



---

# **CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES TRAS UNA LARINGECTOMÍA TOTAL**

---

Revisión narrativa

**Inés Fierro García**  
**Andrea Gómez Cuadros**  
Tutora: Pilar Palazuelos Puerta

Grado en Enfermería

Curso 2016-2017  
Facultad de medicina  
Universidad Autónoma de Madrid

# Índice

RESUMEN .....	2
1. INTRODUCCIÓN .....	4
2. MÉTODO.....	10
3. RESULTADOS .....	13
4. DISCUSIÓN.....	30
5. CONCLUSIONES .....	34
6. BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXO I.....	41
ANEXO II .....	47
ANEXO III .....	48

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de laringe es el más común dentro de los carcinomas de cabeza y cuello. La laringe interviene en la función respiratoria, fonatoria y deglutoria. Cualquier alteración que afecte a esta estructura y sobre todo su extirpación completa como ocurre en la laringectomía total tendrá gran afectación en la calidad de vida de estos pacientes.

**Objetivo:** revisar la literatura sobre la afectación de la calidad de vida de los pacientes tras una laringectomía total; así como el papel enfermero en la continuidad de cuidados.

**Método:** se realiza una revisión narrativa mediante la búsqueda en las bases de datos: Pubmed, Cuiden, Cinahl, Scielo, Cochrane, Lilacs y el buscador especializado Google Scholar.

**Resultados:** se seleccionaron 28 artículos agrupados en tres categorías de análisis, abordando el impacto físico y psicosocial, vivencias y perspectivas de la situación de enfermedad y papel enfermero en la continuidad de cuidados.

**Conclusiones:** la presente revisión bibliográfica muestra el gran impacto que sufren estos pacientes tras una laringectomía total, debido principalmente a la pérdida de la función fonatoria junto con otras alteraciones que quedan en segundo plano. La enfermería está presente en el postoperatorio más inmediato, pero no tanto en la continuidad de cuidados enfermeros tras el alta hospitalaria, para así garantizar un seguimiento íntegro e individualizado del mismo.

**Palabras clave:** laringectomía total, calidad de vida, impacto, afectación y enfermería.

## ABSTRACT

**Background:** The cancer of larynx is the most common inside the carcinomas of head and neck. The larynx intervenes in the respiratory function, phonation function and swallow. Any alteration that concerns this structure and especially the complete extirpation of the larynx, will have great affectation in the quality of life of these patients.

**Objective:** To review the literature about the affectation of quality of life of patients after a total laryngectomy; as well as the nurse role in the continuity of taken care.

**Methods:** Narrative review by means of the bibliographic search in databases: Pubmed, Cuiden, Cinahl, Scielo, Cochrane, Lilacs and the specialized seeker Google Scholar.

**Results:** There were selected 28 articles grouped in three categories of analysis, approaching the physical and psychosocial impact, experiences and perspectives of the situation of disease and nurse role in the continuity of taken care.

**Conclusion:** The present bibliographical review shows the great impact that these patients suffer after a total laryngectomy, fundamentally due to the loss of phonatory function together with other alterations that stay secondly. Nurses are presents in the immediate postoperative, but not so much in the continuity of taken care after hospital discharge, in order to assure a complete and individualized follow-up of the same.

**Key words:** total laryngectomy, quality of life, impact, affectation and nursing

## 1. INTRODUCCIÓN:

Los carcinomas de cabeza y cuello, se refieren a todas aquellas neoplasias que se localizan en las vías aerodigestivas superiores. Dentro de estas neoplasias, el cáncer de laringe es el más común en España. Es de gran importancia el diagnóstico precoz de esta patología, pudiendo evitar de esta manera la cirugía radical y apostando por técnicas más conservadoras. Una de las intervenciones más frecuentes que se realiza en estos pacientes es la laringectomía total (LT) la cual hace referencia a la extirpación completa de la laringe debido principalmente a un tumor que se encuentra dentro de la misma, procedimiento que va siempre asociado a una traqueostomía permanente. Así mismo, existen también otras técnicas quirúrgicas parciales o funcionales, cuya diferencia radica en la preservación de la función de la laringe sin extirparla en su totalidad. (1,2)

Para comprender mejor este concepto, se aclara la definición de traqueotomía/traqueostomía, ya que por la literatura encontrada se observa la enorme confusión que existe entre ambos términos.

- Traqueotomía hace referencia a la apertura de la tráquea cervical, en la cara anterior de la misma para permitir la respiración. El principal objetivo de esta técnica quirúrgica es mantener una comunicación de la tráquea con el exterior a través de una cánula. En este tipo de intervención es necesario mantener la cánula para que no se cierre el orificio. La laringe, en este caso, está intacta. Mantendrán la voz laríngea tapando el orificio de la cánula. Puede realizarse de manera temporal o de manera permanente. Las principales indicaciones son obstrucciones respiratorias agudas en vías altas, ventilación mecánica prolongada, prevenir la aspiración de contenido digestivo oral o gástrico, o asegurar la vía aérea de un paciente con riesgo de compromiso respiratorio como en la parálisis de aductores). (3,4)
- Traqueostomía hace referencia a una apertura de la tráquea al exterior, en todo su diámetro. Supone la existencia de una continuidad entre la piel de la zona cervical y la mucosa de la tráquea. La principal causa de esta intervención es la LT, como consecuencia de la extirpación de un tumor. Al no haber laringe, el estoma será la entrada de aire definitiva, comunicando directamente el exterior

con el árbol traqueobronquial. A su vez, carecerá de habla laríngea. En este caso no puede cerrarse, por lo que no es necesario llevar la cánula en todo momento. (3,4)

En otra de las clasificaciones podemos encontrar que el término traqueotomía hace referencia a la técnica quirúrgica que facilita la función respiratoria mediante la apertura artificial de la tráquea, mientras que la traqueostomía se refiere al resultado que se ocasiona tras la técnica quirúrgica descrita anteriormente. (5)

Como se puede observar existen bastantes discrepancias a la hora de diferenciar ambos términos, ya que son varios los autores que atienden a diversos criterios a la hora de usar uno u otro. Incluso algunos de ellos, afirman que se refieren al mismo concepto y los usan indistintamente. (5)

Existe información que sugiere que la traqueotomía entendida como técnica quirúrgica se ha realizado a lo largo de miles de años en diversas culturas. El primer registro se encuentra en las tablillas de la primera dinastía egipcia en el año 3.600 a.C. y hacia 1550 a.C. en el papiro de Ebers donde se describe la incisión en la tráquea. Eugenio Martínez (6) y colaboradores realizaron una revisión en la que reflejan que el primer caso documentado fue publicado en 1546, sin embargo, esta técnica generaba desconfianza entre el personal médico ya que no se realizaban muchas traqueotomías con éxito. Dichos autores afirman que, en 1909, Chevalier Jackson estandariza la realización de la traqueotomía y las indicaciones anatómicas para evitar las complicaciones derivadas de la intervención. Así mismo describen, que en 1953, Seldinger llevo a cabo la técnica de cateterización vascular con guía percutánea para mejorar la técnica de traqueotomía percutánea urgente. E. Martínez (6) junto con el resto de autores destacan a Fantoni, quien desarrolló una nueva técnica de traqueotomía percutánea, que consiste en realizar una traqueostomía translaringea “de dentro a fuera” para evitar la creación de falsas vías. En 2007 se registra un avance en el introductor para la traqueotomía percutánea que permite la creación del estoma y la introducción del tubo en un solo paso. Como se puede apreciar la traqueotomía ha ido evolucionando durante 5.000 años y continúa avanzando día de hoy.

Hay que reseñar que la principal función de la tráquea es brindar un conducto abierto para la circulación del aire de la laringe a los pulmones y viceversa. Mientras que la laringe es un esfínter complejo que presenta las siguientes funciones:

- **Función respiratoria:** Las estructuras laríngeas tienen una gran capacidad de modificar su diámetro y permitir mayor o menor entrada de aire en función de las necesidades del sujeto. En una respiración en reposo la actividad de la musculatura laríngea será escasa, sin embargo, en una respiración forzada será necesario disminuir la resistencia glótica y entraran en acción los músculos dilatadores. En el paciente traqueostomizado, la respiración se realizaría a través del traqueostoma, aunque dependerá en gran medida del tipo de cánula que presente y de la patología base. (1,7,8)
- **Función fonatoria:** El sonido es producido por el movimiento ondulatorio de la mucosa que recubre el músculo vocal durante el acto fonatorio, el cual puede ser considerado como una espiración modificada. Durante la espiración se producirá un aumento de la presión, de manera que cuando supera la resistencia glótica esta se abre desencadenando una bajada brusca de la presión. Estos movimientos de apertura y cierre provocan modificaciones en la presión y la formación del sonido. El papel de la laringe en la fonación se basa en la producción de una fuente de sonido que posteriormente será modificado en el tracto vocal superior. En el paciente con traqueostomía esta función puede verse afectada. (1,7,8)
- **Función deglutoria:** El aparato digestivo y respiratorio, toman contacto en la región faríngea. La deglución se compone de la fase oral, faríngea y esofágica. En la fase faríngea, es donde se produce el cierre de la laringe para que el bolo alimenticio pueda continuar hacia el esófago y de esta manera evitar la broncoaspiración. Los movimientos hacia arriba y hacia debajo de la laringe, también contribuyen a la abertura del esófago durante esta fase. (1,7,8)
- **Cierre forzado:** Cierre completo y brusco de las vías aéreas. Se produce cuando se retiene aire en la cavidad torácica para una estabilización del tronco o bien para aumentar la presión intraabdominal. (1,7,8)

Atendiendo al grado de afectación de las funciones laríngeas y a la extensión de la técnica quirúrgica se emplearán diferentes tipos de cánulas. Las cánulas más empleadas actualmente, según el material, pueden ser de plástico o silicona, antiguamente eran de plata. Su elección depende del paciente y de la decisión del otorrinolaringólogo. A su vez pueden ser fenestradas o no fenestradas. Las primeras tienen un orificio a mitad de la cánula que permite el paso de aire de la boca a la tráquea siempre que se tape el orificio exterior. Este tipo se puede utilizar en pacientes con una traqueotomía, laringectomía parcial o subtotal, pero nunca en pacientes con una LT. También existen cánulas para situaciones especiales, como la cánula de Montgomery la cual mantiene la laringe y la tráquea dilatada en casos de estenosis traqueal, o las cánulas con balón traqueal que evitan la broncoaspiración. (3)

El impacto en la calidad de vida de estos pacientes laringectomizados afecta a diversas áreas. Tras la cirugía deben aceptar diversas alteraciones físicas y psicosociales, desde la pérdida de la voz hasta el aislamiento social. (9)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es definida como *"la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes"* (10)

Diferenciándolo del término anterior, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se incorporó en el ámbito sanitario debido a la importancia de tener en cuenta el bienestar de los pacientes en el tratamiento y como una herramienta para la medida del estado de salud de los mismos. Sin embargo, hay autores que usan ambos términos indistintamente en la literatura, considerando que miden conceptos similares. Otros autores abalan que CVRS es una parte indispensable de la calidad de vida, limitando el concepto a la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad. Es decir, desde la perspectiva de los pacientes. (10)

Así mismo, aunque cada vez está más extendido este término como indicador en la evaluación del estado de salud de las personas, existen dificultades a la hora de utilizarlo. Al ser un concepto totalmente subjetivo y variable, es de gran importancia considerar las expectativas de cada individuo, y experiencias individuales previas, factores sociales, psicológicos, demográficos, económicos y la respuesta a la

enfermedad, todos ellos altamente individuales para cada uno. A pesar de las dificultades que puede tener la consideración de todos estos factores, es un término emergente en el ámbito sanitario, que permite profundizar en el concepto que cada individuo puede tener acerca de su salud, teniendo en cuenta la percepción de los mismos. (10)

La repercusión en la calidad de vida en estos pacientes depende del proceso individual que hayan llevado a cabo durante el transcurso de la enfermedad. Todo esto asociado a un proceso oncológico de base, que genera en muchos de los casos ansiedad y depresión. Zubiri *et al* (11) reflejan en su estudio que los sentimientos que aparecen son; pérdida de identidad, temor a la recaída, situación de indefensión, incertidumbre en las relaciones de comunicación, a lo que se puede asociar síntomas de irritabilidad, alteraciones en la autoestima, en el pensamiento etc. Las principales variables asociadas a los niveles de depresión y ansiedad son, si han aprendido a hablar, si consideran que hablan bien y si pueden hablar con cualquier persona, lo que produce menores niveles de depresión. También reflejan que el tiempo que les ha costado en adquirir la voz influye en la aparición de depresión. El impacto en la calidad de vida no será de la misma magnitud en aquellos pacientes operados de una laringectomía parcial, ya que no pierden la voz laríngea y conservan la respiración bucal. A diferencia del paciente con una LT, quienes deben respirar a través del estoma.

El cáncer de laringe es la principal causa para la realización de una LT. España se encuentra respecto al mundo entre uno de los países con mayor incidencia de casos de cáncer, en relación con el resto de Europa, España se encuentra por debajo de países como Francia, Irlanda o Noruega. El cáncer de pulmón incluido tráquea y bronquios presenta una incidencia de 12,39% y una estimación de la mortalidad de 20,55% siendo mayor en varones. El cáncer de laringe presenta una incidencia del 1,5% y de dicho porcentaje el 1,3% hace referencia a la mortalidad, es decir, en torno al 90% de los casos con cáncer de laringe fallecen, lo que supone una elevada tasa de mortalidad. En hombres tiene una incidencia del 2,3% mientras que en las mujeres de 0,3%. (12)

El papel de la enfermería en el paciente intervenido de una LT debe basarse en emitir diagnósticos enfermeros sobre las respuestas que se observan en cada paciente para establecer una serie de actuaciones pertinentes de manera global e integral. La enfermera va a tener un papel fundamental tanto en la prevención y cuidados de

complicaciones inmediatas; imposibilidad de hablar, respiración por el traqueostoma, hematoma en la zona cervical, infección, cuidados de la traqueostomía, problemas en la deglución, gusto u olfato, entre otras, como tardías; estenosis del estoma, disfagia, problemas en las relaciones sociales, en la comunicación etc. La educación sanitaria que reciben estos pacientes no debe limitarse solo a su estancia hospitalaria o al postquirúrgico inmediato, sino a que el paciente posea información y recursos cuando se enfrente a su nueva vida una vez que se le ha dado el alta. La enfermería debe intentar detectar aquellas complicaciones meramente físicas, así como aquellas relacionadas con el estado emocional del paciente como la ansiedad o la depresión, alteraciones en su patrón del sueño o en su calidad de vida. La enfermería, junto con el resto del equipo multidisciplinar, debe coordinarse para evitar reingresos innecesarios, aumentar la seguridad tanto en el paciente como en la familia y garantizar una continuidad en los cuidados. (9,13)

Por lo anteriormente descrito, el objetivo de este trabajo es revisar la literatura sobre la afectación de la calidad de vida de los pacientes tras una laringectomía total; así como el papel enfermero en la continuidad de cuidados.

## 2. MÉTODO

Se ha realizado una revisión narrativa consultando las bases de datos de ciencias de la salud Pubmed, Cuiden, Cinahl, Scielo, Cochrane y Lilacs, así como el buscador especializado Google Scholar.

Para realizar dicha búsqueda se han empleado los descriptores de ciencias de la salud (Decs), los tesauros de lenguaje controlado (Mesh) en español e inglés respectivamente (ver Tabla 1) y algunas palabras en texto libre como “*cuidados*” o “*cuidados enfermeros*”. Todos ellos combinados con los operadores booleanos “AND” y/o “OR”.

Tabla 1: Descriptores

<b>DECS: DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD</b>	<b>MESH: MEDICAL SUBJECT HEADINGS</b>
Rehabilitación	Rehabilitation
Impacto	Impact
Calidad de vida	Quality of life
Laringectomía	Laryngectomy
Traqueostomía	Tracheostomy
Enfermería	Nursing
Enfermeras	Nurses

*Fuente: elaboración propia*

En la base de datos Pubmed, Cinahl y Lilacs se han empleado los filtros: fecha de publicación (2012-2017), humanos, edad (a partir de 19 años), idioma (en inglés o español) y texto completo. Además, en Cinahl se han excluido los registros de Medline, para evitar repetir todos aquellos artículos que ya se han seleccionado en Pubmed.

Sin embargo, en otras bases de datos como Cuiden solo se ha podido emplear los filtros: texto completo y fecha de publicación (2012-2017). En Cochrane y Google Scholar solo se ha empleado la fecha de publicación (2012-2017) igual que en Scielo junto con el filtro de la edad (a partir de 19 años), además de incluir el idioma portugués.

Se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Palabras clave
- Mayores de 19 años
- Artículos en español e inglés
- Texto completo / libre
- Publicaciones de los últimos cinco años (2012-2017)
- Humanos

Criterios de exclusión:

- Artículos que no cumplan los criterios anteriormente descritos.
- Aquellos que estén relacionados con traqueotomía entendida como apertura de la tráquea cervical, manteniendo la laringe intacta.

Para la selección de los artículos se realizó inicialmente una primera lectura del título y resumen. A continuación, se intentó recuperar los artículos a texto completo y posteriormente se realizó una lectura de los mismos siendo seleccionados un total de 20 artículos (ver Tabla 2).

Tabla 2: Bases de datos

<b>BASES DE DATOS</b>	<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>DOCUMENTOS ENCONTRADOS</b>	<b>DOCUMENTOS SELECCIONADOS</b>
<b>PUBMED</b>	((("Tracheostomy"[Mesh]) OR "Laryngectomy"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh])	74	9
	("Laryngectomy/nursing"[Mesh] OR "Laryngectomy/rehabilitation"[Mesh])	54	0
	((("Nursing"[Mesh]) OR "Nurses"[Mesh]) AND "Tracheostomy"[Mesh])	6	1
<b>CINAHL</b>	Laryngectomy OR Tracheostomy AND quality of life AND nursing	11	0
	Tracheostomy OR Laryngectomy AND impact AND nursing care	14	0

<b>CUIDEN</b>	((("Traqueostomía")OR("Laringectomía")) AND(("calidad")AND(("de")AND("vida"))))	5	1
	((("Traqueostomía")OR("Laringectomía")) AND(("Enfermería")OR("Enfermeras")))	25	1
	((("Traqueostomía")OR("Laringectomía")) AND("cuidados"))	28	0
	((("Traqueostomía")OR("Laringectomía")) AND(("cuidados")AND("enfermería")))	23	0
<b>SCIELO</b>	((Traqueostomía) OR (Laringectomía)) AND (Enfermería)]	7	0
	((Traqueostomía) OR (Laringectomía)) AND (impacto)	13	2
<b>COCHRANE</b>	(tracheostomy) or (laryngectomy) and (quality of life) and (nursing care)	166	0
	(tracheostomy or laryngectomy) and quality of life	19	0
<b>LILACS</b>	Traqueostomía AND Enfermería	52	4
	Laringectomía AND Enfermería	11	1
	Calidad de vida AND laringectomía	86	5

Fuente: elaboración propia

**Otras búsquedas:** Tras la búsqueda en Google Scholar empleando la estrategia de búsqueda “Impacto en la calidad de vida del paciente laringectomizado” se han seleccionado 4 artículos por su pertinencia al tema tratado.

### **3. RESULTADOS**

Tras la búsqueda realizada se obtuvieron un total de 28 artículos (ver Anexo I), después de su lectura se establecieron tres categorías de análisis ya que varios de estos abordaban el mismo tema. Esta distribución de los artículos se ha considerado pertinente debido a que ayuda a la organización de la información.

#### **❖ IMPACTO FÍSICO Y PSICOSOCIAL**

Perry A *et al* (14) en su estudio transversal consideran que tras una cirugía radical de extirpación de la laringe se verán afectadas de manera inmediata todas las funciones fisiológicas que antes desempeñaba, esfínteriana, fonatoria y respiratoria. El mero hecho de respirar, toser, tragar y oler supone un obstáculo, lo que tiene una afectación negativa en la vida del paciente. Tanto Roger V *et al* (15) en su revisión como Flórez C (16) a lo largo de su tesis, reflejan que posterior a la LT se realiza un traqueostoma permanente, a través del cual deberán respirar, estornudar y toser; lo que tiene gran impacto sobre la imagen corporal y la calidad de vida de estos pacientes, debido principalmente a la necesidad de cuidados que requiere dicho traqueostoma.

Según Metreau A *et al* (17) los pacientes con una LT no tienen por qué llevar una cánula en el traqueostoma de manera continua, ya que el orificio es permanente y no se cierra, excepto en las ocasiones en las que se produce edema o fibrosis a largo plazo. Incluso algunos pacientes la emplean solo para dormir por la relajación de la musculatura y el cierre parcial del estoma.

Roger V *et al* (15) añaden que un menor porcentaje de pacientes requieren un soporte para el traqueostoma, que permite adaptar otros dispositivos, así como mantener abiertas algunas traqueostomías inestables o muy profundas. Ya que la respiración se debe realizar por dicho orificio, la tos, sequedad y continuas secreciones pueden llevar a la producción de tapones mucosos y costras. Por ello existen diferentes mecanismos para la protección y humidificación del traqueostoma, como los intercambiadores de calor y humedad que consisten en un dispositivo colocado delante del estoma, conserva el calor y retiene la humedad. También existen dispositivos protectores de ducha para evitar la entrada de agua. Según Dawson D (18) muchos pacientes emplean nebulizadores intermitentes para disminuir la densidad de las secreciones; pero esto no debe sustituir a la humidificación adecuada.

Rogers V *et al* (15) a lo largo de la revisión expresan que la desconexión permanente entre la vía aérea superior e inferior, produce una incapacidad de filtración del aire, el cual no es posible humidificar ni calentar, todo esto unido a la sequedad o al aumento de secreciones, ocasiona que la tos se vuelve frecuente. El ruido e incomodidad que produce la tos, puede ser molesto para el entorno del paciente, y a su vez un factor de riesgo para el aislamiento social. Otra de las principales consecuencias inmediatas es la pérdida de la voz, considerada una de los principales motivos en la alteración de la calidad de vida de los pacientes laringectomizados. Al igual que B. Polat *et al* (19) que tras realizar un estudio no controlado consideran que la pérdida de la voz se convierte en el principal objetivo tras la cirugía, y la rehabilitación vocal ocupa un lugar importante en la recuperación postoperatoria.

Pereira da Silva A *et al* (20) revelan que los pacientes laringectomizados sin capacidad vocal presentan mayor percepción de disfuncionalidad que aquellos pacientes con la capacidad de habla oroesofágica o traqueoesofágica. A su vez consideran que tiene gran importancia realizar una evaluación antes de la cirugía para comenzar la rehabilitación tan pronto como sea posible.

Christopher G. *et al* (21) a lo largo de la revisión narrativa consideran que las tasas de éxito en los pacientes laringectomizados, no debe centrarse en las cifras de supervivencia, sino también en la calidad de vida de dichos pacientes. Una restauración rápida de la voz puede disminuir los sentimientos de soledad y evitar posibles trastornos psicosociales. Estos autores explican en qué consiste cada uno de los métodos para la recuperación de la voz. Entre los que se encuentran la voz oroesofágica, la cual se produce por la insuflación de aire en el esófago, cumpliendo la función que deberían llevar a cabo las cuerdas vocales. El proceso se resume en un eructo de aire controlado proveniente de la cavidad bucal el cual continúa su recorrido hacia el esófago, gracias a la elasticidad muscular de este órgano, puede cerrarse conservando el aire, o abrirse para expulsarlo obteniendo como resultado la voz oroesofágica. También se encuentra la voz traqueoesofágica, para la cual es necesario un implante fonatorio que requiere de intervención quirúrgica ya sea durante la cirugía de LT o en una segunda intervención posterior. Todo ello para implantar un tubo antirreflujo con válvula unidireccional que impide el paso de líquido o alimento a la tráquea, favorece el paso de aire de la tráquea a la faringe y la vibración de la neofaringe. Para estos autores este tipo de rehabilitación vocal es más sencilla de aprender que el resto de técnicas fonatorias, sin embargo, las

prótesis pueden suponer mayor gasto económico y requerir una segunda intervención quirúrgica. En último lugar, se encuentra la voz electrolaríngea, la cual se emplea normalmente como última opción cuando no se ha conseguido la voz esofágica. Consiste en la utilización de un laringófono el cual transforma la voz susurrada de estos pacientes en un sonido que sustituye al que origina la laringe en condiciones normales. Esta técnica a pesar de ser la más sencilla, y no requerir cirugía, produce una voz mecánica y la necesidad de llevar el laringófono, lo que produce mayor estigma en los pacientes.

En la misma línea, Polat B *et al* (19) concluyen que la técnica ideal para recuperar la fonación es la voz oro-esofágica ya que no requiere ningún tipo de intervención quirúrgica, ni emplea dispositivos artificiales. Sin embargo, requiere tiempos prolongados de entrenamiento y gran motivación por parte del paciente. La voz traqueoesofágica es más fácil de aplicar y de aprender, además de requerir un menor tiempo de aprendizaje y ser más fácil de entender. Como desventaja, la voz traqueoesofágica va unida a la necesidad de cirugía, lo que implica una serie de complicaciones derivadas del pre y postoperatorio, así como perforación o estenosis esofágica y fístula persistente.

Para Rogers V *et al* (15) el proceso de rehabilitación vocal va asociado a diversas alteraciones psicosociales debido a la pérdida de la función fonatoria. En muchas ocasiones sienten temor a que no se les oiga o no puedan comprenderles, sintiéndose retraídos a la hora de mostrar sus emociones. Todo esto se relaciona con una repercusión negativa en las relaciones sociales, apareciendo sentimientos de frustración y riesgo de aislamiento social. Sin embargo, afirman que son diversas las opiniones respecto a la elección del método de rehabilitación de la voz; pero el tipo de voz utilizada no tiene una relación directa con la calidad de vida.

Polat B *et al* (19) afirman que muchos de los participantes en el estudio reconocen sentirse más irritables y preocupados. Según este autor el 80% de los pacientes de dicho estudio están satisfechos con la voz traqueoesofágica. Tras realizar diversas encuestas, antes y después del implante fonatorio, reflejan que los indicadores de calidad de vida, depresión, ansiedad, problemas sexuales y de autoestima asociados a la rehabilitación de la voz tienen mejores resultados tras la intervención quirúrgica y el comienzo de la voz traqueoesofágica, pero si presentan afectación en la calidad de vida antes de la intervención.

En contraposición Ozturk A y Mollaoglu M (22) en un estudio descriptivo transversal concluyen que tras la recuperación fonatoria el 87,8% no está cómodo con su propia voz.

Continuando con el impacto en la calidad de vida, Flórez C (16) expresa que otra de las alteraciones que se produce en este tipo de pacientes y que afecta en gran medida a la calidad de vida es en relación a la nutrición. Debido tanto al proceso oncológico en muchas de las ocasiones como a la cirugía *in situ*, aparecen alteraciones como mucositis oral, hiposialia, infecciones y disfagia. Para Rogers V *et al* (15) las principales causas de disfagia en pacientes con una LT son la estenosis de la neofaringe y la reciba tumoral.

Según el estudio publicado por Araujo L *et al* (23) mediante el cuestionario Swallowing Quality of Life se obtuvieron los siguientes resultados. Los dominios comunicación y miedo al atragantamiento presentaban un alto impacto en la calidad de vida relacionada con la deglución. El dominio tiempo de deglución, el cual se ve aumentado en estos pacientes ocasiona un impacto moderado. Al igual que Rogers V *et al* (15) quienes abalan que un 90% de los pacientes con LT afirman tener trastornos en la alimentación, como pueden ser aumento en la duración de la ingesta, placer, olfato y gusto. El 57% a su vez afirma que estos problemas les impiden mantener una vida social adecuada. Es común que estos pacientes se sientan desinformados en relación a las consecuencias que tiene la intervención sobre la alimentación.

Sirin Ugur S *et al* (24) realizaron un estudio de cohorte en el que destacan que el estreñimiento es una de las afectaciones en la calidad de vida que menos se tiene en cuenta. Debido a la pérdida de la capacidad del cierre glótico tras la LT, estos pacientes no pueden realizar una adecuada maniobra de Valsalva, además de producir una tos que a veces no es eficaz, lo que produce una alteración en la necesidad de eliminación. El tiempo de tránsito en el colón se ve aumentado en un 70%, y la desaparición de la capacidad del cierre glótico supone una dificultad para la defecación voluntaria, produciendo en muchos de los casos un estreñimiento crónico. Por lo que, unido los problemas de alimentación, los pacientes deben tener en cuenta su patrón de eliminación para adecuar la dieta rica en fibra, con alimentos suaves, fruta de manera regular, líquidos etc. para evitar dicho estreñimiento, así como problemas psicosociales como depresión y estrés.

Aunque normalmente los estudios se centran en la deglución y comunicación de los pacientes laringectomizados, Ozturk A y Mollaoglu M (22) realizaron un estudio descriptivo en el que destacaron el impacto de la LT en la función olfatoria de los pacientes. Estos autores consideran que las afectaciones en la calidad de vida que se producen de manera más frecuente en los pacientes tras una LT son la tos, la dificultad de expulsar secreciones, la incapacidad de dormir, la sequedad de boca, los problemas financieros, y alteraciones psicosociales como la depresión, irritabilidad, aislamiento social y el pensamiento de que no volverán a recuperar su estado de salud. El 92% de los pacientes de este estudio expresan problemas en la comunicación con otras personas.

Continuando con la pérdida de la función olfatoria, al igual que los autores Ozturk A y Mollaoglu M (22), Gouvea C *et al* (25) describen que la interrupción del flujo de aire entre la vía respiratoria superior e inferior y la desviación del flujo del aire por el traqueostoma produce alteraciones en la agudeza olfatoria, ya que las moléculas olorosas no alcanzan el epitelio olfativo, impidiendo su estimulación. Existe una rehabilitación orientada específicamente a la recuperación de la capacidad olfativa y que obtiene muy buenos resultados en los pacientes según dicho estudio. Se basa en la Maniobra Nasal de inducción de Flujo de Aire, bajando la mandíbula, la base de la lengua y el paladar blando, con los labios apretados y mantener un bostezo extendido, permitiendo así el paso de las moléculas olorosas hacia el epitelio olfativo. Como consecuencia de la pérdida de la función olfatoria, se ve alterada la función del gusto ya que ambas están estrechamente relacionadas.

Sammut L *et al* (26) considera que después de la cirugía es común el deseo de recuperar sus actividades de ocio diarias, pero en la mayoría de las ocasiones se ven alteradas. La respiración a través de un traqueostoma, limita o interrumpe las aficiones que tenía anteriormente el paciente. Estos autores abalan que una rehabilitación física tiene efectos positivos tanto a nivel psicosocial como a nivel físico.

Metreu A *et al* (17) realizaron un estudio para comparar la afectación de la calidad de vida en aquellos pacientes con una LT, con aquellos pacientes en los que ha sido posible preservar la laringe, tales como laringectomía parcial, o pacientes que han recibido quimioradioterapia. Una de las principales diferencias que observaron es que la totalidad de pacientes con una LT habían recibido rehabilitación vocal, mientras que la mayoría de los pacientes tras la quimioradioterapia habían recibido nutrición enteral.

Este último grupo presentaba peores resultados en relación a la pérdida de peso y sequedad de boca. A pesar de no encontrar diferencias significativas en ambos grupos, concluyen afirmando que el impacto en la calidad de vida es mayor en los pacientes con una LT, ya que la extirpación de la laringe lleva asociado una serie de afectaciones que no están presentes en otros tratamientos más conservadores.

Otro estudio realizado por Singer S *et al* (27) manifiestan que los pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia presentan mayores niveles de cansancio. Además, consideran que el deterioro de la calidad de vida comienza a partir de los dos meses de recibir tratamiento oncológico y que se recupera ligeramente entorno al primer año, aunque algunas afectaciones como la sequedad de boca, los problemas físicos y sexuales y las relaciones sociales, siguen persistiendo. Para reflejar lo anteriormente descrito realizan una tabla comparativa antes de una LT, después de la misma, al final de la rehabilitación y un año después, de los síntomas existentes en cualquier tipo de cáncer, frente a aquellos síntomas que aparecen en el cáncer de cabeza y cuello, (ver Anexo II), pudiendo observar que en este último aparecen un mayor número de síntomas como dificultad al tragar, al hablar, al comer, problemas con los sentimientos y con la sexualidad, entre otros. Estos autores consideran que una de las principales limitaciones de los estudios sobre la calidad de vida, es que los pacientes que realmente tienen una afectación más prolongada o más agudizada, se escapan de estos estudios.

En relación a la afectación psicosocial de los pacientes tras una LT Flórez C (16), en su tesis doctoral, abala lo traumático que supone un cáncer de laringe, debido además de los cambios funcionales al impacto que supone en la imagen del paciente. Las consecuencias físicas en estos pacientes son evidentes, ya que el tratamiento tan radical que requieren, produce una importante distorsión de la imagen corporal. La presencia del traqueostoma de manera permanente está definido como una de las modificaciones más dramáticas en estas personas. Refiere que según el estudio realizado por Mohine sobre la calidad de vida, la principal preocupación de los pacientes laringectomizados son las consecuencias físicas, es decir el traqueostoma y todo lo que este conviene, destacando la disminución de vida social. En esta misma tesis, se señala a Dropkin, quien reafirma que la imagen corporal y la sensación de desfiguración son dos factores que influyen de manera importante en las relaciones sociales de estos enfermos. La desfiguración física, la pérdida de comunicación, y el miedo a la recidiva son precursores en la aparición de sentimientos como vulnerabilidad, tristeza y miedo. La

mayoría de los pacientes sometidos a la LT son capaz de afrontar el proceso adaptándose paulatinamente a los cambios producidos, sin embargo, son muchos los que experimentan una angustia constante que desemboca en ansiedad o depresión. Es mayor la incidencia de estas afectaciones psicológicas en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello que en otras modalidades oncológicas.

Rogers V *et al* (15) consideran que la pérdida de la autoimagen produce una afectación psíquica en el individuo en el que puede aparecer síntomas de ansiedad y depresión. El afrontamiento de este proceso de enfermedad está directamente relacionado con la manera en la que el enfermero ha afrontado los sucesos traumatizantes durante su vida. A su vez, Rogers afirma que las personas con síntomas de nerviosismo, falta de creatividad e introversión poseen una gestión menos adecuada de la situación. Un adecuado apoyo familiar y social, así como una relación adecuada con el cuidador serían elementos claves para el afrontamiento de la enfermedad. También existen factores facilitadores como son la buena relación con el personal sanitario y experiencias médicas previas satisfactorias. Por parte del paciente una buena capacidad para expresar temores y miedos, seguridad en sí mismo y adaptación a los cambios, serían factores favorables hacia un buen enfrentamiento de la situación.

Según Blanco-Piñero N *et al* (28), es en la etapa de rehabilitación post-quirúrgica donde los pacientes son más susceptibles de padecer alteraciones emocionales. Profesionales con buenas competencias comunicativas son necesarios para los enfermos de cáncer de laringe, tanto a nivel preoperatorio antes de la cirugía como posterior a esta. Un buen apoyo psicológico y un adecuado manejo de la información pueden evitar determinados padecimientos psicológicos que afectan a la capacidad de afrontamiento o recuperación.

Offerman MP *et al* destaca (29) la repercusión que supone esta cirugía para las parejas de los pacientes laringectomizados y el papel tan primordial que representan en su proceso de adaptación postquirúrgica. Este autor afirma que se produce una disminución de la vida social de los cuidadores, asistiendo a menos eventos sociales y de ocio que antes de la cirugía de su pareja, así como un aumento significativo en los niveles de ansiedad e irritabilidad. Según este autor el temor por perder a su familiar y las dificultades que presenta su pareja para poder comunicarse en diferentes grupos sociales, son las principales causas de un aumento de la ansiedad y de sentimientos de desamparo en los mimos. A su vez, afirma que las parejas de los pacientes

laringectomizados experimentan mayor fuerza personal y una mayor apreciación de la vida. Un porcentaje alto de estos cuidadores se sienten satisfechos de cuidar a su pareja.

Flórez C (16) afirma que la afectación de la pareja y las relaciones sexuales es otra consecuencia psicosocial negativa derivada de esta cirugía. La causa más destacable son las secreciones por el traqueostoma, tos y la respiración ruidosa. La falta de autoestima y pérdida de su autoimagen dificulta aún más las relaciones sexuales. Además, afirma que más del 20% de pacientes laringectomizados tienen problemas sexuales. La disminución de la libido y la insatisfacción sexual son procesos comunes en los pacientes con esta cirugía. Los problemas sexuales y de pareja a veces son olvidados y evitados por los profesionales de salud, quizás por falta de preparación. Mientras que los pacientes buscan información y métodos de afrontamiento sobre los cambios que van a surgir en sus relaciones íntimas, los profesionales de la salud evitan abordar este tema o proporcionar la información adecuada, sin asociar la afectación que este proceso puede tener en la intimidad del paciente.

Al igual que Ozturk A y Mollaoglu M (22) quienes consideran que el cambio en las relaciones sexuales es un problema que en muchas ocasiones se produce y no se nombra. El 20% de los pacientes presentan disfunción sexual y el 25% no presenta la misma actividad sexual que antes de la intervención. En la mayoría de los casos esta afectación se debe al cambio en la imagen corporal, al estoma, el ruido en la respiración, la tos y el miedo a que la gente que les rodea sienta lástima por ellos.

En el estudio realizado por Hirani I *et al* (30), en pacientes laringectomizados, se muestra como en un 78% de los casos, disminuyó la frecuencia de las relaciones sexuales a 1-2 encuentros por mes. En el 17% de los casos, la frecuencia era de 3-10 veces, mientras que solamente en un 2% tenían más de diez relaciones sexuales. Así mismo, el 13% restante no había mantenido encuentros sexuales con su esposa en los últimos meses.

Roger V *et al* (15) citando el estudio Singer refleja que un 60% de los pacientes con esta cirugía radical daban importancia a las relaciones sexuales. Se estima en un 42% de casos problemas de disfunción eréctil.

Offerman MP *et al* (29) afirman que uno de cada tres pacientes laringectomizados disminuyeron sus relaciones íntimas por disminución de la libido y del disfrute sexual, problemas que están provocados en un gran porcentaje por las alteraciones en la respiración a través del traqueostoma y una disminución del atractivo físico tras la cirugía mutilante. A su vez este mismo autor, afirma que, en gran medida, la relación conyugal se mantiene igual que antes de la operación incluso en determinados casos se ve reforzada. Recalca la comunicación con la pareja y la expresión de emociones y la dependencia de la misma como aspectos muy vulnerables tras la LT.

Finalmente, Flórez C (16) concluye afirmando que la LT influye en ambos sexos de manera similar. No obstante, se encuentran algunas diferencias. Mientras que en el género masculino la principal afectación es la pérdida de la independencia, destacando la independencia económica, en los pacientes de sexo femenino destaca la pérdida de las relaciones sociales.

La reinserción social de los pacientes laringectomizados también debe de ser abordada. Rogers V *et al* (15), refieren que en un estudio realizado en 2008 por la UAFLMV solamente en un 23% de los casos se reanudó la situación laboral que tenían anterior a la cirugía. La incapacidad laboral asciende en estos pacientes a cifras entre el 35-54%. Tras la cirugía mutilante muchos pacientes se sienten señalados por la sociedad, ya que poseen características que les convierten en personas estigmatizadas, como una voz diferente a la habitual, y un estoma en su cuello. Todo esto puede producir que el paciente pierda su identidad tanto a nivel personal como a nivel social. El aislamiento social es la principal consecuencia de la estigmatización. Situaciones cotidianas se vuelven embarazosas, cuando ninguna de las dos partes que participan saben cómo reaccionar o que hacer. El interlocutor normalmente queda impresionado negativamente. Rogers, en su trabajo, ejemplifica como estas personas pueden sentirse marginadas de la sociedad. Por ejemplo, los asientos en un autobús que se encuentran frente al ocupado por la persona traqueostomizada suelen quedarse desocupados. Este mero hecho puede producir sentimientos de inferioridad en cuanto al resto de la sociedad. La evitación de este tipo de situaciones por parte del laringectomizado le conduce irremediabilmente al aislamiento social o enclaustramiento.

## ❖ VIVENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD

Según Dooks P *et al* (31) existe una necesidad importante de abordar cuáles son las experiencias vividas por los pacientes laringectomizados después del alta hospitalaria, para saber cuáles son sus preocupaciones y como se reintegran de nuevo en la sociedad. Dichos autores realizaron un estudio descriptivo en el que permitieron a pacientes tras una LT contar sus experiencias e identificar las barreras que se encuentran en su vida diaria. Los pacientes describen el cáncer de laringe como un “*gran muro*”, conciben la enfermedad como un proceso de cambio constante, y la cirugía no es una opción que puedan decidir llevarla a cabo o no. La simple acción de llamar por teléfono supone una barrera para estos pacientes, para ellos el futuro, los sueños o sus esperanzas se ven modificados, limitados o reducidos, sobre todo a largo plazo.

Dooks P *et al* (31) describen cuales son las principales alteraciones que se producen en los pacientes laringectomizados, y como dichos cambios son percibidos por estos pacientes. En relación a la alteración de la vía aérea, los pacientes refieren que tienen que estar con pañuelos repartidos por toda la casa por las secreciones, tosiendo todo el rato o la dificultad de poder ducharse tranquilamente, sin tener que estar pendiente de proteger el estoma. La comunicación para ellos se vuelve una barrera que en ocasiones genera frustración, sobre todo en el postoperatorio inmediato por no poder comunicarse como les gustaría o poder pedir ayuda. Para estos autores los problemas con la comida y las consecuencias de la radioterapia impiden que puedan disfrutar del olor o el sabor de los alimentos. Todos estos cambios unidos al impacto en la imagen física producen que los pacientes reduzcan las relaciones sociales a su círculo más de cercano de amigos y familia por miedo a lo que puedan opinar los demás. Los participantes de este estudio reflejan que las enfermeras “*les hicieron sentir humanos*”. Los resultados demuestran para los autores que son bastantes las dificultades y barreras que encuentran los pacientes laringectomizados para poder integrarse de nuevo en la sociedad.

Otro estudio realizado por Hirani I *et al* (30) sobre la perspectiva de los pacientes frente a la enfermedad considera que los problemas que les producen mayores niveles de depresión y ansiedad son la pérdida de la voz, la incertidumbre financiera, el apoyo familiar, la relación con sus parejas y el cambio de la imagen corporal. Dichos autores consideran que los pacientes que acuden tanto a grupos de apoyo, como aquellos que se

encuentran en seguimiento para alguno de estos estudios, presentan menor afectación seis meses después, que aquellos que afrontan la enfermedad en solitario.

Eadie TL y Bowker BC (32) consideran que tanto los pacientes como los familiares durante el proceso de enfermedad llevan a cabo diversas estrategias de afrontamiento. Los pacientes suelen recurrir al distanciamiento del problema, centrarse en lo positivo, y buscar apoyo social. Sin embargo, lo que menos utilizan es la evitación o el escape, los pacientes que emplean estas últimas estrategias de afrontamiento presentan peores resultados.

En la misma línea el estudio realizado por Andrés Villas M *et al* (33) en el que comparan cuales son las estrategias de afrontamiento empleadas por hombres con cáncer de laringe frente a las empleadas por el mismo número de hombres que no presentan ninguna patología relevante destaca que los hombres tras una laringectomía recurren al distanciamiento, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social. Empleando en menor medida la huida-avoidance y la aceptación de responsabilidad. Mientras que el grupo de hombres sanos imaginan que si tuvieran cáncer emplearían la búsqueda de apoyo social como principal opción. Sin embargo, quieren destacar que las estrategias utilizadas dependen de cada individuo, de cómo afronte la enfermedad y como perciba la situación tanto individual como de su entorno social, por lo que no se puede establecer un patrón fijo de afrontamiento.

Meyer A *et al* (34) realizaron un estudio prospectivo multicéntrico en el que consideran que el impacto en la calidad de vida no solo afecta a los pacientes laringectomizados, sino también a sus esposas. Obtuvieron que el 57% de las esposas de dichos pacientes presentan un alto nivel de estrés psicológico, el 21% emplea métodos de relajación y el 5% ha recibido apoyo psicológico. El 11% expresa necesitar mayor apoyo social para continuar con el cuidado de su pareja y la carga que esto supone. En dicho estudio un año después de que se realizara la laringectomía a su marido, las esposas presentan diversos tipos de alteraciones psicológicas, el 33% siente inquietud y tensión, el 29% expresan preocupación y el 14% miedo. A los tres años después de la intervención las alteraciones psicológicas habían permanecido estables o habían disminuido.

## ❖ PAPEL ENFERMERO EN LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Previtalli Castro A *et al* (35) realizan un estudio descriptivo sobre la educación en salud de los pacientes traqueostomizados considerando el cáncer de cabeza y cuello como un problema de salud frecuente, sobre todo en países en desarrollo. Por ello estos autores consideran que la información que reciben tanto los pacientes como los cuidadores por parte de los profesionales enfermeros debe ser clara y objetiva, para aumentar los conocimientos y habilidades sobre la cirugía y sus consecuencias, para que se adapten de la mejor manera a los cambios. Según estos autores la educación que reciben en el preoperatorio está dirigida a describir el procedimiento quirúrgico, la función que va a cumplir la traqueostomía y las demandas del propio paciente, así como abordar los aspectos psicológicos para disminuir la ansiedad y el miedo previos a la cirugía. En manos de la enfermería está que los pacientes tomen las riendas de la situación con la mayor independencia posible. También consideran importante que la información que se dé a cada paciente sea de manera individualizada y en función del nivel educativo y cultural de cada persona. Mientras que en el postoperatorio el proceso educativo irá orientado a la adaptación de su nueva situación, evitar las complicaciones propias de la cirugía, cuidados de la traqueostomía, y seguir en la misma línea que en la fase preoperatoria, con el principal cambio de la pérdida de la voz del paciente laringectomizado. La enfermera debe fomentar que el paciente y los cuidadores verbalicen sus dudas sobre el cuidado, sus miedos o inquietudes. Para estos autores la hospitalización es un proceso de gran relevancia en el desarrollo de la enfermedad, en el que las enfermeras deben recalcar la importancia del apoyo y las visitas familiares, así como establecer una buena relación terapéutica con el equipo enfermero.

En la misma línea Flórez C (16) en su tesis considera que la enfermera en el postoperatorio más inmediato debe centrarse en aquellos cuidados e intervenciones dirigidos al estado respiratorio, nutricional, al cuidado del estoma, la comunicación y el cambio de imagen corporal, así como prevenir cualquier posible complicación derivada de la intervención. En relación a la vía respiratoria, la enfermera debe garantizar que esta se encuentre permeable, a través de la traqueostomía, mediante la administración de oxígeno y la aspiración de tapones mucosos mediante técnica estéril, todo ello para disminuir el miedo que puede presentar el paciente por si la acumulación de secreciones pudiese llegar a ocluir el estoma. Sobre el cuidado del estoma, la enfermera debe valorar

la herida para evitar síntomas de infección, así como, valorar el drenaje, las características del drenado y el punto de inserción del mismo, en caso de que la LT venga acompañada de un vaciamiento cervical. La higiene bucal es muy importante en estos pacientes para evitar olores desagradables. Los pacientes intervenidos de una LT se alimentan a través de sonda nasogástrica durante 14 días, a partir del cual se debe comenzar con la tolerancia oral si no han aparecido complicaciones como mucositis oral, infecciones, xerostomía o disfagia. Los cuidados enfermeros relacionados con la nutrición irán dirigidos a garantizar la correcta colocación de la sonda, así como el aporte necesario de alimento para el paciente y su tolerancia. También se debe educar al paciente al comienzo de la tolerancia oral, vigilando que no aparezcan complicaciones. Es importante el apoyo psicológico durante este proceso, ya que en caso de que no se pueda llevar a cabo alimentación oral, puede ser necesaria una gastrostomía, por lo que es importante informar al paciente en todo momento.

Dawson D (18) resalta la importancia de que la enfermera este capacitada para llevar a cabo los cuidados necesarios a los pacientes laringectomizados, debido a los continuos reingresos, recidivas de estos pacientes y al aumento del número de paciente al que se le realiza esta técnica, así como saber actuar en situaciones de urgencia, tales como obstrucción de la vía aérea o decanulación. En el postoperatorio inmediato se deben realizar a diario los cuidados del estoma y piel periestomal, controlando la humedad del mismo, así como el cambio de cánula. El artículo desarrollado por esta enfermera describe de manera exhaustiva el procedimiento de cambio de cánula, explicando los tipos existentes, así como los pasos a llevar a cabo para realizar una higiene correcta.

Bortucan Lenza NF *et al* (36) consideran que la complicación más frecuente en el postoperatorio tras una LT es la fistula faringocutánea y la más temida por el personal sanitario, la cual consiste en una apertura que comunica la vía digestiva con la piel, imposibilitando la comunicación. Otras complicaciones que pueden aparecer son hematoma, obstrucción respiratoria, infección de la herida quirúrgica, estenosis, hemorragia, dificultad en la deglución, dehiscencia de la herida, sin embargo, la fístula faringocutánea se considera la más grave de todas. Consideran que los factores predisponentes para la aparición de dicha complicación son la radioterapia, la extensión del área irradiada, el sexo, el tabaquismo, el alcoholismo, la localización del tumor, el procedimiento quirúrgico, transfusión sanguínea en el postoperatorio, presencia de drenajes, infección de la herida, tiempo prolongado hasta el comienzo de tolerancia oral

entre otros. La incidencia de dicha complicación varía del 13 al 25%. El papel enfermero es muy importante tanto en la prevención como la cura de la fístula, los cuidados del tejido necrosado, administrar la medicación de manera cuidadosa y cuidados de la sonda enteral. Estos autores recomiendan que los pacientes estén en posición semifowler para evitar el edema facial, así como la aspiración, también resaltan la importancia de realizar una evaluación previa de la nariz, ojos, cuero cabelludo, parte superior de tórax y dorso para que los cuidados posteriores a su aparición sean de mayor calidad. Otros efectos colaterales que aparecen asociados a la fístula son la fatiga, ansiedad, depresión, anorexia y alopecia.

Rodríguez Valiente A *et al* (37) en la misma línea también consideran que la fístula faringocutánea es la complicación más frecuente en el postoperatorio tras una LT la más temida por el personal sanitario (ver anexo III, imagen 1). En su estudio reflejan que de un grupo de pacientes tras una laringectomía el 27% presentan faringostoma, el 4,1% presenta hemorragia, el 2,4% necrosis cutánea, 1,8% deglución imposible, el 0,6% estenosis traqueal y el 0,6% absceso cervical. La aparición de la fístula faringocutánea aumenta el tiempo de estancia hospitalaria. Además, estos autores describen un protocolo de cuidados al paciente laringectomizado de catorce días desde la realización de la cirugía.

Flórez C (16) destaca que también se debe tener en cuenta la dificultad de comunicación de estos pacientes, al no poder hablar, se establece una barrera, que, si no es bien llevada por el personal sanitario, puede generar estrés en el paciente. Cuando llaman al timbre, se debe acudir sin demorar el tiempo, así como tener el material preparado por si hubiese una situación de urgencia.

Al igual que Bernal Pérez F (38) quien destaca que *“la comunicación es un acto fundamental en la relación enfermera-paciente, sobre todo en enfermos en los que el habla se ve afectada”*. Esta autora considera que hoy en día los cuidados enfermeros siguen centrados en la técnica y no en el paciente, debido principalmente a la falta de tiempo, y a la negación de sentimientos o miedo a verbalizarlos tanto por parte de los pacientes como de los profesionales. Su trabajo se centra en describir cuales son las actividades que puede llevar a cabo el personal enfermero para abordar uno de los principales problemas que se produce en el paciente tras una LT; el deterioro de la comunicación. Entre las que se encuentran brindar apoyo, establecer una relación terapéutica, utilizar pizarras para comunicarse o gestos, informar al paciente sobre los

dispositivos de ayuda para recuperar la voz, dar órdenes simples, identificarse y mirar siempre al paciente, comentar los cambios en el estilo de vida que serán necesarios etc. Esta autora concluye en su trabajo afirmando que a los profesionales de enfermería les falta formación en relación al arte de la comunicación, para poder establecer una buena relación terapéutica de una manera empática y cálida, y añade que *“El compartir una palabra, un silencio, una emoción, un gesto en una relación con una persona que está enferma implica una dedicación de cuidados necesarios para establecer una comunicación terapéutica eficaz”*.

Previtali Castro A *et al* (35) en una segunda parte de su estudio se centra en la experiencia de los cuidadores y su opinión sobre el papel enfermero. Según estos autores los cuidadores consideran sentirse informados en el pre y postoperatorios, tanto por el personal enfermero, como por médicos, auxiliares y fisioterapeutas. Para ellos los cuidadores verbalizan sentimientos de impacto, inseguridad, miedo, lo que permite a los enfermeros saber que tienen que reforzar en relación a los cuidados o que es importante abordar para que no se produzca un rechazo por parte de los cuidadores. Estos autores concluyen con que el principal factor que condiciona la educación en salud realizada por el personal enfermero es la falta de tiempo, por lo que sería necesario una mayor formación y organización de estos profesionales. Uno de los principales problemas que detectan en dicha educación es que se realiza de una manera muy sistemática, sin individualizar en cada paciente según sus necesidades.

Pearce L (39) abala la falta de formación por parte de los profesionales de enfermería ante un paciente con una traqueostomía. Afirma que muchas enfermeras se sienten inseguras y con nerviosismo ante un paciente de estas características, por lo que evitan enfrentarse a ello. Identifica que una gran parte del personal no sabe reconocer las principales complicaciones o situaciones de urgencia que pueden suceder en los pacientes traqueostomizados destacando la importancia de crear protocolos y la cumplimentación de los mismos, en el momento pre y post quirúrgico, así como en la continuidad de cuidados de los mismos.

Flórez C (16) en relación a las reacciones por parte de los familiares o cuidadores, considera que en ocasiones la familia tiende a proteger al familiar, a no dejarlo solo, por miedo a que no pueda comunicarse correctamente, lo que puede conllevar a una disminución de la capacidad de autocuidado por parte del paciente. En otras ocasiones tras el diagnóstico de cáncer algunas familias deciden aislarse para que nadie conozca la

situación de la persona laringectomizada. La enfermera debe saber cómo es llevado a cabo el proceso de enfermedad por la familia, como se encuentra la relación social, la relación con la pareja y el ámbito laboral, para detectar cualquier alteración a tiempo y que pueda ser abordada de una manera multidisciplinar. Todas estas actividades realizadas por parte del personal enfermero deben ir dirigidas a aumentar la confianza y la capacidad de autocuidado por parte del paciente y de su principal cuidador, para que una vez haya acabado su estancia hospitalaria puedan llevar a cabo los cuidados en el domicilio. Además, deben tener conocimiento de aquellas complicaciones que pueden producirse, así como de la seguridad del paciente. Teniendo en cuenta todas aquellas alteraciones como la pérdida de olfato y gusto o la imposibilidad de realizar actividades de agua; así como las afectaciones en la calidad de vida tras la intervención.

Ellen Reising M *et al* (40) destaca la importancia de una educación adecuada por parte de los profesionales sanitarios al cuidador de la persona portadora de una traqueostomía. Esta nueva situación tras la cirugía puede producir una gran ansiedad en los cuidadores de estos pacientes si no se sienten seguros en la realización de los cuidados. Afirma que los cuidadores que han recibido una educación para la salud adecuada, así como una atención temprana tras la cirugía, presentan una mayor confianza en ellos mismos, en el sistema de salud y tienen menos necesidades y complicaciones que aquellos que no han recibido una preparación adecuada. El programa educativo (T-CARES) creado por los autores, consistió en el desarrollo de los conocimientos teóricos y habilidades técnicas necesarios para el correcto cuidado de un traqueostoma tras la cirugía. Además, la realización del programa en grupo consiguió disminuir el sentimiento de soledad de los cuidadores y apoyarse en otras personas que se encontraban en una situación similar a la suya, compartiendo sus experiencias y temores. Tras la aplicación de este programa educativo se demostró la reducción de la ansiedad en las personas que lo habían llevado a cabo, reafirmando la importancia de que el personal de enfermería cree este tipo de proyectos, así como una mayor investigación en la eficacia de los mismos.

En la misma línea Offerman MP *et al* (29) destaca la necesidad de educación a las parejas de los pacientes laringectomizados por parte de los profesionales sanitarios. Afirma que el profesional enfermero sería la primera elección para este tipo de atención sanitaria en parte por la fácil accesibilidad al mismo, y el desarrollo de la comunicación terapéutica que poseen; Tienen más relación con el paciente que otros sanitarios, pasan más tiempo con él durante la estancia hospitalaria, son los encargados del cuidado del

traqueostoma y suelen tener mejores habilidades comunicativas. El seguimiento de las parejas de los pacientes laringectomizados sería de vital importancia atendiendo cuestiones como la sexualidad, temor, ansiedad sobrecarga del cuidador y los sentimientos de desesperanza y miedo de pérdida que pueden experimentar. Es de vital importancia una implicación temprana de la pareja del paciente en los cuidados del mismo así como el seguimiento de la misma en cada visita hospitalaria.

Everitt E (41) afirma en su artículo, la dependencia que pueden desarrollar estos pacientes traqueostomizados con los profesionales de salud, perdiendo su propia autonomía, principalmente en la transición del hospital a su hogar. Destaca la importancia que tiene una enseñanza precoz del cuidado de su estoma, para que consigan ser totalmente independientes en su autocuidado, así como el contacto con otros pacientes traqueostomizados para que puedan resaltar lo positivo de la enfermedad y compartir sus temores. Resalta la implantación en algunos países de enfermeras especialistas en traqueostomía, las cuales ayudan a otros profesionales sanitarios con la enseñanza del enfermo, así como la planificación de cuidados al alta y el seguimiento de los mismos. Esta autora abala la importancia de que las enfermeras comunitarias se involucren en el entrenamiento y seguimiento de estos pacientes, mejorando la formación de las mismas si fuese necesario. De la misma manera, es necesario que el paciente y los cuidadores principales conozcan las posibles complicaciones que puedan surgir y como deben actuar ante ellas. Ericka Everitt desarrolla a lo largo del artículo cuales son los puntos claves y principales en la planificación al alta del paciente, resaltando en todo momento la implicación de un equipo multidisciplinar y la accesibilidad del paciente a los profesionales sanitarios encargados de la traqueostomía, tanto en el proceso de seguimientos de cuidados como en cualquier situación de emergencia.

#### **4. DISCUSIÓN**

Tras el análisis de los artículos es importante destacar que la mayoría de los autores consultados analizan el impacto en la calidad de vida de los pacientes laringectomizados, coincidiendo de forma genérica en la gran afectación física y psicosocial que sufren tras la cirugía. En gran parte de los artículos se desarrolla de una manera más específica la pérdida de la función fonatoria, quedando en segundo plano el resto de disfuncionalidades. Aunque la mayoría de los estudios demuestran que la pérdida de la voz es la consecuencia que produce un mayor impacto psicológico desde el postoperatorio más inmediato, el resto de complicaciones también determinan en gran medida otros aspectos del proceso de adaptación del paciente a la enfermedad.

A pesar de la gran extensión que ocupa la pérdida de la comunicación en la mayoría de los artículos encontrados, en ninguno de ellos se refleja cuál es el papel enfermero en dicho proceso. Aunque la rehabilitación fonatoria sea llevada a cabo por los foniatras, la enfermería debe tomar parte respecto a la educación sanitaria en el pre y postoperatorio para que los pacientes tengan en cuenta los recursos disponibles para recuperar la voz, así como evitar un afrontamiento ineficaz.

Afectaciones funcionales como la olfatoria o la defecatoria no están apenas desarrolladas e investigadas. Se observa una falta de abordaje sobre cómo se pueden ver afectadas estas alteraciones tras la cirugía, así como los métodos de rehabilitación u alternativas que pueden llevar a cabo para solventarlas.

Respecto a la deglución, la mayoría de los autores afirman que puede encontrarse alterada, pero no se especifica de qué manera o en que procesos pueden notar variaciones respecto a su estado anterior. Se observa un vacío sobre cuáles son los principales cuidados que se deben llevar a cabo en estos pacientes tras la cirugía, o las complicaciones que pueden aparecer como la disfagia, la cual aparece en un 38% de los pacientes sometidos a una laringectomía radical, o bien problemas bucales, cuya incidencia es mayor con un 67% (42). Todo esto puede suponer una falta de información al paciente, ya que como reflejan algunos de los autores (16) son muchos los pacientes laringectomizados que desconocen las consecuencias que puede causar este procedimiento en la alimentación.

Cada día se encuentra más instaurado en nuestro proceso asistencial la visión holística del paciente, donde aparte de los procedimientos técnicos incluimos en nuestros cuidados una visión global de la persona, incluyendo la esfera psicosocial. En estos pacientes, es fundamental un abordaje del impacto a nivel psicoemocional que supone esta cirugía. El cambio de imagen y de identidad que sufren a causa del traqueostoma, la afectación de la vida íntima con la pareja, la reinserción laboral o la disminución de sus relaciones sociales son algunos de los retos a los que deben enfrentarse estos pacientes. Es necesario también un abordaje de la afectación que supone esta cirugía para el paciente y su pareja en sus relaciones sexuales, ya que muchas veces es evitado por los profesionales sanitarios sin tener en cuenta el impacto que puede suponer en la pareja, relaciones sexuales o en la propia autoestima del paciente.

El estigma que deben afrontar por parte de la sociedad es otro de los desafíos que se les presenta tras el alta hospitalaria. El abordaje educativo y la preparación de estos pacientes debe de comenzar desde el momento preoperatorio, con un equipo multidisciplinar y alargarse hasta que las necesidades del paciente lo requieran. La información y apoyo recibido por parte del equipo sanitario antes de la cirugía es insuficiente en muchas ocasiones (43). Las principales necesidades percibidas por los pacientes laringectomizados y sus familiares fueron la falta de información sobre su enfermedad y sus consecuencias posteriores, así como en el método de adaptación a la enfermedad tras el alta (44).

Es importante que en el proceso educativo esté presente el cuidador principal. Para éste el proceso de enfermedad también supone un reto, por el cual tiene que afrontar distintas etapas de logros, cambios de roles, sentimientos encontrados, actitudes y aptitudes muy diversas que dependen de cada individuo. Es fundamental por parte de la enfermería considerar paciente-cuidador como una unidad y establecer una continuidad de cuidados en el cual se analicen e individualicen las necesidades, sentimientos y temores de cada uno de los individuos.

Cada vez son más los autores que abalan la eficacia de las terapias grupales para facilitar la reinserción de estos pacientes las cuales serían impartidas por enfermeras especialistas. Incluso otros muchos lo proponen también para los cuidadores, de manera que puedan compartir sus inquietudes y miedos. Estudios demuestran que los pacientes que pertenecen a grupos de ayuda tienen una mejor calidad de vida, aumentan la socialización y se hacen más independientes en el autocuidado. (45)

Es diversa la bibliografía encontrada acerca de los cuidados que se deben de realizar en el momento postquirúrgico o referente al estoma, pero en menor medida encontramos referencias sobre la continuidad de estos pacientes tras el alta hospitalaria.

Algunos profesionales están preparados y se sienten capacitados para abordar las complicaciones más frecuentes en un paciente laringectomizado, así como saber actuar en las situaciones de urgencia. Sin embargo, algunos autores consideran que existe una falta de formación en los profesionales sanitarios de forma general, son pocos los que están en contacto con una traqueostomía de forma frecuente, y el nerviosismo y la inseguridad son sentimientos recurrentes, lo que lleva a que en ocasiones intenten evitar dichas situaciones. (40)

Otros autores en sus estudios abordan la importancia de la educación para la salud tanto en el paciente como con los cuidadores principales o familiares para evitar que se establezca una relación de dependencia en los cuidados entre el paciente y el sistema sanitario. La mayoría de dichas propuestas de educación para la salud se centran en el momento más próximo al postoperatorio, ya que abalan que cuanto antes se comience con dicha formación, mayor será la autonomía conseguida para dichos pacientes (30,41). Aunque es una evidencia que la educación para la salud es una parte fundamental tanto de estos pacientes como de la enfermería ¿están cubiertas las necesidades de los pacientes y familiares sometidos a esta cirugía una vez que vuelven a su domicilio? o ¿solo se cubren las necesidades de cuidado durante la estancia hospitalaria? En la bibliografía encontrada no queda reflejado ningún plan de cuidados específico que aborde la importancia del papel enfermero en la continuidad de cuidados de estos pacientes, para conocer si existen nuevas demandas, si está habiendo un afrontamiento efectivo por parte del enfermo y del cuidador, si el paciente está adaptándose a la rehabilitación fonatoria, si lleva una buena alimentación o por el contrario si han aparecido nuevas complicaciones derivadas de la cirugía. Se encuentran algunos proyectos que han sido creados pero que no se han llevado a cabo en la práctica clínica. Es evidente que las afectaciones en la calidad de vida que aparecen en estos pacientes son múltiples y no se limita solo al cuidado del estoma y a la reproducción de técnicas de manera automática, sino que existen otras esferas que deben ser abarcadas por el profesional de enfermería y que comúnmente en estos pacientes son olvidadas.

Tanto la enfermera del centro de atención primaria, como la enfermera de hospitalización deberían estar preparadas para llevar a cabo dicha continuidad, incluso existiendo una comunicación entre ambas para asegurar un correcto seguimiento del paciente. La continuidad de cuidados tiene como objetivo tratar al paciente de forma integral, centrada en la persona y de manera continuada. Se basa principalmente en la persona tanto el paciente como sus cuidadores, la información y recursos que se les ofrecen y el entorno (hospitales, centro de atención primaria, centros de rehabilitación etc) (46).

Por ello la propuesta de investigación se centra en la creación tanto de protocolos como planes de cuidados más específicos sobre el papel enfermero en la continuidad de cuidados en el paciente laringectomizado, y no solo realizar el proceso de elaboración, sino que se lleven a cabo y se apliquen a la actividad asistencial, para poder posteriormente realizar estudios sobre su eficacia e impacto positivo en los pacientes sometidos a esta cirugía, ya que no se han encontrado estudios que evidencien que dichas propuestas de planes de cuidados se lleven a cabo y que los resultados sean beneficiosos y efectivos.

La principal limitación encontrada en el desarrollo del trabajo ha sido el acceso a la información referente al papel enfermero en estos pacientes, la cual ha sido bastante limitada, si excluimos los cuidados hospitalarios *in situ*. A esto se puede unir la limitación que declaran también algunos autores (28) debido a que los pacientes que tienen mayor afectación a largo plazo o peor estado de salud se escapan de estos estudios, y no es recogida. Por otro lado no se ha podido acceder a todos los artículos en texto libre pudiendo haber sido excluida información relevante.

## 5. CONCLUSIONES

- Los pacientes intervenidos de una LT presentan un gran impacto en la calidad de vida, tanto a nivel físico como psicosocial. La pérdida de la función fonatoria es la complicación que más impacto supone en la vida de estos pacientes, cuya recuperación se convierte en el objetivo principal tras la cirugía.
- El resto de alteraciones resultantes de una LT como la deglución, olfato, estreñimiento o disminución de actividad física quedan relegadas por los profesionales sanitarios a un segundo plano, desembocando en una falta de información al paciente sobre las mismas.
- La presencia del traqueostoma de manera permanente, es definido como una de las modificaciones con mayor impacto psicosocial en estos pacientes. La alteración de su imagen corporal y la desfiguración que esta cirugía conlleva, son los principales factores de estigmatización de estas personas, lo que conlleva un aislamiento social y sentimientos de desamparo.
- La afectación de la pareja y las relaciones sexuales es otra consecuencia psicosocial derivada de esta patología. Los profesionales de la salud evitan abordar este tema, sin asociar la afectación que este proceso puede tener en la intimidad del paciente.
- Los pacientes laringectomizados muestran que son muchas las dificultades y barreras que encuentran para poder integrarse de nuevo en la sociedad tras el alta hospitalaria. Son diferentes los modelos de afrontamiento que presentan estos pacientes y sus familiares ante el proceso de enfermedad, siendo la evitación o el escape los que presentan peores resultados, por lo que es importante el abordaje de las experiencias vividas y su manera de afrontar dicha situación.
- Los cuidados enfermeros en el paciente con una LT siguen centrados en la técnica y no en el paciente, debido principalmente a la falta de tiempo y a la negación de sentimientos o miedo a verbalizarlos. La educación sanitaria por parte de enfermería tanto antes de la cirugía como después es fundamental para que los pacientes afronten la situación con la mayor independencia posible.

- Las terapias grupales en estos pacientes tienen efectos altamente positivos ante el afrontamiento de la enfermedad. Así mismo, las terapias grupales enfocadas a los cuidadores de estas personas permiten reducir la ansiedad, los sentimientos de soledad y compartir sus experiencias temores. El profesional enfermero sería la primera elección para este tipo de atención sanitaria en parte por la fácil accesibilidad al mismo, y el desarrollo de la comunicación terapéutica que poseen.
- El desarrollo de planes de cuidados al alta que aseguren una cobertura total del paciente-cuidador es fundamental en el paciente con una LT. La implicación del personal enfermero tras el alta hospitalaria es de vital importancia para conocer si existen nuevas demandas, si está habiendo un afrontamiento efectivo, si el paciente está adaptándose a la rehabilitación fonatoria, si lleva una buena alimentación o por el contrario si han aparecido nuevas complicaciones derivadas de la cirugía.

## **AGRADECIMIENTOS**

Después de un largo periodo de aprendizaje de cuatro años, cerramos esta etapa con la finalización de este trabajo.

En primer lugar, agradecer a todo el equipo de otorrinolaringología del Hospital Universitario La Paz, por permitirnos descubrir todo lo que rodea este tipo de pacientes, enseñarnos sobre ellos y animarnos día tras día a la realización del trabajo.

Agradecer también a los pacientes de la unidad, uno por uno, por regalarnos su cariño y cada uno de los valores que nos enseñaron. Hacer una especial mención a Fernando, el cual esté donde esté, dedicamos este trabajo con todo nuestro cariño por la fortaleza que demostró tener.

A nuestra tutora y profesores, por enseñarnos y hacernos más sencillo el proceso.

Y por último agradecer a nuestros padres y familiares por la confianza brindada en nosotros y a todas las personas que hemos conocido o nos han acompañado en esta maravillosa aventura.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Poch Broto J, Pérez Carretero M, Iglesias Moreno MC, Saiz Ayala A, Rodríguez Gómez F, Arrazola García J. Otorrinolaringología y Patología cervicofacial. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2016.
- (2) Barbón J, Barbón C, Mondino M. Cáncer de laringe. Separata. 2007; 15(7): 1-44.
- (3) Pardal Refoyo JL, Muñoz Navarro C. Guía para pacientes portadores de cánula. 2013. Rev Soc. Otorrinolaringol Castilla León Cantab La Rioja. 2013. 4 (Supl.4): S19-47.
- (4) Corella Calatayud J, Vázquez Prado A, Tarragón Sayas M<sup>a</sup>, Mas Vila T, Corella J, Corella L. Estomas. Manual para enfermería. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2005.
- (5) Caravaca García A. Manual de manejo de la traqueotomía para sanitarios y pacientes. Manual. Algeciras: Servicio de Otorrinolaringología Hospital Punta de Europa Otorrinolaringología; 2014.
- (6) Martínez Hurtado E, Olivas García E, Martínez Fariña P, Bernardino Santos M, García del Valle S. Anestesiología: Traqueotomía percutánea en reanimación: historia, indicaciones, complicaciones. [internet]. Madrid: Hospital Universitario Fundación de Alcorcón; 2011. [consultado 28 dic de 2016]. Disponible en: <https://goo.gl/ru5FLk>.
- (7) Wayne Vogl A, Mitchell A, Drake R. Gray; Anatomía Básica. 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier S.L; 2013.
- (8) Bobillo-De Lamo F, Benito-Orejas JI, Martínez-Díez C, De Juana-Morrondo, MS. Cuidados del paciente traqueotomizado. Rev Soc. Otorrinolaringol Castilla León Cantab La Rioja. 2013. 4 (Supl.4): S1-18.
- (9) Penagos Vélez AM, López Álvarez F, Núñez Batalla F. Rehabilitación del paciente laringectomizado. En: Sociedad Española de Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Laringe y patología cérvico-facial. España: Servicio de Otorrinolaringología Hospital Universitario Central de Asturias. Cap. 115. P. 1-13.
- (10) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería 2003;9(2):09-21.
- (11) Zubiri E, Pollán MM, Gabari MI. Relación entre el aprendizaje de la voz erigmofónica y los niveles de ansiedad y de depresión en pacientes laringectomizados totales. 2012;9 (1): pp 113-124.
- (12) Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2016 [internet]. 2016 [consultado 11 enero de 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/JQPww0>.
- (13) Aguasca Giralt I, Bernal Pérez F, Claudel Navarrete E, Cubel Rozalén Y, Gil Ramos C. Ciber revista. Recomendaciones de Enfermería al alta en pacientes laringectomizados radicales. 2015 Mayo-Junio (43).

- (14) Perry A, Casey E, Cotton S. Quality of life after total laryngectomy: functioning, psychological well-being and self-efficacy. *Int J Lang Commun Disord* 2015 Jul;50(4):467-475.
- (15) Roger V, De Raucourt D, Babin E. Seguimiento y reinserción del paciente laringectomizado. *EMC-Otorrinolaringología* 2014;43(3):1-10.
- (16) Flórez Almonacid I. Asociación entre desnutrición y ansiedad en pacientes en postoperatorio de laringectomía [tesis doctoral]. Universidad de Córdoba: Servicio de Publicaciones; 2014.
- (17) Metreau A, Louvel G, Godey B, Le Clech G, Jegoux F. Long-term functional and quality of life evaluation after treatment for advanced pharyngolaryngeal carcinoma. *Head Neck* 2014 Nov;36(11):1604-1610.
- (18) Dawson D. Essential principles: tracheostomy care in the adult patient. *Nurs Crit Care* 2014 Mar;19(2):63-72.
- (19) Polat B, Orhan KS, Kesimli MC, Gorgulu Y, Ulsan M, Deger K. The effects of indwelling voice prosthesis on the quality of life, depressive symptoms, and self-esteem in patients with total laryngectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2015 Nov;272(11):3431-3437.
- (20) Pereira da Silva A, Feliciano T, Vaz Freitas S, Esteves S, Almeida E Sousa C. Quality of life in patients submitted to total laryngectomy. *J Voice* 2015 May;29(3):382-388.
- (21) Tang CG, Sinclair CF. Voice Restoration After Total Laryngectomy. *Otolaryngol Clin North Am* 2015 Aug;48(4):687-702.
- (22) Ozturk A, Mollaoglu M. Determination of problems in patients with post-laryngectomy. *Scand J Psychol* 2013 Apr;54(2):107-111.
- (23) de Araújo Pernambuco L, Profiro de Oliveira JH, Freitas Lima Régis RM, de Lima LM, Bezerra de Araújo AM, Mendes Balata PM, et al. Quality of life and deglutition after total laryngectomy. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2012;16(04):460-465.
- (24) Ugur SS, Yuksel S, Coskun BU, Dadas B, Sirin G, Selcuk A. Does lack of glottic closure affect quality of life as a cause of constipation in laryngectomized patients? *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2013 Feb;270(2):629-634.
- (25) Santos Christiane Gouvêa dos, Bergmann Anke, Coça Kaliani Lima, Garcia Angela Albuquerque, Valente Tânia Cristina de Oliveira. Função olfatória e qualidade de vida após a reabilitação do olfato em laringectomizados totais. *CoDAS*. 2016; 28(6): 669-677.
- (26) Sammut L, Ward M, Patel N. Physical activity and quality of life in head and neck cancer survivors: a literature review. *Int J Sports Med* 2014 Aug;35 (9):794-799.
- (27) Singer S, Danker H, Guntinas-Lichius O, Oeken J, Pabst F, Schock J, et al. Quality of life before and after total laryngectomy: results of a multicenter prospective cohort study. *Head Neck* 2014 Mar;36(3):359-368.

- (28) Blanco-Piñero N, Antequera-Jurado R, Rodríguez-Franco L, Ibáñez-Guerra E, Herrero-Salado TF, Sánchez-Gómez S. Alteraciones emocionales y psicopatológicas en pacientes oncológicos laringectomizados. *Acta Otorrinolaringológica Española* 2015;66(4):210-217.
- (29) Offerman MP, Pruyn JF, de Boer MF, Busschbach JJ, Baatenburg de Jong RJ. Psychosocial consequences for partners of patients after total laryngectomy and for the relationship between patients and partners. *Oral Oncol* 2015 Apr;51(4):389-398.
- (30) Hirani I, Siddiqui AH, Muhammad Khyani IA. Apprehensions and problems after laryngectomy: Patients' perspective. *J Pak Med Assoc* 2015 Nov;65(11):1214-1218.
- (31) Dooks P, McQuestion M, Goldstein D, Molassiotis A. Experiences of patients with laryngectomies as they reintegrate into their community. *Supportive Care in Cancer* 2012;20(3):489-498.
- (32) Eadie TL, Bowker BC. Coping and quality of life after total laryngectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2012 Jun;146(6):959-965.
- (33) Andrés-Villas M, Torrico E. Afrontamiento en hombres operados de cancer de laringe. *anales de psicología* 2012;28(3):753.
- (34) Meyer A, Keszte J, Wollbruck D, Dietz A, Oeken J, Vogel HJ, et al. Psychological distress and need for psycho-oncological support in spouses of total laryngectomised cancer patients-results for the first 3 years after surgery. *Support Care Cancer* 2015 May;23(5):1331-1339.
- (35) Castro AP, Oikawa SE, Domingues TAM, Hortense FTP, Domenico, Edvane Birelo Lopes De. Educação em saúde na atenção ao paciente traqueostomizado: percepção de profissionais de enfermagem e cuidadores. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2014;60(4):305-313.
- (36) Lenza, Nariman de Felício Bortucan, Silva SLd, Sonobe HM, Buetto LS, Martins LM. Fístula faringocutânea em paciente oncológico: implicações para a Enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2013;59(1):87-94.
- (37) Rodríguez Valiente A, Segovia Gómez T, Roldán Fidalgo A, Bermejo Martínez M, García Berrocal JR. Elaboración de un protocolo para el manejo de la herida quirúrgica en cirugía de cabeza y cuello: una cura eficaz, efectiva y eficiente en pacientes laringectomizados. *Gerokomos* 2014;25(2):81-89.
- (38) Bernal Pérez F. Ciber revista. Communication: Key tool in the quality of care comprehensive laryngectomized. 2013 sept (33).
- (39) Pearce L. High risk that calls for better training. *Nurs Stand* 2014 Sep 9;29(1):24-25.
- (40) Ellen Reising M. Developing the Tracheostomy Care Anxiety Relief Through Education and Support (T-CARES) Program. *Clin J Oncol Nurs* 2014;18(5):522.
- (41) Ericka Everitt. Care of patients with permanent tracheostomy. *Nursing times*. 2016; 112(21-23):20-22

- (42) Mamelle G, Domenge C, Bretagne E. Reinserción y seguimiento médico del paciente laringectomizado. EMC-Otorrinolaringología 2000; 29(1):1-9.
- (43) Moreno Rodríguez AM, González García M. Aproximación cualitativa de la experiencia vivida por la mujer de un enfermo con laringectomía. Index de Enfermería 2011;20(1-2):120-123.
- (44) Poza Artés CM, Ortiz Jiménez FM, Ramos Bosquet G. Vivencias de una cuidadora durante la prestación de cuidados a su padre laringectomizado. Rev Paraninfo Digital 2011;14.
- (45) Rodríguez MJG. Utilidad de la Metodología Grupal en pacientes laringectomizados para mejorar su calidad de vida: Un ensayo clínico. Nure investigación 2004;1(7).
- (46) De Paz D, Galdeano N, Garrido M, Lacia M, Martín R, Morales JM, et al. Continuidad de cuidados entre Atención especializada y Atención primaria. Comisión para el desarrollo de la enfermería en el Servicio Andaluz de Salud; 2003; 1.

## ANEXO I

TÍTULO / AUTOR / AÑO	TIPO DE ESTUDIO	RESUMEN
<p><b>Quality of life after total laryngectomy: functioning, psychological well-being and self-efficacy (2014).</b></p> <p><i>Alison Perry, Erica Casey, Sue Cotton.</i></p>	<p>Estudio descriptivo transversal</p>	<p>Establece dos hipótesis sobre las que se basa el estudio, la primera afirma que el bienestar psicológico tiene más relación con la calidad de vida que la función como tal (el habla y la deglución). En segundo lugar, para establecer el impacto en la calidad de vida se tiene en cuenta también la salud física, relaciones sociales y dominios ambientales por encima de variables demográficas, características de la enfermedad etc.</p>
<p><b>Seguimiento y reinserción del paciente laringectomizado (2014)</b></p> <p><i>V Roger, D De Raucourt, E Babin</i></p>	<p>Revisión bibliográfica descriptiva</p>	<p>El autor expresa todos los cuidados necesarios y modificaciones en la vida del paciente con una laringectomía. Aparte de los aspectos anatómo-fisiológicos, realiza un profundo análisis de la reinserción de estas personas en la sociedad, y la afectación a nivel psicológico que esta cirugía supone para estos pacientes y sus familias.</p>
<p><b>Asociación entre desnutrición y ansiedad en pacientes en postoperatorio de laringectomía (2013)</b></p> <p><i>Clara Inés Flórez Almonacid</i></p>	<p>Tesis</p>	<p>Esta tesis contextualiza el cáncer de laringe, su incidencia, tipos de tratamiento, afectación en la calidad de vida, tanto alteraciones físicas como psicológicas. Así como la contextualización del concepto de cuidado, las diversas metodologías enfermeras y los cuidados enfermeros empleados en los pacientes tras una LT.</p>
<p><b>Long-term functional and quality of life evaluation after treatment for advanced pharyngolaryngeal carcinoma (2014).</b></p> <p><i>Alexandre Metreau, Guillaume Louvel, Benoit Godey, Guy Le Clech, Franck Jegoux</i></p>	<p>Revisión bibliográfica descriptiva</p>	<p>Este estudio realiza una comparación entre aquellos pacientes tras una LT y aquellos que han recibido quimioradioterapia un año después; reflejando cuál de ellas recibe mayor impacto a largo plazo en la calidad de vida de estos pacientes y cual permite preservar un mayor número de funciones laríngeas.</p>
<p><b>Essential principles: tracheostomy care in the adult patient (2014).</b></p> <p><i>D Dawson.</i></p>	<p>Revisión bibliográfica descriptiva</p>	<p>Este autor describe los principales cuidados que una enfermera debe brindar a un paciente tras una traqueostomía, siempre en el ámbito hospitalario, así como las principales razones del procedimiento.</p>

<p><b>The effects of indwelling voice prosthesis on the quality of life, depressive symptoms, and self-esteem in patients with total laryngectomy (2014).</b></p> <p><i>Beldan Polat, Kadir Serkan Orhan, Mustafa Caner Kesimli, Yasemin Gorgulu, Murat Ulusan, Kemal Deger.</i></p>	<p>Estudio no controlado</p>	<p>En primer lugar, aborda los métodos para recuperar la voz tras una LT, afirmando que el mejor para los pacientes es la voz esofágica ya que no requiere intervención quirúrgica. Por ello este estudio analiza el impacto psicológico que tiene en estos pacientes usar una prótesis para poder hablar, usando diversas escalas para observar si la ansiedad, la depresión o la autoestima se modifican tras el uso de una prótesis.</p>
<p><b>Quality of life in patients submitted to total laryngectomy (2014)</b></p> <p><i>Ana Pereira da Silva, Telma Feliciano, Susana Vaz Freitas, Sara Esteves and Cecilia Almeida e Sousa</i></p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>Estudio en el que se realizan tres cuestionarios a pacientes sometidos a una laringectomía total entre 2012 y 2013 para observar el impacto de esta en su calidad de vida a nivel social, funcional y psicológico. A través de las encuestas se obtuvieron como resultados que las personas que no consiguen recuperar el habla tiene una afectación mayor en todas las esferas que aquellas que están en procesos de rehabilitación. Los autores destacan la importancia de una rehabilitación temprana y un seguimiento desde el momento preoperatorio.</p>
<p><b>Voice restoration after total laryngectomy (2015)</b></p> <p><i>Christopher G. Tang and Catherine F. Sinclair.</i></p>	<p>Revision bibliográfica</p>	<p>Dicho autor realiza una descripción de los diferentes métodos de recuperación de la voz, describiendo el proceso de rehabilitación que hay que seguir en cada uno de los casos, complicaciones que pueden surgir, así como las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.</p>
<p><b>Determination of problems in patients with post-laryngectomy (2013).</b></p> <p><i>Ozturk, A. &amp; Mollaoglu, M.</i></p>	<p>Estudio descriptivo transversal</p>	<p>Dichos autores realizan una comparación entre el impacto en la calidad de vida de los pacientes con una LT, con aquellos con una laringectomía parcial, mediante la aplicación de cuestionarios que permiten observar dicha afectación en el área física y psicosocial.</p>
<p><b>Quality of life and deglutition after total laryngectomy (2012).</b></p> <p><i>Leandro de Araújo Pernambuco, Jabson Herber Profiro de Oliveira, Renata Milena Freitas Lima Régis, Leilane Maria de Lima, Ana Maria Bezerra de Araújo, Patrícia Maria Mendes Balata et al.</i></p>	<p>Estudio descriptivo transversal</p>	<p>Mediante este estudio, se demuestra el gran impacto que supone las dificultades de deglución en un paciente LT, llevando a estas personas incluso al aislamiento social o familiar. A través de un cuestionario con 44 preguntas que abarcan 11 dominios, se observa la relación que existe entre la pérdida de esta función y la disminución en su calidad de vida, destacando los campos de “miedo” y “comunicación”.</p>

<p><b>Does lack of glottic closure affect quality of life as a cause of constipation in laryngectomized patients? (2012).</b></p> <p><i>Seher Sirin Ugur, Sancak Yuksel, Berna Uslu Coskun, Burhan Dadas, Goktug Sirin y Adin Selcuk.</i></p>	<p>Estudio analítico observacional de cohorte</p>	<p>El objetivo de este estudio se centra en reflejar la relación existente entre el estreñimiento y los pacientes laringectomizados totales, debido entre otros factores a la ausencia de cierre de la glotis.</p>
<p><b>Funcao olfatoria e qualidade de vida após do olfato em laringectomizados totais (2016).</b></p> <p><i>Christiane Gouvêa dos Santos, Anke Bergmann, Kaliani Lima Coça, Angela Albuquerque Garcia, Tânia Cristina de Oliveira Valente.</i></p>	<p>Estudio clínico</p>	<p>Describen la pérdida olfatoria en aquellos pacientes con una LT y el impacto que supone en su calidad de vida. Así mismo, afirma que una rehabilitación del olfato tras la cirugía mejora la función olfatoria y por consiguiente disminuye el impacto que supone esta cirugía radical.</p>
<p><b>Physical activity and quality of life in head and neck cancer survivors: la literature review (2013)</b></p> <p><i>L. Sammut, M. Ward, N. Patel</i></p>	<p>Revision bibliográfica</p>	<p>Este autor, mediante una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, intenta demostrar la eficacia de una rehabilitación física después de la cirugía mediante diferentes procedimientos y técnicas rehabilitadoras y el efecto positivo que tiene sobre la calidad de vida del paciente, sus actividades de ocio y su rutina habitual.</p>
<p><b>Quality of life before and after total laryngectomy: Results of a multicenter prospective cohort study (2013).</b></p> <p><i>Susanne Singer, Helge Danker, Orlando Guntinas-Lichius, Jens Oeken, Friedemann Pabst, Juliane Schock et al.</i></p>	<p>Estudio analítico observacional de cohorte multicéntrico</p>	<p>En dicho estudio se realiza una comparación entre la calidad de vida, antes y después de la laringectomía, así como la diferencia existente entre aquellos que continúan el estudio con aquellos que lo abandonan por diversas razones, incluidas el fallecimiento. Además, dicha comparación se realiza en cuatro momentos del transcurso de la enfermedad.</p>
<p><b>Alteraciones emocionales y psicopatológicas en pacientes oncológicos laringectomizados (2014)</b></p> <p><i>Nuria Blanco-Piñero, Rosario Antequera-Jurado, Luis Rodríguez-Franco, Elena Ibáñez-Guerra, Tomás F Herrero-Salado, Serafín Sánchez-Gómez</i></p>	<p>Estudio transversal descriptivo</p>	<p>Estudio realizado para valorar la respuesta psico emocional que se produce en los pacientes operados de una LT, destacando la necesidad de la preparación del equipo en términos comunicativos y de manejo de la información, y analizando si es necesario o no un seguimiento por parte de salud mental.</p>

<p><b>Psychosocial consequences for partners of patients after total laryngectomy and for the relationship between patients and partners (2014)</b></p> <p><i>M.P. Offerman, J.F.A. Pruyn, M.F. de Boer, J.J.V. Busschbach, R.J. Baatenburg de Jong</i></p>	<p>Estudio descriptivo transversal</p>	<p>Estudio realizado a 151 laringectomizados y a sus parejas a través de diferentes cuestionarios para evaluar el impacto una TL en la calidad de vida de la pareja, los sentimientos experimentados, así como la afectación en su relación conyugal o sus relaciones íntimas. Este estudio demuestra el impacto psicosocial que conlleva esta operación en la pareja del paciente, y la necesidad de abordaje por parte del equipo sanitario del mismo.</p>
<p><b>Apprehensions and problems after laryngectomy: Patients' perspective (2015).</b></p> <p><i>Ismail Hirani, Atif Hafeez Siddiqui Iqbal Abdul, Muhammad Khyani.</i></p>	<p>Estudio analítico observacional de cohorte</p>	<p>Aborda la afectación de los pacientes laringectomizados totales en diversos aspectos de su vida, sociales, psicológicos, financieros, relaciones sexuales. Para poder observar el nivel de afectación y el impacto en la calidad de vida.</p>
<p><b>Experiences of patients with laryngectomies as they reintegrate into their community (2011)</b></p> <p><i>Penny Dooks, Maurene McQuestion, David Goldstein y Alex Molassiotis</i></p>	<p>Estudio analítico observacional de cohorte</p>	<p>Mediante el seguimiento durante dos años de pacientes laringectomizados, describen las experiencias vividas en el proceso de adaptación y reintegración a la sociedad, para saber cuáles son los problemas que encuentran debido a las alteraciones principales que se producen como son la comunicación, con la comida, la respiración etc.</p>
<p><b>Coping and Quality of Life after Total Laryngectomy (2012).</b></p> <p><i>Tanya L. Eadie, PhD1, and Brianne C. Bowker.</i></p>	<p>Estudio descriptivo transversal</p>	<p>Este estudio aborda los diferentes métodos de afrontamiento que existen en cualquier proceso estresante (centrarse en lo positivo, evitación, buscar apoyo social), y cuales son aquellos que más usan los pacientes tras una LT, todo ello relacionado con el impacto en la calidad de vida.</p>
<p><b>Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe (2012).</b></p> <p><i>Montserrat Andrés-Villas, Esperanza Torrico1, y Raquel Remesal.</i></p>	<p>Estudio descriptivo transversal</p>	<p>La intención del estudio es analizar las respuestas o formas de afrontamiento más comunes en hombres operados de cáncer de laringe. Para dicho análisis compara dos grupos principales, uno de ellos formado por hombres con una laringectomía en rehabilitación fonológica, y otro formado por hombres sin ninguna patología orgánica conocida, quienes debían rellenar un cuestionario, reflejando que estrategias llevarían a cabo si tuviesen cáncer de laringe.</p>

<p><b>Psychological distress and need for psycho-oncological support in spouses of total laryngectomised cancer patients, results for the first 3 years after surgery (2014).</b></p> <p><i>A. Meyer, J. Keszte, D. Wollbrück, A. Dietz, J. Oeken et al.</i></p>	<p>Estudio analítico observacional de cohorte</p>	<p>Impacto psicológico de las parejas de aquellos pacientes con LT. Con el objetivo de evaluar cualquier alteración psicológica como la depresión o la ansiedad que aparece en estas situaciones y la necesidad de recibir ayuda.</p>
<p><b>Educação em Saúde na Atenção ao Paciente Traqueostomizado: Percepção de Profissionais de Enfermagem e Cuidadores (2014)</b></p> <p><i>A. Previtalli Castro, S. Emilo Oikawa, TA. Moreira Domingues, FT. Pedrolo Hortense y EB. Lopes de Domenico</i></p>	<p>Estudio descriptivo cualitativo</p>	<p>Estudio que analiza cuál es la práctica educativa empleada por el personal enfermero en pacientes traqueostomizados a causa de cáncer de cabeza y cuello, que perciben ellos como prioritario y que cuidados se llevan a cabo en la fase pre y postoperatoria. Así como conocer la opinión de los cuidadores sobre el papel enfermero y el apoyo que han recibido para poder llevar a cabo posteriormente los cuidados con mayor autonomía.</p>
<p><b>Fístula Faringocutánea em Paciente Oncológico: Implicações para a Enfermagem (2012)</b></p> <p><i>Nariman de Felício Bortucan Lenza; Sérgio Luís da Silva; Helena Megumi Sonobe; Luciana Scatralhe Buetto; Lívia Módolo Martins.</i></p>	<p>Revisión bibliográfica descriptiva</p>	<p>Aborda el papel enfermero frente a la complicación más frecuente tras una LT, la fístula faringocutánea, así como los factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que aparezca, como los cuidados y la importancia de la figura enfermera en este proceso.</p>
<p><b>Elaboración de un protocolo para el manejo de la herida quirúrgica en cirugía de cabeza y cuello. Una cura eficaz, efectiva y eficiente en pacientes laringectomizados (2014).</b></p> <p><i>A. Rodríguez Valiente, T. Segovia Gómez, A. Roldán Fidalgo, M. Bermejo Martínez y JR. García Berrocal</i></p>	<p>Revisión bibliográfica descriptiva</p>	<p>Mediante una revisión narrativa establecen un protocolo sobre los cuidados de la herida quirúrgica tras una LT, para observar el tiempo medio de estancia hospitalaria de estos pacientes, así como el porcentaje de fistulas faringocutánea que aparecen y complican la evolución de la cura quirúrgica.</p>

<p><b>La comunicación: herramienta fundamental en la calidad de la atención integral a los pacientes laringectomizados (2013)</b> <i>Francisca Bernal Pérez</i></p>	<p>Estudio descriptivo cualitativo</p>	<p>La autora describe un caso clínico de un paciente tras una LT sobre el que se desarrolla un plan de cuidados en base a la taxonomía NANDA, NIC, NOC en función de los problemas detectados en este tipo de pacientes.</p>
<p><b>High risk that calls (2015)</b> <i>Lynne Pearce</i></p>	<p>Revisión narrativa</p>	<p>Esta autora, critica la falta de formación de los profesionales de enfermería ante un paciente portador de una traqueostomía. Así mismo, reivindica una mayor formación en el sector para mejorar las técnicas realizadas así como los sentimientos de nerviosismo y de inseguridad que aparecen. Desarrolla unos puntos principales para el cuidado de las mismas y para la detección de complicaciones.</p>
<p><b>Developing the tracheostomy care anxiety relief trough education and support (T-CARES) program (2014)</b> <i>Ellen Reising, Victoria Wochna Loerzel, William Woodfin Crosby, and Mary Lou Sole.</i></p>	<p>Estudio descriptivo cualitativo</p>	<p>Esta autora y colaboradores describen el desarrollo de un programa de salud T CARES, centrándose en la experiencia de los cuidadores y el impacto que supone en la vida de los mismos estar al cargo del cuidado de una persona laringectomizado. A través del entrenamiento en técnicas del cuidado y conceptos teóricos, así como reuniones grupales con otros cuidadores se pretende reducir la ansiedad en estas personas y aumentar su confianza.</p>
<p><b>Care of patients with permanent tracheostomy (2016)</b> <i>Ericka Everitt</i></p>	<p>Revisión narrativa</p>	<p>Esta autora describe la necesidad de realizar planes de cuidado al alta para este tipo de pacientes de manera que consiguen ser totalmente independientes en los cuidados del mismo. Desarrolla un programa de cuidados al alta con los puntos clave que deben de ser tratados por la enfermera, haciendo verdadero hincapié en el papel de la enfermera comunitaria.</p>

## ANEXO II

Figura 1: Calidad de vida y síntomas en cualquier cáncer frente al cáncer de cabeza

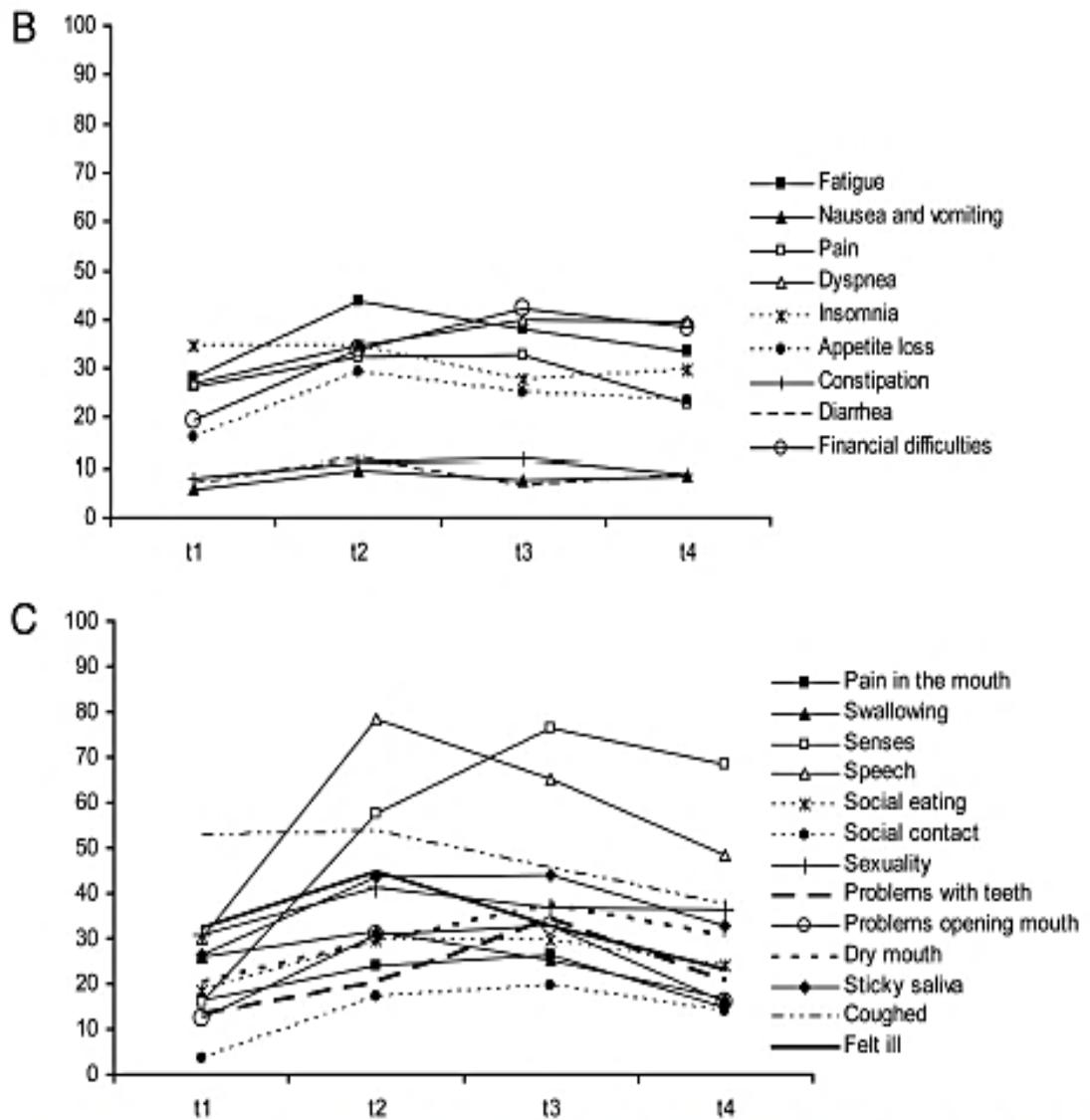


Figure 1. Quality of life (QOL) over time before laryngectomy (t1; n = 174), before discharge from hospital (t2; n = 133), at the end of inpatient rehabilitation (t3; n = 110), and 1 year after baseline (t4; n = 86). (A) Function scales; (B) general cancer symptom scales, (C) head and neck cancer symptom scales.

Fuente: (27) Singer S, Danker H, Guntinas-Lichius O, Oeken J, Pabst F, Schock J, et al. Quality of life before and after total laryngectomy: results of a multicenter prospective cohort study. *Head Neck* 2014 Mar;36(3):359-368.

### ANEXO III

Imagen 1: Varón de 70 años tras una LT con vaciamiento cervical que presenta necrosis cutánea y fistula faringocutánea izquierda



Fuente: (37) Rodríguez Valiente A, Segovia Gómez T, Roldán Fidalgo A, Bermejo Martínez M, García Berrocal JR. Elaboración de un protocolo para el manejo de la herida quirúrgica en cirugía de cabeza y cuello: una cura eficaz, efectiva y eficiente en pacientes laringectomizados. Gerokomos 2014;25(2):81-89.