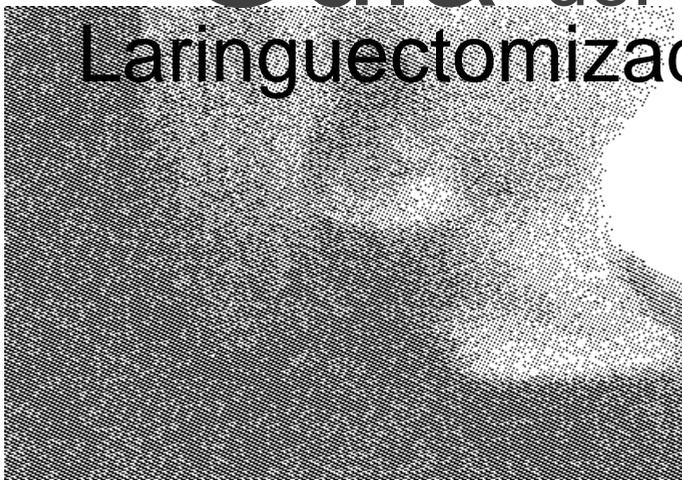


Guía del Laringuectomizado



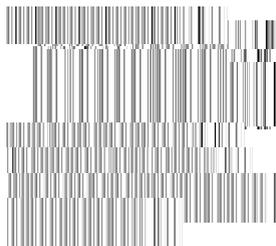
Autor:
Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"

Título del Documento:
Guía del Laringectomizado

Diseño Gráfico:
Calidad y Comunicación

Depósito Legal:
B-00000-2000

Imprime:
Gráficas Solà



1	1. El diagnóstico	7
2	2. La operación	8
	La laringe	8
3	3. Después de la operación	10
	El traqueostoma	10
	Comunicación	11
	Estancia en el hospital	11
	Radioterapia	12
4	4. Terapia de la voz	12
	Voz esofágica	13
	Voz tráqueoesofágica	13
	Laringes artificiales	14
5	5. Cuidados del traqueostoma	15
	Cambiando la cánula	16
	Apósito para estoma	19
	Humidificación	20
6	6. Volver a la vida normal	22

Presentación

La publicación de ésta “**Guía del Laringectomizado**” es una prueba más de la sensibilidad que tiene nuestro Sistema Público de Salud (el **INSALUD**) con los problemas asistenciales de sus usuarios.

Sensibilidad en la actitud de sus profesionales, en éste caso la mostrada por el Dr. D. Mariano Rosique Arias, del Servicio de Otorrino-laringología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, así como la que ofrece la compleja organización de nuestro Hospital.

Para la Dirección de la Arrixaca es una satisfacción el dar apoyo a nuestros pacientes, de la mano de sus profesionales, al tiempo que se dispone a facilitar los medios que se necesiten para una mejor asistencia de los pacientes con tumores de laringe u otras patologías.

Para terminar, felicitar y agradecer al Dr. Rosique su iniciativa, confiando en que sirva de estímulo para otras de similar utilidad.

Dr. José Antonio Nuño de la Rosa y Pozuelo
Director Médico

Prefacio

Este pequeño manual pretende ser una ayuda e información básica en todo lo que concierne a los problemas derivados de la pérdida de la voz, y presencia de un orificio traqueal tras la extirpación de la laringe. Puede ser utilizado por el paciente, su familia y amigos, así como por el personal sanitario y terapeutas de la voz. Esperamos que contribuya a aliviar un poco el problema de la laringuectomía total y ayude a los que se enfrentan a esta situación a su superación con optimismo, ya que la vida continúa afortunadamente con todas sus buenas posibilidades, para todo el mundo incluidas las personas laringuectomizadas.

El laringuectomizado/a con voluntad puede llegar a desarrollar una vida prácticamente normal. Hoy día con los avances de la cirugía existen muchas personas con un estoma en alguna parte de su organismo y no deben considerarse por esto unos seres inferiores aislados del mundo. Estas personas son dignas de admiración porque han afrontado su problema y son capaces de cuidarse a sí mismos ayudando con su ejemplo a los que van a sufrir una intervención quirúrgica de este tipo.

Dr. Mariano Rosique Arias

1.El diagnóstico

La principal molestia que aqueja un paciente con una tumoración en la laringe es la **disfonía** o afonía y ronquera como vulgarmente se la denomina. Lo más importante es que este **síntoma persiste** no desapareciendo al cabo de poco tiempo e incluso puede ir aumentando en intensidad. Otros síntomas que pueden aparecer e ir **progresando** son el **dolor de garganta** y la **dificultad para tragar** e incluso a veces fatiga con respiración ruidosa y obstrucción respiratoria. A veces la primera manifestación es la presencia de uno o varios bultos en el cuello (**adenopatías**) que no desaparecen y pueden aumentar de tamaño.

Cuando usted consulta a su médico otorrinolaringólogo a consecuencia de estas molestias lo primero que él hará es explorar sus cuerdas vocales con la ayuda de un espejito introducido por detrás de la lengua. También puede utilizar un fibroscopio, que consiste en un tubo flexible con una luz y sistema de visión que se pasa por la nariz sin dificultad debido a su pequeño diámetro, permite llegar y visualizar toda la garganta. A través de un canal del fibroscopio, con una pequeña pinza, se puede realizar una biopsia obteniendo material de la lesión para una vez analizado decidir el tipo de tratamiento que precisa. Aparte de este tipo de exploración su médico le puede practicar un estudio radiográfico de la garganta y laringe, junto a unos análisis de sangre y radiografía del pecho (**tórax**) ya que muchos enfermos con tumor laríngeo han sido previamente grandes fumadores.

A veces las pruebas que se han practicado con anterioridad no son suficientes para llegar a una confirmación de la causa de los síntomas que aqueja el paciente. Su médico le explicará que ha encontrado algo anormal en su laringe, que no puede precisar del todo, por lo que es necesario que ingrese en el hospital para realizar una **exploración** bajo **anestesia general**. Esta operación no es el tratamiento de su enfermedad, es una exploración o visión con microscopio de su laringe, por lo que se denomina **microlaringoscopia directa**. Esta intervención permite a través de la boca la introducción de un tubo hasta la laringe. Así se puede ver a mayor aumento si realmente tiene una tumoración, su tamaño, su localización y la obtención de material para una biopsia que nos indique con certeza las características del tumor (maligno o benigno).

El paciente ante esta situación es lógico que se encuentre temeroso y con ansiedad. Se le plantean una serie de interrogantes que debe preguntar, si así lo necesita, acerca de sus inquietudes y posibilidades futuras. Este tipo de exploración suele tener preferencia en la lista de espera quirúrgica, por lo que el enfermo debe estar preparado para que se le realice prontamente. Será informado de los riesgos que conlleva la intervención y la práctica de una anestesia general, para lo que tendrá que firmar su consentimiento.

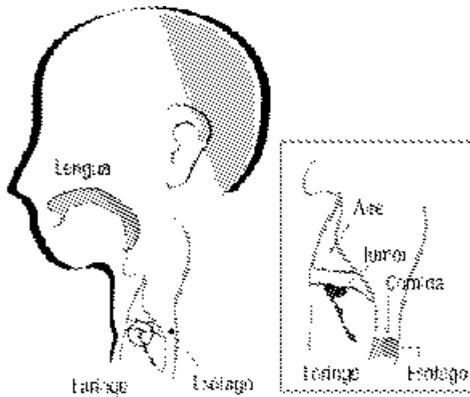
La microlaringoscopia directa se practica con mucha frecuencia en un servicio de otorrinolaringología, siendo poco frecuentes las complicaciones; a veces alguna pequeña hemorragia en la zona que se explora, o lesión en la dentadura por la presión del tubo que se introduce por la boca. No suele haber dolor tras la operación y el paciente puede ser dado del alta inmediatamente hasta la llegada de los resultados de la prueba.

Cuando Vd. conoce el tratamiento que requiere su enfermedad puede imaginar que se encuentra ante una enfermedad grave, dada la radicalidad que supone la extirpación total de la laringe. Es normal que esta noticia le provoque un gran decaimiento psicológico y ansiedad. Debe intentar superar cuanto antes este estado, teniendo en cuenta que su enfermedad tiene grandes probabilidades de curarse con una calidad de vida bastante aceptable.

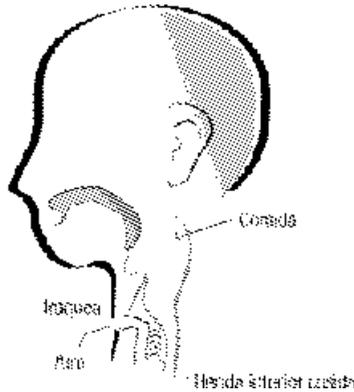
2. La operación

● La Laringe

Los pulmones se comunican con la garganta a través de un tubo respiratorio (**tráquea**) formando **la laringe**. La laringe por lo tanto interviene en la respiración dejando pasar el aire desde la nariz y la garganta hasta la tráquea y los pulmones. La laringe contiene las **cuerdas vocales** a modo de dos ligamentos móviles que cuando se unen como los labios producen el sonido de la voz. El cierre de estos labios cuando tragamos evita que pase comida al árbol respiratorio.



Si quitamos toda la laringe en una intervención quirúrgica para extirpar el tumor, el tubo respiratorio y el tubo digestivo (**esófago**) se independizan, apareciendo la boca traqueal cosida al cuello (**estoma traqueal o traqueostoma**) por donde se realizará definitivamente la respiración sin que se vuelva a utilizar la nariz para este fin.



Cuando haya finalizado la cicatrización el paciente volverá a tragar igual que antes. El orificio de la tráquea en el cuello puede necesitar un tubo (cánula traqueal) si tiene tendencia a estrecharse por la elasticidad del cartílago traqueal, pero si es lo suficientemente amplio y rígido no precisará de dicha prótesis.

3. Después de la operación

Tras la operación que puede durar de una a tres horas (dependiendo de la cantidad de tejido a extirpar) el enfermo pasa a la sala de recuperación de la anestesia (**reanimación**), donde los médicos y enfermeras estarán pendientes de que el despertar se lleve a cabo normalmente. El paciente notará, y no debe asustarse por ello, que lleva vendajes, tubos y sondas a veces manchados sin que sea motivo de preocupación. Lleva un tubito o vía insertado en una vena del brazo por donde se le suministra el líquido necesario desde una botella colgada junto a la cama. Observará que por esta vía se le puede suministrar también la medicación o una transfusión de sangre si lo necesitara en los primeros días tras la intervención, hasta que el paciente pueda tolerar que se le alimente a través de una sonda nasogástrica. La sonda es un tubo que a través de la nariz conduce el alimento hasta el estómago, ya que hasta que la herida interior no esté cicatrizada, no se puede comenzar a tragar el alimento como lo hacía anteriormente. Puede ocurrir algunas veces que a consecuencia de una pequeña infección la herida interna no cicatriza correctamente, produciéndose una fístula hacia afuera por la que escapa algo de saliva. Esto obliga a mantener el tubo de alimentación unos días más.

En los primeros días el cuello tiene que estar con vendajes y apósitos, de los que salen unos tubitos que evitan la retención de líquidos y sangre en el interior de la herida. En las sucesivas curas estos elementos se van retirando progresivamente.

Aproximadamente a los diez días, si no ha habido infección, se puede volver a tragar como siempre, retirándose entonces la sonda nasogástrica. Los puntos de sutura del cuello se quitan cuando la herida ha cicatrizado totalmente.

● El Traqueostoma

Es el orificio en el cuello por donde tendrá lugar la respiración. Dentro del orificio puede haber una cánula de plástico o de metal que lo mantiene abierto y limpio. Cuando finaliza la cicatrización muchos pacientes no necesitan llevar la cánula aunque algunos prefieren ponérsela para dormir. Cada enfermo laringectomizado es diferente y su médico le aconsejará el tipo de cánula que precise y por cuanto tiempo.

Cuando despierta tras la intervención Vd. puede notar que lleva una máscara de oxígeno sobre el traqueostoma con el fin de facilitar el nuevo tipo de respiración y proporcionar aire húmedo y caliente.

El ambiente seco del hospital y la producción por sus pulmones de mayor cantidad de moco facilita las toses continuas necesarias para eliminar esas secreciones, y evitar que se formen costras en el traqueostoma. Será necesario mantener húmeda la habitación para evitar este problema. La enfermera en los primeros días le facilitará la retirada de esas secreciones con unos tubos de aspiración que introducirá por su traqueostoma y que Vd. percibirá con el ruido de succión característico.

● Comunicación

Inmediatamente tras la operación dispone en su habitación de un pulsador para avisar a la enfermera. En un principio tendrá que comunicarse mediante la ayuda de lápiz y papel o a través de algún familiar que lo acompañe. La rehabilitación de la voz debe comenzar más tarde cuando haya tenido lugar la cicatrización de la herida y la retirada del tubo de alimentación. Es conveniente que tenga preparadas sus cuestiones y dudas antes de la visita médica y si pueden ser escritas mejor.

● Estancia en el Hospital

Aproximadamente a los dos o tres días se puede incorporar de la cama, e incluso tras el primer cambio de vendajes pasar de la cama al sillón. Progresivamente conforme se le vayan retirando los tubos de drenaje podrá valerse por sí mismo y pasear por la sala. En los primeros días no es conveniente que reciba visitas por el peligro a contraer infecciones, no debiendo además ser molestado al encontrarse muy cansado.

Aunque le será suministrada la medicación que precise, Vd. deberá comunicar a las enfermeras y su médico cualquier molestia o dolor que sienta, ya que el personal sanitario le desea el restablecimiento más confortable y temprano. Igualmente la familia puede solicitar la información que requieran a los médicos que atienden la visita diaria. Poco a poco Vd. irá aceptando su nueva situación por lo que es importante que se interese por los cuidados, limpieza y mantenimiento del traqueostoma.

- Radioterapia

Es posible que Vd. precise tras la intervención un tratamiento de radiaciones sobre la zona operada, una vez que ha tenido lugar la cicatrización completa. Otras veces este tratamiento no es necesario pero tenga la seguridad que si precisa su administración es porque varios especialistas que han estudiado su caso lo consideran necesario para obtener mayores garantías de curación. Este tratamiento normalmente se administra tras el alta hospitalaria desplazándose desde su domicilio al servicio correspondiente.

El tratamiento le puede provocar irritación en la garganta y molestias en el cuello, debiendo consultar con el médico especialista que lo atiende, si nota la aparición de heridas en la boca o el cuello.

4. Terapia de la voz

La voz es el elemento más importante en la comunicación no sólo porque es vehículo del lenguaje sino porque refleja el yo más íntimo individual e irrepetible, es tarjeta de presentación del individuo y a veces nos lleva a los niveles de comunicación más profundos mediante diferentes matices e inflexiones.

La pérdida de la voz es un problema importante para el paciente laringectomizado que se llega a sentir por este motivo aislado, deprimido e infeliz. Afortunadamente existen medios para restablecer la comunicación con el entorno, por lo que la rehabilitación de la voz se debe intentar tan pronto como sea posible.

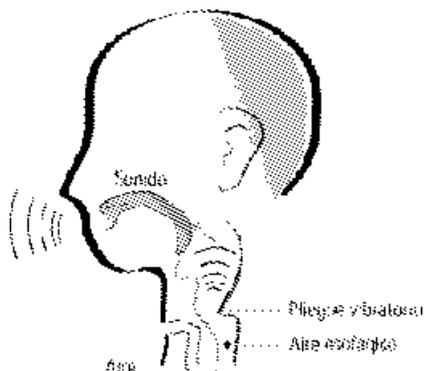
Tras la utilización en los primeros días de la escritura y el lenguaje gestual se procederá a contactar con foniatras o logopedas a través de las Asociaciones de Laringectomizados o con los servicios hospitalarios existentes. Los expertos habituados a tratar estos problemas le informarán de las distintas maneras de llegar a comunicarse y como aprender alguna de ellas. Es conveniente que vea como lo hace otra persona que haya sido operada del mismo proceso lo que animará al paciente a intentarlo por su cuenta.

En el individuo normal la voz se forma a partir de una fuente de aire procedente de los pulmones, que produce un sonido en la laringe a través de las cuerdas vocales puestas en vibración, y que posteriormente se modula o amplifica tras su paso por las cavidades de resonancia (faringe, boca, fosas nasales) y articuladores (lengua, paladar, dientes, labios) así se produce el habla y lenguaje.

Así pues antes de **la laringectomía la fuente del aire** son los **pulmones** y la **fuente sonora** es la **laringe**. Después de la operación el aire puede proceder del esófago (tubo digestivo) o los pulmones. La fuente sonora o vibratoria pasan a ser los **pliegues mucosos** de la parte alta del esófago tal como queda tras la operación. En los dos casos las cavidades de resonancia y los articuladores siguen siendo los mismos.

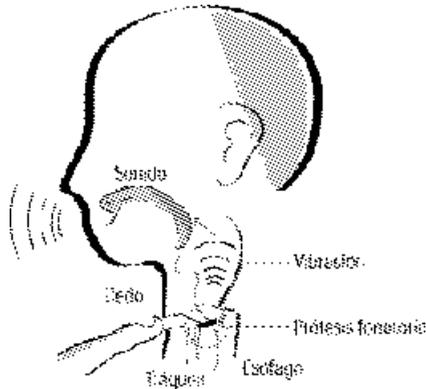
● Voz Esofágica

La fuente o reserva del aire está en la parte superior del esófago (aproximadamente 75 c. de aire). La vibración sonora de la nueva voz se produce en los pliegues mucosos que existen en el tubo esofágico por encima.



● Voz Traqueoesofágica

La fuente del aire está en los pulmones, por lo que la reserva de aire es mucho mayor y similar a lo normal. La vibración sonora se sigue produciendo en los pliegues mucosos del esófago. Para conseguir esto el cirujano crea una comunicación entre la tráquea y el esófago colocando generalmente allí una **prótesis fonatoria**. La prótesis deja pasar el aire de los pulmones al esófago pero impide con unas válvulas que refluya saliva o alimento hacia la vía respiratoria. El paciente toma aire, se tapa el traqueostoma con el dedo y obliga al aire a pasar de los pulmones al esófago donde se produce la vibración sonora.



La voz en estos casos es de mejor calidad aunque el paciente lleva una prótesis que es necesario cuidar y limpiar. Para hablar necesita taparse el traqueostoma con el dedo. Este método se aprende rápido mientras que la voz esofágica requiere mayor entrenamiento.

● Laringes Artificiales

Son dispositivos electrónicos que también sirven para comunicarse. Prácticamente no necesitan aprendizaje aunque el sonido que producen es metalizado y poco natural. Hay dos clases: **Intraorales** en los que el sonido se introduce en la boca a través de un tubo y **Cervicales** en los que se apoya el aparato en el cuello produciéndose la vibración que se transmite a los tejidos del cuello y se modula en las cavidades de resonancia.

No se deben usar si la operación es reciente o el cuello está sensible por la radioterapia. Existen varios modelos de aparatos por lo que antes de adquirirlos se debe aconsejar por alguien que lo haya utilizado o bien realizar una prueba con ellos. Generalmente es un complemento a otras formas de comunicarse como por ejemplo ante la necesidad de hablar en un ambiente ruidoso o por teléfono cuando se tiene una voz esofágica de poca calidad. Para algunos enfermos es el método preferido y más fácil.

La decisión del método a utilizar depende de las características y deseos del paciente, debiendo consultarlo o discutirlo cuando tenga dudas al respecto con su médico, familia o amigos. A veces debido al tipo de cirugía que se ha tenido que realizar es imposible aprender la voz esofágica, siendo necesaria la prótesis.

Lo más importante es que elija el método que le sea más confortable y de acuerdo al estilo futuro de vida que piense llevar en caso de que retorne a su trabajo o no.

5. Cuidados del traqueostoma

El traqueostoma tiene que estar siempre limpio, seco y sin costras, ya que si no es así la piel se mostrará irritada enrojecida y dolorosa. Al principio es normal que precise una mayor limpieza varias veces al día, posteriormente conforme va existiendo una mayor adaptación es suficiente una vez al día.

Cuando Vd. realiza la limpieza de su traqueostoma debe recordar lo siguiente:

- 1) Siempre debe lavarse las manos con jabón antes y después de la limpieza.
- 2) Humedecer una gasa limpia con agua caliente y limpiarse el orificio del traqueostoma delante del espejo con movimientos circulares.
- 3) No debe ponerse cremas o lociones por su cuenta en esa zona.
- 4) Guarde los productos que vaya a utilizar, gasas, cánulas, vaselina, cinta, etc. en un lugar aparte limpio y seco en su cuarto de baño.

● Cambiando la Cánula

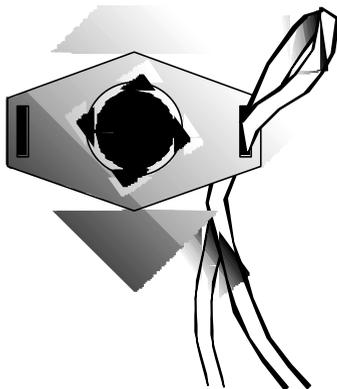
Si Vd. necesita llevar cánula, lo más cómodo es que se la cambie por otra limpia después de asear el traqueostoma. En el hospital la enfermera le habrá explicado cómo hacerlo a Vd. y sus familiares. Debe tener preparada la cánula limpia con su cinta y apósito colocado. Se puede impregnar la punta de la cánula con una pequeña cantidad de vaselina o lubricante para facilitar su introducción en el orificio. La cánula sucia debe limpiarla por dentro ayudándose de un chorro de agua caliente y un cepillo circular de los que se usan para limpiar las pipas. Una cánula con muchas costras puede ser sumergida durante tres horas en un recipiente con un litro de agua y tres cucharadas de bicarbonato sódico (el mismo que se usa para los ardores de estómago), facilitándose así su desprendimiento. La cánula después se lava con agua y jabón secándola con un paño limpio.

La forma de anudar las cintas que la sujetan al cuello puede ser simplemente atándola a nivel de la nuca, o bien de la manera que mostramos en los dibujos siguientes que es más laboriosa pero menos incómoda.

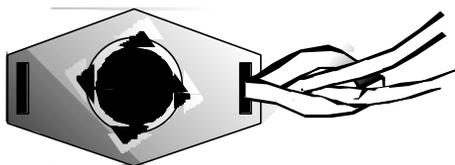
Doblar una de las cintas por la mitad.



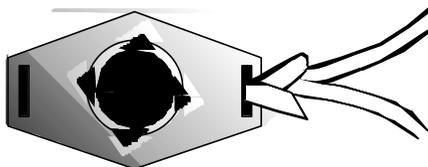
Introduzca el extremo de la cinta doblada por el orificio lateral de la cánula.



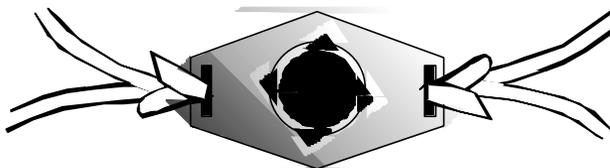
Meta los extremos de la cinta por el lazo que se forma.



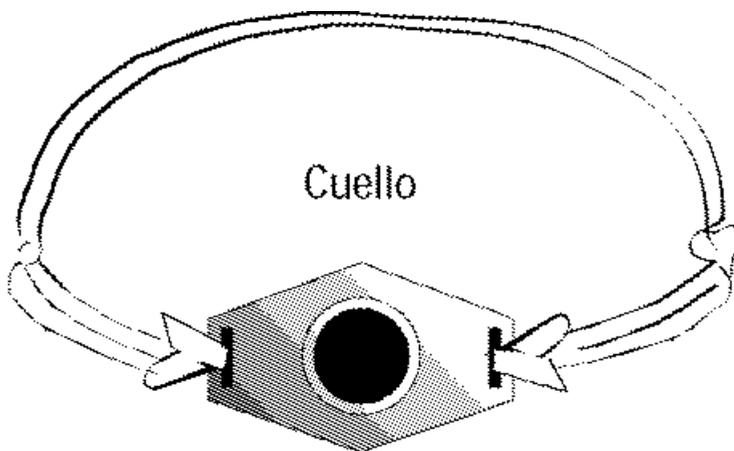
Tire y apriete fuertemente.



Repita lo mismo en el otro lado, es decir en el otro orificio de la cánula traqueal.

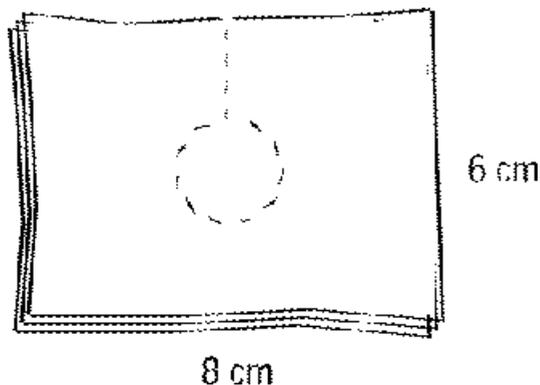


Póngase la cánula en el traqueostoma y sujétela con las cintas al cuello de tal manera que los nudos en vez de quedar en la nuca, queden a los lados del cuello. Para eso pase una cinta al lado contrario y la anuda con la opuesta y a continuación haga lo mismo con la otra cinta en el lado opuesto del cuello.

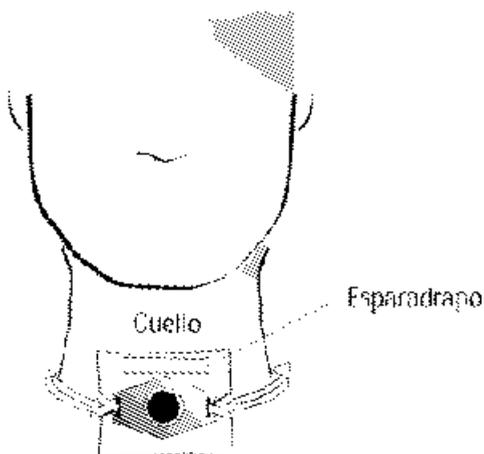


● Apósito para el Estoma

La forma más sencilla de aplicarse un apósito al traqueostoma con gasas es la siguiente. Si disponemos de gasas corrientes de aproximadamente 8 cm. por 6 cm. Coger tres o cuatro gasas superpuestas y empezar a cortar por la mitad del lado más largo hasta el centro como muestra el dibujo, donde se hará con las tijeras un pequeño circulito.



Se introducen las gasas por debajo de las cintas y la cánula se unen los bordes de las gasas cortadas con un trocito de esparadrapo.

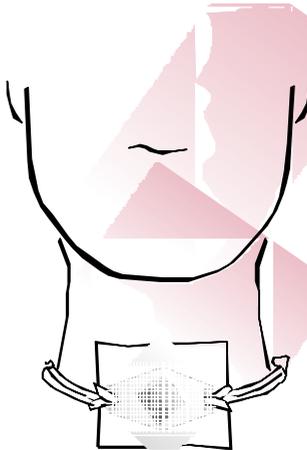


●Humidificación del Traqueostoma

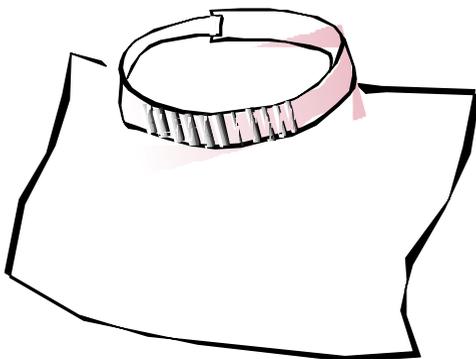
Antes de la operación quirúrgica el aire llega a los pulmones pasando primero por la nariz donde adquiere humedad es filtrado y calentado convenientemente. Cuando se extirpa totalmente la laringe el aire que se respira llega directamente a los pulmones a través del traqueostoma.

Es importante por lo tanto humedecer el aire que se respira evitando que las secreciones bronquiales se sequen formando costras que facilitan la infección traqueal. Esto es más frecuente cuando está reciente la intervención y en aquellos recintos con aire acondicionado o calefacción excesiva.

Se puede evitar este problema cubriendo el traqueostoma con una gasa húmeda, que aparte de recoger las secreciones que se producen al toser evita la entrada de elementos en suspensión en el aire, y sobre todo lo humidifica. Este tipo de protección se la puede fabricar con compresas.



También puede adquirirlo en el comercio con un cuello autoadhesivo que simula una camiseta.



Otros pacientes prefieren usar un pañuelo o una corbata.

Otra forma de humedecer el traqueostoma consiste en pulverizar suero fisiológico o agua salina con un perfumador de plástico. Si tiene problemas importantes de costras que taponan el traqueostoma puede dejar caer unas gotas de suero fisiológico dentro del orificio traqueal. Puede adquirir también un aparato humidificador y aprovechar el vapor de agua que se forma en un cuarto de baño al poner la ducha muy caliente. Es importante que beba bastante agua y zumos de frutas.

No hay razón para tener miedo a tomar un baño o ducha tras la laringectomía. Puede hacerlo como antes tomando la precaución de que no entre agua en el traqueostoma bien ajustando el chorro del agua o colocándose la mano delante del traqueostoma a modo de paraguas.

6. Volver a la vida normal

Lo más importante para una persona que va a sufrir en el hospital una laringuectomía total, es que la intervención discurra con éxito y haya una pronta recuperación física tras la misma. El paciente que ha sido intervenido y se encuentra completamente recuperado próximo a ser dado de alta debe encontrarse contento, aunque por otro lado es lógico que se encuentre con cierto temor a la vida futura. Es absurdo rechazar su nueva situación y esconderse en sí mismo ya que esto no conduce a nada positivo. Estas sensaciones son muy comunes, hay que entenderlas y siempre que exista alguna duda aclararla con su familia y con su médico. Tiene que pensar que gracias a la intervención usted puede seguir viviendo junto a su familia y amigos, debiendo disfrutar todavía de las múltiples cosas que le puede ofrecer la vida.

Poco a poco irá teniendo lugar un ajuste psicológico, sobre todo cuando se dé cuenta que no depende de los demás y puede cuidarse a sí mismo, aparte de poder llegar a comunicarse con los demás tras la rehabilitación de la voz.

Si en el curso de su convalecencia siente algún miedo o preocupación que le obsesiona continuamente, debe enfrentarse a ella con valentía, apuntarla si es necesario para cuando tenga la próxima consulta con su médico, y mantener la mente distraída en algo más productivo.

Después de la operación notará una disminución en el sentido del gusto y del olfato. El gusto habitualmente se recupera bastante rápido, aunque el olfato tardará más tiempo en volver a sentirlo. Notará al principio que no come como antes, lo hace con más lentitud y necesita trocear más la comida, incluso evitando algunos alimentos. Evite disminuir la alimentación por estos motivos, simplemente al inicio las comidas tienen que ser menos abundantes y más frecuentes, hasta que se vaya normalizando totalmente, cosa que conseguirá sin duda.

No olvide que su familia y sus amigos le quieren, desean estar con Vd. y constituyen un apoyo fundamental para retornar a la vida normal. Los problemas de comunicación que puede sufrir al principio lo pueden volver agresivo hacia los demás. Usted y los suyos tienen que ser pacientes. Los que le rodean también tienen sus propias preocupaciones.

Antes de la operación la laringe era una válvula que atrapaba el aire en los pulmones fijando el tórax para poder por ejemplo levantar un peso del suelo. Si su trabajo consistía en atender al público o un teléfono o puede seguir haciendo si su voz rehabilitada es lo suficientemente aceptable. Existen muchos ejemplos de este tipo. La gente aunque lo haga inconscientemente, se fija mucho en el movimiento de los labios durante la conversación. Algunos pacientes con baja intensidad de la voz, pueden usar un amplificador de la voz o una electrolaringe.

De igual forma si considera que no desea reincorporarse a ningún trabajo, debe solicitar la jubilación o incapacidad laboral a través de la información de un asistente social, en las unidades existentes en los centros hospitalarios. Su médico le aportará los informes que sean precisos cuando lo solicite.

Frecuentemente tras una intervención quirúrgica sería una persona se siente insegura o poco atractiva para su cónyuge, cuando quiere reiniciar las relaciones sexuales. Es normal que requiera un tiempo de adaptación. El hecho de llevar un estoma (agujero del traqueostoma) no le debe llevar a rechazar el sexo si le sigue apeteciendo Vd. sigue siendo la misma persona aunque haya una pequeña modificación en su cuerpo, y su esposa o esposo debe seguir sintiendo lo mismo que antes de la intervención.

Lo mismo que a un compañero le puede molestar el mal aliento, la suciedad o un catarro; debe procurar que el traqueostoma esté limpio y el cuello esté perfumado. Puede seguir cubriéndose el estoma con un pañuelito si quiere disminuir el ruido. Si es necesario busque nuevas posiciones antes de dejar de hacer algo que le acercará de nuevo a su pareja, facilitando la comunicación el intercambio de sentimientos y disminuyendo el estrés. Si no fuera así y desea solucionarlo debe consultar, antes que sufrir en silencio, con un sicólogo que le recomendará su médico otorrinolaringólogo.

Con comprensión y cariño, comunicando a su familia, aunque sea con papel y lápiz, sus sentimientos y temores disminuirá la tensión y la adaptación vendrá por sí sola.

Debe intentar establecer pronto un sistema de comunicación, ya que algunas personas tienden a pensar que si no habla sencillamente va dejando de existir, o no puede ni quiere manifestar su opinión. No debe deprimirse ni enfadarse ante estas situaciones, ya que esa clase de personas son sencillamente incultas y maleducadas. Mucha gente realmente no sabe lo que es un laringectomizado y frecuentemente no saben como comportarse o reaccionar. Intente participar en la discusión apoyándose de gestos aunque al principio no se le entienda, simplemente para manifestar que usted **sigue estando allí**, y es alguien con quien se tiene que contar. Procure asimilar las decepciones con sentido del humor, **no se esconda ni se retraiga**. Salga a la calle y recorra los mismos sitios que frecuentaba antes, explíquelo a la gente lo que es un laringectomizado.

Usted debe entender que de igual manera que le ha supuesto un importante esfuerzo volver a comunicarse, los que le rodean, y sobre todo aquellos que viven con Vd. tienen también que aprender a comprenderlo. Si son personas mayores es posible que tengan algunas dificultades de audición teniendo que ayudar en la lectura de los movimientos de sus labios. Cuando quiera comunicar algo o quiera enterarse de lo que le están diciendo fije su atención en los movimientos de los labios, observará que el nivel de comprensión aumenta. No dude, como ya le dijimos, en llevar siempre a mano una libretita y un bolígrafo. Intente escribir con brevedad, a veces basta una simple palabra para que los demás sepan que es lo que desea.

Puede continuar con sus aficiones anteriores, ir al bar, bañarse en el mar protegiéndose el traqueostoma, viajar llevándose lo necesario para la limpieza y cuidado de la traqueotomía. Recuerde que los cambios de presión y la sequedad del ambiente pueden hacer que sangre algo por el traqueostoma, lo que no debe ser motivo de excesiva preocupación.

Vd puede reiniciar, una vez recuperado, su antigua actividad laboral, aunque encontrará dificultades si su trabajo consiste en realizar esfuerzos físicos, se desarrolla en un ambiente contaminado o exige bastante comunicación.