

REHABILITACIÓN FONOAUDIOLÓGICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

INTRODUCCIÓN

Cuando a un paciente se le comunica un diagnóstico de cáncer, su vida y la de su familia sufre un vuelco brusco, que los obliga a adaptarse en forma rápida a la nueva situación.

El accionar médico debe ser inmediato y derivará en diferentes estrategias terapéuticas para intentar la remisión de la enfermedad. El papel de la fonoaudiología será evaluar las secuelas funcionales ocasionadas por dicha enfermedad y su tratamiento para dirigir una terapéutica individualizada. La rehabilitación en el tratamiento del cáncer es un intento de aumentar al máximo la dignidad y la independencia de la persona y reducir el alcance del cáncer a nivel funcional, psicosocial y físico.

Recordando que el *habla*, es la vía de salida principal del pensamiento que le permite al ser humano desarrollarse en un medio de relación inminentemente verbal; que la *voz* constituye el principal instrumento para manifestarse; que el *acto deglutorio* correcto nos asegura una nutrición e hidratación adecuada y que la *audición* es la función que nos permite conectarnos con el mundo de los sonidos, la inserción de nuestra disciplina es fundamental para contribuir en el estado de salud y calidad de vida de un paciente oncológico.

Dirigimos la rehabilitación fonoaudiológica a los siguientes trastornos:

- Trastornos de la fonación : *disfonías* y *afonías*.
- Trastornos de la deglución: *disfagias*.
- Trastornos de la articulación del habla: *disglosias*.
- *Hipoacusias neurosensoriales* relacionadas a la administración de citostáticos ototóxicos.
- Ausencia de comunicación oral: *alalia*.

A. TRASTORNOS DE LA FONACIÓN

Los trastornos de la voz son disfunciones del proceso natural de fonación en los que se alteran las cualidades o parámetros acústicos de la misma en forma parcial en el caso de las disfonías y completa en el caso de la afonía como consecuencia de una laringectomía total. . Estos trastornos son producidos por diferentes etiologías que nos permiten dividir a las disfonías en dos grandes grupos: funcionales y de origen orgánico. Entre las primeras citamos los nódulos y pólipos de cuerdas vocales y entre las segundas a las parálisis laringeas y las lesiones neoplásicas de laringe que luego de haber sido tratadas con un plan de conservación.

Disfonías. Objetivos:

- Implementar una terapéutica vocal en los pacientes con disfonías tanto de origen funcional como orgánico para lograr un adecuado uso vocal.
- Crear nuevas conductas fonatorias con el control consciente del sistema respiratorio y el adecuado conocimiento propioceptivo del sistema corporal vocal .
- Restaurar la función fonatoria luego de un tratamiento conservador del órgano laringeo como etapa final de dicho tratamiento.
- Prevenir, mediante un tratamiento vocal, nuevas disfonías luego de una terapéutica quirúrgica en la extracción de pólipos vocales u otras afecciones benignas.
- Emplear un programa de reposo vocal, en el post operatorio inmediato a una microcirugía laringea.

Afonías en laringectomias totales. Objetivos:

- Devolver al paciente la posibilidad de la comunicación oral para la reinserción en su ámbito social, laboral y personal.

- Ofrecer un marco de orientación tanto al paciente laringectomizado como a su familia mediante una *entrevista pre-quirúrgica* inmediata a la confirmación de la cirugía. La información que será otorgada tendrá que ver con:

- El modo de comunicarse en el postoperatorio inmediato.
- La rehabilitación logofoniatría .
- Los cambios anatómicos y fisiológicos que resultan de la cirugía.
- Evaluar su capacidad locutiva previa a la cirugía (dislalias, alfabetización y patrones dialectales).

- Otorgar una *entrevista post-quirúrgica* durante el período de internación para asegurar el bienestar del paciente con respecto al modo de comunicación con su familia, canalizar sus dudas, informar sobre la importancia de la protección del traqueostoma, cuidados de la cánula traqueal, tiempo que transcurrirá entre el postoperatorio inmediato y la rehabilitación propiamente dicha.

- Aplicar la terapia rehabilitadora para el logro del habla alaríngea, utilizando una de las tres metodologías existentes:

1. La *erigmo fonación o voz esofágica* se produce comprimiendo el aire contenido en la cavidad oral con la lengua, éste se deglute y al pasar al segmento faringo-esofágico, la corriente de aire ingresiva provoca la vibración del músculo cricofaríngeo y la consecuente voz. La emisión se entrena paulatinamente para lograr aumentar la fluidez verbal.

2. Los implantes quirúrgicos de *válvulas traqueoesofágicas* (descritos por Blom y Singer, en 1980) son utilizados en menor medida debido a su costo, pero los logros vocales son también muy buenos y le ahorran al paciente el hecho de tener que deglutir el aire intraoral. La corriente aérea pulmonar pasa directamente por la válvula al segmento faringo-esofágico haciéndolo vibrar . La pseudovoz o corriente de aire egresiva esofágica es posteriormente articulada en la cavidad oral.

3. La utilización de una *electrolarínge externa* (también conocida como laringe artificial o laringófono) es adecuada para los casos en los que resulta imposible generar a nivel del músculo cricofaríngeo alguna vibración muscular. La fuente de producción de sonido es externa El entrenamiento en el uso de un laringófono consiste en adecuar la ubicación de éste, presionando sobre la zona de estimulación para que el sonido sea transmitido, con la menor impedancia posible, a la cavidad oral y ser articulado posteriormente en palabras.

Las tres metodologías descritas varían en relación al funcionamiento de la fuente sonora para la emisión de la pseudovoz.

B. TRASTORNOS DEL ACTO DEGLUTORIO. DISFAGIAS

Los trastornos deglutorios son observables en mayor o menor grado, en los pacientes sometidos a cirugías de criterio oncológico, que comprometen los órganos que participan en este proceso. Las alteraciones anátomo-funcionales implican cambios en la coordinación , fuerza, dirección y precisión de los movimientos, provocando desordenes que potencian el riesgo de aspiración y dificultan la alimentación. Estas consecuencias prolongan el uso de sondas nasogástricas para la alimentación y cánulas traqueales especiales que protegen la vía aérea de las propias secreciones del paciente. Las alteraciones funcionales encontradas están en directa relación con el tipo de resección efectuada, invasión tumoral,, compromiso de las estructuras esqueléticas, presencia de colgajos musculocutáneos, el estado funcional de la musculatura , sensibilidad, efectos de la radioterapia, grado de movimientos articulares del maxilar inferior, estado de la dentición y presencia de elementos protésicos.

Es posible acompañar al paciente en este proceso elaborando un plan de tratamiento personalizado para los desordenes deglutorios, orientado a una nutrición e hidratación seguras, debido a que no solo merece la posibilidad de independizarse de su sonda de alimentación sino también de volver a compartir la mesa con sus seres queridos.

OBJETIVOS:

- Proveer una técnica postural que asegure el acto deglutorio voluntario.
- Concientizar el control respiratorio durante el acto deglutorio.
- Adecuar la consistencia y volumen del alimento.
- Agilizar la actividad práctica miofuncional orofacial.
- Aumentar el input sensorial.
- Disminuir el miedo y la resistencia a la aceptación del nuevo esquema corporal.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes intervenidos quirúrgicamente o que presentan trastornos secuelas a la radioterapia por tumores de lengua, piso de boca, mucosa yugal, trigono retromolar, orofaringe, laringe, velo del paladar, labios, maxilar superior e inferior.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Presencia de fístulas.
Neumonía.
Desnutrición.
Falta de control volitivo.
Fallas en la comprensión de las indicaciones.
Infecciones.

METODOLOGÍA:

La intervención de la reeducación fonoaudiológica puede comenzar a partir de los 15 días de la cirugía ablativa según derivación médica.

Se utilizará alimentos de consistencia (de menor a mayor grado de complejidad) semisólida, líquidos gruesos, líquidos finos y sólidos.

ETAPA EVALUATIVA

1. Observación del estado anatómo-funcional de los órganos que participan en la deglución.
2. Evaluación de la función respiratoria (tiempo de apnea)
3. Evaluación de la sensibilidad (captación del volumen, consistencia y ubicación del bolo en la boca.)
4. Evaluación de la función masticatoria.
5. Evaluación objetiva mediante una videofluoroscopia.
6. Presencia o ausencia de la elevación laringea durante el acto de tragar.
7. Grado de competencia cognitiva en la comprensión de consignas.

ETAPA REHABILITADORA

1. Enseñanza y entrenamiento de la *técnica postural y maniobras voluntarias* indicadas por el fonoaudiólogo.
2. Adecuar la consistencia y volumen del alimento.
3. Disociación de los tiempos respiratorios.
4. Supervisión durante la ingesta.
5. Ejercitación miofuncional.

TÉCNICA POSTURAL Y MANIOBRAS VOLUNTARIAS INDICADAS AL PACIENTE EN PRESENCIA DE:

- **MENTÓN ABAJO (CHIN-DOWN):**
Cierre laringeo disminuido.
Retraso en el disparo de la deglución

- **INCLINACIÓN DE LA CABEZA HACIA ATRÁS:**
Tiempo de tránsito oral aumentado.

Fallas en la propulsión del bolo.
Reflujo nasal.

- **ROTACIÓN DE LA CABEZA HACIA EL LADO DAÑADO:**

Debilidad faríngea unilateral
Cierre laringeo unilateral disminuido.
Hemilaringectomía.
Residuos en valécula y seno piriforme unilateral.

- **INCLINACIÓN DE LA CABEZA HACIA EL LADO SANO:**

Reflujo nasal unilateral
Residuos en valécula y seno piriforme unilateral.
Cierre laringeo unilateral disminuido.

- **PRESIÓN DIGITAL SOBRE EL LABIO O PSEUDOLABIO INFERIOR:**

Fuerza labial disminuida.
Incontinencia del alimento en la boca.

- **PRESIÓN DIGITAL UNILATERAL SOBRE EL CARTÍLAGO TIROIDES:**

Cierre glótico disminuido.

- **MANIOBRA DE MENDELSON:**

Elevación laringea disminuida.

- **MANIOBRA DE MASAKO:**

Incompetencia velofaríngea

- **MANIOBRA SUPRAGLÓTICA:**

Cierre glótico disminuido.

- **MANIOBRA SUPRAGLÓTICA EXTENDIDA:**

Cierre glótico disminuido.
Reducción de la movilidad lingual.

- **MANIOBRA SUPER SUPRAGLÓTICA:**

Reducción del cierre de la vía aérea.

C. TRASTORNOS DE LA ARTICULACIÓN DEL HABLA: DISGLOSIAS

Para lograr una clara articulación de la palabra es necesario que el conjunto de los órganos que participan en su producción se hallen en perfectas condiciones anatómicas. Cualquier anomalía de las estructuras bucomaxilofaciales traerá como consecuencia una modificación en la *articulación del lenguaje*, dependiendo la gravedad de la misma, del lugar en que se localice, su extensión y el tipo de cirugía realizada.

Teniendo en cuenta el órgano principal desde donde parte el desorden fónico, las disglosias pueden dividirse en: labiales, linguales, palatales, velares o bien ser compuestas surgiendo de estas combinaciones.

Objetivos :

- Investigar el déficit del habla mediante un barrido fonemático

- Reeducar la producción de los fonemas alterados para lograr un habla inteligible que permita el normal desempeño del paciente en la actividad laboral , social y personal.
- Ejercitar la emisión del habla en sílaba directa, inversa palabras y frases de complejidad creciente.
- Controlar el ritmo y la velocidad de la emisión hablada.
- Considerar que la patología bucomaxilofacial de origen neoplásico afecta la estética, la imagen corporal vocal y general del paciente, por lo que, se desarrollaran el máximo de habilidades lingüísticas de acuerdo a las potencialidades residuales.

D. MONITOREO AUDIOLÓGICO

- Efectuar los estudios auditivos en todos los pacientes que ingresen a un plan de quimioterapia para diagnosticar posibles pérdidas auditivas anteriores a la aplicación de ciertos citostáticos considerados ototóxicos.
- Efectuar los estudios auditivos en los pacientes que presenten una hipoacusia para su orientación diagnóstica, tratamiento y equipamiento (otoamplifono) en caso de ser necesario.

PRUEBAS ACUMÉTRICAS:

1. WEBER.(*)
2. RINNE.(*)
3. SCHWABACH.(*)
4. L.B.F (*)

PRUEBAS LIMINARES CON AUDIÓMETRO:

1. AUDIOMETRÍA TONAL DE VIA AEREA.(*)
2. AUDIOMETRÍA TONAL DE VIA OSEA.(*)

PRUEBAS SUPRALIMINALES:

1. LOGOaudiometría.(*)
2. SISI.(**)
3. LUSCHER.(**)
4. P. DE ADAPTACIÓN Y FATIGA AUDITIVA. (**)

(*) Estudios auditivos de rutina. (**) Estudios auditivos para diagnóstico diferencial .

E. AUSENCIA DE COMUNICACIÓN ORAL. ALALIAS

La ausencia de comunicación oral está en relación a la pérdida tanto de la voz como del habla provocada por una exéresis quirúrgica de la laringe, la faringe y la lengua. No existe en estos casos la posibilidad de que el paciente logre emitir sonido erigmofónico por la falta del mecanismo de compresión de aire intraoral para generar la pseudovoz esofágica. El problema *trasciende el hecho de la producción vocal*, dado que aún generando un sonido electrónico, no hay órgano articulador para la palabra.

UNIVERSO DE CONOCIMIENTOS
CONTENIDO COMÚN A AMBOS
CÓDIGOS



¿QUE SUCEDE CUANDO SE ROMPE LA RELACIÓN ENTRE LAS ESTRUCTURAS SEMIÓTICAS DE DOS CÓDIGOS COMPLEMENTARIOS?

Basándonos en el concepto de que todo ser humano cuenta con la facultad lingüística de poseer *omnipotencia semiótica* para crear y apropiarse de un sistema de comunicación eficaz que le permita la correlación entre significados y significantes de su universo de conocimientos. Es propio del hombre dotarse, de por lo menos, un código semióticamente omnipotente para poder interpretar, recortar, sistematizar, clasificar y evaluar el universo que lo rodea. Todo paciente condicionado a las secuelas funcionales resultantes de una enfermedad como el cáncer, requiere cubrir las necesidades de trasmisión de mensajes y nos pregunta acerca de un código de comunicación eficaz que le garantice la significación y por ende una vía de salida para su pensamiento.

Necesariamente, requiere un sistema de salida para dar curso a todo el bagaje de información procesada en las redes funcionales indemnes de un cerebro sano.

Objetivos:

- Proveer una modalidad comunicativa, que como vía de salida del pensamiento, mejore la relación del paciente con su entorno.
- Elevar la calidad de vida y la independencia del paciente.
- Prevenir estados de aislamiento.
- Analizar y correlacionar los diferentes sistemas de comunicación alterativos, en cuanto su adaptación a las necesidades del paciente.

Sistemas alternativos de comunicación factibles de ser aplicados:

1. Lengua escrita.
2. Lengua de señas.
3. Ordenador gráfico-visual.
4. Conversor electrónico texto-voz.
5. Sintetizador electrónico de voz.
6. Laringófono.
7. Sistema Bliss.