

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD



**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,  
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



**Código:**  
MG-SAF-18



**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 03**

**Hoja:** 1 de 25

# GUÍA CLÍNICA DE TERAPIA PARA LARINGECTOMIZADOS

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Jefatura Servicio de Terapia de Voz, Habla y Deglucion	Jefatura de División de Terapia de Comunicación Humana	Subdirección de Audiología, Foniatria y Patología del Lenguaje
Firma			

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
		<b>Hoja: 2 de 25</b>	

## 1. Propósito

Elabora y aplicar metodologías, estrategias y técnicas para que el paciente pueda acceder a los procesos de las características de la voz, tono, timbre e intensidad, mediante una detección temprana, diagnósticos bien definidos y una enseñanza terapéuticas rehabilitatoria específica para la laringectomía,

## 2. Alcance

El presente procedimiento es de observancia general y obligatoria para el personal del Servicio de Terapia de Voz, Habla y Deglución del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra

## 3. Responsabilidades

- **Directora:**

- ✓ Verificar el cumplimiento del procedimiento
- ✓ Proporcionar los recursos necesarios para llevarla a cabo

- **Subdirector:**

- ✓ Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
- ✓ Brindar los recursos necesarios.

- **Jefe de Servicio:**



- ✓ Elaborar la guía del padecimiento
- ✓ Supervisar el cumplimiento de la misma
- ✓ Procurar el cumplimiento de la misma

- **Licenciado Terapeuta Adscrito:**

- ✓ Ejecutar la guía
- ✓ Participar en la revisión

## 4. Políticas de operación y normas Control de Cambios

Del presente documento se hará cada dos años o antes si fuera necesario, por lo cual las sugerencias y comentarios deberán dirigirse a la Subdirección de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 3 de 25

## 5. LARINGECTOMIA

### Definición

El cáncer es una alteración en la reproducción, crecimiento y división celular, que va a formar masas llamadas tumores. Es la pérdida parcial o total de la laringe debido a un cáncer.

La Voz es el producto del choque de la superficie de la mucosa de las cuerdas vocales cuando éstas están aducidas y pasa un flujo constante de aire a través de ellas y con una presión suficiente. Los pulmones actúan como reservorio de la fuente de energía (aire) siendo éstos el elemento efector, la mucosa de las cuerdas vocales cumple la función de elemento vibrador creando una frecuencia fundamental que posteriormente se enriquece en segmentos más altos del tracto vocal (elemento resonador), para posteriormente transformarse en el tracto vocal en elemento articulador.

Por tanto, ya que en la génesis de la voz intervienen múltiples elementos relacionados entre sí, el estudio objetivo de la producción vocal no debe limitarse al análisis morfológico (laringoscopia directa o indirecta) o al producto final de la presión sonora (análisis acústico). Es también preciso conocer de una manera completa todos los aspectos fisiológicos o fisiopatológicos de la voz. Esto implica el estudio espirométrico (función pulmonar) y aerodinámico fonatorio.

## 6. Diagnóstico

### 6.1 Cuadro Clínico

Desde que Theodores Billroth realizó en 1873 la primera Laringectomía total con éxito, uno de los objetivos médicos ha sido no sólo velar por la supervivencia de los pacientes, sino procurarles una calidad de vida aceptable, una de las mayores discapacidades a las que se debe enfrentar el paciente laringectomizado es la pérdida de la voz.

El paciente laringectomizado puede perder esta capacidad de producir el sonido, la intensidad el tono y timbre de la voz, casi siempre por una de las causas etiológicas, el cáncer.



Cada día se incrementa esta patología, debido a diferentes factores de riesgo como serían el tabaquismo, el abuso del alcohol, predisposición genética, presencia de virus del papiloma humano, radioterapia previa, cáncer en cabeza y cuello previo, reflujo gastroesofágico, etc.

### 6.2 Síntomas.

La pérdida de la voz por una laringectomía es de gran impacto ya que el paciente va tener grandes cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos, sociales, familiares y laborales.

#### 6.2.1 Cambios anatómicos:

- Estoma permanente.
- Ausencia de hueso hioides.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
		<b>Hoja: 4 de 25</b>	



- Daño a fibras de lengua.

También se puede presentar:

- Fístula faringocutáneas
- Lesión de pares craneales: VII, IX, X, XI, XII
- Pérdida de tiroides en la cirugía
- Fibrosis inducida por radiación



### 6.2.2 Cambios Fisiológicos

- Pérdida del olfato y gusto.
- Dificultad para sonreír, ya que no hay sonido así como en la expresión, y movilidad facial.
- Labilidad emocional y cambios en la forma de llorar, ausencia del sonido del llanto.
- Dificultades para soplar, ya que hay alteraciones en la mecánica respiratoria.
- Beber a Sorbos
- Alteraciones para nadar, debido al estoma, se requiere de un instrumento especial que se coloque en esta área.
- Problemas digestivos, pueden presentar reflujo gastroesofágico.
- La deglución y masticación con alteraciones pues se pueden alterar algunos pares craneales durante la cirugía o pueden extirpar la base de la lengua.
- Estreñimiento, por los problemas digestivos y durante la defecación la laringe se utiliza durante este proceso para poder empujar.
- Alteraciones al toser, ya que se presenta una ausencia del sonido y en la movilidad de los órganos que intervienen en este proceso.
- Ausencia de piezas dentales por las radioterapia, quimioterapia o por cirugías extensas de maxilares
- Limitación de los movimientos de la cabeza y cuello por las alteraciones del tono muscular, terminaciones nerviosas, movilidad, sensibilidad, etc.
- Alteraciones en la Tiroides
- Rendimiento físico, bajo.
- Hipo o Hipersensibilidad muscular

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 5 de 25

## 7. Tratamiento

GRADOS	RECOMENDACIONES	REFERENCIA
<b>B</b>	Los pacientes sometidos a laringectomía deben ser evaluados por un terapeuta del lenguaje "para rehabilitar la voz, ya sea por una prótesis traqueoesofágica, voz esofágica o laringe electrónica"	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gilbert,R., Devries-About,et al. (2009)</li> <li>➤ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2006).</li> </ul>
✓ <b>R</b>	Se debe proporcionar una laringe electrónica a las personas que lo requieran.	Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (2004)
<b>B</b>	Existe evidencia de que el uso del oxímetro puede ayudar a detectar las aspiraciones silentes.	Taylor-Goh, S., ed. (2005).
<b>B</b>	Es necesario modificar el entorno para reducir las distracciones con el fin de que el paciente este concentrado al ingerir los alimentos.	Taylor-Goh, S., ed. (2005).
<b>B</b>	Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello con disfagia deben recibir terapia de deglución para reducir el riesgo de aspiración y alteraciones de la mecánica de deglución que se puedan llegar a presentar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gilbert,R., Devries-About,et al. (2009)</li> </ul>
<b>B</b>	Se realizarán ajustes al tamaño, consistencia, temperatura, sabor, textura de los bolos, así como cambios en el ritmo, frecuencia y tiempo necesario para llevar a cabo una deglución segura y eficaz.	Taylor-Goh, S., ed. (2005).

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
		<b>Hoja:</b> 6 de 25	

## 7.1 Tratamiento Rehabilitatorio

Se debe analizar la voz con el objetivo de poder diagnosticar trastornos orgánicos y/o funcionales, así como valorar el pronóstico de las distintas enfermedades y analizar los resultados de las diferentes orientaciones terapéuticas rehabilitatorias de la voz esofágica.

Se deben revisar las opciones terapéuticas de la voz esofágica para restituir la capacidad vocal, el desarrollo de la voz esofágica o erigmofónica, planteando diferentes metodologías o estrategias que ayuden a los pacientes a adquirir la voz esofágica más eficaz.

Las opciones que tienen los pacientes laringectomizados para restituir su capacidad vocal son básicamente tres:

**7.1.1** El desarrollo de voz esofágica o erigmofónica.

**7.1.2** La realización de una fistuloplastia (primaria o secundaria) y colocación de una prótesis fonatoria.



**7.1.3** EL empleo de la electrolaringe también denominada laringófono o laringe artificial.

No todos los pacientes laringectomizados consiguen desarrollar una voz esofágica óptima. Al esfuerzo de aprendizaje se le suma en ocasiones la desesperación de no ver cumplidos los objetivos, pues sólo logran emitir una voz que aunque es útil, posee un tiempo de fonación corto y una intensidad reducida que en ocasiones hace que sea ininteligible aún en ambientes desprovistos de ruido.

La voz esofágica requiere el aprendizaje de la técnica adecuada que se basa en tres principios básicos:

- Individualizar el flujo bucal del estomago (para conseguir succionar mayores flujos de aire a la hipofarínge y esófago, además de evitar el ruido que origina la turbulencia de aire en el estoma).
- La succión o deglución de aire hacia la hipofarínge y primer segmento esofágico.
- La erupción automática fluida o en su defecto la eructación voluntaria de aire desde el esófago e hipofarínge hacia la cavidad oral.

Desde la introducción de las fistuloplastias traqueomucososas y colocación de prótesis fonatorias de silicona (Blom E. et al. 1996), muchos pacientes han conseguido una mejor calidad de su voz, aunque existen controversias en cuanto a la utilización de éste procedimiento (Kelly Daniel H. 2001) debido a las complicaciones que surgen a largo plazo debido al constante uso de antifúngicos para evitar la colonización de *Cándida Albicans* en la estructura de silicona de la prótesis así como la dependencia médica y costes que en muchos casos son asumidos por el

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja: 7 de 25</b>

paciente (Frank W.Stafford, 2003). En cualquier caso, la prótesis fonatoria tiene la ventaja de que el flujo de aire utilizado en la producción vocal sigue proviniendo de los pulmones, pues el paciente deriva el aire desde la tráquea hasta la faringe a través de la fístula, previa oclusión del traqueostoma y de ésta manera consigue un flujo más constante, mayores tiempos fonatorios, una voz más audible y menor fonastenia (Blom E. et al. 1996).

Otra opción en cuanto a la rehabilitación vocal es el empleo de la electrolaringe. Consiste en un artilugio eléctrico que emite una vibración sostenida, el paciente aplica el aparato a la región submentoniana, amplifica el sonido en la cavidad bucal y lo proyecta en forma de voz inteligible. La mayor problemática de la electrolaringe es el resultado de una voz con tono y timbre poco natural (voz electrónica). La ventaja principal radica en la facilidad de su uso, ya que dota al paciente laringectomizado de una forma de comunicación oral desde los primeros días de la hospitalización.

## 7.2 Voz esofágica

El término “voz esofágica” fue acuñado por Seeman en 1910 y posteriormente Escat (1921) la denominaría “voz erigmofónica” (Algaba et al. 1988). Steffen (1982) considera que la voz esofágica se produce mediante el mecanismo de eructo voluntario, el aire es deglutido, y en un movimiento de peristaltismo reverso es expelido, pasando a través del esfínter del constrictor medio e inferior de la faringe que determina un esfínter natural, verdadera glotis vibratoria ( M. Aires Carvalho, 2001).



Clásicamente se describen tres métodos de rehabilitación de la voz esofágica:

- Método De Deglución.
- Método De Aspiración.
- Método De Inyección.

### 7.2.1 Método de deglución

Consiste en introducir el aire en la faringe con el auxilio de los movimientos de deglución. La técnica consiste en deglutir el aire, y cuando se percibe su introducción en el esófago, expulsarlo emitiendo una vocal. La deglución deberá ser incompleta. La principal desventaja del método es la lentitud del habla, cada emisión de sonido es interrumpido para posteriormente volver a realizar una deglución (Gonçalves & Behlau 1997).

Por otra parte, en éste método resulta difícil lograr una independencia de flujo estomático, con el consiguiente ruido a nivel del estoma.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 8 de 25

## 7.2.2 Método de aspiración

Los métodos de aspiración y de inyección de aire, descritos por Seeman (1926), consisten en introducir el aire dentro del esófago por medio de un movimiento de succión forzada. La presión pleural es equivalente a la presión intraesofágica, razón por la cual resulta más eficaz comenzar la introducción del aire con una inspiración profunda, facilitando así el gradiente de presiones entre el aire atmosférico e intraesofágico, facilitando la entrada de flujo de aire hacia el esófago (M. Aires Carvalho, 2001). El método de aspiración exige un mayor control muscular que el de deglución y por lo tanto es más difícil (Gonçalves & Behlau 1997).

## 7.2.3 Método de inyección

También llamado método Holandés, fue descrito por Moolenaar-Bil (1953) y Damsté (1957). Consiste en la ejecución de dos técnicas, la inyección por presión glossofaríngea y la inyección consonantal. En la inyección por presión glossofaríngea la lengua funciona como un pistón, comprimiendo e inyectando el aire en el esófago con un movimiento fuerte y rápido. En la inyección por presión consonantal se utilizan las explosivas /p/, /t/ o /k/, por ser sonidos que producen mayor turbulencia y presión de aire.

El procedimiento consiste en colocar los labios bien apretados, la lengua contra el paladar duro y el velo del paladar blando cerrando el *cavum*; entonces la lengua se eleva con fuerza y se retrae hacia atrás para comprimir el aire en la cavidad faríngea e inyectarlo a través de la boca esofágica. La compresión del aire es ayudada por la contracción de los músculos del cuello, elevando la región esofágica del esfínter hacia la boca en un movimiento muy parecido al de la articulación de los fenómenos oclusivos /p/, /t/ y /k/.



Los autores holandeses están convencidos de que es el mejor método, porque es el que da mayor fluidez a la palabra, máxima intensidad de la voz en erigimofonía, no se acompaña de ruido de aire del traqueostoma y no contraría las funciones pulmonares (Moolenaar-Bil ,1953) El método utilizado en cada caso depende exclusivamente de la facilidad del paciente para aprender uno u otro.

Se comenzara con la técnica inicial del laringectomizado por deglución, aspiración o inyección, haciendo hincapié en la aspiración bucal y en la contracción abdominal.

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

- Dos sílabas sin sentido con /P/,/T/,/K/, /S/, /F/, /Ch/, /J/ con dos tomas de aire
- Dos sílabas sin sentido con /P/,/T/,/K/, /S/, /F/, /Ch/, /J/ con una toma de aire
- Tres sílabas sin sentido con /P/,/T/,/K/, /S/, /F/, /Ch/, /J/ con dos tomas de aire



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 9 de 25

- Tres sílabas sin sentido con /P/,/T/,/K/, /S/, /F/, /Ch/, /J/ con una toma de aire
- Siquinesia físico vocal (SFV)
- Cuatro sílabas sin sentido con /P/,/T/,/K/, /S/, /F/, /Ch/, /J/ con dos toma de aire
- Cuatro sílabas sin sentido con /P/,/T/,/K/, /S/, /F/, /Ch/, /J/

La siquinesia físico vocal (SFV) se mantendrá hasta alcanzar una intensidad de la voz moderadamente fuerte.



- Posteriormente comenzaremos con las consonantes /B/,/D/,/G/
- Palabras con sentido de 3 y 4 sílabas combinando sonidos con /P/,/T/,/K/, /S/, /F/, /Ch/, /J/ y posteriormente 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 largas con dos tomas de aire
- Lecturas 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.

### 7.3 Entrenamiento Vocal usando laringe artificial

La laringe artificial es un método de rehabilitación alternativo para pacientes cuando no pueden aprender la voz de erigomofonica.

Existen diferentes tipos de laringes electrónicas, estas se agrupan de acuerdo a las siguientes características:

- La manera con que la fuente vibratoria es activada neumática o electrónicamente

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 10 de 25</b>		

- El lugar donde se coloca la laringe a fin de conducir el sonido hacia la cavidad oral para la producción del sonido tipo de tubo en la boca, tipo de dentadura o tipo cervical.
- Se deberá hacer un proceso terapéutico también con las laringes artificiales, ya que no basta con tenerla sino que lleva un proceso donde se requiere de un tratamiento rehabilitatorio.
- Darle instrucciones al paciente del uso, manejo y cuidados de la laringe.
- Explicarle al paciente que el aparato es un método para comunicarse.
- Enseñarle el lugar para colocar la laringe artificial. Donde se deberá descubrir el lugar adecuado para proporcionarle al paciente una mayor intensidad del sonido y calidad, la mayoría de los pacientes tienen una mejor sonoridad colocando la laringe de 2 a 5 centímetros por debajo de la línea de la mandíbula en los lados del cuello o en la línea media.
- Debe enseñar a usar la mano no dominante para que la dominante quede libre para escribir, cocinar, etc.
- Se le debe enseñar a usar la presión suficiente y el contacto adecuado para que no surjan ruidos roncós que se producen si no se mantiene un buen contacto entre el cabezal del instrumento y el cuello del paciente.
- Se le debe enseñar a manejar la intensidad, tono y ritmo de la laringe electrónica.
- Instruir al paciente sobre la forma de articular con la laringe.
- Enseñar el ritmo, entonación, expresión corporal, facial y prosodia para tener una mejor expresión y comunicación.



## 7.4 Rehabilitación olfatoria

Las alteraciones del olfato pueden ser de percepción, cuando existe una alteración del epitelio o de las vías olfativas; de transmisión, cuando la vía olfativa está intacta, pero existe alguna alteración que impide que las moléculas olorosas lleguen a estimular el epitelio olfatorio; o mixtas, cuando se combinan las dos.

En la laringectomía se presenta una anosmia/hiposmia de transmisión. Tras la cirugía se interrumpe de manera permanente el paso de aire por las vías aéreas superiores, por lo que las partículas olorosas no podrán llegar hasta el epitelio olfatorio, por lo tanto, y si no existía una alteración neurosensorial previa.

### 7.4.1 El bypass laríngeo

Es un tubo que conecta el traqueostoma con la boca del paciente de tal modo que al inspirar el aire entraría por las fosas nasales, de estas pasaría a la boca y de la boca, a través del tubo, a los pulmones. En la espiración, el aire haría el recorrido inverso, de este modo, se genera un flujo aéreo nasal que permite a las partículas olorosas estimular el epitelio olfatorio.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 11 de 25</b>		

### 7.4.2 La técnica de inducción de flujo aéreo nasal

Consiste en la generación de presiones negativas y positivas en la cavidad oral mediante movimientos bucales de tal modo que esas presiones se transmitan, a través de la rinofaringe, a las fosas nasales consiguiendo, así, la entrada y la salida de aire de las mismas.

Como ya se ha mencionado tras la laringectomía total, vía aérea inferior y vía digestiva quedan totalmente independientes. Para conseguir generar una presión negativa dentro de la cavidad oral, el paciente debe efectuar un movimiento de descenso de la mandíbula y la lengua con los labios sellados, esta presión negativa se transmitirá a las fosas nasales y hará que entre aire en las mismas.

A continuación, el paciente efectúa un movimiento de ascenso de la mandíbula y de la lengua hasta tocar el paladar (siempre con los labios sellados). Este movimiento generará una presión positiva en la boca que expulsará por las fosas nasales el aire previamente introducido. En esta maniobra la cavidad oral actuaría como un fuelle y las fosas nasales como la boca de ese fuelle.

La realización de estos movimientos repetidamente generará una corriente de aire suficiente para estimular el epitelio olfativo. Esta técnica se denomina también del «bostezo educado» porque al realizar los movimientos anteriormente descritos es como si se intentase bostezar sin despegar los labios.



### 7.5. Evaluación de la disfagia en el paciente laringectomizado

El diagnóstico de la disfagia tiene como principal objetivo identificar cualquier fallo anatómico o fisiológico que pueda influir en la deglución y evaluar, por lo tanto, las dos características principales en la misma: la eficacia y la seguridad. Un buen diagnóstico, y sobre todo a tiempo, permitirá una intervención que compense las alteraciones deglutorias y así poder iniciar o mantener la alimentación por vía oral, evitando consecuencias y/o mayores complicaciones para el paciente.

Se debe establecer una valoración del grado de disfagia para así individualizar el tratamiento: determinar qué tipo de textura, consistencia y volumen es más adecuado para el paciente y así asegurar una deglución segura y eficaz.

La disfagia se puede diagnosticar en base a síntomas, signos clínicos, radiológicos o también debido a problemas nutricionales o respiratorios. Los síntomas y signos de la disfagia orofaríngea suelen ser bastante inespecíficos e incluyen:

- Problemas de masticación.
- Dificultad en el inicio de la deglución.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 12 de 25</b>		

- Regurgitación oral o nasal.
- Babeo.
- Dificultad en el manejo de las secreciones, hipersialia.
- Alteraciones en la voz durante y después de una comida.
- Un cambio en la voz puede indicar residuo faríngeo por paresia de la musculatura faríngea.
- La presencia de la llamada voz húmeda puede indicar penetración en el vestíbulo faríngeo.
- Los cambios en la calidad de la voz se consideran un indicador de la seguridad de la deglución y se correlacionan con penetración en el vestíbulo laríngeo.
- Problemas al hablar y articulación difícil.
- Tos antes, durante y después de la deglución.

La tos es la respuesta fisiológica a la aspiración en individuos sanos y es un signo fiable para predecir aspiración. En ocasiones puede no existir ese reflejo y eso puede enmascarar aspiraciones, llamadas aspiraciones silentes que tienen una frecuencia entre el 30 y 70%.

- Episodios de sofocación durante las comidas. Sensación de alimento pegado a la garganta. Enlentecimiento anormal en la persona al comer, duración excesiva de las comidas. Residuo en la cavidad oral. La conservación del alimento debajo de la lengua, en las mejillas o en el paladar puede deberse a una alteración del funcionamiento muscular de la lengua y/o alteración de la sensibilidad.



### 1. Resultados anatómicos de la laringectomía

Si se trata de una laringectomía total, lo que observamos es una separación de la vía aérea y la digestiva, por lo que lo esperable es no encontrar problemas de disfagia excepto si hay presencia de fístula traqueo-esofágica no controlada o estenosis traqueal o esofágica.

Si se trata de una laringectomía parcial o preservadora, la comunicación ente la vía aérea y digestiva está asegurada y, por tanto, los riesgos de disfagia se multiplican.

### 2. Señales de disfagia

- Tos
- Voz húmeda
- Escape de comida o bebida por las comisuras labiales
- Regurgitación nasal de comida o bebida
- Residuos en la boca después de tragar
- Lentitud en la masticación
- Traqueostoma húmedo

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 13 de 25</b>		

- Febrículas
- Infecciones respiratorias de repetición
- Descenso en la saturación de oxígeno

### 3. Consecuencias clínicas de la disfagia

- Si hay alteración de la eficacia se produce una disminución del aporte de nutrientes y líquidos, con el consiguiente riesgo de desnutrición y deshidratación.
- Si hay una alteración de la seguridad es por penetración y/o aspiración de alimentos o bebidas en la fase faríngea, con el consiguiente riesgo de neumonía. Dicha aspiración puede producirse antes, durante o después de la deglución.

## 7.6 Rehabilitación de la disfagia en el paciente laringectomizado

En la actualidad, existen multitud de opciones de tratamiento disponibles para el carcinoma laríngeo. La evidencia clínica dicta estándares de tratamiento, pero los factores propios del paciente y sus preferencias también deben ser considerados en la planificación del tratamiento. Las comorbilidades del paciente y el estado funcional son también factores importantes a considerar durante el desarrollo de un plan de tratamiento. La cirugía funcional (parcial) debería ser considerada como una opción viable en el manejo definitivo de muchos de los tumores de laringe, independientemente del estadio. Debido a que no existen diferencias de supervivencia entre los tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos para la mayoría de los escenarios clínicos, cada paciente debería someterse a una evaluación multidisciplinaria para discutir todas las opciones posibles antes de decidir la terapia que recibirá.



### 7.6.1 Objetivos de la intervención de terapia en la disfagia es:

Recuperar patrones normales de alimentación, con una nutrición e hidratación por vía oral.

- Cambios posturales o Control del entorno y administración del alimento.
- Maniobras deglutorias.
- Modificación de las características del bolo.
- Incremento sensorial.
- Técnicas de control del bolo

### 7.6.2 Postura corporal

- Sentado con la espalda y hombros rectos y los pies apoyados en el suelo o en la silla.
- La cabeza ligeramente inclinada hacia delante en el momento de tragar.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 14 de 25</b>		

- Si no puede levantarse de la cama, colocarse lo más incorporado posible con la ayuda de cojines y almohadas o elevando el cabecero si es articulada.
- Esperar 30-1 hora en esa misma posición después de terminar la comida, asegurando así que no quedan restos de comida entre boca y esófago, evitando reflujo y regurgitación de alimentos.

**a. Si el problema es una hemilaringectomía:**

- Se intenta que el lado operado contacte con el lado sano, mediante posturas y maniobras, para así conseguir una deglución segura.

**b. Si el problema es el cierre de la vía aérea.**

- Se puede utilizar la técnica “chin tuck” que reduce la penetración y la retención de comida en la fase faríngea.

**c. Si el problema es el cierre de la vía aérea y el cierre glótico.**

- Puede ser útil girar la cabeza hacia el lado enfermo con o sin “chin tuck”. La rotación de la cabeza ejerce presión extrínseca sobre el cartílago tiroideos, aumentando de la adducción del pliegue vocal.

**d. Si esto no es suficiente para reducir la aspiración.**



- Se pueden intentar maniobras supraglóticas o super-supraglótica, bajo control fluoroscópico para determinar que maniobra es más efectiva.

**e. Si el problema es laringectomía supraglótica:**

Al perder las estructuras supraglóticas, se pierden estructuras protectoras de la laringe.

Se pueden utilizar técnicas como:

- ❖ Deglución de esfuerzo: Una deglución inicial para llevar el bolo al esófago, y otras degluciones para aclarar residuos.
- ❖ Maniobra super-supraglótica.
- ❖ Maniobra de Mendelsohn: Elevar de forma consciente la laringe, tragar y mantener unos segundos el ascenso (retrasa cierre del EES, mejora el vaciado faríngeo y evita aspiración postdeglución.
- ❖ Maniobra de Masako: Deglutir con la lengua cogida entre los dientes (facilita el movimiento de la base lingual, el paso del bolo y evita residuos en valécula.

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
	<b>Hoja: 15 de 25</b>		

### 7.6.3 Modificación de las características del bolo

Una buena exploración instrumental nos permitirá seleccionar el volumen y la viscosidad/consistencia más adecuada a nuestro paciente.

**Volumen:** Su aumento mejora la percepción dentro de la cavidad oral y el tiempo de disparo del reflejo deglutorio. Su disminución se utiliza en debilidad faríngea y previene aspiraciones aunque puede ser más difícil de deglutir.

- ✓ 5ml: cuchara de café
- ✓ 10ml: cuchara de sopa
- ✓ 20ml: directamente del vaso

**Viscosidad:** El aumento de viscosidad disminuye la penetración y aspiración y mejora la eficacia de la deglución. La disminución aumenta la velocidad de tránsito del bolo y facilita la aspiración.



- Líquidos: Agua, leche
- Néctar Jugo, yogur de beber, miel
- Pudding: Pures espesos
- Sólidos.

#### Alimentos de alto riesgo:

- Pegajosos: Pan dulce, caramelos, purés ásperos
- Resbaladizos: Chicharos, uvas
- Desprenden jugo al morderse: Naranja
- Se licúan a temperatura ambiente: helados, gelatinas de baja estabilidad
- Los que no forman bolo cohesivo: Arroz, legumbres...
- Se desmenuzan fácilmente: Pan tostado, quesos secos, galletas de hojaldre, carne picada seca

#### Técnicas de control del bolo:

- Barrido lingual
- Ingestión cíclica líquido-sólido
- Degluciones secas
- Posicionamiento del bolo
- Sorber y deglutir

	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
		<b>Hoja:</b> 16 de 25	

#### 7.6.4 Incremento sensorial:

Utilizamos para aumentar la sensibilidad oral y faríngea y recuperar el reflejo deglutorio:

- Temperatura: frío/calor
- Sabores ácidos
- Combinación de sabores: ácido/amargo, dulce/salado
- Incremento del volumen
- Ligera presión de la cuchara sobre la lengua al colocar el bolo
- Olor y visión de alimentos apetitosos
- 

### 8. Evaluación del resultado

El médico especialista en Audiología, Foniatría y Patología del lenguaje evalúa al paciente para determinar que dificultad tiene en el caso de la laringectomía, el servicio de foniatría hará una historia clínica completa, evaluará al paciente desde el punto de vista médico foniátrico y emitirá un resumen clínico.

#### 8.1 Cuantitativo

El Profesional en Comunicación Humana recibe al paciente con informe clínico el cual será un parámetro para analizar el tipo de tratamiento que se requiere, en base a esto aplicará una serie de valoraciones terapéuticas y entrevista clínica que servirán como base para establecer el plan rehabilitatorio, las revaloraciones se realizarán atendiendo la evolución y los parámetros establecidos en el informe clínico se emitirán informes posteriores con las recomendaciones a seguir, el terapeuta irá recopilando y establecerá un análisis entre lo esperado y lo alcanzado y sugerirá en el momento oportuno el alta para cuando se realice la siguiente revaloración médica.

#### 8.2 Cualitativo

El Servicio de foniatría emitirá un informe clínico, haciendo la descripción del padecimiento inicial, subsecuente y final desde el punto de vista cualitativo. La Licenciada encargada de cada paciente elaborará la valoración inicial, y un informe de acuerdo a los resultados que observe en las áreas trabajadas y superadas, las valoraciones posteriores estarán a cargo de diagnóstico, así como la determinación del alta de terapia.

### 9. Criterios de Alta

Se considerará alta de terapia cuando el paciente al pasar a revaloración médica tenga todos los elementos que requiere para alcanzar los procesos habilitados, restablecidos, integrados o en vías de superación. Los criterios de permanencia sería alrededor de 18 meses de terapia.

Al recibir el nuevo informe con las recomendaciones actuales en donde se contempla alta, La Licenciada encargada del caso dará las indicaciones finales para continuar el trabajo en casa.





**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**  
Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,  
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



**Código:**  
MG-SAF-18

**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 03**

**Hoja:** 17 de 25

## 10. Anexos

### Valoración del paciente con Laringectomía

<b>VALORACIÓN TERAPÉUTICA DE LAS ALTERACIONES DEL PACIENTE LARINGECTOMIZADO</b>
<b>Nombre del Paciente</b>
<b>Edad</b>
<b>Ocupación</b>
<b>Domicilio</b>
<b>Teléfono</b>
<b>Fecha de Identificación del Daño</b>
<b>Fecha de Inicio de tratamiento</b>
<b>No. de Expediente</b>
<b>Diagnostico</b>
<b>Tiempo de Asistencia a Terapia</b>
<b>Nombre del Médico Tratante</b>
<b>Nombre de la Terapeuta</b>
<b>Fecha de Aplicación</b>
<b>Fechas de Revaloraciones</b>
<b>Que expectativas espera de la terapia de su familiar</b>
<b>Que expectativas espera de la terapia</b>



**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,  
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



**Código:**  
MG-SAF-18

**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 03**

**Hoja:** 18 de 25

<b>Tono Muscular y Postura</b>	<b>Descripción</b>
<b>Evaluaciones</b>	
<b>Tono muscular del músculos de cuello</b>	
<b>Tono muscular de la cara</b>	
<b>Tono muscular de los órganos de cavidad oral.</b>	
<b>Tono muscular pared faríngea.</b>	

<b>Tono, Movilidad, Fuerza y Simetría de los músculos</b>	<b>Descripción</b>
<b>Evaluaciones</b>	
<b>Frontal</b> Eleva cejas, arrugar frente, expresa sorpresa, atención y disgusto	
<b>Orbicular de los párpados</b> Cierra orificio palpebral (guiñar).	
<b>Superciliar</b> Frunce entrecejo	
<b>Piramidal movimiento de la nariz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transverso</li> <li>• Mirtiforme</li> <li>• Dilatador ampliador</li> </ul>	
<b>Orbicular de los labios</b> Beso, succión, risa y canto.	
<b>Buccinador</b> Coloca el bolo en el dorso de la lengua, silbar o tocar flauta	
<b>Elevador del labio superior</b> Expresa llanto, alegría o dolor	
<b>Canino</b> Descubre el diente canino, expresa agresividad o ferocidad	
<b>Cigomático mayor</b> Separa comisuras labiales, sonreír.	
<b>Cigomático menor</b>	



**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,  
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



**Código:**  
MG-SAF-18

**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 03**

**Hoja:** 19 de 25

<b>Separa comisuras labiales, sonreír.</b>
<b>Risorio santorini: Expresa fuerza o tensión.</b>
<b>Triangular Expresa tristeza o discurso</b>
<b>Cuadrado Enojo.</b>
<b>Barba Arruga la barbilla</b>
<b>Borla Levanta el mentón, expresa ironía.</b>
<b>Masticadores: Mueven a la mandíbula, masticación, y habla.</b>
<b>Temporal Eleva y retrae la</b>
<b>Mandíbula Masetero</b>
<b>Eleva y protruye la Mandíbula</b>
<b>Pterigoideo exterior Mueve mandíbula hacia delante y hacia los lados.</b>
<b>Pterigoideo interior Eleva la mandíbula.</b>

<b>RESPIRACIÓN</b>	<b>Descripción del Cuadro</b>
<b>Evaluaciones</b>	
<b>Tipo de respiración</b>	
<b>Coordinación de la respiración con otras funciones</b>	
<b>Suficiencia de aire para llevar a cabo la función deglutoria</b>	
<b>Coordinación de la respiración y del proceso deglutorio</b>	
<b>Uso de la cánula</b>	
<b>Dificultad respiratoria</b>	



**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**  
Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,  
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



**Código:**  
MG-SAF-18

**Fecha:**  
DIC 20

**Rev. 03**

**Hoja:** 20 de 25

**Secreciones excesivas**

**Olfato y Gusto**

**Descripción del Cuadro**

**Evaluaciones**

**Identificación de aromas**

**Identificación de sabores**

**Método de Alimentación**

**Descripción**

**Tipo de alimentación oral, nasogastrica,  
gastrostomía**

**Tipo de Dieta**

**Cantidad**

**Tipo de Alimentos líquidos, néctar, pudin y  
sólidos**

**Preferencia de alimentos**

**Hábitos alimenticios**

**En que contextos se da alteraciones deglutorias**

**Reflujo gastroesofagico**

**Prensión del alimento**

**Mecanismo de deglución**

**Grado y tipo de eficacia de la deglución**

**Grado y tipo de seguridad de la deglución**

**Fase preparatoria y Fase oral**

**Descripción**

**Evaluaciones**

**Selle labial.**

**Tipo de Succión**

**Prensión del alimento**

**Formación del bolo alimenticio**

**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**

Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA****SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,  
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE****Código:**  
MG-SAF-18**Fecha:**  
DIC 20**Rev. 03****Hoja:** 21 de 25

<b>Trituración</b>
<b>Praxias Linguales</b>
<b>Movimiento maxilar y estado de la dentadura</b>
<b>Sensibilidad de la boca en general</b>
<b>Selle velopalatino</b>
<b>Producción de saliva</b>
<b>Formación del bolo</b>
<b>Control del bolo con la lengua</b>
<b>Selle glosopalatino</b>
<b>Propulsión lingual</b>
<b>Residuos orales</b>
<b>Deglución fraccionada</b>
<b>Inicio de la deglución</b>
<b>Aspiración pre-deglución</b>
<b>Contracción de los músculos del cuello</b>

<b>Función Deglución en el laringectomizado</b>	<b>Descripción</b>
<b>Evaluaciones</b>	
<b>Fraccionamiento del bolo alteraciones en los movimientos de la parte posterior de la lengua</b>	
<b>Regurgitación nasal y/o oral</b>	
<b>Residuos en la cavidad oral</b>	
<b>Selle labial al deglutir</b>	
<b>Deglución con ruidos</b>	
<b>Deglución fraccionada</b>	
<b>Retraso en el disparo de la deglución faríngea</b>	
<b>Cuadros de Tos, carraspeo, atoro</b>	
<b>Cuadros de atragantamiento</b>	
<b>Dolor al deglutir</b>	
<b>Cambios de la voz</b>	
<b>Sensación de cuerpos extraños</b>	



**MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS**  
Versión ISO 9001:2015

**DIRECCIÓN MÉDICA**

**SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,  
FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE**



**Código:**  
MG-SAF-18

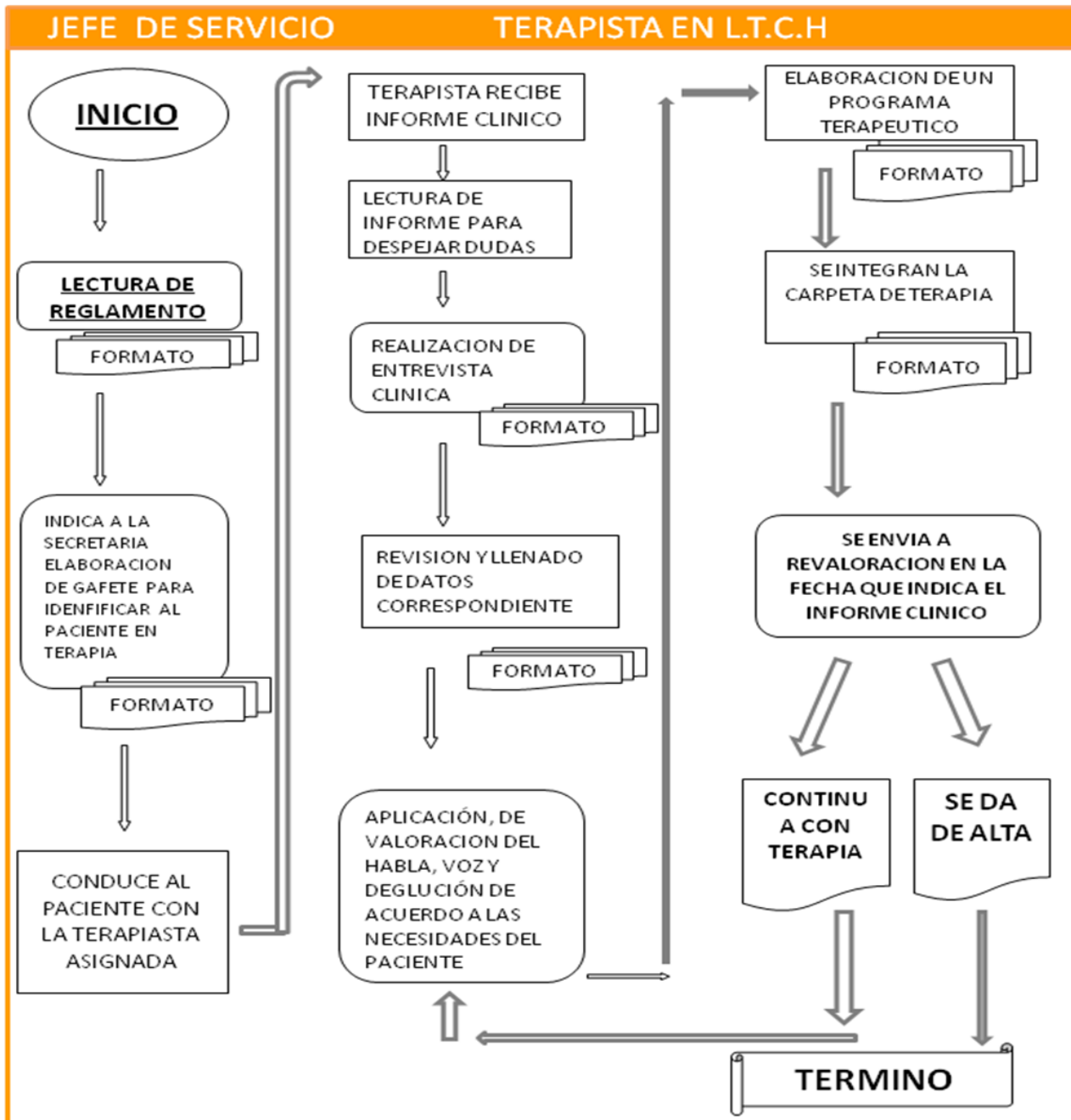
**Fecha:**  
DIC 20



**Rev. 03**

**Hoja:** 22 de 25

<b>Función de la Voz</b>	<b>Descripción</b>
<b>Calidad de la voz</b>	
<b>Intensidad</b>	
<b>Escala de tonos agudos y graves</b>	
<b>Aclara la voz</b>	
<b>Capacidad para gritar</b>	
<b>Timbre</b>	
<b>Tiempo de Fonación</b>	
<b>Cambios de la voz</b>	
<b>Ritmo, Entonación y Prosodia</b>	
<b>Coordinación fonorespiratoria</b>	
<b>Tiempo máximo de espiración</b>	
<b>Permeabilidad nasal</b>	
<b>Permeabilidad de estoma y/o cánula</b>	
<b>Resequedad</b>	
<b>Ardor</b>	
<b>Picazón</b>	
<b>Tos</b>	

### 10.1 Flujograma





	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 24 de 25

## 10.2 Referencias bibliográficas

1. **Alvarez Lami.** “Rehabilitación del paciente laringectomizado” (2008)
2. **Boone.** "La Voz y el tratamiento de sus alteraciones". Ed Panamericana. (1990)
3. **Bosch, L.** “Trastornos fonológicos”. *Rev. Logop., Fon., Audiol.*, Vol. VIII, Nº 4 (195-200). (1987).
4. **Bustos, I.** “Reeducación de los problemas de la voz”. Madrid. CEPE. (1996)
5. **Calais-Germain, B.** “Anatomía para el movimiento”. Tomo 1. Ed. La liebre de marzo. (2005)
6. **Calais-Germain, B** “La Respiración. Anatomía para el movimiento”. Tomo IV. Ed. La liebre de Marzo. . (2006)
7. **Casado, J. C.** “La evaluación clínica de la voz. Fundamentos médicos y logopédicos”. Málaga. Aljibe.(2002)
8. **Castellano, T.** “Rehabilitación logofoniatrica en carcer de laringe” ISCM, Cuba,( 2008)
9. **Chamorro, Armando,** Cáncer de Laringe: Medicina Rev. Posgrado de la Via Catedra de Medicina (2009)
10. **Dinville, C.** Los trastornos de la voz y su reeducación. Barcelona: Masson.(1989)
11. **Dickson S. Scott Foresman C.** “Communication Disorders Remedial Principles and Practices”.Illinois, (1975).
12. **Dunn C, Stoel Gammon,** “Normal and disorder Phonology in Children” University Park Press, Baltimore, (1985).
13. **Echeverría Goñi, S.** “La voz infantil. Educación y reeducación”. Ed: CEPE. Madrid. (1998)
14. **Gilbert R., Devries-Aboud M., E Winqvist, J Waldron, M Mc Question,** A Quality Initiative of the Program in Evidence-Based Care (PEBC), Cancer Care Ontario (CCO) The Management of Head and Neck Cancer in Ontario and the Head and Neck Disease Site Group. (2009).
15. **Guimaraes I.** “Os problemas de voz nos profesores: prevalência, causas, efeitos e formas de prevençao”. Revista Portuguesa de Saude Publica. Vol. 22. (2004)
16. **Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (UK).** Mejorar los resultados en los cánceres de cabeza y cuello. Instituto Nacional para la Excelencia Clínica. (2004)
17. **Le Huche.** “La voz”. (cuatro tomos)” Ed. Masson. Barcelona.(1980)
18. **McCallion, M.** “El libro de la voz” Ed. Urano, Barcelona. (2006)
19. **Martin, S. & Darnley, L.** “The teaching voice”. London. Whurr Publishers Ltd. (1996)
20. **Morales-Puebla José M. , et al.** Rehabilitación olfativa tras la Laringectomía total. Acta Otorrinolaringológica Española Vol. 61. Núm. 02. (2010).
21. **Morrison, M. & Rammage, L** “Tratamiento de los trastornos de la Voz”. Masson. (1996).
22. **Official Publication of the American Cleft palate–Craniofacial Association.** Parameters for Evaluation and treatment of patients with cleft Lip/Palate or other craniofacial anomalies. March (1993).



	<b>MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS</b> Versión ISO 9001:2015		<b>Código:</b> MG-SAF-18
	<b>DIRECCIÓN MÉDICA</b>		<b>Fecha:</b> DIC 20
	<b>SUBDIRECCIÓN DE AUDIOLOGÍA,          FONIATRÍA Y PATOLOGÍA DEL LENGUAJE</b>		<b>Rev. 03</b>
			<b>Hoja:</b> 25 de 25

23. **Perelló, J.** "Alteraciones de la voz". Barcelona, Ed. Científico médica. (1980)
24. **Perelló, J.** "Evaluación del lenguaje el habla y la voz". Ed: Lebón. (1996)
25. **Revista de Medicina.** Universidad de Navarra. Monográfico: Voces Especiales. Vol. 50, nº 3, (2006).
26. **Rex J Prater** "Manual de terapéutica de la voz". Ed. Salvat. Madrid (1990)
27. **Rivas Torres, R.M. y Fiuza Asorey, MJ.** "La voz y las disfonías funcionales. Prevención y tratamiento". Madrid. Pirámide. (2002)
28. **Segre, R. & Naidich, S.** "Principios de foniatría para alumnos y profesionales del canto y la dicción". México D.F. Ed. Panamericana. (1981)
29. **Santacreu, J** "Tratamiento conductual de la tartamudez", Valencia. Promolibro. (1991).
30. **Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)**, Diagnóstico y tratamiento del cáncer de cabeza y cuello: A Nacional Clínico Directriz Escocesa Intercollegiate Guidelines Network. Publicación SIGN No. 90, 96 páginas. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign108.pdf> (2006).
31. **Taylor-Goh, S., ed.** Royal College of Speech and Language Therapists Clinical Guidelines: Disorders of Feeding, Eating, Drinking & Swallowing (Dysphagia) RCSLT Clinical Guidelines. Bicester, Speechmark Publishing Ltd. (2005).

## 11. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de la imagen institucional, actualización del nombre del instituto, actualización del contenido	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015. Actualización	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20