

LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA

Dulfary Mejía Vanegas*, Yenny Alejandra Villegas Buriticá**, Ángela María Rincón Hurtado***

RESUMEN

La realización de una traqueostomía origina cambios fisiológicos, físicos, psicológicos, sociales, económicos y laborales que impactan en la calidad de vida del paciente, la familia y el cuidador. Este artículo se propone determinar la calidad de vida de los pacientes con traqueostomía. En este sentido, se realizó un estudio de casos de tipo descriptivo observacional, no probabilístico, consecutivo con un total de trece pacientes; se evaluaron los dominios físico y mental para determinar la afectación en la calidad de vida de los pacientes con traqueostomía. Toda la población estudiada presentaba mala calidad de vida; el sexo no es un factor influyente en la dimensión mental, pero la dimensión física se ve más afectada en la población masculina. En el dominio emocional se observa una limitación importante frente a la realización de actividades de la vida diaria. Se concluye que la calidad de vida en los pacientes con traqueostomía se disminuye comparada con la de la población general, afectando los dominios en la salud física y mental.

Palabras clave: Calidad de vida, Traqueostomía, Mortalidad, Ventilación mecánica, Salud mental

* Terapeuta respiratorio. Magíster en Salud Pública y Desarrollo Social. Cuidado crítico del paciente adulto. Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte. Grupo de investigación Zipatefi, Fundación Universitaria del Área Andina. Correo electrónico: dmejia2@areandina.edu.co, autora de correspondencia

** Terapeuta respiratorio. Semillero RCP Andino, Fundación Universitaria del Área Andina.

*** Magíster en Epidemiología. Doctor en Ciencias de la Salud Pública. Docente investigadora de la Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte. Grupo de investigación Zipatefi. Fundación Universitaria del Área Andina.

INTRODUCCIÓN

La traqueostomía es una técnica cada vez más demandada como solución a la funcionalidad de la vía aérea por patologías graves en pacientes severamente enfermos de etiología transmisible y no transmisible. Esta intervención quirúrgica altera los mecanismos de defensa de la vía aérea, el patrón respiratorio, la tos, el barrido ciliar y el porcentaje de húmeda del epitelio de las vías respiratorias. También deriva en complicaciones tales como estenosis traqueal, fístula traqueo-esofágica, traqueomalacia, formación de granulomas y disfagia, entre otras, de manera que impacta en la funcionalidad del individuo, ya que son aspectos que influyen en la disminución de la percepción de la calidad de vida del paciente (Che-Morales *et al.*, 2014). También los pacientes con traqueotomía experimentan problemas como la incapacidad de hablar, deglutir, trastornos en la fonación y deterioro de la imagen corporal. Estas experiencias afectan negativamente la calidad de vida (Seyman y Çelik, 2020).

La traqueostomía se define como un procedimiento quirúrgico por el cual se inserta una cánula dentro de la tráquea, pasando por la piel del cuello (estoma). Esto con la finalidad fisiológica de restaurar el flujo de aire hacia los pulmones al introducir un tubo (cánula de traqueotomía) en la tráquea. Se realiza en pacientes con alteraciones anatómicas en las vías respiratorias superiores o que se encuentren bajo asistencia ventilatoria mecánica prolongada con varios intentos fallidos de retiro del soporte ventilatorio (Stefano y María, 2005).

La decisión de proceder con la realización de una traqueostomía es de gran alcance para el paciente y la familia. El proceso es estresante, angustiante y abrumador en el nivel emocional para todos los miembros de la familia (McCormick *et al.*, 2015).

La calidad de vida ha logrado posicionarse como uno de los problemas de gran importancia e impacto en la salud pública, dado que las traqueotomías afectan la comunicación, la percepción de la autoimagen corporal, restringen la actividad física y la movilidad del cuello. La percepción de los pacientes de su apariencia a menudo se ve alterada y puede limitar sus actividades sociales y relaciones personales. A pesar de reconocer el potencial impacto que una traqueotomía a largo plazo puede tener en la calidad de vida de los pacientes, se encuentran limitadas investigaciones sobre este tema (Smith *et al.*, 2016). La presencia de una traqueostomía deteriora el bienestar psicosocial de los pacientes y resulta en complicaciones, experiencias, enfermedades o padecimientos crónicos (Robinson, 2010).

Esta investigación se propuso dar a conocer la percepción de la calidad de vida en las dimensiones relacionadas con la función física, mental, social y familiar en los pacientes con traqueostomía. El estudio fue de casos consecutivos, tipo descriptivo, con un total de trece pacientes. El objetivo fue determinar la calidad de vida en los pacientes con traqueostomía en edades comprendidas entre los dieciocho a ochenta años. Las variables principales de estudio fueron edad, sexo, tiempo de permanencia de la traqueostomía, comorbilidades, estado civil y nivel de educación. El instrumento

utilizado fue el cuestionario genérico para calidad de vida SF-12 (Short Form 12 Health Survey); los datos fueron recogidos en una matriz elaborada en Excel y analizados mediante el *software* SPSS versión 25.0.

Materiales y métodos

Estudio de casos de tipo descriptivo observacional, no probabilístico, de tipo consecutivo. De acuerdo con los criterios de inclusión se evaluó la calidad de vida de trece pacientes con traqueostomía. El cuestionario genérico de calidad de vida SF-12 (Short Form 12 Health Survey) fue el instrumento aplicado para evaluar las dimensiones de la calidad de vida y determinar la afectación en los dominios de salud mental y física. En el análisis de datos esta investigación utilizó la estadística descriptiva con la elaboración de tablas de frecuencia, medidas de posición (promedio, mediana, mínima y máxima) y medidas de dispersión orientadas a medir las diferencias individuales (desviación estándar) desde un análisis univariado.

Resultados

El cuestionario SF 12 evalúa una puntuación de 0 a 100, donde 0 a 50 nos interpreta una mala calidad de vida, y de 50 a 100 buena calidad de vida. De los trece pacientes estudiados siete (53,8 %) eran hombres y seis (46,1 %) fueron mujeres. El total de las puntuaciones obtenidas en la escala genérica para calidad de vida SF 12 se recodificó teniendo en cuenta la media, con el objetivo de cruzar estos resultados con las variables sociodemográficas. Se encontró que una parte considerable de la población tiene

un puntaje en la medición de la calidad de vida regular. Se presentarán las correlaciones que resultaron significativas; teniendo en cuenta el nivel de medición de las variables del estudio (véase la Tabla 1).

Tabla 1: Variables sociodemográficas

Variable	#(n-13)
Sexo	
Masculino	7
Femenino	6
Edad	
Menores de 40	6
40-55	2
55-70	2
Mayores de 70	3
Estado Civil	
Soltero	6
Unión Libre	3
Casado	2
Viuda	1
Separado	1
Nivel de estudio	
Ninguno	1
Primaria	4
Secundaria	7
Técnico	1
Situación laboral actual	
Empleado	2
Desempleado	5
Ama de casa	2
Informal	2
Independiente	1
Pensionado	1
Ingresos de su núcleo	
< 1 smlv	1
1-2 smlv	9
2-6 smlv	3
Tiempo de permanencia	
< 3 meses	7
3-6 meses	3
> 1	3

Fuente: elaboración propia.

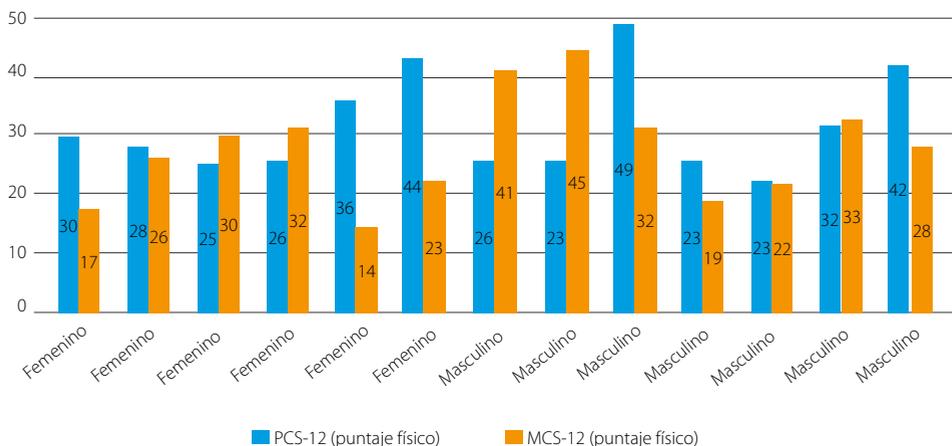
De la totalidad de la población, el sexo femenino presentó un mayor deterioro en la dimensión mental con un puntaje

mínimo-máximo de 13,89-32 puntos, manteniéndose por debajo con respecto a los puntajes de la población masculina, mientras que el sexo masculino solo tres (23,05 %) de ellos presentaron un mayor deterioro en la dimensión física con un puntaje mínimo de 22,57, y solo uno (7,68 %) de ellos alcanzó el máximo puntaje de 49,41 en la dimensión física (véase la figura 1). Respecto a la edad, no se encontró datos relevantes frente al sexo; se presentó una mínima-máxima de 19-76 años con una edad promedio de 46,92 y un rango de 57 años.

Los resultados de la variable *escolaridad* presentan el mayor porcentaje (53,8 % de los pacientes con grado de escolaridad básica secundaria, seguidos del

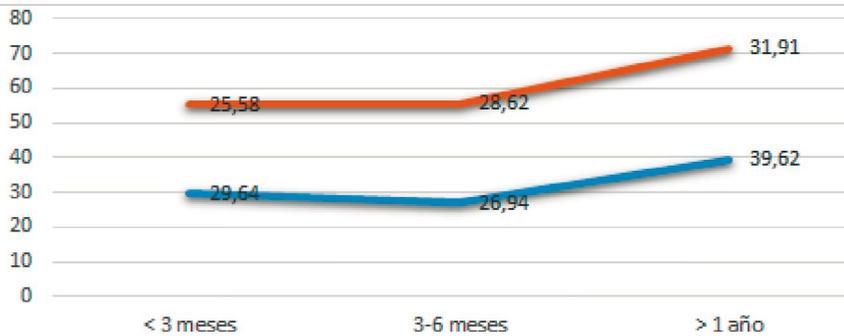
30,7 % para primaria, y un 7,6 % para las personas con educación técnico. La misma proporción se guarda con relación a las personas analfabetas y ninguno presentó estudio profesional. Respecto al estado civil de los pacientes, el mayor porcentaje (46,15 %) correspondió a personas solteras, seguido de un 23,07 % para las personas que conviven en unión libre; sólo el 15,38 % eran casados y el 7,6 % eran personas separadas, en tanto que la misma proporción se guarda para las personas que son viudas. En cuanto al tiempo de permanencia de la traqueostomía en la población estudiada (véase la figura 2), en la que se midió el rango de <3 a meses, hasta >1 año en relación con la dimensión física y mental.

Figura 1: Sexo-dimensiones



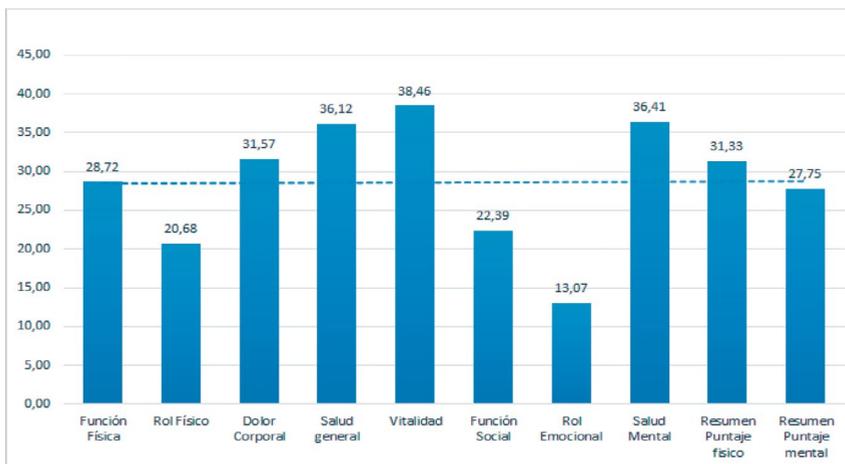
SF12	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
PCS-12 (Puntaje físico)	22,57	49,41	31,33	8,91
MCS-12 (Puntaje mental)	13,89	44,77	27,75	9,03

Figura 2. Tiempo de traqueostomía



Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Dimensiones S-12



Fuente: elaboración propia.

La puntuación mínima obtenida fue de 25,58 en <3 meses para la dimensión mental, de modo que fue posible evidenciar con la línea de tiempo para los pacientes con permanencia >1 año que su diferencia es de 6 puntos, y la máxima puntuación obtenida fue de 39,62 en >1 año para la dimensión física. Toda la población estudiada presentó mala calidad de vida, no superando ninguno de los sujetos del estudio más de 50 puntos en las siguientes dimensiones evaluadas: función física, rol físico, dolor corporal,

salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental (Hashmi *et al.*, 2010). De esta manera, se evidenció el deterioro de la calidad de vida en relación con las dimensiones, viéndose más afectado el rol emocional, el cual arrojó el puntaje más bajo de 13,07, seguido del rol físico con 20,68 y la función social con un puntaje de 22,39. El máximo puntaje lo obtuvo la dimensión vitalidad con 38,46 puntos (Bibas *et al.*, 2018) (véase la Figura 3).

Discusión

Toda la población estudiada con traqueostomía presentaba una mala calidad de vida. El sexo no es un factor influyente en la dimensión mental, pero la dimensión física se ve más afectada en la población masculina. Los pacientes describen una serie de experiencias negativas relacionadas con la imagen corporal, el habla y la comunicación con compromiso de su bienestar y calidad de vida con el consecuente aislamiento social por desfiguración de la autoimagen corporal y la baja autoestima; estos mismos datos fueron planteados por Nakarada-Kordic *et al.* (2017).

La causa que originó la realización de la traqueostomía fueron las neoplasias sistémicas, seguidas de otros factores tales como la ventilación mecánica prolongada, trauma y enfermedad oclusiva de etiología vascular, cerebral y periférica (Freeman-Sanderson *et al.*, 2018). Las traqueotomías tempranas permiten una mejor calidad de vida, tienen menor incidencia de estenosis traqueal, traqueomalacia y granulomas que comprometen la calidad de vida al no permitir la decanulación del paciente con la normalización del eje faringo-laríngeo-traqueal, lo que origina la afectación de la comunicación posterior (Clum y Rumbak, 2018). Los pacientes con traqueostomía que presentaron comorbilidades tienen mayor afectación en la calidad de vida. En la población estudiada se puede observar que a menor edad mayor afectación de la dimensión física.

Pocos estudios han publicado datos sobre las experiencias del paciente y el cuidador con la traqueotomía, espe-

cialmente en el entorno comunitario. Es necesario comprender mejor estas experiencias a fin de estar en capacidad de formular estrategias y proporcionar recursos para mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida general de los pacientes con traqueotomía y sus cuidadores en el hospital y en la comunidad.

Conclusiones

La calidad de vida en los pacientes con traqueostomía es menor a 50 puntos en la dimensión física y mental, lo que determina una disminución de la calidad de vida comparada con la población general (Gilony *et al.*, 2005). En la población estudiada se observa que a menor tiempo de convivencia con la traqueostomía, mayor afectación es la dimensión mental, pero a mayor tiempo de convivencia con la traqueostomía la dimensión de más afectación es la física sin importar el sexo.

Sugerencias

Las autoras recomiendan protocolizar tratamientos en las especialidades de terapia respiratoria, fisioterapia, fonología, psicología y terapia ocupacional de forma temprana, con el fin de minimizar la afectación de la calidad de vida de los pacientes con traqueostomía. Existen pocos estudios sobre la calidad de vida de pacientes con traqueostomía, por lo que es necesario profundizar en las experiencias de los pacientes con traqueostomía desde la salud mental y física con futuras investigaciones que permitan el desarrollo de estrategias que garanticen un bienestar físico, emocional y social para esta población.

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no tienen conflictos de intereses, solo la motivación de divulgar nuevo conocimiento.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a la Dirección Nacional de Investigación de la Fundación Universitaria del Área Andina (DNI) por la gestión realizada en la divulgación de los resultados de esta investigación.

REFERENCIAS

- Bibas, B. J., Guerreiro Cardoso, P. F., Salati, M., Minamoto, H., Luiz Tamagno, M. F., Terra, R. M. y Pêgo-Fernandes, P. M. (2018). Health-Related Quality of Life Evaluation in Patients with Nonsurgical Benign Tracheal Stenosis. *Journal of Thoracic Disease*, 10(8), 4782-4788. <https://doi.org/10.21037/jtd.2018.07.80>
- Che-Morales, J. L., Díaz-Landero, P. y Cortés-Tellés, A. (2014). Manejo integral del paciente con traqueostomía. *Revisión Neumol Cir Torax Neumol Cir Torax*, 73(4), 254-262. <http://www.scielo.org.mx/pdf/nct/v73n4/v73n4a6.pdf>
- Clum, S. y Rumbak, M. (2018). The Quality of Life After Tracheotomy. *Minerva Anestesiologica*, 84(9), 1005-1006. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.18.12805-7>
- Freeman-Sanderson, A. L., Togher, L., Elkins, M. y Kenny, B. (2018). Quality of Life Improves for Tracheostomy Patients with Return of Voice: A Mixed Methods Evaluation of the Patient Experience Across The Care Continuum. *Intensive and Critical Care Nursing*, 46, 10-16. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.02.004>
- Gilony, D., Gilboa, D., Blumstein, T., Murad, H., Talmi, Y. P., Kronenberg, J. y Wolf, M. (2005). Effects of Tracheostomy on Well-Being and Body-Image Perceptions. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 133(3), 366-371. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2005.04.025>
- Hashmi, N. K., Ransom, E., Nardone, H., Redding, N. y Mirza, N. (2010). Quality of Life and Self-Image in Patients Undergoing Tracheostomy. *Laryngoscope*, 120(4), 1870. <https://doi.org/10.1002/lary.21663>
- McCormick, M. E., Ward, E., Roberson, D. W., Shah, R. K., Stachler, R. J. y Brenner, M. J. (2015). Life After Tracheostomy: Patient And Family Perspectives On Teaching, Transitions, And Multidisciplinary Teams. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery (United States)*, 153(6), 914-920. <https://doi.org/10.1177/0194599815599525>
- Nakarada-Kordic, I., Patterson, Niamh, Wrapson, J. y Reay, S. D. (2017). A Systematic Review of Patient and Caregiver Experiences with a Tracheostomy. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 11. <https://doi.org/10.1007/s40271-017-0277-1>
- Robinson, F. (2010). Has Maternity Matters Delivered? *Practising Midwife*, 13(4), 23-24.
- Seyman, Ç. C. y Çelik, S. Ş. (2020). Effect of Protective Cover on the Quality of Life of Patients With Tracheostomy-A Quasi-Experimental Study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 35(4), 430-436. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.01.013>
- Smith, K. A., Bosch, J. D., Pelletier, G., MacKenzie, M. y Hoy, M. Y. (2016). The Development of a Tracheostomy-Specific Quality of Life Questionnaire: A Pilot Study. *Annals of Otolaryngology and Laryngology*, 125(8), 667-671. <https://doi.org/10.1177/0003489416644619>
- Stefano, V. y María, O. L. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas Diversitadas. *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 125-137.

