

Título: DISFONÍAS CRÓNICAS

Autores:

Dr. Luís Álvarez Lami.

Especialista de 2º Grado en Logopedia y Foniatría. Profesor Auxiliar.

Dra. Ana Cecilia Bermúdez Mendoza.

Especialista de 1er. Grado en Logopedia y Foniatría. Profesora Asistente.

Lic. Roxana Álvarez Rivera.

Licenciada en Logopedia. Profesora Asistente.

Servicio de Logopedia y Foniatría

Email: logfon@hha.sld.cu

Introducción

Se llama disfonía a la modificación anormal del timbre de la voz como consecuencia de una alteración de la estructura o de la función de la laringe y que generalmente trae aparejada cambios en la intensidad vocal y en la coordinación fono respiratoria. Casi un tercio de la población manifiesta problemas vocales en algún momento de su vida. Tiene una prevalencia del 29.9 por ciento, siendo las mujeres más afectadas que los hombres. Algunos estudios transversales han encontrado similares prevalencias según este autor y otros. El autor se refiere también a un estudio efectuado en Brasil en docentes de escuelas primarias que mostró una prevalencia de la disfonía en el sexo femenino (87.7%) con un 95.4% de tipo hipercinéticas. Los antecedentes más frecuentes fueron la ansiedad, la depresión, la rinitis alérgica y el reflujo gastroesofágico. El 27.7% refirió consumo de tabaco. En la literatura revisada

todos están de acuerdo en que es más frecuente en cierto grupo de personas (profesionales de la voz), particularmente en el grupo atareado entre 30 y 45 años donde la acción laboral es más activa. En una investigación, se constató un uso errado de técnicas de emisión en voz cantada, producto de lo cual se encontró un número importante de cantantes profesionales con alteraciones laríngeas y músculo tensionales, aunque es conocido que cualquier persona puede padecerla independientemente de su profesión o edad. Por otra parte, se dice que en la medida en que aumenta la edad hay mayor riesgo de padecer de disfonía. En este grupo se estima una prevalencia entre 19 y 29 %, y las mayores frecuencias causales son las laringitis inespecíficas, parálisis y parestias cordales, cáncer, enfermedades neurológicas y reflujo gastroesofágico. Para Jeffrey, P. M. y otros, el problema es multicausal e interviene el estrés psíquico, la pérdida de audición y otras muchas condiciones médicas que la facilitan. En el niño es frecuente también y sus causas fundamentales son el abuso de la voz y las alteraciones congénitas laríngeas. Según Pedersen, en la edad infantil, entre 6 % y 9 % de los niños presentan alteraciones de la voz, en su mayoría en relación con el mal uso de la misma.

Objetivos

- Actualizar la temática de las Disfonías Crónicas a especialistas y residentes.
- Sistematizar el estudio diagnóstico y el tratamiento de las Disfonías Crónicas.
- Facilitar las investigaciones sobre el tema.

Desarrollo

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Criterio clínico

– Se establecerá el diagnóstico de disfonía crónica a todo paciente afecto del timbre o la intensidad de la voz por más de 30 días.

– Se constatará en el examen del paciente, signos de hiperfunción como la tensión en el cuello durante la fonación, la ingurgitación de vasos del cuello, la existencia o no de adenopatías o el aumento de volumen de la región anterior del cuello. A ello se acompañará la falta de intensidad vocal, la modificación del timbre, según el tipo de disfonía, las alteraciones del tono, (tendencia al grave), o la diplofonía, la exhaustación respiratoria, la hiperfunción respiratoria u otros signos de incoordinación fono respiratoria.

– En el examen clínico se constatará los síntomas y signos típicos de esta entidad, como la alteración del timbre vocal (parético o espástico), modificaciones o no en la intensidad, el tono, la resonancia, la entonación, y la alteración de la coordinación fono respiratoria, además de algunos síntomas subjetivos que a menudo la acompañan, como dolor, carraspera, ardencia faríngea, sensación de cuerpo extraño y flemas. Es característico encontrar también en estos pacientes una tensión marcada en el cuello durante la fonación.

Criterio endoscópico

En el examen laringoscópico se constatarán las alteraciones orgánicas o funcionales del órgano laríngeo, ya sean nódulos, pólipos, quistes,

engrosamientos, edema, úlceras de contacto, leucoplasia u otros signos de adición, incluyendo por supuesto el cáncer. Pensar en él en adultos mayores de 60 años, masculinos, con problemas de deglución, dolor persistente de garganta y oídos, adenopatías cervicales, expectoración y ronquera. Biblioteca Médica Nacional.

Se consignarán los cambios de coloración de las cuerdas vocales y las alteraciones de su motilidad. Se observarán las características de la epiglotis, el vestíbulo laríngeo, de la base de la lengua, de las bandas ventriculares, de la fosita glosa epiglótica y de los senos piriformes. Según Saavedra-Mendoza, A. , los estudios de imagen no sustituyen en lo absoluto la visualización de la laringe a través de endoscopia. Sólo está justificado solicitarlos como parte de valoraciones subsecuentes con un objetivo específico en relación con lo observado en la exploración primaria.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se establecerá por el examen laringoscópico entre las causas que generan disfonías orgánicas y funcionales. Entre las primeras mencionaremos las más frecuentes:

Disfonías orgánicas

- **Nódulo vocal**, pequeño engrosamiento organizado, benigno que crece generalmente en el tercio medio o anterior del borde libre de ambas cuerdas vocales como consecuencia del abuso de la voz. Los nódulos laríngeos

predominan en mujeres en la segunda década de la vida y con mayor prevalencia en los profesionales de la voz. Schwartz, S.R. (2009).

- **Pólipos vocales**, que siguen en frecuencia. Son excrecencias benignas, mayores que los nódulos, unilaterales generalmente, que también están relacionados con el abuso vocal o con irritantes externos como el tabaco, o internos como el reflujo, y en ocasiones con ciertas virosis.

Otros tumores benignos frecuentes son los papilomas, quistes y granulomas. Estos últimos pueden ser inespecíficos, como el granuloma posquirúrgico, el consecutivo a irritantes gástricos y el de la úlcera de contacto; o específicos, como el granuloma tuberculoso, el de la gota y el micótico, por poner algunos ejemplos. La grabación del funcionamiento de las cuerdas vocales con una video cámara para estudiar el patrón vibratorio es el mejor método para detectar lesiones tales como nódulos, pólipos, quistes, cicatrices, edemas y tumores.

- **Los tumores malignos** son también causa frecuente de disfonías crónicas orgánicas, sobre todo en el hombre fumador y bebedor crónico. La pseudo mixomatosis laríngea, que es una inflamación crónica del espacio de Reinke (laringitis del fumador), es un paso previo hacia el cáncer laríngeo.
- **Otras causas serían:** las laringitis hipertróficas y atróficas, la artritis cricoaritenoides, la luxación del aritenoides, la tuberculosis y la amiloidosis laríngea, y las de etiología congénita (surco cordal, membranas ínter cordales, laringomalacia, hipoplasia laríngea, hematoma sub. glótico etc.
- Hay ciertas causas extra laríngeas que suelen provocar disfonías. Nos referimos a enfermedades del mediastino, del vértice del pulmón, del cuello y

del cráneo, que afectan la inervación de las cuerdas vocales y dan las llamadas parálisis laríngeas, ya sea por afectación del vago o más específicamente por afectación del nervio recurrente.

- **Enfermedades neuromusculares** como La enfermedad de Parkinson, la Esclerosis Lateral Amiotrófica, la Miastenia Grave, la Esclerosis Múltiple y otras neuro miopatías, afectan también el timbre, la resonancia y la intensidad de la voz.
- **Algunas entidades sistémicas** como las Coagulopatías, las Colagenopatías, la Diabetes Mellitus, el Hiper e Hipotiroidismo pueden tener también repercusiones laríngeas y dar disfonía crónica.

El **reflujo gastro esofágico** es otra condición frecuente que causa disfonía orgánica. Aunque en general no existen datos específicos que lo identifique, en la exploración, se sugiere como signos indirectos: irritación mantenida en el vestíbulo laríngeo, en la región Inter aritenoidea o en las propias cuerdas vocales. Otro tanto ocurre con la irritación mantenida de los estados alérgicos. Los factores que más frecuentemente se asocian con una evolución desfavorable de las disfonías y específicamente los nódulos vocales tras el tratamiento vocal, son los trastornos ansioso-depresivos, el reflujo gastroesofágico y el comportamiento vocal caracterizado por la tensión e ingurgitación cervical durante la fonación. También en las edades mayores y en las profesiones que implican atención al público la evolución tiende a ser menos favorable.

En caso de monocorditis persistente debe pensarse en un traumatismo laríngeo, en una fragilidad vascular u otras hemopatías, en una Micosis

profunda, en una Tuberculosis Laríngea, en un Cáncer incipiente o en irritantes internos o externos y debe actuarse en consecuencia.

La interconsulta con Otorrinolaringología solicitando una biopsia laríngea estará dentro de las obligaciones del especialista.

Disfonías funcionales

En las disfonías funcionales, por el contrario, no hay alteración de la estructura de las cuerdas vocales ni de la inervación, sin embargo, estas funcionan mal debido a un mal uso o abuso de la voz, lo que afecta también el tono la intensidad, el timbre y otros atributos de la voz. Pueden ser paréticas o hipocinéticas, y espásticas o hiperkinéticas.

En las primeras la sintomatología fundamental suele ser un timbre aireado e hipofonía debido a que las cuerdas vocales hipotónicas no llegan a unirse en la línea media durante la fonación por lo que se escapa demasiado aire durante el habla. La intensidad vocal es pobre y el tiempo de fonación se acorta.

En las disfonías hiperkinéticas o hiperquinéticas ocurre lo contrario. Las cuerdas vocales se cierran fuertemente durante la fonación, lo que da una voz dura, tensa, espástica. En la voz de bandas se agrega un tono muy grave y entonación monótona.

Las disfonías funcionales pueden ser también de origen psíquico en cuyo caso lo más frecuente es que el paciente venga en afonía, con tensión músculo esquelética en el cuello como forma inicial de presentación, o con voz intermitente. Ocasionalmente el paciente viene con un tono muy agudo como sintomatología predominante. Otras causas de disfonías son los trastornos

auditivos. Los tartaleadores y los fisurados Palatinos son fuertes aspirantes a padecer la afección.

CLASIFICACIÓN

Según tiempo de evolución

1. **Agudas:** Cuando su evolución es de menos de 21 días, aunque algunos tienden a extenderlas hasta 30 días
2. **Crónicas:** En los casos mayores de 30 días

Según alteración presente

1. **Orgánicas:** Se afecta estructuralmente el órgano laríngeo por alteraciones propias de él o por repercusión de la afectación de estructuras y órganos vecinos, a veces, alejados de la laringe.
2. **Funcionales:** no hay afectación anatómica laríngea, pero si un funcionamiento inadecuado del mecanismo fonatorio, respiratorio o resonancial. La barrera entre ambas es a menudo incierta.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS Y O CONFIRMATORIAS

Se incluirán en el protocolo sólo los pacientes que tengan disfonías crónicas severas.

1. Se hará historia clínica de la especialidad (planilla modelo) en la que será una práctica obligatoria consignar: edad, sexo, profesión u oficio, tiempo de evolución, hábitos tóxicos (cuantía y tiempo).
2. Antecedentes patológicos personales de alergia, infecciones respiratorias altas, gastritis, esofagitis, úlcera gástrica, hernia hiatal, hipoacusia, trastornos del tiroides, trastornos psiquiátricos, diabetes, hipertensión arterial, traumatismos del cuello o del cráneo, intubación, operaciones y otras que puedan estar en relación o predisponer al cuadro actual.
3. Se hará examen físico que incluirá la cavidad oral, la faringe la laringe, las fosas nasales, el conducto auditivo externo y el cuello. Se anotarán las características de los diferentes atributos de la voz: tono, timbre, entonación, intensidad, resonancia, ataque, y final.

Será obligatorio realizar los siguientes procedimientos:

1. Tiempo de fonación. Se tomará como anormal si es menor de 10 segundos.
2. Se medirá el índice S/Z.
3. Se hará test de GRBAS
4. Laringoscopia indirecta. Si no concluyente se hará entonces fibroscopía.
5. Estroboscopia Gamboa
6. Análisis acústico
7. Exudado nasal y faríngeo

En dependencia del caso y de la etiología sospechada se podrán indicar los siguientes exámenes que serán los específicos para la causa sospechada:

1. Esputo buscando bacilo ácido alcohol resistente (BAAR)
2. Radiografía de senos peri nasales
3. Radiografía de tórax
4. Radiografía de esófago (esófago grama)
5. Tomografía axial computarizada de laringe, de mediastino, de tallo cerebral
6. Ultrasonido de cuello
7. Ganmagrafia de tiroides
8. Biopsia por aspiración (BAAF)
9. Hemograma
10. Serología
11. Eritrosedimentación
12. Glicemia
13. Coagulograma
14. Título de antiestreptolisina (TASO)
15. Audiometría
16. Electromiografía Laríngea
17. Pruebas funcionales respiratorias
25. Mantoux.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

En caso de tratarse de una afección quirúrgica como cáncer laríngeo, pólipos medianos, nódulos de aspecto duro o de tamaño mediano, quistes, papilomas granulomas, o pseudo mixomatosis, se enviará al paciente a Otorrinolaringología. La cirugía fibroscópica laríngea (microcirugía), es útil en el diagnóstico y tratamiento de patología no oncológica de la laringe utilizando fibroscopio y estroboscopio. Su objetivo es restaurar la voz.

Se orientará que regrese a la consulta foniátrica una vez realizado el tratamiento quirúrgico.

Si se sospecha etiología neurológica se ínter consultará con Neurología con independencia de los complementarios de rigor.

En dependencia de las características del caso y de los estudios que se le realicen al paciente, podrá ser ínter consultado también con Alergología, Gastroenterología, Endocrinología, Psiquiatría o Psicología u otra especialidad que sugiera su cuadro clínico.

Es muy importante desde el comienzo explicar al paciente cuál es su problema, qué lo causa y cuál es la solución. Si le hacemos comprender esta sencilla fórmula, estaremos acortando sobremanera su evolución y acercándolo a su curación.

Tratamiento medicamentoso

Las disfonías orgánicas no quirúrgicas con signos de hipertrofia cordal localizada o generalizada, las inflamaciones inespecíficas y el edema de

Reinke, los nódulos y pólipos incipientes, los granulomas inespecíficos pequeños, la Pseudo mixomatosis y edemas: se tratarán con:

1. **Reposo absoluto de voz:** El reposo de voz deberá extenderse hasta tanto los síntomas inflamatorios no hayan desaparecido. En nuestra experiencia el reposo debe durar entre tres y cuatro semana. En casos más complejos o en los que la mejoría no sea neta pudiera continuarse por más tiempo. Una vez desaparecido el elemento orgánico, se trata la disfonía como funcional. Es importante pedirle al paciente que no cuchichee para comunicarse, sino que lo haga con gestos o por escrito. En los casos de actores o cantantes, no deben asistir a ensayos de sus obras o espectáculos aún cuando permanezcan en silencio durante los mismos.

2. Antinflamatorios

➤ Esteroides (si no hay contraindicaciones: Hipertensión Arterial, Gastritis, Úlcera Gastroduodenal, Diabetes, Glaucoma, Psicosis, Micosis sistémicas, Osteoporosis)

– **Prednisona** (Tableta de 20 mg)

Dosis: 40 a 60 mg diarios después de comidas, en dosis repartidas y se irá disminuyendo en lapsos de 3 a 5 días en 10 mg. Otros esquemas ya establecidos podrán utilizarse.

Si hubiera que continuar con tratamiento esteroideo, se puede utilizar:

– **Dexametasona** (Tableta de 0,75 mg)

Dosis: 1 tableta cada 6 horas durante una semana, con una pauta reductora lenta de:

- ✓ 0,75 mg cada 8 h durante una semana
 - ✓ 0,75 mg cada 12 h durante una semana
 - ✓ 0,75 mg al día otra semana
- Naturales: Se pueden agregar la sábila, la miel y el romerillo, batido con agua hervida y colado. Tomar en la medida de una taza de café tres o cuatro veces al día alejado de las comidas. No son recomendables los esteroides inhalados por los efectos adversos orofaríngeos que se han reportado,
- Antinflamatorios no esteroideos, (menos efectivos). Pueden utilizarse durante 4 a 6 semanas:
- **Ibuprofeno** (Tableta de 400 mg). **Dosis:** 3-4 tabletas al día).
 - **Naproxeno** (Tableta de 500 mg): **Dosis:** 1 tableta cada 12 horas
 - **Diclofenaco** (Tableta 50 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas
 - **Piroxicam** (Tableta de 10 mg): **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas

Tratamiento de otras causas de disfonías

Disfonía por úlcera de contacto

1. Se indicará reposo absoluto de voz por 30 días.
2. Relajantes musculares (opcional):

- **Meprobamato** (Tableta de 400 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 12 horas o
 - **Mefenesina** (Tableta de 500 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 6 horas o
 - **Metocarbamol** (Tableta de 750 mg). **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas.
3. **Duralgina** (Tableta de 300 mg). **Dosis:** 2 tabletas cada 8 horas si dolor.
4. Antiácidos
- Anti H2: **Ranitidina** (Tableta de 150 mg). **Dosis:** 2 tabletas/día, alejadas de las comidas.
 - Alusil en cucharadas o tabletas, **Dosis:** 3 veces al día alejadas de las comidas.
5. Régimen higieno-dietético:
- Dormir con la cabeza y el tronco en posición alta.
 - No ingerir comidas calientes ni picantes, ácidos.
 - No café, alcohol y no fumar.
6. Excepcionalmente: emplear antiinflamatorios cuando el componente inflamatorio peri lesional o el tejido granulomatoso central sea muy grande.
7. Antibióticos: solo si se sospecha sobre infección bacteriana. Tratamiento empírico con un anti Gram (+) o emplear el que sugiera el antibiograma.

Disfonías irritativas y vasomotoras

1. Indicar reposo de voz durante un período entre 15 y 21 días según el caso.

2. Se indicarán los medicamentos siguientes, solos o combinados, en dependencia del grado de ectasia vascular de las cuerdas vocales, de su coloración y de la evolución:

➤ Antihistamínicos:

- Benadrilina (Tableta de 25 miligramos) o Meclizine (Tableta de 25 miligramos) o -Dexclorfeniramina (Tableta de 2 miligramos): **Dosis:** 1 tableta cada 12 horas.

-Loratadina (Tableta de 10 miligramos). **Dosis:** 1 tableta al día.

- Otros antihistamínicos.

➤ Vitamina A (Tableta de 5000 UI). **Dosis:** 1 tableta en desayuno y comida por dos o tres semanas si no hay contraindicación.

➤ Rutascorbin: **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas.

➤ Venatón: **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas o 30 gotas cada 8 horas.

➤ Dobecilato de calcio (Tableta de 250 miligramos). **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas.

➤ Daflón (Tableta de 500 miligramos). **Dosis:** 1 tableta cada 12 horas.

➤ Vitamina C (Tableta de 500 miligramos). **Dosis:** 1 tableta 3 veces al día.

➤ Vitamina E, (Tableta de 100 miligramos). **Dosis:** 1 tableta 3 veces al día.

3. Se indicarán inhalaciones de vapor de agua 3 veces al día

4. Se podrá utilizar también medicina natural y tradicional (sábila, romerillo, miel).

Disfonías por reflujo gastro esofágico

1. Si sospecha:

➤ Inhibidores de la bomba de protones (Hopkins, 2008)

– **Omeprazol** (Cápsulas de 20 miligramos), **Dosis:** 1 capsula cada 12 h alejadas de las comidas, por uno o dos meses en dependencia de la evolución.

Continuar con: 1 capsula antes de acostarse en la noche o sustituirse por **Ranitidina** (Tableta de 150 miligramos). **Dosis:** 1 tableta cada 12 h alejadas de las comidas y después 1 tableta antes de acostarse.

2. Domperidona (Tableta de 1 miligramo). **Dosis:** 1 tableta 30 minutos antes de las comidas, o

Metoclopramida (Tableta de 10 miligramos). **Dosis:** 1 tableta 30 minutos antes de las comidas.

3. Observar el régimen dietético propio del Reflujo Gastro Esofágico y las gastritis, incluyendo el abandono de hábitos tóxicos como el cigarro, el café y las bebidas alcohólicas.

Si la sintomatología es de moderada a severa debe remitir el caso a gastroenterología.

Una vez eliminado o minimizado el componente orgánico, tratar la disfonía como funcional. Para ello existen diferentes técnicas que explicamos a continuación.

Tratamiento Higiene Dietético

1. Hablar poco y con intensidad baja

2. No utilizar tonos de voz inadecuado
3. No imitar voces
4. No hablar en ambiente ruidoso
5. Evitar carraspear, toser,
6. Evitar factores irritantes y hábitos tóxicos ya señalados

Tratamiento rehabilitador

La terapia de las disfonías funcionales se basa en ejercicios o técnicas funcionales, que tienen efectos facilitadores sobre la aproximación de las cuerdas vocales, en la disminución o aumento de su masa o de su tensión y en la coordinación fono respiratoria. Tienen, por ende, efectos en la intensidad de la voz, el tono, el timbre, la resonancia y la entonación. Algunas pueden aplicarse a la mayor parte de los problemas mientras que otras son más específicas, y otras pueden combinarse entre sí. La regla básica de aplicación es usar aquél enfoque que funcione mejor con cada paciente en particular.. Recordar que no existe un tipo diferencial de terapia para cada trastorno. El enfoque es identificar el abuso o mal uso de la voz, minimizarlo y buscar la mejor voz como meta a través del vehículo de facilitación de las técnicas funcionales. Recordar también que es necesario una correcta higiene vocal que incluye el abandono del hábito tabáquico. Prestar atención a la postura corporal, respiración, control del flujo aéreo y pauta diferenciadas de relajación muscular. Se considera que la terapia indirecta, consistente en las medidas de higiene vocal recomendadas e implementadas en su vida diaria por el mismo paciente, es determinante en la evolución favorable del programa de

rehabilitación. Sin embargo, algunos estudios plantean que la mejoría de los pacientes con disfonía por tensión muscular es la misma cuando se emplea una terapia de voz directa, independiente de que se hagan o no recomendaciones de higiene vocal a los pacientes. La terapia de voz mixta mediante recomendaciones de higiene y educación vocal tiene un efecto adicional en la mejoría de personas con disfonía funcional tratadas con una terapia de voz directa. En el estudio de este autor, La terapia de voz mixta presentó mayores cambios en los parámetros evaluados, específicamente sobre las variables de estado de la mucosa laríngea, astenia, Tensión, Shimmer y amplitud del pico de Cepstrum, observados con la estadística descriptiva. Sin embargo, estos cambios en su mayoría no fueron estadísticamente significativos. El pronóstico rehabilitatorio en general es bueno, pero inciden muchas condiciones personales, (falta de interés, falta de tiempo, pobre aptitud auto auditiva), o sociales, (trabajo, pocas posibilidades para el traslado etc.), que lo ensombrecen. Se han ideado protocolos de observación para el profesional logopeda, M.B., compuestos por una serie de ítems relativos a la anatomía y fisiología del cuerpo humano y su influencia en la fonación, y otro protocolo de autopercepción de la voz por parte del paciente y cómo esta afecta a la efectividad de la terapia. La autopercepción de la voz por parte del paciente ha sido variable control para decidir la eficiencia de la rehabilitación.

Si la sintomatología es de disfonía hipocinética se indicará algunas de estas técnicas:

1. Retroalimentación
2. Siquinesia físico vocal

3. Siquinesia vocal (funcionalismo P)
4. Conteo numérico con apoyo abdominal
5. Palabras con apoyo abdominal
6. Frases y oraciones con apoyo abdominal
7. Ejercicios de staccatto
8. Ejercicios respiratorios
9. Técnicas para subir el tono
10. Sonidos competitivos

Ejercicios que pueden utilizarse según el juicio de cada especialista:

1. Técnica de apertura bucal
2. Entrenamiento de la audición
3. Técnicas de sobre articulación
4. Técnica de ensordecimiento
5. Técnica tusígena
6. Musitación
7. Retroalimentación

De forma asociada se podrá utilizar también:

- Vitamina B1 (Tableta de 50 mg). **Dosis:** 1 tableta en desayuno, almuerzo y comida.
- Estricnina (1 mg). **Dosis:** 1 tableta en desayuno, almuerzo y comida, (menos recomendada).

Si la sintomatología es de disfonía hiperquinética, se indicarán:

1. Retroalimentación
2. Relajación total
3. Relajación diferenciada (cuello, boca, laringe)
4. Técnica de bostezo-suspiro
5. Siquinesia maxilo vocal
6. Masticación sonora natural, seguida luego de de sonidos, palabras, frases y oraciones.
7. Masticación sonora verbal
8. Técnicas de contraste
9. Técnica espiratoria de la disfonía
10. Análisis de jerarquía
11. Práctica negativa
12. Técnicas de apertura bucal

Pueden utilizarse los siguientes ejercicios a juicio del especialista:

1. Conversación mediante canto
2. Fonación de susurro
3. Entrenamiento de la audición
4. Disminución del tono
5. Musitación

Estas técnicas podrán estar apoyadas por programas informáticos que existen.

Se podrá indicar también algún relajante muscular o algún ansiolítico.

- Meprobamato (Tableta de 400 miligramos). **Dosis:** 1 tableta cada 12 horas.
- Clordiazepóxido (Tableta de 10 miligramos). **Dosis:** 1 tableta cada 8 horas.

Seguimiento

Los pacientes se seguirán por consulta con periodicidad mensual con excepción de alguno que por su particularidad sea necesario ver con más frecuencia. Acudirán al departamento técnico todos los días si está ingresado, y una vez por semana si son externos, para realizar los ejercicios indicados con el Licenciado. Las sesiones serán de 20 a 30 minutos, y las diferentes técnicas podrán realizarse entre 4 y 8 semanas o más. Se orientará al paciente a que los realice en el hogar todos los días varias veces al día.

Indicadores

Indicadores de estructura		Estándar
Recursos humanos	% de Logopeda y personal auxiliar con entrenamiento específico en el contenido del protocolo	>90 %

Recursos materiales	% de aseguramiento del instrumental y equipos médicos según PA	95 %
	% de disponibilidad de los medicamentos expuestos en el PA	95 %
	% de disponibilidad de los recursos para la aplicación de investigaciones	95 %
Recursos Organizativos	% de disponibilidad del diseño organizativo para aplicar el PA	95 %
	% de planillas para la recogida de datos del PA	100 %
	% de base de datos electrónica	100 %

Indicadores de procesos	Estándar
% de pacientes con disfonía crónica que reciben las recomendaciones terapéuticas a partir de la consulta # 4	> 90 %
% de pacientes con concurrencia al departamento técnico	> 80 %
% de pacientes con análisis realizados según lo recomienda el PA	> 90 %

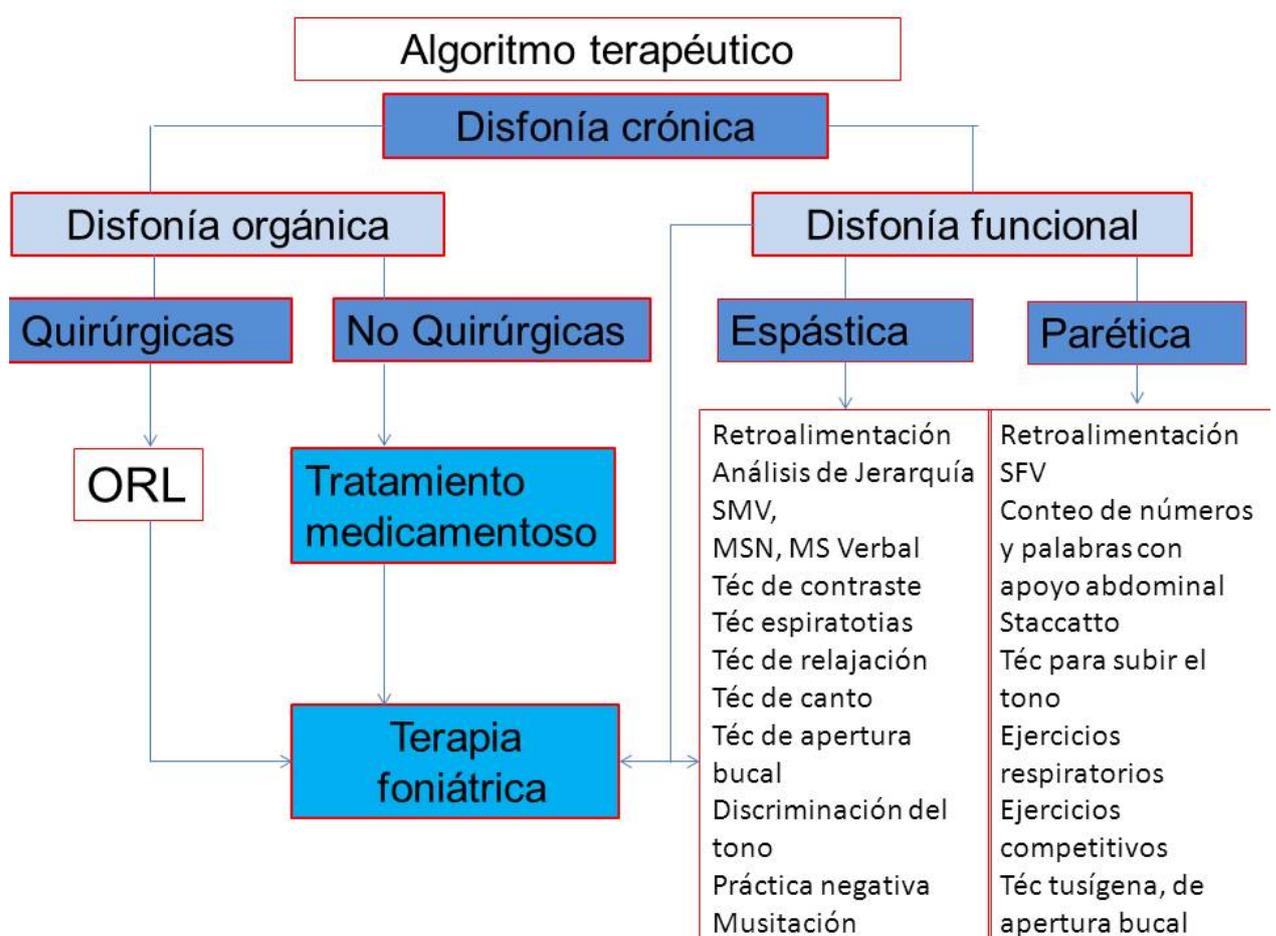
Indicadores de resultados	Estándar
% de pacientes con diagnóstico confirmatorio a partir de consulta # 4	> 90 %

% de pacientes con mejoría ostensible de parámetros vocales por apreciación clínica en los primeros 3 meses.	> 90 %
% de pacientes con mejoría ostensible de parámetros vocales, por opinión del paciente en los primeros 3 meses.	90%
% de pacientes con disfonía crónica que se manifiestan satisfechos de resultados obtenidos	> 90 %
% de pacientes con disfonía crónica con mejoría ostensible del componente orgánico laríngeo, en los primeros 3 meses	> 90 %

Realmente y siguiendo a la mayoría de los autores, no hay parámetros totalmente estandarizados en los trastornos de la voz para medir el grado o cuantía de los mismos y el grado de resolución, y los que se utilizan tienen cierto componente de subjetivismo. Según las exhaustivas revisiones de hace algunos años de Cochrane, no se encontraron estudios que evaluaran esta medida de resultados.

Para evaluar los resultados del tratamiento nosotros utilizamos el parámetro de mejoría vocal, analizando la mejoría del timbre, la intensidad, la diplofonía y la calidad global, y lo hacemos objetivo a través del test de GRBAS. En nuestro medio es muy difícil medir la eficacia del tratamiento logofoniatrico con métodos objetivos (análisis acústico, fonetogramas, estroboscopia, etc.), por lo que

debemos estimar como parámetro importante el porcentaje de satisfacción del paciente con respecto a la atención que ha recibido y a la mejoría que ha experimentado, con el índice de satisfacción, obtenido mediante encuestas. Otro parámetro se refiere a la mejoría de síntomas subjetivos que experimentaba al inicio y que se han atenuado o desaparecido (carraspera, dolor, sensación de cuerpo extraño, ardencia faríngeas etc. Otras mediciones objetivas de mejoría son la constatación mediante laringoscopias evolutivas, del estado orgánico y funcional de la laringe de nuestros pacientes en el curso del tratamiento medicamentoso o con ejercicios funcionales.



Bibliografía

Alteraciones de la voz. (2008) . <http://www.Blogsmedicina.com>

Arias, O. R. Hernández, S. H. (.2011). Disfonía o Ronquera (trabajo de revisión). Disponible en: <http://articulos.sld.cu/otorrino/>

Barreiras, M. et al (2010). Guías clínicas-disfonías. Guías clínicas 2010; 10 (16).disponible en: www.fisterra.com

Biblioteca medica Nacional (2016). Câncer de Laringe. Diagnóstico y tratamiento. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. 23(6)
Disponible en: <http://files.sld.cu>

Biurrun, U.O. (2012). Enfermedades del aparato fonador.
<http://ardilladigital.com/documentos/educacion>

Boone, R. (1990). La voz y el tratamiento de sus alteraciones. Rev. Médica panamericana. B. Aires, 113-166 pp

Blarcos, A. (1999): Multi-speech program. Rev. Logopedia, Foniatria y Audiologia. Vol.XIX. Nº 2.

Claudia, R. (2008). Situaciones de uso y mal uso vocal: <http://www.prosalud.net>
en logopedia. Net 31pp.

Cobeta, I. (2000). Medicación en las disfonías. Rev. Logopedia-mail. Nº 24, online.

Elhendi, H. W. Vázquez, M. I. (2015). Influencia de los factores epidemiológicos en la evolución de los pacientes con nódulos vocales tras el tratamiento vocal. Acta Otorrinolaringol. Gallega; 8 (1):28-41. disponible en: [www: sgorl.org/revista](http://www.sgorl.org/revista)

Fazio, S. et al (2014). Disfonías crónicas en adultos. Revisión de tema. Revista médica Universitaria. Facultad de Ciencias Mèdicas-UNCuyo.vol10-nº1-ISSN1669-8991

Fernández - Cana, M. B, (2013). Acercamiento a la voz humana, su fisiología y rehabilitación. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. Volume 33, Issue 1 January–March 2013, Pages 36–49. Disponible en; <http://www.sciencedirect.com/>

Fernández, B.M. et al. (2009): Disfonía. Fistera.com, Guías Clínicas; 9(12)

Fonólogos(2016):<file:///D:/estroboscopia/Laringoestrobosc%C3%B2pia%20%E2%80%93%20Fonologos.htm>

Gamboa, J. et al. (2006): Valoración estroboscópica de laringitis crónicas. Acta Otorrinolaringol sp. 57; 266-269 pp.

García, R. J. (2010). Disfonías funcionales. Disponible en: <http://www.otorrinoweb.com>

García, R. T. (1996). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz: Edit. Garsi. S. A. Sociedad española de ORL y patología Cérvico-facial.

Gary, S.rachelefsky et al. (2007). Impacto de los corticoesteroides inhalados en la inducción de eventos adversos orofaríngeos (meta análisis). Ann Allergy Astma Inmulol, 98:225-238.pp

González, R. A. et al (2014). Cirugía endolarínea Fibroscópica (CELF).

Rev. Soc. Otorrinolaringol. Castilla León Cantab. La Rioja 2014 oct. 5 (24):
195-206

Herrera, T. S. (2009). Amiloidosis laríngea. Rev. de la Soc. Aragonesa de Otorrinolaringología. Vol.12, n 2.

Hopkins, C. Yousaf, U. Pedersen, M. (2008). Tratamiento del reflujo ácido para la ronquera (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 4. Oxford

Madrid, T.S. et al, (2013). Géneros musicales y sus variantes perceptuales, de configuración del tracto vocal, configuración laríngea y pendiente espectral en un grupo de cantantes populares de Santiago. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. --Escuela de Fonoaudiología.

<http://scholar.google.com/cu/scholar?hl>

Marino J.P. Johns M.M. (2014). The epidemiology of dysphonia in the aging population. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery Issue: Volume 22(6), December, p 455–459.*

Martins, R.H. et al (2014)._ Psychogenic dysphonia: diversity of clinical and vocal manifestations in a case series. [Braz J Otorhinolaryngol.](#) [pubmed.gov](#)

Montserrat, B. (2001). Eficacia del tratamiento foniátrico en patología vocal. *Rev. Española de Foniatría, Vol. II, 15-24 pp.*

Outsaline, J.H.et al. (2007). Intervenciones para el Tratamiento de la disfonía funcional en adultos.la biblioteca Cochrane plus. No.4.

Ortega, A. (2002). Utilidades de la estroboscopia digital en el diagnóstico de la Disfonía. *Rev. Otorrinolaringol cir cab-cuello. 32: 299-302.pp.*

Pedersen, M. McGlashan, J. (2007). Intervenciones quirúrgicas versus no quirúrgicas para los nódulos de las cuerdas vocales (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, Número4. Oxford.

Portela, R. et al. (2011). Disfonías crónicas con lesiones cutáneas cervicales. *cad aten primaria, volumen 18 .disponible en: <http://www.agamfec.com>*

Rodríguez C, A. (2017). Efecto de la terapia de voz sobre los parámetros morfo-funcionales, perceptuales y acústicos de la voz de personas con disfonía

funcional en Santiago de Cali. Biblioteca Digital.

<http://hdl.handle.net/10893/10088>

Roy PhD N. (2016) Voice disorders in the elderly: A national database study. 4 Laryngoscope, 126:421–428. <http://onlinelibrary.wiley.com/>

Ruiz, G. R. (2010). Voz de bandas. Otorrinoweb.com

Saavedra-Mendoza, A. (2014). Guía de práctica clínica de disfonía basada en evidencia Anales de Otorrinolaringología Mexicana. Volumen 59, Núm. 3, junio-agosto.

Sanz, L. L. Et al. (2011). Protocolo diagnóstico de la disfonía. Medicine.2011; 10:6206-9. Disponible en: http://www.medicineonline.es/medicine/ctl_servlet

Schwartz, S.R. Cohen, S.M. et al. (2009). Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). Otolaryngol Head Neck Surg. 141(3) Suppl 2): S1-S31. [PubMed].

