

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A PACIENTES LARINGECTOMIZADOS

A todos nuestros pacientes y sus cuidadores

ÍNDICE

	Pág
Introducción	3
Objetivos	3
¿Qué es la laringe?	4
Acogida en planta de hospitalización	6
La Intervención quirúrgica	7
Postoperatorio	8
Tipos de Cánula	12
Cuidados del Estoma Traqueal y prevención de úlceras por presión	13
Limpieza de cánulas	15
Cambio de cánula	18
Cuidados de la prótesis fonatoria	22
Higiene de baño	25
Cuidados generales	26
Signos de Alarma	28
Asociación de laringectomizados y enlaces de interés	28
Bibliografía	29

Introducción

Hay estudios que demuestran que la educación para la salud mejora en gran medida la calidad de vida de personas con su mismo problema.

Con este manual, el servicio de Otorrinolaringología del HUVV, desea resolver muchas de las dudas e incertidumbres que la nueva situación a la que se enfrenta puede generar en usted y su familia.

Usted va ser sometido a una intervención quirúrgica llamada **Laringectomía** que consiste en la extirpación de toda la laringe (laringectomía total) o sólo la parte dañada por un tumor (laringectomía parcial). Este cambio en su fisiología va a modificar su vida diaria y como sanitarios, al igual que otros compañeros demuestran con sus estudios, queremos hacer que este nuevo reto sea más fácil y que lo afronté sabiendo que tiene a todo el equipo multidisciplinar del servicio ORL coordinado para resolverles a usted y su familia cualquier duda que pueda tener. Por ello, este manual nace para ayudarles y para que les sirva de orientación y consulta cuando estén en casa.

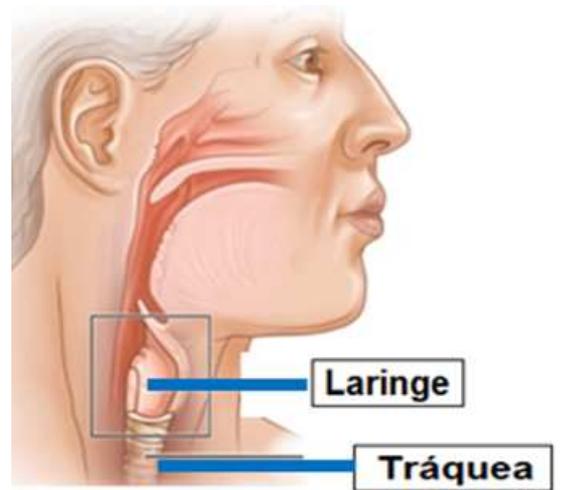
Objetivos:

- Ayudarle a conocer el procedimiento que se le va a realizar
- Mejorar su estancia hospitalaria.
- Aportarle conocimientos que le pueden ser útil en su autocuidado después de la cirugía.
- Informarles de materiales o técnicas que van a requerir de su aprendizaje.
- Facilitarle la adaptación a su nueva situación.

¿Qué es la Laringe?

La laringe es un órgano que se sitúa entre la tráquea (vía respiratoria) y la faringe (vía digestiva). La laringe tiene 3 funciones principales que nos van a permitir:

- HABLAR, gracias a que las cuerdas vocales se cierran.
- RESPIRAR, gracias a que las cuerdas vocales se abren.
- COMER Y BEBER CON SEGURIDAD, gracias a que las diferentes partes de la laringe “se cierran” para EVITAR que los alimentos y las bebidas pasen a los pulmones. Si esto no se evitara, se producirían ASPIRACIONES, pudiéndose producir una neumonía por aspiración.



Características Laringectomía TOTAL:

El proceso de adaptación a la extirpación del tumor y su recuperación es duro pero temporal. A medida que los tejidos cicatricen y se curen, podrá llevar una vida familiar y social tan satisfactoria como anteriormente. Déjese ayudar. Acuda la Asociación de Laringectomizados y a la Escuela de Pacientes que organizamos todos los años (pregúntenos).

Se le realizará una traqueostomía por la que respirará de forma **PERMANENTE**; es decir, será su nueva nariz.

Perderá la voz, debido a que le extirparán las cuerdas vocales. No se preocupe, la voz la podrá recuperar por otros métodos (ver apartado: Recuperación de la voz).

La vía aérea y la digestiva permanecerán **SEPARADOS** por una **PARED**. Esto quiere decir que, salvo que exista una complicación, **NO DEBE** existir salida de comida o líquidos a través de la traqueostomía y por lo tanto **NO** puede **ASPIRAR** los alimentos (no hay riesgo de aspiraciones).

En pocas ocasiones, esta separación entre vía digestiva y aérea puede verse comprometida si se produce una pequeña complicación post-quirúrgica llamada **FARINGOSTOMA** (ver la página 11).

Características Laringectomía Parcial:

Esta cirugía es menos habitual, debido a que requiere unas características muy específicas del tumor (localización, tamaño, extensión, funcionalidad del órgano...)

En este caso se le realizará una traqueostomía de forma TEMPORAL ¿Hasta cuándo? Hasta que beba y coma con

seguridad y sin toser. Es decir, hasta que el órgano parcialmente amputado aprenda y se adapte a su nueva situación. Dependiendo del paciente esto puede ocurrir en pocas semanas (más habitual) o meses.

En este caso sí conservará la voz, aunque será disfónica (ronquera permanente)

Acogida en planta de hospitalización

A su llegada a planta le recibirá la enfermera. Primero comprobará su nombre y fecha de nacimiento con la PULSERA IDENTIFICATIVA (asegúrese siempre de tenerla puesta y en buen estado) y le hará una serie de preguntas sobre alergias, tratamiento que toma habitualmente... Le pedirá un teléfono de contacto de un familiar cercano. Una vez en su habitación se le proporcionará todo lo necesario para el aseo preoperatorio.



Hechas todas las comprobaciones, se le extraerá una pequeña muestra de sangre para determinar su grupo sanguíneo.

Recuerde que debe guardar AYUNAS desde la noche anterior a la intervención, es decir, no puede tomar **ni agua** ni comida a partir de las 12 de la noche. Tampoco puede llevar a



quirófano prótesis dental, audífonos ni objetos metálicos. Asegúrese de no dejar objetos de valor en su habitación.

La Intervención Quirúrgica

La cirugía dura entre 2 y 4 horas ya que habitualmente va acompañado de un vaciamiento cervical bilateral (extirpación de los ganglios del cuello). Esto dependerá de cada caso.

Los/las cirujanos/as no saldrán a informar a los familiares hasta que el paciente esté despierto (pueden pasar varias horas). Después, el paciente será trasladado a una sala de recuperación postanestésica. Este tiempo es de RECUPERACION, no significa que el paciente tenga complicaciones. A veces será necesario pasar una noche allí. No se preocupe, sólo queremos asegurarnos que el paciente esté bien.



Postoperatorio

A su llegada a planta, se le facilitará una pizarra para poder mantener con usted una comunicación lo más fluida posible y así expresar sus necesidades en cada momento.

Durante la intervención le han colocado diversos dispositivos (sonda nasogástrica, vías periféricas, drenajes...) que, aunque resulten algo incómodos, son imprescindibles para su recuperación, por ello debe cuidarlos con sumo cuidado. No se preocupe, en unos días verá como la situación va cambiando y esos artilugios van desapareciendo.

Uno de ellos será una Sonda Nasogástrica, que irá desde su nariz hasta su estómago. Por ella se alimentará las primeras dos semanas, aproximadamente.

También le serán colocados drenajes, que se le retirarán a los 3-4 días tras la intervención, depende de la cantidad de líquido y el color del líquido que haya drenado.

Es **importante que usted se levante de la cama pasadas las primeras 24 – 48 horas** tras la intervención, esto mejorará su estado general, la circulación sanguínea, la cicatrización y su autoestima. Pregunte a su enfermero/a y médico/a cómo hacerlo.

Los primeros días es normal que note el cuello rígido, tirante e hinchado, esto es debido a la postura mantenida en la mesa de intervención y a los vendajes colocados en quirófano. Estas molestias irán desapareciendo poco a poco.

Es fundamental para una correcta cicatrización de los tejidos internos, **NO Tragar Saliva**. Para ello le facilitaremos un **ASPIRADOR** de boca, que usted debe usar de forma continuada para que la zona esté lo más seca posible. También se le facilitarán pañuelos de papel en los que usted podrá depositarla.

La cánula de traqueostomía es un cuerpo extraño y el organismo se defiende de él fabricando mayor cantidad de moco. Si presenta mucosidad excesiva, sensación de



ahogo o suena un silbido al pasar el aire por la cánula, avise para que la enfermera le aspire y le limpie la cánula. Poco a poco la mucosidad irá disminuyendo. La traqueostomía es algo nuevo y puede hacerle sentir inseguro. Para comprobar el flujo de aire, coloque su mano delante y note como sale el aire. Para que el moco no sea demasiado espeso y no se formen tapones en la cánula, se le administrarán aerosoles con una mascarilla. Esto facilitará su expulsión y evitará infecciones respiratorias. No olvide colocar un pañuelo delante de la cánula cada vez que tosa, ahora es su nariz, y por ahí saldrá la mucosidad. Es recomendable usar un **FILTRO** de moco lo antes posible para que no entren impurezas del aire directamente a los pulmones y así se produzca menos moco.

Ejemplos de filtros traqueales:

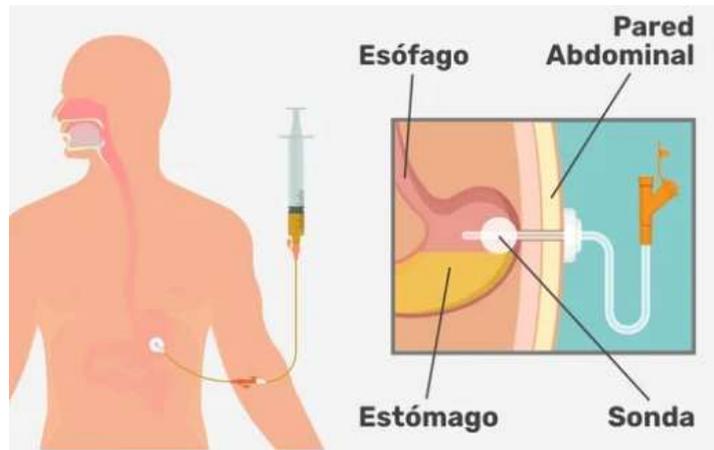
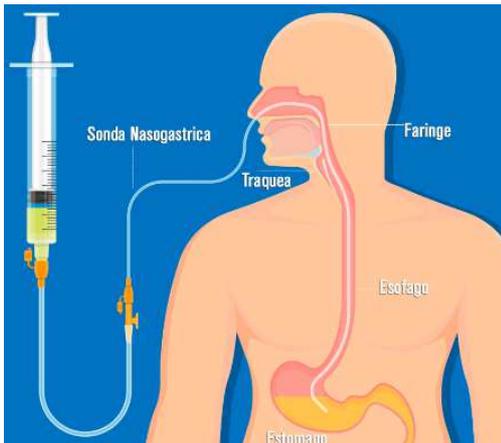


Tras las primeras 48 horas, se le practicará la primera cura y le cambiaremos la cánula de traqueostomía. Posteriormente, la cura y el cambio de cánula, se realizará diariamente.

Pasados 10-14 días de la intervención, su médico/a valorará la posibilidad de iniciar alimentación por boca. En caso de buena tolerancia oral y que no existan complicaciones, se le retirará la sonda nasogástrica pasadas 24-48 horas. En caso de dudas con respecto al correcto cierre de la herida, se solicitará una prueba llamada Tránsito Esofágico, con ella se comprobará que no existe salida de comida por ninguna sutura (“costura realizada sobre su nueva garganta”). Si el resultado es positivo, podrá comenzar a beber líquidos y progresivamente alimentos más consistentes (puré, cremas...)

A los pocos días de tolerar por boca adecuadamente se le dará el alta hospitalaria.

Una complicación posible con este tipo de cirugía es la apertura de la sutura (llamada **FARINGOSTOMA** o FÍSTULA FARINGOCUTÁNEA), provocando la salida de saliva desde la boca hacia el cuello, el cual puede exteriorizarse a la piel. En estos casos, inevitablemente se prolongará el ingreso y la necesidad de sonda alimentaria, aunque en muchas ocasiones se puede hacer un cuidado ambulatorio con revisiones en consulta. En casos extremos se realizará una gastrostomía percutánea (sonda gástrica) y se retirará la sonda naso-gástrica para seguir alimentándose. Esto será temporal, hasta que deje de salir saliva a través de la sutura, posteriormente podremos cerrar la gastrostomía percutánea sin problema.



Como pasará unos días con nosotros, le animamos a escribir en un diario, todas sus emociones, dudas, preguntas... Eso le facilitará su adaptación hasta que comience la rehabilitación fonatoria en caso de Laringectomía Total.

Antes de irse a casa, su médico le solicitará un **ASPIRADOR** de secreciones y un nebulizador (**AEROSOL**) para que continúe administrándose aerosoles en casa.

Se le darán sondas de aspiración, una cánula de repuesto en caso de necesitarla y cepillos para limpiar la cánula.



También nos pondremos en contacto con la enfermera de enlace, para que lo visite la enfermera del centro de Salud.

Es importante que usted y algún familiar con el que viva aprendan el manejo de la cánula de traqueostomía.

También le daremos una **CITA con la LOGOPEDA**, para que le de consejos para el cuidado del estoma y, en caso de laringectomía total, le suministre el

MALETÍN DEL LARINGECTOMIZADO que contiene adhesivos, lubricante, filtros y un dispositivo especial para ducharse.

Tipos de Cánula

Si le han realizado una Laringectomía PARCIAL, probablemente usará una cánula de plata. Si le han realizado una Laringectomía TOTAL, probablemente utilizará una cánula Larytube de Silicona.

Si NO está laringectomizado, pero tiene traqueotomía, podrá utilizar cualquiera de las cánulas que se describen a continuación. La cánula Larytube suele ser la más cómoda. Su Otorrino le colocará la mejor cánula para su caso.

- Cánula de Plata: Requiere cambios diarios. Tiene una cánula interna y otra externa. La interna la puede retirar siempre que le apetezca en caso de que no respire bien, ya que la causa más habitual de dificultad respiratoria es un tapón de moco en la cánula interna. No permite colocar filtro.
- Cánula Larytube de Silicona: Requiere cambios diarios. NO tiene una cánula interna, pero es más flexible y cómoda que la anterior. Éste tipo de cánula es la ideal porque permite colocar un filtro que disminuye el moco. Sin embargo, no todos los estomas son candidatos.
- Cánula Shilley de Silicona con balón: esta cánula habitualmente se coloca justo después de la intervención. Tiene un balón que, si se hincha con aire, impide que la sangre y otros líquidos pasen a los pulmones. Su médico valorará el tiempo que debe llevarla. No hace falta cambiarla todos los días, puede permanecer hasta 20-30 días.



Cánula plata



Larytube de silicona



Cánula con balón

Cuidados del Estoma. Prevención de úlceras por presión

Todos hemos oído la importancia de evitar la aparición de lesiones en la piel cuando estamos encamados durante un gran periodo de tiempo, sea porque la cirugía requiera reposo absoluto, o porque no seamos capaces de movilizarnos. Esta inmovilidad provoca que zonas como glúteos, talones, espalda... sufran debido a la presión y fricción ejercida sobre ellos. Para evitar estas úlceras existen acciones que nos ayudan a prevenirlas, cuidarlas y tratarlas.

Lo mismo nos puede ocurrir con la piel periestomal que, debido a la presión y fricción continua de la cánula y el alto grado de humedad de la zona, hacen que seamos más vulnerables a la aparición de estas lesiones. Existen estudios que así nos lo corroboran (5).

Para ello, hay tres cosas que podemos hacer:

1. Mantener la piel del cuello y especialmente la periestomal, limpia, seca, hidratada y sin fricciones. Libre de restos de mocos.



2. Usar cintas almohadillas en vez de la cinta básica hilada.
3. Usar apósitos de espuma que absorban el exceso de humedad y libren a la piel directamente del roce de la cánula. Si usted lleva adhesivos no son necesarios, pero sí podría usar una hidratante de barrera que le ayudará a fijar el adhesivo y protegerá la piel de la humedad a la vez que la mantendrá hidratada y elástica y la protegerá de los continuos tirones al despegar el adhesivo.

Ejemplos de **hidratantes de barrera** y apósitos de espuma:

- Mepilex Lite
- 3M Cavilon crema barrera duradera
- Cutimed Protect Spray
- Provox skin barrier
- Askina Barrier Cream



Cualquier formato es válido (spray, toallitas, crema...) pero se debe tener EXTREMO CUIDADO en su aplicación para que no entre absolutamente nada en el interior del estoma (por ejemplo, protegiendo con una gasa el estoma).

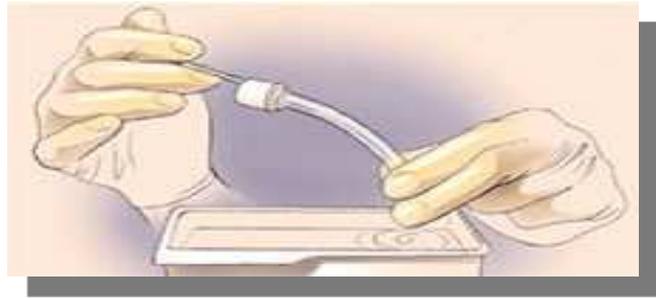
Limpieza de la cánula

La cánula de plata se compone de una parte interna, llamada cánula interna o macho y de una cánula externa. El macho (interna), se puede retirar y lavarse cada vez que tenga exceso de moco. Para ello la puede sumergir en agua caliente y limpiarla por dentro con una escobilla.

La cánula externa, sólo se limpia una vez al día, tras su cambio. Es importante tener la cánula nueva, limpia y vestida **ANTES** de retirar la que tenemos puesta, sobre todo si la Laringectomía es **parcial**, ya que corremos el riesgo de que se estreche o se cierre el traqueostoma.

Material de Limpieza:

- Escobilla para limpiarla por dentro, con el extremo redondo y suave y a ser posible de nylon, porque no deja residuos.
- Jabón líquido. Nunca lejía (la plata se deteriora y se pone negra)
- Agua caliente del grifo
- Palangana
- Tijeras
- Paño limpio
- Lubricante soluble en agua
- Apósito precortado para traqueotomía y lazo



Procedimiento:

- Lávese las manos antes de comenzar
- Coloque todos los elementos necesarios sobre una mesa.
- Abra el cierre de la cánula externa y extraiga la interna.
- Colóquela bajo el grifo para que arrastre la suciedad. Ponga un poco de jabón líquido en el cepillo y limpie la parte externa de la cánula de forma suave.
- Después limpie con la escobilla la parte interior de la cánula, con un movimiento de arriba abajo, para eliminar el moco adherido a las paredes.
- Enjuáguelo todo con abundante agua.
- Golpee suavemente la cánula contra una toalla, para asegurarse que ha salido todo el agua y séquela.
- Introduzca la cánula interna en el macho y coloque el cierre de la presilla.
- Vista la cánula con gasas o apósitos preparados y coloque las cintas de sujeción.

Cánula provox Lary tube:

En caso de laringectomía total se irá a casa con este tipo de cánula.

Al igual que la cánula de plata, esta cánula sirve para mantener la vía aérea permeable y abierta, evitando que se vuelva a cerrar.

Es de silicona flexible con adaptador para filtros HME, que permiten el intercambio de humedad y calor. El filtro HME desempeña las funciones de su nariz: filtra y limpia el aire aspirado, lo humidifica y lo calienta. Es importante que lo use de día y de noche y lo cambie cada 24 horas.

Existen en tres formatos (Estándar, Fenestrada y con anillo) y en diferentes tallas. Usted se irá a casa con una cánula ajustada a su necesidad. Es posible que con el paso del tiempo acabe sustituyendo la cánula por unos adhesivos que sellarán su estoma y le permitirán colocar el filtro HME para una mejor protección de su salud respiratoria.

Estas cánulas se pueden usar con prótesis de voz.

Para su limpieza utilice:

- Agua
- Jabón neutro
- Provox Lary tube
- Espejo
- Linterna o una buena luz
- Cepillo para Larytube (imagen)
- Gasas
- Filtro HME



El procedimiento será el mismo que el anterior. No se debe hervir ni usar productos agresivos que pueden dañar la cánula.

Cambio de Cánula

Tenga todo el material preparado en una mesa.

Sitúese delante de un espejo.

Es importante que la habitación esté bien iluminada.

Deshaga el lazo y retire suavemente la cánula.

Limpie alrededor del traqueostoma con una gasa húmeda, para retirar el resto de mucosidad, utilice una pinza para retirar la suciedad adherida a la piel.

Enjuague con una gasa humedecida en agua.

Seque con cuidado, sin frotar.

Asegúrese que la zona esté limpia y seca.

Aplique hidratante de barrera o apósitos para evitar lesionar la piel periestomal y que no se produzcan úlceras por presión.

Humedezca la cánula limpia con agua estéril o aplique una pequeña cantidad de lubricante hidrosoluble (nunca vaselina porque hace grumos, por lo que si cae a la tráquea podría obstruir la vía aérea).

Inspire hondo y ejerza un movimiento curvado hacia arriba y hacia dentro del traqueostoma.

Realice una lazada con doble vuelta, con una tensión que permita introducir un dedo entre la cinta y el cuello. La lazada debe ir siempre a la derecha, si

usted es diestro o a la izquierda, si es zurdo. Esto es para que en caso de urgencia (obstrucción de la cánula por mocos, por ejemplo), usted pueda retirarla lo más fácil y rápido posible.

Coloque la mano delante e inspire profundamente para comprobar que sale un buen flujo de aire.

Colocación del adhesivo:

Sólo en caso de Laringectomía total y siempre por indicación médica.

1. Materiales:

- 1) Agua.
- 2) Gasa.
- 3) Espejo.
- 4) Adhesivo.
- 5) HME (filtros).



2. Colocación del Adhesivo.

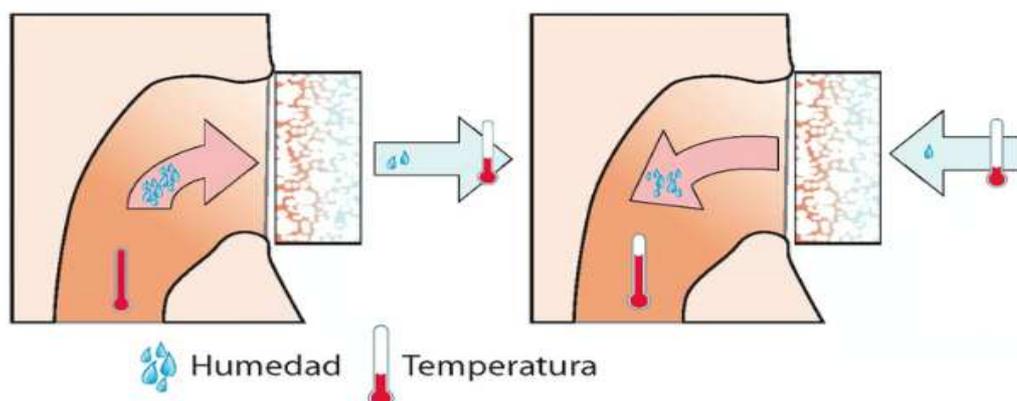
- 1) Coloque el adhesivo sobre la piel limpia y seca.
- 2) Caliente el adhesivo entre las manos durante 1 minuto.
- 3) Retire el papel de protección.
- 4) Doble el adhesivo.
- 5) Pegue primero la parte central, luego extienda suavemente el adhesivo hacia los bordes exteriores.
- 6) Masajee firmemente el adhesivo entero contra la piel. Comience por el centro, lo más cerca posible del estoma y avance hacia el exterior.
- 7) Inserte el HME en la parte superior del adhesivo.

Intercambiadores de calor y humedad (HME o FILTROS)

¿Para qué sirven?

Usted respira directa y únicamente por el estoma, reemplazando las funciones de la nariz. El HME permite filtrar, calentar y humidificar el aire inspirado, reduciendo de este modo la tos y mucosidad.

Para conseguir los máximos beneficios de la terapia, los HME deben estar frente al estoma de día y de noche (24 horas), y deben ser reemplazados al menos una vez al día.



Recuperación de la voz

Después de la intervención, el habla se puede recuperar mediante el aprendizaje de:

- Voz Esofágica: consiste en tragar aire y exhalarlo como si fuera un eructo, reproduciendo sonidos articulados. Aunque requiere mucho entrenamiento, se puede desarrollar una voz muy eficiente e incluso fluida. No requiere cirugía.

- Prótesis Fonatoria: Requiere cirugía. Se puede realizar durante la laringectomía o en una cirugía posterior, se coloca un dispositivo dentro de la tráquea, que permite un flujo de aire desde la tráquea hasta la boca, produciendo una voz más natural. Para saber si es candidato a éste dispositivo, primero deberá haber cicatrizado todo correctamente. Además, será evaluado por sus cirujanos y una logopeda. La prótesis tiene una gran ventaja, no requiere mucho aprendizaje, y produce una voz muy fluida y natural. A su vez hay que ser consciente de que puede tener complicaciones y requiere unos cuidados y un mantenimiento estrictos. Sea o no candidato a prótesis fonatoria siempre le recomendamos que, ADEMÁS, aprenda la voz esofágica. De este modo, si tiene alguna complicación con la prótesis, durante su curación o



resolución del problema, podrá seguir comunicándose. Si sólo depende de la prótesis, en caso de problemas no podrá hablar.

Utilizando el filtro o HME (página 23) cuando respira, el aire pasará a través de él. Al pulsar el

HME para hablar, impide que el aire salga a través del estoma y obliga así a que pase por la prótesis de voz.

- Laringes artificiales: el laringófono, es un dispositivo electrónico que, al apoyarlo sobre el cuello, detecta la vibración y reproduce el sonido. No requiere cirugía ni aprendizaje, sin embargo, la voz es muy robótica.

En cualquier caso, tendrá el apoyo de un Logopeda, que le enseñará la técnica más adecuada para usted.

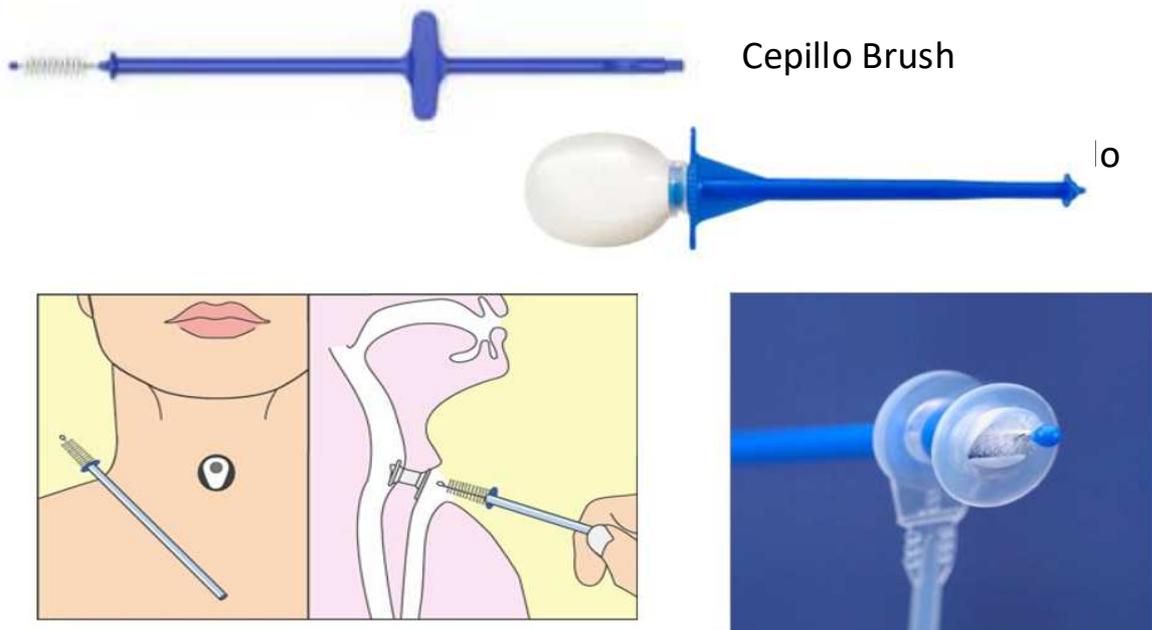
Cuidados de la Prótesis Fonatoria

Son indispensables para un buen funcionamiento de la prótesis de voz. Se realizan diariamente y con mucho cuidado, preferiblemente después de cada comida.

Tenemos que utilizar:

1. Agua
2. Cepillo provox.
3. Espejo
4. Linterna
 - Colóquese delante de un espejo
 - Introduzca el cepillo en la prótesis.
 - Realice muy suavemente un giro del cepillo sin presionar.
 - Cuando haya terminado, limpie el cepillo con agua.
 - Deje secar al aire libre y consérvelo en un lugar limpio y seco.

Siempre que salga de casa es recomendable llevar el cepillo Provox Brush.



FUGAS A TRAVÉS DE LA PRÓTESIS FONATORIA:

¿Qué es una FUGA?

Para colocar una prótesis tenemos que hacer un orificio en la pared posterior de la tráquea. Esto hará que la vía aérea y la vía digestiva vuelvan a comunicarse (ver apartado: “¿Qué es la laringe?”). A través de ese orificio usted podrá hablar, pero también habrá riesgo de que los líquidos y algunos alimentos pasen a la tráquea, con el riesgo de aspiración que ello conlleva. Por ello debemos colocar una prótesis. Usted NO habla a través de la prótesis, habla a través del orificio creado. La prótesis lo que consigue es que usted coma y beba SIN RIESGO de aspirar los alimentos/bebidas, ya que tiene una válvula que lo impide.

SEÑALES DE UNA FUGA:

1. ¿Tiene tos durante o después de haber comido/bebido?
2. ¿Hay secreciones del color del líquido/comida?
3. ¿Han aumentado las secreciones?

Si ha respondido “SI” a alguna de estas preguntas, es probable que su prótesis fonatoria tenga una fuga.

TEST DE FUGA

1. Póngase delante de un espejo en un entorno bien iluminado y limpie la prótesis fonatoria.
2. Beba un pequeño sorbo de alguna bebida preferiblemente coloreada, como por ejemplo leche, para poder observar la fuga con mayor claridad.

3. Compruebe si el líquido pasa a través o alrededor de la prótesis fonatoria. Si le es difícil ver la prótesis, pida ayuda a otra persona.

Si tiene FUGA: PÍDANOS CITA para valorar un reemplazo de la prótesis llamando al **951 032 042 - 951 032 232**. Podremos darle la cita en 7-10 días. Mientras espera puede intentar hacer lo siguiente. Si a pesar de nuestras recomendaciones tiene fugas severas deberá dejar de beber líquidos y acudir a urgencias por la mañana para que le coloquen una sonda nasogástrica hasta que el especialistas en prótesis pueda cambiarle la prótesis.

Si observa que el líquido pasa A TRAVÉS de la prótesis:

- 1- Se recomienda el uso de **ESPESANTES** (financiados) para los líquidos hasta que su médico pueda evaluar la situación.
- 2- Utilice el tapón **Provox Plug** (no financiado) como medida transitoria cuando se disponga a comer o a beber, para evitar aspiraciones. Éste se coloca dentro de la prótesis y con un adhesivo se coloca en el cuello o tórax.



Dispositivo PLUG (tapón)

Si observa que el líquido pasa ALREDEDOR de la prótesis:

1. Se recomienda el uso de **ESPESANTES** (financiados) para los líquidos hasta que su médico pueda evaluar la situación.
2. Aquí el PLUG no le servirá para evitar la fuga.

No observa fuga:

Probablemente algún resto de secreción o comida estaba impidiendo el cierre correcto de la válvula de la prótesis de voz.

HIGIENE DE BAÑO

- Si acostumbra a bañarse, no debe llenar la bañera, para evitar la entrada de agua en el estoma, hágalo con poca agua
- Mejor darse una ducha que un baño. Algunos consejos que le pueden facilitar este momento pueden ser:
 - Usa la alcachofa de mano en vez de la de techo.
 - **NO DIRIGIR EL AGUA AL ESTOMA.**
 - Cubra el estoma con un protector
 - Colocar la barbilla al pecho para proteger el estoma.

Aunque cada uno de vosotros debe encontrar la forma que más se adapte a uno mismo. Al principio es normal que cueste trabajo y que lo hagamos con respeto y/o miedo, pero poco a poco lo conseguiréis. Os proponemos una ducha por partes, empezando de arriba abajo.

- Ducharse por partes:
 - CABEZA.
 - BRAZOS, EVITANDO LOS HOMBROS.
 - CUERPO DE TORAX HACIA ABAJO.
 - Por último y fuera de la ducha:
 - EL CUELLO.
 - LOS HOMBROS

Para lavar la cabeza, echar la cabeza hacia atrás y con alguien que os ayude os enjuague con la alcachofa con mucho cuidado. O bien, colocar la cabeza hacia delante y con la alcachofa de manos enjuagar.

Para proteger aún más el estoma existen en el mercado diferentes dispositivos que nos pueden ayudar y debemos utilizar. Desde baberos impermeables que se adaptan al cuello hasta dispositivos pequeños que se acoplan directamente al estoma.

Todo esto es una elección personal. **Pero no debemos escatimar en proteger nuestra vía área.**

Imagen 1.



Solo adaptable con larytube.

Para otros tipos de cánulas

ShowerAid



Cuidados Generales

Al inicio debe tomar una dieta blanda fácil de tragar. Poco a poco, debe ir introduciendo alimentos más sólidos. Si la Laringectomía ha sido parcial, deberá adoptar una postura adecuada para favorecer la deglución: inclinarse hacia delante, pegando la barbilla al pecho y después, tragar. Incluir producir tos voluntaria justo después de la deglución, para expulsar los residuos que se hayan podido acumular. En caso de dudas o dificultad para aprender a deglutir, hable con nosotros.

Si desea contener un golpe de tos, intente realizar pequeñas degluciones; también puede realizar una serie de suaves y profundas respiraciones. Si no lo puede evitar, coloque un pañuelo delante del estoma.

Existen protectores (metálicos o de tejido) que cubren el estoma y que son muy útiles para impedir el paso de partículas del exterior; a su vez recogen la mucosidad que pueda salir sin percatarse de ello. En caso de poder disponer de filtros, éstos serán los mejores protectores pulmonares.

Es importante mantener el ambiente húmedo para que las secreciones no sean demasiado espesas. Para ello beba abundante agua, coloque humidificadores y cree una atmósfera húmeda en el cuarto de baño, abriendo el grifo del agua caliente. Si tiene radiadores en casa, coloque recipientes de agua encima para no reseca el ambiente. En los meses calurosos, humedezca el estoma.

- Al afeitarse, tenga cuidado con la espuma.
- Es recomendable usar pañuelos para proteger el estoma, en caso de no llevar filtros.
- No existe causa para que las relaciones sexuales no sean como antes. Manteniendo una buena higiene se pueden evitar olores desagradables. Los ruidos y la secreción, se puede amortiguar con el uso de pañuelos en el cuello. Sea paciente, a veces cuesta adaptarse a los cambios físicos.
- No deberá tomar alcohol, debido a que produce sequedad en la mucosa de la tráquea.
- Es posible que note un hombro más caído que otro o que
- tenga limitado el movimiento. Para ello, le recomendamos ejercicios que debe realizar al menos una vez al día.

Signos de Alarma

En caso de que observe alguno de estos síntomas, es necesario que se ponga en contacto con su médico:

- Aparición de zonas negras en la cánula de plata durante varios días (asegúrese de haber usado sólo jabón líquido en su limpieza y no otro desinfectante).
- Si sale comida por el estoma.
- Supuración del estoma.
- Aparición de bultos en el cuello.
- Dificultad respiratoria persistente.
- Estrechamiento del traqueostoma al colocarse la cánula.
- Adelgazamiento y falta de apetito.

ASOCIACION LARINGECTOMIZADOS Y ENLACES DE INTERES

Para localizar enlaces interesantes e informativos online puede meterse en este enlace:

<https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hospital/virgen-victoria/centros-y-servicios/unidades-de-gestion-sanitaria/otorrinolaringologia>

- Una vez en esta página, puede ver el apartado “documentos” donde encontrará información sobre las consultas y teléfonos de interés. En esta página también puede ir al apartado “Organización Funcional” seleccione la “Unidad de oncología de cabeza y cuello”.
- “Unidad de oncología de cabeza y cuello”: Además de muchos enlaces de interés, entre ellos el de ENDOCRINOLOGIA con recomendaciones nutricionales, encontrará el enlace específico de la **Asociación de Laringectomizados** de Huelva (activo en toda Andalucía) y la asociación de apoyo emocional con el que siempre colaboramos (**FMAEC**).

BIBLIOGRAFIA

1. Mertl, Jiri et al. Quality of life of patients after total laryngectomy: the struggle against stigmatization and social exclusion using speech synthesis. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 2018.
1. Weidlich, Sandra et al. Self-management of patients with tracheostomy in the home setting: a scoping review. *Weidlich et al. Journal of Patient-Reported Outcomes* (2023).
2. Neiva RO, et al. Preoperative nursing consultation and self-care of cancer patients with respiratory ostomy. *Estima, Braz. J. Enterostomal Ther* (2020).
3. Brenner, Michael J. et al. Global Tracheostomy Collaborative: data-driven improvements in patient safety through multidisciplinary teamwork, standardisation, education, and patient partnership. *British Journal of Anaesthesia* (2020).
4. Moser, Chandler H. et al. Prevention of Tracheostomy-Related Pressure Injury: A Systematic Review and Meta-analysis. *American Journal of Critical Care* (2022).