables) -debe curar en 7-14 días 	<p>GRADO III necrosis subcutánea</p> <ul style="list-style-type: none"> -tomar CULTIVO -desbridar (quirúrgicamente o enzimático) -limpiar con suero (o povidona y después suero -apósito oclusivo (sólo cuando esté limpia) 	<p>GRADO IV necrosis profunda</p> <ul style="list-style-type: none"> -lavado -eliminar tejido necrótico (incluso lavar con sondas o catéter en zonas no accesibles)
<p>GRADO I hiperemia</p> <ul style="list-style-type: none"> -lavado con suero o agua -secar con cuidado -masaje perilesional -evitar presiones -debe mejorar en 48h. 	<p>GRADO II necrosis superficial</p> <ul style="list-style-type: none"> -recortar esfacelos -limpiar con suero salino -aplicar pomada de colagenasa -apósito semipermeable (evitar apósitos no permeables) -debe curar en 7-14 días 						
<p>GRADO III necrosis subcutánea</p> <ul style="list-style-type: none"> -tomar CULTIVO -desbridar (quirúrgicamente o enzimático) -limpiar con suero (o povidona y después suero -apósito oclusivo (sólo cuando esté limpia) 	<p>GRADO IV necrosis profunda</p> <ul style="list-style-type: none"> -lavado -eliminar tejido necrótico (incluso lavar con sondas o catéter en zonas no accesibles) 						



**ASISTENCIA DEL PACIENTE MORIBUNDO
CUIDADOS EN EL MOMENTO DE LA MUERTE**

Conceptos:

La situación del paciente en estado moribundo origina un aumento de demanda por parte del paciente, de la familia y del equipo sanitario.

Las deficiencias sensoriales y de comunicación (como hemos manifestado tan frecuentes en los pacientes con tumor cérvicofacial) se hacen más evidentes. La comunicación con el enfermo llevará más tiempo.

En el paciente se produce un deterioro evidente y progresivo, con mayor necesidad de estar acompañado y vive la realidad de la situación con mucha carga emocional. Por parte de la familia se evidencia gran estrés emocional con una mayor demanda de atención y soporte, a veces con reivindicaciones terapéuticas poco realistas y aumento de la necesidad de información sobre el desenlace.

En estos momentos surgen conflictos éticos para los que es necesario disponer de recursos para resolverlos satisfactoriamente y no caer en la aplicación de terapéuticas inadecuadas ni en el abandono del enfermo, situaciones frecuentes.

La planificación terapéutica para el control de los síntomas y la comunicación permanente con el enfermo y sus familiares (cuidando al máximo la atención al cuidador primario) hasta el último momento harán que no aparezcan conflictos éticos.

El periodo de agonía es enormemente variable de unas personas a otras (no limitado únicamente a las últimas horas o días en los que existan criterios para sospechar la muerte inminente). En estas últimas horas las situaciones que vamos a ver son muy variables dependiendo de los modelos culturales, de la madurez psicológica, las experiencias previas y de conceptos filosóficos o espirituales, del paciente y su entorno.

Cuidados del paciente moribundo

-Evitar los cambios posturales

-Mantener el **aseo y limpieza del paciente.**

-Mantener **buena ventilación de la habitación,**

-Mantener la medicación adecuada para controlar los síntomas (según lo planificado).

-Evitar interrumpir con la toma de constantes

-Mantener al paciente acompañado en todo momento por familiares y amigos

-Debemos estar atentos a cualquier necesidad que surja del enfermo o de su familia. Acompañarles físicamente en la habitación si eso les reconforta.

-Evitar confusión y ansiedad en la familia manteniendo la comunicación e información

-Facilitar cuidados espirituales (según los deseos expresados por el paciente)

-Mantener en todo momento la intimidad y la confidencialidad.

-Evitar situaciones de estrés ante la muerte del enfermo (evitar “carreras”, administración de fármacos o medidas extraordinarias).

Manejar la situación como un proceso natural controlado que conducirá a la muerte. Tranquilizar a los presentes por la manifestación de estertores.

-En el momento de la muerte no interrumpir a la familia ni apartarles del enfermo. Conviene que en el proceso de diagnóstico de la muerte estén presentes cuantos familiares lo deseen.



Introducción. Concepto.

Aproximadamente 2/3 de los pacientes con carcinoma de cabeza y cuello debutan como enfermedad localmente avanzada (estadios III y IV) constituyendo la cirugía seguida de radioterapia o la radioterapia sola el tratamiento estándar clásico. Con ello se consigue una tasa de curaciones del 30%, conllevando importantes déficits funcionales y falleciendo la mayoría de los pacientes por persistencia tumoral o recaída local. Con el fin de mejorar la supervivencia y reducir el empleo de cirugía agresiva se ha introducido el tratamiento quimioterápico, el cual puede utilizarse tanto de forma **neoadyuvante** (antes de cualquier otro tratamiento local), **concomitante** con la radioterapia (potenciando la acción de ésta y aumentando su eficacia), **adyuvante** tras el tratamiento quirúrgico (en casos aislados intentando destruir restos microscópicos), como **tratamiento específico de determinadas localizaciones** (como en el carcinoma de nasofaringe) o como **tratamiento de la recaída tumoral tras el tratamiento locorregional y de la diseminación metastásica**.

En el tratamiento neoadyuvante el esquema de quimioterapia más utilizado es con **cisplatino** a dosis de 100 mg/m² el día 1, seguido de **5-fluorouracilo** a dosis de 1000 mg/m² los días 2 a 6 en perfusión continua de 120 horas, con lo que se obtiene un porcentaje de respuestas globales del 70% de las cuales un 30% son completas. El tratamiento se administra, habitualmente, en cuatro ciclos de tratamiento a intervalos de quince días entre sí. Los diferentes estudios no han demostrado aumento de la supervivencia, sin embargo los casos con buena respuesta pueden ser tratados con cirugía conservadora o solamente con irradiación especialmente en los tumores de laringe e hipofaringe, preservando la función del órgano.

En quimioterapia concomitante con irradiación se han empleado **5-fluorouracilo**, **mitomicina** y **cisplatino** o la asociación de **cisplatino-5-fluorouracilo** junto con radioterapia hiperfraccionada, consiguiéndose mejores resultados que con el tratamiento estándar en tumores irreseccables. En el carcinoma de nasofaringe se han obtenido mejores resultados con la combinación de quimio y radioterapia.

En los pacientes con recaída locorregional o metástasis, la quimioterapia paliativa constituye el tratamiento de elección, siendo los agentes clásicamente más activos el **metotrexate**, el **cisplatino**, la **bleomicina** y el **fluorouracilo** con lo que se obtienen respuestas entre un 15 y un 30% siendo la mayoría parciales y de corta duración (3-5 meses). La poliquimioterapia y la utilización de los nuevos fármacos como taxanos, vinorelbina, gemcitabina, topotecan, retinoides etc. si bien han obtenido un incremento de las respuestas, no se conoce si producen un impacto en la supervivencia de estos pacientes, existiendo en algunos casos un incremento en la toxicidad y una disminución de la calidad de vida.

Las principales complicaciones o efectos secundarios tras el tratamiento quimioterápico de los tumores de la esfera ORL son: la **emesis** postquimioterapia, la **fiebre neutropénica**, la **mucositis** y ocasionalmente la **diarrea postquimioterapia**.



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

➤ **VÓMITOS POSQUIMIOTERAPIA**

Los fármacos quimioterápicos originan náuseas o vómitos en la mayoría de los pacientes, pudiendo provocar tres cuadros diferentes aunque relacionados entre sí: **emesis aguda**, **emesis retardada** y **emesis anticipatoria**. La capacidad emetógena de los distintos citostáticos es muy variable, incrementándose cuando se utilizan dosis altas o fármacos en combinación. ((ver pautas 2.2.3/ casilla 19))

Potencial emetizante de los citotóxicos en monoterapia.

<i>Alto potencial</i>	<i>Moderado</i>	<i>Leve</i>
Cisplatino Dacarbacina Estreptozotocina Mostaza nitrogenada Hexametilmelamina Actinomicina D Arabinosido de Citosina Procarbacina Mitomicina C	Ciclofosfamida Carboplatino Lomustina Carmustina Antraciclina Ifosfamida Taxanos	Etopósido Metotrexate Bleomicina Alcaloides de la Vinca 5-Fluorouracilo Clorambucil

Emesis aguda: comienza entre **una y dos horas** tras la administración de la quimioterapia, puede acarrear gran número de problemas tanto mecánicos (síndrome de Mallory Weiss, aplastamientos vertebrales), hidroelectrolíticos y metabólicos, como comprometer la dosis eficaz de los distintos fármacos y ser responsable de efectos psíquicos indeseables como la aparición de la emesis anticipatoria en los sucesivos ciclos.

Grupo farmacológico	fármaco	observaciones
FENOTIACINAS	clorpromazina 25-50 mg mi/3-4 horas, perfenazina, proclorperazina, prometazina y tietilperazina	eficaces en pacientes sometidos a quimioterapia poco o moderadamente emetógena
BUTIROFENONAS	haloperidol, droperidol y domperidona	con menores efectos sedativos, extrapiramidales y autónomos que las fenotiacinas
CORTICOIDES	dexametasona 20 mg iv, metilprednisolona 125-375 mg iv, prednisolona, ACTH	sobre todo utilizados en asociación con otros antieméticos incrementando la eficacia de éstos
CANABINOIDES	dronabinol, nabilona	eficaces en quimioterapia moderadamente emetógena
BENZODIACEPINAS	clordiacépoído, diacepam, cloracepato, loracepam y alprazolam	con potencia antiemética baja pero beneficiosas por sus propiedades ansiolíticas, sedativas y amnésicas
BENZAMINAS SUSTITUIDAS	Metoclopramida (a dosis altas intravenosas : 2mg/Kg/2horas, 5-6 dosis o 3mg/kg, 2 dosis); clebopride, cisapride y alizapride	ha demostrado eficacia en emesis por drogas altamente emetógenas como el cisplatino, aunque con importante riesgo de efectos secundarios extrapiramidales
ANTAGONISTAS SEROTONINÉRGICOS	ondansetrón, granisetrón, tropisetrón, dolasetrón	son eficaces en emesis inducida por quimioterápicos con alta capacidad emetógena y con menores efectos secundarios que la metoclopramida a dosis altas. Su uso es obligado en pacientes que reciben ésta medicación y en aquellos que se prevé la aparición de efectos secundarios extrapiramidales

Los distintos antieméticos pueden ver incrementada su eficacia o disminuida su toxicidad al ser utilizados en combinación siendo los corticosteroides, los mas comúnmente utilizados en asociación

Pautas para el tratamiento de la emesis aguda (1-2h de la administración del citostático) (ver pautas 2.2.3/ casilla 19)

Pauta	protección
METOCLOPRAMIDA (Primperán®, 4-6 mg/Kg) + DEXAMETASONA (Fortecortín®, 10-20 mg)	50-70%
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (ONDANSETRÓN, Zofrán®, 8-32 mg en dosis única o fraccionada) + DEXAMETASONA (Fortecortín®, 10-20 mg)	78-91%

Antieméticos y dosis recomendadas en el control de la emesis aguda.

Antiemético	Dosis y esquema
Ondansetrón	0,5 mg/Kg (IV) x 3 dosis/2-4h. 8 mg (IV) x 1 dosis. 32 mg (IV) x 1 dosis. Varias combinaciones orales.
Granisetrón	10-40 ug/Kg x 1 dosis 3 mg (IV) x 1 dosis
Tropisetrón	5-10 mg (IV) x 1 dosis
Dolasetrón	1,8-3 mg/Kg (IV) x 1 dosis
Metoclopramida	1-3 mg/Kg (IV) x 2-3 dosis /2h.
Dexametasona	10-20 mg (IV) x 1 dosis

Emesis retardada: la que se presenta dentro de las 24 -72 horas tras la administración de un citostático, se presenta hasta en el 80% de los pacientes que reciben dosis altas de cisplatino (más de 100mg/m2) o en aquellos que reciben combinaciones de quimioterápicos



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

incluyendo ciclofosfamida o una antraciclina. Aunque es menos severa que la aguda, también puede conllevar importantes problemas de nutrición e hidratación así como hospitalizaciones prolongadas.

Pautas para el tratamiento de la emesis retardada (24-72h de la administración del citostático) (ver pautas 2.2.3/ casilla 19)

Pauta
METOCLOPRAMIDA (Primperán® , 0,5 mg/Kg/vo 4 veces al día durante 2 días) + DEXAMETASONA (Fortecortín®, 8 mg vo, 2 veces al día los dos primeros días, y 4 mg vo, dos veces al día los 2 días siguientes) (comenzando entre 16 y 24 horas después del tratamiento citostático)
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA SEROTONINA (ONDANSETRÓN, Zofrán®, 8-32 mg en dosis única o fraccionada) + DEXAMETASONA (Fortecortín®, 10-20 mg)
Otros fármacos: BENZODIACEPINAS (especialmente loracepam y alprazolam) los ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H2 (cimetidina, ranitidina) PROCINÉTICOS GÁSTRICOS como el cisapride ACTH via intramuscular (2mg a las 24 horas y 1 mg a las 72 horas de la administración del cisplatino)

Emesis anticipatoria: aquella que ocurre aproximadamente 24 horas antes de la administración de la quimioterapia, presenta una prevalencia media aproximada del 33% y en ella intervienen mecanismos de naturaleza psicológica.

Los antieméticos usados en el tratamiento de la emesis aguda son ineficaces en este caso siendo necesario en ocasiones TECNICAS DE MODIFICACION DE CONDUCTA (relajación progresiva, desensibilización sistemática, hipnosis etc.). El uso de BENZODIACEPINAS (sobre todo loracepam) puede ser de utilidad, si bien el mejor método de prevenirla es la TERAPIA ANTIEMÉTICA AGRESIVA EN LOS CICLOS PREVIOS DE QUIMIOTERAPIA.

➤ **INFECCIONES POSTQUIMIOTERAPIA**

Los pacientes neoplásicos sometidos a tratamiento quimioterápico, presentan una elevada susceptibilidad a las infecciones por varios motivos:

- pérdida de la contigüidad de la barrera cutáneo mucosa por catéteres, punciones, etc.
- alteraciones de la función fagocítica, especialmente los estados de neutropenia posquimioterápica.
- alteraciones de la inmunidad celular y humoral.
- alteraciones debidas directamente al tumor (ulceraciones, obstrucción de vísceras huecas etc.)

La neutropenia secundaria al tratamiento quimioterápico constituye una de las causas mas frecuentes de infección en el paciente oncológico

Los estados de neutropenia debidos al tratamiento quimioterápico presentan un aumento de susceptibilidad a la infección directamente proporcional a la intensidad de la misma, siendo **por debajo de 500 neutrófilos/mm³** el riesgo elevado, especialmente si la neutropenia se prolonga en el tiempo, manifestándose la **fiebre** a menudo como el único signo de infección, ya que los pacientes carecen de respuesta inflamatoria.

Los principales gérmenes implicados son las infecciones graves y sepsis por gramnegativos, así como infecciones por cocos grampositivos y ciertos hongos (sobre todo de los géneros *Candida* y *Aspergillus*).

Los pacientes con neutropenia inferior a 500 neutrófilos y fiebre de 38,5° (una determinación) ó 38° (tres determinaciones) deben recibir un tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro sin más demora que la necesaria para la toma de hemocultivos y cultivos de las zonas sospechosas de infección.

Las directrices de tratamiento para estos pacientes son: (ver pautas 1.1.2.2)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Inicio precoz, sin esperar el resultado de hemocultivos. - Uso de antibióticos de amplio espectro, que cubran los gérmenes gramnegativos usuales. La asociación más usada es la de un AMINOGLUCÓSIDO (por ejemplo <u>amikacina</u>) y una CEFALOSPORINA DE TERCERA GENERACIÓN (por ejemplo <u>ceftacídima</u>). Alternativas a esta terapia son una DOBLE COMBINACIÓN BETALACTÁMICA (por ejemplo <u>piperacilina</u> mas <u>moxalactam</u>) o, en los enfermos de menor riesgo, monoterapia con <u>ceftacídima</u> o <u>imipenem</u>. - Si la fiebre persiste tras 72 horas de tratamiento, por el riesgo de infección por grampositivos añadir <u>vancomicina</u> o <u>teicoplanina</u> - Si la fiebre persiste a los 7 días del inicio o reaparece tras una lisis inicial añadir <u>anfotericina B</u> - Mantenimiento de la terapia antibiótica mientras dure la neutropenia y hasta que se resuelvan los signos de infección. |
|---|



GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

➤ **MUCOSITIS POSTQUIMIOTERAPIA**

La aparición de sensación de quemazón oral junto con eritema de la mucosa en los días siguientes a la administración de tratamiento quimioterápico constituye un efecto secundario frecuente especialmente cuando se administra metotrexate, doxorubicina, 5-fluorouracilo, busulfan o bleomicina.

En su evolución pueden aparecer ulceraciones dolorosas, confluentes, de coloración blanquecina y bordes eritematosos mal definidos y ocasionalmente hemorrágicas. Aunque el curso es autolimitado, cesando al cabo de 10-14 días tras la administración de la quimioterapia, puede suponer un compromiso importante de las funciones normales de la boca, provocando desnutrición y pudiendo ser puerta de entrada de infecciones, especialmente si existe neutropenia asociada. También es frecuente la sobreinfección especialmente por candidas.

El tratamiento consiste en la aplicación de una serie de medidas locales escalonadas de acuerdo con la intensidad de las lesiones: (ver pautas **2.2.3 / casillas 13 – 14- - 15**)

- Enjuagues con líquidos suaves como suero salino o bicarbonato sódico.
- Agentes de barrera como soluciones de antiácidos.
- Lubricantes hidrosolubles incluyendo salivas artificiales en caso de xerostomía
- Anestésicos tópicos como xilocaina viscosa o topicaina en vaporizador 2-3 veces al día antes de las comidas o bien pinceladas de hidrocortisona o carbenoloxona en lesiones localizadas dolorosas.
- Antihistaminicos como la difenhidramina.
- Si el dolor local es intenso, será necesario la administración de analgésicos antiinflamatorios como la bencidamina o la indometacina o sulfato de morfina vía sistémica.
- Si existe candidiasis oral, será necesario la aplicación de enjuagues con soluciones de nistatina, 1-2 ml cada 4 horas ingiriéndola a continuación y en ocasiones administración de ketoconazol 200 mg/día o fluconazol 50 mg/día por vía oral durante un periodo de 14 días.
- La dieta deberá ser blanda evitando comidas especiadas, ácidas o saladas y demasiado frías o calientes, pudiendo añadir suplementos nutritivos e incluso recurriendo a la alimentación por sonda nasogástrica o parenteral si fuera necesario.



NuevoHospital
versión digital

ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
ZAMORA

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

Volumen II - Nº 28 - Año 2002
Nº EDICIÓN: 30

Publicado el 21 de noviembre de 2002
Página 83 de 90

GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

BLOQUE 3- CUIDADOS EN OTRAS PATOLOGÍAS ORL



Concepto: hemorragia nasal

Etiología: traumatismo nasal/ mediofacial; procesos inflamatorios de vías altas (infecciones, alergia); coagulopatías, tratamientos anticoagulantes, malnutrición, insuficiencia hepatorrenal y otras patologías (enfermedad de Rendu-Osler, cocaína, abuso de descongestivos nasales, tumores, enfermedades granulomatosas)

Material: rinoscopio, pinzas en bayoneta, toallas, batea arriñonada, anestesia tópica (lidocaína con y sin adrenalina); barritas de nitrato de plata (Argenpal®), algodón Spongostán®, taponamiento intranasal expandible (Merocel® de 8 cm), sondas de doble balón para neumotaponamiento (Epistat®, Epitek®). Debe estar en condiciones de uso un sistema de aspiración y cánulas fenestradas para aspiración nasal. Como alternativa al taponamiento nasal posterior deben tenerse preparados paquetes de gasa con fiador de hilo de seda y sondas de Foley del nº 8, 10 y 12.

Situación del paciente: sentado en el sillón de exploración con toalla sobre el pecho y con batea arriñonada cogida por él mismo o por ayudante.

Tranquilidad: debe transmitirse tranquilidad al paciente evitando prisas y evitando transmitirle normas u órdenes innecesarias. Se transmite más calma si se tiene todo el material a punto.

Tratamiento: según el tipo de hemorragia se tratará mediante cauterización (química con nitrato de plata o electrocoagulación), mediante taponamiento nasal anterior (TNA) o mediante taponamiento nasal posterior (TNP).

El taponamiento anterior expandible (Merocel®) se introduce en seco con la mucosa previamente anestesiada para posteriormente hidratarlo en el interior de la fosa nasal, irrigando con suero fisiológico. Previamente puede aplicarse al tapón una solución lubricante (vaselina estéril o pomada antibiótica –Dermisone triantibiótica®-)

El taponamiento nasal posterior con doble balón (neumotaponamiento con Epistat®, Epitek®) se introduce bien lubricada en la mucosa previamente anestesiada. Se expande primero el balón posterior de forma lenta y progresiva para mitigar el dolor (se introduce suero; máximo 10 ml); posteriormente se expande el balón anterior introduciendo suero (admite hasta 30 ml).

Cuidados del paciente con epístaxis:

➤ cuidados generales:

- reposo relativo (salvo que se indique reposo absoluto). posición semisentada en la cama
- mantener ambiente humidificado en la habitación (humidificador)
- evitar esfuerzos (peso, defecación –pueden prescribirse laxantes-, tos, si estornudo)
- pueden emplearse ansiolíticos y sedantes (a criterio del médico responsable)
- **ANTIBIÓTICO** en taponamientos nasales; debe cubrir *S. aureus* para evitar shock tóxico (amox-clav ó cefuroxima)
- **ANALGESIA** en el caso de taponamientos nasales. Aplicar hielo local.
- **Dieta blanda / líquida.** En el caso de taponamiento nasal puede ayudarse la deglución de líquidos con pajita.

➤ cuidados del taponamiento nasal anterior (TNA)

- suele mantenerse de 48 horas a 5 días
- **ANTIBIÓTICO**
- **ANALGESIA**

➤ cuidados del taponamiento nasal posterior (TNP)

- suele mantenerse de 3 a 5 días
- **ANTIBIÓTICO**
- **ANALGESIA**

- La sonda de neumotaponamiento de doble balón debe comprobarse si mantiene presión cada 12-24 horas. Tiene dos balones: uno anterior que admite hasta 30 ml (es el que se sitúa ocupando la fosa nasal) y otro posterior que admite hasta 10 ml (es el que ocupa el cávum / rinofaringe). Habitualmente se rellenan con suero fisiológico o glucosado. Tiene una cánula central fenestrada que permite el paso de aire hacia el cávum. Por esta luz puede echarse suero fisiológico para mantener la mucosa de la rinofaringe húmeda.

- en ancianos debe controlarse la TA, pulsioximetría y se pautará oxígeno terapia (a criterio del médico)

Complicaciones de los taponamientos nasales:

- **HEMORRAGIA.** Si hay hemorragia esto manifiesta que el taponamiento no es eficaz y deberá ser revisado por el médico responsable. No obstante es normal que por la fosa nasal rezume moco y sangre (bien sea por la nariz o por la orofaringe/ boca, siempre y cuando no se trate de una sangrado activo incoercible). También es normal que rezume sangre a través de la vía lagrimal hacia el canto interno del ojo. En caso de pacientes que tenían los tímpanos perforados puede ocurrir que salga sangre por el oído (a través de la trompa faríngea al oído medio y de allí al oído externo); no hay que alarmarse y explicárselo al paciente.
- **DOLOR.** Debe ser tratado con pauta analgésica. Hielo local.
- **HIPOACUSIA.** Es frecuente que tras el taponamiento se provoque derrame seroso o incluso hemotímpano (entrada de sangre desde la rinofaringe a la caja timpánica a través de la trompa faríngea). No es una urgencia. Si se asocia con dolor, este debe ser tratado.
- **SHOCK TÓXICO:** fiebre, vómitos, diarrea. Si hay fiebre deben hacerse tomas para hemocultivos. Avisar al médico responsable.
- **EXPULSIÓN ANTERIOR DEL TAPONAMIENTO.** Revisión de la situación y recolocación de taponamiento si precisa
- **DESPLAZAMIENTO DEL TAPONAMIENTO HACIA RINOFARINGE.** Es peligroso ya que puede ir hacia orofaringe y taponar el vestíbulo laríngeo provocando insuficiencia respiratoria aguda. En este caso es necesario EXTRAER INMEDIATAMENTE EL TAPONAMIENTO y volver a dominar la epístaxis,
- **PÉRDIDA DE PRESIÓN DEL NEUMOTAPONAMIENTO.** Debe rellenarse el balón. Si se sospecha que ha habido rotura debe colocarse un nuevo taponamiento
- **SINEQUIAS NAALES.** Puede formarse después de haber tenido un taponamiento. Provocará insuficiencia respiratoria nasal homolateral. Se evitan vigilando la regeneración de la mucosa de la fosa nasal durante las semanas siguientes al taponamiento y manteniendo lavados nasales con suero fisiológico o agua de mar envasada (en el mercado hay diversas marcas comercializadas).
- **NECROSIS SEPTAL NASAL y PERFORACIÓN SEPTAL.**



3.2- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA LARÍNGEA

Concepto: dificultad para mantener la ventilación debido a obstrucción laríngea.

Etiología: tumor de vía aerodigestiva superiores (orofaringe, laringe, hipofaringe), parálisis laríngea en aducción (p.e. parálisis recurrencial bilateral), edema laríngeo (infeccioso en el caso de laringitis –epiglotitis, laringitis subglótica-, alergia, inhalación de productos químicos o vapores –causticación, inhalación de vapor de agua-), hematoma cervical (cuando hubo cirugía del cuello)

Identificación del cuadro clínico:

- ESTRIDOR INSPIRATORIO
- RETRACCIÓN SUPRASTERNAL, SUPRACLAVICULAR E INTERCOSTAL
- NERVIOSISMO, SUDORACIÓN, AGITACIÓN
- PALIDEZ, CIANOSIS
- AGOTAMIENTO

Material: En el carro de emergencia debe haber lo necesario para proceder a **intubación** y **material para realizar coniotomía**.

➤ **material para coniotomía:**

- * BISTURÍ desechable con mango plástico del nº 21 ó 22
- * Pinza de KOCHER CURVA
- * TUBO DE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON BALÓN de 4.5 mm y de 5 mm

(nota: en el mercado hay paquetes con material de coniotomía que pueden tener el inconveniente de que el tubo de ventilación carece de balón por lo que puede ser difícil la ventilación posterior del enfermo y puede haber haya aspirado de sangre; en nuestra experiencia los paquetes hechos en el hospital con el material señalado han resuelto todos los casos en los que hemos tenido que realizar coniotomía. Es conveniente, pues, que en los lugares de mayor riesgo –planta de ORL, Quirófanos, Servicio de Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos- estén disponibles al menos dos paquetes con material estéril).

Conducta: en situación de extrema urgencia debe plantearse:

- a- eliminar el factor inmediato que causa la obstrucción (ej.: cuerpo extraño, hematoma). Si no es posible:
- b- intentar INTUBACIÓN. Si no es posible:
- c- se hará CRICOTIROTOMÍA (coniotomía)
- d- traqueotomía



3.3.- SORDERA SÚBITA, SORDERA FLUCTUANTE, VÉRTIGO y TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO

SORDERA SÚBITA

Concepto: se entiende por sordera súbita a la pérdida auditiva neurosensorial que se presenta bruscamente instaurándose en minutos u horas (umbral auditivo). Ello obliga a tratamiento y estudio exhaustivo para establecer su etiología.

Objetivo:

- 1- establecer la etiología
- 2- recuperar el umbral auditivo
- 3- comprender la situación y disminuir la ansiedad del enfermo

Tratamiento:

- Individualizado en cada caso

VÉRTIGO

Concepto: el vértigo es un síntoma que el paciente refiere como sensación de movimiento. La etiología es muy variada ya que es síntoma común a muy diversas patologías. A la incapacidad para mantener la bipedestación y merma de la autonomía del paciente con vértigo agudo o violento que obliga al ingreso hospitalario suelen acompañar otros síntomas (acúfenos, náuseas, vómitos, hipoacusia) lo que hace que el paciente viva la situación con una gran carga emocional.

Objetivo:

- 1- establecer la etiología
- 2- mitigar los síntomas (vértigo, náuseas-vómitos)
- 3- disminuir la ansiedad del enfermo

Cuidados:

➤ **Cuidados generales:**

- dieta: dieta sosa; evitar tabaco, alcohol y café. Mantener adecuada hidratación
- control de las patologías de base (HTA, diabetes, hipercolesterolemia, etc.)
- fármacos: evitar ototóxicos; evaluar posibles interacciones; evaluar posible etiología farmacológica (betabloqueantes)
- habitación tranquila (silencio, oscuridad)

➤ **Tratamiento farmacológico**

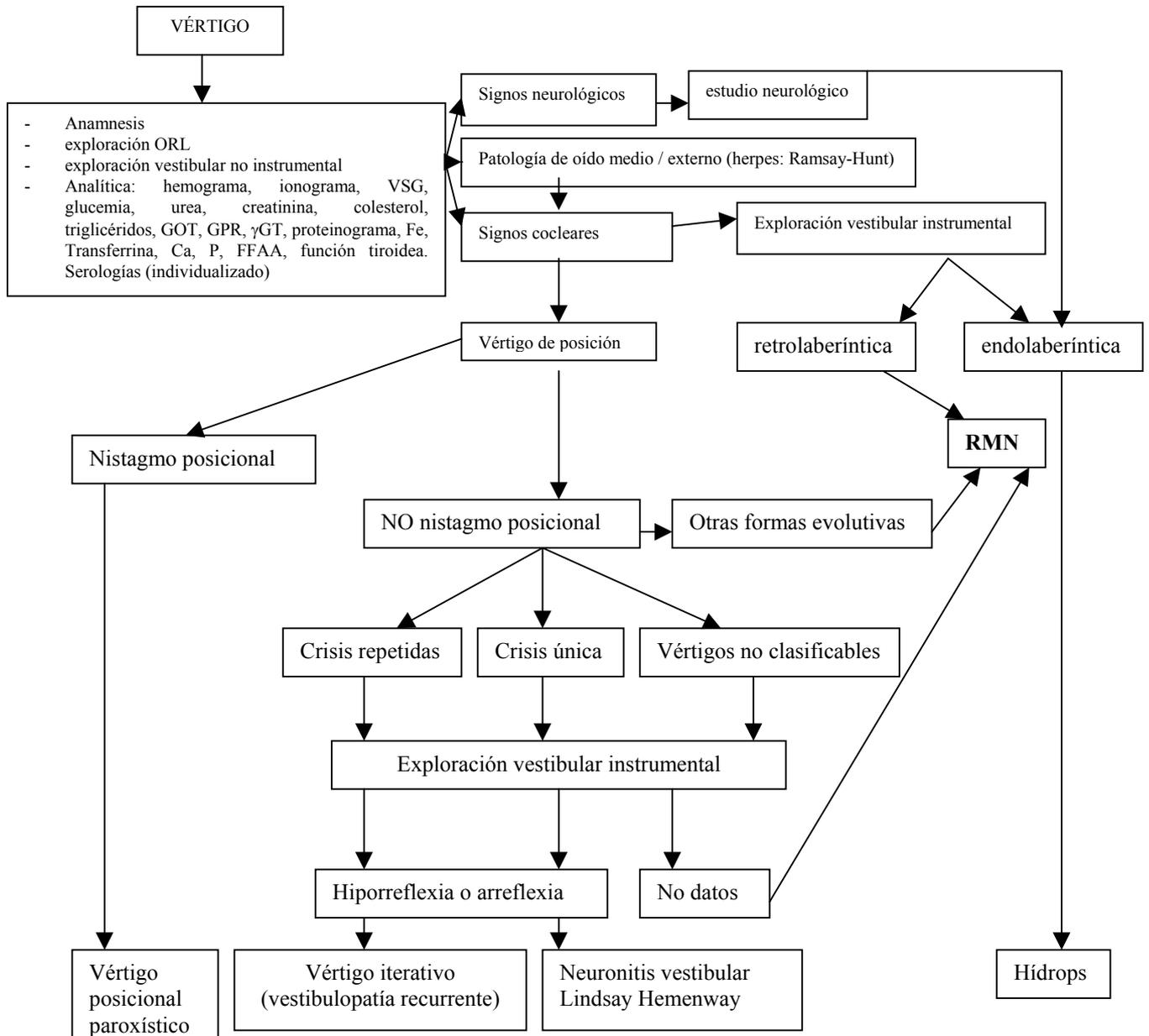
- **dolor** (control de la cefalea, frecuentemente asociada; ver pautas 1.1.4)
 - sumatriptán (Arcoirán®; Imigrán® comp. 50: máximo 300 mg en 24H; Imigrán subcutáneo®-jeringa precargada con 6mg: máximo dos dosis en 24H; la segunda dosis puede hacerse transcurrida una hora de la primera)
- **vértigo:**
 - sulpirida (Dogmatil®, Lebopride®, Guastil®): compr. 200mg; cáps. 50mg; amp. iny. 100mg; sol.0.5% (25mg/5ml). Dosis media: 50-100 mg/8h/ IM ó oral
 - betahistina (Serc®; Fidium®): comp. 8mg; gotas 8mg/ml
- **náuseas / vómitos:**
 - tietilperazina (Torecan®): grag. ó sups. 6.5mg (máx. 6 al día)
 - haloperidol* (Haloperidol®)(comprimidos de 10mg.; solución 10 gotas= 1mg.; ampollas de 5mg./ml): dosis desde 1.5-2.5 mg por la noche a 20 mg. en dos o tres tomas -día)
 - hioscina (Buscapina® amp de 20mg)
 - atropina (Atropina Braun® 1ml01mg)
 - metoclopramida (Primperán®)(solución 10ml=10 mg.; comprimidos de 10 mg; ampollas de 10 mg. y de 100mg): 10 mg. /4-6-h.
 - domperidona (Clebriol®; Motilium®)(comp. de 10 mg; suspensión 10ml=10mg; supositorios 60 mg): 10 mg. cada 6 horas ó un supositorio cada 8 horas.
- **acúfenos:** - neostigmina (Prostigmine Roche® amp de 0.5mg/ml): tres ampollas a la semana vía SC ó IM
- **Hvdrops:**
 - Manitol 10%: pasar 500ml en 2H vía IV. La dosis se repetirá diariamente con control hidroelectrolítico y de la función renal diariamente
 - corticoide:

<ul style="list-style-type: none"> • dexametasona (Fortecortin® comp. de 1 mg; amp de 4 y 40 mg) • hidrocortisona (Actocortina® amp de 100, 500 y 1000 mg) 	<ul style="list-style-type: none"> • deflazacort (Zamene® 6mg, 30mg, gotas - 1gota/1mg-)
--	---
- diurético: acetazolamida (Edemox®): comp. de 250 mg. De 1 a 4 comprimidos al día.
- **Ansiedad / depresión** (criterio individualizado; solicitar valoración por especialista)
 - en fase aguda con crisis de ansiedad:

<ul style="list-style-type: none"> • diazepam: Valium® : 10 mg. IV. En 100 ml de suero salino • haloperidol (Haloperidol® comprimidos de 10 mg.; solución 10 gotas= 1mg.; ampollas de 5mg./ml): dosis desde 1.5-2.5 mg por la noche a 20 mg. en dos o tres tomas -día): 5 mg oral por la noche; puede llegarse a 10-20 mg /día en dos o tres tomas) • levomepromazina: Sinogán® (amp de 25 mg.) 100 mg (4 ampollas) vía IV lenta en 100 ml de suero fisiológico • amitriptilina (Triptyzol®) • imipramina (Tofranil 25-75 mg) • fluvoxamina (Dumirox® comp de 50 y 100mg) 	<ul style="list-style-type: none"> - de mantenimiento: <ul style="list-style-type: none"> • diacepam (Valium®: 2-5 mg oral por la noche; puede llegarse a 60 mg/día en tres dosis) • lorazepam (Idalprem® -comp de 1 y 5 mg-: 1-4 mg oral; puede llegarse a 10 mg / día en 4 dosis) • levomepromazina (Sinogán® comp. de 25 y 100mg; gotas al 4%) • fluoxetina (Prozac®; Adofen®; Reneuron®): sobres de 20 mg; comprimidos de 20 mg; sol 20 mg/5ml
---	--
 - clomipramina* (Anafranil® amp 25mg: 2-3 amp en 250-500 ml de suero fisiológico a pasar en 1,5 a 3 horas

GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

Pauta general de diagnóstico en un paciente con vértigo:



Tomado y modificado de CAHUPLANNAZ, G.; LEGENT, F.: "Vertiges chez l'adulte: stratégies diagnostiques, place de la rééducation vestibulaire". Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac. 1998. 115: S5-S21.



- **CARRASCO JIMÉNEZ, M.S.:** "CIRUGÍA AMBULATORIA". ZENEKA FARMA. BARCELONA, 1999. (TOMOS I Y II)
- **COMISIÓN DE INFECCIÓN HOSPITALARIA:** "PRINCIPIOS DE LA PROFILAXIS QUIRÚRGICA. GENERALIDADES". HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA. ZAMORA, 1998.
- **EDITIONS SCIENTIFIQUES ET MEDICALES ELSEVIER, SAS:** "INSTANTANÉS MÉDICAUX: ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE. OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE". (ENCICLOPEDIA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA EN PERMANENTE ACTUALIZACIÓN)
- **FABRA, J.M.; DEL PRADO, M.:** "DOLOR EN EL ÁMBITO O.R.L.". AULA MÉDICA. MADRID, 1997.
- **GÓMEZ SANCHO, M. Y COLS.:** "CUIDADOS PALIATIVOS: ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS TERMINALES". ICEPSS EDITORES, SL. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, 1998 (VOL. I Y II)
- **GÓMEZ, M.; ÁLAMO, J.C.; RUIZ, L.:** "CUIDADOS PALIATIVOS E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN ENFERMOS TERMINALES". INSTITUTO CANARIO DE ESTUDIOS Y PROMOCIÓN SOCIAL Y SANITARIA (ICEPSS). LAS PALMAS DE GRAN CANARIA, 1994.
- **GÓMEZ, M. Y COLS.:** "CONTROL DE SÍNTOMAS EN EL ENFERMO DE CÁNCER TERMINAL". ASTA MÉDICA, S.A.MADRID, 1992
- **GÓMEZ-BATISTE, X.; PLANAS DOMINGO, J.; ROCA CASAS, J.; VILADIU QUEMADA P.:** "CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA". EDITORIAL JIMS. BARCELONA, 1996.
- **GONZÁLEZ BARÓN, M.; ORIDÓÑEZ, A.; FELIU, J.; ZAMORA, P.; ESPINOSA, E. Y COLS.:** "TRATADO DE MEDICINA PALIATIVA". EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA. MADRID, 1996.
- **GRACIA, D.:** "FUNDAMENTOS DE BIOÉTICA". EUDEMA UNIVERSIDAD MANUALES (EDICIONES DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE S.A.). MADRID, 1989.
- **LEE, K.J.:** "ESSENTIAL OTOLARYNGOLOGY . HEAD AND NECK SURGERY". SEVENTH EDITION. APPLETON & LANGE. STAMFORD, 1999.
- **MAESTRE, J.M.:** "GUÍA PARA LA PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA". ZENEKA FARMA. MADRID, 1997.
- **PARDAL, J.L.:** "GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL". ZAMORA, 1997.
- **PÉREZ, C.:** "ANESTESIA AMBULATORIA EN ORL". EN: CARRASCO JIMÉNEZ, M.S.: "CIRUGÍA AMBULATORIA". TOMO II. ZENEKA FARMA. BARCELONA, 1999. (PP: 109-117)
- **SANFORD, J.P.; GILBERT, D.N.; MOELLERING, R.C.; SANDE, M.A.:** "GUÍA DE TERAPÉUTICA ANTIMICROBIANA". EDICIONES DÍAZ DE SANTOS, S.A. MADRID, 1999.
- **SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA:** "GUÍA SOBRE LA INDICACIÓN DE LA TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS, PLAQUETAS Y PRODUCTOS PLASMÁTICOS LÁBILES". 1999.
- **VADEMECUM INTERNACIONAL.** 39ª y 40ª EDICIÓN. MEDIMEDIA-MEDICOM.

GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN ELECTRÓNICA

INDICE ALFABÉTICO

A

Acúfenos, 86
Adenoidectomía, 55
Adyuvantes analgesia, *coanalgésico* 31
Alimentación, 38, 39
Alta, 9
Alta médica en CMA, 59
Amigdalectomía, 55
Analgesia, 30-34
Anestesia, 13-18
Anorexia, 76 (casilla38)
Ansiedad, 76 (casilla 35)
Antibióticos, 20
Anticonvulsivantes, 31
Antidepresivos, 76
ASA, 13

B

Boca, 72

C

Calcemia, 44
Calidad de vida, 70
Cánulas, 50
Cervicotomía, 43
Cirugía Mayor Ambulatoria, 59
Clasificación tumoral, 66
CMA, 59
Coanalgésico, 31
Complicaciones en CMA, 60
Control de calidad, 10
Control de síntomas, 71
Cricotirotomía, 11 (paquetes)
Cuidado de la boca, 72
Cuidado de la piel, 77
Cuidados paliativos, objetivos, 67, 69

D

Decanulación, 49
Depresión, 76
Diabetes, 25-29
Diarrea, 73
Disfagia, 71
Dolor, 30-34
Dolor en CMA, 59

E

Ecografía, 41
Edema, 75
Epistaxis, 74, 84
Escalas, 59, 70
Escala de Aldrete, 59
Escala de evaluación de incapacidad, 70
Espasmo laríngeo, tratamiento, 60
Estadaje tumoral, 65, 66
Estadio tumoral, 66
Estado confusional, 76
Estapedectomía, 56
Estertores, 76
Estreñimiento, 72
Extensión tumoral, 66
Exteriorización tumoral, 75

F

Fentanilo transdérmico, 34
Fistulas cutáneas, 47

H

Hemorragia, 74
Hipercalcemia, 44
Hipo, 76
Hipoalcemia, 44

Hospitalización, 9, 59

Hydrops, 86

I

Imagen, estudios, 41
Incapacidad, escalas, 70
Inclusión en CMA, criterios, 59
Infección, 20
Insomnio, 74

Insuficiencia respiratoria laríngea, 85
Intercricotirotomía, paquetes, 11, 85

L

Laringectomías, 46
Laringoscopia, 58
Laringospasmo, 60

M

Medicación preanestésica, 13-18
Microcirugía endolaríngea, 58
Microlaringoscopia, 58
Miringoplastia, 56
Moribundo, 78
Mucositis, 72, 79
Muerte, 78

N

Nutrición, 38

O

Oído, 56
Olor, 75
Oncología cérvicofacial, 63

P

Panendoscopia, 58
Paquete de cricotirotomía, 11, 85
Paratiroidectomía, 44
Paratiroides, 44
Parótida, 43
Piel, 77
Preoperatorio, 13-18
Profilaxis antibiótica, 20

Q

Quimioterapia, 79

R

Recidiva tumoral, 75
Reservorios intravenosos, 35-37

S

Sala de curas, 11
Senos paranasales, 57
Síntomas (tabla 2.2.3), 71
-dolor (casilla 1-5), 71
-disnea (casilla 6-11), 71
-disfagia/afagia (casilla 12), 71-72
-xerostomía (casilla 13), 72
-parestias bucales (casilla 14-15), 72
-estreñimiento (casilla 16), 72-73
-diarrea (casilla 17), 73
-síncope (casilla 18), 73
-náusea (casilla 19), 73-74
-tos (casilla 20), 74
-insomnio (casilla 21), 74
-hemorragia (casilla 22-27), 74-75
-exteriorización tumoral (casilla 28), 75
-edema cérvicofacial (casilla 29-32), 75-

76

-parálisis facial (casilla 33), 76
-parálisis oculomotora (casilla34), 76
-ansiedad (casilla 35), 76
-depresión (casilla36), 76
-estado confusional (casilla 37), 76
-anorexia (casilla 38), 76
-hipo (casilla 39), 76
-estertores (casilla40), 76
-prurito (casilla41), 76
-síntomas urinarios (casilla42), 76

-úlceras por presión (casilla43), 77

Sonda NG, PEG, 38
Sordera (súbita, fluctuante), 86
Sueño, 74

T

Tabla de síntomas, 71
TAC, 41
Taponamiento nasal, 84
Tetania, 44
Timpanoplastia, 56
Timpanotomía exploradora, 56
Tiroidectomía, 44
Tiroides, 44
TNM, 66
Traqueostoma, 46, 84
Traqueotomía, 48
Trombosis venosa profunda, profilaxis, 16
Trousseau, 44
Tubo de ventilación transtimpánico, 56

U

Úlceras cutáneas, 77

V

Vendajes oído, 56; cuello, 43, 46
Vértigo, 86

Vómitos, 73, 79

X

Xerostomía, 72



NuevoHospital
versión digital

ISSN: 1578-7516

HOSPITAL VIRGEN DE LA CONCHA
ZAMORA

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

Volumen II - Nº 28 - Año 2002

Nº EDICIÓN: 30

Publicado el 21 de noviembre de 2002

Página 90 de 90

**GUÍA DE CUIDADOS EN OTORRINOLARINGOLOGÍA Y PATOLOGÍA CÉRVICOFACIAL. EDICIÓN
ELECTRÓNICA**

NOTAS
