

Casos clínicos / Planes de cuidados

## **Plan de cuidados individualizado al paciente laringectomizado**

Rita Rocío Márquez Díaz (1)

1 Enfermera, Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Artículo recibido el 30/06/2017,

Aceptado el 23/01/2018

ene  
revista de enfermería

## RESUMEN

La laringectomía total provoca la pérdida de la comunicación oral y la distorsión de la autoimagen, lo que contribuye a una fuerte alteración emocional. Es necesaria una rehabilitación efectiva, que considere todos los aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad desde antes de la cirugía como la recuperación del lenguaje hablado, los aspectos sociales y sus características psicológicas, las cuales son vitales para el adecuado manejo integral del paciente. Por esta razón, el objetivo de este caso clínico fue el de enfatizar la importancia de los cuidados integrales enfermeros en el paciente laringectomizado. Sin éstos, no se podía obtener una satisfacción óptima por parte del enfermo en su proceso de enfermedad. Otro objetivo que se deseó subrayar es el de promover una independencia y autocuidado por parte del afectado una vez solventados sus problemas psicológicos y sociales. Así, en este artículo se desarrolló un Plan de Cuidados Individualizado (PCI) centrado en los diagnósticos de: Baja autoestima situacional; Trastorno de la Imagen corporal y Deterioro de la comunicación verbal. Sin el desarrollo de estos diagnósticos no hubiera sido posible el proceso de recuperación postoperatorio del paciente, puesto que sus principales complicaciones no eran de índole físicas sino psicosociales.

**Palabras Clave:** Paciente Laringectomizado; Traqueotomía; Cuidados; Holístico.

## ABSTRACT

Total laryngectomy causes loss of oral communication and distortion of self-image, which contributes to a strong emotional disturbance. Effective rehabilitation is necessary, considering all aspects related to the health-disease process from before surgery such as recovery of spoken language, social aspects and their psychological characteristics, which are vital for the proper integral management of the patient. For this reason, the objective of this clinical case was to emphasize the importance of comprehensive nursing care in the laryngectomized patient. Without these, an optimum satisfaction could not be obtained on the part of the patient in his disease process. Another objective to be underlined was to promote independence and self-care on the part of the affected person once their psychological and social problems have been solved. Thus, this article developed an Individualized Care Plan (ICP) that focused on the diagnoses of: Low situational self-esteem; Bodily Image Disorder and Impairment of verbal communication. Without the development of these diagnoses, the patient's postoperative recovery process would not have been possible, since his main complications were not physical but psychosocial.

**Key Words:** Laryngectomized Patient; Tracheotomy; Care; Holistic

## Introducción

La laringectomía total es la técnica quirúrgica por la cual se extirpa la laringe en su totalidad, creando una comunicación directa entre la tráquea y el exterior mediante la apertura de un orificio en la base del cuello llamado traqueostoma, a través del cual entra el aire directamente a los pulmones (1). Aunque la quimioterapia es una opción, la cirugía constituye el tratamiento principal para el cáncer laríngeo avanzado, usualmente en combinación con la radioterapia<sup>1</sup>. El cáncer laríngeo es el segundo más común entre las neoplasias de cuello y cabeza, y el undécimo de todos los cánceres. En España, según datos de GLOBOCAN 2012 (2) el número de casos con cáncer de laringe en varones es de 2914 al año y el número de muertes al año en varones por este cáncer es de 1235 (estos valores son notablemente inferiores para las mujeres). En cuanto a los principales factores de riesgo nombrar el tabaco y el alcohol. Combinados, aumentan hasta en un 50% las probabilidades de padecer cáncer de laringe (1).

Los pacientes laringectomizados presentan alteraciones en su grado de comodidad y nivel de autoestima, que afectan a su calidad de vida. Parece que cada vez somos más conscientes de que la salud no se reduce a algo puramente biológico, sino que afecta a toda la persona. Por eso todas las intervenciones en salud han de tener también una perspectiva holística, global, integral. Por ello, en esta Unidad de Hospitalización se trabajó con el

enfermo con cuidados holísticos para su bienestar, reflejándolos en este artículo con el objetivo de valorar su importancia en la práctica clínica (3).

Así, se llevó a cabo un plan de cuidados utilizando el modelo de Virginia Henderson y aplicando las taxonomías NANDA-NOC-NIC (4,5,6); centrándonos en los diagnósticos de Baja autoestima situacional; Trastorno de la Imagen corporal y Deterioro de la comunicación verbal.

### **Presentación del caso**

Enrique (nombre ficticio utilizado para preservar la confidencialidad), de 50 años de edad, acudió a consulta externa de Otorrinolaringología (ORL) por presentar disfonía desde hace alrededor de tres semanas, disfagia, sonidos respiratorios anormales y pérdida de peso cuya evolución es de 6 meses. Tras realizarle las pruebas de fibrolaringoscopia y laringoscopia directa, junto con TAC cervical y una biopsia endoscópica se diagnosticó al paciente de Neoplasia maligna de laringe. Se programó por tanto para cirugía en la que se le practicó Laringuectomía total. En cuanto a sus hábitos tóxicos cabe destacar que es un hombre fumador y bebedor excesivo regular desde los 20 años.

## Fase de valoración

En primer lugar, una vez ingresado el paciente, valoramos el dato subjetivo de sus sentimientos ante la intervención. Enrique tenía más temor a la intervención quirúrgica y al postoperatorio que a su propia enfermedad. En cuanto a la ansiedad que se manifestaba en Enrique decir que se encontraba disminuida debido a que su demanda constante de información fue resuelta en la consulta de ORL por parte del médico semanas antes de la cirugía. El resto del día lo pasaba tranquilo sin observaciones alteradas. En segundo lugar, se realizó una valoración del paciente en el postoperatorio, siguiendo el modelo de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson. Los datos se recogieron de la historia clínica y a través de entrevista personal con el paciente y su familia.

- Necesidad de Respiración: Vino de la intervención portando cánula tipo Shiley. Su respiración era superficial y presentaba leve disnea, agravada por ansiedad y precisando oxigenoterapia. Las secreciones no fueron expulsadas correctamente, por lo que requirió estimulación de tos productiva y aspiración de las mismas.
- Necesidad de Alimentación-Hidratación: Enrique trajo consigo SNG para nutrición enteral. Apetito escaso relacionado con intranquilidad. Tanto piel como mucosas se encontraban hidratadas aunque presentaba una herida en el cuello con motivo de la laringectomía.

- Necesidad de Eliminación: Totalmente independiente. Sin alteraciones.
- Necesidad de Movilización: Enrique deambulaba con normalidad, independiente para las ABVD y realizaba diariamente actividades de esfuerzo moderado como caminar.
- Necesidad de Reposo-Sueño: El paciente refería dificultades para conciliar el sueño por el sentimiento de angustia que sufría en sus inicios.
- Necesidad de Vestirse/Desvestirse: Totalmente independiente.
- Necesidad de Termorregulación: Sin alteraciones observadas.
- Necesidad de Higiene y Protección de la Piel: Sin alteraciones.
- Necesidad de Seguridad: Enrique estaba alerta, consciente y bien orientado. Respecto a su estado de ánimo, se encontraba preocupado y ansioso por los cambios en su estado de salud y cómo estos podrían influir en su trabajo.
- Necesidad de Comunicación: La comunicación oral presentaba dificultades, sin embargo, en la comunicación escrita no hay incidencias al expresarse.
- Necesidad de Creencias y valores: Católico no practicante.
- Necesidad de Trabajar: Desempleado.
- Necesidad de Ocio: La televisión y la lectura de sus libros preferidos se consideraban su entretenimiento.

- Necesidad de Aprendizaje: Tanto el paciente como su familia mostraban disposición para aprender cuidados y mejorar conocimientos sobre el manejo de la enfermedad y el control de síntomas.

Se le realizó a la madre del paciente, su cuidadora principal, el cuestionario para valorar el índice de esfuerzo del cuidador. La puntuación fue de 5, reflejando que no hay nivel elevado de esfuerzo (7).

### **Plan de cuidados: fase diagnóstica, de planificación y de ejecución**

En cuanto a la esfera física, se pudo considerar como diagnósticos principales del paciente, tras su valoración, el que corresponde a “Limpieza ineficaz de las vías aéreas” y el que se denomina “Riesgo de infección”. Éste último incluso como problema de colaboración. No obstante, se detectó en este caso que la esfera psicosocial estaba gravemente comprometida: Enrique se mostraba especialmente ansioso y frustrado al pensar en su vida laboral. Sentía temor de no encontrar un empleo por su situación de laringectomizado y su dificultad para hablar. Para él, la sensación de seguridad que tenía sobre la contratación en determinados puestos había desaparecido.



Por esta razón, tratamos aquellos diagnósticos relacionados con el ámbito psicosocial, aminorando así aquellos relativos a los aspectos físicos. Los diagnósticos seleccionados fueron los siguientes:

“Baja autoestima situacional relacionada con pérdida, cambio en el rol social y deterioro funcional, y manifestado por una conducta indecisa, evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar las situaciones y por expresar impotencia e inutilidad”. (Véase Tabla I)

Tabla I. Planificación del DxE: (00120) Baja autoestima situacional

<b>Resultado</b>	<b>Indicadores*</b>	<b>Puntuación Likert previa a la intervención</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Puntuación Likert posterior a la intervención</b>
<b>(1205) Autoestima</b>	(120502) Aceptación de las propias limitaciones	3 (Día 1)	(5400) Potenciación de la autoestima	5 (Día 35)
	(120521) Descripción del éxito en el trabajo	3 (Día 1)	(5400) Potenciación de la autoestima	5 (Día 35)

\*Escala: desde NUNCA positivo hasta SIEMPRE positivo (1-5).

El cáncer de laringe provoca alteración de la imagen corporal, alteración de la autoestima, aislamiento social con pérdida de interés por el entorno, miedo al rechazo y al abandono. Esto supone una carga psicológica importante para el sujeto influyendo en su calidad de vida. Todo esto es responsable del desarrollo de reacciones emocionales y alteraciones psicológicas más o menos graves e importantes como la ansiedad y la depresión (8), teniendo en

cuenta que lo que más le preocupaba a Enrique era su situación laboral en un futuro próximo.

Por esta razón, uno de los criterios de resultado (NOC) (5) fue la “Autoestima”. Uno de nuestros objetivos como enfermeros fue el potenciar la motivación en Enrique modificando la conducta (9). Los indicadores para el NOC se exponen en la Tabla I.

“Potenciar la autoestima” fue la NIC (6) que se consideró más apropiada. Así, se llevaron a cabo actividades como “Observar las frases del paciente sobre su propia valía” u “Observar los niveles de autoestima” que nos permitieron comparar posteriormente la evolución del paciente. Por un lado, “Explorar las consecuciones con éxito anteriores” permitió al paciente recordar y usar como referencia aquellos recursos efectivos que utilizó en el pasado; fomentando además la autoestima y confianza en sí mismo (9).

Por otra parte, también ayudamos al paciente con la psicoterapia, ya que se considera como una herramienta que proporciona elementos útiles para afrontar la enfermedad como soporte emocional y social (10). La psicoterapia (10), especialmente en grupo, puede facilitar el establecimiento de una red de personas que estén pasando por situaciones similares. Por esta razón, se presentó a nuestro paciente Enrique a la Asociación de Laringectomizados de su zona, cuyos miembros habían superado con éxito

la misma experiencia. De esta manera estuvimos potenciando las actividades y se redujeron las alteraciones psicológicas (ansiedad y depresión manifestada por Enrique). Conseguimos aumentar su afrontamiento recibiendo visitas continuas de los que fueron luego sus mejores amigos.

El apoyo enfermero en este sentido fue crucial, logrando ofrecer apoyo psicológico al paciente y buscando recursos sociales los cuales ayudaban a la autoestima de la persona, teniendo en cuenta siempre en los cuidados integrales a su familia.

“Trastorno de la imagen corporal relacionado con cirugía y manifestado por expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, estructura o función”. (Véase Tabla II).

Tabla II. Planificación del DxE: (00118) Trastorno de la imagen corporal

Resultados	Indicadores*	Puntuación Likert previa a la intervención	Intervenciones	Puntuación Likert posterior a la intervención
<b>(1200) Imagen corporal</b>	(120016) Actitud hacia tocar la parte corporal afectada	4 (Día 1)	(5270) Apoyo emocional	5 (Día 35)
	(120007) Adaptación a cambios en el aspecto físico	3 (Día 1)	(5270) Apoyo emocional	5 (Día 35)
<b>(1305) Modificación psicosocial: cambio de vida</b>	(130503) Expresiones de productividad	3 (Día 1)	(5230) Mejorar el afrontamiento	5 (Día 35)

\*Escala: desde NUNCA positivo hasta SIEMPRE positivo (1-5).

Primer criterio de resultado (NOC) (5): Imagen corporal. El paciente se mostraba ansioso y preocupado a la hora de tratar su cambio en su estilo de vida, y sobre todo en su vida laboral. Estaba desconcertado por sus expectativas futuras, debido a su imagen corporal y su traqueostomía. Sin embargo, fue posible que pasadas unas semanas tras la operación, fuera llamado para una entrevista de trabajo, la cual aceptó estando ingresado. Los indicadores para el NOC se exponen en la Tabla II.

En cuanto a las intervenciones (NIC) (6) cabe destacar “Apoyo emocional”. Puesto que el apoyo continuo al paciente disminuye los niveles de temor y ansiedad, procurándole una mayor sensación de seguridad y ayudándole a recuperar el control (8,9).

Para cumplir esta intervención se llevaron a cabo una serie de actividades como:

- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Remitir a servicios de asesoramiento.
- Potenciación de la imagen corporal.

Con la primera y la segunda lo que hicimos fue alentar al paciente a que nos contara sus preocupaciones para poder buscar soluciones a ello. Además, la literatura sugiere que una escucha activa transmite interés y resulta útil para detectar las necesidades y métodos de afrontamiento del paciente (3,8,9). También resultó importante el lenguaje no verbal, donde subyacía gran parte del contenido del mensaje. Al mismo tiempo, una escucha activa validará la comprensión del mensaje del paciente.

Una vez que fuimos conscientes de sus sentimientos enlazamos contactos para encontrar ayuda y por último observamos los niveles de autoestima respectivamente. Con esta última actividad pudimos identificar la evolución del paciente, cómo ha transcurrido el éxito de la capacidad de recuperación en él. Para ello, observábamos si el paciente podía mirar la parte corporal que había sufrido el cambio o identificar los medios de disminución del impacto causado por cualquier desfiguración por medio de la ropa (9).

Segundo criterio de resultado (NOC) (5): Modificación psicosocial: cambio de vida. Nuestro objetivo fue que Enrique, al salir del hospital, tuviera una acomodación en la sociedad sin problemas. A modo de breve notación decir que la aceptación social de los pacientes traqueostomizados ha mejorado muchísimo, aunque en este camino se debe pedir un mayor esfuerzo tanto desde el punto de vista personal como desde el colectivo e institucional. Los indicadores para el NOC se exponen en la Tabla II.

Intervenciones (NIC) (6): Mejorar el afrontamiento. Para llevar a cabo esta intervención fue necesaria una conveniente educación sanitaria y facilitar el aprendizaje de cuidados al enfermo, ya que así, con su propia autonomía, pudimos aumentar la creencia de su propia capacidad para iniciar y mantener acciones en su día a día (8,9). Entre las actividades cabe nombrar las siguientes: “Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento”; “Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente”. “Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados”; “Proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas”.

“Deterioro de la comunicación verbal relacionado con la traqueostomía y manifestado por la pérdida del habla”. (Véase Tabla III)

Tabla III. Planificación del DxE: (00051) Deterioro de la comunicación verbal

<b>Resultado</b>	<b>Indicadores*</b>	<b>Puntuación Likert previa a la intervención</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Puntuación Likert posterior a la intervención</b>
<b>(0902) Comunicación</b>	(90201) Utiliza el lenguaje escrito	3 (Día 1)	(4976) Mejorar la comunicación: déficit del habla	5 (Día 35)
	(90202) Utiliza el lenguaje hablado	1 (Día 1)	(4976) Mejorar la comunicación: déficit del habla	4 (Día 35)
	(90203) Utiliza dibujos e ilustraciones	3 (Día 1)	(4976) Mejorar la comunicación: déficit del habla	5 (Día 35)

\*Indicadores Escala: desde GRAVEMENTE comprometido hasta NO comprometido (1-5).

Enrique se enfrentó a otro gran desafío, el deterioro de su comunicación verbal. El punto clave era alcanzar un nivel de comunicación óptimo. Por tanto el primer criterio de resultado (NOC) (5) es “Comunicación” y sus indicadores se reflejan en la Tabla III.

En primer lugar, para conseguir este objetivo, establecimos un entorno basado en la buena comunicación y la atención, teniendo siempre en cuenta, y esto es muy significativo, que la alteración de la comunicación no supone un déficit sensorial o mental, y por ello, que se debe evitar gritar al paciente o modificar nuestra forma de dirigirnos a ellos. Estos pacientes sienten con frecuencia sentimientos de impotencia, frustración, ira y/o ansiedad que pueden afectar a su recuperación. Además, el proporcionar tiempo y paciencia, evitará que el paciente se inquiete y abrume al transmitir el mensaje (8,9).

Por su parte, la intervención (NIC) (6) “Mejorar la comunicación” adquirió gran protagonismo. Para que haya una mayor eficacia en la comunicación, se han de tratar en el postoperatorio, los métodos de comunicación que se implementarán, porque la mejora de la comunicación será la labor de un equipo interdisciplinar formado por la enfermera, el logopeda y la familia.

¿Qué es por tanto lo que pudimos facilitar al paciente para llevar a cabo esta intervención? Por un lado, y sobre todo en los primeros días recién operado el paciente, se pudo valorar y conocer sus problemas mediante preguntas de tipo directas (aquellas que se contestaban con sí o no aleteando la cabeza). Por otro lado estaba el timbre y una “pizarra mágica” que permitía escribir mensajes y borrarlos. Así mismo, se contemplaba la mano con la que el paciente escribía, a fin de colocar las vías intravenosas en el brazo contrario.

En caso de que el paciente no pudiese escribir, se le facilitó una pizarra con ilustraciones de situaciones o necesidades más frecuentes. Todas estas actividades se llevaron a cabo con nuestro paciente, y tanto la pizarra como el lenguaje no verbal fueron suficientes como método de comunicación en el posoperatorio inmediato. A largo plazo, se planificó el habla esofágica como método de comunicación verbal. La voz esofágica se logra tomando aire por la boca y, en el momento que ingresa al esófago, el paciente inmediatamente lo vuelve. Entonces, en su camino hacia el exterior, el aire choca contra esa tapa (cricofaríngeo) que se había cerrado y la vibración produce el sonido (10).



En cuanto a las actividades para promover esa mejora en la comunicación cabe señalar las siguientes:

- Utilizar escritura y/o dibujos como ya hemos explicado.
- Solicitar la ayuda de la familia.
- Utilizar mensajes simples y claros. En la voz esofágica, hablar de corrido en estos pacientes es poder emitir entre cuatro o cinco palabras con una sola toma de aire. Lo máximo que se puede emitir es entre 10 y 11 palabras (10).
- Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos.

### **Evaluación del plan de cuidados:**

La evolución de Enrique fue lenta pero progresiva, con una duración total de 35 días. Con referencia al diagnóstico de baja autoestima, se logró fomentar la capacidad de afrontamiento de la situación e incluso se concedió al paciente una entrevista de trabajo durante su hospitalización por deseo propio. Por su parte, la familia estaba muy contenta con el progreso de Enrique. Respecto al segundo diagnóstico, trastorno de la imagen corporal, se consiguió que Enrique se viera al espejo y mostrara su satisfacción al ver cómo su traqueostoma se iba cerrando y cómo él podía empezar a hablar sin obstrucciones de secreciones. Se logró la aceptación de su enfermedad y la

adaptación del cambio a su vida. Además, las visitas de la asociación cada vez eran más usuales y Enrique se mostraba agradecido con su compañía. El diagnóstico de deterioro de la comunicación verbal también se dio como concluido ya que Enrique adquirió grandes destrezas en el lenguaje no verbal y un comienzo satisfactorio en el habla esofágica.

Sin la fuerza de voluntad del paciente, el sostén de la familia, los cuidados integrales de la enfermería y el equipo interdisciplinar y la ayuda social de la asociación, no habría sido posible una situación al alta tan óptima como ésta para un laringuectomizado como Enrique.



Los pacientes que son laringuectomizados necesitan una gran cantidad de cuidados en el postoperatorio inmediato. La aplicación de un plan de cuidados integral, nos permite una máxima eficiencia y obtención de resultados beneficiosos. El proceso enfermero debe centrarse en la respuesta del paciente-familia a los problemas de salud. Con la realización de este plan de cuidados se puede observar que los profesionales no sólo nos hemos de basar en las necesidades físicas de la persona sino que también hay tener en cuenta sus necesidades psicológicas ya que si no las cubrimos estamos aminorando la calidad de vida del paciente enfermo (3,8,9).

Es por tanto muy importante los cuidados integrales en un paciente laringectomizado para aumentar su bienestar y cubrir sus necesidades mayoritarias. Sin ellos, el proceso de evolución habría sido más lento y menos progresivo (3,8,9).

Atender al paciente en su totalidad, animarle a que participe en su recuperación, ayudarle a encontrar respuestas, aclarar dudas, enseñarles y apoyarles psicológicamente son algunas de las actividades que forman parte de la planificación de un modelo integral de cuidados. El objetivo del mismo no es otro sino ayudar a mejorar la calidad de vida de la persona (8), minimizando el efecto de las secuelas, proporcionándole un mayor confort con su entorno y una mayor adaptación al proceso de enfermedad. Esto viene por tanto a resaltar la necesidad del abordaje integral de estos pacientes, destacando que la reinserción laboral (preocupación incesante del paciente) se ha conseguido desde el mismo postoperatorio inmediato gracias al afán de superación personal de Enrique y el apoyo incondicional de su familia.

Es mucho el trabajo enfermero que se realizó con este caso y diversos los instrumentos que se utilizaron para obtener una visión holística de los cuidados, pero el esfuerzo consiguió el bienestar del paciente y una ayuda en su crecimiento como persona y al nuestro como profesionales. Existen pequeñas aportaciones científicas de casos clínicos con pacientes laringectomizados abordados desde una perspectiva integral, por ello, sería

interesante desarrollar líneas futuras de investigación que indaguen en la totalidad de las necesidades del paciente (y la familia) y los cuidados integrales que han de ofrecerse como respuesta (9,10).

## Bibliografía

1. Chamorro, PA., Paré, CA., Paré, KE., Roa Sanabria, BV., Tagle, JF. (2009) Cáncer de laringe: Revisión. Rev. de Posgrado de la 6ª Cátedra de Med, 192, 17-22
2. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., et al. (2013) GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase, 11 [Internet]. Consultado el 9 de febrero de 2017. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>.
3. McEvoy, L., Duffy, A. (2008) Holistic practice– A concept analysis. Nurse Education in Practice ,8, 412-419.
4. North American Nursing Diagnosis Association. (2015) *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017*. Madrid: Ediciones Elsevier.
5. Morrhead, S., Johnson, M., Mass, M., Swanson E. (2014) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) (5ª Ed)*. Barcelona: Elsevier.

6. Bulechek, GM., Butcher, HK., McCloskey Dochterman, JC. (2014) *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (6ª Ed). Barcelona: Elsevier.

7. Servicio Andaluz de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico [Internet]. Consultado el 9 de febrero de 2017. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asppagina=pr\\_desa\\_Innovacion5](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asppagina=pr_desa_Innovacion5).

8. Babin, E., Sigston, E., Hitier, M., Dehesdin, D., Marie, J.P., Choussy O. (2008) Quality of life in head and neck cancers patients: predictive factors, functional and psychosocial outcome. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 265, 265-270.

9. Doenges, ME., Moorhouse, MF., Murr, AC. (2008) *Planes de cuidados de enfermería* (7ª Ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

10. Granda Membiela, CM., Fernández Gutiérrez, MJ., Mamolar Andrés, S., Santamarina Rabanal, L., Sirgo Rodríguez, P., Álvarez Marcos, C. (2016) La voz del laringectomizado: incapacidad, percepción y análisis acústico. *Rev Logop Fon Audiol*, 36, 127-134.