

# RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL ALTA EN PACIENTES LARINGECTOMIZADOS RADICALES

## AUTORÍA

Aguasca Giralt Inmaculada\*  
Bernal Pérez Francisca\*  
Claudel Navarrete Elisabeth\*  
Cubel Rozalén Yolanda\*  
Gil Ramos Cristina\*

\*Servicio de Cirugía Maxilo-facial, Cirugía plástica y Oral. Hospital de Bellvitge. Servicio Catalán de la Salud (ICS). Hospitalet de Llobregat.

## RESUMEN

Las recomendaciones de enfermería al alta en pacientes laringectomizados radicales son muy complejas, la mayoría de nuestros pacientes son personas mayores que han recibido unos cuidados profesionales mientras han estado ingresados. A la hora del alta se muestran intranquilos y desconfían de que puedan seguir sus autocuidados en domicilio. En estos momentos en que el modelo de salud acorta las hospitalizaciones y el reintegro al hogar se produce precozmente se hace necesaria una descripción detallada de todas las recomendaciones y procedimientos que el enfermo tendrá que realizar en su domicilio. Con este artículo se pretende describir objetivos, la utilidad de la creación de una guía ágil de consulta para estos pacientes y las dificultades con las que habitualmente nos encontramos las enfermeras en la realización del alta en los enfermos laringectomizados

## PALABRAS CLAVE

alta, pacientes laringectomizados, utilidad, recomendaciones, dificultades, guía de consulta, autocuidados.

## TITLE

Nursing discharge recommendations in radical laryngectomized patients.

## ABSTRACT

The recommendations in nursing discharge laryngectomees radicals are very complex, most of our patients are elderly people who have received professional care while some have been admitted. When discharge is restless and distrustful that they can continue their self-care at home. In these times when the health model shortens hospitalization and reimbursement occurs early home is necessary a detailed description of all recommendations and procedures that the patient will have to make at home. In this article we describe objectives, the usefulness of creating a flexible guide consultation for these patients and the difficulties which we usually nurses in performing discharge.

## KEYWORDS

nursing discharge, laryngectomees, recommendations, challenges, self-care, reference guide, difficulties.

## METODOLOGÍA

Se han revisado 45 altas de enfermería en estos pacientes durante el período comprendido de enero a agosto 2012 y se ha consensado por parte del equipo de enfermería de este servicio los errores y modificaciones necesarias dirigidas a mantener una continuidad de cuidados en el domicilio del paciente por parte del mismo o cuidador principal y en las transferencias a la Atención primaria. Para ello también se han revisado informes de alta de otros hospitales y artículos en referencia al proceso de planificación al alta de enfermería en diferentes bases de datos: Medline, Cuiden, Cochran, Enfispo. Se ha procedido en su análisis incorporar criterios de búsqueda y selección para agilizar la búsqueda de resultados, encontrándose más de 100 artículos que nos han interesado para la realización de nuestro trabajo. Los criterios han sido: alta, laringectomizado, guías, recomendaciones, intervenciones enfermeras. También hemos creído importante acotar en la búsqueda bibliográfica la zona geográfica de España en hospitales públicos y privados, porque creemos importante consensuar las intervenciones de todas las enfermeras de España en la realización de estos procedimientos.

## JUSTIFICACIÓN

La laringectomía total es una de las cirugías que provocan mayor grado de frustración y mutilación en el paciente que la sufre porque implica un gran traumatismo y precisa de importantes adaptaciones tanto a nivel físico como psíquico, que conllevan una repercusión radical en la reincorporación a la vida familiar, social y laboral.(1) El paciente sometido a este tipo de intervención sufre un cambio sustancial en su vida. La extirpación de la laringe no sólo provoca la pérdida de la voz con todo lo que ello implica; además el paciente deberá de realizar las modificaciones adaptativas pertinentes relacionadas con su estilo y hábitos de vida; ajustes que muchas veces en sí producen pérdida de la autoestima ocasionando sentimientos de inseguridad, temor y ansiedad ante una nueva situación de salud. Todos estos elementos deberán ser tenidos en cuenta a la hora de proporcionar un mejor soporte y orientación tanto en el paciente como en su entorno, con el propósito de implicar a la familia en la consecución de unos objetivos reales que permitirán al paciente el afrontamiento de sus autocuidados en su domicilio.

La educación sanitaria durante la hospitalización no siempre es suficiente y las dudas que surgen durante el ingreso así como los recursos disponibles distan de la realidad diaria del paciente laringectomizado en el momento en que se enfrenta a su nueva vida. En su casa tanto él como su cuidador son conocedores de que ya no van a tener el apoyo del equipo sanitario y abandonan la seguridad que les proporciona el medio hospitalario. Es

ese momento trascendental en el que deben recordar todo lo aprendido, es cuando toda la información se agolpa: es el momento del alta. La rehabilitación de estos pacientes empieza muchos antes de la cirugía. Es necesario conocer aquellos aspectos relacionados con el paciente en el marco de una visión holística del mismo.(2)

En la actualidad, el modelo de atención sanitario se caracteriza por hospitalizaciones cortas y reincorporaciones precoces a la vida diaria. Este modelo obvia si las limitaciones del enfermo han sido superadas de forma íntegra. Se valora la reducción de las cifras de estancia hospitalaria, sin embargo, no se están evaluando con rigor los múltiples reingresos que sufren estos pacientes, lo que se traduce en mayor gasto sanitario. Por otra parte, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad han provocado un envejecimiento de la población de mayores de 65 años y en los grupos de 75 años o más. Éstos son datos que no deben ser olvidados ya que los pacientes de edad avanzada conllevan además del proceso agudo por el que son ingresados (en este caso la cirugía de laringe) una serie de problemas de salud asociados a la cormobilidad y morbilidad que presentan y que unidos al déficit de autocuidado, la disminución de las reservas funcionales, las alteraciones y modificaciones a nivel cognoscitivo, etc... originan un mayor grado de dependencia dejando al individuo en situaciones de mayor vulnerabilidad. Por tanto nos enfrentamos a pacientes cada vez más ancianos, con las barreras que esto supone y con mayor pluripatología asociada, que plantean unas necesidades más específicas, que en el caso del paciente laringectomizado aún se hacen más particulares y peculiares por lo anteriormente expuesto en cuanto al impacto que supone este tipo de cirugía. Un indicador de la calidad de atención sanitaria es la ratio de reingreso hospitalario. Entre los diversos factores que provocan el reingreso de los pacientes se encuentran los factores clínicos-sanitarios, los intrínsecos del propio paciente y su entorno social-familiar y los factores relacionados con la propia enfermedad (factor predictivo del reingreso). Por tanto, el conocimiento de los mismos permitirá identificar a aquellas personas con mayor riesgo de reingreso y llevar a cabo estrategias de intervención más efectivas para la planificación y evolución tras el alta. Teniendo en cuenta que diversos estudios han estimado que un alto porcentaje de los reingresos pueden ser prevenidos, la elaboración del plan de alta de enfermería se convierte en una de las piezas fundamentales de esta prevención.

La responsabilidad de esta planificación de los cuidados y la seguridad manifiesta de que éstos se lleven a cabo recae sobre el profesional de enfermería. Su labor de identificar aquellos problemas en el momento del ingreso del paciente mediante la realización de una valoración exhaustiva permitirá elaborar un plan de cuidados al alta que garantice un adecuado seguimiento y continuidad de los mismos con el objetivo último de ayudar al paciente y a su cuidador el manejo de su nueva situación de salud. La planificación del alta es una herramienta clave del éxito de los cuidados una vez el paciente abandona el ámbito hospitalario, que requiere además de la colaboración y coordinación con otros profesionales sanitarios y no sanitarios para su eficacia, de modo que proporcione

respuestas fieles a las necesidades que pueda presentar nuestro paciente disminuyendo así la inseguridad del mismo y de sus familiares, previniendo los problemas potenciales tras el alta, reduciendo de esta manera los reingresos y siendo un elemento de enlace, información y comunicación entre los distintos niveles asistenciales, en definitiva, asegurando unos cuidados de calidad y garantizando su continuidad. Es por ello que creemos que se deben enmarcar unos objetivos claros en la planificación al alta de estos enfermos:

- Revisar educación, procedimientos y recomendaciones al alta en estos enfermos.
- Analizar los problemas de salud y las complicaciones más frecuentes en estos pacientes.
- Realizar un correcto informe de enfermería al alta.

## INTRODUCCIÓN

La intervención de la laringectomía total consiste en la extirpación de la laringe como tratamiento de las tumoraciones malignas en ellas localizadas. Esta intervención se realiza mediante una incisión en la región anterior del cuello que si se asocia al llamado vaciamiento cervical donde se extirpan los ganglios de la zona se extiende desde el pabellón auricular de un lado hasta el del lado opuesto, pasando por la parte superior del esternón.

La intervención se realiza mediante anestesia general; en ésta una vez extirpada la laringe, se comunica la traquea al exterior para permitir la entrada de oxígeno en las vías respiratorias. A esta comunicación la denominamos traqueotomía.

## EPIDEMIOLOGÍA

El cáncer representa la segunda causa de mortalidad en los países desarrollados. Entre ellos el tumor de cabeza y cuello ocupan la cuarta o quinta neoplasia en España con predominio del sexo masculino. Anualmente se diagnostican aproximadamente 12.000 casos nuevos de cáncer de laringe en los EEUU, con cerca de 400.000 muertes al año. El cáncer de laringe corresponde a un 1-2% de todos los tumores malignos del organismo y a un 26% de todos los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello, siendo los tumores más frecuentes del área de otorrinolaringológica. La incidencia en España es una de las más elevadas de Europa, alcanzando los 25 casos por 100.000 habitantes.(3)

y(4) Según los datos recogidos en el "Informe sobre la salud de los españoles: cáncer", el cáncer fue la primera causa de muerte en España en términos absolutos en el año 2000, causando el 25% de todas las defunciones. El "Estudio Eurocare-3 sobre la Supervivencia del cáncer en Europa" publicado en 2003, presenta a España como el país europeo con la tasa más elevada de varones con cáncer de laringe y señala la tasa de supervivencia a los 5 años postcirugía en un 66,7% por encima de la media europea.

Debido a sus precoces manifestaciones en las funciones fonatorias y respiratorias de la laringe, el 60% de los

carcinomas laríngeos se diagnostican en etapa localizada, 25% con extensión regional y 15% como enfermedad avanzada metastásica. Si bien es cierto que este tipo de cáncer tiene predominio en el sexo masculino, esta frecuencia tiende a nivelarse debido a un aumento gradual en la incidencia de cáncer laríngeo en las mujeres, hecho probablemente relacionado con el incremento del hábito tabáquico en este grupo. La incidencia máxima por edad se sitúa en la séptima década de la vida, aunque las previsiones demuestran que habrá un incremento en la incidencia de estas neoplasias debido al aumento en el consumo en los adolescentes. El consumo de tabaco es el principal factor de riesgo en la aparición del carcinoma epidermoide de laringe. Se cree que el hábito tabáquico es directamente responsable de hasta un 95% de los carcinomas glóticos y supraglóticos, y el riesgo es dependiente de la dosis y el tiempo de exposición: en grandes fumadores (más de 35 cigarrillos/día) se ha descrito un riesgo de hasta 40 veces superior al de no fumadores. Aunque es cierto que el riesgo de padecer cáncer de laringe declina notoriamente al abandonar el tabaco, éste no desaparece del todo, estabilizándose aproximadamente en un riesgo 2,5 superior a los pacientes que nunca han fumado. El alcohol es el segundo factor de riesgo en importancia en el desarrollo del cáncer de laringe, elevando el riesgo hasta en 5 veces en pacientes no fumadores. Esto se aplica a todos los tipos de alcohol (etanol), incluso al uso de enjuagues bucales con contenido alcohólico. Se sabe que el alcohol es un cofactor sinérgico cuando se combina con el tabaco: se estima que el riesgo de desarrollar un tumor maligno de laringe es de hasta 100 veces mayor en fumadores que beben, en comparación con otros pacientes que no fuman ni beben. (5) También se han postulado una serie de factores de riesgo secundarios, como son:

- Una alimentación pobre en frutas y verduras (déficit de fibra dietética y de vitaminas A y C).
- La exposición previa a radiación.
- Exposición a diversas sustancias laborales : asbestos, polvo de madera, polvo de cemento, alquitrán, humo de diesel, ácido sulfúrico, níquel, gas mostaza.

Sin embargo, ninguno de ellos ha demostrado un rol causal categórico al ser analizado independientemente del tabaco y del alcohol.

## COMPLICACIONES

La laringectomía total es la modalidad de tratamiento preferida por su mayor eficacia. Con esta técnica se consigue una supervivencia global del 70-80%. En caso de tumores malignos de cabeza y cuello la evolución sin tratamiento es siempre hacia la destrucción local y el fallecimiento del paciente en plazo indeterminado, pudiendo presentar complicaciones durante su evolución que dependen de la localización tumoral. Los riesgos vitales son poco frecuentes, aunque, como en todo acto médico y teniendo en cuenta la necesidad de anestesia general en todos los casos, pueden producirse. Estos riesgos vitales, tanto intra como

postoperatorios, son los propios de cualquier cirugía mayor y están íntimamente relacionados con la edad, estado general y el nivel de evolución de la patología.(6)

### 1. Complicaciones inmediatas en el postoperatorio:

- Imposibilidad de hablar. Es importante que el paciente haya sido advertido que su medio de comunicación de forma inmediata será la escritura.
- Respiración por el traqueostoma: al principio será necesaria la utilización de mascarilla de oxígeno y humidificadores para evitar la sequedad de las vías respiratorias. Será necesaria la aspiración de secreciones para prevenir la formación de tapones mucosos.
- Colocación de una sonda nasogástrica para la alimentación, para favorecer una buena cicatrización de la herida.
- Disminución de la movilidad de hombros, clavícula y omóplatos. Durante la cirugía quedan resentidos los músculos de estas zonas, debiendo de forma temporal necesitar ayuda en la movilización
- Hematoma en la zona cervical que puede separar la línea de sutura de la faringe y puede ser necesaria su revisión.
- Infección y dehiscencia de la herida, que se tratará con antibióticos y curas locales.
- Fístula faringocutánea, que es la complicación más frecuente, con una incidencia del 40%.

### 2. Complicaciones tardías:

- Estenosis del estoma y/o faringoesofágica en cuya prevención sería la mantención del uso de la cánula.
- Hipotiroidismo que suele aparecer en un 50% de los casos.
- Disfagia, que puede manifestarse debido a una estenosis neo-faringe o bien a una recidiva tumoral

## EVOLUCIÓN

Después de la cirugía, los pacientes son seguidos estrechamente para evaluar su proceso de cicatrización y el eventual desarrollo de complicaciones. Tanto el paciente como su familia suelen requerir un gran apoyo de parte del equipo sanitario, en la medida en que se van adaptando a los cambios físicos y funcionales implícitos en el tratamiento de su enfermedad. Tras completar la cicatrización, los pacientes son sometidos a un completo examen físico cervicofacial cada tres meses. La detección de recurrencias o de un nuevo tumor primario puede ser extremadamente difícil en algunos pacientes, especialmente en aquellos que han sido irradiados. Se debe realizar una laringoscopia directa con toma de biopsias si aparece cualquier lesión sospechosa al examen clínico. Se recomiendan controles cada cuatro meses tras dos años de seguimiento, cada seis meses tras cuatro años de seguimiento y anuales tras cinco años de control. Es importante solicitar una radiografía de tórax y pruebas de

función hepática una vez al año, para detectar tumores metacrónicos o enfermedad metastásica a distancia.(7) Como ya hemos dicho anteriormente, el paciente laringectomizado sufre un cambio radical en su vida. Cuando abandona el medio hospitalario, se producen en él sentimientos de inseguridad, miedo y ansiedad ante la nueva situación a la que debe enfrentarse. Debemos resaltar, que este paciente no tendrá en su domicilio los recursos, tanto materiales como humanos, que le estaba ofreciendo el hospital. Por lo que creemos que es de vital importancia que este tipo de pacientes reciban una educación sanitaria desde el mismo ingreso, puesto que de la buena educación que reciban estos pacientes dependerá en buena medida su adaptación, su autonomía y su vivir cada día.

## CONCLUSIONES

Los pacientes sometidos a una laringectomía radical ven amenazada su calidad de vida debido al proceso de amputación que sufren con la intervención quirúrgica. Este proceso genera angustia, estrés y miedo, porque es un acontecimiento complejo en todos sus ámbitos. Es por ello que la enseñanza y la motivación de estos pacientes es primordial para la superación de sus limitaciones.(8) La información al paciente y la familia es vital para acelerar la recuperación y posterior alta de manera que el enfermo en domicilio tenga las suficientes armas para la adaptación a su nueva situación y su reincorporación a la vida diaria. Enfermería es el profesional que juega una baza esencial en este proceso, porque su posición ante el enfermo y la familia la sitúan en un lugar primordial. El alta de un enfermo se comienza a planificar desde el mismo momento del ingreso. En la valoración ya observamos los elementos de dependencia e independencia de los pacientes, por lo que ya se empieza a trabajar desde el inicio de su estancia hospitalaria con los elementos más prioritarios en cuanto al establecimiento de estrategias preventivas y de seguimiento a estos pacientes. De esta manera se promueve la educación y las recomendaciones que deberá realizar el enfermo en su domicilio una vez dado de alta. Hay diversos factores que dificultan la educación y el aprendizaje de los autocuidados en estos pacientes:

- Edad avanzada relacionada con los cambios cognitivos/ psicosociales que se producen en esta edad, el tiempo de reacción, inteligencia / aprendizaje, resolución de problemas, memoria, motivación, capacidad de acción, agudeza sensorial.
- Patologías concomitantes que alteran procesos del pensamiento.
- La patología en sí y la cirugía radical posterior que inhabilita por un lado la comunicación práctica de estos enfermos y dificulta su entendimiento y por otro lado el acortamiento de las hospitalizaciones que obliga al personal de enfermería a acelerar el aprendizaje en estos enfermos.
- El tiempo de que dispone el personal sanitario para ofrecer de una manera cualitativa la educación necesaria para que el enfermo pueda disponer de las herramientas necesarias

para la continuidad de unos cuidados satisfactorios en su domicilio.

- Inexistencia de protocolos de actuación adecuados.
- Falta de personal de enfermería que induce a una disminución de motivación del personal
- Un alta muy medicalizada con muchos conceptos, términos médicos que dificultan su entendimiento.

Dado que estos pacientes necesitan una gran cantidad de cuidados ya no sólo en el postoperatorio inmediato sino en su domicilio, hemos de incidir que todas las guías de recomendaciones se basan en la aplicación de técnicas quirúrgicas, cuidados del traqueostoma y mantenimiento de las cánulas. Se observa la no introducción de mecanismos que reduzcan el impacto psicológico producido por la alteración de la imagen corporal, la pérdida de voz y la disminución de las relaciones sociales que sufre el enfermo y su familia.

Muchas veces este impacto psicológico se traduce en una dependencia mayor del enfermo y en la delegación de los cuidados en sus familiares. Por lo que enfermería no sólo debe cuidar al paciente sino también al cuidador y para ello debemos conocer sus necesidades, debilidades y preocupaciones.

Hemos de decir que el cuidado y la educación a estos pacientes y a sus familias representan un gran reto para la enfermería, por lo que deducimos que el plan del alta debe ser individualizado e integral a cada paciente, adaptado a la capacidad de cada individuo en la esfera cognitiva porque las necesidades y disposiciones son diferentes en cada caso y las formas de abordarlas también.

La inseguridad que produce el abandono del hospital puede producir a veces agresividad en el paciente no sólo con el personal de enfermería que lo atiende sino con las personas a su alrededor. Son demasiados los conocimientos en un corto espacio de tiempo y esto genera estrés y ansiedad.

Es de vital importancia involucrar a la familia en los cuidados, por lo que el personal sanitario debe estar ampliamente preparado para poder hacer frente a todas las necesidades del paciente.

La información y la educación es un arma esencial para la aceleración del proceso de recuperación porque abordará los aspectos más importantes de los autocuidados que tendrá que realizar el paciente:

- Cuidados sobre el traqueostoma.
- Mantenimiento de la cánula.
- Aspectos nutricionales.
- Consejos para su reincorporación a la vida diaria.

La educación en todos estos procedimientos hace que disminuya el grado de estrés y ansiedad que genera el dejar el ambiente de seguridad del hospital. Esta mayor autonomía en el autocuidado en el domicilio se refuerza si las recomendaciones de los cuidados se tienen de



manera detallada por escrito y con ilustraciones que refuercen los contenidos desarrollados y aprendidos en el hospital.

Por lo tanto la planificación de los cuidados al alta permite mejorar la calidad de vida tanto del paciente como la de su cuidador contribuyendo a la disminución del número de reingresos no planificados.

Pero todos estos procesos se realizan primero en el hospital y si anteriormente hemos citado los problemas con los que el personal de enfermería se enfrenta a diario con estos pacientes, hemos de incidir en la correcta forma de llevarlos a cabo. La educación en salud depende de un equipo multidisciplinar que trabaja con conocimiento de la enfermedad y que educa en la prevención y en la adhesión de comportamientos saludables en el enfermo.

El objetivo más importante en la educación será ayudar al paciente y alrededor a manejar su situación de salud, por lo que es imprescindible realizar una valoración enfermera al alta para promover los autocuidados y gestionar los cuidados de una forma dinámica y planificada para evitar el deterioro y reingresos innecesarios.

Es por ello que la planificación del alta de enfermería debe desarrollarse desde el ingreso del paciente porque el aprendizaje, la educación y la formación generarán las recomendaciones básicas orientadas a los pacientes y familiares especificándose cuáles habrán de ser los cuidados que se deberán continuar en sus domicilios. Una acción de enfermería en la planificación al alta es la de consensuar la educación y el aprendizaje con el equipo de Atención Primaria que será el encargado de seguir con las recomendaciones y dudas que tenga el paciente una vez en su domicilio. Por esta razón es evidente la importancia de la transferencia integradora de ambos colectivos porque abordará la continuidad de los cuidados y ayudará a identificar señales y síntomas de empeoramiento añadiendo una intervención precoz, antes de que sea necesaria su hospitalización y de esta manera mejorar los costos económicos derivados de ésta. Con lo que llegamos a la conclusión que la realización del alta de enfermería debe basarse como objetivo esencial el llegar a la máxima autonomía posible del paciente / cuidador. Con todo ello hemos considerado importante resaltar unas recomendaciones en estos pacientes porque como ya hemos dicho anteriormente, el paciente laringectomizado sufre un cambio radical en su vida. Cuando abandona el medio hospitalario, se producen en él sentimientos de inseguridad, miedo y ansiedad ante la nueva situación a la que debe enfrentarse. Debemos resaltar, que este paciente no tendrá en su domicilio los recursos, tanto materiales como humanos, que le estaba ofreciendo el hospital. Por lo que creemos que es de vital importancia que este tipo de pacientes reciban una educación sanitaria desde el mismo ingreso, puesto que de la buena educación que reciban estos pacientes dependerá en buena medida su adaptación, su autonomía y su vivir cada día.

Es bien sabido que todos los enfermos hospitalizados reciben un alta de enfermería con unos consejos básicos;

en el enfermo laringectomizado se les debería entregar una guía anexada con:

- Cuidados básicos primordiales.
- Complicaciones y problemas que pueden surgir en el día a día.
- Recomendaciones y consejos que le ayuden a tener una vida lo más normal posible.
- Todo lo anterior detallado con imágenes y dibujos que le ayuden a tener una seguridad de actuación una vez en su domicilio.

Hemos de recordar que son pacientes que llevarán cánula durante toda su vida, por lo que las recomendaciones más importantes serán las abocadas al conocimiento de su uso, limpieza y cambio.(9)

- Recomendar un cambio completo de cánula cada 24 horas. La cánula interna se podrá lavar tantas veces como sea necesario.
- Insistir en el lavado de manos en cada cambio.
- Tener todo el material preparado antes del cambio, esto ayuda a memorizar las enseñanzas del hospital y que el proceso sea más ágil y fácil para el paciente.
- Para una correcta limpieza de la cánula se le aconsejará que introduzca ambas partes en un recipiente con agua caliente y jabón neutro, dejándolo reposar unos minutos y ayudándose de un cepillito para desincrustar el moco más adherido. Después de este paso es importante informar al paciente que en casa, deberá introducir la cánula completa en un cazo de agua hirviendo durante unos minutos.
- Recomendar consejos en lo que respecta a su higiene personal. Es preferible la ducha al baño, teniendo en cuenta de no situarse directamente bajo el chorro del agua. Será necesario el uso de un babero con la parte plastificada hacia fuera o directamente cubriendo el estoma con la mano a modo de paraguas.
- Aconsejar el uso de maquinilla eléctrica en lugar de espuma y cuchilla. De esta manera evitamos la posible inserción de espuma por el orificio de la cánula. No utilizar lociones/ cremas por posible irritación del estoma.
- En su día a día, se aconseja el uso de protectores o baberos porque actúan de filtro y además, evita las miradas "curiosas".
- Utilizar humidificadores para mantener el ambiente lo más húmedo posible. Si durante el invierno hacemos uso de la calefacción, deberemos colocar encima de los radiadores un recipiente con agua para humedecer el entorno.
- Durante los meses de más calor se evitará salir en las horas de más calor.
- Un problema que debe afrontar estos pacientes es la formación de tapones de moco. Éste un problema que les causa mucha angustia y temor. Una buena educación de enfermería les ayudará a tener más seguridad en la resolución

de éstos. La primera lección en enseñarlos a expulsarlos por ellos mismos. Para ello deberán comprobar que la cánula esté limpia. Toser para intentar eliminar el moco. Si con estas maniobras no funciona, deberá introducir 2cc de suero fisiológico en el interior del estoma; esta acción les provocará tos y facilitará la expulsión del tapón mucoso. Si tras varios intentos persiste el problema deberá acudir al hospital.

- En cuanto a su vida laboral, pueden retomarla tras un período de adaptación, excepto si se tratase de un trabajo donde el ambiente sea muy caluroso, gases, polvo, etc.
- Insistir siempre en la necesidad de evitar el alcohol y el tabaco.
- Respecto a la dieta se le aconsejará que siga una alimentación rica en fibras y de fácil deglución, con una ingesta hídrica de al menos dos litros al día (salvo contraindicación médica)

para mantener las secreciones fluidas y fáciles de expulsar al toser.

- Es importante recordar que estos pacientes al respirar por el estoma carecen de sentido del olfato, con lo que habrá que tomar las precauciones necesarias en cuanto al manejo de aparatos de gas. Puede ser necesario la instalación en el domicilio de detectores de gases y humos para evitar accidentes.
- Podrá realizar ejercicio físico, pero éste no deberá ser intenso. No podrá sumergir el cuerpo dentro del agua.
- Podrá tener una vida sexual satisfactoria. Las cosas se han de tomar con calma. Es conveniente contar con la experiencia de las asociaciones de laringectomizados que explicarán sus casos y que servirán de ayuda y referente en los comienzos del enfermo en domicilio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez M, Liorente JL. Tumores de laringe. En: Ortega P, Suárez C. Práctica en ORL; oncología de cabeza y cuello. Barcelona: Ars Médica 2002:183-196.
2. Sánchez García M, Bandera- López I, García Rodríguez JJ, Jiménez Ruiz, M. Programa de Educación para la Salud en pacientes laringectomizados. Enferm Docente 2002;76:11-23.
3. Lopez-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez-Gómez B. Informe sobre la salud de los españoles: cáncer. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III, 2003.
4. Coleman MP, Gatta G, Verdecía A, Esteve J, Sant M, Store H, Allemani C, Ciccolallo L, Berrino F and the EUROCARE working group. EUROCARE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. Annals of Oncology. 2003;14(5):128-49.
5. Mata-Magariño A. Enfermería de Traqueotomizados y Laringectomizados. Hygia 2000 may-ago; Año XIII(45): 33-37.
6. McConnell, Edwina A. El cuidado de la traqueotomía. Nursing. 2002 nov. 20(9):45.
7. Reséndiz-Colosía JA, Gallegos-Hernández JF, Hernandez-Sanjuan M, Barroso-Bravo S, Flores-Díaz R. Recurrencia estomal posterior en laringectomía total. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Méjico: 2003; 71(5).
8. Martínez F. Práctica compleja de enfermería: recomendaciones al alta del paciente con laringectomía parcial o total. Cuidando la salud: Laringectomizados Cuidados. Nure Investig 2006;6:49-51.
9. Guía del Laringectomizado. Disponible en: [http://www.alamursanblas.es/tl/guía\\_del\\_laringectomizado.htm](http://www.alamursanblas.es/tl/guía_del_laringectomizado.htm). Consultado el 29-agos-2012.