

GUÍA PARA PERSONAS LARINGECTOMIZADAS



AUTORES:

- Dr. Fco. Muñoz del Castillo. Jefe de Servicio de ORL. Director de la Unidad de Gestión Clínica de Otorrinolaringología intercentros del Hospital Reina Sofía de Córdoba y del Hospital Infanta Margarita de Cabra
- Dr. José Gutierrez Jodas. Médico adjunto ORL Hospital Reina Sofía. Responsable de la sección de oncología de Cabeza y Cuello.
- Dra. Irene Vacas Muñoz. Médico adjunto ORL Hospital Infanta Margarita.
- Dr. Leonardo Rodríguez Pérez. Médico adjunto ORL Hospital Reina Sofía.
- Dr. Juan Aguilar Cantador. Médico adjunto ORL Hospital Reina Sofía.
- Dr. Rafael Ramírez Ponferrada. Médico adjunto ORL Hospital Infanta Margarita.
- María González. Logopeda de la UGC ORL Intercentros del Hospital Reina Sofía de Córdoba y del Hospital Infanta Margarita de Cabra.
- Manuel Moreno Llas. Paciente experto de la Estrategia de la Escuela de Pacientes de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.

DIBUJOS:

- "Dr. Zonum" Fco. Muñoz del Castillo

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

- Fco. J. Díaz Expósito. Responsable de Participación Ciudadana y Comunicación Social. Unidad de Gestión Clínica de Prevención, Promoción y Vigilancia de la Salud. área de Gestión Sanitaria Sur de Córdoba.

AGRADECIMIENTOS:

- @creative_nurse por la ilustración de la pág. 10

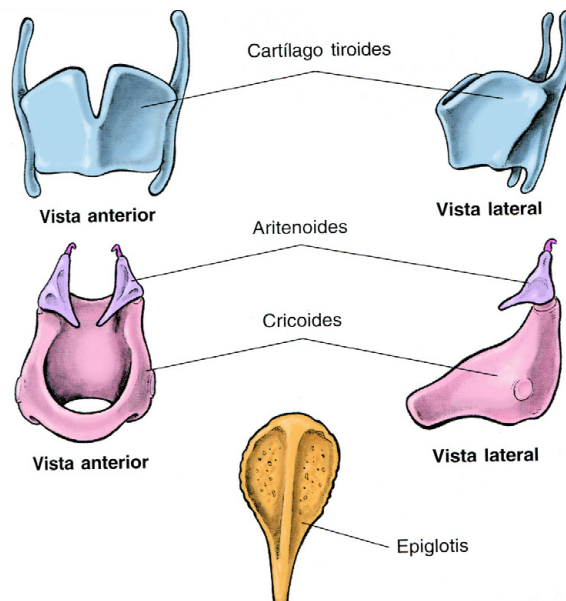
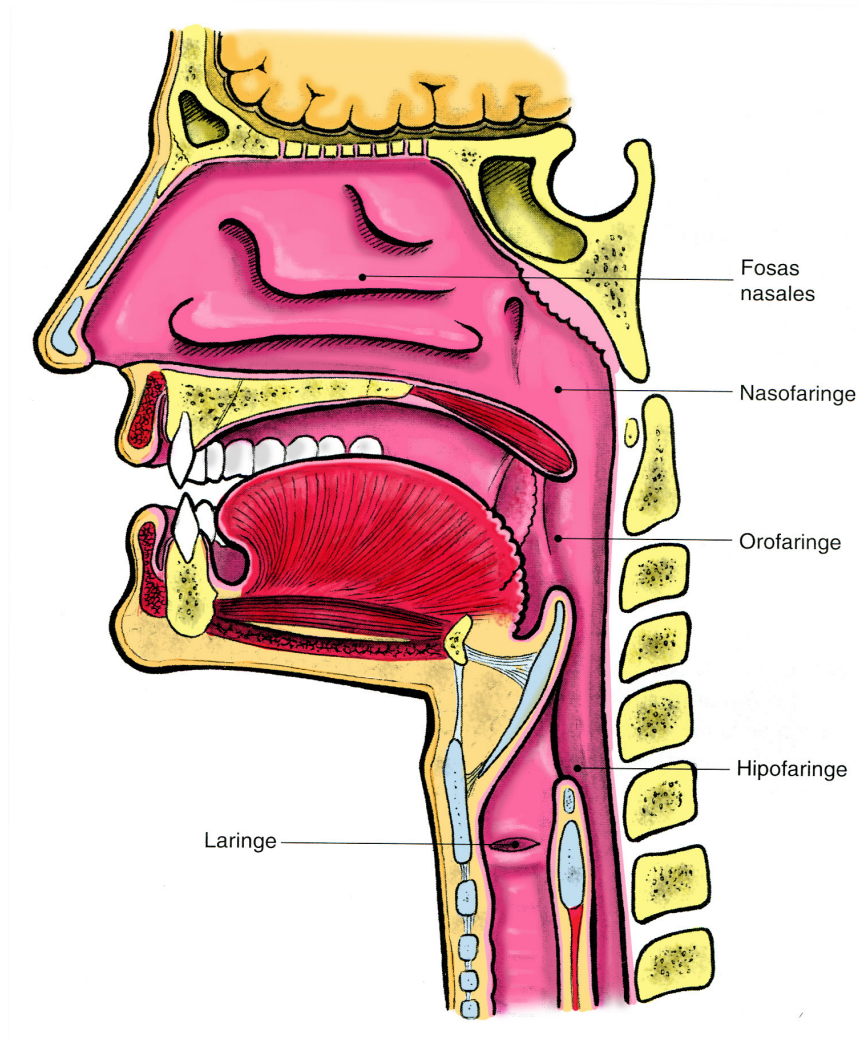
INTRODUCCIÓN

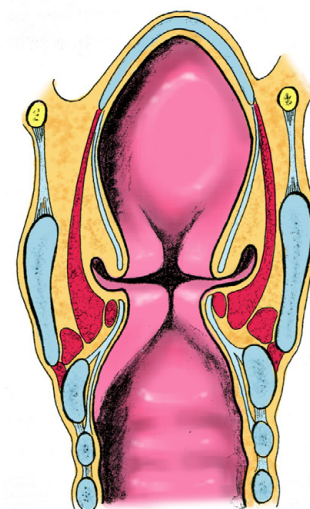
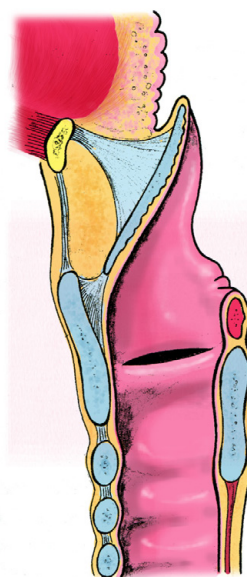
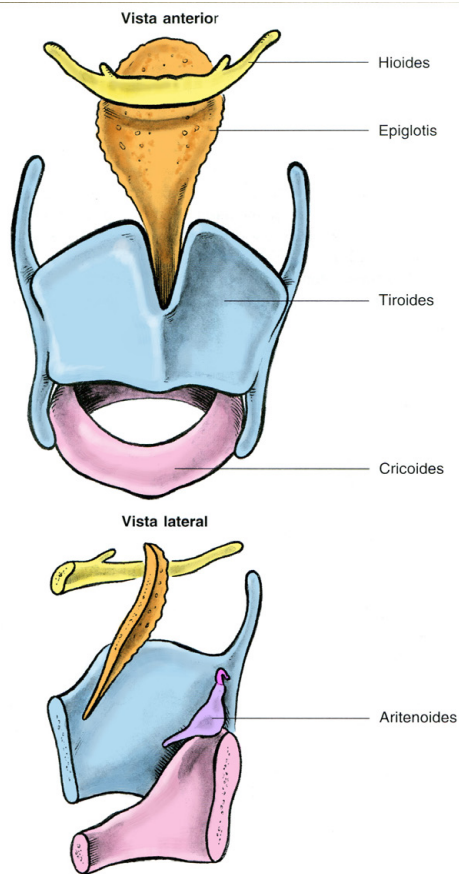
Esta Guía se crea para la primera **Escuela de Pacientes laringectomizados** del territorio español, nace en la ciudad de Córdoba. Su objetivo será informar, esclarecer y proporcionar estrategias para llegar a pacientes, familiares y profesionales que puedan tener relación directa con personas laringectomizadas. Poder tener las herramientas, comprender y superar esta etapa de su vida. Mediante un lenguaje claro y sencillo entender todo el proceso al que se enfrentan y a adquirir conocimientos suficientes para poder llevar una vida normal e independiente tras su recuperación y alta hospitalaria. Esta guía pretende completar la labor asistencial realizada por el equipo de médicos, enfermería, logopedas y auxiliares, que forman la Unidad de Otorrinolaringología

Queremos proporcionar información acerca de los cuidados del estoma, de la posibilidad de recuperar la voz, ahora erigimofónica, las alternativas, como las prótesis fonatorias, o el uso del laringófono, sistemas aumentativos alternativos de comunicación (SAAC), el cuidado integral, la higiene, la recuperación de la normalidad y la vuelta a la sociedad.



CONCEPTOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DE LA LARINGE





La laringe

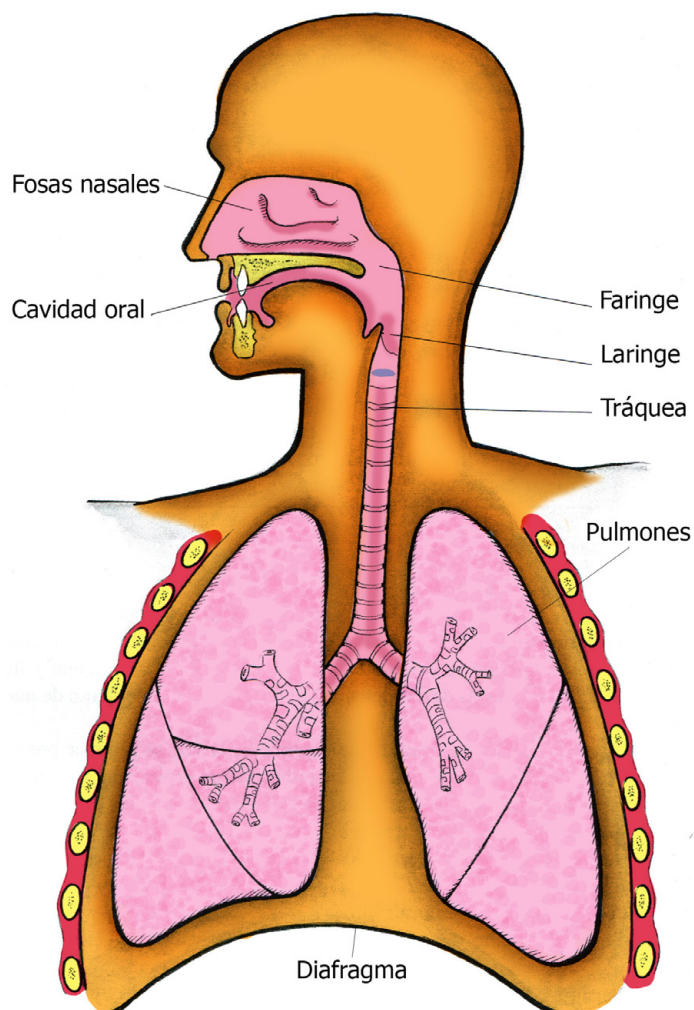
Es un órgano hueco, móvil, con forma cilíndrica/cilíndrica, que mide aproximadamente 5 cm de longitud, siendo más corta en las mujeres y especialmente en los niños, compuesta por cartílagos y músculos recubiertos por mucosa y, que comunica la faringe con la tráquea.

La laringe es la parte superior de la tráquea, adaptada a las necesidades de la fonación o emisión de la voz.

Es el órgano de la fonación pues contiene las cuerdas vocales.

La laringe tiene tres funciones fundamentales: protección, respiración y fonación.

Actúa como un esfínter evitando la entrada de cualquier cosa a la vía aérea, excepto el aire.



EL PROCESO DIAGNÓSTICO

¿Qué me ocurre doctor?



La consulta



TAC y biopsia



Diagnóstico



Impacto emocional



Asimilación

¿Qué me ocurre doctor?

Esta es la duda con la que acudió usted a la consulta, preocupado por una disfonía o ronquera que dura más de lo habitual. A medida que avanza la enfermedad puede aparecer además dolor de garganta, de oídos, dificultad para tragar, incluso para respirar. En otras ocasiones, la consulta se realiza por la presencia de bultos en el cuello, ganglios afectados, que perduran o cambian de tamaño.

La consulta.

El otorrinolaringólogo una vez que haya escuchado sus síntomas y le realice una serie de preguntas, indagará en su hábito tabáquico, alcohólico, y/o antecedentes familiares, realizará una serie de exploraciones para visualizar boca, faringe, laringe y cuello. Mediante un fibrolaringoscopio, que es una cámara flexible, que se pasará por la nariz hasta llegar a la laringe, sabemos la sensibilidad de estas áreas por lo que será necesario estar relajado y colaborar. Antiguamente se usaba un espejillo laríngeo. Laringoscopia indirecta.



La biopsia

Es necesario confirmar el diagnóstico tomando una muestra de la lesión. Si el paciente y el tipo de lesión nos lo permite, realizaremos la toma de muestra en consulta anestesiando toda la zona mediante pinza, de manera que la biopsia sea lo menos incómoda posible.

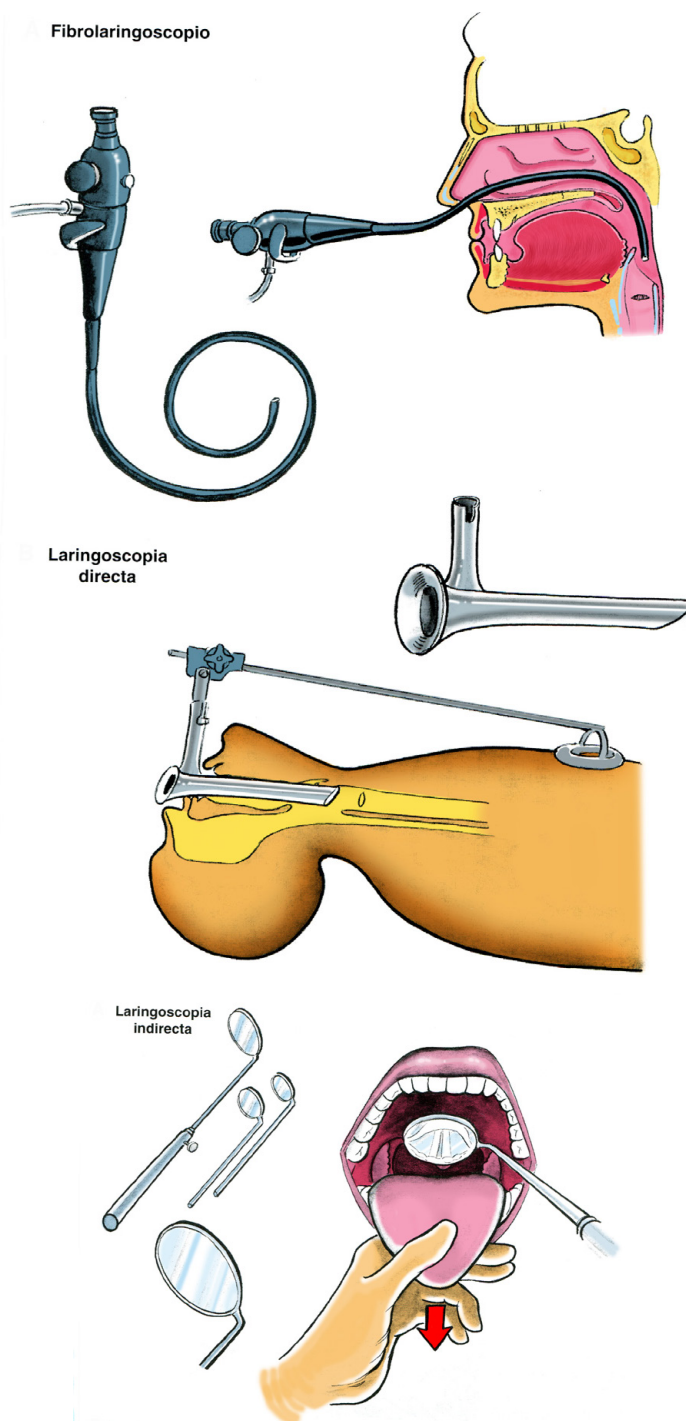
Si el diagnóstico no se confirma y seguimos sospechando malignidad se ingresará y realizaremos una exploración bajo anestesia general que consiste en realizar una microcirugía de laringe, proceso por el cual introduciendo un tubo en la misma (laringoscopia) obtenemos una visión directa de ésta, mediante un microscopio y podemos tomar muestras más adecuadas.

Siempre existirá una comunicación fluida y clara entre paciente, médico y familiares cercanos, de forma que se puedan resolver la mayoría de las dudas y preocupaciones, intentando que se marchen a casa lo más tranquilos e informados posible.

Usted tiene la última palabra en todo el proceso y todo se realizará bajo su consentimiento informado.

Ante la sospecha de una patología maligna, el proceso diagnóstico y terapéutico debe ser precoz, por tanto debe estar mentalizado de que será un proceso rápido y que en unas dos semanas debe estar todo preparado para aplicar el tratamiento indicado.

Llegado este punto se le asignará una cita en la consulta para concretar el plan de intervención.



La enfermedad

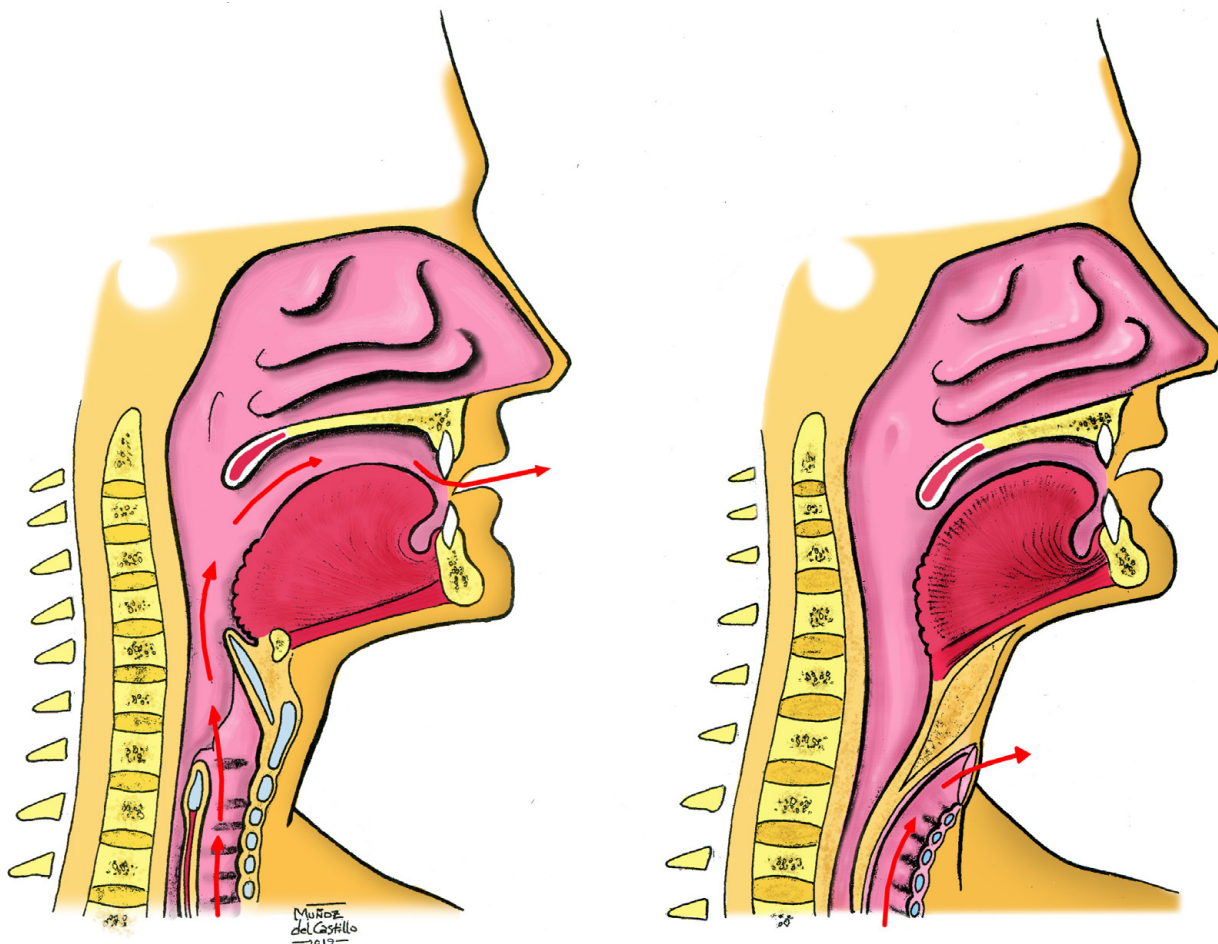
En el transcurso de estos días, ya se sospecha que su enfermedad se trata de una tumoración probablemente maligna y que requerirá un tratamiento agresivo. Su otorrino ya tendrá todos los resultados y los presentará en Comité Oncológico de cabeza y cuello formado por otorrinolaringólogos, cirujanos maxilofaciales, radiólogos, oncólogos y especialistas en radioterapia, donde se habrá planteado y consensuado el tratamiento más adecuado para usted. Si debido a la agresividad de la enfermedad se requiere un tratamiento quirúrgico radical, se le realizará una laringectomía total. Esto supone la extirpación total de la laringe. Será un duro golpe, pero debe asimilarlo con la mayor positividad posible, aferrándose a la posibilidad de curación de su enfermedad con una buena calidad de vida.



La operación.

La laringe es el órgano que se sitúa entre la faringe y la tráquea, por tanto, interviene en el paso de aire a los pulmones durante la respiración. Una parte de la laringe ubica las cuerdas vocales encargadas de la emisión de la voz por vibración, por el paso de aire a su través y además al tragar se cierran evitando el paso de la comida a la vía respiratoria. La intervención consiste en quitar toda la laringe y con ella el tumor, de este modo quedaría independizada la vía aérea de la alimenticia. Toda esta información le explicada con total claridad por el otorrino, pero... ¿Qué ocurre después de la intervención? Aquí entra en acción la figura del Logopeda. Habrá una consulta con este profesional, se explicará el proceso postoperatorio, las sensaciones, la dificultad en la comunicación y las alternativas de compensación (cuaderno y lápiz, sistemas aumentativos de voz (transcriben el texto a voz) y la rehabilitación para empezar a comunicarse lo antes posible (en un mes se puede comenzar), posibilidad de volver a tener olfato, adaptación de dietas en caso de problemas en la deglución,

prótesis fonatorias, ayuda de otros profesionales, asociaciones, Escuela de pacientes y la importancia del apoyo de otros profesionales tales como psicólogos y fisioterapeutas.

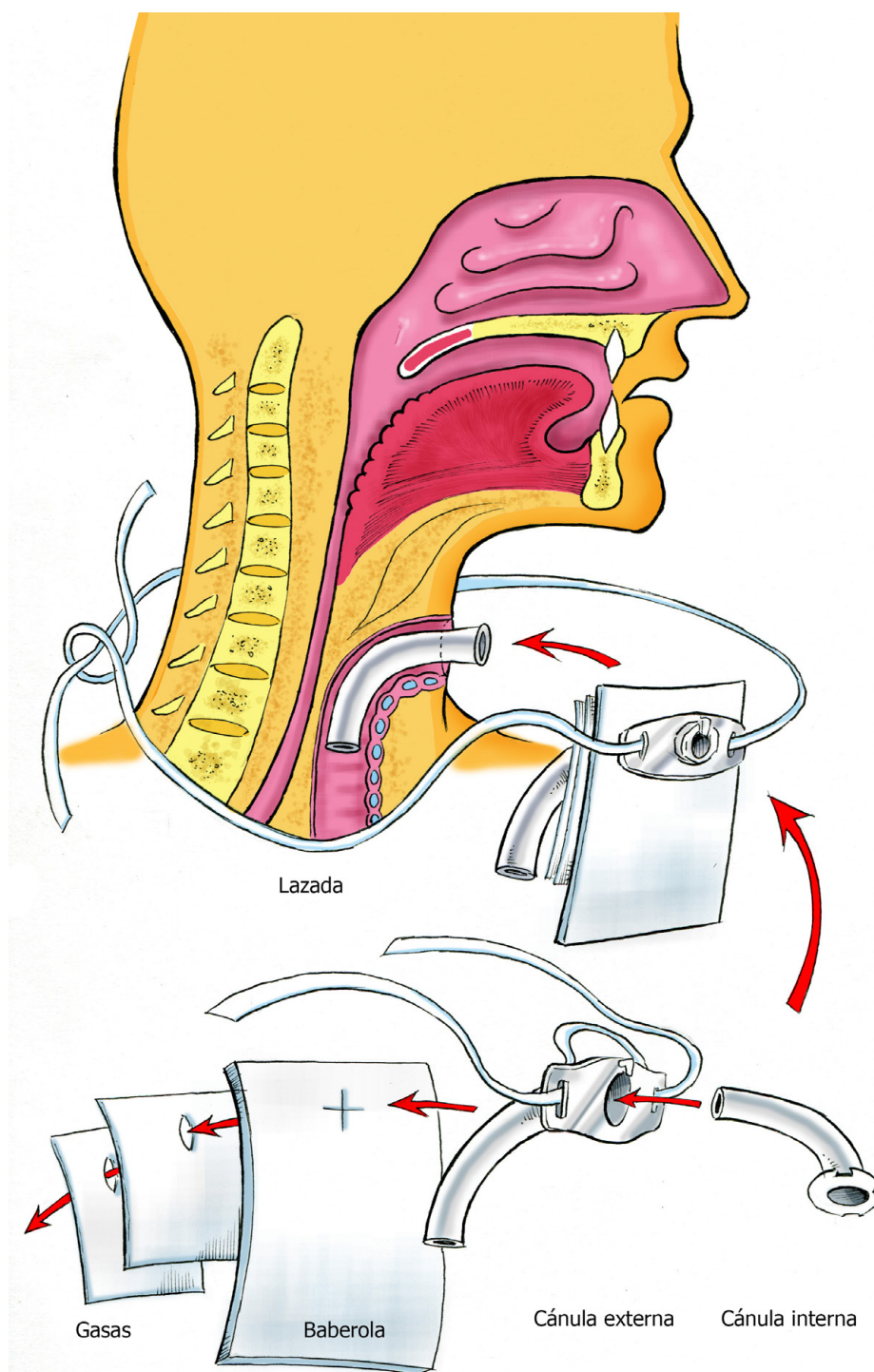


Traqueostoma

Orificio creado quirúrgicamente para comunicar la tráquea con la piel. Hay una continuidad de la mucosa traqueal con la piel del cuello. Puede ser definitivo o no. En la laringectomía total es definitivo, en las parciales se puede cerrar.

El traqueostoma es la boca traqueal cosida a la piel del cuello, un orificio permanente por el que respirará de por vida. Con unos cuidados mínimos y sencillos terminará por asumirlo con normalidad, sin temor y de manera higiénica. Al principio su cuerpo se debe adaptar a esta modificación en el recorrido del aire con la respiración, por lo que es normal que tenga golpes de tos continua con expulsión de mucosidad que poco a poco irán disminuyendo. Es posible que los primeros días se formen costras que obstruyan parcialmente el paso del aire, esto es debido a la sequedad, de ahí la importancia de mantener una buena hidratación, una temperatura y humedad adecuada en el ambiente. Cuando hay un tapón se produce una situación incómoda por la sensación de ahogo que le produce la mayoría de

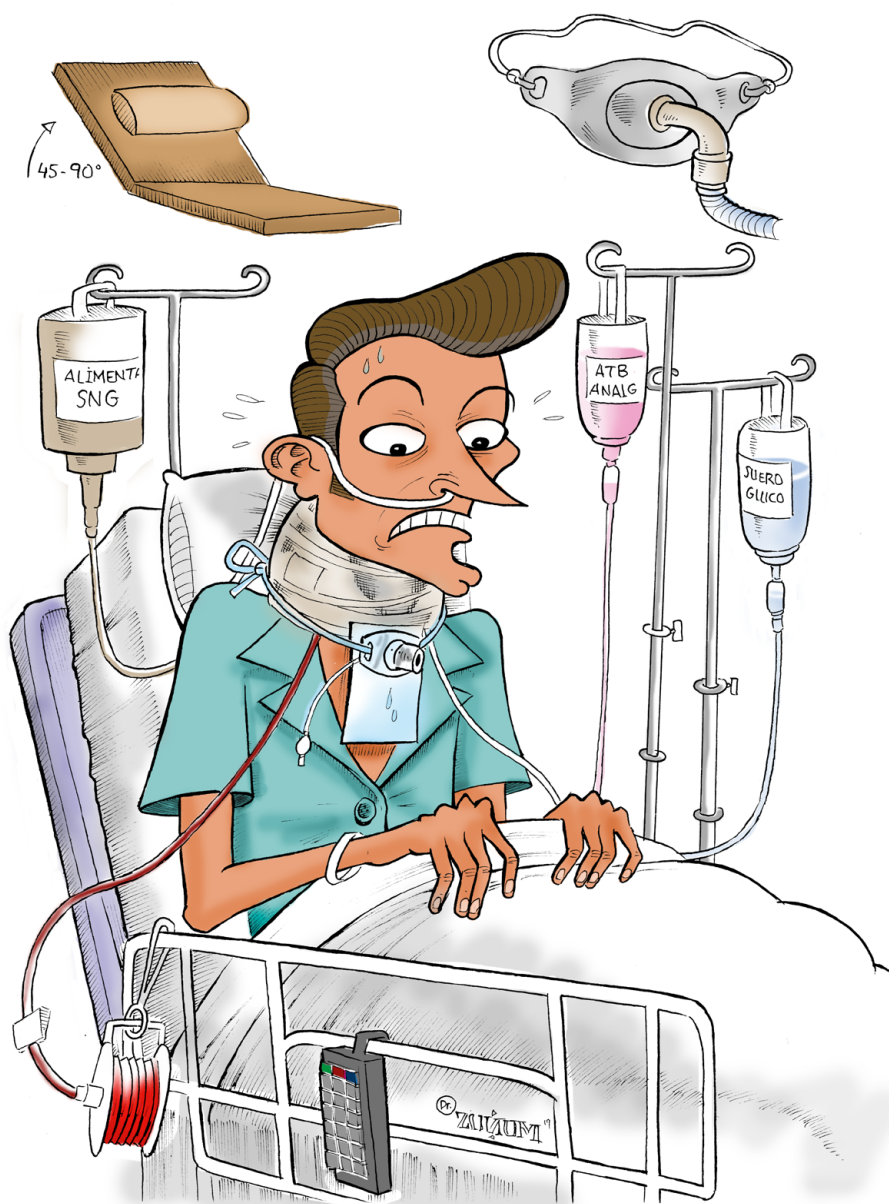
las veces y se resuelve con la tos. Para evitar este problema las enfermeras controlaran el estado de su traqueostoma y le aspirarán las secreciones si fuese preciso durante su ingreso. En estos primeros días el equipo de médicos, enfermería y auxiliares junto con su familia se encargarán del cuidado de todo, sólo debe preocuparse en mantener el ánimo y recuperarse, verá como en unas semanas está totalmente preparado para su autocuidado.



El despertar

En reanimación, el anestesista y el equipo de enfermería controlan que todo esté correcto. Ha superado unas horas de intervención. Y permanecerá ahí unas horas más hasta que sea trasladado a planta, pero ya tendrá la visita de sus familiares. Observará que tiene un vendaje que le aprieta el cuello y dos tubos de drenaje (aspiración tipo redon).

La mascarilla de oxígeno no está en la boca si no en el traqueostoma y de la nariz sale una sonda que llega hasta el estómago por la que se le alimentará aproximadamente unas semanas. Los sueros y la medicación serán suministrados por la vía intravenosa que llevará en el brazo.



Cuidados de enfermería

Paciente portador de Cánula

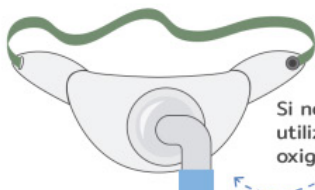
@Creative_Nurse

Control de constantes vitales

- ▶ Respiración ▶ disnea u obstrucción
- ▶ Temperatura ▶ fiebre = signo de infección
- ▶ Tensión Arterial y Pulso ▶ posible hemorragia

Posición del paciente

POSICIÓN DE FOWLER
Cabecero de la cama inclinado de 45 -90°



Si necesitamos aporte de O₂ utiliza una mascarilla de oxigenoterapia adecuada

Alimentación e Hidratación

Se realiza a través de una sonda nasogástrica para evitar broncoaspiraciones, hasta que se controle la deglución (oral o IV según el estado del paciente)



Bomba de Nutrición Enteral

El balón debe tener una presión adecuada con la ayuda de un MANÓMETRO

Manejo del dispositivo

Importante conocer el manejo de la cánula y el mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea y la valoración de la necesidad de aspirar secreciones

Fonación

Los pacientes portadores de una cánula fenestrada pueden entrenar la fonación tapando el orificio exterior con un tapón o con el dedo. También con prótesis fonatoria o erigmofofonía

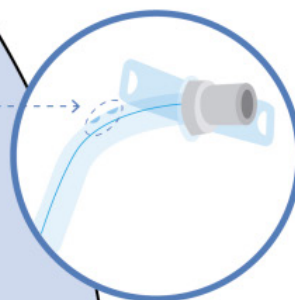
Evitar el desplazamiento de la cánula

Humidificación

Se administran aerosoles con suero fisiológico con el fin de evitar que las secreciones se espesen y sea más fácil su expulsión



Usar nebulizadores ambientales con agua destilada



El alta

Volver al día a día. Es fundamental que el paciente conozca los cuidados del traqueostoma que tanto usted como su familia explicaremos durante la estancia en el hospital. El traqueostoma tiene que estar limpio, seco y sin costras. Al principio es normal que precise una mayor limpieza varias veces al día. Posteriormente será suficiente una vez al día con una gasa húmeda y agua caliente y con movimientos circulares delante del espejo. Aprenderá cómo preparar y realizar los cambios de cánula durante su estancia en el hospital (enfermería y auxiliares de enfermería le ayudarán a integrar todos estos conocimientos).

¿Con qué se va a encontrar ahora?

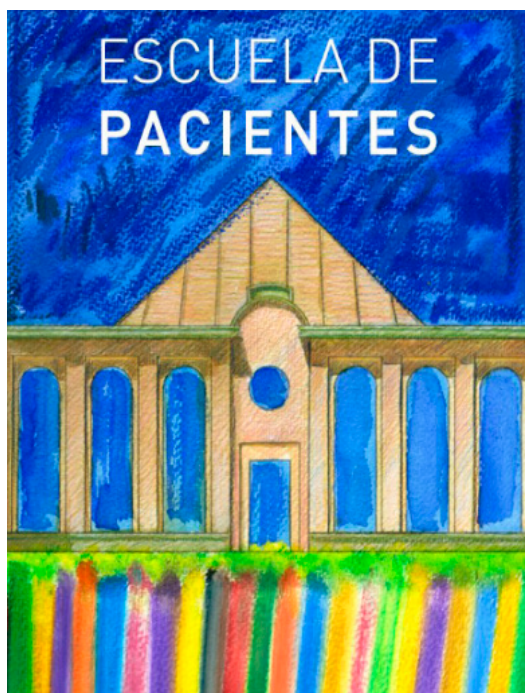
- Anosmia (pérdida del olfato)
- Ageusia (pérdida del gusto)
- Disminución del reflejo tusígeno
- Disminución de la capacidad de esfuerzo físico
- Modificación de hábitos de vida
- Trastornos respiratorios, digestivos, deglutorios
- Limitación laboral
- Pérdida de la autoestima, depresión y ánimo debilitado

El habla tras la laringectomía total

La rehabilitación de un paciente laringectomizado debe basarse en sus características, capacidades y preferencias. “La clave de la rehabilitación, está en el equipo encargado, que debe estar formado por un otorrinolaringólogo y un logopeda, apoyado por pacientes expertos que adecuan los protocolos para optimizar la recuperación.

La intervención en el proceso rehabilitador se debe iniciar cuanto antes, para que se pasen el menor tiempo posible sin voz, la principal secuela de la operación. Alrededor de estas y no menos importantes está la incorporación a la vida, para conseguir que ésta se aproxime lo máximo posible a la que tenía antes de la intervención

La rehabilitación después de una laringectomía no es cometido de un profesional solamente como se pueda pensar, el/la logopeda tiene un papel fundamental en la rehabilitación del habla de la persona laringectomizada, pero la triada **psicólogo/a, fisioterapeuta/logopeda** es fundamental para la mejor y más rápida recuperación.



Aquí es donde entra en acción la **ESCUELA DE PACIENTES**, la rehabilitación del cuerpo, y la voz son necesidades primordiales, pero volver a la vida cotidiana, a afrontar el día a día, las relaciones con familiares y amigos, actividades de ocio, son objetivo de la Escuela de pacientes, encargada de la colaboración e intervención de otras personas que han pasado por esa experiencia.

Los llamados **PACIENTES EXPERTOS** que se encargarán del desarrollo de las sesiones, moderar las mismas, animar a la intervención de los compañeros, animar a la integración, organización de objetivos comunes e individuales, todo ello con el apoyo del/la logopeda, persona que estará entre bastidores, sólo para el apoyo si fuese requerida se intervención.

Escuela de Pacientes

LOGOPEDA

PSICÓLOGO

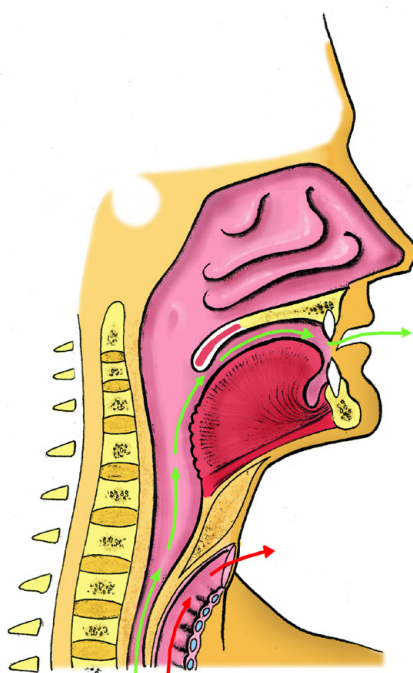
FISIOTERAPÉUTA

Comienza la rehabilitación de la voz erigmofónica

El pronóstico suele ser bueno, sobre todo si comienza la rehabilitación al mes de la intervención. No hay dos pacientes iguales, por lo que los tiempos de adquisición de voz erigmofónica o esofágica, variarán considerablemente de uno a otro. El interés personal y la práctica diaria juegan un papel muy importante. El paciente logra tener una comunicación social adecuada entre 6 meses a 1 año. No es así en todos los casos, a veces se puede demorar más, pero esto no debe ser causa de abandono, sino de poner mayor ahínco.

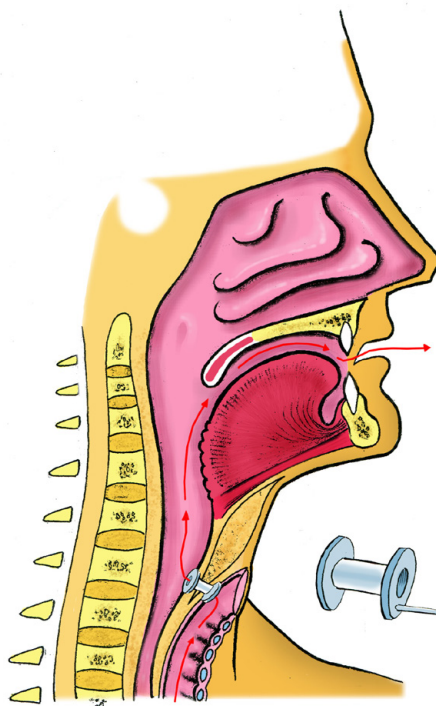
Estas pueden ser algunas causas para la demora para adquirir voz:

- Estenosis alta del esófago
- Resección del anillo superior del esófago
- Divertículos y fístulas en pared esofágica o hipo faríngea
- Espasmos permanentes del orificio esofágico
- Edad avanzada - Trastornos intelectuales o trastornos graves de personalidad
- Hipoacusia
- Poca habilidad cinestésico motriz
- Pobre entorno familiar
- Comienzo tardío de la rehabilitación

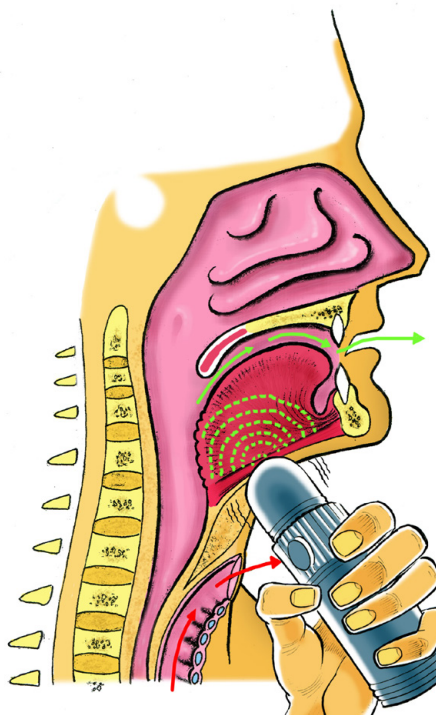


Posibilidad de otras opciones:

Existe otra opción, llamada prótesis fonatoria, que se colocarían en quirófano y siempre a criterio del otorrino que valorará las características del paciente. Las prótesis serán pre cambiadas en período que oscilan desde los 9 a los 18 meses. El paciente tendrá voz casi desde el primer instante de la colocación de la misma.



Otra opción será el **laringófono o la electro faringe**, aparato electrónico. Su correcto posicionamiento para que produzca un sonido claro y produzcamos una voz perfectamente entendible. No existe una zona específica de colocación para todo el mundo, y dependiendo de cómo tenga el cuello la persona variará la posición óptima y la calidad del sonido de la emisión de voz.



Valoración

- Sistemas sensoriomotor oral, debe ser examinado, la sensibilidad facial y oral, la movilidad, el tono muscular, simetría facial, estructuras orales.
- Tener en cuenta el edema facial, trismus, el estado de los dientes, si es adecuado, si faltan piezas, prótesis dentales, puentes.
- Valoración de las funciones neurovegetativas, respiración, tamaño del estoma, deglución, adaptación de texturas en caso de ser necesario.
- Déficits auditivos
- Alteraciones fisiológicas pueden ser, alteraciones de la vía respiratoria, traqueostomía, disminución del olfato y del gusto. Disfagia (trastorno en la deglución). Disminución de la actividad motora del cuello, brazos y hombros
- Factores Psicosociales.
- La autoestima se ve comprometida, el cambio de imagen, la sensación de ser observados. La comunicación en sí. Las actividades sociales se alteran

La voz esofágica requiere del aprendizaje de la técnica adecuada en cada caso.

Lo primero que se debe enseñar es:

- Relajación de cuello, hombros, brazos
- Estiramientos suaves
- Movilización lingual, tonificación de labios, funcionalidad del buccinador, trabajo de la base de la lengua

Los problemas secundarios a la disfunción de la musculatura del hombro y / o del cuello se dan en muchas de estas cirugías, se pueden producir un traumatismos de los tractos nerviosos que inervan la musculatura cervical y la región del los hombros, tales como ramas motoras del plexo cervical y el XI par craneal

Clásicamente se describen tres métodos de rehabilitación de la voz esofágica: método de deglución, método de aspiración y método de inyección

Método de deglución

Consiste en introducir el aire en la faringe con el auxilio de los movimientos de deglución. La técnica consiste en deglutir el aire, y cuando se percibe su introducción en el esófago, expulsarlo emitiendo una vocal. La deglución deberá ser incompleta.

Método de aspiración

Los métodos de aspiración y de inyección de aire, descritos por, consisten en introducir el aire dentro del esófago por medio de un movimiento de succión forzada

Método de inyección

También llamado método Holandés. Consiste en la ejecución de dos técnicas, la inyección por presión glossofaríngea y la inyección consonantal. En la inyección por presión glossofaríngea la lengua funciona como un pistón, comprimiendo e inyectando el aire en el esófago con un movimiento fuerte y rápido.

Objetivos:

- Lograr la independencia de los soplos bucal y pulmonar.
- Conseguir una inyección, succión o deglución del aire, lo mas correctas y conscientes posibles, en el esófago.
- Producir una erupción automática fluida o en su defecto una eructación voluntaria

La voz esofágica se consigue utilizando el esófago como fuelle receptor y expulsor del aire y la boca superior del esófago, como opresor y vibrador del flujo de aire que llega a la cavidad fonatoria. No es tarea fácil, pero no imposible. Son necesarios y beneficiosos una serie de ejercicios preparatorios.

Importante:

- el control postural
- los ejercicios de relajación de cabeza
- los ejercicios de relajación de hombros y cuello
- Los ejercicios de la cavidad oral, para conseguir relajar las estructuras dañadas en la intervención, y paliar el efecto de los tratamientos que afectan a la musculatura y a la sensibilidad.

Prioridades:

- Relajación y postura
- Alimentación

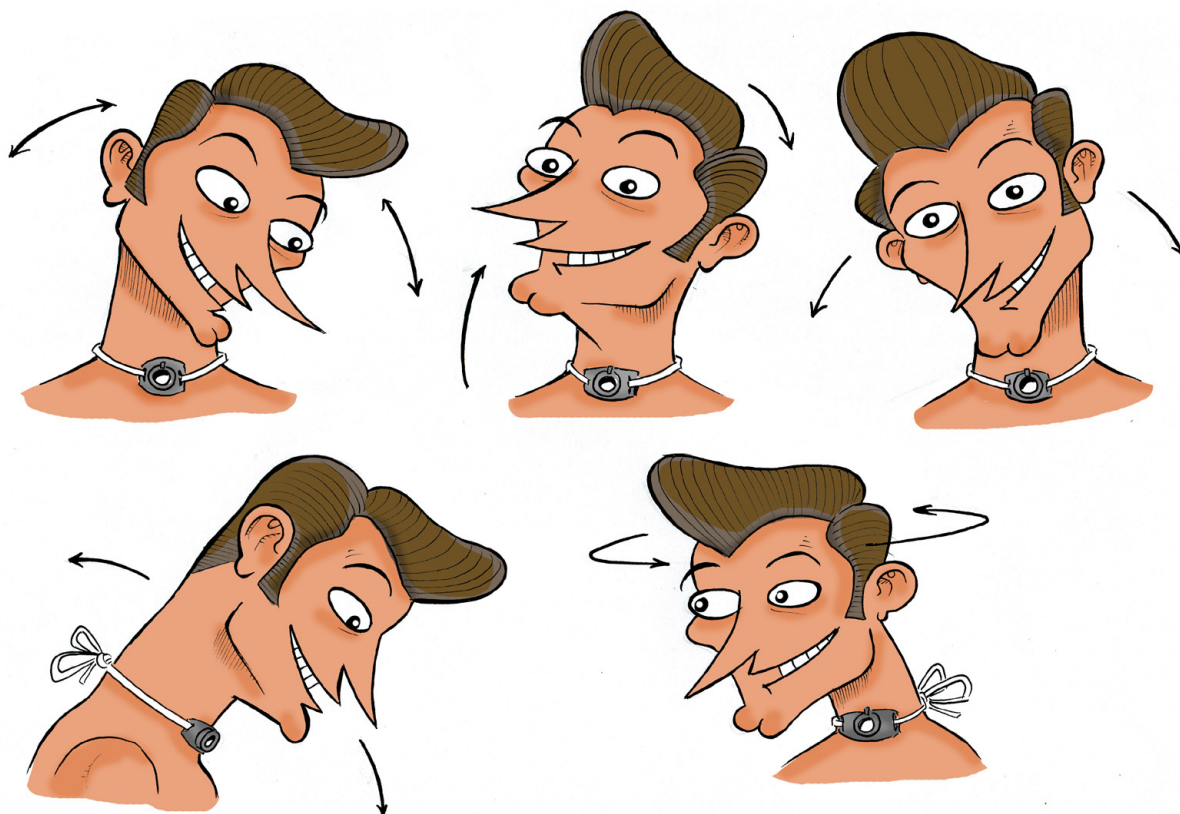
- Deglución
- Ejercicios orofaciales (movilidad de los labios, lengua, mejillas...)
- Movimientos diadococinéticos (realización de movimientos alternativos sucesivos)
- Ejercicios para desensibilizar zona oral.
- Integración sensoriomotora.
- Cicatrización interna y trabajo en la cicatriz externa

Ejercicios:

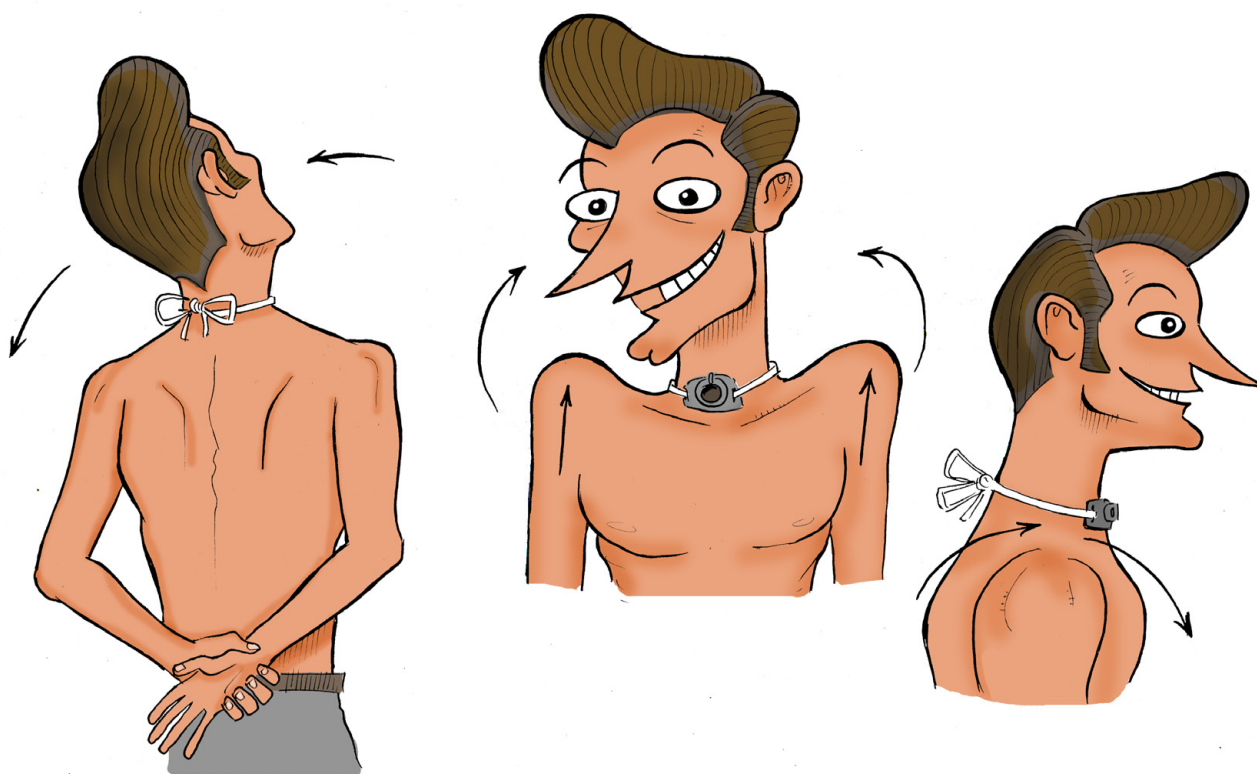
En cuanto a los ejercicios para desarrollar la voz esofágica, hay principalmente de dos tipos:

- los que persiguen la relajación muscular de cuello y pecho y la regeneración de la movilidad bucal
- los que facilitan la obtención de la fonación. Pronunciar sílabas que empiecen por las letras P, T y K favorecen la entrada y salida de aire del esófago

Problemas secundarios a la disfunción de la musculatura del hombro y / o del cuello En muchas cirugías



cervicales se puede producir un traumatismo de los tractos nerviosos que inervan la musculatura cervical y la región del hombro.



Higiene y cuidados

La zonade alrededor del estoma debe estar limpia y seca, el cuidado de la piel y protección de la misma es muy importante. Hidratación con cremas que serán recomendadas por su médico.

Higiene y cuidado de la cánula

- Debe elegir un lugar cómodo y adecuado para la limpieza de la cánula, el baño suele ser el mejor lugar, será necesario contar con una buena iluminación.
- Realizar previamente una correcta higiene de manos
- Comprobar que la cánula interna de recambio, (si es de plata) se desliza sin dificultad.



- Preparar la cinta de hiladillo o de algodón.
- Retirar la cánula usada (interna y externa). Colóquela en un recipiente con agua y jabón.
- Limpie la piel de alrededor del estoma, comprobar que no quedan secreciones.
- Secar dando suaves toques, no frotar
- Colocar la cánula externa con la cinta de hiladillo
- Colocar un apósito entre la pletina y la piel
- Colocar cánula interna
- Este proceso se realizará tantas veces sea necesario



Rehabilitación del gusto y el olfato

Al respirar por el estoma, el aire ni se purifica ni se humidifica, pasando directamente a los pulmones, ya no se respira por la nariz ni la boca, lo que afecta a los sentidos del gusto y del olfato. Mantener este sistema en óptimas condiciones, requiere de ciertos cuidados y recomendaciones, tales como humidificarlo, templarlo, beber abundantes líquidos, instilaciones de solución salina directamente en la tráquea...

Las tuberías de paso del aire la orofaringe, la laringe, la tráquea y los bronquios son las tuberías de paso. Asimismo la musculatura respiratoria es la que crea las corrientes de aire necesarias para que la molécula odorífera viaje del exterior al epitelio olfativo. Una modificación en este sistema de tuberías, como ocurre en las personas laringectomizadas, puede impedir el acceso del estímulo a los receptores y provocar, por tanto, la no percepción del olor, con todo lo que ello conlleva. La percepción del olor a comida nos estimula las glándulas salivares, hecho importante a la hora de la deglución. Otro factor importante es que el olfato es un detector de posibles fugas y peligros varios.

El uso de un manómetro y el bostezo controlado es la forma de recuperar el olfato. Se puede fabricar con una base, un tubo de plástico y agua con colorante para comprobar que el ejercicio es correcto.

Hablar por teléfono

Muchos laringectomizados temen usar el teléfono después de haber adquirido la voz esofágica o cuando utilizan un laringófono. Sienten que su voz va a resultar incomprensible, cuando en realidad

el teléfono es una ayuda para el laringectomizado ya que amplifica la voz.

Puede usar el teléfono para practicar la voz esofágica con sus amigos y, en su caso, adquirir confianza en su habilidad para comunicarse.

Acuérdese de mantener los labios cerca del teléfono y hablar lentamente utilizando grupos cortos de palabras.

Se debe asegurar que su interlocutor sabe con anterioridad que debe esperar a que usted termine lo que ha comenzado a decir.

No debe hablar con la cabeza agachada ya que podría tapar el estoma con la barbilla, con el consiguiente nerviosismo al creer que no puede respirar

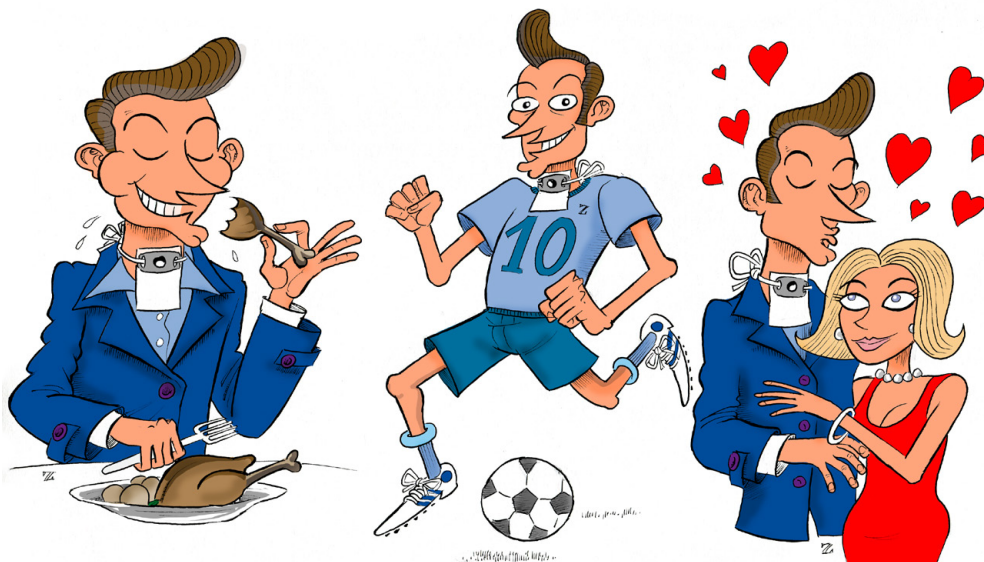


Actividad física

Se puede y se debe tener actividad física, no perder los hábitos previos y si no los hubiera, comenzar a tenerlos. Salga a la calle, continúe con sus aficiones. Por tener una laringectomía no podemos pensar que todo se ha terminado. Comenzaremos con actividad suave, caminar, montar en bicicleta... cuidado con las más comprometidas, como son las actividades acuáticas que se deben limitar al baño en situaciones de seguridad y siempre acompañad. El entrenamiento y su intensidad deben determinarse según el estado de salud del enfermo, del tipo de cáncer que padece, el tratamiento y la edad.

Trabajo

Su actividad laboral no tiene por qué extinguirse después de la intervención, si es que es posible, no todos los oficios pueden seguir ejerciéndose, aunque encontrará dificultades si su trabajo le exige grandes esfuerzos físicos o excesiva comunicación, todo ello será valorado por usted y los profesionales expertos.



Alimentación

Al principio las comidas deben ser menos abundantes y más frecuentes además de que comerá algo más lento y necesitará trocear más la comida, es cuestión de tiempo que todo vuelva a la normalidad. Puede que note una falta de sensibilidad oral, la falta de olfato y gusto puedan afectar el pleno disfrute de la comida, aprenderá a oler.

Sexualidad

Respecto a su pareja no hay nada que le impida tener relaciones con normalidad, tras un periodo de adaptación por parte de ambos. Debe tener confianza, sus capacidades no disminuyen, la autoestima vuelve poco a poco.

Sistemas de comunicación

- Bloc de notas
- Notas en el teléfono móvil
- Tablet

Ideas sencillas de comunicación:

Establecer un signo para “Sí” y “No” con un movimiento que no produzca fatiga ni dudas.

- Ajustar las preguntas.
- Lista de preguntas estándar para situaciones concretas de uso diario común.
- Tableros de comunicación



Apps tales como:



LET ME TALK: Aplicación que convierte en símbolo en voz (Cuando la comunicación escrita no es posible)



HERMES MOBILE: Aplicación que convierte la escritura en voz de frases hechas, clasificadas por categorías.



HÁBLAME: Aplicación que convierte el texto en voz



TYPE AND SPEAK: Aplicación que convierte escritura en voz

Escalón a escalón paso a paso conseguirá retomar su vida con normalidad y si fuese preciso ayuda de un psicólogo podría ser beneficiosa.

Para terminar

Si ha leído este manual significa que usted o algún familiar cercano se ha operado o se operará en los próximos días, no sabemos en qué peldaños se encuentra, pero sí sabemos cuál es el objetivo, y es el de subir esta escalera, curarse y volver a su vida normal. Ánimo, paciencia, posibilidad y confianza. Entre todos lo conseguiremos.



Bibliografía.

- <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/orl?start=8>
- Imagen de la página Enfermería creativa
- <https://enfermeriacreativa.com/2018/10/14/paciente-portador-de-canula/>
- Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello - versión On-line ISSN 0718-4816
- Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello v.68 n.2 Santiago ago. 2008
- <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162008000200002> Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2008; 68:117-123
- <http://www.aldasoro.net/mnllrngc.html>
- Imagen Manómetro de Aarón Ben Yusef

NOTAS

