



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA  
EN EL PACIENTE  
LARINGECTOMIZADO**

**Autor/a: Paula Gómez San José**

**Tutor/a: Miguel Ángel Madrigal Fernández**

**Cotutor/a: Maite Moreno Durán**

## RESUMEN

El cáncer de laringe es una de las neoplasias malignas más frecuentes de los hombres en Europa y su incidencia está en aumento en los últimos años por el abuso del alcohol y tabaco, que son los principales factores de riesgo.

De entre todas las posibilidades terapéuticas que existen para erradicar el cáncer de laringe, la más agresiva, radical y que más cuidados requiere es la laringectomía total, cirugía que consiste en la extirpación de la laringe y se acompaña de una traqueostomía permanente, que es una apertura de la vía aérea al exterior a través de la tráquea.

La consecuencia que causa más impacto a la persona es la pérdida del órgano fonatorio y, por tanto, de la capacidad para hablar, lo que supone alteraciones psicológicas en la persona. También conlleva unas modificaciones de los hábitos de vida por las alteraciones físicas que ocasiona este tipo de cirugía.

Los profesionales de enfermería constituyen un pilar fundamental dentro del equipo multidisciplinar que presta cuidados específicos a estos pacientes y, además, proporciona educación sanitaria tanto a los propios pacientes como a sus familiares para potenciar el autocuidado y de esta manera mejorar su calidad de vida.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es mostrar una visión general sobre los cuidados de enfermería tanto intrahospitalarios como extrahospitalarios en el paciente laringectomizado.

**Palabras clave:** cáncer de laringe, laringectomía total, traqueostomía, cuidados de enfermería.

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN .....	1
2. OBJETIVOS .....	4
3. METODOLOGÍA .....	4
4. DESARROLLO .....	5
4.1 RECUERDO ANATOMO-FISIOLÓGICO DE LA LARINGE.....	5
4.2. LARINGECTOMÍA Y TRAQUEOSTOMÍA .....	6
4.3. CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA .....	7
4.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	9
4.4.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FASE AGUDA .....	9
4.4.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FASE CRÓNICA .....	15
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	25
6. BIBLIOGRAFÍA.....	26
7. ANEXOS.....	30

## ÍNDICE DE IMÁGENES

IMAGEN 1.....	5
IMAGEN 2.....	8
IMAGEN 3.....	8
IMAGEN 4.....	31
IMAGEN 5.....	31
IMAGEN 6.....	31
IMAGEN 7.....	31

## 1. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN

El cáncer de laringe es uno de los cánceres más frecuentes de cabeza y cuello, y representa el 3% de todos los tumores malignos del organismo. Los últimos estudios epidemiológicos revelan que en 2012 se diagnosticaron 156877 nuevos casos de cáncer de laringe en todo el mundo y la cifra estimada para la Unión Europea fue de 39921 casos (1) y más concretamente de 3182 casos para España, de los cuales 2914 fueron varones (2). En 2015, aumentó el número de casos en varones a 3426 y a su vez en mujeres de 268 a 299 (1).

La mortalidad por cáncer de laringe a nivel mundial alcanzó las 83376 defunciones y para España las cifras fueron de 1321 defunciones (1).

En cuanto al sexo, es el décimo tumor maligno más frecuente en los hombres en España (2) y la edad de presentación más común es a partir de los 65 años (3).

Hay que destacar la importancia de este cáncer debido a su elevada incidencia en los últimos años en relación a los factores de riesgo, que son, principalmente, el tabaco y el alcohol (3), cuyo consumo ha aumentado en los últimos años y el inicio en este consumo es cada vez a edades más tempranas.

Se define cáncer de laringe como la enfermedad por la cual se forman células cancerosas en los tejidos de la laringe, que es una parte de la garganta en la que se encuentran las cuerdas vocales. La mayoría de estas neoplasias malignas se forman en las células escamosas (células delgadas y planas que revisten el interior de la laringe) (3).

Los síntomas más frecuentes que aparecen son dolor de garganta o tos que no cede, dificultad o dolor al tragar, dolor de oído, ronquera y/o aparición de un nódulo en el cuello o la garganta (3).

Para detectar y hacer un diagnóstico definitivo del cáncer se pueden realizar las siguientes pruebas y procedimientos: examen físico del cuello y garganta, biopsia, exploración por tomografía computarizada, imágenes por resonancia magnética, exploración con tomografía por emisión de positrones, exploración ósea o ingesta de bario (3).

Si no se trata, este cáncer es mortal, por lo que su tratamiento tiene como objetivo la curación definitiva intentando preservar la función laríngea.

Esto siempre va a depender del estadio en el que se encuentre el tumor, los tempranos tienen un 80-90% de probabilidad de curación, mientras que en los más avanzados la probabilidad disminuye al 30-40% (4).

Las posibilidades de tratamiento son la radioterapia, quimioterapia y la cirugía. Por ser lo más invasivo y lo más complejo, además del tratamiento más traumático y que más cuidados de enfermería requiere, nos centraremos en el tratamiento quirúrgico, más concretamente en la laringectomía total, que es una intervención quirúrgica que consiste en extirpar la laringe, desde la base de la lengua hasta la tráquea. Siempre se acompaña de una traqueostomía permanente, pues se independizan entre sí la función respiratoria y la deglutoria. La respiración pasa a realizarse por el traqueostoma o estoma, que es el orificio que se abre en el cuello tras la extirpación de la laringe (5).

Este procedimiento puede ser muy traumático para el paciente por la pérdida del órgano fonatorio, obligándole a aprender otras formas de comunicarse y el impacto estético que supone llevar un traqueostoma. Esto hace que la calidad de vida disminuya considerablemente tanto por la afectación de las actividades diarias básicas del paciente como por su afectación psicológica.

Desde la primera laringectomía total realizada en Viena en 1873 por el cirujano T.C.A. Billroth, el principal problema a plantear fue conseguir voz en ausencia de la laringe, pues en aquella época existía una ley que decía que “no debe mutilarse a ningún paciente al grado de dejarlo sin voz” (6). Para ello, y desde entonces, se han buscado alternativas que subsanen este problema.

Al principio se comenzó por la implantación de laringes artificiales que se asemejaban al órgano extraído, pero estos mecanismos no resultaron muy fiables y eran muy mal tolerados por los pacientes. Aunque se sometieron a investigaciones y modificaciones, estas laringes artificiales conseguían su finalidad con muchas molestias para los pacientes pues no era posible usarlas mientras dormían, se ensuciaban continuamente o dejaban de funcionar (6).

Un avance muy importante se dio al efectuarse el cierre total de la faringe mediante sutura y el descubrimiento de la erigmofofonía, que es el término técnico que designa la palabra articulada por medio de la voz esofágica, que es en la actualidad el medio más satisfactorio y natural de rehabilitación vocal. Esta voz, que se produce por la vibración de la boca del esófago, es el resultado de un modo de eructar controlado con la voz

traqueoesofágica, que utiliza el aire pulmonar mediante una comunicación entre tráquea y esófago y la voz oroesofágica, por la que se introduce aire en el esófago por vía bucal. Si esto fracasase se podría recurrir a la voz protésica mediante una prótesis externa neumática o eléctrica (6).

La laringectomía total conlleva más trastornos además de la pérdida del órgano fonatorio, como por ejemplo anosmia, pérdida del gusto, modificación de hábitos de vida, trastornos respiratorios, digestivos y deglutorios, limitación laboral y pérdida de la autoestima o depresión (7).

Por ello, la enfermería es fundamental para estos pacientes y sus familiares, dándoles apoyo desde el principio y orientándoles para conseguir una buena rehabilitación y una minimización de las complicaciones y trastornos, así como para una educación enfocada hacia el autocuidado.

Los cuidados se van a diferenciar según la fase en la que se encuentren los pacientes laringectomizados. Primero hablaremos de una fase aguda en la que los pacientes están hospitalizados y una fase crónica o atención domiciliaria.

Actualmente, los cuidados de enfermería en el postoperatorio del paciente laringectomizado están orientados a cuidados de la vía aérea, de la herida y estoma de traqueostomía, hidratación del paciente, nutrición, satisfacer el déficit del habla, tratar el ámbito emocional y psicológico, minimizar las complicaciones, aportar conocimientos al paciente y familia y educar en el autocuidado (8).

En la fase de atención domiciliaria predominarán los cuidados de aspectos psicológicos y los cuidados diarios. Muchos estudios concluyen en que la calidad de vida de estos pacientes se ve muy afectada durante los primeros meses postquirúrgicos y que la adaptación comienza a los doce meses y, aunque los resultados son optimistas, aún hay un alto porcentaje de pacientes que experimentan un impacto a largo plazo en su calidad de vida (9) (10) (11).

Aunque, en los últimos años la información que se da a los pacientes ha ido en aumento con la creación de asociaciones y formación a los profesionales sanitarios, los propios pacientes y según se publica en revistas como Europa Press, los laringectomizados reclaman más información y apoyo a las autoridades sanitarias tras la operación (11).

Este trabajo ha sido realizado a raíz del aumento de la incidencia del cáncer de laringe en los últimos años en relación con los factores de riesgo y a la falta de información tanto por parte del personal sanitario como la que se proporciona a los pacientes laringectomizados.

## 2. OBJETIVOS

- Principal: mostrar una visión general sobre la atención de enfermería en el paciente laringectomizado.
- Específicos
  - Diferenciar la atención enfermera en pacientes laringectomizados en fase aguda y crónica.
  - Dar a conocer cómo influyen los cuidados de enfermería en los pacientes laringectomizados.

## 3. METODOLOGÍA

La presente revisión bibliográfica basada en los cuidados de enfermería al paciente laringectomizado se ha realizado bajo una selección de la literatura más relevante. Para ello se han consultado bases de datos como PubMed, Dialnet, Elsevier, Medline, guías europeas y americanas de otorrinolaringología y metabuscadores como Google Académico. Además, se realizaron búsquedas en otras fuentes para localizar sedes web oficiales (OMS, AEEC, IARC, SEOM) y revistas o libros especializados. También se consultó el repositorio documental de la Universidad de Valladolid.

Los siguientes términos de búsqueda se usaron con palabras clave combinadas en varias ocasiones con operadores lógicos (AND, OR, NOT): “total laryngectomy”, “nurse care”, “cáncer de laringe”, “paciente traqueostomizado”, “paciente laringectomizado” o “cánulas de traqueostomía”

En base a los criterios de inclusión y exclusión (inglés y español, últimos 15 años, estudios en humanos y texto completo), de 205 artículos obtenidos, se descartaron aquellos cuyo título y abstract no tuviese relación con el tema a desarrollar quedando un total de 33 artículos, de los cuales sólo han sido relevantes 10 para la discusión del trabajo.

## 4. DESARROLLO

### 4.1 RECUERDO ANATOMO-FISIOLÓGICO DE LA LARINGE

La laringe es un órgano hueco que mide aproximadamente cinco centímetros de longitud aunque es más corta en mujeres y niños. Tiene forma cilíndrica y es móvil, pues está compuesta por cartílagos y músculos recubiertos por mucosa. La laringe comunica la faringe con la tráquea.

Está formada por los cartílagos tiroideos, cricoides y aritenoides, corniculados y cuneiformes, por los ligamentos de la laringe, los músculos laríngeos, las cuerdas vocales, el ventrículo laríngeo y la glotis (13).

La laringe se divide en tres secciones en función de los pliegues mucosos (14):

- Supraglotis: parte superior de la laringe que corresponde con la zona superior de la cuerda vocal.
- Glotis: parte media de la laringe donde están las cuerdas vocales.
- Subglotis: parte inferior de la laringe y que conecta con la tráquea.

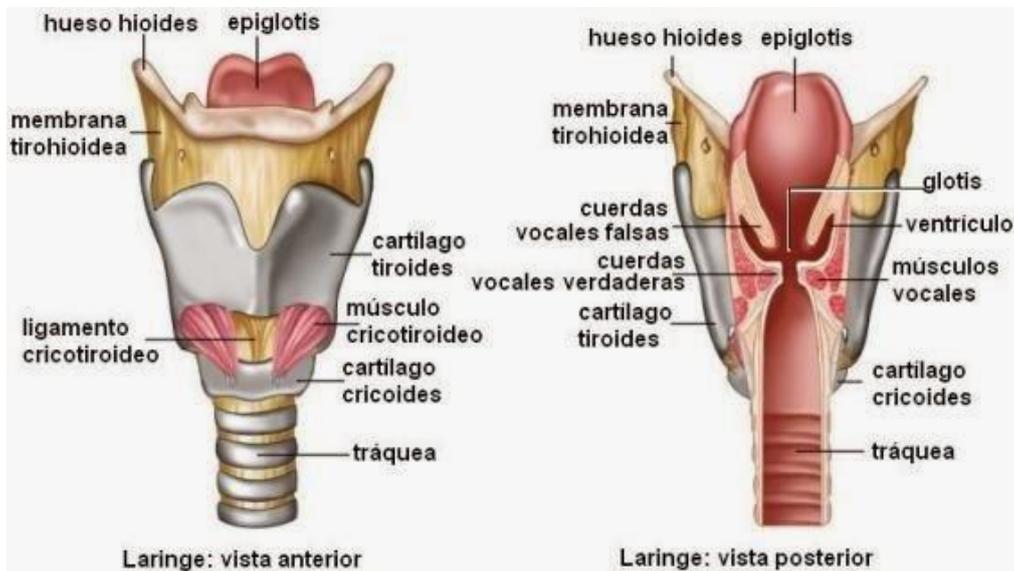


Imagen 1. Anatomía de la laringe (15).

Este órgano cumple varias funciones, entre las cuales destacan (16):

- Protección: actúa como esfínter que evita la entrada de cualquier elemento al pulmón, excepto el aire, para lo que utiliza mecanismos como el cierre de la apertura laríngea y de la glotis, cese de la respiración y reflejo de la tos.

- Respiración: los músculos intrínsecos de la laringe permiten la apertura de las cuerdas vocales, lo que hace que se produzca un flujo de aire hacia la tráquea. Esto hace que se regule el intercambio gaseoso con el pulmón, manteniendo el equilibrio ácido-base.
- Fonación: la emisión de sonidos se produce como resultado del movimiento de las cuerdas vocales, condicionado éste por el movimiento de los cartílagos que varían la tensión, longitud, apertura entre las cuerdas y ascenso o descenso de la estructura laríngea, variando así el tono de los sonidos producidos por el paso del aire.

El aire entra en el organismo por la nariz o la boca y se mueve hacia la laringe y tráquea hasta llegar a los pulmones y sale en sentido inverso.

Durante una respiración normal, las cuerdas vocales no producen sonido, pero si la persona habla éstas se tensan y el aire las hace vibrar produciendo el sonido.

Después, este sonido producido se envía a través de la garganta, nariz y boca produciendo el “sonido de resonancia” o habla. El sonido de la voz de cada individuo depende del tamaño y forma de las cuerdas vocales, garganta, nariz y boca.

#### 4.2. LARINGECTOMÍA Y TRAQUEOSTOMÍA (17)

El tratamiento de elección en pacientes con cáncer de laringe es la cirugía. Según la etapa y localización del cáncer se van a realizar distintas operaciones para su extirpación.

Si el cáncer está en una fase inicial se suelen realizar la exfoliación de las cuerdas vocales, cirugía láser y cordectomía.

Cuando el cáncer se encuentra en un estadio más avanzado se recurre a la laringectomía, que consiste en la extirpación de una parte o toda la laringe, lo que hace que podamos diferenciar entre laringectomía parcial y total.

- Laringectomía parcial: se tiende a extirpar totalmente el cáncer preservando tanta laringe como sea posible.
- Laringectomía total: se extirpa toda la laringe, desde la base de la lengua hasta la tráquea y se acompaña de una traqueostomía.

Sus consecuencias son la pérdida del habla, necesidad de respiración mediante un traqueostoma, disminución del sentido olfativo y fuerza para levantar peso porque no es posible contener la respiración e impacto psicológico.

La traqueostomía es una apertura de la vía aérea al exterior y definitiva a través de la tráquea, creando una solución de continuidad entre la piel y la mucosa traqueal.

Posteriormente a la apertura se coloca una cánula de traqueostomía y se fija alrededor del cuello.

Las complicaciones postoperatorias inmediatas pueden ser la obstrucción de la cánula por secreciones, hemorragia, enfisema subcutáneo, neumotórax, fístula traqueoesofágica o lesión del nervio recurrente (18).

Las complicaciones tardías incluyen la hemorragia, estenosis traqueal, fístula traqueoesofágica tardía y disfagia (18).

#### 4.3. CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA (19)

Una cánula es un tubo curvo que tiene un diámetro inferior al de la tráquea, según la anatomía de cada persona, por lo que existen de diferentes calibres para ajustarse a las necesidades de cada uno.

Se introduce a través del traqueostoma comunicando la vía aérea con el exterior.

Las cánulas pueden estar fabricadas de diferentes materiales, como de policloruro de vinilo, usadas en el postoperatorio inmediato. Pasados unos cuatro días pueden sustituirse por cánulas de plata, pues son más duraderas y cómodas de limpiar.

Las partes de la cánula son las siguientes:

- Tubo externo o cánula madre: es la parte comunicante con el exterior. Tiene una placa en su extremo externo con unos orificios que sirven para pasar el hiladillo que sujetará la cánula. En esta parte se puede leer la marca y medidas de la cánula.
- Tubo interno, camisa interna o “macho”: es el tubo hueco que se coloca en el interior de la cánula externa y permite asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Se puede sacar sin hacer una decanulación completa y así limpiar el exceso de secreciones o tapones mucosos.
- Fiador: se utiliza para facilitar la inserción de la cánula sin crear una falsa vía y sin dañar la mucosa. Se retira y se coloca la cánula interna.
- Balón o neumotaponamiento: no está en todas las cánulas, pero sí en las que se usan los primeros días, pues es un mecanismo de seguridad que, al ser inflado, ocluye la tráquea evitando el paso de secreciones. Se suele usar en pacientes que requieran soporte ventilatorio o para evitar la broncoaspiración en el postoperatorio inmediato.

Se infla a una presión de unos 15-25cmH<sub>2</sub>O mediante un manómetro externo que nos indica dicha presión. Es muy importante comprobar que esté desinflado a la hora de la decanulación para evitar lesiones en la tráquea.

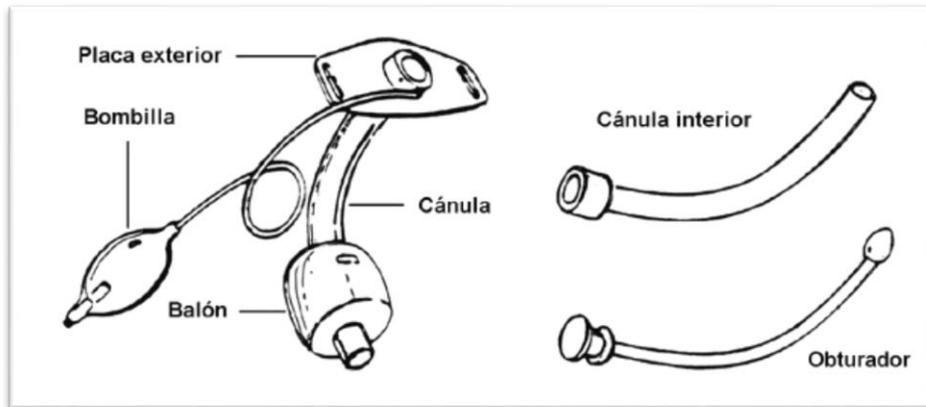


Imagen 2. Partes de una cánula de traqueostomía (21).



Imagen 3. Cánula de plata (22).

El primer cambio de cánula se realiza unos días tras su colocación. Después la frecuencia variará según las condiciones del enfermo y las necesidades clínicas, pero no existe consenso sobre la frecuencia según fuentes consultadas (23) (24).

Lo que es imprescindible es mantenerla limpia, sin secreciones, para evitar una obstrucción. La camisa interna se puede quitar y lavar varias veces al día.

#### 4.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La laringectomía total supone un gran impacto tanto físico como personal. Va a implicar la pérdida de expresión de emociones y cambio en hábitos de la vida diaria, lo que puede condicionar el futuro del paciente.

Sin embargo, el paciente carece muchas veces de la información suficiente para afrontar estos cambios, en gran medida por la falta de instrucción del equipo sanitario.

La integración de dichos pacientes a las actividades básicas de la vida diaria debe comenzar en el momento del diagnóstico, para que, tanto el enfermo como la familia, sepan qué cambios tendrán que afrontar.

El paciente debe afrontar tras la cirugía una serie de complicaciones y secuelas tanto físicas como psicológicas y sociales que disminuirán su calidad de vida. También se le suma una inseguridad por el futuro laboral y por tanto, estabilidad económica, y un cambio de la imagen corporal y, por ello, afectación del ámbito sexual.

Es aquí cuando el papel de la enfermería juega un rol muy importante en la educación para la salud, instruyendo a la familia para ayudar al paciente con una rápida reinserción social y sobre todos los medios que existen en la actualidad para el apoyo de estos pacientes.

También es destacable la importancia del aprendizaje de la voz esofágica y los numerosos beneficios que presenta.

El equipo sanitario también debe prestar atención a problemas de salud tanto previos como desencadenados por la operación.

Por último, es competencia enfermera educar al paciente en la deshabituación tabáquica e ingesta alcohólica, lo que puede evitar recidivas y mejorar la rehabilitación del paciente.

##### 4.4.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FASE AGUDA

Una buena actuación de enfermería viene determinada por una atención integral del paciente laringectomizado, desde el momento en el que se le diagnostica la enfermedad y se decide el procedimiento quirúrgico hasta que el paciente se va de alta, con un control posterior del mismo una vez que está en el domicilio.

La atención hospitalaria será, por tanto, la ofrecida por las enfermeras mientras el paciente está ingresado en el hospital.

Durante su estancia en el centro hospitalario, el paciente va a requerir una serie de cuidados tanto pre-quirúrgicos como post-quirúrgicos, siendo estos últimos los más destacables.

Es competencia del médico informar al paciente sobre el diagnóstico, tratamiento, posibilidades de curación, posibles complicaciones y secuelas. No todos los pacientes van a comprender dicha información, por lo que tendrán dudas y miedos. Enfermería debe brindar el apoyo emocional necesario para que el paciente afronte la operación con optimismo y con conocimientos suficientes como para comprender su situación.

Una vez realizada la operación, las enfermeras se encargan en primer lugar de los cuidados del postoperatorio inmediato. Dichos cuidados se centrarán en la vía aérea, herida quirúrgica, nutrición, comunicación, apoyo emocional y educación para el autocuidado. Durante este periodo post-quirúrgico y de hospitalización es cuando más dependiente son los pacientes del personal de enfermería.

El proceso de recuperación tras la operación y las posibles complicaciones de esta no dependen solamente de los cuidados, también influyen otros factores relacionados con el propio paciente como su edad, hábitos de vida no saludables, malnutrición o estado del cáncer. Aun así, sigue siendo controvertido cómo identificar pacientes de alto riesgo, según los estudios consultados. Una de las complicaciones más habituales, que viene determinada por dichos factores de riesgo es la fístula faringocutánea (25) (26) (27).

Los principales cuidados que presta la enfermería en la actualidad en el postoperatorio de un paciente laringectomizado son los siguientes:

#### Cuidados de la herida quirúrgica y del estoma (28) (29)

Es muy importante realizar un correcto cuidado de la herida quirúrgica y drenajes, si tuviese, para minimizar el riesgo de infección.

La cura se realizará mínimo una vez al día, pudiendo ser con más frecuencia, con el objetivo de mantener la permeabilidad de la vía aérea, eliminar las secreciones que pueden acumularse en cánula y estoma y evitar la infección.

Asimismo, la higiene oral es importante para controlar el olor y prevenir la infección.

Antes de realizar una cura y un primer recambio de cánula es necesario tener todo el material preparado y a mano e informar al paciente del procedimiento para que colabore y reducir su nivel de ansiedad.

Se coloca al paciente en posición Semi-Fowler o Fowler y se retira la cinta de sujeción de la cánula o hiladillo, babero y cánula sucia. El estoma se limpia con suero fisiológico, desinfectante y gasas de dentro hacia fuera, cambiando de gasa en cada zona para evitar la contaminación de la herida. Posteriormente se seca muy bien la zona para evitar que se macere por humedad. Por último, se coloca la nueva cánula.

Este primer cambio de cánula debe estar supervisado por un otorrinolaringólogo, pues es un procedimiento peligroso para el paciente que puede dar complicaciones.

También es importante dejar preparada una cánula de un calibre menor a la que llevaba el paciente, junto con otra del mismo, pues tras este primer recambio del estoma puede cerrarse un poco y sería necesario ajustar una cánula menor.

Además de esto, se realizará una aspiración de secreciones previa a la cura y recambio de cánula para evitar que estas pasen a los pulmones.

Los cuidados diarios del estoma hasta que el paciente se va de alta incluyen la limpieza de la cánula interna, cambio de cánula cuando se precise, cambio del hiladillo y babero y limpieza de la piel circundante.

La enfermera debe iniciar la preparación del paciente y familia para el autocuidado, por lo que el principio se enseñará al paciente a realizar estos cuidados bajo supervisión para que se vaya implicando y gane confianza.

Durante los primeros días tras la operación puede darse alguna complicación como la decanulación accidental. En este caso se intentará recolocar la cánula lo antes posible y cuidadosamente, por lo que hay que tener siempre a mano cánulas de repuesto.

Para evitar dicha decanulación es importante fijar bien el hiladillo, pero dejando un dedo de espacio con la piel para que no esté excesivamente apretado y pueda causar lesiones cutáneas (30).

### Cuidados de la vía aérea

Asegurar la estabilidad de la vía aérea es de vital importancia, pues la respiración se realiza ahora por el estoma. Al principio es primordial la administración de oxígeno y eliminación de tapones mucosos.

Para el oxígeno se utilizan mascarillas de traqueostomía, nunca cánulas nasales, debido a la alteración anatómica respiratoria.

Para que el moco sea líquido y fácil de eliminar es necesaria una correcta humidificación, lo que además protege al estoma de la sequedad.

En el postoperatorio inmediato los pacientes pueden tener dificultades para eliminar por sí mismos las secreciones, por lo que las enfermeras deben proporcionar los cuidados adecuados para mantener la vía aérea permeable.

Cuando el paciente no es capaz de toser o se acumulan muchas secreciones, es necesaria la aspiración a través del estoma (31).

La aspiración es una técnica invasiva y molesta para el paciente, por lo que hay que informarle antes de realizarla. Ha de ser una técnica rápida y cuidadosa. Las sondas de aspiración son desechables, estériles, blandas y flexibles. Además, tienen que tener más de un orificio en la punta para evitar que se adhieran a la mucosa.

Antes de realizar la técnica se prepara todo el material. Una vez informado al paciente, se retira la cánula interna y se introduce la sonda de aspiración, que previamente ha sido conectada al aspirador. Mientras se introduce no se aspira, solo en la retirada. El procedimiento debe durar unos 10-15 segundos y 3 veces consecutivas como máximo.

En algunas ocasiones, para mover el tapón mucoso y facilitar su extracción, se instila suero fisiológico.

Una vez realizada la aspiración, se vuelve a colocar la cánula interna y se valora el estado del paciente, vigilando posibles signos de alarma (32).

Otro cuidado a tener en cuenta es la posición del paciente. Ya que la mayoría de los pacientes son alimentados por nutrición enteral mediante sonda nasogástrica, se les coloca en posición Fowler o Semi Fowler para mayor seguridad, confort y para favorecer la respiración.

En cuanto al neumotaponamiento, evita el paso de secreciones hacia el pulmón. Los cuidados del balón son controlar la presión de inflado mediante un manómetro y las complicaciones como sangrado por erosión de vasos, tos excesiva por escaso inflado, necrosis de la mucosa o rotura bronquial por exceso de presión y broncoaspiraciones (29).

#### Cuidados relacionados con la nutrición

Los pacientes que son sometidos a una laringectomía total sufren una serie de cambios en la deglución y alimentación, lo que hace que aumente el riesgo de malnutrición.

Esta intervención quirúrgica obliga a los pacientes a necesitar temporalmente alimentación artificial. La alimentación más utilizada y más efectiva es la nutrición enteral por sonda nasogástrica, aunque en casos excepcionales se puede recurrir a la nutrición parenteral, la cual tiene mayor riesgo de complicaciones y aporta menores beneficios (33), pues la nutrición enteral es más fisiológica, más económica, más sencilla de preparar y administrar y menos traumática (34).

Para la alimentación por sonda debe colocarse una sonda flexible y del menor calibre posible, con los sistemas de infusión correspondientes. La alimentación será ajustada a las necesidades de cada paciente para una correcta nutrición.

El tiempo de permanencia de este tipo de alimentación dependerá del postoperatorio del paciente, siendo habitual unos 7-14 días, pues es el periodo en el que hay que evitar el paso del alimento por la zona quirúrgica. Con esto se pretende minimizar el riesgo de sufrir complicaciones como formación de fístulas, dehiscencia de la sutura o infección.

Una vez que esté indicado se iniciará la dieta oral.

Los cuidados de enfermería (35) van a ir dirigidos a:

- Evaluar a menudo la correcta colocación de la sonda, para evitar su desplazamiento y prevenir la aspiración.
- Fijar bien la sonda a la nariz mediante esparadrapo, el cual debe ser cambiado a diario. Limpiar la nariz y secar bien para evitar maceración por humedad.
- Movilizar la sonda con cierta frecuencia para evitar que se acode o se obstruya y evitar también erosiones en la nariz.
- Realizar una correcta higiene bucal y mantener los labios hidratados.
- Posicionar a la persona en Fowler o Semi Fowler mientras se esté administrando la alimentación y permanecer en esa posición una hora para evitar el riesgo de broncoaspiración.
- Lavar la sonda tras la alimentación para evitar su obstrucción.
- Enseñar al paciente y/o familia a asimilar estos cambios y manejar los nuevos hábitos alimenticios.

Los pacientes pueden presentar problemas para tragar durante cierto tiempo tras la cirugía, por lo que deberán ajustar los alimentos a sus capacidades. También pueden sufrir problemas gastrointestinales como distensión abdominal o flatulencia.

Debido a las alteraciones de los hábitos alimentarios se puede derivar el tardar más en terminar de comer, necesitar más líquido al comer para facilitar la deglución, disminución del sentido del olfato y gusto lo que implica disfrutar menos la comida y limitación de la interacción social durante las comidas por sentir vergüenza ante estos hábitos (36).

### Cuidados de la voz

La pérdida del órgano fonatorio, y por tanto, del habla, es la consecuencia que más impacto tiene en la persona y más ansiedad le puede suponer.

Los cuidados de enfermería en este ámbito van dirigidos a reducir la ansiedad del paciente y familia, facilitándoles información sobre las alternativas en la comunicación, pues en la mayor parte de los casos es posible hablar mediante otros métodos que no impliquen la utilización de las cuerdas vocales ya que carecen de ellas.

La rehabilitación del habla ha de comenzar lo antes posible, para lo cual el paciente debe estar motivado e implicado.

Existen varios métodos para conseguir el habla, el más común es el aprendizaje del habla esofágica o erigmofónica, que como ya se ha dicho anteriormente, consiste en tragar el aire y expulsarlo por el esófago haciendo que vibre para emitir sonidos.

Esta rehabilitación deberá realizarse mediante un equipo multidisciplinar, con la participación fundamental de un logopeda.

Hay otros métodos, como la utilización de laringes electrónicas o laringófonos, que son unos aparatos que producen vibraciones gracias a unas baterías que incorporan, ya que entran en contacto con la musculatura del cuello y producen un sonido que llega a la boca, pero este sonido es extraño, “robótico” (37).

Actualmente también se dispone de prótesis fonatorias, que son válvulas unidireccionales mediante las cuales pasa el aire de los pulmones hacia la faringe y desde aquí a la boca.

Para hablar hay que inspirar, tapar con un dedo el traqueostoma y expulsar el aire que llega a la boca para emitir el sonido. No hay riesgo de aspiración pues la válvula se cierra durante la deglución (38).

Aun así, según la bibliografía consultada, el aprendizaje de la voz erigmofónica es la primera opción para la recuperación de la voz, por ser la que menos complicaciones tiene.

## Seguridad

Mientras el paciente permanece hospitalizado hay que tener en cuenta que puede tener dificultades para comunicarse con el personal sanitario, por lo que hay que facilitarle medios para solventar esta situación, como pizarras o papel y boli. Además a la hora de atender los timbres, hay que ir físicamente a la habitación, pues no puede utilizar el intercomunicador.

Para que se sientan más seguros hay que ayudarles en todo lo que precisen y apoyarlos. Al ser pacientes que pueden presentar complicaciones que comprometen su vida hay que tener siempre a mano un equipo de emergencia como sondas de aspiración, mascarillas de oxigenoterapia, etc. Además hay que mantener la cabecera de la cama elevada 30 grados, sobre todo mientras duermen.

## Educación para el autocuidado

Antes de dar el alta al paciente, este tiene que haber aprendido los cuidados que necesitará en su domicilio. Estos son instruidos por el equipo sanitario durante su estancia en el hospital.

Como se cita en el siguiente apartado, se dan a los pacientes una serie de pautas con las que se logra mejorar su calidad de vida tras la laringectomía total.

### 4.4.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FASE CRÓNICA

Las enfermeras tienen función asistencial, docente, gestora e investigadora, pero también tienen otro rol importante, la Educación para la Salud.

Esta es una disciplina del ámbito de la salud que se ha ido desarrollando en las últimas décadas. Según Alain Rochón, 1991, “la educación para la salud es una aproximación, un intento de cambio destinado a mejorar la salud individual y colectiva. Se propone como objetivo la modificación del modo y estilo de vida y del entorno a través de múltiples experiencias de aprendizaje. Por lo tanto, implica tanto a los responsables como a los técnicos y a la población en general. Para ser plenamente eficaz, debe ser utilizada con una metodología planificada, implicando los diversos sectores de actividad de la sociedad, de forma complementaria con todas las intervenciones necesarias que permitan mejorar la Salud.”

Por tanto, ya que la parte más difícil y la que supone mayor reto para los pacientes laringectomizados es la vida diaria en el domicilio, la enfermería, como ya se ha dicho anteriormente se va a encargar de la educación para la salud de estos pacientes fomentando su autocuidado. Es imprescindible que se vayan de alta con toda la información posible para minimizar su nivel de ansiedad y facilitar su rehabilitación.

Los objetivos principales de dicha educación en estos pacientes serán informar al paciente y familiares sobre la enfermedad y todo lo relacionado con ella e instruirles en los autocuidados, facilitar la comunicación del paciente en todo momento, mejorar la autoestima de este proporcionando una red de apoyo adecuada y proporcionar el material necesario para el paciente tras el alta (39).

A continuación se detallan los cuidados que presta enfermería antes del alta y durante la atención domiciliaria.

### Información

Durante la estancia hospitalaria a los pacientes y sus familiares les pueden surgir muchas dudas acerca de la enfermedad y sus consecuencias, por tanto, el equipo sanitario se encarga de explicarles los detalles para que a lo largo de su recuperación tengan toda la información posible.

Se les explican los conceptos de laringectomía, traqueostomía, cánula, etc., términos ya definidos anteriormente.

### Material necesario en casa

Antes de marcharse del hospital, se les proporciona el material necesario para que realicen sus cuidados diarios, o se les dice dónde pueden conseguirlo.

Deben tener como mínimo (39):

- Dos cánulas, una la que lleva puesta y otra de repuesto del mismo calibre, para una posible emergencia.
- Filtros o pañuelos específicos para proteger el estoma.
- Si precisa, adhesivos.
- Suero fisiológico.
- Lubricante hidrosoluble.
- Cepillo y jabón neutro para limpiar la cánula.
- Gasas y apósitos hidrófobos.

- Cintas o hiladillo para fijar la cánula.
- Crema hidratante, si precisa.

#### Cuidados diarios del estoma (40)

Mientras que no se haya completado la cicatrización de la piel que rodea el estoma, se debe realizar la limpieza de la zona cuatro veces al día y cuando ya esté cicatrizada es suficiente con dos veces al día, aprovechando una de ellas para cambiar la cánula.

Previamente a iniciar la limpieza del estoma se realiza un correcto lavado de manos.

Después, se limpia la zona con una gasa con jabón y suero fisiológico, empezando por la parte más próxima al estoma en dirección al exterior.

Una vez limpia, se seca bien para que no se macere la zona por la humedad.

Cuando la piel ya esté limpia y seca, se cambia el apósito del estoma que presenta dos caras, la interna que está en contacto con la piel y la externa que es impermeable para que las secreciones no traspasen. Este apósito puede ser cambiado más veces al día, tantas como sea preciso para que la zona se mantenga limpia y seca.

#### Cuidados de la cánula

La cánula que lleva cada paciente es la que mejor se adapta a sus necesidades y características.

La más utilizada es la cánula de plata, pero actualmente también se emplean cánulas de silicona flexible que permiten adaptar filtros intercambiadores de humedad y calor (39).

Para realizar el cambio de cánula, primero se realiza un lavado de manos, después se retira la cánula externa e interna usadas y se limpia el estoma como se ha indicado anteriormente. Se coloca la cánula nueva y se ajusta al cuello mediante el hiladillo, se coloca el apósito del estoma y la cánula interna, la cual puede limpiarse tantas veces como sea necesario, sin necesidad de retirar la cánula externa.

Para limpiar la cánula usada, se separan las piezas en un recipiente con agua y jabón. Después se limpian con un cepillo, dejando las partes libres de secreciones y se aclara bien con agua y se deja secar.

### Humidificación

El aire que respira una persona sin laringectomía se humidifica y calienta en la boca y nariz, pero en una persona que respira a través de un estoma, este paso no es posible, por lo que el aire entra directamente a los pulmones.

Es por ello que hay que humidificar el aire, templarlo y filtrarlo siempre que sea posible. Para ello alguna medida es utilizar nebulizadores (41) o cubrir el estoma con una gasa húmeda que recoja las secreciones producidas al toser y evita la entrada de partículas (42). Otras medidas son utilizar humidificadores ambientales en casa, sobre todo en el dormitorio, realizar instilaciones con suero fisiológico por el estoma para mantener la vía aérea húmeda e impedir que las secreciones se espesen y se acumulen.

Además es muy recomendable beber líquidos en abundancia. Esto hace que las secreciones estén más fluidas y no se espesen formando tapones de moco lo que podría suponer problemas para la respiración (40).

### Cuidados y aseo personal (40)

Lo más importante es aceptar la nueva situación y llevar a cabo una vida normal, aunque con ciertas modificaciones.

En cuanto a la higiene, los baños por inmersión están desaconsejados para evitar la entrada de agua y jabón o espuma al estoma, por lo que se recomienda la ducha y con la cabeza inclinada mirando al suelo.

A la hora del afeitado hay que tener la precaución de que no entren al estoma pelos ni espuma o perfumes.

Es importante realizar una correcta higiene bucal y de las fosas nasales, por lo menos tras las comidas.

Al realizar los cuidados de la cánula y del estoma el individuo deberá realizar un correcto lavado de manos.

A la hora de vestir, se podrá utilizar ropa normal, siempre teniendo en cuenta que no se oprima la zona del estoma.

Si la persona laringectomizada va a estar fuera de casa durante varias horas o va a realizar algún viaje tiene que llevar un kit de limpieza siempre a mano.

### Dieta (39) (42)

La alimentación puede ser normal, aunque se recomienda que sea rica en fibra y con abundantes líquidos para evitar el estreñimiento.

Tras la operación el olfato y gusto pueden verse disminuidos, ya que el aire no entra por la nariz. Aun así, se puede aprender de nuevo.

También se puede necesitar más tiempo para comer, se pueden tener dificultades para tragar y algunos alimentos pueden no ser tolerados como productos a la brasa o ahumados. A pesar de ello, hay que evitar disminuir la alimentación.

### Evacuación intestinal (39)

La función esfinteriana (para realizar esfuerzos) se pierde tras la operación, por lo que es habitual que estos pacientes tengan dificultad para evacuar.

Además de la alimentación y hacer ejercicio hay una técnica para favorecer la evacuación: hay que respirar profundamente, taponar el estoma, empujar con el abdomen cinco segundos, soltar y respirar durante un minuto. Repetir esta técnica sin forzar hasta conseguir la evacuación.

### Sueño y descanso

Lo normal tras una laringectomía y al modificar la forma de respirar, es habitual que las personas sientan miedo a la hora de dormir, pues pueden pensar que si se produce un tapón mucoso o tos puedan asfixiarse. Esto puede generar dificultad para el descanso nocturno.

Por ello se les puede dar ciertas pautas (39) que favorezcan la conciliación del sueño por las noches, permitiendo que la persona esté descansada, lo que repercutirá en su estado de ánimo.

- Es aconsejable realizar cierta actividad física diaria.
- Mantener la habitación ventilada antes de acostarse, con una temperatura adecuada y un ambiente humidificado y tranquilo.
- Incorporar la cama o dormir con una almohada alta para respirar mejor.
- Mantener la cánula y estoma limpios antes de acostarse.
- Estar siempre bien hidratado.
- Practicar actividades que relajen al individuo como darse una ducha antes de irse a dormir.

### Hábitos de vida saludables

Como ya se ha dicho anteriormente, la principal causa de estos cánceres es el alcohol o el tabaco, por lo que es primordial dar pautas sobre hábitos saludables a la persona laringectomizada para facilitar su recuperación y prevenir las recidivas.

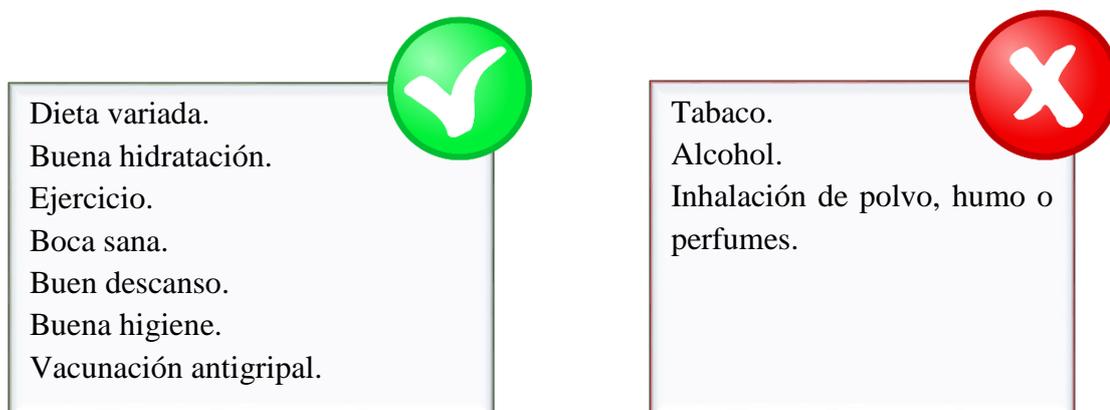


Figura 1: Gráfico de hábitos de vida (39) (40) (42) (43).

### Vida social

Al principio y tras salir al hospital, las personas laringectomizadas deberán hacer frente a una vida diferente y puede ser complicado. Para ello es importante que se sientan integrados en la sociedad.

Aunque no puedan mantener conversaciones largas pueden utilizar otros métodos para relacionarse con las personas mediante gestos, escritura, móvil, etc. Pero la rehabilitación de la voz será primordial y mejorará mucho la calidad de vida de estas personas.

Para mantener alta su autoestima, deben tener buenos hábitos de higiene delante de otras personas y así evitarán sentirse incómodos. Por ejemplo, toser, bostezar o estornudar de manera natural, pero al ser por el estoma, mantener cierta discreción, pues es posible que no todo el mundo acepte a este tipo de personas en público, ya que les puede crear cierta incomodidad por su falta de información (39) (42).

No todas las personas son iguales, por lo que cada una tiene que encontrar actividades con las que se sienta a gusto como deportes, trabajo o tiempo libre con amigos y mantener antiguas aficiones que no supongan riesgos (39).

En cuanto a la reinserción laboral, es posible continuar con una actividad laboral normal, aunque pueden aparecer ciertas dificultades para desarrollar dicho trabajo si este supone esfuerzos físicos, exige bastante comunicación o se desarrolla en ambientes contaminados.

Para las personas que rodean al laringectomizado esta nueva situación supone también un gran cambio, por lo que deberán pedir ayuda e información para poder formar parte del proceso de recuperación. La familia, amigos y pareja suponen un gran pilar para la persona laringectomizada y sentirse apoyado y querido mejorará mucho su autoestima.

Como es normal, la imagen corporal se ve afectada y el individuo puede perder confianza en cuanto a la sexualidad al pensar que el estoma afectará a la visión y sentimientos de los demás hacia él. No obstante, la actividad sexual no está contraindicada, por lo que se podrá retomar, teniendo en cuenta la nueva condición respiratoria y física (41).

No hay que olvidar que son personas que han superado o tienen muy buenas posibilidades de superar un cáncer, por lo que hay que realzar lo positivo de esto para que la rehabilitación y recuperación tenga sentido para ellos y acepten su enfermedad y su nueva imagen.

Aunque la información hoy en día aun es escasa, con la utilización de Internet y las redes sociales, cada vez son más las personas que quieren ayudar a otras con su misma condición. Según fuentes consultadas, hay numerosos blogs, perfiles de Facebook, guías y libros gratuitos que pueden ser consultados por Internet.

No obstante, el papel de las asociaciones de pacientes laringectomizados es fundamental para la rehabilitación y reinserción de estas personas.

Son agrupaciones de personas laringectomizadas cuya finalidad es orientar y ayudar tanto a los pacientes como a sus familias y acompañarlos durante el proceso de recuperación y reeducación del habla. Al estar en grupo, con personas que sufren lo mismo, se evitan sentimientos de soledad y aislamiento social.

Se adjunta anexo con una lista de las asociaciones de laringectomizados en España.

### Rehabilitación de la voz

Para una persona, la voz es el elemento más importante en la comunicación aunque haya otras formas expresarse como por ejemplo, mediante gestos, miradas o utilizando las nuevas tecnologías.

La pérdida del órgano fonatorio, como ya se ha dicho anteriormente, supone un gran impacto para la persona laringectomizada. Puede llevar a la persona a sentimientos de soledad, aislamiento e infelicidad, por lo que es primordial hacerle saber que la rehabilitación de la voz es posible.

Es un proceso en el que tiene que participar un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios expertos en el tema y cuyo objetivo principal es hacer que los pacientes logren aprender una voz lo más eficaz posible.

Según las condiciones de cada persona, se podrá realizar un tipo diferente de rehabilitación:

- **Voz esofágica:** también llamada voz erigmofónica. Es la más habitual y natural a la hora de la recuperación de la voz, pues no implica más que el esfuerzo de la persona para aprenderla, sin aparatos. Según la persona será de mayor o menor calidad.

Para producir dicha voz hay que introducir aire en el tramo superior del esófago, retenerlo en esa zona y expulsarlo. Durante este paso, el esfínter cricofaríngeo, que se corresponde con la boca superior del esófago, produce una vibración que resuena en la cavidad bucal y al vocalizar se emiten unos sonidos distinguibles.

Este tipo de voz no necesita ningún dispositivo, por lo que no tiene riesgo de complicaciones.

El tiempo para aprender esta voz depende de la forma en la que se realice el aprendizaje. Influyen las condiciones de boca, faringe y esófago, que las determinará el médico.

Para aprender en poco tiempo y eficazmente el paciente tiene que ser disciplinado, constante y tener una actitud positiva (44).

- **Voz traqueoesofágica:** resulta de la implantación de una prótesis fonatoria. Esta se coloca en un canal de comunicación que se crea entre la tráquea y el esófago (fístula traqueoesofágica). El aire llega desde los pulmones al esfínter cricofaríngeo, por lo que tiene mayor flujo y por tanto, la voz resultante es más sonora, modulada y continuada.

Su aprendizaje es más rápido y la voz conseguida es más parecida a la normal.

No obstante, el uso de estas prótesis no está aconsejado en todos los casos y en algunos está contraindicado.

Ser portador de esta prótesis requiere unos cuidados especiales de la misma, cambiarla cada cierto tiempo y al hablar hay que tapar el traqueostoma con el dedo.

No obstante, actualmente está muy extendido su uso, por detrás del aprendizaje de la voz esofágica (44).

- **Voz electrónica:** se consigue por la utilización de un laringófono. Es un aparato que reemplaza a las cuerdas vocales de tal manera que al aproximarlo al cuello, el dispositivo produce unas vibraciones que son transmitidas a la faringe y cavidad bucal y, por los movimientos de la lengua, dientes y mandíbula, se modulan y producen un habla.

Aunque esta voz se aprende rápido y no requiere mucho entrenamiento, es una voz “robótica”, muy poco natural.

Se utilizan estos aparatos como última opción o mientras el paciente está aprendiendo la voz esofágica (44).

### Seguridad (43)

Los individuos laringectomizados deben aprender ciertas medidas de seguridad para evitar situaciones que comprometan su vida, para ello el equipo sanitario debe informarle sobre las mismas:

- Cuidados diarios de la cánula y el estoma para evitar infecciones u otros problemas graves.
- Poner especial atención al ducharse o entrar en contacto con el agua para evitar la entrada de esta al estoma.
- Proteger el estoma con un pañuelo o gasa húmeda en ambientes de fuerte viento, con polvo o con arena, como la playa.
- En caso de incendio hay que cubrir el traqueostoma con un pañuelo o gasa húmeda pero sin tapanlo del todo para dejar que respire.
- Si la persona presenta vómitos, debe girar todo el cuerpo y no solo la cabeza, pues podría tapan el estoma comprometiendo la respiración.

Es de vital importancia enseñar a las personas laringectomizadas a detectar señales de alarma y consultarlas de inmediato. Muchas podrán resolverse por sí solas o serán capaces ellos mismos de solventarlas, pero quizá otras necesiten la intervención de un especialista, por lo que instruirles sobre estos signos puede salvarles la vida.

- Enrojecimiento, dolor, inflamación o supuración del estoma.
- Si tras cambiar la cánula presenta sangrado, dificultad para respirar, hinchazón del cuello, coloración azulada de los labios o imposibilidad de reintroducir la cánula.
- Cambios en la cantidad, consistencia, olor y color de las secreciones.

- Signos de dificultad respiratoria como sudoración, asfixia, presencia de tapón mucoso.
- Salida de alimento por el traqueostoma.
- Sangrado importante a través del estoma.

También es importante instruir al personal sanitario y a las personas cercanas a un paciente laringectomizado a actuar en casos de máxima urgencia como una parada respiratoria fuera del hospital.

Lo primero es comprobar su estado de consciencia agitándole suavemente por los hombros. Si no responde porque está inconsciente hay que comprobar su respiración. Para ello se afloja o se quita la ropa, dejando el pecho y cuello al descubierto y se retira todo lo que tape el traqueostoma. Para oír y sentir el paso del aire se coloca el oído de quien esté ejecutando la maniobra a la altura del estoma, mirando al pecho para ver si se eleva o no. En este momento se pueden dar dos situaciones:

- Respira: se le coloca en posición lateral de seguridad.
- No respira: se llama inmediatamente al 112. Se retira la cánula interna y se vuelve a comprobar la respiración. Si sigue sin respirar se le decanula completamente para asegurarse de que no hay un tapón mucoso que le está impidiendo respirar. Si aun así no respira, se inicia la reanimación cardiopulmonar 30:2 como en cualquier persona, a excepción de que las insuflaciones de aire se realizan a través del estoma.

Se debe realizar la reanimación hasta la recuperación de la víctima o la llegada del equipo avanzado.

## 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Tras la realización de esta revisión bibliográfica se puede concluir que la enfermería supone un pilar fundamental para los pacientes laringectomizados.

Como se ha explicado en el desarrollo de este trabajo, la laringectomía total conlleva grandes repercusiones tanto físicas como psicológicas para la persona.

Los cuidados post-quirúrgicos, como se ha podido comprobar en esta revisión, son muy estrictos y específicos, por lo que es preciso una buena formación del equipo sanitario. Al consultar la bibliografía se ha demostrado que está en aumento el número de artículos, libros, guías o cursos que tratan sobre el tema, pero aún queda mucho camino por recorrer. De una buena formación enfermera se derivan unos buenos cuidados post-quirúrgicos centrados en la vía aérea, nutrición, herida quirúrgica, la comunicación y la educación para el autocuidado. Una atención de calidad disminuirá el riesgo de sufrir complicaciones y una potenciación del autocuidado supondrá una mejora de la calidad de vida en la fase crónica de la enfermedad, es decir, en la etapa domiciliaria.

En el ámbito psicológico, la enfermería se encuentra muy implicada en el apoyo emocional a estos pacientes, tanto en el periodo pre-quirúrgico como post-quirúrgico. Este apoyo es fundamental para ayudar tanto a los pacientes como a sus familiares a enfrentarse a una situación totalmente desconocida que puede provocar ansiedad, angustia o temor.

En la actualidad hay mucha más información sobre este tipo de intervención y sobre sus secuelas. Como principal avance se destaca la rehabilitación de la voz y el equipo multidisciplinar que participa en su enseñanza. Con las nuevas tecnologías es posible hacer llegar la información a muchas personas, mediante blogs, vídeos de Youtube, páginas de Facebook, etc. Aun así, las Asociaciones de Pacientes Laringectomizados realizan la labor más efectiva para influir positivamente en la recuperación de los pacientes, pues las componen personas laringectomizadas que comparten experiencias y pueden ayudar de una manera más directa a estas personas.

Con la realización de este trabajo se espera poder ofrecer una herramienta de consulta que pueda ser útil para otros profesionales y sirva como referencia para indagar más en este tema y se consiga mejorar la prestación de cuidados enfermeros.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. IARC - INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER [Internet]. Iarc.fr. 2017 [consultado 6 Marzo 2017]. Disponible en: <https://www.iarc.fr/>
2. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Seom.org. 2017 [consultado 6 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.seom.org/>
3. ¿Cuáles son los factores de riesgo de los cánceres de laringe y de hipofaringe? [Internet]. Cancer.org. 2017 [consultado 13 Marzo 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-laringe-e-hipofaringe/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
4. Tasas de supervivencia para los cánceres de laringe y de hipofaringe según la etapa [Internet]. Cancer.org. 2017 [consultado 20 Marzo 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-laringe-e-hipofaringe/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/tasas-de-supervivencia.html>
5. Chinski D. Laringectomía total [Internet]. Centro Dr. Chinski. 2017 [consultado 22 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.cechin.com.ar/laringectomia-total/>
6. Ruiz D. 66.3ª.01 RECUPERACION DE LA VOZ EN EL LARINGECTOMIZADO: INTRODUCCIÓN. [Internet].Otorrinoweb.com. 2017 [consultado 3 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.otorrinoweb.com/es/temas-faringe-laringe/146-t663/3008-663o01-introduccion.html>
7. Mumovic, G., & Hocevar-Boltezar, I. (2014). Olfaction and gustation abilities after a total laryngectomy. *Radiology and Oncology*, 48(3), 301–306. Disponible en: <http://doi.org/10.2478/raon-2013-0070>
8. González Guzmán M. Elaboración de guía de cuidados de enfermería al paciente laringectomizado [Grado en enfermería]. La Laguna; 2016.
9. Eadie, T. L., & Bowker, B. C. (2012). Coping and Quality of Life After Total Laryngectomy. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 146(6), 959–965. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/0194599812437315>
10. Almonacid, C. I. F., Ramos, A. J., & Rodríguez-Borrego, M.-A. (2016). Level of anxiety versus self-care in the preoperative and postoperative periods of total laryngectomy patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2707. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0743.2707>
11. Wang, H.-L., Keck, J. F., Weaver, M. T., Mikesky, A., Bunnell, K., Buelow, J. M., & Rawl, S. M. (2013). Shoulder Pain, Functional Status, and Health-Related Quality of Life after Head and Neck Cancer Surgery. *Rehabilitation Research and Practice*, 2013, 601768. Disponible en: <http://doi.org/10.1155/2013/601768>

12. Los pacientes laringectomizados reclaman más información y apoyo de las autoridades sanitarias tras la operación [Internet]. infosalus.com. 2017 [consultado 15 Abril 2017].  
 Disponible en: <http://www.infosalus.com/actualidad/noticia-pacientes-laringectomizados-reclaman-mas-informacion-apoyo-autoridades-sanitarias-operacion-20130420114020.html>
13. Corella Calatayud J, Vázquez Prado A, Tarragón Sayas M, Mas Vila T, Corella Mas J, Corella Mas L. Estomas. Manual para Enfermería. 1st ed. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2005.
14. Anatomía de la laringe [Internet]. www.aecc.es. 2011 [consultado 15 Abril 2017].  
 Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/cancerdelaringe/Paginas/Anatomia.aspx>
15. Anatomía de la laringe [Internet]. 2014 [consultado 15 Mayo 2017]. Disponible en: <http://metodonaturalcanto.blogspot.com.es/2014/11/v-behaviorurldefaultvmlo.html>
16. Las funciones básicas de la laringe [Internet]. Astrane: Centro de rehabilitación neurológica | Daño cerebral | Intervención pedagógica. 2017 [consultado 21 Abril 2017]. Disponible en: <http://www.astrane.com/las-funciones-basicas-de-la-laringe/>
17. Cirugía para los cánceres de laringe e hipofaringe [Internet]. Cancer.org. 2017 [consultado 26 Abril 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-laringe-e-hipofaringe/tratamiento/cirugia.html>
18. Reynaldo Alarcón J. Implicación activa de enfermería en la prevención de las complicaciones en el post operatorio del paciente laringectomizado total: Revisión narrativa. [Grado en Enfermería]. Escuela Universitaria de Enfermería "Dr. Sala de Pablo". Soria; 2014.
19. A.G. Badillo Melgar, M.R. Jimeno Galván, E. Vázquez Gandullo, A. García Hidalgo. Manejo del paciente traqueostomizado, cánulas y aplicación de fármacos inhalados [Internet]. 1st ed. 2017 [consultado 10 Mayo 2017]. Disponible en: [http://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/25-TRAQUEOSTOMIZADO-Neumologia-3\\_ed.pdf](http://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/25-TRAQUEOSTOMIZADO-Neumologia-3_ed.pdf)
20. Handler S. Tipos de tubos para traqueostoma [Internet]. Tracheostomy.com. 2013 [consultado 12 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.tracheostomy.com/spanish/types.html>
21. López Llames A. Cánula de plata [Internet]. 2013 [consultado 12 Mayo 2017]. Disponible en: <http://elotoblog.blogspot.com.es/2013/06/la-canula-de-plata-componentes-y.html>
22. Che-Morales J, Díaz-Landero P, Cortés-Tellés A. Manejo integral del paciente con traqueostomía [Internet]. Medigraphic.com. 2014. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/neumologia>

23. Lewarski J. Long-Term Care of the Patient With a Tracheostomy [Internet]. Rc.rcjournal.com. 2005 [consultado 9 Marzo 2017]. Disponible en: <http://rc.rcjournal.com/content/50/4/534.short>
24. 13. Soria Delgado R. Cambio de cánula de traqueotomía en Unidad de Hospitalización. Oviedo: Dirección de Enfermería. Hospital Universitario Central de Asturias; 2011 p. Disponible en: [http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f\\_archivos/Cambio%20canula%20de%20traqueotomia.pdf](http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Cambio%20canula%20de%20traqueotomia.pdf).
25. Mattioli, F., Bettini, M., Molteni, G., Piccinini, A., Valoriani, F., Gabriele, S., & Presutti, L. (2015). Analysis of risk factors for pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy with particular focus on nutritional status. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 35(4), 243–248. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4731886/>
26. Markou, K.D., Vlachsis, K.C., Nikolaou, A.C. et al. Incidence an predisposing factors of pharyngocutaneous fistula formation after total laryngectomy. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2004) 261: 61. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00405-003-0643-6>
27. Saki N et al. Pharyngocutaneous fistula after laryngectomy: incidence, predisposing factors, and outcome. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2008 [consultado 10 Mayo 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18426323>
28. Prado Rodriguez-Barbero M. Cuidados de enfermería en la traqueostomía | Tú Cuidas [Internet]. Tucuidas.laenfermeria.es. 2008 [consultado 19 Mayo 2017]. Disponible en: <http://tucuidas.laenfermeria.es/archives/746>
29. Cuidado del Paciente con Traqueostomía [Internet]. Pisa.com.mx. [consultado 19 Mayo 2017]. Disponible en: [http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_2\\_3.html](http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_2_3.html)
30. García Rambla J. Problemas más frecuentes en los cuidados de la traqueostomía | AEEORL [Internet]. Aeeorl.es. [consultado 15 Mayo 2017]. Disponible en: <http://aeeorl.es/problemas-m%C3%A1s-frecuentes-en-los-cuidados-de-la-traqueostom%C3%ADa>
31. Morris LL et al. Tracheostomy care and complications in the intensive care unit. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2013 [consultado 1 Junio 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24085825?dopt=Abstract>
32. Blázquez Villacastín C. Aspiración de secreciones [Internet]. 3rd ed. Madrid; 2013 [consultado 27 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere>
33. Martín Villares C, Fernández Pello M, San Román Carbajo J, Tapia Risueño M, Domínguez Calvo J. Nutrición postoperatoria en pacientes con cáncer de cabeza y cuello [Internet]. Scielo.isciii.es. 2003 [consultado 8 Mayo 2017]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112003000500003&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112003000500003&Ing=es)

34. Entrala Bueno A, Morejón Bootello E, Sastre Gallego A. Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico [Internet]. 1st ed. Madrid: SEOM; [consultado 8 Mayo 2017]. Disponible en: [http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap\\_11.pdf](http://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_11.pdf)
35. Nestle Nutrition. Nutrición por sonda nasogástrica. Disponible en: <http://sgxx.org/docs/documentacion/guia-nutricion-sonda-nasogastrica.pdf>
36. Flórez Almonacid C. Asociación entre desnutrición y ansiedad en pacientes en postoperatorio de laringectomía [Doctorado Biomedicina]. Universidad de Córdoba; 2013.
37. Poza Artés CM, Ruiz Magañas E, Ramos Bosquet G, Ramos Sánchez R, Maldonado Martín I, Martínez Ocaña A. Programa de educación al paciente traqueotomizado. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(1). [Consultado 1 Junio 2017] Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0304.php>
38. Pardal-Refoyo JL, Muñoz-Navarro C. Guía para pacientes portadores de cánula. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantabria La Rioja. 2013. 4 (Supl 4): S19-47
39. Clavel Cerón R, Calvo Torres M, Luque Martínez M, Subiela García J. et al. Atención Integral al Paciente Portador de Cánula. 1st ed. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social. Servicio Murciano de Salud. Dirección de Enfermería del Complejo Hospitalario de Santa Lucía. Área II de Salud. Cartagena. Murcia.; 2016.
40. Gimeno Arcos E, Miró Llull M. Cura e higiene del estoma, sobre la cánula y otras indicaciones [Internet]. 1st ed. Palma de Mallorca: Asociación Española Contra el Cáncer; [consultado 22 Marzo 2017]. Disponible en: [https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cura\\_higiene\\_estoma.pdf](https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documents/Cura_higiene_estoma.pdf)
41. Dall'Armi L. et al. Going Home with a Laryngectomy Stoma: A Guide for Patients and Carers. 2nd ed. Liverpool; 2003.
42. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Guía del Laringectomizado. 1st ed. Murcia.
43. Guía de Recomendaciones al Paciente Traqueotomizado [Internet]. Madrid.org. 2006 [consultado 28 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=ContentDisposition&blobhea>
44. Miró Llull J. Año IX - A los veinte días de una laringectomía total se puede hablar [Internet]. Bitacora.mirollull.com. 2014 [consultado 29 Mayo 2017]. Disponible en <http://bitacora.mirollull.com/post/117743>
45. Jiménez Gutiérrez C. ERIGMOFONÍA [Internet]. Idd00x1v.en.eresmas.com. 2004 [consultado 2 Junio 2017]. Disponible en: <http://idd00x1v.en.eresmas.com/Colab3.html>
46. Asociaciones de Laringectomizados en España [Internet]. 1st ed. [consultado 4 Junio 2017]. Disponible en: <http://www.anl.asociacionespamplona.es/files/4-22753-annex/asociaciones.pdf>

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1. ETAPAS DE APRENDIZAJE DE LA VOZ ERIGMOFÓNICA

#### Escala de nivel de Wepman

NIVEL	Modalidad de producción de sonido esofágico	Habilidad de palabra
<b>I</b>	Automáticamente	Voz esofágica usual
<b>II</b>	A voluntad con continuidad	Grupo de palabras posible
<b>III</b>	A voluntad	Habla por palabras separadas
<b>IV</b>	Voluntariamente gran parte del tiempo	Vocales diferenciadas, habla monosílaba
<b>V</b>	Voluntariamente a veces	No hay palabra
<b>VI</b>	Involuntariamente	No hay palabra
<b>VII</b>	Ningún sonido	No hay palabra

Fuente: Erigmofonía (45).

Llegar al nivel III significa que no se tienen muchas dificultades en practicar todos los ejercicios elementales.

Si se llega al nivel II es que decir las sílabas elementales es posible a voluntad, pero falta habilidad, pues aun usar la voz erigmofónica solo se usa de vez en cuando y con cierta dificultad.

El nivel I es el máximo a alcanzar y significa el dominio total de la voz erigmofónica y con el paso del tiempo se conseguirá una voz satisfactoria.

## ANEXO 2. REHABILITACIÓN DE LA VOZ

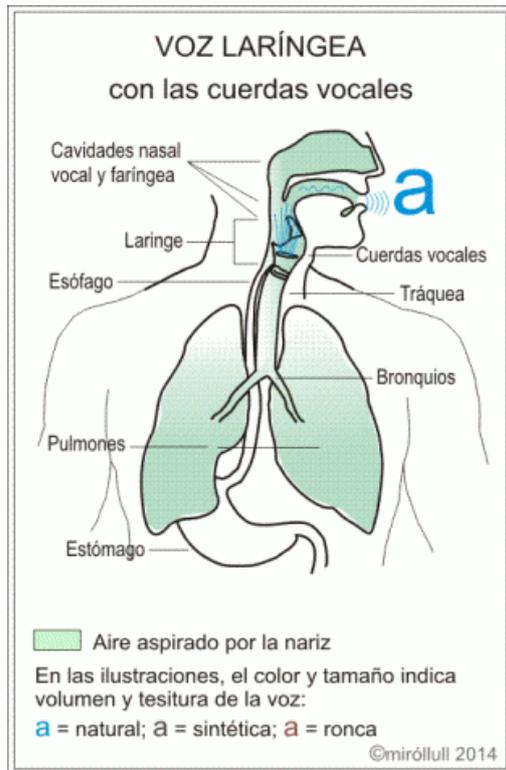


Imagen 4. Voz laríngea (44).

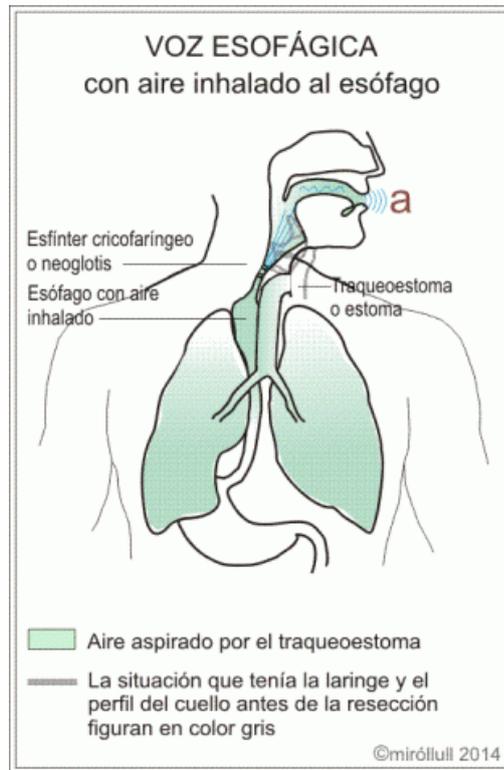


Imagen 5. Voz erigimofónica (44).

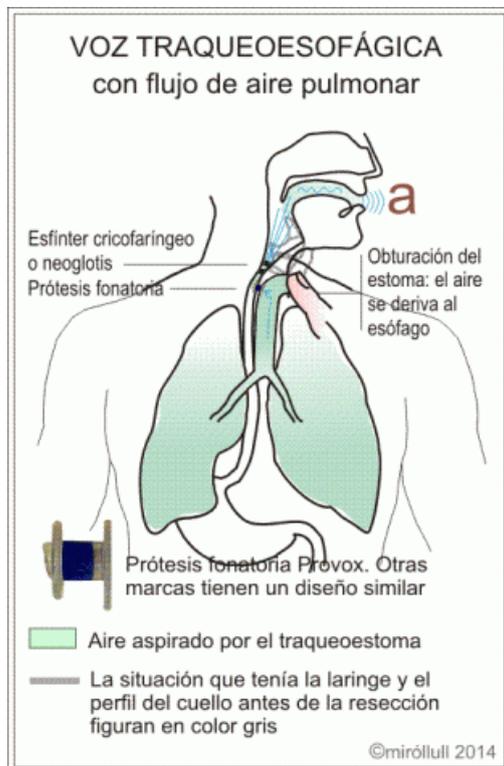


Imagen 6. Voz prostética (44).

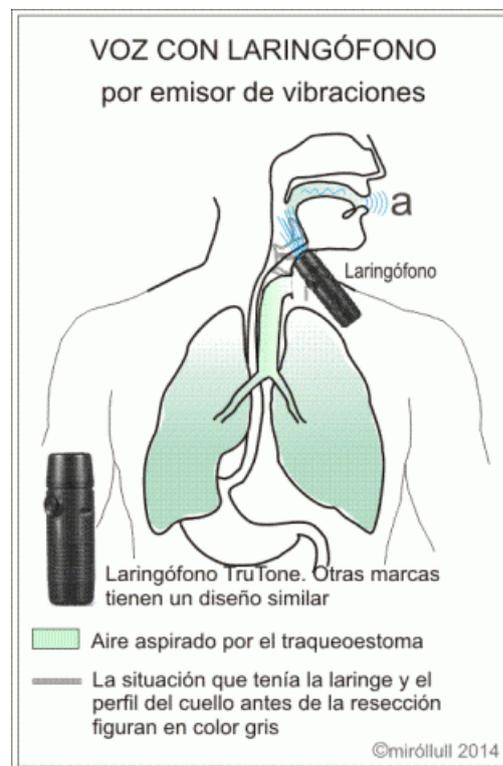


Imagen 7. Voz electrónica (44).

## Asociaciones de laringectomizados en España

### A.B.L.

#### ASOCIACION BARCELONESA DE LARINGECTOMIZADOS

Provenza, 327, 2º 1º - Tel.: 93 457 90 03 - Fax: 93 207 14 97  
08037 BARCELONA

#### ASOCIACION BARCELONESA DE LARINGECTOMIZADOS

Delegación de l'Anoia  
CCC La Vinícola (Ctra Valls, 57) - 08710 Sta. Margarida de Montbui (Barcelona) - Tel.: 93 809 68 21

#### ASOCIACION BARCELONESA DE LARINGECTOMIZADOS

Delegación del GARRAF  
Pau Casals, 17-19 - Tel.: 93 894 75 06 - 08870 SITGES (Barcelona)

### ESCOLA DE RECUPERACIÓ DE LA VEU DE L'ALT EMPORDÀ

Empordà, 3 - Tel.: 972 51 05 11 - 17600 FIGUERES (Girona)

### A.P.L.

#### ASOCIACION PROVINCIAL DE LARINGECTOMIZADOS

Avda. Madrid, 15 baixos - Tel.: 973 28 30 99 - 25002 LLEIDA

#### ASOCIACION DE LARINGECTOMIZADOS DE LLEIDA

Delegación del PALLARS  
Hospital Comarcal del Pallars, Pau Casals, 5  
25620 TREMP (Lleida)

#### DELEGACIÓ "ALT URGELL"

Pº Joan Brudieu, s/n. - 25700 LA SEU D'URGELL (Lleida)

### A.P.L.T.

#### ASOCIACION PROVINCIAL DE LARINGECTOMIZADOS

Pere Martell, 13, 3º 1º - Tel.: 977 24 14 41 - 43001 TARRAGONA

#### ASOCIACION PROVINCIAL DE LARINGECTOMIZADOS

Dependencias Hospital San Juan de Reus  
San Juan, s/n. - Tel.: 977 33 17 64 - REUS (Barcelona)

#### ASOCIACION PROVINCIAL DE LARINGECTOMIZADOS

Delegación de TORTOSA  
Moncada, 13, 1º 2º - TORTOSA (Tarragona)

#### ASOCIACION PROVINCIAL DE LARINGECTOMIZADOS

Centro Cívico La Estación  
La Rambla, s/n. - Tel.: 977 66 32 89 - VENDRELL (Tarragona)

#### ASOCIACION NAVARRA DE LARINGECTOMIZADOS

Bartolomé de Carranza, 20 - 31008 PAMPLONA (Navarra)  
Tel.: 94 819 64 23

#### ASOCIACION CÁNTABRA DE LARINGECTOMIZADOS

Avda. del Deporte B-13, 2º B - Tel.: 942 27 36 16  
39011 SANTANDER

#### ASOCIACION DE LARINGECTOMIZADOS DE FERROL-TERRA

c/ Sol, Nº 28 - Telf.: 981355303 - Fax: 981355298  
15402 FERROL

#### ASOCIACION DE LARINGECTOMIZADOS DE ASTURIAS "A.L.A."

c/ Landreo, 11, Entº derecha - Tel.: 985 17 22 42 -  
33206 GIJÓN - Asturias

c/ Jose Cueto, 3, 2º derecha - 33400 AVILES

c/ Uña, 26, 1º - 33003 OVIEDO - Asturias

#### ASOCIACION CASTELLANO MANCHEGA LIMITADOS DE LA VOZ

Quejidos, 14 - Tel.: 926 21 18 03 - 13002 CIUDAD REAL

#### ASOCIACION DE LARINGECTOMIZADOS DE CORDOBA A.E.C.C.

c/ Miguel Benzo, Nº 6 local - Tel.: 957453621 y 957233990  
14005 CORDOBA

#### ASOCIACION LARINGECTOMIZADOS DE LA CORUÑA

(Centro Oncológico Regional)  
Avda. Virgen de Montserrat, s/n. - Tel.: 981 28 93 40 - 15006 LA CORUÑA

#### ASOCIACION LUCENSE DE LARINGECTOMIZADOS

García Abad, 32, 1º D - 27004 LUGO

#### CENTRO DE REHABILITACION DE LA VOZ

Salmeron, 100 - Tel.: 93 785 22 86 - 08222 TERRASSA (Barcelona)

#### ASOCIACION JIENNENSE DE LARINGECTOMIZADOS

(Cruz Roja Española)  
Carmelo Torres, 1 - Tel.: 952 25 60 05 - 23007 JAEN

#### ASOCIACION VIZCAINA DE LARINGECTOMIZADOS

Bailén 15 - Tel.: 94 415 42 78 - 48003 VIZCAYA

#### ASOCIACION DE LARINGECTOMIZADOS DE LEON "A.L.L.E."

c/ Juan Alvarez Posadilla, 12 - c/ Juan XXIII, 6, portal 2, 1º -  
Tel.: 987 21 08 07 - 24006 LEON Santa Catalina, 3 - Tel.: 987 54 05 11  
24050 VILAFRANCA DEL BIERZO (Leon)

Centro de Salud La Bañeza - Tel.: 987 66 73 14 -  
24792 ALTOBAR DE LA ENCOMIENDA (Leon)

Hogar del Pensionista - 24870 OCEJA DE VALDENORMA (Leon)

La Paz, 12, 4º D - Tel.: 987 47 17 87 - 24100 VILLABLINO (Leon)

La Calzada, 10 - 24430 VEGA DE ESPINAREDA (Leon)

#### ASOCIACION MALAGUEÑA DE LARINGECTOMIZADOS

Eclesiastes, 8, bajos - Tel.: 95 225 61 95 - 29013 MALAGA

#### ASOCIACION DE LARINGECTOMIZADOS DE BALEARES "A.L.B.A."

San Jose de la Montaña, 1 - Tel.: 971 75 55 44 -  
07010 PALMA DE MALLORCA

#### ASOCIACION GUIPUZCOANA DE LARINGECTOMIZADOS

(Instituto Oncológico) Aidecoa, s/n. - Tel.: 943 27 01 00 -  
20012 SAN SEBASTIAN

#### ASOCIACION SEVILLANA DE LARINGECTOMIZADOS

c/ Burdeos, 4 1º - Tel.: 954 23 86 55 - 41012 SEVILLA

#### ASOCIACION SORIANA DE LARINGECTOMIZADOS

(Hospital del INSALUD) Heras de Sta. Barbara, s/n  
Tel.: 975 22 10 00 - 42003 SORIA

#### ASOCIACION MADRILEÑA DE LARINGECTOMIZADOS

Calle de los Vinateros, Nº 51 ofc. 6 - Tel.: 913283232  
28030 MADRID

#### ASOCIACION VALENCIANA DE OPERADOS DE LARINGE "A.V.O.L."

c/ Albacete, 37, 5º 1º - Tel.: 96 380 81 68 - 46007 VALENCIA

#### ASOCIACION BURGALESA DE LARINGECTOMIZADOS

Paseo de la Isla, 7 bajo - Tel.: 20 12 21 - 09003 BURGOS

#### ASOC. REGIONAL ARAGONESA DE LARINGECTOMIZADOS "ARALVOZ"

Fuenterriaba, 1 - Tel.: 976 44 57 56 - 50004 ZARAGOZA

#### ASOCIACION OSCENSE DE LARINGECTOMIZADOS

Psj. Castillo de Loarre - 22003 HUESCA

#### ASOC. VALLISOLETANA DE LARINGECTOMIZADOS

c/ Caamaño, 76 - Bajo A - Tel.: 983 22 12 64  
47013 VALLADOLID

#### ASOCIACION DE LARINGECTOMIZADOS DE ORENSE (CRUZ ROJA)

C/ Diaz de la Banda, Nº 40 - Tel.: 606531732 - 32004 ORENSE

#### ASOCIACION PALENTINA DE LARINGECTOMIZADOS

C/ Francisco Vighi, 23 bajo - Tel.: 988 72 08 39  
34004 PALENCIA

#### ASOCIACION CASTELLONENSE LIMITADOS DE LA VOZ

Camino S. Jos, s/n. - Tel.: 964 22 23 27 - 12004 CASTELLON

#### ASOCIACION RIOJANA DE OPERADOS DE LARINGE "A.R.O.L."

Ruaveja, 33-35 nº 21 - Tel.: 941 26 21 23 - 26001 LOGROÑO

#### ASOCIACION TINERFEÑA DE LARINGECTOMIZADOS Y MUTILADOS DE LA VOZ

C/ Juan Alvarez Delgado, 5, 1º D - Tel.: 922 23 18 72  
SANTA CRUZ DE TENERIFE

#### ASOCIACION GADITANA DE LARINGECTOMIZADOS

Santa Maria, 23 - 11005 CADIZ

#### C.A.L. "LOS LARINGECTOMIZADOS SOMOS HERMANOS"

Puerto de las Palomas, 2 - 41006 SEVILLA

#### ASOCIACION DE LARINGECTOMIZADOS DE HUELVA (ASLAHU)

Paseo de la Independencia, 57 - B - Ent. D. -  
Tel.: 959 24 76 92 - 21002 HUELVA

#### ASOCIACION DE LARINGECTOMIZADOS REGION DE MURCIA "SAN BLAS"

ALAMUR  
Antonio Abellan, s/n. CENTRO CULTURAL TERESA DE CALCUTA  
30006 MURCIA - TLFs: 968-343038 y 646-985259

#### ASOCIACION DE LARINGECTOMIZADOS DE EXTREMADURA

Avda. Lusitania, s/n. - Tel.: 924 33 00 67  
06800 MÉRIDA (Badajoz)

#### ASOCIACION DE LARINGECTOMIZADOS DE MENORCA

c/ Mana Luisa Serra, 83, 3º 2º - MAHÓN (Baleares)

#### ASOCIACION ALAVESA DE LARINGECTOMIZADOS

c/ Pintor Vicente Abreu, 7, Bajo - 01008 VITORIA (Gasteiz)  
Telf. y Fax: 945010278

#### ASOCIACION SALMANTINA DE LARINGECTOMIZADOS

c/ Castro Verde, Nº 14-20 (Bº "El Zurgén")  
Telf. y Fax: 923190168  
37008 SALAMANCA

#### ASOCIACION PROVINCIAL DE LARINGECTOMIZADOS DE SEGOVIA

Marqués de Mondejar, Nº 3, 1º D - Telf.: 921426361  
Fax: 921427296 - 40001 SEGOVIA