

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE VITORIA**



**Trabajo de Fin de Grado en Enfermería**

**“PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN  
PACIENTES LARINGECTOMIZADOS”**

**AUTORA: MIRIAM GONZÁLEZ DIEGO**

**TUTORA: PROF<sup>a</sup>. DRA. MERCEDES GÓMEZ DEL PULGAR**

**CONVOCATORIA: JUNIO 2015**



## Índice

1. Resumen.....	7
2. Introducción .....	9
3. Marco teórico .....	10
3.1. Anatomía de la laringe.....	10
3.2. El Cáncer de laringe .....	14
3.3. Epidemiología.....	18
3.4. Factores de Riesgo.....	19
3.5. Clínica del cáncer de laringe .....	20
3.6. Diagnóstico del cáncer de laringe.....	21
3.7. Tratamiento.....	23
3.7.1. Cirugía.....	23
3.7.2. Radioterapia .....	24
3.7.3. Quimioterapia.....	26
3.8. Repercusiones de la laringectomía total .....	27
3.9. Importancia de la implicación de las familias .....	29
3.10. Cuidados y papel de Enfermería .....	30
3.11. Recuperación del habla en pacientes laringectomizados .....	31
3.12. Papel de las asociaciones de pacientes.....	32
4. Proyecto de Educación Para la Salud.....	35
4.1. Definición del problema de salud.....	35
4.1.1. Planteamiento y exposición general del problema.....	35

4.1.2.	Problema real o potencial .....	36
4.1.3.	Importancia del tema .....	36
4.1.4.	Justificación de la necesidad de poner en marcha un Programa de Educación Para la Salud .....	37
4.2.	Propuesta de actuación de promoción de la salud .....	38
4.2.1.	Estrategia de Educación Para la Salud .....	38
4.2.2.	Eslogan .....	39
4.2.3.	Objetivos .....	39
4.2.4.	Población diana .....	40
4.2.5.	Captación.....	40
4.2.6.	Actividades.....	41
4.2.7.	Relación entre Objetivos específicos y actividades .....	42
4.2.8.	Recursos disponibles .....	43
4.2.9.	Recursos necesarios.....	43
4.2.10.	Sistema de evaluación del programa .....	44
4.2.11.	Cronograma .....	45
5.	Conclusiones .....	47
6.	Reflexión antropológica.....	48
7.	Bibliografía .....	50
8.	Anexos .....	53
8.1.	Anexo 1.....	53
8.2.	Anexo 2.....	56
8.3.	Anexo 3.....	57

## Índice de tablas

Tabla 1. Clasificación T: tamaño tumoral.....	15
Tabla 2. Clasificación N: Ganglios linfáticos regionales.....	16
Tabla 3. Clasificación M: Metástasis a distancia.....	16
Tabla 4. Clasificación TNM: Estdios tumorales.....	17
Tabla 5. Relación entre objetivos específicos y actividades.....	42
Tabla 6. Proyecto EPS en pacientes laringectomizados.....	45
Tabla 7. Detalles actividades.....	46

## Índice de imágenes

Imagen 1. Anatomía de la laringe.....	10
Imagen 2. Cartílagos de la laringe.....	12
Imagen 3. Hábito tabáquico.....	19
Imagen 4. Laringectomía total. Antes y después de la intervención.....	29
Imagen 5. Apoyo.....	48

## 1. Resumen

El cáncer de laringe constituye una de las neoplasias malignas más frecuentes dentro de la región de cabeza y cuello. Afecta principalmente al sexo masculino, aunque en los últimos años cada vez afecta a un mayor número de población femenina debido, entre otras cosas, a un mayor número de mujeres fumadoras.

Dentro de las opciones terapéuticas que encontramos para erradicar el cáncer de laringe la más radical y agresiva es la laringectomía total, se trata de una operación quirúrgica que consiste en la extirpación total de la laringe. Tras esta intervención es necesario la realización de una traqueostomía, un orificio realizado en la parte anterior del cuello que se comunica con la tráquea y facilita el paso del aire a los pulmones.

Las funciones que cumple la laringe se ven alteradas debido a su extirpación, causando fundamentalmente la pérdida de la capacidad para producir la voz, así como las alteraciones psicológicas que esto produce. Por lo tanto el paciente deberá sumirse en un proceso de reeducación del habla para poder volver a comunicarse verbalmente.

Existen diversas asociaciones de pacientes laringectomizados que se dedican a ayudar a estos pacientes y a sus familias, y sirven como guía en el proceso de la reeducación del habla, así como una motivación para los que comienzan su rehabilitación.

Como profesionales de enfermería nos encontramos dentro del equipo multidisciplinar que presta cuidados a los pacientes laringectomizados, proporcionando, entre otras cosas, educación sanitaria tanto a los pacientes como a las familias.

En este trabajo se va a tratar principalmente la reeducación del habla y el aspecto psicológico de los pacientes que han sido intervenidos de una laringectomía total como consecuencia de un cáncer de laringe y la importancia de la implicación de las familias en el proceso de recuperación.

**Palabras clave:** cáncer, laringe, laringectomía total, reeducación del habla

**Abstract:**

Laryngeal cancer constitutes one of more frequent malignant tumors. Last years, the prevalence of this cancer has been increased in women respect to men, due to there are more smoking women.

Total laryngectomy is the radical surgical treatment involving of the larynx. After that surgery, it is necessary a tracheostomy or selective neck dissection to connect with trachea allowing air flow towards lungs.

The most important consequence of radical removal of larynx is the total loss of voice and psychological disorders. So, the patients must start a speech rehabilitation in order to recover oral communication skills.

There are different laryngectomy patients association for helping to these patients and their families, and they are a motivation in the recovery process. Also, nurses as part of multidisciplinary team, have active participation in this rehabilitation providing nursing care.

In summary, this study explains the speech reeducation and physical and emotional recovery of the laryngectomy patients because of laryngeal cancer and the implication of their families in rehabilitation process.

**Keywords:** cancer, larynx, total laryngectomy, reeducation speech.



## 2. Introducción

El cáncer de laringe constituye la patología más grave que se puede producir en este órgano. Se trata de una neoplasia maligna que afecta en mayor proporción al sexo masculino que al femenino.

Muchos han sido los avances que se han obtenido en el tratamiento de personas afectadas por el cáncer de laringe. Pero no ha sido hasta la segunda mitad del siglo XX cuando se ha producido un aumento más significativo en el tratamiento de la enfermedad, correspondiéndose con los grandes avances tecnológicos que ha sufrido la sociedad durante este período de la historia de la Humanidad

Cuando se detecta en estadios avanzados o han fracasado la aplicación de otros tratamientos es irremediable la realización de una laringectomía total, es decir, la extirpación completa de la laringe.

Esta intervención conlleva la pérdida de las principales funciones de este órgano, la función respiratoria y la función fonatoria. Por ello es necesario la realización de una traqueostomía para comunicar el aparato respiratorio con el exterior y que se pueda producir el intercambio gaseoso a través del estoma.

En cuanto a la función fonatoria, con la extirpación de la laringe también se retiran las cuerdas vocales, donde se produce la voz, por lo tanto el paciente no puede comunicarse de forma oral. Pero con un proceso de rehabilitación y reeducación es posible volver a hablar. Lo principal para comenzar con esta recuperación es la motivación y las ganas del paciente para ello.

Existen gran cantidad de asociaciones repartidas por toda España dirigidas a los pacientes laringectomizados donde pueden acudir cuando lo necesiten tanto los pacientes como los familiares que se encuentran en esta situación.

El objetivo del presente trabajo es ofrecer una revisión bibliográfica sobre cuál es la situación del cáncer de laringe en la actualidad, así como aclarar en qué consiste la laringectomía total y cuáles son las principales necesidades de estos pacientes. Y a partir de ello establecer un Programa de Educación Para la Salud desde el ámbito de la Enfermería.

### 3. Marco teórico

#### 3.1. Anatomía de la laringe

La laringe es un órgano que forma parte del sistema respiratorio y se localiza en la parte anterior y medial del cuello, anterior a las vértebras cervicales C4, C5 y C6.

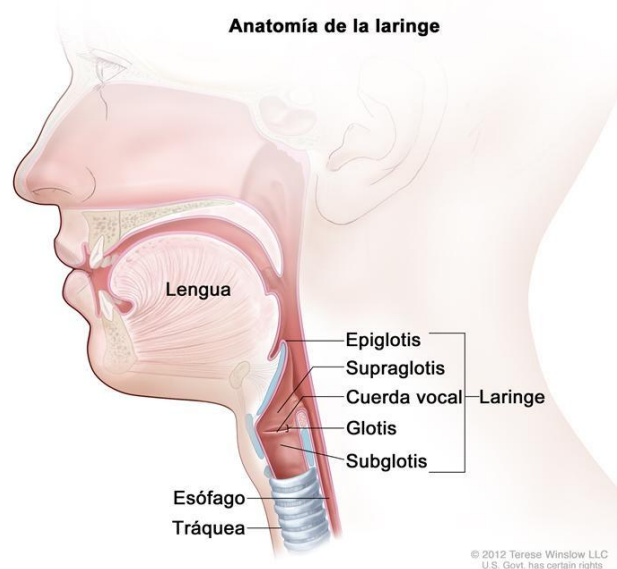
Se trata de un conducto tubular que se sitúa entre la faringe y la tráquea, formando parte de las vías aéreas superiores, y permite el paso del aire entre éstas y las vías aéreas inferiores.

Su estructura fundamental es muscular y cartilaginosa, y por dentro se encuentra tapizado por un tejido similar al que encontramos en el resto del aparato respiratorio.

En su interior nos encontramos la glotis y las cuerdas vocales, las cuales se diferencian en cuerdas vocales superiores o falsas, también denominadas pliegues vestibulares, y las cuerdas vocales inferiores o verdaderas, también llamadas pliegues vocales, y las cuáles son las encargadas de emitir la fonación.

La laringe consta de tres partes principales, las cuales son:

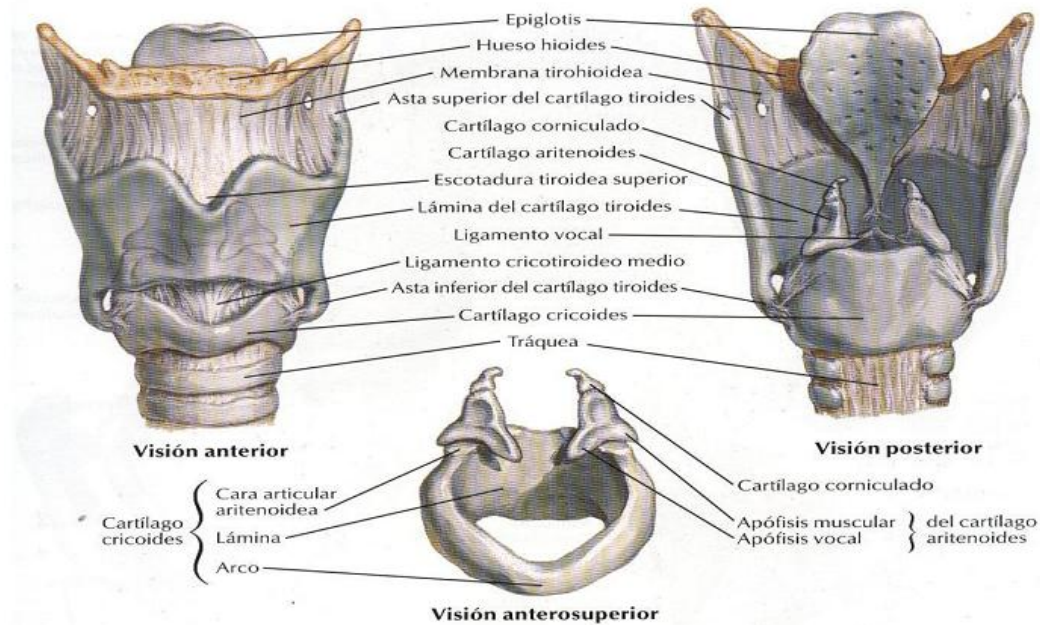
- Supraglotis: es la parte superior de la laringe e incluye la epiglotis.
- Glottis: es la parte media de la laringe, en la cual se localizan las cuerdas vocales.
- Subglottis: es la parte inferior de la laringe, situada entre las cuerdas vocales verdaderas y la tráquea.



**Imagen 1. Anatomía de la laringe**

Los principales cartílagos que encontramos dentro del esqueleto que forma la laringe son:

- Cartílago tiroides: es la pieza principal de la laringe. Está formado por dos láminas cuadrangulares que se unen en la parte anterior formando un ángulo, llamado “nuez” o “bocado de Adán”. En los hombres este ángulo es de 90° mientras que en las mujeres se forma un ángulo de 120°.
- Cartílago cricoides: se trata de un anillo cartilaginoso situado por debajo del cartílago tiroides y en la parte anterior del esófago. Forma el límite inferior de la laringe precediendo a la tráquea.
- Epiglotis: es una estructura cartilaginosa que tiene forma ovalada y se sitúa donde comienzan las vías aéreas inferiores. Posee un mecanismo de movimiento mediante el cual permite la entrada y la salida de aire en las vías aéreas, manteniéndose cerrado durante el proceso de deglución, para así evitar el paso de líquidos y alimentos al aparato respiratorio.
- Cartílagos aritenoides: son dos pequeñas placas de estructura cartilaginosa situados en el borde posterior de la laringe y cuya forma es triangular. Estos cartílagos son los que sirven de unión entre el cartílago tiroides y el cricoides. Además su apófisis muscular sirve de inserción para algunos de los músculos que contiene esta región, y además posee una apófisis vocal, donde se encuentran insertadas las cuerdas vocales.
- Cartílagos corniculados: o también llamados de Santorini. Son dos pequeños núcleos fibroelásticos que se encuentran localizados por encima de los cartílagos aritenoides.
- Cartílagos cuneiformes: o de Wrisberg. Al igual que los anteriores, también se trata de dos estructuras fibroelásticas.



**Imagen 2. Cartílagos de la laringe**

Los músculos que forman parte de la laringe se dividen en músculos intrínsecos, los cuales se extienden de un cartílago laríngeo a otro también de la laringe, y músculos extrínsecos, que se extienden de un cartílago de la laringe a otro de un órgano anexo.

Los músculos intrínsecos se encargan de realizar los movimientos de las cuerdas vocales. Dentro de los músculos intrínsecos encontramos:

- Cricotiroides: su función consiste en alargar y tensar las cuerdas vocales.
- Cricoaritenoides posterior: es el más potente de todos y el único que tiene la función de abductor de las cuerdas vocales.
- Cricoaritenoides lateral: es el encargado de aducir, tensar y alargar las cuerdas vocales.
- Tiroaritenoides: relaja y acorta las cuerdas vocales
- Interaritenoides: encargado de aducir las cuerdas vocales.

En relación a los músculos extrínsecos se pueden dividir en dos grupos:

- Elevadores de la laringe: son aquellos que actúan durante la deglución y durante la espiración. Los músculos elevadores de la laringe son: el Digástrico, el Estilohioideo, el Genihioideo, el Milohioideo, el Estilofaríngeo y el tirohioideo.
- Depresores de la laringe: son los que intervienen durante la inspiración, y son el Esternohioideo, el Homioideo y el Esternotiroideo.

En relación a la irrigación de la laringe se pueden distinguir tres arterias principales. La primera de ellas es la arteria laríngea superior, encargada de irrigar la zona supraglótica, Ésta se introduce en la membrana tirohioidea y se desliza entre la mucosa del seno piriforme. La segunda arteria a destacar es la arteria laríngea anteroinferior o también denominada cricotiroidea que tiene su origen en la tiroidea superior y de ahí se introduce en la laringe atravesando el ligamento cricotiroideo y encargándose de irrigar esa zona. Y en último lugar, la arteria laríngea posteroinferior que proviene de la tiroidea inferior y es la encargada de irrigar toda la zona inferior de la laringe.

Atendiendo a la inervación que presenta la laringe encontramos fundamentalmente el nervio laríngea superior que a su vez se divide en dos ramas dando lugar al nervio laríngea interno y nervio laríngea externo, y por otro lado el nervio laríngea inferior o recurrente. Tanto el nervio laríngea superior como el inferior parten del nervio vago.

El nervio laríngea superior es tanto sensitivo como motor, su rama externa inerva el músculo cricotiroideo, mientras que la rama interna inerva la mucosa de la laringe y la epiglotis.

Por su lado, el nervio laríngea inferior constituye el nervio motor principal de la laringe. Siendo su trayecto y longitud más largo en el lado izquierdo que en el derecho.

### 3.2. El Cáncer de laringe

En la actualidad, el cáncer de laringe se considera el tumor maligno más frecuente dentro de la especialidad médica de otorrinolaringología. Representa aproximadamente el 25% de los casos de neoplasias de cabeza y cuello, y en total el 2% de los tumores malignos de todo el organismo.<sup>1</sup>

El 90-95% de los tumores laríngeos son carcinomas de células escamosas. Pero además existen otros tipos que son menos frecuentes como carcinoma adenoescamoso, carcinoma verrucoso, carcinomas de células pequeñas o tumores metastásicos entre otros.

Para determinar si el cáncer de laringe se ha extendido en la laringe o a otras partes del cuerpo se emplea el proceso de estadificación. La información que se obtiene durante este proceso determina el estadio en el que se encuentra la enfermedad, lo cual adquiere gran importancia en el momento de decidir el tratamiento que se debe aplicar.

Para realizar una clasificación del cáncer de laringe el sistema más utilizado es el de estadificación TNM, del American Joint Committee on Cancer (AJCC), el cual resume la extensión que presenta dicho cáncer.

La T significa tumor y hace referencia a su extensión, la N señala la propagación a los ganglios linfáticos del cuello y, por último, la M representa la metástasis.

A continuación se exponen unas tablas con el sistema de estadificación TNM en cuanto al cáncer de laringe, con datos publicados en la AJCC y en la Internacional Union for Cancer Control (UICC).

<b>CLASIFICACIÓN T : TAMAÑO TUMORAL</b>		
<b>SUPRAGLOTIS</b>	<b>T1</b>	Tumor pequeño que se limita en la supraglotis y respeta la movilidad de las cuerdas
	<b>T2</b>	Tumor que abarca más de una sublocalización de la supraglotis o la glotis, y puede afectar a la movilidad de las cuerdas
	<b>T3</b>	Tumor limitado a la laringe, afecta a la movilidad de una o ambas cuerdas vocales
	<b>T4</b>	Tumor que invade más que la laringe
<b>GLOTIS</b>	<b>T1</b>	Tumor localizado en los pliegues vocales
	<b>T1a</b>	Afecta a una cuerda vocal
	<b>T1b</b>	Afecta a ambas cuerdas vocales
	<b>T2</b>	El tumor se extiende a la subglotis o supraglotis. Afecta ligeramente a la movilidad de las cuerdas
	<b>T3</b>	El tumor se limita a la laringe, y tiene fijación en una o ambas cuerdas
<b>T4</b>	El tumor invade más estructuras a parte de la laringe	
<b>SUBGLOTIS</b>	<b>T1</b>	Tumor limitado a la subglotis
	<b>T2</b>	Tumor que se extiende a la glotis, pero no afecta a la movilidad de las cuerdas
	<b>T3</b>	Tumor limitado a la laringe, con fijación en las cuerdas vocales
	<b>T4</b>	Invasión del tumor a otras estructuras diferentes a la laringe

**Tabla 1. Clasificación T: Tamaño tumoral**

<b>CLASIFICACIÓN N: GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES</b>	
<b>Nx</b>	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales
<b>N0</b>	No hay ganglios linfáticos regionales afectados
<b>N1</b>	El tumor se ha diseminado a un solo ganglio del mismo lado que el tumor primario y su dimensión es menor a 3 cm
<b>N2</b>	Existencia de metástasis en un solo ganglio mayor de 3 cm y menor de 6 cm en su diámetro mayor o múltiples ganglios ninguno mayor de 6 cm
<b>N2a</b>	Afectación en un ganglio lateral entre 3 cm y 6 cm
<b>N2b</b>	Afectación a varios ganglios laterales menores de 6 cm
<b>N2c</b>	Afectación a un ganglio linfático en cualquier región del cuerpo menor de 6 cm
<b>N3</b>	Existencia de metástasis en ganglio linfático mayor de 6 cm

**Tabla 2. Clasificación N: Ganglios linfáticos regionales**

<b>CLASIFICACIÓN M: METÁSTASIS A DISTANCIA</b>	
<b>Mx</b>	No se puede evaluar la presencia de metástasis a distancia
<b>M0</b>	Ausencia de metástasis a distancia
<b>M1</b>	Existencia de metástasis a distancia

**Tabla 3. Clasificación M: Metástasis a distancia**



<b>CLASIFICACIÓN TNM: ESTADIOS TUMORALES</b>			
<b>ESTADÍO</b>	<b>T</b>	<b>N</b>	<b>M</b>
<b>0</b>	Tis	N0	M0
<b>I</b>	T1	N0	M0
<b>II</b>	T2	N0	M0
<b>III</b>	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
<b>IVa</b>	T4a	N0	M0
	T4a	N1	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
	T4	N2	M0
<b>IVb</b>	Cualquier T	N3	M0
<b>IVc</b>	Cualquier T	Cualquier N	M1

**Tabla 4. Clasificación TNM: Estadios tumorales**

### 3.3. Epidemiología

Cada año la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) publica las cifras del cáncer en España. Donde se exponen los datos sobre la incidencia, la prevalencia y la mortalidad de los cánceres más frecuentes.

En primer lugar conviene aclarar la definición de estos conceptos.

La incidencia se define como “el número de casos nuevos de cáncer durante un período determinado de tiempo (por lo general durante 1 año) en un número determinado de habitantes”.<sup>4</sup>

La prevalencia es “el número de pacientes con cáncer en una determinada población, independientemente del momento en el que fueran diagnosticados”. Se suele estudiar a 5 años, 3 años y 1 año. Y depende de la incidencia y de la supervivencia.<sup>4</sup>

Y, por último, la mortalidad hace referencia al “número de fallecimientos por cáncer en un período de tiempo determinado, generalmente 1 año, en un número determinado de habitantes”.<sup>4</sup>

El último informe publicado al que se tiene acceso es al “Informe Globocan 2012”, publicado por la IARC (Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer). El cual analiza la situación del cáncer en España teniendo en cuenta una población adulta de 46.771.000 habitantes.

Según este informe la incidencia del cáncer de laringe en España para ambos sexos es de 3182 personas, lo que corresponde a un 1,5%, de los cuales 2914 son hombres (2,3%), y los 268 restantes (0,3%) corresponde a las mujeres.

Atendiendo a la mortalidad, las cifras publicadas para ambos sexos son 1321 personas (1,3%), correspondiendo 1235 muertes (1,9%) a los hombres y 86 (0,2%) a las mujeres.

Y en cuanto a la prevalencia a 5 años, en ambos sexos se prevé 11200 casos (1,9%), siendo 1246 (3,1%) hombres y 954 (0,4%) mujeres.

En el anexo 1 se exponen las tablas de las cuales han sido extraídas estas cifras sobre la epidemiología del cáncer de laringe.

Una vez explicada la epidemiología se puede concluir que existe una gran diferencia entre los casos de cáncer en mujeres y en hombres, siendo mucho más elevadas las cifras en el sexo masculino.

### **3.4. Factores de Riesgo**

Algunos de los factores de riesgo más importantes que producen este cáncer son:

El tabaco; el hábito tabáquico es el factor de riesgo más importante que encontramos que puede producir cáncer de laringe. La duración y la cantidad del consumo de tabaco se relacionan directamente con el riesgo de padecer cáncer. Según los estudios realizados el 97% de los pacientes que padecen cáncer de laringe son personas fumadoras.



**Imagen 3. Hábito tabáquico**

Las personas que consumen alcohol de manera habitual tienen un mayor riesgo de padecer este cáncer. Si además del consumo de alcohol son fumadores las posibilidades de desarrollar el cáncer aumentan de manera considerable. Algunas de las causas por las que se asocia el consumo de alcohol con la aparición de estas neoplasias son las deficiencias nutricionales

producidas, la hipovitaminosis, disminución de la actividad protectora de la saliva, irritación local, etc.

La edad y el sexo también son factores importantes a tener en cuenta. Este cáncer suele tener mayor incidencia entre los 45 y los 70 años de edad, y se suele dar sobre todo en los varones, aunque en la actualidad se está observando que cada vez afecta a una mayor población femenina, lo cual viene asociado a un mayor consumo de tabaco y alcohol por parte de las mujeres.

La condición del sistema inmunitario también es importante, puesto que las personas que tienen el sistema inmunitario deprimido o débil su organismo no es capaz de reconocer las células neoplásicas y luchar contra ellas.

En la actualidad se está investigando la relación existente entre la presencia del virus del papiloma humano (VPH) y la aparición del cáncer de laringe. Aunque en muchos casos el organismo combate de forma natural para eliminar esta infección se ha demostrado que las células pueden sufrir alteraciones que producen tumores malignos.

Otros factores de riesgo con menor incidencia pueden ser: reflujo gastroesofágico, bajo consumo de frutas y verduras, mala higiene bucodental o factores genéticos.

Se ha demostrado que la asociación de varios factores de riesgo aumenta la posibilidad de padecer cáncer.

### **3.5. Clínica del cáncer de laringe**

El cáncer de laringe, a diferencia de la mayoría de los tumores malignos que se presentan en otros órganos, se caracteriza por la presencia de signos y síntomas en estadios tempranos.

En función de la zona de la laringe (supraglotis, glotis o subglotis) que se vea afectada por el cáncer los síntomas pueden variar. Aunque algunos de estos signos y síntomas son comunes en todas las zonas de aparición sus características se diferencian.

Algunos de los signos y síntomas comunes son: dolor de garganta que no cede, tos que no desaparece, dolor de oídos, presencia de un bulto en el cuello o en la garganta y alteraciones en la voz.

Si el tumor se encuentra localizado en la supraglotis los pacientes pueden acudir a su médico refiriendo sensación de dificultad al tragar (disfagia), otalgia, halitosis, sialorrea o disfonía entre otros. Se puede llegar a presentar disnea en casos avanzados en los que se produce la obstrucción de la vía aérea. Con el paso del tiempo estos síntomas se van volviendo cada vez más frecuentes y molestos.

El tumor laríngeo situado en la región glótica se caracteriza fundamentalmente por la disfonía que suele ser permanente y progresiva. Todas las disfonías que se presenten durante más de 15 días, incluso aplicando tratamiento, deben ser examinadas por la especialidad médica de otorrinolaringología para descartar la presencia de cáncer. Además se pueden presentar otros síntomas como dolor, disfagia o disnea.

Los tumores laríngeos situados en la subglotis son los menos frecuentes. El primer síntoma suele ser la disfonía permanente y progresiva, debido a la extensión del tumor a la cuerda vocal, que se presenta con sensación de fatiga al hablar. Otro síntoma común es la disnea.

Además, algunas personas pueden referir astenia o pérdida de peso excesiva en un período corto de tiempo, como consecuencia de la enfermedad.

Debido a la clínica que se presenta y puesto que los signos y síntomas no son específicos, se puede llegar a confundir el diagnóstico con otra patología referente a la laringe. Por lo que se considera de gran importancia examinar con detenimiento a los pacientes que acuden a las consultas médicas con una clínica compatible con el cáncer de laringe, especialmente si se trata de personas que presentan factores de riesgo asociados, como por ejemplo consumo de tabaco o alcohol.

### **3.6. Diagnóstico del cáncer de laringe**

Una vez que se ha realizado la valoración de los signos y síntomas que presenta el paciente en caso de existir la sospecha de presentar un cáncer de laringe lo que se debe realizar en primer

lugar es una anamnesis y una exploración física del paciente, que se llevará a cabo por un médico especialista en otorrinolaringología.

En la anamnesis se prestará especial atención a los hábitos de salud de la persona (en especial si es fumador y/o consumidor habitual de bebidas alcohólicas), a las enfermedades que ha presentado previamente y a los tratamientos médicos a los que haya sido sometido.

Esta exploración incluye la inspección de la zona de la cabeza y del cuello, en busca de características anormales como asimetría, presencia de protuberancias o adenopatías cervicales, y la palpación del cuello para determinar la existencia o no de inflamación en los ganglios linfáticos.

Si tras este procedimiento persiste la sospecha será necesaria la realización de pruebas diagnósticas para confirmarlo.

Las pruebas utilizadas para detectar la existencia del cáncer son:

- Laringoscopia indirecta: se visualiza la laringe mediante un espejo pequeño que se introduce a través de la faringe y se sitúa en la parte posterior. Aunque no es una prueba dolorosa puede provocar molestias, por lo que se puede emplear un anestésico local.
- Endoscopia directa: se consigue observar la mucosa de la laringe con más precisión que mediante la laringoscopia indirecta, y se puede detectar la presencia de lesiones. Se realiza a través de un endoscopio, un tubo largo, que puede ser flexible o rígido, y que posee luz en su extremo. Además va conectado a una cámara para poder visualizarlo. Se puede realizar la extracción de una muestra (biopsia) para que sea analizado por el servicio de anatomía patológica. Se realiza bajo anestesia general.
- TAC (Tomografía Axial Computerizada): mediante este procedimiento se realizan cortes fotográficos transversales de la zona a estudiar. Puede precisar la administración de contraste intravenoso para una mayor calidad de la imagen. Se emplea para evaluar la extensión tumoral
- RNM (Resonancia Nuclear Magnética): permite obtener imágenes más detalladas de los tejidos blandos internos. Se realiza para determinar si existe propagación del tumor en otras áreas del cuello.

En caso de confirmarse la existencia de cáncer de laringe se realizan otras pruebas que servirán para determinar el estado de salud de la persona y determinar que tratamiento se puede emplear. Las pruebas que se incluyen son analítica de sangre, radiografía de tórax y electrocardiograma.

### **3.7. Tratamiento**

Una vez que se ha confirmado el diagnóstico de cáncer de laringe hay que elegir el tratamiento que se debe aplicar para combatir el tumor en cada caso en particular. La elección se hará en función del tamaño del tumor y el estado de salud del paciente.

El médico proporcionará asesoramiento sobre cuál es el tratamiento más adecuado para cada paciente en particular, en función de las características del cáncer y del estadio en el que se encuentre.

El objetivo principal es extirpar la totalidad del tumor creando el menor número de secuelas posible.

Las opciones terapéuticas empleadas en la actualidad son, principalmente la cirugía y la radioterapia, solas o combinadas, y en algunas ocasiones la quimioterapia.

#### **3.7.1. Cirugía**

Se pueden realizar varios tipos de intervenciones quirúrgicas en función de las características del tumor:

- Corpectomía: consiste en extirpar la o las cuerdas vocales afectadas por el tumor.
- Linfadenectomía: extirpación de los ganglios linfáticos de la región del cuello. Se realiza frecuentemente en los tumores supraglóticos y subglóticos.
- Hemilaringectomía: retirada de la mitad de la laringe.

- Laringectomía parcial: intervención quirúrgica que se realiza cuando el cáncer se encuentra en estadios tempranos. Al no encontrarse muy extendido lo que se pretende es extirpar la totalidad del tumor conservando la mayor parte posible de este órgano, y así poder preservar sus funciones.
- Laringectomía total: mediante esta intervención se extirpa la totalidad de la laringe, y para que no se extienda el tumor hay veces que, en la misma operación, es necesario extirpar los ganglios situados en el cuello. Y en otras ocasiones, en función de la extensión que presente el tumor, es necesario retirar estructuras anexas, como por ejemplo músculos o parte de la tráquea.

Tras la realización de la laringectomía total es necesario la creación de un estoma, que consiste en una abertura situada en la parte inferior del cuello a través de la cual se produce la respiración.

Una vez que se ha realizado la extirpación de la laringe, por lo general, es necesario aplicar tratamientos de apoyo para reducir las posibilidades de que se produzcan recidivas del tumor. Los tratamientos que se aplican por norma general consisten en dar sesiones de radioterapia o quimioterapia.

### **3.7.2. Radioterapia**

Mediante la radioterapia se emplean radiaciones ionizantes en la región donde se encuentran las células cancerígenas con el objetivo de destruirlas, causando el menor daño posible a los tejidos que se encuentran alrededor que se encuentran sanos.

Se puede emplear como tratamiento único o en combinación con otras opciones, como por ejemplo tras la cirugía o junto con la quimioterapia para potenciar sus efectos, lo cual se denomina quimiorradiación.

Otra opción es emplearla antes de realizar la intervención quirúrgica con el objetivo de disminuir el tamaño del tumor y de esta manera facilitar la operación.



El tratamiento con radioterapia siempre se realiza de manera individualizada, para lo cual es necesario realizar un examen de cada paciente por parte del oncólogo radioterapeuta y en función de la localización, la extensión de la enfermedad y las características de cada persona éste se encarga de graduar las propiedades de las radiaciones.

El tratamiento con radioterapia puede tener fines curativos, en etapas iniciales dependiendo de la localización y el estadio del tumor, o fines paliativos.

Pero la radioterapia, al igual que cualquier otro tratamiento, presenta una serie de efectos secundarios que es necesario que todas las personas que se sometan a este tratamiento conozcan.

Estos efectos secundarios no se pueden prever con exactitud, depende de gran cantidad de factores y en función de cada persona. En algunos casos son casi imperceptibles, mientras que en otros casos son más graves y requieren incluso de tratamiento médico para poder controlarlos.

Algunos efectos secundarios del tratamiento con radioterapia son:

- Astenia: frecuentemente se siente una sensación de debilidad y cansancio generalizado, por lo que se recomienda llevar una vida más tranquila y descansar más mientras se están recibiendo sesiones de radioterapia.
- Alteraciones en la piel: se pueden producir quemaduras en la zona de la piel en la que se están aplicando las radiaciones. Desaparecen al tiempo de terminar el tratamiento.
- Caída del pelo: únicamente en la zona donde se aplica la radioterapia, que en este caso sería la región del cuello, debido a que estas radiaciones destruyen el folículo piloso.
- Alteraciones en la mucosa: que pueden resultar molestas, como por ejemplo mucositis. Estas alteraciones pueden llevar a la aparición de una infección por hongos.
- Disfagia: a la que además puede asociarse sensación de náuseas o pérdida del apetito y del gusto. Todo esto puede conllevar a una dificultad a la hora de alimentarse por lo que se considera de gran importancia avisar al médico para poder tratar estas molestias y que se lleve a cabo una dieta variada y equilibrada.

### 3.7.3. Quimioterapia

La quimioterapia consiste en la aplicación de diversos fármacos, denominados antineoplásicos, con el objetivo de destruir y detener el crecimiento de las células malignas que forman el tumor, y así combatir la enfermedad.

Se puede administrar como tratamiento único o en combinación con otras alternativas para reducir la extensión del tumor y provocar una mayor efectividad de la cirugía o la radioterapia.

La alternativa más empleada para tratar el cáncer de laringe es la combinación de quimioterapia y radioterapia, que en algunas ocasiones puede evitar la realización de la laringectomía.

Para comenzar a administrar la quimioterapia hay que valorar los niveles de glóbulos rojos y de leucocitos, así como el funcionamiento de los riñones, puesto que en función de esto se establece la dosis de fármaco que se administra a cada persona.

Los fármacos empleados llegan a todos los tejidos del organismo y actúan destruyendo tanto las células cancerígenas como las células sanas. Como consecuencia de su acción sobre las células sanas se pueden producir gran variedad de efectos secundarios que serán más o menos graves en función de cada persona.

Algunos de estos efectos secundarios son:

- Naúseas y vómitos: depende de los fármacos antineoplásicos empleados. Por lo general durante el tratamiento con quimioterapia se administra un antiemético para disminuir o hacer desaparecer los síntomas.
- Diarrea: se produce en el caso de que la quimioterapia afecte a las células que recubren el intestino y altera la función de este órgano, perdiendo la capacidad para absorber los nutrientes y el agua. Lo que puede dar lugar a una deshidratación que se debe tratar.

- Alopecia: la caída del cabello es uno de los efectos secundarios más frecuentes y más temidos por los pacientes sometidos a quimioterapia, y tiene una enorme repercusión psicológica.
- Alteraciones en la mucosa: lo más frecuente es la aparición de mucositis que se puede acompañar de la presencia de úlceras, lo cual resulta molesto y doloroso.
- Alteraciones en la médula ósea: algunos fármacos antineoplásicos provocan una disminución de los leucocitos y de los glóbulos rojos, y en consecuencia se debilita el sistema inmunitario y se produce anemia.

### **3.8. Repercusiones de la laringectomía total**

Las repercusiones que se dan tras una laringectomía total varían en función de cada persona en particular, de las características del tumor y de las características de la intervención.

Dentro de las repercusiones psicológicas más frecuentes que se pueden dar encontramos la depresión, lo cual puede dificultar en gran medida el proceso de recuperación de estos pacientes. Se manifiesta principalmente con conductas como la negación a cumplir instrucciones del médico, cambios en el comportamiento o falta de energía.

Además de la depresión estas personas pueden padecer frecuentemente síntomas de ansiedad o miedo hacia el rechazo social por la situación en la que se encuentran o por la dificultad para comunicarse verbalmente. Pero, por otro lado, también hay casos en los que se experimenta una pérdida de interés por el entorno que les rodea y esto les lleva a crearse cierto aislamiento social.

Así mismo tras la realización de la laringectomía total los pacientes se enfrentan a cambios en su cuerpo, que además son permanentes, como los cambios producidos en la morfología de la cabeza y el cuello, o la presencia de traqueostomía, que afectan a su imagen corporal y producen una alteración de su autoestima.

En el caso de que los pacientes se encuentren en edad laboral es posible que no puedan volver a recuperar su trabajo, dependiendo del esfuerzo físico que requiere el trabajo y cuál sea la situación de salud del paciente tras la recuperación, lo que supone otro motivo de preocupación, que además afecta en la autoestima.

Centrándonos en los problemas funcionales que se producen tras la extirpación de la laringe encontramos principalmente las alteraciones en la deglución, la respiración y la fonación.

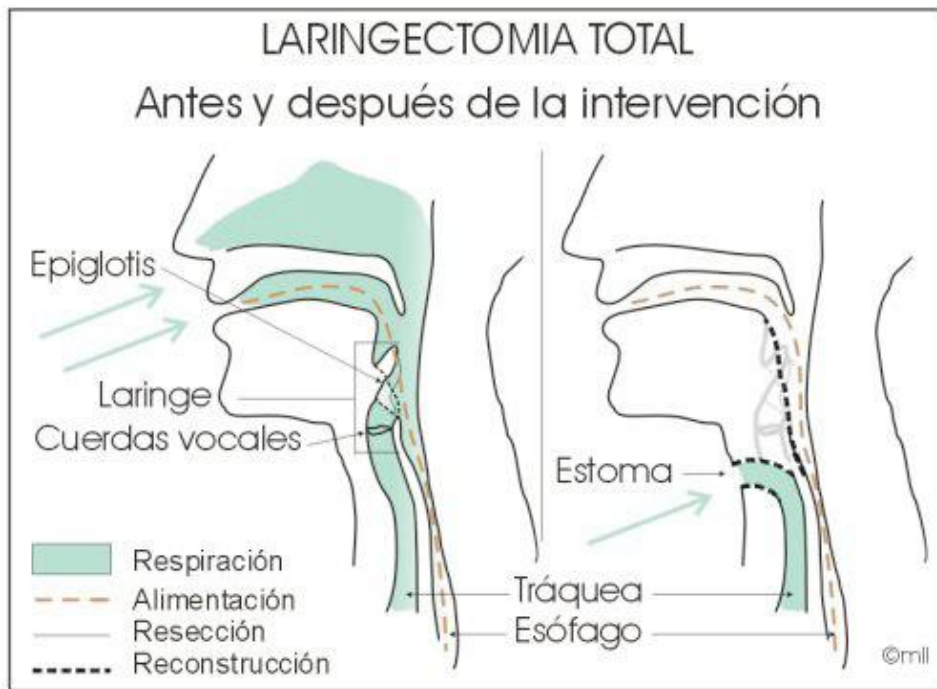
Lo más seguro es que en el postoperatorio inmediato y durante un tiempo, variable en función de las características de la operación quirúrgica, el paciente se tenga que alimentar mediante sonda nasogástrica hasta que pueda empezar a consumir bebidas y alimentos por vía oral.

Otro punto de importancia es la respiración, tras la laringectomía el aire pasará a los pulmones a través del traqueostoma realizado en la parte inferior del cuello y destinado para tal fin. Además de que se produce una pérdida importante del gusto y del olfato.

La consecuencia más significativa de la laringectomía total es la pérdida del habla. Una vez recuperado de la operación se puede volver a hablar mediante el aprendizaje del habla erigmofónica o esofágica o bien por medio de una prótesis fonatoria. En último caso se puede usar el laringófono en aquellas personas que no han conseguido el habla esofágica o no es imposible realizar el implante de la prótesis fonatoria.

Motivado por todo lo que se ha comentado anteriormente, este procedimiento quirúrgico provoca una alteración importante en la calidad de vida de los pacientes. Pero es importante hacer ver a las personas que tras un proceso de recuperación se puede lograr llevar una vida como la de antes del diagnóstico de la enfermedad y de la intervención para la extirpación de la laringe.

En la siguiente imagen se puede observar la diferencia que existe en un paciente antes de ser intervenido y tras realizar la laringectomía total.



**Imagen 4. Laringectomía total. Antes y después de la intervención**

### 3.9. Importancia de la implicación de las familias

El apoyo que prestan los familiares a los pacientes que han sido laringectomizados es de vital importancia para facilitar su proceso de recuperación. Por ello cuando nos encontramos ante un paciente laringectomizado también debemos de atender a las necesidades que presentan sus familiares más cercanos, puesto que para ellos también es una situación complicada y tienen que acompañar al enfermo en el proceso de la enfermedad y de la recuperación.

Por lo general, cuando nos referimos a estos familiares estamos hablando del compañero sentimental, y en la mayoría de los casos se trata de mujeres, puesto que como hemos comentado con anterioridad, el cáncer de laringe afecta en mayor proporción al sexo masculino.

Estas personas se encuentran profundamente afectadas por la situación en la que se encuentra su familiar y por la amenaza que supone la enfermedad y el tratamiento que hay que llevar a cabo.

Suelen adquirir el rol de “Cuidador principal” lo cual implica que tienen que asumir nuevas responsabilidades que pueden afectar a su bienestar físico y psicológico, y en ocasiones tienen que realizar cambios en su rutina para poder llevar a cabo los cuidados de los pacientes y realizar las actividades que ellos no pueden.

Debido a la dificultad de las personas laringectomizadas a la hora de hablar cuando todavía no han recuperado la voz, los familiares tienen sentimientos de frustración e impotencia al comunicarse con ellos. Durante este tiempo es recomendable buscar otro método de comunicación, como por ejemplo escribir en un papel o en una pizarra, hasta que pueda volver a comunicarse mediante la voz.

Debido al impacto psicológico y emocional que sufren estos familiares se considera un punto fundamental a incluir dentro del Proyecto de Educación Sanitaria.

### **3.10. Cuidados y papel de Enfermería**

Los cuidados que se proporcionan a los pacientes laringectomizados han de ser lo más individualizados posible, en colaboración con todo el equipo multidisciplinar.

Como profesionales de enfermería los cuidados brindados a un paciente intervenido de laringectomía total deben considerarse desde una perspectiva holística, es decir, teniendo en cuenta todas y cada una de las dimensiones que conforman a las personas.

Todas las funciones que se desarrollan por parte del ámbito de la enfermería han de ir encaminadas a minimizar las posibilidades de que se puedan producir complicaciones en el postoperatorio, y en caso de que así sea, de la detección precoz de éstas y la resolución. Pero también en todo lo que se refiere al apoyo psicológico prestado a los pacientes, al igual que a sus familiares.

Los cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato se centran principalmente en las vías respiratorias, facilitar la comunicación, una nutrición adecuada y el mantenimiento de las heridas en buen estado.

Tras una laringectomía total los pacientes respiran a través de un estoma, por lo que es fundamental asegurar la estabilidad de la vía aérea. Es fundamental el cuidado del estoma de tal manera que se realicen las curas siempre que sea necesario para prevenir el riesgo de infección o la obstrucción de las vías respiratorias como consecuencia de una acumulación excesiva de mucosidad.

Pero en este trabajo lo que pretendo es destacar la importancia de prestar apoyo emocional y psicológico a los pacientes y a sus familiares, que se encuentran inmersos en esta situación inesperada y desconocida para ellos.

Estos cuidados deben ir dirigidos principalmente a disminuir los sentimientos de ansiedad, temor, tristeza, angustia y depresión, entre otros.

Una de las funciones claves de la enfermería es proporcionar educación sanitaria dirigida a pacientes y familiares, conduciendo a que se eliminen las conductas de vida insanas y a que se adopten conductas positivas de salud.

A la hora de impartir un Proyecto de Educación Sanitaria las personas que lo imparten deben de tener unos amplios y fiables conocimientos acerca del tema, con un nivel adecuado a su nivel de actuación y de responsabilidad para desarrollar con eficacia su labor educativa.

Para poder proporcionar una educación sanitaria correcta y apropiada lo fundamental es crear un clima de confianza entre las distintas partes que intervienen; enfermero-paciente-familia, intentando transmitir seguridad y tranquilidad por parte del profesional. De esta manera se puede lograr que la recuperación de este proceso sea mucho más fácil y llevadera.

### **3.11. Recuperación del habla en pacientes laringectomizados**

Existen diferentes alternativas para la recuperación de la voz en pacientes que han tenido que ser intervenidos quirúrgicamente de laringectomía total:

#### Voz esofágica o erigmofónica

Consiste en introducir aire en la boca y empujarlo hasta el esófago y a continuación se debe expulsar desde el esófago hasta el exterior.

En esta rehabilitación el paciente comenzará emitiendo sonidos fáciles como los fonemas /a/, /e/, /i/, /o/ y /u/. Una vez que se ha conseguido emitir con claridad estas vocales se comienzan a formar parejas con ellas. Y se irá progresando de esta manera hasta conseguir palabras de mayor extensión y complicación, hasta finalmente conseguir emitir frases.

Existen algunas limitaciones por las que resulta más complicado este proceso de aprendizaje entre las que destacan la ausencia de motivación, la depresión o la falta de apoyo familiar y laboral. Por eso es importante mantener una actitud positiva y no dejar de intentarlo.

#### Laringes artificiales o electrónicas

Su utilización está indicada en el postoperatorio inmediato de la laringectomía, para conseguir que el paciente se pueda comunicar verbalmente mientras se realiza el aprendizaje de la voz erigmofónica.

La voz se consigue a través de un aparato electrónico que posee una membrana vibratoria en el extremo, que mediante su pulsación se produce un sonido que es transmitido a la cavidad oral.

La voz producida mediante este mecanismo tiene características artificiales, pero se consigue aprender en un corto período de tiempo y permite la comunicación oral.

#### Voz traqueo esofágica

Para la producción de la voz traqueo esofágica es necesario la creación de una fístula, realizada por el cirujano, que comunique la tráquea con el esófago. Este mecanismo permite el paso del aire de la tráquea al esófago, pero impide el paso de la saliva y alimentos.

Se consigue producir la voz mediante la vibración del esfínter superior del esófago.

### **3.12. Papel de las asociaciones de pacientes**

Existen gran cantidad de asociaciones repartidas en España dedicadas a los cuidados y la recuperación de los pacientes que han sido laringectomizados.



Para la realización de este trabajo tuve la oportunidad de reunirme con uno de los miembros que pertenece a la asociación de pacientes laringectomizados de Getafe, ARMAREL (Asociación Regional Madrileña de Atención y Rehabilitación de Laringectomizados), el cual me habló sobre su experiencia personal y sobre la asociación.

Esta asociación se constituye legalmente como tal en 1992, pero la historia comienza tiempo antes cuando en 1984 se encuentran, en la Sede de la Cruz Roja, dos amigos de Leganés que habían sido laringectomizados de forma reciente y necesitaban volver a aprender a hablar. Es entonces cuando estos dos amigos deciden crear la asociación de pacientes laringectomizado, a través de la cual poder dar respuesta a los problemas de personas que se encuentran en la misma situación.

Además de inscribirse como Asociación en el Registro Autonómico de Asociaciones, también se inscribe en el Registro Autonómico de Asociaciones Sanitarias Ciudadanas en el año 1993.

La asociación de pacientes laringectomizados ARMAREL se establece como una sociedad civil sin ánimo de lucro. Todos los miembros son personas que han sido laringectomizadas y que se encuentran totalmente recuperadas, y allí desempeñan sus actividades de manera totalmente voluntaria.

Atienden todas las necesidades de las personas que han sido laringectomizadas, pero se centran principalmente en la práctica del habla erigmofónica.

En la actualidad, ARMAREL dispone de 3 centros en la Comunidad de Madrid, los cuales se encuentran en Fuenlabrada, Leganés y Getafe.

Además la Asociación cuenta con una página en Internet en la que explica todo lo referente a la historia, en qué consiste, que actividades realizan y los recursos que ponen a disposición de los usuarios, entre otras cosas. También cuenta con una sección de testimonios en la cual varios miembros de la asociación hablan sobre su historia y su experiencia. Y otra sección de videos donde podemos ver algunos miembros de la asociación tras la recuperación del habla.

Los miembros de esta asociación acuden todos los días al local destinado para sus reuniones (local cedido por el ayuntamiento) y un día a la semana acuden a los hospitales de referencia para darse a conocer a los pacientes laringectomizados que están ingresados.

Los hospitales con los que colabora esta asociación son varios: Hospital Universitario Severo Ochoa, Hospital Universitario de Getafe, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Hospital Universitario de Móstoles, Hospital Universitario 12 de Octubre y Hospital Universitario Infanta Leonor.

Los objetivos que se persiguen con la creación de la asociación son:

- Proporcionar información y asistencia a las personas afectadas con cáncer de laringe.
- Problemas derivados por las enfermedades que afectan a la laringe.
- Promulgar la existencia de las enfermedades de la laringe, así como la solución de éstos

Entre las funciones que desempeñan estas asociaciones destacan las siguientes:

- Orientar a los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente de una laringectomía en todo lo que tiene que ver con el post-operatorio, radioterapia, etc.
- Ayudar tanto a los pacientes como a las familias de éstos a resolver los problemas relacionados con la laringectomía.
- Acompañar a estos pacientes en su proceso de recuperación y reeducación del habla.

## **4. Proyecto de Educación Para la Salud**

### **4.1. Definición del problema de salud**

El cáncer de laringe representa una de las neoplasias malignas más frecuentes dentro de los tumores de cabeza y cuello.

Una las intervenciones realizadas para tratar el cáncer de laringe es la laringectomía total, lo cual supone la extirpación total de la laringe. Debido a ello es necesaria la realización de un estoma en la parte inferior del cuello.

Este procedimiento conlleva diversas secuelas tanto a nivel físico como a nivel psicológico, pero una de las más traumatizantes para los pacientes es la pérdida de la capacidad para producir la voz.

#### **4.1.1. Planteamiento y exposición general del problema**

El problema que se quiere abarcar al poner en marcha este Programa de Educación Para la Salud es, principalmente, la reeducación del habla en pacientes a los que se ha tenido que realizar una laringectomía total y como consecuencia han perdido la capacidad para comunicarse de forma oral, puesto que ésta supone uno de los mayores problemas en esta situación.

Además de esto, se pretende que una enfermera con amplios conocimientos acerca de esta cuestión imparta educación sanitaria a los pacientes laringectomizados para potenciar el autocuidado, así como en las familias para asegurar su implicación en el proceso de la enfermedad y de la recuperación, puesto que el apoyo proporcionado por las personas más cercanas se considera de gran importancia.

#### **4.1.2. Problema real o potencial**

A la hora de hacer frente a un paciente que como consecuencia de un cáncer de laringe ha sido sometido a una laríngectomía total debemos de plantearnos que es una intervención quirúrgica bastante traumática que conlleva numerosas secuelas físicas y psicológicas.

Se produce un enorme impacto psicológico que puede llevar a estados de miedo, ansiedad y depresión. Además de los cambios que se producen en la imagen física con la consiguiente alteración de la autoestima.

Pero, probablemente, la consecuencia más significativa que se produce es la pérdida total de la capacidad para producir la voz, puesto que la laringe es el órgano encargado de esta función. Debido a esto el punto principal que se abarca en este Proyecto es el de la reeducación del habla.

#### **4.1.3. Importancia del tema**

La laringectomía total produce importantes impactos psicológicos en los pacientes y en sus familiares.

Para que los pacientes comiencen con el proceso de recuperación y de reeducación del habla es primordial que tengan motivación y ganas de ello. Precisamente por eso es importante trabajar con ellos previamente estos aspectos.

Y por otro lado, el principal apoyo de estos pacientes lo constituyen sus familiares, los cuales tienen que pasar con ellos el proceso de la enfermedad y todo lo que implica, y que también sufren un enorme impacto psicológico, por lo tanto es importante trabajar su bienestar para que puedan ayudar a su familiar laringetomizado.

#### **4.1.4. Justificación de la necesidad de poner en marcha un Programa de Educación Para la Salud**

Tras realizar una revisión acerca del cáncer de laringe y la laringectomía total y observar la trascendencia física y emocional que esto supone en los pacientes y en sus familiares considero de gran importancia poner en marcha un Programa de Educación para la Salud por varios motivos.

Los pacientes intervenidos de una laringectomía total como consecuencia de un cáncer de laringe se encuentran en una situación nueva y desconocida para ellos de la que poseen poca información y no saben muy bien donde buscarla. Una correcta información es un punto fundamental que puede acelerar el proceso de recuperación y puede disminuir la angustia, la ansiedad y la depresión de los que se encuentran en esta situación. Por eso mediante este proyecto se pretende proporcionar toda la información que necesitan y resolver todas las dudas y preguntas que puedan surgir.

Una de las principales consecuencias de la laringectomía total, que causa un mayor impacto, es la pérdida total de la voz laríngea, lo que supone que pierden la capacidad para comunicarse de forma oral. Por ello el principal objetivo de este proyecto es el de proporcionar ayuda en la reeducación del habla.

Además, otro aspecto importante por lo que se considera necesario este proyecto es para proporcionar información sobre los cuidados que se deben de tener en el postoperatorio inmediato, para prevenir la posible aparición de complicaciones que conlleva la cirugía, y en el caso de que se den estas complicaciones poder solucionarlas de la forma más inmediata.

No es una situación fácil ni para los propios pacientes ni para sus familiares, incluso puede llegar a cambiar el carácter causando agresividad y ciertos comportamientos que anteriormente no presentaban, y esto puede llevar a causar una separación de la unidad familiar. Por eso se pretende implicar a las familias, pero siempre asegurando su bienestar psicológico ante la situación.

Y, por último, el motivo para realizar el proyecto en colaboración con la asociación de pacientes laringectomizados se debe a que los pacientes encuentran un motivo de esperanza y una fuente de motivación estando con personas que han estado en la misma situación que ellos y que han continuado con su vida normal después de la recuperación.

## **4.2. Propuesta de actuación de promoción de la salud**

### **4.2.1. Estrategia de Educación Para la Salud**

La estrategia desarrollada es un Programa de Educación Para la Salud centrado en la reeducación del habla de los pacientes que han sido intervenidos de una laringectomía total como consecuencia de un cáncer de laringe.

Así mismo, también va dirigido a los familiares más cercanos, que tienen que vivir con ellos el proceso de la enfermedad y de la recuperación, debido al enorme impacto psicológico que produce en ellos y para asegurar la implicación de estos en la rehabilitación.

Pero además de la reeducación del habla se pretende ofrecer unas pautas básicas a los pacientes para que puedan ser autónomos en su nueva situación de salud.

El programa será impartido por una enfermera con amplios conocimientos acerca del tema que pueda impartir cuidados a los pacientes laringectomizados, y además se hará en colaboración con la asociación de pacientes laringectomizados, los cuales tendrán un papel de gran importancia, puesto que los pacientes que han sido laringectomizados recientemente verán en ellos un ejemplo para superar esa situación.

#### **4.2.2. Eslogan**

El eslogan escogido para encabezar el Proyecto de Educación Para la Salud destinado a las personas intervenidas de laringectomía total como consecuencia de un cáncer de laringe es **“ALTO Y CLARO, ES POSIBLE”**.

Con él se pretende hacer ver a los pacientes que tras un proyecto de rehabilitación es posible volver a recuperar la voz y comunicarse de la misma forma que lo hacían antes de ser intervenidos de laringectomía total.

#### **4.2.3. Objetivos**

##### Objetivo general:

Facilitar la reducción del habla en pacientes laringectomizados de la Comunidad de Madrid en colaboración con las asociaciones de pacientes.

##### Objetivos específicos:

- Ayudar en la reeducación del habla.
- Garantizar el autocuidado y asegurar la correcta realización de éstos en los pacientes laringectomizados.
- Asegurar la implicación de las familias en el proceso de recuperación de los pacientes, así como su bienestar psicológico.
- Proporcionar información sobre cómo afecta este hecho a su vida.

#### **4.2.4. Población diana**

El proyecto de Educación para la Salud desarrollado va dirigido a todas aquellas personas de la Comunidad de Madrid , ya sean hombres o mujeres, a las cuales se haya intervenido quirúrgicamente de laringectomía total de forma reciente.

También podrán acudir acompañados de sus familiares más cercanos, que como se ha comentado anteriormente, en la mayoría de los casos son sus mujeres, y las cuales tienen que vivir el proceso de la enfermedad y de la recuperación y les afecta psicológicamente.

#### **4.2.5. Captación**

La captación de los pacientes para que acudan al Programa de Educación Sanitaria se hará a través de diferentes puntos.

Las asociaciones de pacientes serán uno de los principales puntos de captación. Una vez que los pacientes hayan sido intervenidos de la laringectomía y acudan a las asociaciones serán estos quienes se encarguen de dar a conocer la existencia del programa de Salud y de invitarles a que acudan, tanto a ellos como a sus familiares.

Además, desde los servicios de Otorrinolaringología de los hospitales se explicará en qué consiste el programa y se invitará a que asistan, proporcionando la información de dónde deben asistir para participar.

En caso de que los pacientes acudan a su Centro de Salud y todavía no tengan constancia de la existencia de este proyecto será desde aquí donde los profesionales den a conocer la labor que se está realizando.

No obstante, se fijarán carteles informativos en las asociaciones, en los hospitales y en los Centros de Salud para promover el proyecto. El Anexo 2 se corresponde con un ejemplo de cartel que se podría realizar.



#### 4.2.6. Actividades

El desarrollo de este programa de Educación para la Salud será el siguiente:

- ❖ En primer lugar la enfermera que imparte el proyecto se presenta ante los asistentes.
- ❖ Breve presentación de la estructura del programa y de las actividades que se van a realizar.
- ❖ A continuación se comienza con las actividades que se van a llevar a cabo, las cuales son:

1- “Cuidados en laringectomizados”: charla informativa acerca de los autocuidados que deben llevar a cabo los pacientes laringectomizados.

Para esta actividad se prevé una duración aproximada de 30 minutos.

2- “Laringectomizados y la importancia de la implicación de las familias”: charla informativa sobre la importancia de la implicación de las familias en el proceso de recuperación.

La duración estimada es de 30 minutos.

3- “Mi experiencia como laringectomizado”: un miembro de la asociación de laringectomizados hablará sobre cómo fue su experiencia personal, su recuperación y de qué manera ha cambiado su vida.

El miembro de la Asociación desarrollará esta actividad durante un tiempo aproximado de 30 minutos.

4- “Reeducación del habla”: el miembro de la asociación orientará a los pacientes en la reeducación del habla, explicando los ejercicios que hay que realizar.

Se estima un tiempo de duración de 30 minutos, que en cualquier caso, se puede ampliar en función de las necesidades de cada persona.

- ❖ Por último, se dejará un tiempo para que aclarar dudas y preguntas que puedan surgir.

Todas las actividades propuestas están previstas para realizarlas en la sala que tienen habilitada la Asociación de pacientes Laringectomizados.

La fecha en la que se realiza por primera vez el Programa será, a ser posible, el 12 de Junio de 2015.

En el anexo 2 se explica detalladamente en qué consiste cada actividad y cuáles serán los puntos más importantes a tratar.

#### 4.2.7. Relación entre Objetivos específicos y actividades

En la tabla que aparece a continuación se expone la relación que existe entre los objetivos específicos planteados en el Proyecto y las actividades que se proponen para dar respuesta a dichos objetivos:

<b>Objetivo Específico</b>	<b>Actividad</b>
Ayudar en la reeducación del habla	“Taller de ejercicios para la reeducación del habla”
Garantizar el autocuidado y asegurar la correcta realización de éstos en los pacientes laringectomizados.	“Cuidados en laringectomizados”
Asegurar la implicación de las familias en el proceso de recuperación de los pacientes, así como su bienestar psicológico	“Laringectomizados y la importancia de la implicación de las familias”
Proporcionar información sobre cómo afecta la laringectomía a su vida	“Mi experiencia como laringectomizado”

**Tabla 5. Relación entre objetivos específicos y actividades**

#### **4.2.8. Recursos disponibles**

Los recursos de los que disponen los pacientes laringectomizados en la actualidad son las diversas asociaciones de pacientes que se encuentran repartidas en España para proporcionar toda la información necesaria y el apoyo a los afectados y a sus familiares. Además del apoyo que prestan otras asociaciones como la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

Otro recurso con el que cuentan los pacientes laringectomizados son los logopedas, a los cuales pueden acudir para lograr la recuperación de la voz.

Y, por otro lado, existe gran cantidad de información y de Estudios de Investigación acerca de esta situación que se pueden encontrar en libros y en Internet. Pero ante estos recursos es importante recordar que no toda la información que se encuentra a través de internet es totalmente fiable, lo mejor es que todas las dudas que tengan las consulten con profesionales en los que confíen.

#### **4.2.9. Recursos necesarios**

Para la realización del Programa de Educación sanitaria destinado a pacientes intervenidos de Laringectomía total y a sus familias se necesita un profesional de enfermería que tenga amplios conocimientos en el tema para que imparta las actividades.

También se necesitará la colaboración de las asociaciones de pacientes laringectomizados para que se puedan llevar a cabo las actividades que se encuentran dentro del proyecto, y poder desarrollarlas en la sala de la misma asociación.

Así mismo, se requiere la colaboración de los trabajadores de los servicios de Otorrinolaringología y de los Centros de Salud para dar a conocer el proyecto a los pacientes y familiares.

#### 4.2.10. Sistema de evaluación del programa

Una vez que se haya finalizado el por completo el Programa de Educación Para la Salud se entregará un cuestionario a modo de evaluación a cada uno de los asistentes. Con el objetivo de asegurar el correcto funcionamiento y la satisfacción de éstos.

#### CUESTIONARIO ACERCA DE LA SATISFACCIÓN DEL PROYECTO

1. Después de acudir a la totalidad de las actividades, ¿Ha cumplido sus expectativas?

Sí

No

2. ¿Le han parecido de interés los temas tratados?

Sí

No

3. ¿Se han tratado temas que desconocía con anterioridad?

Sí

No

4. ¿Considera que hay algún aspecto de relevancia que no se haya tratado?

Sí

No

5. ¿Le ha ayudado positivamente?

Sí

No

6. ¿Recomendaría acudir a este programa a otras personas que se encuentran en la misma situación que usted?

Sí

No

7. Valore en una escala del 1 al 10 su grado de satisfacción.

\_\_\_\_\_

8. Observaciones

Atendiendo a los resultados obtenidos por los cuestionarios se irán realizando modificaciones en el programa para así poder satisfacer a los asistentes.

#### 4.2.11. Cronograma

El Proyecto de Educación Para la Salud desarrollado dirigido a las personas intervenidas de laringectomía total y a sus familiares se llevará a cabo en el local de la Sede de la Asociación de pacientes laringectomizados de Getafe.

La fecha de la primera vez que se realiza el proyecto está prevista para el miércoles 10 de junio de 2015 a las 10:00 horas.

<b>PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN PACIENTES LARINGECTOMIZADOS</b>
<b>LUGAR:</b> Local de la Asociación de pacientes Laringectomizados de Getafe ARMAREL
<b>FECHA:</b> Miércoles 10 de Junio de 2015
<b>HORA:</b> 10:00 h

**Tabla 6. Proyecto de EPS en pacientes laringectomizados**

En principio, se considera que la repetición del proyecto se haga cada 3 meses, pero será a disposición de las necesidades que presente la población en cada momento.

En primer lugar, la enfermera que imparte el proyecto comenzará presentándose a los asistentes y haciendo una breve explicación de las actividades que se van a llevar a cabo.

El programa de Educación Sanitaria creado se encuentra dividido en 4 actividades. En la tabla que aparece a continuación aparece reflejado el nombre de cada actividad, quién será la persona encargada de llevar a cabo el desarrollo de la misma y la duración que se estima para

cada una de las actividades, aunque el tiempo reflejado es aproximado, puesto que dependerá del número de asistentes y de las dudas que vayan surgiendo.

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>IMPARTIDA POR</b>	<b>DURACIÓN</b>
“Cuidados en pacientes laringectomizados”	Enfermera	30 minutos aproximadamente
“Laringectomizados y la importancia de la implicación de las familias”	Enfermera	30 minutos aproximadamente
“Mi experiencia como laringectomizado”	Miembro de la Asociación de pacientes Laringectomizados	30 minutos aproximadamente
“Reeducación del habla”	Miembro de la Asociación de pacientes Laringectomizados	30 minutos aproximadamente

**Tabla 7. Detalle actividades**

Una vez terminadas las actividades se dejará un tiempo para que puedan aclarar todas las dudas y preguntas que hayan surgido y puedan realizar las sugerencias que crean oportunas.

Y, por último, se pasará el cuestionario a cada una de las personas asistentes para evaluar el grado de satisfacción con el proyecto, y teniendo en cuenta su opinión poder ir mejorando para futuras puestas en marcha.

## 5. Conclusiones

La profesión de enfermería se encuentra enormemente implicada en lo que es la Educación sanitaria, considerándose como aspecto fundamental.

Como se ha explicado a lo largo del desarrollo del trabajo, las repercusiones que tienen los pacientes laringectomizados, principalmente en el aspecto psicológico, presentan una enorme agresividad ante las personas, ya sea como afectado o como familiar. Además de que se encuentran ante una situación totalmente desconocida en la que se producen importantes cambios en su imagen.

Los cuidados que deberán llevar tras la laringectomía total son muy estrictos por lo que conviene que estas personas conozcan la importancia de seguir las recomendaciones que se dan por parte de equipo de salud, para intentar evitar que se produzcan complicaciones asociadas a la intervención y a la enfermedad.

Debido a ello he considerado la importancia de realizar un Programa de Educación Sanitaria dirigido a estas personas y sus familiares más allegados. Para poder proporcionar la información que estas personas necesitan y que no se encuentren solos ante dicha situación.

Con la realización de este proyecto espero poder proporcionar todo el apoyo que estas personas requieren en un momento tan complicado y que sientan un verdadero apoyo desde la enfermería. Así como aumentar la calidad de vida de estos pacientes y familiares más cercanos.

## 6. Reflexión antropológica

El apoyo emocional que deben de brindar los profesionales de enfermería es fundamental para ayudar a los pacientes y a las familias a enfrentarse a situaciones desconocidas que pueden suceder a lo largo de la vida. Irá dirigido principalmente a aliviar los sentimientos de ansiedad, angustia y temor, entre otros.

Esta profesión no solo consiste en realizar los cuidados de enfermería propiamente dichos, los cuales son fundamentales, lógicamente. Pero debemos de considerar a las personas como seres biopsicosociales, atendiendo las necesidades que presentan en todas sus dimensiones.

Es por ello que para poder desarrollar el trabajo de enfermería hay que tener una verdadera vocación por ello. Para poder enfrentarnos a situaciones difíciles que ponen constantemente a prueba nuestras emociones, las cuales, por un lado, hay que tener la suficiente valentía para dejarlas aparte y poder llevar a cabo nuestro trabajo, pero por otro lado, hay que tener dicha empatía para poder ponernos en la situación de los pacientes y tratarles como a nosotros nos gustaría que nos trataran.



**Imagen 5. Apoyo**

He elegido este tema para mi trabajo debido a que en él veo perfectamente reflejado todo lo que implica nuestra profesión. Desde proporcionar los cuidados enfermeros, hasta ofrecer el apoyo psicológico que estas personas necesitan.



Para acabar esta reflexión me gustaría hacer especial hincapié en las Asociaciones de Pacientes Laringectomizados.

Todos los miembros de la asociación son pacientes laringectomizados, que están allí voluntariamente, y que en su día han estado en la misma situación que en la que se encuentran muchas de las personas que acuden inicialmente, por lo tanto saben perfectamente lo que se siente y lo que estas personas necesitan.

Los afectados de laringectomía total se sienten comprendidos entre ellos, y el hecho de ver a otras personas en su misma situación que han conseguido una recuperación efectiva y que con el tiempo siguen con su vida normal, igual que la que llevaban antes de la laringectomía, supone una fuerte motivación.

Después de reunirme con uno de los miembros de la Asociación de Pacientes Laringectomizados de Getafe, al cual estoy enormemente agradecida, tengo que reconocer que me sorprendió gratamente la importante labor que desarrollan dentro del tema que he abordado a lo largo del trabajo.

Me habló acerca de su experiencia personal, cómo vivió el cáncer y el hecho de que le tuvieran que intervenir para realizarle una laringectomía total. Después de su proceso de recuperación lleva una vida totalmente normal al igual que antes de ser diagnosticado y de ser intervenido.

En especial, esta persona, me parece un ejemplo a seguir en su proceso de recuperación, las ganas que tuvo y el esfuerzo que en su día realizó para luchar contra el cáncer y recuperar su vida tras el enorme impacto que esta enfermedad supone.

## 7. Bibliografía

1. National Cancer Institute: PDQ. Cáncer de laringe. Bethesda, MD: National Cancer Institute. [Última actualización: 14/05/14; citado febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cabeza-cuello/paciente/tratamiento-laringe-pdq#section/all>
2. Barbón JL, Barbón C, Mondino ME. Cáncer de laringe. Separata [Internet]. [última actualización 2007; citado febrero de 2015]; Vol.15: 44. Disponible en: <http://www.montpellier.com.ar/separatas/121.pdf>
3. Paré CA, Paré KE, Roa Sanabria BV, Tagle JF, Chamorro AP. Cáncer de Laringe: Revisión. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]. [última actualización 2009; citado febrero de 2015]; (192): 6. Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista192/5\\_192.pdf](http://med.unne.edu.ar/revista/revista192/5_192.pdf)
4. Seom.org [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. Madrid: SEOM; [última actualización 2014; citado febrero de 2015]. 20 páginas. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_cifras\\_del\\_cancer\\_2014.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf)
5. Marín Abellán MA. Perder la voz tras un Cáncer de Laringe. Tonos Digital. Revista de estudios Filológicos. [Última actualización 2013; citado febrero de 2015]. N° 24. Disponible en: [https://www.um.es/tonosdigital/znum24/secciones/monotonos-perder\\_la\\_voz\\_tras\\_un\\_cancer\\_de\\_laringe.htm](https://www.um.es/tonosdigital/znum24/secciones/monotonos-perder_la_voz_tras_un_cancer_de_laringe.htm)
6. Gallegos-Hernández JF. El cáncer de cabeza y cuello. Factores de riesgo y prevención. Cir Ciruj [Internet]. [ última actualización 2006; citado febrero de 2015]; Vol. 74: 287-293. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc064m.pdf>

7. Álvarez Urbay MA, Álvarez Amador H, Conejero Álvarez HF, Santana Álvarez J. Laringectomía total. Análisis de las complicaciones. AMC [Internet]. [última actualización abril 2008; citado marzo de 2015] ; 12(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552008000200010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200010&lng=es)
8. Zubiri E, Pollán MM, Gabari MI. Relación entre el aprendizaje de la voz erigimofónica y los niveles de ansiedad y depresión en pacientes laringectomizados totales. Rev Psic. 2012; 9(1): 113-124.
9. Vázquez de la Iglesia F, Fernández González S, Rey Martínez J, Urra Barandiarán A. Voz esofágica. Rev Med Univ Navarra [Internet]. 2006 [citado marzo de 2015]; Vol 5 (nº3): 56-64. Disponible en: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/35893/1/pdf.pdf>
10. Celedón L Carlos, Royer P Michel, Ortúzar B Lorena. Laringectomía parcial en cáncer laríngeo precoz: 25 años de experiencia. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2008 [citado marzo de 2015]; 68( 2 ): 117-123. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48162008000200002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162008000200002)
11. Algaba J, Veá JC, Perelló J, Camacho JJ. Rehabilitación quirúrgica de la voz tras laringectomía total. Rev Logop Fonoaud. 2005; Vol IV (4):200-205.
12. Martín Moreno JM. El Código Europeo Contra el Cáncer. Insistiendo y Avanzando en la prevención del cáncer. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2003. [citado marzo de 2015]; 77 (6): 673-679. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272003000600001](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000600001)
13. Mata JF, Agudo E, Canela C, García Colina J, Manzo A, Rodríguez A, et al. Consenso Nacional sobre el cáncer de laringe. Rev Venez Oncol. 2012; 24(1):64-95.

14. Rodríguez Valiente A, Segovia Gómez T, Roldán Fidalgo A, Bermejo Martínez M, García Berrocal JR. Elaboración de un protocolo para el manejo de la herida quirúrgica en cirugía de cabeza y cuello: una cura eficaz, efectiva y eficiente en pacientes laringectomizados. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado marzo 2015]; 25(2): 81-89. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200006&lng=es).
15. Fernández Marina. Reflexión sobre el tratamiento del paciente laringectomizado. Rev Logop Fon Audiol. 2008. Vol XVI (3): 138-144.
16. Andrés Solana C. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. Oncología. [Internet]. 2005 [citado marzo de 2015]; 28(3): 51-57. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0378-48352005000300009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300009&lng=es).
17. García Rodríguez MJ. Utilidad de la Metodología grupal en pacientes laringectomizados para mejorar su calidad de vida: Un ensayo clínico. Nure Investigación. Julio 2004; Vol 7: 9.
18. Moreno Rodríguez AM., González García M. Aproximación cualitativa de la experiencia vivida por la mujer de un enfermo con laringectomía. Index Enferm [Internet]. 2011 [citado marzo de 2015]; 20(1-2): 120-123. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100025&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100025&lng=es)

## 8. Anexos

### 8.1. Anexo 1

Tabla 1. Estimación de la incidencia, mortalidad y prevalencia a 5 años los tumores más frecuentes en ambos sexos.

Cáncer	Incidencia <sup>1</sup>			Mortalidad <sup>1</sup>			Prevalencia a 5 años <sup>2</sup>		
	Número	(%)	ASR (W)	Número	(%)	ASR (W)	Número	(%)	ASR (W)
Labio y cavidad oral	4098	1.9	4.7	1117	1.1	1.2	11811	2.0	29.8
Nasofaringe	350	0.2	0.5	188	0.2	0.2	909	0.2	2.3
Otros faríngeos	1530	0.7	2.1	765	0.7	1.0	3792	0.7	9.6
Esófago	2090	1.0	2.5	1728	1.7	1.9	2238	0.4	5.7
Estómago	7810	3.6	7.8	5389	5.2	4.9	12611	2.2	31.8
Colorrectal	32240	15.0	33.1	14700	14.3	12.3	89705	15.4	226.3
Hígado	5522	2.6	5.9	4536	4.4	4.3	5506	0.9	13.8
Vesícula biliar	2002	0.9	1.7	1174	1.1	0.9	1905	0.3	4.8
Páncreas	6367	3.0	6.3	5720	5.6	5.5	3437	0.6	8.7
Laringe	3182	1.5	4.1	1321	1.3	1.5	11200	1.9	28.3
Pulmón	26715	12.4	30.3	21118	20.6	22.8	28148	4.8	71.0
Melanoma	5004	2.3	6.9	967	0.9	1.0	19792	3.4	49.9
Sarcoma de Kaposi	316	0.1	0.4	24	0.0	0.0	880	0.2	2.2
Mama	25215	11.7	67.3	6075	5.9	11.9	104210	17.9	516.2
Cuello de útero (cérvix)	2511	1.2	7.8	848	0.8	2.1	8867	1.5	43.9
Cuerpo del útero	5121	2.4	11.6	1211	1.2	1.9	19272	3.3	95.5
Ovario	3236	1.5	7.7	1878	1.8	3.7	7925	1.4	39.3
Próstata	27853	12.9	65.2	5481	5.3	8.6	102559	17.6	527.3
Testículo	823	0.4	3.5	42	0.0	0.1	3242	0.6	16.7
Riñón	6474	3.0	7.8	2295	2.2	2.2	18693	3.2	47.2
Vejiga	13789	6.4	13.9	5007	4.9	4.0	47225	8.1	119.2
Cerebro, sistema nervioso	3717	1.7	5.1	2668	2.6	3.3	3187	0.5	8.0
Tiroides	2059	1.0	3.4	286	0.3	0.3	8097	1.4	20.4
Linfoma Hodgkin	1150	0.5	2.3	212	0.2	0.3	3644	0.6	9.2
Linfoma no Hodgkin	6130	2.8	7.5	2337	2.3	2.2	16342	2.8	41.2
Mieloma múltiple	2420	1.1	2.3	1675	1.6	1.4	5730	1.0	14.5
Leucemia	5190	2.4	6.5	3212	3.1	3.0	11040	1.9	27.9
Todos los cánceres excl. cáncer de piel no melanoma	215534	100.0	249.1	102762	100.0	98.1	581688	100.0	1467.9

Tabla 2. Estimación de la incidencia, mortalidad y prevalencia a 5 años los tumores más frecuentes en el sexo masculino.

Cáncer	Incidencia <sup>1</sup>			Mortalidad <sup>1</sup>			Prevalencia a 5 años <sup>2</sup>		
	Número	(%)	ASR (W)	Número	(%)	ASR (W)	Número	(%)	ASR (W)
Labio y cavidad oral	2879	2.2	7.4	766	1.2	1.9	8450	2.6	43.5
Nasofaringe	253	0.2	0.8	138	0.2	0.4	680	0.2	3.5
Otros faríngeos	1373	1.1	3.9	672	1.1	1.8	3408	1.0	17.5
Esófago	1756	1.4	4.5	1457	2.3	3.6	1899	0.6	9.8
Estómago	4866	3.8	11.0	3335	5.2	7.0	7913	2.4	40.7
Colorrectal	19261	15.0	43.9	8742	13.7	17.1	53691	16.4	276.1
Hígado	4006	3.1	9.9	3049	4.8	6.9	4065	1.2	20.9
Vesícula biliar	947	0.7	1.9	483	0.8	0.9	912	0.3	4.7
Páncreas	3335	2.6	7.8	3003	4.7	6.8	1849	0.6	9.5
Laringe	2914	2.3	7.8	1235	1.9	2.9	10246	3.1	52.7
Pulmón	21780	16.9	52.5	17430	27.4	40.3	22768	7.0	117.1
Melanoma	2286	1.8	6.6	527	0.8	1.2	9208	2.8	47.3
Sarcoma de Kaposi	243	0.2	0.8	16	0.0	0.0	677	0.2	3.5
Próstata	27853	21.7	65.2	5481	8.6	8.6	102559	31.4	527.3
Testículo	823	0.6	3.5	42	0.1	0.1	3242	1.0	16.7
Riñón	4346	3.4	11.3	1531	2.4	3.3	12670	3.9	65.2
Vejiga	11584	9.0	26.0	4102	6.5	7.6	39824	12.2	204.8
Cerebro, sistema nervioso	2056	1.6	6.1	1469	2.3	4.0	1898	0.6	9.8
Tiroides	698	0.5	2.6	100	0.2	0.2	2791	0.9	14.4
Linfoma Hodgkin	616	0.5	2.4	117	0.2	0.3	2119	0.6	10.9
Linfoma no Hodgkin	3379	2.6	9.1	1266	2.0	2.8	9206	2.8	47.3
Mieloma múltiple	1311	1.0	2.8	849	1.3	1.6	3131	1.0	16.1
Leucemia	3028	2.4	8.2	1834	2.9	3.9	6537	2.0	33.6
Todos los cánceres excl. cáncer de piel no melanoma	128550	100.0	312.8	63579	100.0	136.1	326493	100.0	1678.7

Tabla 3. Estimación de la incidencia, mortalidad y prevalencia a 5 años los tumores más frecuentes en el sexo femenino.

Cáncer	Incidencia <sup>1</sup>			Mortalidad <sup>1</sup>			Prevalencia a 5 años <sup>2</sup>		
	Número	(%)	ASR (VV)	Número	(%)	ASR (VV)	Número	(%)	ASR (VV)
Labio y cavidad oral	1219	1.4	2.3	351	0.9	0.6	3361	1.3	16.6
Nasofaringe	97	0.1	0.2	50	0.1	0.1	229	0.1	1.1
Otros faringeos	157	0.2	0.4	93	0.2	0.2	384	0.2	1.9
Esófago	334	0.4	0.7	271	0.7	0.5	339	0.1	1.7
Estómago	2944	3.4	5.1	2054	5.2	3.2	4698	1.8	23.3
Colorrectal	12979	14.9	24.2	5958	15.2	8.4	36014	14.1	178.4
Hígado	1516	1.7	2.4	1487	3.8	2.0	1441	0.6	7.1
Vesícula biliar	1055	1.2	1.6	691	1.8	0.9	993	0.4	4.9
Páncreas	3032	3.5	5.0	2717	6.9	4.3	1588	0.6	7.9
Laringe	268	0.3	0.7	86	0.2	0.2	954	0.4	4.7
Pulmón	4935	5.7	11.3	3688	9.4	8.0	5380	2.1	26.6
Melanoma	2718	3.1	7.2	440	1.1	0.9	10584	4.1	52.4
Sarcoma de Kaposi	73	0.1	0.2	8	0.0	0.0	203	0.1	1.0
Mama	25215	29.0	67.3	6075	15.5	11.9	104210	40.8	516.2
Cuello de útero (cérvix)	2511	2.9	7.8	848	2.2	2.1	8867	3.5	43.9
Cuerpo del útero	5121	5.9	11.6	1211	3.1	1.9	19272	7.6	95.5
Ovario	3236	3.7	7.7	1878	4.8	3.7	7925	3.1	39.3
Riñón	2128	2.4	4.8	764	1.9	1.2	6023	2.4	29.8
Vejiga	2205	2.5	3.7	905	2.3	1.1	7401	2.9	36.7
Cerebro, sistema nervioso	1661	1.9	4.2	1199	3.1	2.6	1289	0.5	6.4
Tiroides	1361	1.6	4.1	186	0.5	0.3	5306	2.1	26.3
Linfoma Hodgkin	534	0.6	2.2	95	0.2	0.2	1525	0.6	7.6
Linfoma no Hodgkin	2751	3.2	5.9	1071	2.7	1.6	7136	2.8	35.3
Mieloma múltiple	1109	1.3	1.8	826	2.1	1.1	2599	1.0	12.9
Leucemia	2162	2.5	5.0	1378	3.5	2.3	4503	1.8	22.3
Todos los cánceres excl. cáncer de piel no melanoma	86984	100.0	198.2	39183	100.0	67.0	255195	100.0	1264.2

## 8.2. Anexo 2

# PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD PARA PACIENTES LARIGECTOMIZADOS

Programa dirigido a aquellas personas que han sido intervenidas recientemente de Laringectomía total y se encuentran en el proceso de recuperación.

**Lugar:** Asociación de pacientes laringectomizados de Getafe, ARMAREL.

**Fecha:** miércoles 10 de junio de 2015

**Hora:** 10.00 h

Programa desarrollado desde el ámbito de la enfermería y en colaboración con la Asociación de pacientes Laringectomizados de Getafe.





### 8.3. Anexo 3

A continuación se exponen los contenidos que engloban cada una de las actividades desarrolladas en el programa.

#### Actividad 1. “Cuidados en laringectomizados”

La primera actividad consiste en la explicación por parte de la enfermera de los autocuidados que deben llevar a cabo los pacientes intervenidos de laringectomía total, para que no haya complicaciones en la recuperación, y en caso de que se produzcan que las puedan reconocer a tiempo para que informen a su médico y poder poner el tratamiento oportuno.

Lo primero que se explicará es que es imprescindible el cuidado del estoma realizado en la parte inferior del cuello, que debe mantenerse siempre limpio y libre de secreciones. Mientras que la piel que se encuentra alrededor del estoma no se encuentre cicatrizada en su totalidad la limpieza se realizará 4 veces al día. Y una vez se haya cicatrizado será suficiente con realizar la limpieza 2 veces al día.

Los pasos a seguir para realizar la higiene diaria son los siguientes:

- ❖ Coger una gasa estéril y humedecerla con agua y jabón limpiando desde la zona más cercana al orificio hacia el exterior.

En caso de que se dé el alta hospitalaria con los puntos de sutura se considera de importancia insistir en la limpieza con una gasa y suero fisiológico, evitando la acumulación de secreciones en ellos.



- ❖ El segundo paso será secar minuciosamente toda la zona con una toalla limpia, y procurando que quede totalmente seca.
- ❖ Se pueden emplear cremas hidratantes para la piel de la zona de alrededor del cuello, siempre consultando qué tipo de cremas es la más adecuada en cada caso.

A continuación se explicará cuáles son los pasos para realizar el cambio de cánula:

- ❖ Lavarse las manos con agua y jabón.
- ❖ Retirar la cánula externa y la interna que se hayan usado y limpiar la piel de alrededor del estoma siguiendo las indicaciones que se han explicado con anterioridad.
- ❖ Secar la zona con pequeños toques, procurando no frotar ni arrastrar.
- ❖ Lubricar el extremo de la cánula externa e introducirlo en el estoma. A continuación atar la cinta alrededor del cuello para sujetarla.
- ❖ En último lugar colocar la cánula interna.

La mucosidad es un gran enemigo, puesto que puede provocar numerosas infecciones. Es importante mantener una buena hidratación bebiendo abundantes líquidos, sobre todo agua, para poder expulsarla, y retirarla a la mayor brevedad posible. De igual manera es conveniente mantener el ambiente humedecido, para lo que se recomienda usar humidificadores en la casa.

### Actividad 2. “Laringectomizados y la importancia de la implicación de las familias”

Esta segunda actividad del Proyecto de Educación Para la Salud también la imparte la enfermera, la cual explicará la importancia que tiene la implicación de las familias en el proceso de recuperación.

Tiene como objetivo dar a conocer, tanto a los pacientes como a sus acompañantes, lo importante que es una implicación activa por parte de las familias en el proceso de recuperación de una laringectomía total.

Pero también se incluye a los familiares en el Proyecto puesto que, como se ha comentado anteriormente esta situación supone un enorme impacto psicológico y emocional para ellos, y para poder proporcionar el apoyo que necesitan los laringectomizados, debe tratarse el aspecto emocional de las familias.

### Actividad 3. “Mi experiencia como laringectomizado”

Para llevar a cabo la tercera actividad será necesaria la colaboración de uno de los miembros de la Asociación de Pacientes Laringectomizados.

Éste contará a los asistentes cómo fue su experiencia personal, su recuperación y de qué manera ha cambiado su vida desde entonces.

Además hablará sobre su papel dentro de la Asociación, el tiempo que lleva perteneciendo a la misma y los servicios que ofrecen.

Por otro lado, uno de los familiares de estos miembros de la asociación también se dirigirá a las personas que asistan al proyecto contando de qué manera afectó el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad a su vida personal, y como hizo frente a esta situación. Además de dar consejos para poder afrontar el caso de la mejor manera posible.

### Actividad 4. “Reeducación del habla”

Durante el desarrollo de esta actividad el miembro de la Asociación que ha impartido la actividad número 3 orientará a los pacientes en la reeducación del habla. En esta sesión únicamente se comenzará a explicar los ejercicios que se pueden comenzar a realizar, puesto que para conseguir hablar sería necesario mucho más tiempo. No obstante, una vez que se haya terminado el Proyecto de Educación Para la Salud, los pacientes podrán asistir posteriormente a la asociación para continuar con la reeducación del habla.

Los ejercicios que se explicarán estarán basados en el método denominado “vocálico” para conseguir producir voz esofágica o erigmofónica. Mediante esta técnica se puede conseguir que se adquiera fuerza y claridad en la voz, para que al llegar al grado máximo de aprendizaje se tenga fluidez en el habla y se consiga utilizar la entonación pertinente en cada situación, logrando transmitir cualquier tipo de sentimiento.

En primer lugar se debe introducir aire en la boca para llevarlo hasta el esófago e impulsarlo hacia arriba, de esta manera se produce el sonido esofágico.

Al principio hay que aprender a pronunciar las cinco vocales, y una vez se haya logrado será más fácil comenzar con las palabras.

Los pasos a seguir son los siguientes:

- Introducir aire en la boca y cerrarla.
- Impulsar el aire con la lengua para que llegue al esófago.
- Una vez en el esófago empujar el aire hacia arriba.
- Una vez se encuentre en la cavidad oral, colocar los labios como si se fuera a pronunciar la /a/ con la voz laríngea.

Realizar varias repeticiones tomando el tiempo que sea necesario y una vez que se ha conseguido emitir la primera vocal se repite el mismo proceso con las demás.

A continuación se comienza a formar parejas de vocales y más tarde se pasa a emitir palabras de variable extensión.

Se comienza emitiendo monosílabos y bisílabos, después palabras formadas por tres y cuatro sílabas y así progresivamente hasta llegar a los heptasílabos. Y por último, se trabaja la pronunciación de oraciones.

Una vez que se está aprendiendo mediante este método se recomienda leer textos en voz alta y practicar siempre que sea posible. Pero siempre empleando el tiempo que cada persona necesite para poder ir avanzando.

No se puede hablar de tiempo de recuperación en concreto, pues depende de cada caso en particular y de las consecuencias de la intervención quirúrgica. En algunos casos se trata de un proceso sencillo y corto, pero en otros casos puede ser largo y difícil. Pero lo más importante es mantener una actitud positiva y tener la motivación suficiente para seguir adelante.