

# REHABILITACIÓN DEL PACIENTE LARINGECTOMIZADO

*Autor*

Dr. Luis Álvarez Lami

*Colaboradores*

Dra. Ana Cecilia Bermúdez Mendoza

Lic. María Esther Muñoz Hermida

Lic. Raiza Gata Pérez.

*Servicio*

Logopedia y Foniatría

## INTRODUCCIÓN

La laringectomía total por cáncer laríngeo es una de las condiciones patológicas más mutilantes y más frustrantes que puede sufrir un paciente.

En países desarrollados como los Estados Unidos se operan 8000 personas todos los años. En nuestro país no tenemos esa estadística exacta pero la tendencia parece ser hacia el aumento de los casos dado el hecho de que el hábito de fumar en la población empieza cada vez más temprano. El cáncer laríngeo tiene mayor prevalencia a partir de los 50 años de edad. Es 10 veces más frecuente en el hombre que en la mujer.

Se dice que la rehabilitación del laringectomizado debe comenzar antes de la operación. Significa que es útil para el paciente el que conozcamos algunos aspectos relacionados con su habilidad para ciertas realizaciones vocales como la imitación de sonidos, la realización voluntaria de un eructo, su personalidad, y cualquier otro aspecto que pueda ayudar después a la rehabilitación.

En esa visita preoperatoria es conveniente también mostrarle al enfermo un caso ya rehabilitado para reforzarle la convicción de que podrá hablar de nuevo si se le hace una terapia adecuada y él se muestra activo y cooperador.

Hay tres condiciones fundamentales hacia las que puede derivar un laringectomizado:

- Colocarle una prótesis fonatoria en el propio acto quirúrgico
- Proveerle de una prótesis electrónica externa
- Enseñarle una pseudo voz esofágica por medio de ejercicios foniátricos.

La primera condición (prótesis fonatoria), es una fístula traqueo-esofágica separada por una lámina de material apropiado (silicona), que vibra al paso del aire desde la tráquea. Ello produce una pseudo voz que permite la comunicación al paciente desde un inicio. Tiene sus desventajas, por ejemplo, se obstruye, puede ser asiento de hongos o bacterias, puede crear reacción tisular de rechazo, etc.

La laringe electrónica externa tiene una batería de energía, un vibrador activado por un interruptor que se coloca contra la piel del cuello y emite un zumbido que se transforma en pseudo voz cuando el individuo articula. La desventaja es que es un sonido robótico, con poca intensidad y sin ninguna modulación, además de que el paciente depende de un equipo externo que es susceptible a roturas y mal funcionamiento.

La enseñanza de la pseudo voz a nuestro juicio, es el método ideal si se tiene en cuenta que en nuestro medio no colocamos prótesis fonatorias (amen de sus contraindicaciones), y que no necesita un medio físico o electrónico extraño para emitir el sonido del habla.

Favorece la instauración de la pseudo voz esofágica el hecho de que habitualmente se crea un reservorio aéreo en el tercio superior del esófago que al ser expulsado hace vibrar la zona estrechada del anillo de Killiam y la hipo faringe. La conservación de la inervación recurrencial y del laríngeo superior de esta zona, la relajación durante la inhalación y la contracción durante la emisión son condiciones necesarias para la rehabilitación. La voz que se logra es adecuada para la comunicación social. Su tono es grave, con un timbre ronco, una extensión entre 4 a 6 tonos y una intensidad variable.

Clásicamente se conocen tres métodos para crear esta pseudo voz:

- Método de tragado del aire
- Método de inhalación
- Método de inyección.

Al método que utilizamos le llamamos *método de aspiración* para recalcar que la aspiración aérea sea bucal pura, a diferencia del método de inhalación que preconiza la entrada de aire mediante inspiración normal, cosa que crea un sonido innecesario a nivel del traqueostoma que empañará el sonido deseado.

Esa aspiración de aire es *inyectada* luego hacia el esófago para en un segundo paso y mediante una contracción abdominal, emitir un eructo sonoro.

La ablación de la laringe no solo provoca la pérdida total de la voz, sino que trae aparejado otros trastornos entre los que están:

- Anosmia
- 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 y depresión psíquica

Todo ello es necesario tenerlo en cuenta para brindar un mejor apoyo al paciente y una mejor orientación a sus familiares con el fin de que contribuyan de un mejor modo a la rehabilitación.

El pronóstico del laringectomizado es bueno, sobre todo si comienza la rehabilitación en los alrededores del mes de operado. El paciente logra tener una comunicación social adecuada entre 6 meses a 1 año. Sin embargo, existen ciertas condiciones que pueden demorar o impedir la adquisición de la pseudo voz como son:

- 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

Por la frecuencia de casos cada vez más creciente, por lo importante que resulta devolver a la sociedad con secuelas mínimas y una mejor calidad de vida a un ser humano que ha tenido la desdicha de perder un órgano fundamental para la comunicación con los demás, y por la posibilidad de acortar el tiempo de su rehabilitación hemos decidido protocolizar la rehabilitación del laringectomizado.

## **OBJETIVOS**

- Acortar la rehabilitación del laringectomizado.
- Unificar criterios en cuanto al método rehabilitatorio

## **DESARROLLO**

Se hará la historia clínica del paciente, en la que serán parámetros importantes a consignar:

- Edad
- Sexo
- Antecedentes de hipoacusia u otra discapacidad
- Trastornos intelectuales o psiquiátricos u otros,
- Escolaridad
- Profesión
- Tiempo de evolución (¿Cuándo fue operado?)

- Entorno familiar

Si se considera necesario se ínter consultará con psicología o psiquiatría. Recibirá explicaciones sobre lo que consiste su problema y sus posibilidades rehabilitatorias. Se le mostrarán paciente rehabilitados o en fase de ello. La consulta será colectiva.

Se comenzará con la técnica inicial del laringectomizado, haciendo hincapié en la aspiración bucal y en la contracción abdominal.

Cuando el paciente logre el eructo con la (p), se procederá a unir ésta a las diferentes vocales. Los pasos subsiguientes serán: P, T, K con diferentes vocales

- Dos sílabas sin sentido con P, T, K con dos tomas de aire
- Dos sílabas sin sentido con P, T, K con una toma de aire
- Tres sílabas sin sentido con P, T, K con dos tomas de aire
- Tres sílabas sin sentido con P, T, K con una toma de aire
- Siquinesia físico vocal (SFV)
- Cuatro sílabas sin sentido con P, T, K con dos tomas de aire
- Cuatro sílabas sin sentido con P, T, K con una toma de aire

La siquinesia físico vocal (SFV) se mantendrá hasta alcanzar una intensidad de la voz moderadamente fuerte. Posteriormente comenzaremos con ejercicios en el mismo orden con las consonantes B, D, G

- Palabras con sentido de 3 y 4 sílabas combinando sonidos con P, T, K con los de B, D, G
- Palabras con sentido de 3 y 4 sílabas con B, D, G.
- Se indicará la ( p) larga para mejorar el tiempo de fonación
- Palabras con J, F, S
- Palabras de estructura compleja
- Frases de dos palabras con una sola toma de aire
- Oraciones cortas con dos tomas de aire
- oraciones cortas con una toma de aire
- Oraciones largas con dos tomas de aire
- Lectura de párrafos señalando las pausas
- Masticación sonora verbal
- Oraciones interrogativas
- Oraciones admirativas
- Oraciones contrastantes
- Lectura de poemas
- Masticación sonora natural

- Canto

La realización de estas técnicas puede ser facilitada mediante el uso de la computadora.

Los casos se verán por consulta dos veces por semana al igual que en el departamento técnico. Las sesiones de ejercicios serán colectivas y durarán como promedio 40 minutos en dependencia de la cantidad de pacientes.

## EVALUACIÓN Y CONTROL

<b>Indicadores de estructura</b>		<b>Plan%</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>
Recursos humanos	Logopeda y personal auxiliar con entrenamiento específico	>90	>90	81-89	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	90-94	< 90
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	90-94	< 90
Organizativos	Disponibilidad diseño organizativo para aplicar el PA	95	95	90-94	< 90
	Planilla recogida datos del PA	100	100	-	<100
	Base de datos electrónica	100	100	-	<100
<b>Indicadores de proceso</b>		<b>Plan%</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>
% pacientes laringectomizados que hayan tenido visita pre operatoria		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes laringectomizados que comiencen la rehabilitación a los dos meses o antes.		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes laringectomizados con el orden establecido de indicaciones terapéuticas		>90	>90	80-90	< 80
<b>Indicadores de Resultados</b>		<b>Plan %</b>	<b>Bueno</b>	<b>Regular</b>	<b>Malo</b>
% pacientes que logren emitir un sonido a partir de la cuarta consulta		>50	>50	30-49	<30
% pacientes con mejoría ostensible de algún parámetro vocal por apreciación clínica y opinión del paciente después de 6 meses		>90	>90	80-90	< 80
% pacientes laringectomizados que se manifiestan satisfechos de resultados obtenidos		>90	>90	80-90	< 80

## Información a pacientes y familiares

- Se informa sobre el pronóstico rehabilitatorio a los familiares y al paciente.
- Se darán por escrito la explicación de cada técnica y se le orientará para la casa la realización de los ejercicios, todos los días, varias veces al día durante 15 a 20 minutos.

## Bibliografía

1. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz.: García, R, Tapia, M. Soc. española de otorrinolaringología y patología Cérvico-facial. Madrid,1996
2. [www.espaciologopedico.com](http://www.espaciologopedico.com)
3. [www.otorrinoweb.com](http://www.otorrinoweb.com)
4. La voz y el tratamiento de sus alteraciones: Boone, R. Ed. Médica Parm. B. Aires 1987
5. J. Prater, R. Swift.: manual de terapia de la voz. Salvat. Ed. 1989. pág.145.
6. Últimas técnicas logopédicas en el tratamiento de la voz. Cortés. A. Rev Logopedia, fonología y Audiología. Vol XVI (1), 22-26 2004
7. Calidad de vida del paciente laringectomizado: Mariela Poblete s. Espaciologopedico.com. 2008
8. Manejo logopédico del paciente laringectomizado:. Mariela Poblete S. Espaciologopedico.com 2008
9. Cuevas Macías M.A.: Diccionario. Gabinete Logopédico y Pedagógico. <http://www.logopedia-granada.com/diccionario.htm#L> 2007
10. Técnicas para que el paciente laringectomizado hable antes del alta. <http://www.sld.cu/sitios/otorrino> 2006

Revisado Junio 2008