

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DISFONÍA”

Estudio transversal realizado en pacientes de la Consulta Externa de Adultos
de Otorrinolaringología en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social –IGSS-

julio - octubre 2014

Tesis

Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

Rosa María Girón Ríos

Médico y Cirujano

Guatemala, agosto de 2015

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

La estudiante:

Rosa María Girón Ríos

200710134

cumplió con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DISFONÍA"

Estudio transversal realizado en pacientes de la Consulta Externa de Adultos de Otorrinolaringología en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social-IGSS-

julio - octubre 2014

Trabajo asesorado por el Dr. César Huberto Bravo Navarro y revisado por el Dr. Juan Francisco Morales Jáuregui, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los veintiocho días de agosto del dos mil quince.

DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que la estudiante:

Rosa María Girón Ríos

200710134

Presentó el trabajo de graduación titulado:

"CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DISFONÍA"

Estudio transversal realizado en pacientes de la Consulta Externa de Adultos de Otorrinolaringología en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

julio - octubre 2014

El cual ha sido revisado por la Dra. Aida Guadalupe Barrera Pérez y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se le autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el veintiocho de agosto del dos mil quince.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. César Oswaldo García García
Coordinador



USAC
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 28 de agosto del 2015

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que la estudiante abajo firmante:

Rosa María Girón Ríos



Presentó el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DISFONÍA"

Estudio transversal realizado en pacientes de la Consulta Externa de Adultos
de Otorrinolaringología en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-

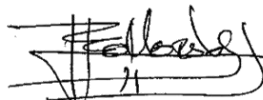
julio - octubre 2014

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Dr. César Huberto Bravo Navarro
Firma y sello

Dr. César Bravo Navarro
Otorrinolaringólogo
Cirujano Especialista
Colegiado 11,958



Dr. Juan Francisco Morales Jáuregui
Firma y sello
Reg. de personal



De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

DEDICATORIA

A Dios por la vida, por todas las bendiciones que me ha dado hasta este día y por darme la dicha de ser su instrumento para ayudar a otras personas.

A mis padres quienes me dieron la vida. A mi padre Rodolfo Girón Q.E.P.D., por darme la educación que es el pilar fundamental para desarrollarme como profesional. A mi madre Rosa María Ríos, por el sacrificio de estar lejos de su hija para que pudiera tener un mejor futuro.

A mi abuelita Lidia López y a mis tías por tenerme paciencia y apoyarme para concluir mi carrera.

A mis abuelitos Rodolfo Girón Q.E.P.D., Lesvia Ríos Q.E.P.D. y Julio Ríos por su cariño y palabras de aliento.

A mi familia por darme sus mejores consejos ante cualquier situación.

A mi prima Sofía Girón por ser más que una prima, ser mi incondicional.

A mi esposo César Bravo, por apoyarme en todas mis decisiones, por ser una guía y un médico a quien admirar. Por toda la ayuda brindada durante el externado, EPS y proceso de tesis.

A mi hija Ana Camila, por ser el motor que mueve mi mundo y por enseñarme a siempre luchar y salir adelante, además de ayudarme a comprender el otro lado de la medicina, el ser madre de una paciente.

A mis compañeros de estudio y amigos en especial a Karla Broy por su amistad y apoyo incondicional desde el primer año de la carrera, por cada aventura y por cada vez que nos animábamos mutuamente a seguir.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y todos los docentes, por haber permitido superarme a nivel personal y académico al culminar mi carrera profesional.

A todos mis pacientes por brindarme su confianza y por ser la mayor enseñanza que pude tener para ser médico.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la calidad de vida y las características epidemiológicas (edad, sexo, ocupación, enfermedades asociadas, consumo de tabaco, tiempo de evolución de inicio de los síntomas), de los pacientes que consultaron por disfonía a la Consulta Externa de Adultos de Otorrinolaringología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante los meses de julio a octubre de 2014. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo transversal. Se entrevistó a la totalidad de pacientes afiliados, pensionados o beneficiarios, mayores de 18 años que acudieron a Consulta Externa de Otorrinolaringología durante los meses de julio a octubre por disfonía. Se utilizó el cuestionario estandarizado “Calidad de vida relacionada con la voz”, “Voice-related quality of life” (V-RQOL). **RESULTADOS:** Se realizaron 91 entrevistas, la edad media fue de 43 años en mujeres y 51 años en hombres. La distribución hombre-mujer fue similar, el 33% de los afectados fueron maestros. El 92% de los pacientes refirió no consumir tabaco. Dentro de las comorbilidades asociadas a la disfonía el reflujo gastroesofágico fue la más importante con un 59.3%. Según el cuestionario V-RQOL, el 5.5% refirió una excelente calidad de vida, el 33% tuvo una calidad de vida aceptable, el 29.7% una regular calidad de vida, el 17.6% refirió una pobre calidad de vida y el 14.3% tuvo una mala calidad de vida. **CONCLUSIONES:** La calidad de vida de pacientes con problemas de disfonía varía principalmente entre aceptable y regular. La media de edad en la que más se presentan los problemas disfónicos es de 47 años. No hay diferencias importantes en cuanto a sexo. Los trabajadores que más presentan disfonía son los maestros. La mayoría de los entrevistados no consume tabaco. La comorbilidad que más se encuentra en los pacientes es reflujo gastroesofágico.

Palabras clave: calidad de vida, disfonía, reflujo gastroesofágico, rinitis alérgica.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1 Objetivo General.....	3
2.2 Objetivos Específicos.....	3
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1 Definición.....	5
3.2 Clasificación.....	6
3.3 Evaluación.....	13
3.4 Epidemiología del paciente con disfonía.....	15
3.5 Calidad de vida del paciente con disfonía.....	17
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS.....	23
4.1 Tipo y diseño de la investigación.....	23
4.2 Unidad de análisis.....	23
4.3 Población y muestra.....	23
4.4 Selección de sujetos a estudio.....	23
4.5 Enfoque y diseño de la investigación.....	23
4.6 Medición de las variables.....	24
4.7 Técnicas, proceso e instrumentos en la recolección de datos.....	26
4.8 Procesamiento de datos.....	27
4.9 Límites de la investigación.....	27
4.10 Aspectos éticos de la investigación.....	28
5. RESULTADOS.....	29
6. DISCUSIÓN.....	31
7. CONCLUSIONES.....	35
8. RECOMENDACIONES.....	37
9. APORTE.....	39
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
11. ANEXOS.....	45

1. INTRODUCCIÓN

La disfonía es un problema de salud pública ya que constituye un impacto en la calidad de vida, este trastorno conduce a visitas médicas frecuentes y varios miles de millones de dólares en pérdida de productividad al año debido al absentismo en el trabajo, además de provocar problemas de aislamiento social e incluso depresión. (1)

Se sabe que en países industrializados existe una prevalencia del 29% e incidencia de hasta el 47% de pacientes que presentan algún cuadro de disfonía en su vida. Aproximadamente 28 millones de trabajadores estadounidenses tienen ocupaciones que requieren el uso de la voz. En un estudio realizado en Estados Unidos el 7.2% de encuestados faltó al trabajo por uno o más días dentro del año anterior a causa de un problema con su voz, en los maestros aumenta un 20%. (1)

Actualmente se define salud como el completo bienestar físico, mental y emocional del paciente y no solo la ausencia de la enfermedad, por lo que es necesario conocer también el grado de afección emocional del paciente disfónico y no únicamente la afección física. (2,3)

A nivel mundial se encuentran estudios en los cuales se evalúa la calidad de vida del paciente con disfonía mediante cuestionarios estandarizados, uno de los más utilizados es el test “Calidad de Vida Relacionada con la Voz”, Voice-Related Quality of Life (V-RQOL). (4)

En Guatemala no existen datos estadísticos que revelen la dimensión del problema en la población así como tampoco estudios que se enfoquen en la calidad de vida del paciente disfónico.

Con este estudio se desea dar a conocer la calidad de vida y características epidemiológicas de los pacientes mayores de 18 años que consultaron por disfonía a la Consulta Externa de Otorrinolaringología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante los meses de julio a octubre de 2014.

Para ello se realizó una entrevista a la totalidad de los pacientes que consultaron, la cual incluía datos epidemiológicos como edad, sexo, ocupación, consumo de tabaco, comorbilidad asociada y tiempo de inicio de la disfonía. Además se realizó el test V-RQOL

que consta de 10 preguntas en las que el paciente califica de 1 al 5 la manera como percibe el problema que le causa la disfonía. La puntuación varía de 10 a 50, significando 10 una calidad de vida excelente y 50 una mala calidad de vida.

Posteriormente al ingresar todos los datos, se realizaron tablas en Excel para obtener frecuencias, medidas de tendencia central y porcentajes describir la caracterización de los pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

2.1.1 Determinar la calidad de vida de pacientes con disfonía que acuden a la Consulta Externa de Otorrinolaringología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en julio a octubre del 2014.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Describir las características epidemiológicas de los pacientes con disfonía según: sexo, edad, ocupación, consumo de tabaco, enfermedades asociadas y tiempo de evolución de la disfonía.

2.2.2 Establecer la calidad de vida de los pacientes con disfonía.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Definición

La disfonía es un trastorno caracterizado por alteración de la calidad vocal, tono, volumen, o esfuerzo que deteriora la comunicación (1), es un signo clínico, motivo de consulta muy habitual, indica de manera inespecífica una alteración en la función fonatoria de la laringe (5). La disfonía incluye problemas de la voz, como una voz áspera, tranquila o la voz 'quebrada'. (6)

La laringe, es una estructura móvil, que forma parte de la vía aérea, actuando normalmente como una válvula que impide el paso de los elementos deglutidos y cuerpos extraños hacia el tracto respiratorio inferior. Consta de cuatro componentes básicos anatómicos: un esqueleto cartilaginoso, los músculos intrínsecos y extrínsecos, y un revestimiento mucoso. El esqueleto cartilaginoso, sitio en que se encuentran las cuerdas vocales. Se compone de los cartílagos tiroides, cricoides y aritenoides. Estos cartílagos se conectan con otras estructuras de la cabeza y el cuello a través de los músculos extrínsecos. Los músculos intrínsecos de la laringe alteran la posición, la forma y la tensión de las cuerdas vocales. (7)

La función fonatoria laríngea se produce por el cierre de la glotis por el músculo tiroaritenoso, ayudado por otros músculos laríngeos como los cricotiroideos, que desplazan los cartílagos aritenoides hacia arriba y adentro durante la espiración, tensando las cuerdas vocales. Así pues, la voz se produce durante la espiración gracias a la vibración de las cuerdas vocales, pero el sonido que sale de la glotis no es precisamente la voz, ya que ésta es el producto de la resonancia de éste sonido emitido por la glotis después de pasar por las cavidades de resonancia supraglóticas, faríngeas y nasales. (5)

3.1.1 Valorización de la voz “normal”

Las cualidades de la voz son el timbre, tono, volumen y flexibilidad. El timbre es lo que nos permite identificar a una persona, es decir la cualidad general de la voz. El tono se refiere al número de vibraciones por segundo que se produce en las cuerdas vocales, puede ser agudo o grave. Intensidad o volumen es la

fuerza o suavidad de la voz. Flexibilidad se refiere a las variaciones en el tono y volumen de la voz para darle una fisonomía variable y atrayente. (8)

3.2 Clasificación

Existen numerosas formas para clasificar las disfonías. En este trabajo el enfoque se hará según tiempo de evolución y según etiología.

3.2.1 Clasificación según duración

Al hablar de duración o tiempo de evolución, es difícil encasillar la disfonía dentro de límites de tiempo, pero existen algunos elementos importantes a tener presentes: la mayoría de disfonías debidas a causas infecciosas virales o bacterianas ceden rápidamente con tratamiento adecuado. Una disfonía en el contexto de un cuadro respiratorio o infeccioso, no debiese durar, más de 15 días. (8)

3.2.1.1 Disfonía aguda

En la práctica clínica diaria, las patologías que más habitualmente debutarán con disfonía aguda son, en primer lugar, las inflamaciones agudas de la laringe. Además son causa de atención médica de urgencias los traumatismos laríngeos, que causan, desde una simple disfonía aguda, hasta un compromiso más o menos grave de la vía aérea que requerirá asistencia urgente. (5,8)

3.2.1.1.1 Laringitis aguda

La laringitis es la inflamación de la membrana mucosa de la laringe. Usualmente, esta inflamación afecta las cuerdas vocales y ocasiona ronquera e incluso la completa pérdida de la voz. (5,9)

Las laringitis agudas se clasifican en laringitis específicas e inespecíficas, y esta última a su vez las podemos diferenciar en difusas y circunscritas. (5,9)

Las laringitis agudas inespecíficas difusas, son las que se ven de forma habitual, representando la gran mayoría de las consultas por disfonía aguda tanto en los servicios de urgencia como en atención primaria. A la exploración laríngea, indirecta con espejillo o con endoscopio, se observa la mucosa laríngea uniformemente enrojecida y congestiva, con aspecto reseco, pero con la movilidad de las cuerdas vocales esta conservada. El proceso suele durar unos días, pero puede alargarse debido a la sobreinfección bacteriana, entonces la tos que inicialmente era seca, se hace productiva, con expectoración mucopurulenta. Los agentes microbiológicos más frecuentes son virus, dentro de estos destacamos rinovirus, virus influenza y parainfluenza, y adenovirus. En caso de sobreinfección bacteriana, suele ser por *haemophylus influenza*, *neisseria catarrhalis* y *neumococo*. En cuanto al tratamiento, en caso de cuadro puramente viral, es sintomático, recomendándose reposo en cama, no realizar abusos fonatorios, analgésicos-antipiréticos, antitusígenos y mucolíticos. En caso de sospecha de sobreinfección bacteriana o en sujetos con facilidad para la aparición de complicaciones por ser fumadores, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) conocidos o edades avanzadas, se añade además tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulámico, ampicilina o un macrólido a las dosis habituales. (5,9)

Las laringitis agudas inespecíficas circunscritas, son los cuadros de inflamación laríngea, habitualmente por infección, que se circunscriben a una parte de la anatomía supraglótica o glótica. Son cuadros más frecuentes en la población infantil, la importancia de los cuales radica en la facilidad para producir obstrucción aguda de la vía aérea que debe ser resuelta de forma urgente. Los cuadros clínicos son: epiglotitis, laringitis subglótica-laringotraqueitis y laringitis estridulosa. (5,9)

3.2.1.1.2 Traumatismo laríngeo

El nervio vago inerva la laringe a través de sus ramas, el nervio laríngeo superior y el nervio laríngeo recurrente. El nervio laríngeo superior suministra sensación a la epiglotis y las cuerdas vocales falsas, así como la función motora al músculo cricotiroides (que sirve para tensar la cuerda vocal). Una pérdida de la habilidad de cantar notas altas o para cambiar de tono fácilmente, o pérdida de sensibilidad en la laringe y de la faringe, puede ser causada por una lesión que afecta el nervio laríngeo superior. (7)

Con la excepción del músculo cricotiroides, todos los músculos intrínsecos de la laringe están inervados por el nervio laríngeo recurrente. Una consideración anatómica importante es la ubicación de las ramas izquierda y derecha del nervio laríngeo recurrente; después de dejar el nervio vago, el nervio laríngeo recurrente derecho gira alrededor de la arteria subclavia, mientras que el nervio laríngeo recurrente izquierdo gira alrededor del arco de la aorta. Ambas ramas cefálicas viajan en el cuello en la ranura traqueoesofágica y luego entran en la laringe. Una lesión en cualquier lugar a lo largo del trayecto del nervio puede provocar parálisis de la cuerda vocal. Las enfermedades del tallo cerebral, el cuello y el mediastino deben incluirse en la evaluación de la disfonía resultante de la parálisis de las cuerdas vocales. Lesión quirúrgica o trauma penetrante en estas áreas también pueden causar parálisis de las cuerdas vocales. (7)

Los traumatismos laríngeos son una patología a tratar en el área de urgencias en la que el objetivo es detectar la posible obstrucción de la vía aérea a este nivel, la disfonía aguda es el único síntoma, y las lesiones por inhalación de irritantes. (5)

En cuanto a los traumatismos laríngeos orgánicos propiamente dichos, se clasifican en externos e internos,

según la penetración del agente lesional sea desde el exterior o siguiendo el curso de la vía aérea respectivamente. (5)

Lo más común en cuanto a traumatismos externos cerrados son los que se producen en accidentes de tráfico, deportivos o laborales, e intentos de suicidio con ahorcamiento o de asesinato con estrangulamiento. Las lesiones son muy variadas, desde el simple hematoma o la rotura laríngea con desgarros musculares y fractura más o menos aparatosa de su armazón cartilaginoso. El tipo más frecuente de lesión traumática laríngea cerrada es la luxación de cartílago aritenoides. En los intentos de suicidio con ahorcamiento, es típico el arrancamiento laríngeo, con separación casi completa de la tráquea. En cuanto a los traumatismos laríngeos externos abiertos, son en su gran mayoría causados por herida por arma blanca o de fuego. (5)

En cualquier caso, la conducta a seguir ante cualquier traumatismo laríngeo en el área de urgencias es la siguiente: en primer lugar, ante cualquier sospecha de obstrucción de la vía aérea, si hay estridor, enfisema subcutáneo cervical importante o cianosis, se debe realizar una traqueotomía de extrema urgencia. No se debe intentar la intubación, pues se pueden empeorar las lesiones ya existentes. A la vez que se asegura la vía aérea, es también de vital importancia la inmovilización cervical para no empeorar las posibles lesiones de las vértebras cervicales que pueden acompañar al cuadro. (5)

Con relación a los traumatismos funcionales agudos laríngeos producidos por abuso vocal, el síntoma principal será la disfonía aguda o la afonía. A la exploración laríngea, las cuerdas vocales están enrojecidas de forma difusa, siendo el hallazgo más típico, aunque poco frecuente, la presencia de un hematoma asociado. (5)

El tratamiento es reposo vocal absoluto durante unos días, además de corticoides inhalados o sistémicos dependiendo de la evolución y antibioterapia si existe hematoma asociado. (1,5,10)

Los síntomas que van a aparecer tras la inhalación de una sustancia irritante, son disfonía aguda, tos irritativa, lagrimeo, dolor faringolaríngeo con sensación de quemadura y grados variables de disnea, que puede ser una sensación sin objetivarse obstrucción de la vía aérea, hasta disnea aguda con estridor y cianosis que requiera traqueotomía de urgencia. A la endoscopia laríngea, se observa inflamación y edema de toda la mucosa laríngea, pudiendo abarcar estructuras glóticas, en grado variable. (10,11)

El tratamiento de las formas leves que no requieren actuación urgente sobre la vía aérea se realiza con recomendación de reposo vocal relativo, corticoides vía oral, mucolíticos y humidificación del ambiente. (1,5,10)

3.2.1.2 Disfonías crónicas

La disfonía crónica, puede orientar hacia una alta probabilidad de cáncer laríngeo, por lo que los síntomas y signos asociados a la disfonía, ponen en sobre aviso que puede haber una patología laríngea potencialmente maligna, y por lo tanto potencialmente letal para la vida del paciente, para así diferenciarla de otras patologías que también precisan de atención especializada, pero cuya demora en la asistencia no conlleva riesgo vital. (5)

Las neoplasias supraglóticas van a debutar con disfonía en los estadios más avanzados, pues la afectación glótica es más tardía, siendo los primeros síntomas los relacionados con parestesias en la garganta, cosquilleo o sensación de acorchamiento, sensación de cuerpo extraño, tos irritativa, y ya de forma más tardía odinofagia con dolor ótico

ipsilateral; por último aparece la disfagia y la disfonía con cierto grado de faringolalia. (5)

En los cánceres originados de forma primaria en las cuerdas vocales, la disfonía crónica es el síntoma de debut, aunque la disnea aguda alta por obstrucción laríngea puede aparecer en algunos casos antes que la disfonía. Acompañando a estos síntomas más específicos de afectación supraglótica o glótica, pueden aparecer otros como hemoptisis durante los accesos de tos, y cuadros constitucionales generales sugestivos de enfermedad neoplásica. (5)

Otras causas cuyo motivo de consulta es disfonía crónica, son las patologías no tumorales y tumorales. (5)

Las causas no tumorales de disfonía crónica están representadas por el conjunto de las laringitis crónicas en todas sus variedades, que pueden ir desde laringitis catarrales subagudas, laringitis atróficas, laringitis hipertróficas y laringitis funcionales por mala fonación o abusos fonatorios, entre las que cabría también englobar la afonía histérica. La única forma de laringitis crónica susceptible de malignización es la laringitis hipertrófica. (3)

El tratamiento de todas ellas incluye el abandono de hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol, el reposo vocal moderado, e incluso la reeducación logopédica, y el uso ocasional de antiinflamatorios y mucolíticos en caso de reagudización, excepto en las formas de laringitis hipertrófica causada por reflujo gastroesofágico, en la cual se debe utilizar protectores de la mucosa gástrica e inhibidores de la formación de ácido clorhídrico gástrico. (1,5,8,10)

En cuanto a la disfonía crónica por patología laríngea tumoral no neoplásica, en primer lugar están los pseudotumores de la glotis. Las formas pseudotumorales que pueden aparecer en la glotis son los nódulos laríngeos, los pólipos laríngeos y el edema de Reinke. Todas ellas requieren un tratamiento combinado microquirúrgico y logopédico

para su curación, si bien en el pólipo laríngeo el factor funcional no es tan acusado, se soluciona habitualmente sólo con microcirugía. (5)

En cuanto a las neoplasias benignas laríngeas, causantes tanto de disfonía crónica como de posible obstrucción de la vía aérea, son muy poco frecuentes, a excepción de la papilomatosis laríngea. La papilomatosis laríngea se presenta en dos formas: difusa y circunscrita. La forma difusa es un cuadro que aparece en la edad infantil por infección local por un ADN virus de la familia papova. El tratamiento actual de la papilomatosis laríngea difusa, combina técnicas microquirúrgicas tradicionales o con láser con tratamientos farmacológicos con interferón, consiguiendo así remisiones más duraderas y decanulaciones más o menos temporales. (5)

La papilomatosis laríngea circunscrita es típico de la edad adulta y puede evolucionar hacia una neoplasia maligna. Puede presentarse en cualquier localización laríngea, pero lo hace sobre todo en las cuerdas vocales, por lo que su síntoma al debut es la disfonía crónica. Su origen es controvertido y no se ha demostrado su etiología viral. En su crecimiento, puede llegar a obstruir la glotis causando diversos grados de disnea alta con estridor que puede requerir la traqueotomía urgente. El tratamiento del papiloma laríngeo único es siempre la exéresis quirúrgica. (1,5,10)

3.2.2 Clasificación etiológica

3.2.2.1 Disfonía de causa orgánica

Hace referencia a trastornos de la voz como alteraciones anatómicas/estructurales que determinen la alteración vocal. Estas alteraciones pueden ser congénitas o adquiridas. (7)

3.2.2.2 Disfonía de causa funcional

Se refiere a todas las formas de trastorno vocal en los que la desviación del patrón normal de funcionamiento es el principal factor causal. No existen alteraciones estructurales en la glotis (al menos inicialmente)

que expliquen la disfonía, sino alteraciones o trastornos o perturbaciones en el gesto vocal que lleva a la emisión de la voz. El ejemplo más común es la disfonía músculo- tensional. Algunos tipos de disfonía funcional se benefician grandemente del apoyo de un especialista de salud mental. (7)

3.2.2.3 Disfonía de causa psiquiátrica

Se refiere a cuadros de disfonía en el contexto de síntomas o signos evidentes de una alteración psiquiátrica, ya sea diagnosticada o no, y corresponden a un grupo de pacientes bien definido. (7)

3.2.2.4 Disfonías mixtas

Se refiere a trastornos vocales en los cuales hay alteraciones estructurales a nivel glótico en las cuales el mal uso y abuso vocal mantenido en el tiempo, conduce a la formación de lesiones. En estos casos, la causa originaria puede ser un trastorno funcional o las lesiones orgánicas (nódulos vocales, por ejemplo). Asimismo, toda lesión orgánica obliga al aparato vocal a una adaptación funcional. Es importante tener presente que la presencia de una lesión orgánica o alteración anatómica, especialmente cuando ésta es antigua, obliga a considerar en el tratamiento el manejo no sólo del trastorno funcional, sino también y muchas veces inicial, de la lesión orgánica en cuestión. (7)

3.3 Evaluación

3.3.1 Examen físico del paciente

Las infecciones de las vías respiratorias son el tipo más común de infecciones gestionados por los proveedores de atención de la salud (12,13) representan el 16% de todas las consultas externas de los pacientes a los médicos (14), en la ausencia de una infección del tracto respiratorio superior, cualquier paciente con disfonía que persiste por más de dos semanas requiere evaluación.

La historia puede aportar información importante para estrechar el diagnóstico diferencial. En cualquier paciente con disfonía debe ser determinado el uso de

tabaco y etanol, ya que estos productos son irritantes para la mucosa oral y de laringe, y el uso de cualquiera de los dos es un factor de riesgo para el cáncer de cabeza y cuello. (1,2,5,7,8,10,11,15)

Una parte esencial de una historia completa está dilucidando patrón de uso de la voz del paciente. Este proceso incluye una evaluación de " tipo de personalidad vocal " del paciente (cantidad y tipo de uso de la voz), uso de la voz reciente (como gritar en un partido deportivo) y el medio ambiente vocal. Una historia de la pérdida de audición en el paciente o en un miembro de la familia puede ser un factor que contribuye en el abuso de la voz. Este abuso es un común, a menudo prevenible, causa de disfonía y puede ser subestimada por el paciente, por lo que es importante cuestionar al paciente y los familiares específicamente acerca de los patrones de uso de voz. Debe obtenerse una historia exposición a algún irritante, especialmente en el lugar de trabajo. El paciente también debe ser cuestionado acerca de una cirugía previa en la cabeza y el cuello u otra cirugía que requirió intubación. (1,2,5,7,8,10,11,15)

Un paciente a considerar de manera especial es alguien profesional de la voz, desde maestros a cantantes profesionales, cuya ocupación o medios de vida depende del uso normal de la voz. (1,2,5,7,8,10,11,15)

Otros aspectos de la historia incluyen la naturaleza y el momento de la disfonía; síntomas asociados como el dolor, disfagia, tos o dificultad para respirar; síntomas de reflujo gastroesofágico, enfermedades nasosinusales asociadas (rinitis alérgica o sinusitis crónica) y el uso de medicamentos que secan la mucosa de la vía aérea superior. Problemas hormonales o endocrinos, así como estado emocional o el estrés que maneja el paciente. (1,2,5,7,8,10,11,15)

Deben investigarse enfermedades neurológicas puesto que la disfonía disártrica puede deberse a parálisis cerebral, enfermedad de Parkinson, corea, esclerosis múltiple, enfermedades desmielinizantes. (16)

3.3.2 Examen físico del paciente disfónico

En el caso de médicos no especialistas, el examen físico del paciente disfónico se ve bastante limitado por la falta de instrumentación adecuada en la consulta, sin embargo, hay algunos puntos que son importantes de recalcar como descartar un cuadro respiratorio alto infeccioso, examinando cavidad oral (descarga posterior, faringe y amígdalas eritematosas o con exudado, lesiones orales), fosas nasales (rinorreamucopurulenta, mucosa nasal pálida sugerente de rinitis alérgica), pulmones (auscultación pulmonar). Palpación de la musculatura cervical, suprahioidea e infrahioidea. La presencia de hipertonicidad en región submental durante la inspiración y fonación, nos orientan hacia un componente musculo-tensional, como elemento único o asociado a otra patología laríngea. Observar la cara y expresión del paciente nos puede revelar estados de tensión, stress o estados o trastornos del ánimo, que pueden influir directa o indirectamente en la voz de un paciente. (5)

La evaluación por parte de un médico otorrinolaringólogo consiste en evaluar de manera directa la laringe, esto es por medio de diferentes estudios como una laringoscopia indirecta, endoscopía flexible, endoscopía rígida y la luz estroboscópica. (17,18)

3.4 Epidemiología de la disfonía

Esta patología vocal que es obviamente multifactorial, requiere de un enfoque integral, considerando el estudio de todos los factores involucrados: laborales, psicológicos y orgánicos. (5)

Se han realizado diversos estudios para evaluar la disfonía. En la tabla 1 se resumen los hallazgos más importantes.

Tabla 1

Referencia	Prevalencia %	Sexo %		Edad (μ)	Ocupación %			Enfermedad asociada %			Tabaquismo %	
		F	M		Tele-operador	Maestros de aeróbicos	Maestros	Ansiedad	Reflujo gastro-esofágico	Rinitis	Si	No
1. Clinical practice guideline: Hoarseness (Dysphonia)	29.9	60	40	34	31	44	58	-	-	-	-	-
2. Estudio Epidemiológico de pacientes con disfonías funcionales	-	87.7	12.3	-	-	-	-	40	13.8	29.2	27.6	72.3
3. Self-reported impact of dysphonia in a primary care population	29.1	66.2	32.1	49	-	-	-	-	-	-	-	-
4. Prevalence and causes of dysphonia in a large treatment-seeking population	-	63.4	36.6	46	-	-	-	-	-	-	-	-
Fuente: 1. Schwartz SR, et al. Clinical practice guideline: Hoarseness (Dysphonia). Otolaryngology Head and Neck Surgery. Estados Unidos. 2009. (1) 2. Elhendí Halawa W, et al. Estudio epidemiológico de pacientes con disfonías funcionales. México. 2012. (2) 3. Cohen S. Self-Reported Impact of Dysphonia in a Primary Care Population: An Epidemiological Study. Laryngoscope. Estados Unidos. 2010. (19) 4. Cohen SM, et al. Prevalence and causes of dysphonia in a large treatment-seeking population. Laryngoscope. Estados Unidos. 2012. (20)												

3.5 Calidad de vida del paciente con disfonía

3.5.1 Calidad de vida relacionado con la salud

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. (3)

Si bien la incorporación de las medidas de calidad de vida relacionada con la salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluaciones en salud, no existe aún la claridad suficiente respecto a una base conceptual compartida. (3)

La Organización Mundial de la Salud, creó en 1991 un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad de Vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad. Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), que, a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su construcción, desarrolla el instrumento en forma simultánea en distintas culturas, utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales, para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación. (3)

Por lo que, finalmente la OMS define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (3)

3.5.2 Test de calidad de vida del paciente con disfonía

A todos los que utilizan la voz como forma de trabajo, es decir, maestros, operadores de call center, cantantes o en atención al público, les llamaremos en adelante profesionales de la voz.

Es lógico que el impacto de una mínima variación en el tono de un profesional de la voz va a ser mucho mayor que en una persona con demandas vocales mínimas. Así que una lesión laríngea pequeña puede impedir a un profesional de voz desarrollar su profesión habitual, y en este caso el impacto en su calidad de vida va ser importante y pobremente representado por las pruebas objetivas. (2)

Uno de los objetivos más importantes para atender un trastorno vocal es el de establecer el nivel de discapacidad inicial que produce, un problema que carece de regulaciones jurídicas en la actualidad y que puede ser difícil debido al número amplio de áreas afectadas (emocionales, físicas, funcionales, económicas...). (2)

Las guías para la evaluación de la incapacidad permanente de la Asociación Médica Americana (AMA) en lo que respecta a la voz no están lo suficientemente desarrolladas, ya que consideran los problemas de la voz y del habla como un problema único, cuando en realidad son dos subespecialidades que se han desarrollado de forma independiente como dos aspectos distintos de la comunicación verbal y, en general, los criterios de la AMA subestiman los problemas de la voz. No obstante, es innegable que una persona con una voz deteriorada puede perder eficiencia en sus funciones sociales y laborales, y tener graves problemas de comunicación oral y frustración. (2)

Uno de los test de valoración subjetiva de la discapacidad vocal más utilizados en la actualidad es el Índice de Discapacidad Vocal (Voice Handicap Indexo VHI), otras medidas utilizadas para este fin son: VOS (Voice Outcome Survey), VoiSS (Voice Symptoms Scale), QLI (Quality Life Index) y SF-36 V-RQOL (Voice Related Quality of Life). (2)

La mayoría de estos test evalúan la percepción del trastorno de la voz del paciente, pero no pueden reflejar la severidad de la disfonía como es percibida

por un médico. Existe otro test, el GRBAS, es una escala de percepción auditiva desarrollado en Japón y utilizado por los médicos para clasificar la voz usando cinco parámetros perceptivos: gravedad (G), la rugosidad de la voz (R), respiración (B), astenia (A), y tensión o esfuerzo (S). (21)

Se realizó una investigación con el propósito de determinar la relación entre la percepción del paciente de su calidad de vida relacionada con la voz (V-RQOL) y la percepción del médico de la gravedad de voz utilizando la escala GRBAS. Incluyó a 50 pacientes con algún trastorno de la voz y 45 pacientes sin ningún problema de la voz que completaron el V-RQOL. Todos los pacientes y sujetos control fueron evaluados por uno de los médicos utilizando el GRBAS. Cada uno de los dos grupos, se dividió posteriormente en subgrupos por edad en mayor y menor de 66 años. Los resultados demostraron que la percepción de la gravedad de la voz y la calidad de vida relacionada con la voz estaban relacionados; sin embargo, la relación es moderada, lo que sugiere que otros factores que no estén directamente relacionados con la calidad de la voz puede contribuir a las respuestas de escalas de valoración de voz completados por los pacientes. La relación era mayor para el subgrupo de menores de 66 años. (21)

Para el test, calidad de vida relacionada con la voz, "Voice-related quality of life" (V-RQOL), se realizó la validación en 1998 y fue publicado en 1999 en un simposio de The Voice Foundation. Este estudio para desarrollar y validar el instrumento, utilizó una población de 109 pacientes con una amplia variedad de trastornos de la voz y 22 sujetos normales, con un rango amplio de edad (18 a 94). El test V-RQOL cuenta con 10 enunciados a los cuales se realizó pruebas de fiabilidad, validez y sensibilidad, con lo que concluyeron que la medición de la V-RQOL es una valiosa adición a la evaluación de pacientes disfónicos. La puntuación del V-RQOL varía de 10 a 50, significando diez una calidad de vida excelente y 50 una mala calidad de vida. (4,22)

Se realizó también una validación en Brasil. La traducción y validación se llevaron a cabo siguiendo las directrices del Comité Asesor Científico de Resultados Médicos de Confianza. Después de obtener el consentimiento informado, se realizó la entrevista a 234 personas, 114 con problemas de disfonía (19 hombres y 95 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y 79

años, con una media de 41,3 años) y 120 individuos sin problemas vocales (31 hombres y 89 mujeres, con edades comprendidas entre 16 y 75 años, con una media de 43 años). Debido a que uno de los propósitos del V-RQOL es evaluar los resultados del tratamiento, es importante tener en cuenta en este proceso de validación de la capacidad de respuesta al cambio. Las puntuaciones totales mostraron diferencias significativas en las respuestas pre y post-tratamiento. Por lo que el estudio concluyó que la versión brasileña del V-RQOL es válido, fiable y sensible a cambios y que puede desempeñar un papel importante en la evaluación del paciente con disfonía. (23)

3.5.3 Calidad de vida del paciente con disfonía

En el estudio “Voice activity and participation profile: assesing the impact of voice disorders on daily activities”, realizado en Hong Kong en el año 2001, tomaron una población de 40 pacientes con disfonía y 40 sin ningún problema de la voz. Aplicando el test VAPP, concluyeron que la disfonía provocaba problemas en el trabajo, en la comunicación diaria y social, además de causar cierto daño emocional y limitaciones en las actividades diarias a los pacientes con disfonía comparado con el grupo control. (24)

Otro estudio, “The quality of life impact of dysphonia”, realizado en Escocia, en el Departamento de Otorrinolaringología, cirugía de cabeza y cuello del Glasgow Royal Infirmary durante el 2002, incluyó a 163 pacientes, 38 hombres y 125 mujeres, con disfonía de mínimo dos meses de evolución y edades comprendidas entre 17 y 87 años. Realizaron el SF-36 y concluyeron que la disfonía tiene un marcado impacto en la calidad de vida, teniendo la mayoría de pacientes una pobre calidad de vida. (25)

En el estudio “Qualitiy of life in dysphonic patients” realizado en Alemania en el 2004, aplicaron el test SF-36 a 108 pacientes, con edades comprendidas entre 20 y 60 años en donde excluyeron enfermedades malignas. El resultado fue que los problemas de la voz tienen una influencia negativa significativa en el estado de salud. (26)

Otro estudio, "Voice related quality of life in organic and functional voice disorders", realizado en Alemania en el año 2005, incluyó a 52 pacientes, 31 mujeres y 21 hombres, con edad media de 48.8 +/- 22 años y realizaron el V-RQOL obteniendo como resultado que las mujeres obtuvieron mayoritariamente una pobre calidad de vida comparada con los hombres (60:40), sin ninguna diferencia entre disfonía orgánica y funcional. (27)

En el estudio "Correlation between voice and life quality and occupation", realizado en Brasil durante mayo y abril del 2009, se evaluó a 101 pacientes, 46 hombres y 55 mujeres, todos mayores de 18 años, 37 eran profesionales de la voz (utilizaban la voz al menos 4 horas al día), y 64 no. Concluyeron que la disfonía tuvo un impacto en la calidad de vida de todos los pacientes, no hubo diferencia significativa entre el grupo de profesionales de la voz y los demás. (28)

El estudio "Self-reported impact of dysphonia in a primary care population", incluyó a 789 pacientes de Carolina del Norte en el año 2010, con rangos de edad de 18 a 94 años, se detectó que 1 de cada 13 pacientes presentaba un significativo deterioro de la calidad de vida. (19)

En el estudio "Voice symptoms and voice-related quality of life in college students", se realizó el test V-RQOL a 545 universitarios de Brigham Young University (BYU) y Utah Valley University (UVU), en el 2012. El 29% tuvo historia de problemas de la voz. La ronquera fue el síntoma con mayor prevalencia. La voz inestable, sequedad de garganta, fatiga vocal y esfuerzo vocal fueron las principales causantes de la limitación emocional y social. (29)

Otro estudio, "Impact on quality of life in teachers after educational actions for prevention of voice disorder", realizado en Brazil el 2013, se tomó a 70 maestros de 11 escuelas públicas. El 60% tuvo fatiga vocal, 52.8% tenía que aclarar la garganta, 38% reportó una voz débil; en conclusión, gran porcentaje de pacientes presentaba deterioro en la calidad de vida a causa de la disfonía. (30)

Por lo que se puede observar en diversos estudios, la patología vocal es incapacitante para un buen número de pacientes, muchos de los cuales son profesionales de la voz. Estos trastornos cobran su máxima importancia cuando

el propio paciente los concibe como la alteración de un parámetro vital que le causa sufrimiento o incapacidad para adaptarse a su medio social o laboral.

La presencia de disfonías provoca cierto grado de discapacidad importante a nivel de las actividades sociales y laborales del paciente y un impacto emocional considerable.

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

Estudio descriptivo transversal.

4.2 Unidad de análisis

Pacientes mayores de 18 años que asistieron por disfonía a la Consulta Externa de Otorrinolaringología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en los meses de julio a octubre de 2014.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo

Pacientes afiliados, beneficiarios o pensionados que consultaron por disfonía a la Consulta Externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Se evaluó a la totalidad de pacientes con disfonía que asistieron a la Consulta Externa de Otorrinolaringología durante julio a octubre de 2014, por lo que no se calculó muestra, ya que no se contó con un registro en el Instituto que indicara la cantidad exacta de pacientes que consultan por disfonía.

4.4 Selección de los sujetos a estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

Pacientes afiliados, beneficiarios o pensionados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Pacientes con síntomas de disfonía.

Personas mayores de 18 años.

4.4.2 Criterios de exclusión

Pacientes que no acepten participar voluntariamente en el estudio.

4.5 Enfoque y diseño de la investigación

El diseño del estudio es descriptivo transversal, de tipo cuantitativo.

4.6 Medición de variables

Macrovariable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Criterios de clasificación
Características epidemiológicas	Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Edad en años anotado por el paciente en respuesta a la pregunta número 1 en el instrumento de recolección de datos	Cuantitativa discreta	Razón	Años
	Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Auto percepción de la identidad sexual anotada en la encuesta	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Masculino Femenino
	Ocupación	Actividad habitual de una persona, quien al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario.	Empleo que esté realizando esa persona en el momento de la encuesta	Cualitativa	Nominal	Operador de llamada (call center) Maestro (a) Atención al público Otro
	Consumo de tabaco	Paciente que consume tabaco	Paciente que fuma uno o más cigarrillos al día	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Si No

Macrovariable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Criterios de clasificación
Características epidemiológicas	Enfermedad asociada	Estado o proceso caracterizado por una alteración perjudicial del estado de salud de un individuo relacionado con otra enfermedad	Enfermedad de la cual el paciente tenga conocimiento o diagnóstico previo asociado al motivo de su consulta (disfonía)	Cualitativa	Nominal	Reflujo gastroesofágico Rinitis Alérgica Tos crónica Ansiedad Otras
	Tiempo de inicio de disfonía	Período determinado durante el que se realiza una acción o se desarrolla un acontecimiento.	Autopercepción del paciente en cuanto al inicio de su problema (disfonía)	Cuantitativa	Continua	Años
Calidad de vida		Estado de bienestar bio-psicosocial y económico en que se encuentra toda persona como resultado de su medio ambiente, determinado por la disfonía	Manera como una persona percibe su salud física y mental 1 = ninguno 2 = leve 3 = moderado 4 = malo 5 = muy malo	Cuantitativa	Nominal	Por medio del instrumento elaborado para establecer la calidad de vida en pacientes con disfonía con el siguiente puntaje: 10: excelente 20: regular a buena 30: aceptable 40: pobre 50: mala

4.7 Técnicas, procesos e instrumentos a utilizar en la recolección de datos

4.7.1 Técnicas de recolección de datos

Se realizó una entrevista a todos los pacientes. (Anexo)

4.7.2 Procesos

Al obtener la autorización de protocolo por la Coordinación de Trabajos de Graduación y el permiso de la Dirección de la Consulta Externa de Adultos de Otorrinolaringología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, el proceso de recolección de datos fue el siguiente:

- El personal de enfermería identificó por medio de los expedientes a todos los pacientes que consultaban por disfonía.
- Se realizó la entrevista a cada paciente que cumplía con los criterios de inclusión, en un área específica de la Consulta Externa; previo a haber solicitado el consentimiento informado a cada participante.
- Estas entrevistas se realizaron de lunes a viernes durante los meses de julio a octubre de 2014, algunos días se lograba entrevistar a 8 pacientes y otros días no consultaba ninguno.

4.7.3 Instrumentos de medición

Se realizó una entrevista, en la cual se realizaron preguntas relacionadas con el tipo de variable que se deseaba investigar para obtener características epidemiológicas y para la calidad de vida se utilizó el test Calidad de vida relacionada con la voz, “Voice-related quality of life” (V-RQOL).

Este test fue desarrollado por El Centro Vocal, departamento de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, universidad de Michigan, Ann Arbor, bajo la dirección de Norman D. Hogikyan y Girish Sethuraman. Evalúa la calidad de vida de pacientes con problemas relacionados con la voz. Consta de 10 preguntas en las que el paciente califica de 1 al 5 la manera como percibe el problema que le causa la disfonía. La puntuación varía de 10 a 50, significando 10 una calidad de vida excelente y 50 una mala calidad de vida.

Debido a que este test no está validado en la población guatemalteca, se realizó una prueba piloto en una población que fue tomada al azar. El instrumento fue

aplicado a 10 personas, no observándose dificultades en cuanto a su comprensión y respuesta.

4.8 Procesamiento de datos

4.8.1 Procesamiento

- Se creó un documento en Excel en el cual se tabularon todas las preguntas de la entrevista.
- Se ingresó la información obtenida de las entrevistas a la base de datos al final de cada mes.
- Al finalizar de ingresar todos los datos, se verificaron uno a uno los datos para corroborar que fueron ingresados correctamente, y posteriormente fueron revisados por la licenciada Haylyn Valdez.

4.8.2 Análisis de datos

Una vez ingresados todos los datos en los cuadros realizados en Excel, se utilizaron tablas dinámicas para realizar estadística descriptiva y obtener frecuencias, medidas de tendencia central y porcentajes.

4.9 Límites de la investigación

4.9.1 Obstáculos (riesgos y dificultades)

El instrumento “Voice-related quality of life” (V-RQOL) no está validado en Guatemala.

4.9.2 Alcances

Con este estudio se pretende la divulgación de los resultados obtenidos a través de un artículo para evidenciar cómo la disfonía afecta la calidad de vida de las personas.

4.10 Aspectos éticos de la investigación

4.10.1 Principios éticos generales

El presente estudio se basó en conductas éticas y profesionales dentro de las cuales están:

Derecho a la intimidad: se garantizó a los sujetos de estudio que la información fue tratada con privacidad y sería utilizada para los fines del estudio.

Derecho al anonimato y confidencialidad: toda la información obtenida por el estudio se preservó de manera confidencial o sea de anonimato completo.

Derecho al tratamiento justo: se basó en el principio ético de justicia, en donde las personas recibieron el trato justo que les merece y corresponde.

Consentimiento informado: se dio a todos los pacientes entrevistados una hoja que contenía el consentimiento informado escrito, mediante el cual el sujeto de estudio dio su aprobación de participar en el estudio. El investigador informó en este documento (ver anexo I) sobre los objetivos principales y el contenido de la investigación y cada persona fue libre de decidir sobre su participación.

Permiso institucional: antes de iniciar la recolección de información se obtuvo el permiso institucional.

El presente estudio no presentó ningún riesgo para la población evaluada por lo que se considera en Categoría I.

5. RESULTADOS

Durante el trabajo de campo se entrevistó a 91 pacientes adultos que asistieron a la consulta externa de Otorrinolaringología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Se utilizaron 2 instrumentos: la boleta de recolección de datos, la cual evaluó las características epidemiológicas y el cuestionario V-RQOL que proporcionó los resultados de la calidad de vida relacionada con la disfonía.

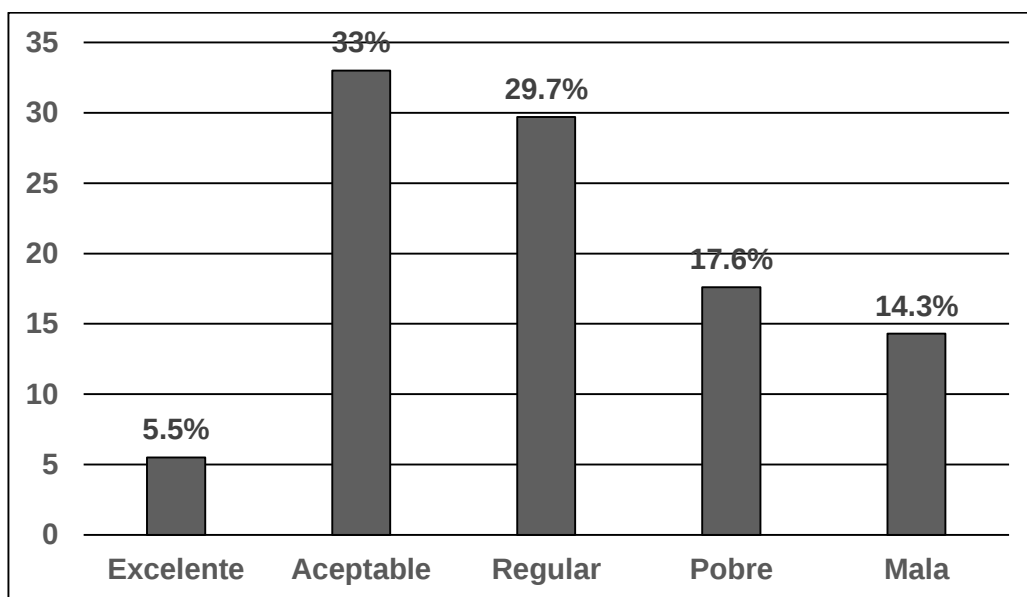
Tabla 1

Caracterización de pacientes con disfonía, atendidos en la Consulta Externa de Otorrinolaringología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, julio-octubre 2014

	Femenino	Masculino	Total
Edad			
(μ) (min-max)	43 (21-80)	51 (26-75)	47 (21-80)
Sexo	f (%)	f (%)	f (%)
	46 (51)	45 (49)	91 (100)
Ocupación			
Operador de call center	0	3 (6.6)	3 (3.3)
Atención al público	11 (15)	7 (15.5)	18 (19.8)
Cantante	1 (2.1)	1 (2.2)	2 (2.2)
Maestro(a)	20 (43.5)	10 (22.2)	30 (33)
Locutor(a)	1 (2.1)	1 (2.2)	2 (2.2)
Consumo de tabaco			
Si	3 (6.5)	4 (8.9)	7 (8)
No	43 (93.5)	41 (91.1)	84 (92)
Enfermedad asociada			
Reflujo gastroesofágico	29 (63)	25 (55.6)	54 (59.3)
Rinitis alérgica	11 (23.9)	7 (15.5)	18 (19.8)
Tos crónica	3 (6.5)	4 (8.9)	7 (8)
Ansiedad	8 (17.4)	8 (17.8)	16 (17.6)
Otra	1 (2.1)	5 (11.1)	6 (6.6)
Tiempo de inicio de disfonía			
Menor de 1 año	20 (43.4)	15 (33.3)	35 (38.5)
1 - 9 años	22 (47.8)	22 (48.9)	44 (48.5)
Mayor de 10 años	4 (8.7)	8 (17.8)	12 (13.2)

GRÁFICA 1

Distribución de Calidad de vida de pacientes con disfonía, atendidos en la Consulta Externa de Otorrinolaringología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, julio-octubre 2014



Fuente: Elaborado con datos de tabla 3 (ver anexo)

6. DISCUSIÓN

La expresión vocal es una de las características principales de los humanos que permite la comunicación fácil y precisa. Es clara la importancia de una buena función vocal para el desenvolvimiento en el contexto personal y laboral. La disfonía es una perturbación vocal que tiene múltiples etiologías y que es importante evaluar ya que puede afectar la calidad de vida de las personas. En este estudio se caracterizó a pacientes que presentaron disfonía, aplicando uno de los test para la medición de la calidad de vida en pacientes con disfonía, Calidad de vida del paciente con disfonía, "Voice-related Quality of Life" (V-RQOL). (4)

La edad media es de 43 años en mujeres y 51 años en hombres. El rango de edad está comprendido entre los 21 y 80 años. La media de edad es similares a tres estudios realizados en Estados Unidos que indican una media de edad de 34, 46 y 49 años respectivamente (1,19,20).

En cuanto al sexo se encontró una distribución similar entre el sexo femenino y masculino, esto difiere con estudios realizados en Estados Unidos y México, ya que en los 4 estudios predomina el sexo femenino, probablemente debido a que en los casos de pacientes que laboran con esfuerzo vocal no existe distinción entre géneros.

Schwartz SR y colaboradores, reconocen a los maestros como los trabajadores que más presentan problemas disfónicos con un 58% (1), en este estudio los maestros también fueron los que presentaron el mayor porcentaje de todas las ocupaciones entrevistadas con un 33%, encontrándose una significativa diferencia entre hombres y mujeres con un 22.2% y 43.5% respectivamente, esta diferencia de frecuencia entre hombres y mujeres podría deberse a que aquí en Guatemala existe una mayoría de maestras versus maestros tanto en instituciones públicas como privadas.

En el estudio epidemiológico de pacientes con disfonías funcionales de Elhendi Halawa W, realizado en México en 2012, reportan a los trabajadores de atención al público como los que más presentan disfonía (2), sin embargo no están incluidos los maestros, lo cual coincide con este estudio ya que los trabajadores en atención al público fueron los que obtuvieron el segundo lugar con un 19.8%. Es lógico encontrar estos hallazgos ya que tanto maestros como trabajadores de atención al público son personas que trabajan con sobre esfuerzo vocal.

Es conocido el efecto causal de fumar con la aparición de lesiones malignas a nivel de la laringe, sin embargo con respecto a la disfonía como síntoma no tuvo mayor relevancia ya que el 92.3% de los encuestados refirió no fumar, este resultado es similar al estudio realizado por Elhendi Halawa W ya que la mayoría de pacientes (72.3%) refirió no consumir tabaco. (2)

Actualmente la literatura da importancia a la relación de la disfonía con el reflujo gastroesofágico. (1,11) Es importante evaluar que dentro de las comorbilidades asociadas a la disfonía en este estudio, el reflujo gastroesofágico fue la más importante (59.3%). Difiere del estudio de Elhendi Halawa W en donde evidenció como principal comorbilidad la ansiedad 40%, seguido de rinitis alérgica 29.2% y posteriormente el reflujo gastroesofágico 13.8%. (2) Sin embargo, la rinitis alérgica fue el segundo lugar en este estudio con un 19.8% y posteriormente la ansiedad con 17.6%. Esta diferencia podría deberse a que los pacientes sobre evaluaron la ansiedad.

La mayoría de pacientes (48.5%) presentaban síntomas de 1 a 9 años de evolución, lo cual evidencia que la molestia no es de inicio reciente. Sin embargo el porcentaje de pacientes con menos de un año de evolución de disfonía también es alto (38.5%) lo que podría indicar que cada vez las personas le da más importancia a la disfonía ya que es un problema que afecta a su vida cotidiana. Cabe mencionar que un hallazgo importante fue el de dos pacientes que llevaban 32 y 52 años de evolución.

En la literatura existen diversos estudios que demuestran la importancia de la valoración de los trastornos vocales, así:

Estudio realizado en Hong Kong en 2001, con una población de 40 pacientes con disfonía y 40 “normales” y utilizando el test VAPP, llegaron a la conclusión de que la disfonía provocaba problemas en el trabajo, en la comunicación diaria y social, además de causar cierto daño emocional y limitaciones en las actividades diarias. (24)

Estudio realizado en Escocia en el 2002 con 163 pacientes que realizaron el test SF-36, concluyeron que la disfonía tiene un marcado impacto en la calidad de vida, teniendo la mayoría de pacientes una pobre calidad de vida. (25) En otro estudio donde también utilizaron el test SF-36, en Alemania en el 2004, con 108 pacientes disfónicos, el resultado fue que los problemas de la voz tienen una influencia negativa significativa en el estado de salud. (26)

En un estudio realizado en Alemania en 2005, aplicaron el test utilizado en este estudio (V-RQOL) a 52 pacientes, obteniendo que las mujeres obtuvieron un mayor resultado de pobre calidad de vida comparada con los hombres. (27) En un estudio realizado en Carolina del Norte en el año 2010 a 789 pacientes, se detectó que 1 de cada 13 pacientes presentaba un significativo deterioro de la calidad de vida. (19)

La calidad de vida de los pacientes en este estudio fue en su mayoría aceptable con un 33% y un porcentaje similar (29.7%) obtuvo regular calidad de vida. Es importante mencionar que el 14.3% refiere una mala calidad de vida, lo cual indica que la disfonía afecta en gran medida todos los aspectos de su vida.

Teniendo como referencia estos estudios. Se demuestra independientemente del test utilizado, que la disfonía representa un problema y una discapacidad importante a nivel de las actividades sociales y laborales del paciente y un impacto emocional considerable.

7. CONCLUSIONES

- 7.1 La disfonía es un desorden de la voz que afecta a las personas provocando cierto grado de discapacidad en las actividades sociales y laborales, lo que conlleva a disminuir la calidad de vida. La tercera parte de los pacientes entrevistados refiere aceptable calidad de vida y otra tercera parte indica que la disfonía les ocasiona regular calidad de vida.
- 7.2 La distribución de pacientes con disfonía es similar en relación al sexo. Respecto a la edad, la media es de 43 años para ambos sexos, con una diferencia de casi 10 años en la media de mujeres (43 años) y de hombres (51 años).
- 7.3 La ocupación que más presenta disfonía son los maestros. Solamente una mínima parte refiere consumir tabaco. La comorbilidad que más se encuentra es el reflujo gastroesofágico. El tiempo de evolución de la disfonía varía bastante, desde 1 año hasta 52 años, con una media de 21 años.

8. RECOMENDACIONES

8.1 Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

8.1.1 Promover la educación e higiene vocal a todos los pacientes, para prevenir la disfonía en quienes no la tienen y para mejorar el problema en quienes ya la padecen, por medio de vídeos que podrían colocarse en las salas de espera.

8.1.2 Instaurar clínicas de terapia de la voz en la Consulta Externa de Otorrinolaringología o en cada periférica para que todos los pacientes que consultan por disfonía y principalmente los profesionales de la voz practiquen ejercicios de terapia vocal.

8.2 A la Asociación de Otorrinolaringólogos de Guatemala

8.2.1 Promover conferencias médicas informativas a médicos generales sobre cómo la disfonía afecta la calidad de vida del paciente y la importancia de referir a los pacientes disfónicos con un otorrinolaringólogo para una pronta evaluación y diagnóstico, y así prevenir complicaciones y la pérdida de la fuerza laboral.

9. APORTES

- 9.1 Este es el primer estudio realizado sobre la caracterización y el impacto en la calidad de vida de los pacientes que presentan disfonía, esto brinda una base para futuros estudios en otras instituciones, tanto características clínicas como endoscópicas.
- 9.2 Se presentarán los resultados a todos los especialistas la unidad de Otorrinolaringología así como a las autoridades de la Unidad de Consulta Externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para evidenciar características epidemiológicas y cómo afecta la calidad de vida de los pacientes que consultan a dicha unidad.

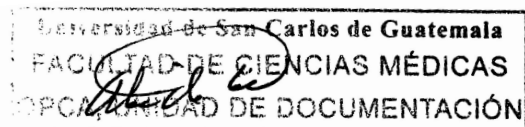
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, Rosenfeld RM, Deutsch ES, Gillespie B, et al. Clinical practice guideline: Hoarseness (Dysphonia). Otolaryngology Head and Neck Surgery. [en línea] 2009 Jun [accesado 15 Feb 2014]; 141. 3S2: 1-31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19729111>.
2. Elhendi Halawa W, Caravaca García A, Santos Pérez S. Estudio epidemiológico de pacientes con disfonías funcionales. AN ORL MEX. [en línea] 2012 [accesado 15 Feb 2014]; 57(1): 44-50. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2012/aom121h.pdf>
3. Schwartzmann L. Health-related quality of life: conceptual aspects. Cienc. enferm. [en línea] 2003 [accesado 11 Jul 2015]; 9(2): 9-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
4. Hogikyan ND, Sethuraman G. Validation of an instrument to measure voice-related quality of life (V-RQOL). [en línea] 1999 [accesado 15 Jun 2014]; 13(4): 557-69. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10622521>
5. Becerra J, Fernández ME, Ruiz R. Disfonía. Manejo en la práctica clínica. [en línea] Málaga, España. [2011?] [accesado 20 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/disfonia.pdf>
6. Eekhof JAH, Neven AK, Verheij T, Hopcroft K. Minor Ailments in Primary Care. Anevidence-based approach. [en línea] Canada: Elsevier; 2005. [accesado 20 Abr 2014]. Disponible en: <https://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780750688376/9780750688376.pdf>
7. Rosen CA, Anderson D, Murry T. Evaluating hoarseness: keeping your patient's voice healthy. Am Fam Physician. [en línea] 1998 Jun [accesado 12 Abr 2014]; 57(11): 2775-82. Disponible en: <http://www.aafp.org/afp/1998/0601/p2775.html>

8. Lanas A. Manejo y tratamiento de la disfonía en niños y adultos: cuándo y cómo. RevMedClin Condes [en línea] 2009 [accesado 15 Feb 2014]; 20(4): 477 – 485. Disponible en:
http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4%20julio/477_DISFONIA-12.pdf
9. LaRusso L. Laringitis. [en línea] N.Y. :EBSCO publishing; 2012. [actualizado 2012; accesado 13 May 2014]. Disponible en:<http://www.med.nyu.edu/content?ChunkIID=103604>
10. Lalwani AK. CURRENT Diagnosis and treatment. Otolaryngology, head and neck surgery. 2 ed. United States of America: McGraw Hill; 2008.
11. Chang JI, Bevans SE, Schwartz SR. Management of hoarseness/dysphonia. Otolaryngology Clinic of North America. [en línea] 2012 [accesado 15 Feb 2014]; 45: 1109–1126. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22980688>
12. File TM. The epidemiology of respiratory tract infections. SeminRespirInfect. [en línea] 2000 [accesado 18 Mar 2014]; 15(3): 184–194. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11052419>
13. File TM, Hadley JA. Rational use of antibiotics to treat respiratory tract infections. Am J ManagCare. [en línea] 2002 [accesado 18 Mar 2014]; 8: 713–727. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12212759>
14. Armstrong GL, Pinner RW. Outpatient visits for infectious diseases in the United States, 1980 through 1996. Arch Intern Med. [en línea] 1999 [accesado 21 Mar 2014]; 159: 2531–2536. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10573043>
15. Ludman H, Bradley PJ. ABC of ear, nose and throat. 5 ed. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2007.
16. Lee KJ. Otorrinolaringología: cirugía de cabeza y cuello. 7 ed. México: Mcgraww-Hill Interamericana; 2002.

17. Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins KT, Thomas JR, et al. Cummings Otolaryngology Head & Neck Surgery. 5 ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010.
18. Remacle M, Eckelhe. Surgery of Larynx and Trachea. Germany:Springer; 2010.
19. Cohen S. Self-Reported Impact of Dysphonia in a Primary Care Population: An Epidemiological Study. Laryngoscope. [en línea] 2010 [accesado 3 Ago 2015]; 120: 2022-2032. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20830762>
20. Cohen SM, Kim J, Roy N, Asche C, Courey M. Prevalence and causes of dysphonia in a large treatment-seeking population. Laryngoscope. [en línea] 2012 [accesado 3 Ago 2015]; 122(2): 343-348. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22271658>
21. Kupfer RA, Hogikyan EM, Hogikyan ND, Robbi A. Establishment of a normative database for the voice-related quality of life (V-RQOL) measure. J Voice. [en línea] 2014 [accesado 3 Ago 2015]; 28(4): 449-51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24495424>
22. Murry T, Medrado R, Hogikyan ND, Aviv JE. The relationship between ratings of voice quality and quality of life measures. J Voice. [en línea] 2004. [accesado 3 Ago 2015]; 18(2):183-92. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15193651>
23. Gasparini G, Behlau M. Quality of life: validation of the Brazilian version of the voice-related quality of life (V-RQOL) measure. J Voice. [en línea] 2009. [accesado 3 Ago 2015]; 23(1):76-81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17628396>
24. Ma EP, Yiu EM. Voice activity and participation profile: assesing the impact of voice disorders on daily activities. J Speech Lang Hear Res. [en línea] 2001 [accesado 17 Ago 2015]; 44(3):5 11-24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11407557?report=docsum>
25. Wilson JA, Deary IJ, Millar A, Mackenzie K. The quality of life impact of dysphonia. Clin Otolaryngol Allied Sci. [en línea] 2002 [accesado 17 Ago 2015]; 27(3): 179-82. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12071993?report=docsum>

26. Krischke S, Weigelt S, Hoppe U, Köllner V, Klotz M, Eysholdt U, Rosanowski F. Quality of life in dysphonic patients. J Voice. [en línea] 2005 [accesado 17 Ago 2015]; 19(1): 132-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15766858?report=docsum>
27. Rasch T, Günther S, Hoppe U, Eysholdt U, Rosanowski F. Voice related quality of life in organic and functional voice disorders. Logoped Phoniatr Vocol. [en línea] 2005 [accesado 17 Ago 2015]; 30(1): 9-13.
28. Spina AL, Maunsell R, Sandalo K, Gusmão R, Crespo A. Correlation between voice and life quality and occupation. Rev Bras Otorrinolaringol. [en línea] 2009. [accesado 17 Ago 2015]; 75(2): 275-9. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-72992009000200019&script=sci_arttext&lng=en
29. Merrill RM, Tanner K, Merrill JG, McCord MD, Beardsley MM, Steele BA. Voice symptoms and voice-related quality of life in college students. Ann Otol Rhinol Laryngol. [en línea] 2013 [accesado 17 Ago 2015]; 122(8): 511-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24027861?report=docsum>
30. Pizolato RA, Rehder MI, Meneghim Mde C, Ambrosano GM, Mialhe FL, Pereira AC. Impact on quality of life in teachers after educational actions for prevention of voice disorder: a longitudinal study. Health Qual Life Outcomes. [en línea] 2013 [accesado 17 Ago 2015]; 11:28. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23445566?report=docsum>

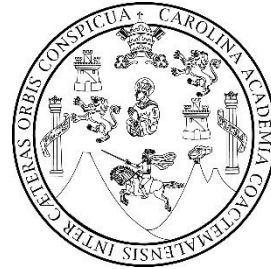


11. ANEXOS

11.1 Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO



Mi nombre es Rosa María Girón Ríos, soy estudiante de Medicina, para mi trabajo de grado estoy haciendo una investigación que tiene como objetivo conocer la calidad de vida del paciente con disfonía que consulta al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Para alcanzar este objetivo necesito su colaboración, participando en una encuesta que puede tardar no más de 10 minutos. Su identidad será mantenida en anonimato, y en el caso de que no quiera responder alguna pregunta puede manifestarlo con total libertad. El uso de la información obtenida será estrictamente académico.

Garantizo que la información facilitada será salvaguardada sigilosamente y no perjudicará su condición de paciente.

Usted puede rehusarse a participar en esta investigación si considera que lo perjudica en algún aspecto.

Agradezco de antemano su valiosa colaboración para el desarrollo de la investigación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Firma del participante _____

Firma del investigador _____

11.2 Entrevista

INSTRUMENTO PARA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DISFONÍA

I. Responda de forma directa o seleccione uno de los siguientes enunciados

1. Edad _____ 2. Sexo M F

3. Tiempo de inicio de los síntomas _____

4. Ocupación

Centro de llamada ("call center")

Maestro(a)

Atención al público (banco, cajero, almacén)

Locutor

Cantante

5. Padece alguna de estas enfermedades:

Reflujo gastroesofágico

Rinitis alérgica

Tos crónica

Ansiedad Otra

6. Fuma Sí _____ No _____

II. Teniendo en cuenta la gravedad su disfonía y la frecuencia con que ocurre, por favor califique cada pregunta, que tan "malo" es. Utilice la escala que aparece al final para calificar la importancia del problema.

Debido a mi voz

La gravedad de mi problema es el siguiente

Tengo problemas para hablar en voz alta o ser escuchado en situaciones ruidosas

1 2 3 4 5

Me quedo sin aire y necesito tomar respiraciones con frecuencia cuando hablo

1 2 3 4 5

A veces no sé cómo va a sonar mi voz cuando empiezo a hablar

1 2 3 4 5

Me siento ansioso o frustrado (a causa de mi voz)

1 2 3 4 5

En algunas ocasiones me siento triste o deprimido (por mi voz)

1 2 3 4 5

Tengo problemas para usar el teléfono (a causa de mi voz)

1 2 3 4 5

Tengo problemas para hacer mi trabajo o mi profesión

1 2 3 4 5

Evito compartir con las personas socialmente

1 2 3 4 5

Tengo que repetir lo que digo para que me entiendan

1 2 3 4 5

Salgo menos por causa de mi voz

1 2 3 4 5

1= ninguno 2 = leve 3 = moderado 4 = malo 5 = muy malo

11.3 Tabla

Tabla No. 3 Calidad de vida

Calificación VRQOL	Frecuencia
1-10 (Excelente)	5
11-20 (Regular a buena)	30
21-30 (Aceptable)	27
31-40 (Pobre)	16
41-50 (Mala)	13
Total general	91