

SERVICIO DE LOGOPEDIA Y FONIATRÍA

REHABILITACIÓN DEL PACIENTE LARINGECTOMIZADO

AUTOR. DR .LUIS ÁLVAREZ LAMI

COLABORADORES.

DRA ANA CECILIA BERMÚDEZ MENDOZA

LIC. MARÍA ESTHER MUÑOZ HERMIDA

LIC. RAIZA GATA PÉREZ.

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 pre- operatoria 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. O se le coloca una prótesis fonatoria en el propio acto quirúrgico, o se le provee de una prótesis electrónica externa, o se le enseña una pseudovoz 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 pseudovoz que permite la comunicación al paciente desde un inicio. Tiene sus

desventajas,(se obstruye, puede ser asiento de hongos o bacterias, puede haber reacción tisular de rechazo) .

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 pseudovoz cuando el individuo articula.

La enseñanza de la pseudovoz a nuestro juicio es el método ideal si se tiene en cuenta que en nuestro medio no ponemos 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 pseudovoz 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 hipofaringe. La conservación de la inervación recurrente 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 consigue es adecuada para la comunicación social. Su tono es grave, con un timbre ronco, una extensión entre 4a 6 tonos y una intensidad variable.

Clásicamente se conocen tres métodos para crear esta pseudovoz. El método de tragado del aire, el método de inhalación y el de inyección.

Nosotros llamamos al método que utilizamos , 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 la anosmia, la pérdida del gusto, la disminución del reflejo tusígeno, disminución de la capacidad de esfuerzo físico, la 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 pseudovoz 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.

DESARROLLO

Se hará la historia clínica del paciente, en la que serán parámetros importantes a consignar: La edad, el sexo los antecedentes de hipoacusia trastornos intelectuales o psiquiátricos u otros, la escolaridad, profesión, el tiempo de evolución (¿Cuándo fue operado?) y el entorno familiar.

Si se considera necesario se interconsultará con psicología o psiquiatría. Se harán 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 los sonidos con P, T, K con los de B, D, G
- palabras con sentido de 3 y 4 sílabas con B, D, G.
- se sustituirá la Siquinesia físico vocal (SFV) por la(p) larga
- palabras con J, F, S
- 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 (muy en dependencia de la cantidad de pacientes)

EVALUACIÓN Y CONTROL

Se evaluará la historia clínica cada tres meses .Se controlará la recogida de datos significativos.

Se tendrá en cuenta la secuencia lógica de tratamiento y el tiempo de rehabilitación del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz.: García,R.; Tapia.M, Soc española de otorrinolaringología y patología Cervico facial.Madrid,1996
2. www.espaciologopedico.com
3. 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

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.