

FÍSTULA FARINGOCUTÁNEA POSTERIOR A LA LARINGECTOMÍA TOTAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Mary Elizabeth de Santana¹
Namie Okino Sawada²

La atención de enfermería brindada al paciente con laringotomía total debe estar basada en el conocimiento científico. La práctica basada en evidencias es un enfoque que incentiva la utilización de resultados de investigaciones en la práctica clínica. Esta investigación es una revisión sistemática, con el objetivo de identificar los principales tratamientos de la fístula faringo-cutánea posterior a la laringotomía total. Para la selección de los artículos, se utilizaron cinco bases de datos: Pubmed, Cinahl, Biomednet Research Tools, Cochrane Library y Lilacs. La muestra fue conformada por 37 artículos. Posterior al análisis de los artículos incluidos en esta revisión, los resultados evidenciaron que el tratamiento para la fístula faringo-cutánea es de tipo conservador, el cual es basado en cuidados intensos de higiene y tratamiento de la herida. La utilización de estos resultados en la práctica clínica brindará mayor consistencia al trabajo de la enfermera para el cuidado del paciente con fístula faringo-cutánea.

DESCRIPTORES: neoplasias laríngeas; laringectomía; complicaciones postoperatorias

PHARYNGOCUTANEOUS FISTULAE AFTER TOTAL LARYNGECTOMY: A SYSTEMATIC REVIEW

Nursing care to patients after total laryngectomy should be based on scientific knowledge. Evidence-based practice is a type of approach that stimulates the use of research results in clinical practice. This study presents a systematic review that aimed to identify the main treatments for pharyngocutaneous fistulae after total laryngectomy. Articles were selected from five databases: Pubmed, Cinahl, Biomednet Research Tools, Cochrane Library and Lilacs. The review sample consisted of 37 articles. After analyzing the articles included in the review, results showed that conservative treatment is commonly used for pharyngocutaneous fistulae, recommending intensive hygiene and wound treatment. The use of research results in clinical practice will grant greater consistency to nurses' actions in care for patients with pharyngocutaneous fistulae.

DESCRIPTORS: laryngeal neoplasms; laryngectomy; postoperative complications

FÍSTULA FARINGOCUTÁNEA APÓS LARINGECTOMIA TOTAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

A assistência de enfermagem prestada ao paciente laringectomizado total deve ser baseada em conhecimento científico. A prática baseada em evidências é abordagem que incentiva a utilização de resultados de pesquisas na prática clínica. A presente pesquisa é uma revisão sistemática que teve por objetivo identificar os principais tratamentos da fístula faringocutânea, após laringectomia total. Para a seleção dos artigos utilizou-se cinco bases de dados Pubmed, Cinahl, Biomednet Research Tools, Cochrane Library e Lilacs. A amostra desta revisão foi constituída de 37 artigos. Após análise dos artigos incluídos na revisão, os resultados evidenciaram que o tratamento para a fístula faringocutânea é o conservador, o qual preconiza cuidados higiênicos intensivos e o tratamento da ferida. A utilização de resultados de pesquisas na prática clínica trará maior consistência à atuação da enfermeira no cuidado ao portador de fístula faringocutânea.

DESCRIPTORES: neoplasias laríngeas; laringectomia; complicações pós-operatórias

¹ Profesor Doctor de la Universidad Federal do Pará, Brasil, y de la Universidad do Estado do Pará, Brasil, e-mail: betemary@terra.com.br; ² Profesor Asociado de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil, e-mail: sawada@eerp.usp.br.

INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería a pacientes oncológicos con cáncer de cabeza y cuello requiere del complejo conocimiento sobre los mejores cuidados a ser brindados a través de un enfoque multidisciplinario. Por ser enfermería parte del equipo multidisciplinario, cumple un rol importante en el cuidado a todos los pacientes sometidos a tratamientos con cáncer, específicamente a aquellos con cáncer de cabeza y cuello, quienes exigen un cuidado de enfermería amplio y especializado durante el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para que de esta forma los resultados puedan ser eficaces.

Con respecto a la epidemiológica del cáncer de laringe, la incidencia es mayor en el sexo masculino, afectando predominantemente al grupo de 50 a 70 años. Para el año 2005 se estima que a nivel mundial aparecerán 160.000 casos nuevos para el sexo masculino y 22.000 para el sexo femenino. La mortalidad estimada será alrededor de 89.000 casos entre los hombres y 12.000 casos entre las mujeres⁽¹⁾.

Las principales formas de tratamiento utilizadas para el cáncer de cabeza y cuello son la cirugía y la radioterapia. Las cuales son usadas en primera instancia, como forma de cura, sin embargo en algunas circunstancias sirven como tratamiento paliativo, pudiendo estar asociadas o no a otras terapias, dependiendo del tipo de tumor, extensión, condición clínica y las preferencias del paciente. El correcto diagnóstico y el estadio son esenciales durante la toma de decisiones⁽²⁾.

Los enfoques quirúrgicos, durante la década de los 90, fueron dirigidos a conservar la función orgánica y como estrategias de reconstrucción. Este tipo de tratamientos favorecen la resección total de los tumores malignos en la laringe, con retirada parcial del órgano debida a la laringotomía parcial, cuyo objetivo es preservar la función o alguna de las funciones: respiratoria, de fonación y del esfínter⁽³⁾.

La laringotomía total conformada por la resección completa de la laringe cartilaginosa del hueso hioides y de los músculos infra-hioides conectados a la laringe, con el objetivo de remover el espacio pre-epiglótico, cuando existe lesión. Este procedimiento quirúrgico es siempre realizado con vaciamiento cervical selectivo anterior bilateral en los niveles II, III y IV, denominados también de vaciamientos inter-yugulares, los que caracterizan la laringotomía total⁽³⁾.

Entre las complicaciones post-operatorias para la laringectomía total se encuentran las hemorragias, hematomas, obstrucción respiratoria, infección de la herida quirúrgica y fístulas faringocutáneas⁽³⁾.

La fístula "es un pasaje anormal entre dos órganos o entre un órgano y la parte externa del cuerpo". Las fístulas son debidas a inadecuadas cicatrificaciones o por complicación de algunas enfermedades como el cáncer de laringe, que impiden que las capas de los tejidos se unan, favoreciendo la formación de la fístula⁽⁴⁾. Al analizar las complicaciones post-operatorias por laringotomía total en la bibliografía encontramos que la fístula faringocutánea era la más frecuente, habiendo aumentado significativamente la tasa de morbilidad y mortalidad entre los pacientes, lo cual evidencia su importancia en el tratamiento de los pacientes con laringotomía total⁽⁵⁻⁶⁾.

Una de las áreas de trabajo de la enfermera post-operatoria es referida a la detección precoz de complicaciones post-operatorias, con la consecuente implementación de intervenciones cuyo objetivo es minimizar los efectos de estas complicaciones y agilizar el tiempo de recuperación del paciente quirúrgico. De esta forma, la Práctica Basada en evidencias proporciona una toma de decisiones basada en conocimientos científicos.

Frente a lo expuesto elaboramos esta revisión sistemática. Este método de investigación es un recurso de la PBE, que tiene por finalidad reunir y analizar el conocimiento científico producido sobre un tema investigado. Las Revisiones sistemáticas identifican los estudios realizados sobre un tema de investigación y evalúan sus resultados para llegar a conclusiones sobre un área de conocimiento. Con la finalidad de contribuir para una mejor atención de salud para el paciente quirúrgico y disminuir los efectos de las complicaciones por fístula faringocutánea, fue realizada esta revisión que tuvo por objetivo identificar los principales tratamientos de fístula faringocutánea posterior a una laringotomía total.

MÉTODO

Las revisiones sistemáticas capacitan a los investigadores para realizar una evaluación de las evidencias disponibles en la bibliografía específica en

un área clínica, pues los conocimientos adquiridos en esta investigación contribuirán para el tratamiento e implementación de intervenciones que mejorarán la atención de salud. La revisión sistemática es “la aplicación de estrategias científicas que limitan las dificultades para una reunión sistemática, evaluación crítica y síntesis de todos los estudios de importancia sobre un tópico específico”⁽⁷⁾.

Las enfermeras han realizado estudios utilizando la revisión sistemática, como un método cuya objetivo es reunir conocimiento científico, que permita fundamentar las intervenciones en respuesta a los problemas de los pacientes durante la práctica clínica.

El proceso para elaborar la revisión sistemática en enfermería comprende las siguientes etapas: (a) formulación de una pregunta de investigación; (b) búsqueda bibliográfica para identificar los artículos sobre la temática escogida; (c) selección de estudios para ser incluidos en la revisión; (d) recolección de datos; (e) análisis y síntesis de los datos con la utilización de métodos estadísticos, como la metanálisis y/o métodos cualitativos; y (f) presentación de los resultados. Para cada etapa se establecen directivas rigurosas, así como la elaboración de un protocolo (proyecto) transparente para eliminar dudas y asegurar el rigor científico de la investigación⁽⁸⁾.

Procedimiento Metodológico

La pregunta que guió la construcción de la presente revisión sistemática fue “cuáles son los principales tratamientos disponibles para el paciente portador de fístula faringocutánea posterior a una laringotomía total”.

Para alcanzar el objetivo propuesto, se realizó una revisión sistemática durante los años 1992 a 2002, de todos aquellos estudios que trataron sobre el tratamiento de fístula faringocutánea luego de realizada una laringotomía total, entendemos que es un asunto de importancia y de interés para enfermería, además de ser un asunto poco investigado.

En la muestra fueron incluidos estudio que cumplían con los criterios de inclusión. Los estudios fueron seleccionados según la relevancia del tema, siendo los criterios: diseño del estudio, participantes del estudio, tratamiento y resultados, además de no utilizar métodos aleatorios.

Fueron incluidos los artículos que cumplieron los siguientes criterios:

- Tipo de estudios: Todos los estudios que trataban sobre la eficacia del tratamiento para fístula faringocutánea posterior a una laringotomía total, provocada por un carcinoma de células escamosas de la laringe en estadio T3/T4;
- tipos de participantes: pacientes portadores de carcinoma de células escamosas de la laringe, sometidos a laringotomía total seguidos o no de vaciamiento cervical que presentaban una fístula faringocutánea durante el post-operatorio;
- tipos de tratamiento: aquellos artículos que enfocaran el tratamiento tipo conservador y quirúrgico;
- tipos de casos: aquellos relacionados con el pacientes tales como los factores de riesgo relacionados al surgimiento de fístula faringocutánea posterior a una laringectomía total; tipo de tratamiento utilizado para corregir la fístula faringocutánea; tiempo de hospitalización del paciente con fístula faringocutánea posterior a una laringectomía total.

Para buscar y evaluar críticamente los estudios incluidos en esta revisión sistemática pasamos por las etapas descritas a seguir:

Etapas 1: búsqueda por medio electrónico

Para seleccionar los estudios de la muestra investigamos las siguientes bases de datos: Pubmed, Cinahl, Biomednet Research Tools, Cochrane Library y Lilacs sin determinar restricciones de idioma o lugar de publicación. Las palabras claves utilizadas: “Larynx cancer or total laryngectomy”, or “larynx fistulae”; or “pharyngocutaneous fistula”; or “complication; or “treatment or support; or “conservative”; y or “surgical”.

Etapas 2: contacto con los investigadores

Se establecieron contactos con autores de los estudios incluidos en la revisión y con especialista del área vía email, solicitando las referencias identificadas en sus estudios y en otros recientemente publicados o no. Algunos meses después, llegaron algunas respuestas vía correo electrónico elogiando la investigación, se resalta que no fue recibida ninguna contribución para la investigación.

Etapa 3: búsqueda manual

Para la búsqueda manual seleccionamos cuatro periódicos disponibles en la Biblioteca Central de la Universidad de São Paulo-Campus de Ribeirão Preto (SP): Ann Otol Rhinol Laryngol; The Journal of Otolaryngology; Arch Otolaryngol Head Neck Surgery y Laryngoscope. La opción para realizar la búsqueda manual se fundamenta debido a la importancia de los periódicos en el área, al no encontrarlos indexados en las bases de datos en el periodo correspondiente, además de algunos artículos no encontrarse On line.

Etapa 4: selección de los estudios

Utilizamos un formulario estándar para verificar si cada estudio encontrado contenía los criterios para ser incluidos en la revisión: características metodológicas, participantes, diagnóstico, tratamiento y resultados. Resaltamos que dos revisores de forma independiente analizaron los estudios identificados durante el "proceso de embudo", ingresando a títulos, resúmenes y artículos completos cuando era necesario.

Etapa 5: recolección de datos

Los datos fueron recolectados de forma independiente por dos revisores. Estos datos fueron verificados en cuanto su conformidad o no. Con relación a los resultados discrepantes estos fueron resueltos según consenso. Los datos de estudios sobre la población estudiada, tratamiento y acontecimientos fueron recolectados por dos revisores, utilizando un instrumento de evaluación de los artículos, el cual fue construido por las investigadoras previa validación aparente y de contenido.

Posterior a la recolección de datos de estudios incluidos en la revisión sistemática, realizamos un análisis descriptivo, el cual permitió resumir y evaluar en términos cuantitativos, los datos de los estudios con relación a la distribución de un evento en la población.

RESULTADOS

Estudios incluidos en la revisión sistemática

A través de la adquisición del servicio de conmutación bibliográfica obtuvimos 35 artículos y 3

por vía manual, totalizando 38, siendo uno excluido por tratarse de un estudio que no involucraba seres humanos (conejos).

Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática

De los 37 (100%) artículos analizados, 25 (67,6%) eran estudios retrospectivos, 7 (18,9%) estudios de caso, 3 (8,1%) prospectivos, 1 (2,7%) de cohorte, y 1 (2,7%) de revisión bibliográfica.

La tabla 1 muestra las características generales de la muestra estudiada en los 37 artículos que fueron revisados en este estudio.

Tabla 1- Características generales de la muestra

Característica / número	Número artículos	%
Muestra - 2716	37	100
Grupo etáreo de mayor frecuencia 28-86 años	29	78,3
Sexo predominante - masculino-2473	37	100
Características del tumor		
Localización- tumor de laringe	5	13,5
Clasificación TNM	5	13,5
Tratamiento		
Conservador	12	33
Quirúrgico	15	40
Conservador/quirúrgico	10	27
Categorías por temas		
Tratamiento de la fístula faríngeo-cutánea	17	46
Factores de riesgo para fístula faríngeo-cutánea	10	27
Complicaciones posteriores a la laringectomía	10	27

Las muestras de los estudios incluyeron 2716 individuos, encontrándose con mayor frecuencia, en 29 (78,3%) de los artículos analizados, un grupo etáreo de 28 a 86 años de edad. Hubo predominancia del sexo masculino, con 2473(91%) individuos y 243 (9%) para el sexo femenino.

En 12 (33%) estudios el tratamiento de primera elección fue el conservador y en 15 (40%) el tratamiento quirúrgico. En los 10 (27%) estudios restantes se utilizaron los dos tratamientos, basados en los resultados alcanzados con el primer tratamiento aplicado. El diagnóstico médico de todos los pacientes involucrados en los estudios fue

carcinoma de células escamosas en cabeza y cuello, teniendo como característica común que todos (100%) fueron sometidos a laringectomía total.

En esta revisión sistemática de los 37(100%) estudios incluidos, 17 (46%) refirieron tratamiento de la fístula faríngeo-cutánea posterior a una laringectomía total; 10 (27%) estaban enfocados a los factores de riesgo y 10 (27%) relacionados a complicaciones posterior a laringectomía total.

La mayoría de estudios fue realizado en instituciones hospitalarias 28 (75,7%), 7 (18,9%) en hospitales de universidades y 2 (5,4%) en centros de investigación. Los estudios fueron realizados en los siguientes países: Estados Unidos 4 (11%), Canadá 4 (11%), Turquía 4 (11%), Italia 3 (8,1%), Alemania 3 (8,1%), España 3 (8,1%), Reino Unido 2 (5,4%), Japón 2 (5,4%), México 2 (5,4%); Grecia 1 (2,7%); Indonesia 1 (2,7%), Israel 1 (2,7%), Noruega 1 (2,7%), Suecia 1 (2,7%), Finlandia 1 (2,7%), Pakistán 1 (2,7%), Tailandia 1 (2,7%); Inglaterra 1 (2,7%) e India 1(2,7%). Los estudios fueron publicados en inglés 32 (86,5%), español 3 (8,1%) y alemán 2 (5,4%).

Resultados de las categorías extraídas según los estudios

El tratamiento conservador de la fístula faríngeo-cutánea tuvo por objetivo preservar y restaurar la región lesionada, reparación que se constituye en un proceso complejo, dinámico y sistémico. El proceso sistémico depende de las condiciones generales de salud del paciente con neoplasia de laringe y puede ser retardado por varios factores intrínsecos (edad, enfermedades pre-existentes, radioterapia entre otros), que la enfermera debe identificar, con la finalidad de promover y dar continuidad al tratamiento⁽⁹⁾.

El tratamiento tipo conservador constituido por la introducción de la sonda nasogástrica, curación alrededor del cuello, desbridamiento diario de todo el tejido necrótico, drenaje del exudado de la parte inferior, mantenimiento de los niveles de hemoglobina superiores a 12,5g/dl, nutrición adecuada, altas dosis de antibióticos vía endovenosa, medición de la temperatura, remoción de la sonda nasogástrica, inicio de la alimentación por vía oral, uso de antibióticos durante el peri-operatorio, transfusión sanguínea durante el pre-operatorio y post-operatorio, cuidados con la herida, aplicación de

vendajes alrededor del cuello por 24 a 48 hrs, aplicación de Botulinum Toxin A Injection (BTX), instalación del drenaje de succión en el cuello, alimentación oral precoz, oxígeno hiperbárico y tratamiento con esteroides⁽¹⁰⁻¹⁸⁾.

El tratamiento quirúrgico con utilización tejido para reparar las fístulas faríngeo-cutáneas en pacientes con laringectomía total son frecuentemente enfocados por los investigadores. La preocupación con este tipo de tratamiento tuvo inicio en la década del 70, en donde las reconstrucciones de la región de cabeza y cuello predominaba el uso de tejido cutáneo y facial-cutáneo (tejidos deltoideos-pectorales y frontales). Las conductas adoptadas son: uso de tejido aislado pedicular de la arteria temporal superficial, desbridamiento del tejido desvitalizado alrededor de la fístula, tejido cutáneo del músculo deltoide-pectoral y tejido mio-cutáneo pectoral, costura quirúrgica de la fístula con sutura simple, aplicación de 4ml de cola de fibrina, desviación de la saliva, introducción de la sonda n° 19, administración de antibióticos profilácticos, soporte nutricional, tejido radial del antebrazo, tejido del músculo pectoral, introducción de la sonda nasogástrica y/o yeyunostomía, administración de antibióticos y construcción quirúrgica del faringostoma, curación posterior a la cirugía y sutura no muscular de la hipofaringe⁽¹⁹⁻²⁶⁾.

La amplitud del procedimiento quirúrgico (laringotomía total) al cual el paciente es sometido, exige un conocimiento técnico-científico profundo del enfermero, para que pueda planificar la asistencia de enfermería durante el peri-operatorio para atender a las reales necesidades del paciente, que enfrenta dificultades de tipo física, psicológica, social y espiritual.

Por lo tanto, para que las enfermeras puedan brindar atención al paciente durante su tratamiento tipo conservador y/o quirúrgico, requieren de conocimientos con fundamentación científica que promuevan su constante actualización, para de esta forma ser capaces de implementar intervenciones clínicas enfocadas en la atención de las reales necesidades del paciente con fístula faríngeo-cutánea posterior a la laringotomía total.

Los estudios sobre la incidencia, los factores de riesgo, las complicaciones y el tratamiento de fístula faríngeo-cutánea posterior a la laringotomía total, son investigaciones con lineamiento observacional, como las series de casos y cohortes. Cuando los investigadores optaron por este

delineamiento de investigación perdieron muchas informaciones sobre la exposición, la enfermedad y el tratamiento en sí, no obstante identificaron la incidencia por fístula faríngeo-cutánea posterior a la laringotomía total y otras complicaciones de menor incidencia. Debido a las características de este tipo de delineamiento, su aplicación es poco empleada en la investigación clínica, a pesar de ello pueden ser levantadas posibles hipótesis causales que podrán ser probadas en otros delineamientos de investigación.

En los estudios analizados verificamos los factores de riesgo para la fístula faríngeo-cutánea, cuyos datos evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, por lo tanto no podemos correlacionar apenas el tratamiento post-operatorio. Los autores de los estudios consideran que la asociación de otros factores favorecieron el desarrollo de la fístula faríngeo-cutánea, tales como el estado clínico, la edad y las enfermedades crónicas⁽²⁶⁻³⁰⁾.

El enfermero debe planificar las intervenciones del paciente sometido a radioterapia con el objeto de mantener su estado clínico general en equilibrio, la integridad de la piel, la ingestión hídrica adecuada, la alimentación balanceada, además de monitorear los signos clínicos de la infección, higiene e hidratación. Otro aspecto importante es explicar al paciente y a la familia, sobre la importancia de las evaluaciones y seguimiento durante todo el tratamiento.

Frente a lo expuesto, entendemos que en pacientes con cáncer de laringe, existe la necesidad de desarrollar futuros estudios multi-céntricos utilizando la radioterapia posterior a la laringotomía total.

La fístula faríngeo-cutánea es la complicación más común posterior a la laringotomía total durante el periodo post-operatorio, su desenvolvimiento puede ocasionar la duplicación en el promedio de hospitalizaciones por paciente, con la consecuente elevación de costos asociados^(10,15).

Se resalta que los pacientes con cáncer de laringe presenta muchas veces problemas colaborativos o de co-morbilidad, que influyen en la evolución de todo el tratamiento, por lo tanto, estos se constituyen en los factores de riesgo para la formación de fístula faríngeo-cutánea posterior a una laringotomía total.

La frecuencia de fístulas faríngeo-cutáneas varió de 8,7% a 23% , siendo el tiempo de hospitalización en pacientes con laringotomía total y

fístula de 12 a 46 días, es decir, el promedio fue igual a 28 días^(10,15-16,27-28,31-32).

Otro aspecto importante a ser enfatizado se refiere al periodo de cicatrización de la fístula, el cual varió de 11,1 a 61 días, totalizando un tiempo promedio de 36 días. Al considerar el promedio de hospitalización de 28 días y de 36 días el tiempo promedio de cicatrización de las fístulas faríngeo-cutáneas^(10,15-16,27-28,31-32), percibimos que hubo un aumento significativo en los cuidados brindados a este tipo de pacientes, durante todo el periodo de internación, considerando que este problema de difícil tratamiento genera mayor inversión financiera para la atención hospitalaria.

CONSIDERACIONES FINALES

Como sabemos la investigación es esencial para el avance de la ciencia en el área de enfermería y su aplicación optimiza la atención, pues permitirá la reducción de costos en cuanto a los cuidados de salud y al crecimiento profesional, como consecuencia de la renovación de conocimientos y el cambio en la práctica profesional. La práctica basada en evidencias contribuirá para el desarrollo del juicio clínico por parte de la enfermera, proporcionando una mejor planificación e implantación de intervenciones eficaces en la asistencia de enfermería.

Esta revisión sistemática se constituye en una etapa inicial para esta temática, abriendo un sin número de posibilidades para futuras investigaciones. De esta forma podremos profundizar la discusión sobre la aplicación de los conocimientos producto de las evidencias científicas en la práctica.

La síntesis del conocimiento científico construido sobre el tema investigado, contribuye para utilizar los resultados de la investigación en la práctica clínica, pues permite obtener rápidamente evidencias de diversos estudios. Frente a los resultados, recomendamos al enfermero que trabaja en el área de oncología, que busque conocimiento sobre los principios para utilizar injertos y tejidos, como parte de una indicación apropiada y sobre la anatomía de las áreas de donación y las áreas receptoras. De esta forma, en base a este conocimiento enfoquen las intervenciones dirigidas a los pacientes con cirugías reparadoras de fístula faríngeo-cutánea. Asimismo, durante la hospitalización del paciente para tratamiento de fístula faríngeo-cutánea, la enfermera

debe obtener informaciones anteriores, a través de la recolección de datos, examen físico, exámenes diagnósticos realizados, así como la ocurrencia durante el peri-operatorio por laringotomía total. Es también necesario evaluar la herida, indicar los tipos de curación y determinar las intervenciones específicas durante el pre-operatorio, con la finalidad de prevenir las complicaciones (hemorragias, hematomas, infección y abertura de la herida), recuperar el estado general de salud y combatir la infección quirúrgica.

Para los casos de laringotomía total, la efectividad de las intervenciones de enfermería implementadas durante todo el tratamiento se encuentran directamente relacionadas al conocimiento científico, a la competencia clínica y a las relaciones interpersonales de la enfermera. Por lo tanto, los resultados de este estudio son importantes para que la enfermera pueda planificar e implementar una asistencia adecuada al paciente con fístula faringocutánea posterior a una laringotomía total.

REFERENCIAS

1. Wunsch V. The epidemiology of laryngeal cancer in Brazil. *São Paulo Medical* 2004 maio; 122(5):188-94.
2. Noranha MJR, Dias FL. Câncer da laringe: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1997.
3. Brandão LG, Ferraz AR. Cirurgia de cabeça e pescoço: princípios técnicos e terapêuticos. São Paulo (SP): Roca; 1989.
4. Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
5. Sawada NO, Zago MMF, Galvão MC, Ferreira E, Barichello E. Complicações pós-operatórias nas laringectomias totais: um estudo retrospectivo. *Rev. Bras. Cancerol.* 1998 janeiro; 44(1): 35-41.
6. Magrin J, Kowalski LP. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a esvaziamento cervical radical bilateral simultâneo. *Acta Oncol. Bras* 1996 janeiro-fevereiro-Março; 16(1): 3-11.
7. Friedland DJ, Go AS, Davoren JB, Sllipak MG, Bent SW, Subak LL, et al. Medicina baseada em evidências: uma estrutura para a prática clínica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2001.
8. Magarey JM. Elements of a systematic review. *Int. J. Nurs. Practice.* 2001 December; 7(6): 376-82.
9. Rabhae GN, Ribeiro-Filho N, Fernandes AT. Infecção do sítio cirúrgico. In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro-Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
10. Papazoglou G, Terzakis G, Doundoulakis G, Terzakis G, Dokianakis G. Pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: incidence, cause, and treatment. *Ann. Otol Rhinol Laryngol* 1994 October; 103:801-5.
11. Akyol MU, Özdem C, Çelikkanat S. Early oral feeding after total laryngectomy. *ENT Journal* 1995 January; 74(1):28-30.
12. Udaipurwala IH, Iqbal K, Jalisi M. Pharyngocutaneous fistula following laryngectomy. *JPMA.* 1995 May; 45(5): 130-2.
13. Cody T, Funk GF, Wagner D, Gidley PW, Graham SM, Hoffman HT. The use of granulocyte colony stimulating factor to promote wound healing in a neutropenic patient after head and neck surgery. *Head & Neck* 1999 March; 21(2): 172-5.
14. Guntinas-Lichius O, Eckel HE. Temporary reduction of salivation in laryngectomy patients with pharyngocutaneous fistulas by Botulinum Toxin A injection. *Laryngoscope.* 2002 January; 112(1):187-9.
15. Friedman M, Venkatesan TK, Yakovlev A, Lim JW, Tanyeri HM, Caldarelli DD. Early detection and treatment of postoperative pharyngocutaneous fistula. *Otolaryngol. Head and Neck Surg.* 1999 October; 121(4): 378-80.
16. Fradis M, Podoshin L, David, JB. Post-laryngectomy Pharyngocutaneous fistula-a still unresolved problem. *J Laryngol Otol* 1995 March; 109: 221-4.
17. Seikaly H, Park P. Gastroesophageal reflux prophylaxis decreases the incidence of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy. *Laryngoscope* 1995 November; 105(11): 1220-2.
18. Carrillo FG, Cuevas SR, Vazquez FG, Almendaro SL. Administración Perioperatoria de antibióticos para la prevención de infecciones en laringectomía. *An ORL Mex* 1995 february; 40(2): 82-4.
19. Kimura Y, Tojima H, Nakamura T, Harada K, Koike Y. Deltapectoral flap for one-stage reconstruction of pharyngocutaneous fistulae following total laryngectomy. *Acta Otolaryngol* 1994; 114(Suppl. 511): 175-8.
20. Fabrizio T, Donati V, Nava M. Repair of the pharyngocutaneous fistula with a fasciocutaneous island flap pedicled on the superficial temporalis artery. *Plast Reconstr Surg* 2000 December; 106(7):1573-6.
21. Wiseman S, Hicks JRW, Loree T. Fibrin glue-reinforced closure of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula. *Am J Otolaryngol* 2002 November-December; 23(6):368-73.
22. Peat BG, Boyd, JB, Gullane PJ. Massive pharyngocutaneous fistulae: salvage with two-layer flap closure. *Ann. Plastic Surg* 1992 August; 29(2):153-6.
23. Cunha-Gomes D, Kavarana NM. The surgical treatment of post-laryngectomy pharyngocutaneous fistulae. *Acta Chir Plast* 2001 April; 43(4):115-8.
24. Neumann A, Shultz-Coulon HJ. Die frühe pharyngostomaanlage bei der therapie postoperativer pharynxfisteln. *Laryngo-Rhino-Otol.* 2001; 80:269-74.
25. Ching-Ping W, Tzu-Chan T, Rheun-Chuan L, Chang SY. The techniques of nonmuscular closure of hypopharyngeal defect total laryngectomy: the assessment of complication

and pharyngoesophageal segment. *J Laryngol Otol.* 1997 November; 111:1060-3.

26. Chee N, Siow JK. Pharyngocutaneous fistula after laryngectomy: incidence, predisposing factors and outcome. *Singapore Med. J.* 1999 March; 40(3):130-2.

27. Zinis LOR, Lorenzo F, Tomenzoli D, Premoli G, Parrinello G, Nicolai P. Postlaryngectomy pharyngocutaneous fistula: incidence, predisposing factors, and therapy. *Head & Neck* March 1999; 21:131-8.

28. Íkiz AÖ, Uça M, Güneri EA, Sütay S. Pharyngocutaneous fistula and total laryngectomy: possible predisposing factors, with emphasis on pharyngeal myotomy. *J Laryngol Otol* October 2000; 114:768-71.

29. Virtaniemi JA, Kumpulainen EJ, Hirvikoski PP, Johansson RT, Kosma VM. The incidence and etiology of postlaryngectomy pharyngocutaneous fistulae. *Head & Neck* January 2001; 23(1):29-33.

30. Zbären P, Greiner R, Kengelbacher M. Stomal recurrent after laryngectomy: An analysis of risk factors. *Otolaryngol. Head Neck Surg* April 1996; 114(4):569-75.

31. Gavilán J, Prim P, Herranz J, Rabanal I. Seepck results and complications of near-total laryngectomy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996 September; 105(7):729-33.

32. McCombe AW, Jones AS. Radiotherapy and complications of laryngectomy. *J Laryngol Otol.* 1993 February; 107:130-2.