

Trastorns de la veu

Com citar aquest document:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastorns de la veu. A: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. Barcelona: CLC; 2026. p. 418-437. Disponible a: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2026). Trastorns de la veu. A *Declaració de posicionaments i bones pràctiques en l'exercici professional de la logopèdia*. 2a edició revisada. (pp. 418-437). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, març de 2026. Amb les modificacions aprovades a l'Assemblea General Ordinària del 21 de març de 2026.

18

Directrius

- 1 El logopeda és el professional sanitari competent per a la prevenció, l'avaluació, el diagnòstic i el tractament dels trastorns de la veu, i ha de mantenir una formació adequada per intervenir en patologies diverses, amb atenció especial a la necessitat de formació especialitzada en casos complexos.
- 2 El CLC impulsa la recerca sobre la prevalença, l'impacte funcional, l'avaluació i la intervenció en els trastorns de la veu, i promou la creació d'instruments adaptats al context lingüístic i cultural.
- 3 El CLC defensa un abordatge interdisciplinari i basat en l'evidència per als trastorns de la veu, promou la coordinació entre professionals i la participació activa del pacient en el seu procés de rehabilitació.

Què és?

Definició

La disfonia es defineix com el deteriorament de les qualitats de la veu concretament de la freqüència, la intensitat, el timbre i la durada. Per la seva banda, l'afonia fa referència a la pèrdua completa de la veu. En relació amb la freqüència, la disfonia es caracteritza per una disminució de l'extensió tonal. Quant a la intensitat, pot comportar dificultats tant per a l'emissió de sons forts com de sons molt fluïxos. Pel que fa al timbre, la veu pot presentar un caràcter airejat, ronc o tens. Finalment, les alteracions vocals poden manifestar-se també en forma de reducció dels temps màxims de fonació.

Els trastorns de la veu es poden classificar de la següent manera:

- Trastorns orgànicofisiològics de la veu que resulten d'alteracions en els mecanismes respiratoris, laringis o del tracte vocal.
 - Trastorns estructurals i orgànics de la veu que resulten de canvis físics en el mecanisme vocal, com ara alteracions en els teixits del plec vocal (per exemple: edemes, quists o nòduls vocals) i canvis estructurals en la laringe a causa de l'envelliment.
 - Neurogènics: trastorns orgànics de la veu que resulten de problemes d'innervació del sistema nerviós central o perifèric a la laringe i que afecten el funcionament del mecanisme vocal, com ara tremolor vocal, disfonia espasmòdica o paràlisi del plec vocal.
- Trastorns funcionals de la veu que resulten d'un ús ineficient del mecanisme vocal quan l'estructura física és normal, com ara fatiga vocal, disfonia o afonia de tensió muscular, diplofonia o fonació ventricular.

Signes clínics

Els signes perceptius de la disfonia són:

- qualitat vocal rugosa (irregularitat percebuda a la font de veu);
- qualitat vocal bufada (escapament d'aire audible en la veu);
- qualitat vocal tensa (percepció d'esforç vocal excessiu, veu escanyada);
- freqüència tonal desviada de la normalitat per al sexe, edat i referent cultural de la persona;
- intensitat desviada de la normalitat per al sexe, edat i referent cultural de la persona;
- ressonància anormal;
- astènia (veu feble); i
- afonia (pèrdua de la veu);
- desonoritzacions o pauses de fonació;
- veu tremolosa (ondulacions de sonoritat);
- diplofonia (percepció de dos tons fonamentals simultanis);

- fry o veu de fregit (percepció de soroll blanc en la veu);
- falset (percepció d'ús del mecanisme cricotiroidè en veu parlada);
- inestabilitat en el to (percepció de galls o canvis sobtats de mecanisme muscular);
- atacs anormals (bufats, durs, cops de glotis);
- veu humida.

Altres signes i símptomes són:

- augment de l'esforç vocal associat a la parla;
- disminució de la resistència vocal o aparició de fatiga amb un ús prolongat de la veu;
- qualitat vocal variable al llarg del dia o durant la parla;
- quedar-se sense aire ràpidament;
- tos freqüent o aclariment de gola; i
- tensió, dolor o sensibilitat excessiva a la gola.

Els signes i símptomes es poden produir de manera aïllada o combinada. A mesura que avança el tractament alguns poden dissipar-se i d'altres poden sorgir a mesura que s'eliminen les estratègies compensatòries.

La qualitat auditiva-perceptiva de la veu en individus amb trastorns de la veu pot variar segons el tipus i la gravetat del trastorn, la mida i el lloc de la lesió (si n'hi ha) i les respostes compensatòries de l'individu. La gravetat del trastorn de la veu no sempre es pot determinar únicament a partir de la qualitat de la veu auditiva i perceptiva.

La disfonia implica funcions emocionals, de temperament i personalitat (b126 i b152), així com sensorials, com ara la funció gustativa i l'olfactiva (b250 i b225). També implica funcions de la veu, la parla, respiratòries, d'empassar i relacionades amb la mobilitat de les articulacions, especialment en els casos de malaltia oncològica (b310, b230, b440, b5105 i b710).

Codificació CIM-11

Codi	Concepte
MA82.0	Afonia
MA82.1	Disfonia
MA82.2	Rinolàlia
MA82.Y	Altres alteracions de la veu especificades
MA82.Z	Alteracions de la veu, sense especificació

CA0H.0	Paràlisi de cordes vocals o laringe
CA0H.1	Pòlip de les cordes vocals o laringe
CA0H.2	Nòduls de cordes vocals
CA0H.3	Edema de laringe
CA0H.4	Espasme laringi
CA0H.5	Estenosi de laringe
CA0H.Y	Altres malalties especificades de les cordes vocals o de laringe, no classificades en una altra part
CA0H.Z	Malalties de les cordes vocals o de laringe, no classificades en una altra part, sense especificació
CA0G	Laringitis crònica o laringotraqueïtis
2C23.1	Neoplàsies malignes de la glotis de la laringe
2C23.2	Neoplàsies malignes de la supraglotis de la laringe
2C23.3	Neoplàsies malignes de la subglotis de la laringe
2C23.4	Neoplàsia maligna del cartílag laringi
2C23.5	Neoplàsia maligna de lesió sobreposada de la laringe
2C23.Z	Neoplàsia maligna de la laringe, sense especificació
6B60.8Z	Trastorn de símptomes neurològics dissociatius amb alteració del moviment sense especificació (en la CIM-10, inclou la disfonia psicogènica)
MG2A	Disminució de la capacitat intrínseca associada a l'envel·liment (en la CIM-10 inclou la presbifonia)
5A9Z	Altres trastorns de la pubertat, sense especificació (en la CIM-10 inclou la puberfonia)

Causes

Diverses patologies i circumstàncies poden ser les causants de la pèrdua o el deteriorament de la veu:

- Lesions orgàniques laríngies: nòduls, pòlips, edema fusiforme, pseudoquist serós, edema de Reinke, quist intracordal, *sulcus glottidis*, *vergetures*, paràlisis laríngies, traumatismes interns i externs de la laringe, neoplàsies i les seves conseqüències quirúrgiques, granulomes larínge (postintubació, reflux laringofaríngi...), entre altres.
- Trastorns motors produïts per alteracions neurològiques centrals o perifèriques.
- Alteracions funcionals: tensió muscular inadequada, incompetència de tancament glòtic, alteracions de la ressonància, alteracions musculoesquelètiques o la incorrecta gestió de l'aire en la fonació.
- Relacionades amb l'evolució de l'individu: en la pubertat (puberfonia), en l'envel·liment (presbifonia) o en la seva definició de gènere (transsexualitat).
- Pèrdua auditiva tant prelocutiva com postlocutiva.
- Causes psicològiques: disfonia psicogènica, estrès, depressió.

Epidemiologia

Tot i que els estudis de prevalença varien segons la població estudiada, en l'actualitat existeixen investigacions amb mostres àmplies, com la duta a terme als Estats Units d'Amèrica que estableix una prevalença d'aproximadament l'1 % de la població. En una revisió actualitzada es descriu un augment gradual del diagnòstic de disfonia de l'1,3 % a l'1,7 % de la població des del 2008 fins al 2012. Recentment en l'àmbit europeu s'ha informat d'una prevalença global de 16,9 % en un estudi amb majors de 18 anys.

22,5/100.000 habitants majors de 18 anys

Pel que fa a la distribució per sexe, els estudis coincideixen a establir que hi ha major prevalença en dones que en homes adults amb dades entre el 9 i el 12 % en les dones i entre el 6 i el 7 % en els homes. En l'etapa infantil aquesta assignació s'inverteix, i s'observa major afectació en nens que en nenes.

9.000-12.000/100.000 dones adultes

6.000-7.000/100.000 homes adults

Pel que fa a la distribució per edat, l'afectació vocal augmenta amb l'edat així com la gravetat de la disfonia. La disfonia pot estar relacionada amb les activitats laborals. Alguns sectors de producció, com el cos docent i en l'àmbit dels serveis, presenten una prevalença més alta d'alteracions vocals que la població general. En el nostre país, des del 2006, els nòduls vocals causats per esforços sostinguts de la veu per motius professionals han estat reconeguts com a malaltia professional.

Dins de les lesions neoplàsiques que afecten la veu, cal informar que, en el nostre país, el càncer de laringe presenta una prevalença de 18 casos cada 100.000 habitants.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per conèixer la prevalença local en el nostre país dels trastorns de la veu.

Impacte en la vida de la persona

Els trastorns de la veu són relativament freqüents i poden tenir un impacte significatiu en la qualitat de vida dels pacients, sigui en el camp comunicatiu, social i laboral. En casos de neoplàsia de laringe, les seqüeles de la cirurgia poden ser molt importants en la qualitat de vida dels pacients i afectar aspectes essencials com la deglució, la mobilitat del tronc superior i les relacions interpersonals si hi ha traqueotomia i veu esofàgica.

En relació amb les activitats i participació, la disfonia incideix en activitats de comunicació (d3), d'autocura (d5) i de les interaccions i relacions interpersonals generals (d7). Amb el pas del temps, pot afectar el treball (d845 i d850) i el conjunt de la vida comunitària, social i cívica (d9). Al final del capítol, trobareu detallades les afectacions de la veu en el quadre de la codificació CIF.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants per estudis per a la creació de conjunts bàsics de categories de la CIF (coreset) per a la identificació dels elements en què incideixen els trastorns de la veu.

Gradació de severitat, conseqüències i suports

Grau 0: limitació mínima per a l'emissió vocal

La persona pot emetre la seva veu amb una intensitat i un temps de fonació suficients per solucionar la majoria de les necessitats comunicatives de cada dia, encara que això li pugui exigir cert esforç o ocasionalment pugui superar la capacitat del pacient. De manera puntual, la seva veu presenta ronquera marcada, monotonia per manca d'eficàcia del control tonal o to inadequat per a la seva edat i sexe, però cap d'aquestes alteracions arriba a limitar de forma rellevant l'eficàcia en la comunicació.

Grau I: limitació moderada per a l'emissió vocal

La persona pot emetre la seva veu amb una intensitat i un temps de fonació suficients per solucionar moltes de les necessitats comunicatives de cada dia, però té especial dificultat per fer-se sentir en ambients sorollosos comuns (estacions, restaurants, trens, vehicles, etc.), es cansa amb facilitat o la veu s'altera ràpidament davant de petits esforços. Pot seguir una conversa en ambients normals (converses en grups no nombrosos, converses reposades i en entorns sense soroll excessiu). La veu està gairebé contínuament alterada en la seva intensitat, to o timbre i el temps de fonació no sobrepassa els cinc segons.

Grau II: limitació severa per a l'emissió vocal

La persona pot emetre la seva veu amb una intensitat i un temps de fonació suficients per solucionar algunes de les necessitats comunicatives de cada dia. Pot presentar dificultats per mantenir una conversa en un ambient normal durant curts períodes de temps, però no pot fer-se sentir en ambients sorollosos habituals.

S'inclouen en aquest grau de severitat de la discapacitat les persones que han patit una excisió de la laringe i poden adquirir la veu erigimofònica o utilitzar eficaçment altres mètodes tècnics alternatius a la fonació fisiològica.

Grau III: limitació greu per a l'emissió vocal

El pacient pot emetre la seva veu amb una intensitat i un temps de fonació suficients per solucionar poques necessitats comunicatives de cada dia. La veu és sempre àfona, amb emissions de veu xiuxiuejada, audibles amb dificultat, que s'emeten entretallades i amb esforç. El temps de fonació, limitat a un o dos segons, amb prou feines permet l'emissió o fins i tot fonació de paraules aïllades. Si és el cas, amb erigimofonia o altres mètodes tècnics alternatius a la fonació fisiològica es compensa la situació abans descrita amb molta dificultat.

Grau IV: limitació total per a l'emissió vocal

El pacient no pot emetre la seva veu amb una intensitat i un temps de fonació suficients per solucionar cap de les necessitats comunicatives de la vida diària. Quan es tracta d'un pacient laringectomitzat, aquest no és capaç d'adquirir l'erigimofonia o d'utilitzar altres mètodes tècnics alternatius a la fonació fisiològica.

Rol del logopeda

Els logopedes són els professionals competents per a la realització dels tractaments preventius, rehabilitadors i de manteniment dels trastorns de la veu. Aquesta atribució es desprèn de l'article 7.2f de la LOPS, que afirma que els logopedes desenvolupen les activitats de prevenció, avaluació i tractament dels trastorns de la fonació, mitjançant tècniques terapèutiques pròpies de la seva disciplina. De la mateixa manera, de l'Ordre CIN/726/2009, que estableix els requisits mínims per a la verificació dels títols que habiliten per a l'exercici de la professió de logopeda, és palès que els logopedes graduats coneixen les bases anatomicofisiològiques de la fonació, els seus trastorns i les tècniques i instruments per al seu diagnòstic logopèdic i les estratègies terapèutiques. Aquesta visió la comparteixen els documents de perfil professional, que declaren que la logopèdia té com a finalitat millorar les qualitats alterades de la veu o la instauració d'una veu substitutòria o d'altres sistemes alternatius de comunicació.

Una persona graduada en logopèdia està capacitada per realitzar la major part dels programes de prevenció, educació i manteniment de la veu i dels tractaments rehabilitadors. Entenem que els logopedes que intervenen en les alteracions de la veu han de gaudir d'una bona salut vocal i auditiva, així com d'un coneixement sòlid i d'una gestió adequada de la seva veu. Determinades intervencions requereixen un nivell d'expertesa que sovint excedeix la formació adquirida en els estudis de grau. Ens referim, especialment, a les intervencions en patologies neoplàsiques —incloent-hi la gestió de pròtesis fonatòries— o en certs processos de rehabilitació de la veu en usuaris d'alt rendiment vocal, com ara cantants o actors. En aquests casos, considerem especialment positiu que alguns professionals optin per complementar la seva formació amb estudis de caràcter més especialitzat.

Orientació interdisciplinària

La persona que pateix disfonia ha de ser atesa per un equip multidisciplinari que respongui de forma holística les seves necessitats. L'equip de rehabilitació hauria d'incloure metges ORL o foniatres, logopedes, amb la participació puntual de fisioterapeutes (quan les relacions entre postura i alteració vocal siguin significatives) i de psicòlegs (quan les relacions entre estat emocional i alteració vocal siguin sig-

nificatives). Els logopedes s'ocuparan de la rehabilitació de la disfonia dins d'aquest marc.

Entenem que els pacients afectats per trastorns de la veu han de ser derivats cap a una atenció especialitzada: serveis d'Otorrinolaringologia, d'Oncologia i unitats de Foniatria i Postcovid. Cal articular les relacions entre els serveis derivadors i els serveis rehabilitadors per afavorir la possibilitat d'interconsulta presencial i espai compartit per a la discussió de casos clínics.

És responsabilitat de tots els professionals implicats assegurar que el pacient comprèn i fa seus els elements que participen en el seu trastorn i en el paper que haurà de tenir en el procés de rehabilitació. Aquesta corresponsabilitat serà un aspecte clau en l'adherència al tractament i en el seguiment de les orientacions posteriors al tractament.

Diagnòstic logopèdic

Informació mínima necessària del derivador

En el context de l'atenció sanitària l'usuari serà derivat al servei de logopèdia per part del metge ORL o foniatria i caldrà que aportï informació relativa a:

- Orientació diagnòstica amb informació de les estructures i la fisiologia alterada.
- L'exploració de la laringe per videolaringostroboscòpia és la prova mínima necessària per a la derivació. Exploració informada amb imatges o vídeo de la laringe. En disfonies secundàries, cal aportar altres informacions relatives al procés primari.
- És aconsellable que la derivació inclogui puntuació del VHI-10 o del VHI-30.
- Temps d'evolució de la clínica.
- Tractaments relacionats realitzats, siguin quirúrgics, rehabilitadors o farmacològics, amb data de realització.
- Proves complementàries relacionades realitzades, resultat, interpretació i data de realització.
- Repercussió de la clínica en les activitats de la vida diària del pacient i en l'àmbit laboral, si és el cas.

Exploració clínica

D'acord amb la Classificació Internacional de Funcionament, Discapacitat i Salut (CIF) de l'Organització Mundial de la Salut, es fa una avaluació integral per identificar i descriure:

- Deficiències en l'estructura i la funció corporals, incloses les relacionades amb la veu i la funció de les vies respiratòries laríngies.
- Limitacions en l'activitat i la participació, inclosa la comunicació funcional i les interaccions socials, així com l'impacte de les

alteracions de la veu en la qualitat de vida, inclòs l'impacte de les limitacions en els rols socials de l'individu dins de la seva comunitat.

- Factors contextuals (ambientals i personals) que serveixen de barrera o facilitadors de l'èxit de la comunicació i la participació en la vida.

1 / Avaluació de l'estructura i de les funcions corporals

A partir de les imatges i l'informe mèdic, els logopedes realitzaran la valoració logopèdica de la veu incloent-hi aspectes de postura i gest, interpretació funcional de les imatges laríngies, valoració perceptiva de la veu i una anàlisi acústica objectiva.

Algunes de les proves i instruments que els logopedes han de fer servir per valorar la fonació es poden considerar que envaeixen el cos del pacient (com mirallets, depressors o els mateixos dits). En el mateix sentit, tant en l'exploració com en el tractament, és usual utilitzar al·ments que són ingerits en la consulta. Cal recordar que aquestes proves i procediments s'han de dur a terme en consultes o centres sanitaris que puguin respondre davant de qualsevol eventualitat que suposi un risc per al pacient.

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a avaluar els trastorns de la veu amb les eines següents:

- Consens Auditiu-Perceptiu d'Avaluació de la Veu (CAPE-V).
- Índex Acústic de la Qualitat Vocal (AVQI).

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per a la creació d'instruments d'avaluació en català i castellà dels trastorns de la veu.

2 / Avaluació de la participació, activitats i qualitat de vida

L'avaluació de l'impacte de la disfonia en la vida relacional i laboral dels pacients requereix una atenció específica en les entrevistes amb el pacient i el seu entorn. A més, alguns instruments de valoració de la qualitat de vida relacionada amb la veu com el VHI-10 o el Perfil d'Activitat i Participació Vocal (SVAPP-S) poden ser de gran interès per a la sistematització d'aquesta informació.

En pacients menors de setze anys, cal adaptar les preguntes al nivell de desenvolupament de la persona mentre no es creen i validen instruments de valoració de les activitats i participació vocal adequats per a la seva edat.

3 / Avaluació del context

Les entrevistes amb el pacient i el seu entorn han de servir per a la identificació de barreres contextuals i facilitadors.

S'han d'avaluar els codis CIF que poden suposar factors facilitadors o dificultats entre els quals trobem les relacions familiars (e310 i e 315), els cuidadors i personal d'ajuda (e340), l'ús de productes i

tecnologia per a la comunicació (e125), les actituds individuals (e4), els serveis, sistemes i polítiques (e5) i l'entorn natural i canvis en l'entorn derivats de l'activitat humana com ara el clima, el so i la qualitat de l'aire (e225, e250 i e260).

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis per a la creació d'instruments en català i castellà d'avaluació de les necessitats de la persona i el seu context.

A qui s'adreça la intervenció?

Críteris per a la indicació del tractament

Són tributaris de tractament logopèdic:

- Pacients amb disfonia o afonia:
 - Que presentin una lesió susceptible de desaparèixer o disminuir gràcies al tractament logopèdic;
 - Que presentin lesions tributàries de cirurgia per a una rehabilitació pre- i postquirúrgica i les seves conseqüències;
 - Que presentin una alteració funcional que generi una discapacitat comunicativa susceptible de millora amb el tractament logopèdic.
- Pacients que han perdut la capacitat de generar veu laríngia (neoplàsia de laringe, traumatismes greus...) i que cal que implementin altres veus substitutòries o altres sistemes augmentatius i alternatius de comunicació.
- Pacients amb trastorns de la veu atribuïbles a l'envelliment que presentin dificultats de comunicació en els seus entorns habituals, quan les seves capacitats cognitives permetin seguir la rehabilitació.

Críteris per regular el tractament

Es regularà la intensitat del tractament logopèdic davant d'alguna circumstància que impedeixi o interfereixi en l'evolució correcta del procés i en la millora funcional del pacient. Concretament, els pacients que presentin:

- Manca de col·laboració, amb rebuig a la teràpia, incompareixença al tractament o no compliment de les pautes indicades. Manca de responsabilitat del pacient en el seu procés assistencial.
- Manca de nivells mínims d'alerta, de consciència, atenció, cognició i col·laboració per participar d'una rehabilitació de la comunicació.
- Pacients que presenten trastorns de conducta o d'addicció que impedeixen l'aprenentatge.
- Manca de suport sociofamiliar adequat si aquest resulta imprescindible per al tractament.

- Circumstàncies externes que impedeixin o interfereixin en l'evolució correcta del procés i la millora funcional del pacient.

Com intervenir-hi?

Objectius

Els objectius es divideixen en:

- **Habilitats:** millorar, compensar o equilibrar les funcions i estructures del sistema fonador.
- **Activitat:** minimitzar els símptomes de les disfonies, incloent-hi les estratègies compensatòries apreses.
- **Participació:** permetre la participació segons les circumstàncies de cada individu i preferències. Desenvolupar habilitats i confiança social, promoure la independència. Reduir l'aïllament i augmentar la integració social. Afavorir la comunicació entre iguals.
- **Benestar:** maximitzar la sensació de benestar i la qualitat de vida de les persones. Desenvolupar estratègies d'afrontament.

Intervencions preventives

Les alteracions de veu i el seu impacte en la vida es poden prevenir amb estratègies formatives, de condicionament dels llocs de treball i amb intervencions logopèdiques individualitzades en persones amb risc. Totes aquestes accions pertanyen al camp professional dels logopedes.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis d'intervencions preventives en els trastorns de la veu.

Intervencions de millora i rehabilitació

El CLC orienta els professionals de la pràctica clínica a intervenir en els següents elements dels trastorns de la veu.

Ni la literatura científica ni la tradició professional aporten protocols específics per a cada patologia o trastorn. Basant-se en un conjunt de recursos terapèutics, el professional ha de fer-ne una selecció i adaptació per a cada pacient. El conjunt de recursos terapèutics està avalat a bastament per la literatura científica.

Les accions dels logopedes poden ser intervencions directes sobre:

- La funció vocal, mitjançant eines de modificació de la fisiologia de la fonació.
- La funció auditiva, mitjançant eines de modificació del *feedback* auditiu.
- Somatosensorial, mitjançant eines de modificació del *feedback* propioceptiu i visual.
- Musculoesquelètica, mitjançant eines de modificació de la postura i el gest.

→ Respiratòria, mitjançant eines de modificació de la gestió de buf fonatori.

Els logopedes també poden incidir de manera indirecta en l'estat de salut vocal quan aporten coneixements sobre la veu o bé quan promouen la identificació i modificació dels factors psicosocials que hi impacten negativament.

En la *Guia de pràctica clínica* de l'Acadèmia Americana d'ORL s'informa que el tractament rehabilitador del conjunt de trastorns de la veu realitzat per logopedes acreditats té una evidència i un grau de recomanació alts.

El tipus d'intervenció dependrà de l'etiologia del trastorn. El tractament funcional és la intervenció adequada per a les disfonies funcionals (hiper- o hipocinètica, nòduls, edemes...) i per a diagnòstics de sospita o no certa, disfonia per reflux faringolaríngi, psicogènica, espàstica, presbifonia i puberfonia en la fase aguda de la patologia.

Quan la disfonia és causada per paràlisis laríngies, en la fase aguda de la patologia, es realitza rehabilitació muscular i rehabilitació postmedialització.

La rehabilitació prequirúrgica és la intervenció d'elecció per a lesions congènites i recidivants com ara quists, pòlips, en la fase aguda de la patologia. En alguns casos de patologies tributàries de cirurgia, s'ha pogut observar que el tractament prequirúrgic generava una millora en la veu i en la qualitat de vida del pacient que feia innecessària la intervenció quirúrgica, però requeria una atenció logopèdica més perllongada.

La rehabilitació postquirúrgica és la intervenció logopèdica adient per a la recuperació posterior a la cirurgia de lesions congènites i recidivants, com ara quists o pòlips, i també per a laringectomies parcials i reconstructives.

Caldran intervencions de rehabilitació per a la implementació de la veu erigimofònica o d'ús de pròtesis fonatòries com a suport per a les persones amb laringectomies totals en la fase aguda de la patologia.

En relació amb les modalitats de tractament, la literatura no aporta evidències determinants sobre les intervencions grupals, telemàtiques, intenses o breus. Entenem que cal seguir els procediments habituals en el nostre context, que els logopedes coneixen i és responsabilitat seva seleccionar-los i implementar-los. Aquest principi ens porta a recomanar la implementació de tractaments majoritàriament individuals amb la incorporació d'algunes sessions en grup (de quatre pacients com a màxim) per afavorir, en les fases més avançades del tractament, la generalització i els usos comunicatius dels progressos assolits en les sessions individuals. L'experiència recent d'ús de tecnologies de comunicació a distància ens fa pensar que la incorporació de programes semipresencials pot ser adequada en processos de manteniment dels avenços terapèutics assolits en les sessions presencials.

La complexitat del fenomen vocal ens duu a presentar una llista de factors moderadors que poden fer que un procés de tractament rehabilitador exigeixi una intervenció més específica quant a indivi-

dualització, durada o tractaments complementaris. Es considera que la presència d'algun d'aquests factors pot fer que la intervenció sigui més complexa:

- Profesió: professional de la veu (mestre, comercial, locutor, cantant, etc.).
- Tipus personalitat: inestable, ansiós, etc.
- Al·lèrgia respiratòria.
- Reflux faringolaríngi.
- Comorbiditat diversa.
- En les laringectomies per neoplàsia de laringe, poden ser factors importants: el sistema familiar, la quimioteràpia i la radioteràpia.

Algunes lesions laríngies que afecten la veu no sempre tenen un diagnòstic de certesa en la primera exploració laringològica. Aquest fet provoca que hi hagi pacients que inicien un tractament rehabilitador sota un codi de lesió d'origen funcional o, fins i tot, com a disfonia funcional sense lesió i, després d'unes setmanes de tractament funcional, l'edema laringi difós es redueix i es pot evidenciar, en una nova videolaringoscòpia, que el pacient presenta una lesió de tipus congènit (quist o *sulcus*) i que pot ser tributari de cirurgia segons l'evolució que faci amb el tractament rehabilitador.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis sobre la intervenció logopèdica als trastorns de la veu.

Intervencions de manteniment de la funció

Entenem que la parla i la conversa quotidiana exerceixen la funció de manteniment dels progressos assolits en el tractament logopèdic. Cal, però, incentivar el pacient i el seu entorn a estar amatents a l'evolució dels símptomes per recuperar alguns dels exercicis que els logopedes recomanen, si cal, i fer-ne una activitat sistemàtica per evitar la pèrdua de l'eficàcia comunicativa. Una de les activitats de manteniment saludables per a la veu és el cant, en les diverses modalitats i gèneres realitzat sota la supervisió de professorat qualificat.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis sobre la intervenció de manteniment als trastorns de la veu.

Intervencions en l'entorn

Les persones que pateixen alteracions de la veu poden veure augmentades o disminuïdes les seves capacitats de vida saludable per l'acció de diversos suports i barreres de l'entorn, abans avaluats segons els codis CIF. Per aquest motiu, els logopedes, que coneixeran els contextos d'ús de la veu dels pacients, els poden orientar en les modificacions adients per a la creació d'espais més saludables. Un dels àmbits on aquestes modificacions són més efectives és el dels aspectes relacionats amb el soroll ambiental i en la qualitat de l'aire.

El CLC aconsella a professionals clínics, investigadors i estudiants fer estudis sobre la intervenció en l'entorn dels trastorns de la veu.

Intervencions no recomanades

En el moment de publicació d'aquest document no es coneixen intervencions no recomanades per la literatura científica.

De moment, cal evitar mètodes experimentals no validats —com programes informàtics comercials sense revisió— fins que es disposi de resultats sòlids. Aplicar aquestes tècniques pot restar temps i recursos a les intervencions.

Equipament

El CLC aconsella als professionals de la pràctica clínica que tinguin els següents elements d'equipament a la seva disposició a l'hora d'intervenir en trastorns de la veu. En alteracions de la veu cal disposar d'un espai suficient per permetre que el pacient o un petit grup de pacients facin les activitats de treball corporal que faciliten l'adquisició de nous gests vocals. Cal tenir en compte que algunes de les manipulacions corporals, laríngies i extralaríngies s'han de dur a terme en una llitera. La captació de mostres de veu per a les valoracions i les estratègies de *feedback* pròpies del tractament rehabilitador requereixen disposar d'equipament d'enregistrament i anàlisi digital de la veu (enregistradors digitals, micròfon i ordinadors equipats de programari especialitzat —existeixen opcions de programari lliure validades). Finalment, per a la correcta indicació de les altures tonals de la veu, l'instrument més pràctic i habitual en els serveis de logopèdia de veu és un teclat musical electrònic. Les intervencions amb pacients laringectomitzats o amb infants pot requerir alguns materials de suport que no suposen un cost excessivament alt.

Els usuaris amb laringectomies totals poden fer servir pròtesis fonatòries i implants.

Informació d'alta

Requisits d'alta

Per valorar l'estat funcional del pacient en el moment de l'alta es realitza una nova avaluació amb les mateixes proves i escales de la valoració inicial i s'informa del resultat obtingut després del procés d'intervenció.

Es considera que el tractament pot finalitzar quan l'avaluació integral informa que l'estat del pacient ha millorat en el seu grau de severitat. O bé quan:

- Les tasques del tractament són de naturalesa repetitiva i ja no suposen canvis en les capacitats o el pacient no requereix un seguiment constant per completar-les.
- El pacient ha assolit el nivell més alt de capacitat funcional possible, ja que no s'observen millores.
- La qualitat de la veu de l'individu no perjudica la seva participació en les activitats i no afecta l'estat de salut, la seguretat ni la independència de la persona.

- La qualitat de la veu de l'individu és equivalent a la d'altres persones de la mateixa edat cronològica, gènere, ètnia o origen cultural i lingüístic.

Orientacions per a després de l'alta

La gestió de la veu per part del pacient després de la rehabilitació és un dels aspectes importants per tal d'assegurar el manteniment dels resultats obtinguts.

Els professionals rehabilitadors han de promoure la responsabilitat del pacient en la fase d'alta. Aquest tràmit no és només un acte administratiu sinó que cal plantejar-lo com un punt clau en la rehabilitació. El pacient ha de ser partícip dels objectius i estratègies que ha desenvolupat en el tractament i que han d'ajudar-lo a mantenir la seva salut vocal en el seu dia a dia normalitzat.

Els logopedes han de transmetre al pacient les indicacions d'higiene i les activitats de manteniment que l'ajudaran a preservar la salut assolida. Algunes de les indicacions poden ser participar en activitats de lleure que facilitin el manteniment de la salut vocal. Activitats com el cant, la lectura en veu alta, el treball corporal amb activitats físiques guiades per professionals poden ser indicacions adients.

Codificació CIF

Capítol	Codi i descripció
FUNCIONS CORPORALS	
b1 Funcions mentals	b126 Funcions de temperament i personalitat
	b152 Funcions emocionals
b2 Funcions sensorials i dolor	b250 Funció gustativa
	b255 Funció olfactiva
b3 Funcions de la veu i la parla	b310 Funcions de la veu
	b3100 Producció de veu
	b3101 Qualitat de veu
	b320 Funcions d'articulació
b330 Funcions relacionades amb la fluïdesa i el ritme de la parla	
b340 Funcions alternatives de vocalització	

b4
Funcions dels sistemes cardiovasculars, hematològic, immunològic i respiratori

b440 Funcions respiratòries

b5
Funcions dels sistemes digestiu, metabòlic i endocrí

b5105 Empassar

b7
Funcions neuromusculoesquelètiques i relacionades amb el moviment

b710 Funcions relacionades amb la mobilitat de les articulacions

ACTIVITATS I PARTICIPACIÓ

d3
Comunicació

d330 Parlar

d 350 Conversar

d360 Utilització de dispositius i tècniques de comunicació

d3600 Utilització de dispositius de telecomunicacions

d7
Interaccions i relacions interpersonals

d750 Relacions socials informals

d8
Àrees principals de la vida

d845 Aconseguir, mantenir i finalitzar un treball

d850 Treball remunerat

d9
Vida comunitària, social i cívica

d910 Vida comunitària

d920 Temps lliure i oci

d9204 Aficions

d9205 Socialitzacions

FACTORS AMBIENTALS

e1 Productes i tecnologia	e125 Productes i tecnologia per a la comunicació e1251 Productes i tecnologia d'assistència per a la comunicació
e2 Entorn natural i canvis en l'entorn derivats de l'activitat humana	e225 Clima e2250 Temperatura e2251 Humitat e250 So e2500 Intensitat sonora e2501 Qualitat del so e260 Qualitat de l'aire
e3 Suport i relacions	e310 Familiars propers e315 Altres familiars e320 Amics e325 Coneguts, companys, col·legues, veïns i membres de la comunitat e330 Persones en càrrec d'autoritat e335 Persones en càrrec subordinat
e4 Actituds	e410 Actituds individuals de membres de la família propera e415 Actituds individuals d'altres membres de la família e420 Actituds individuals d'amics e425 Actituds individuals de coneguts, companys, col·legues, veïns i membres de la comunitat e430 Actituds individuals de persones en càrrec d'autoritat e435 Actituds individuals de persones en càrrec subordinat e440 Actituds individuals de cuidadors i personal de suport e445 Actituds individuals de desconeguts e450 Actituds individuals de professionals de la salut e455 Actituds individuals de professionals relacionats amb la salut e460 Actituds socials e465 Normes, costums i ideologies socials e498 Actituds, altres especificades e499 Actituds, no especificades
e5 Serveis, sistemes i polítiques	e515 Serveis, sistemes i polítiques d'arquitectura i construcció e580 Serveis, sistemes i polítiques de salut

Bibliografia

- Barsties B, Maryn Y. External Validation of the Acoustic Voice Quality Index Version 03.01 with Extended Representativity. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2016;125(7):571-583. [doi:10.1177/0003489416636131](https://doi.org/10.1177/0003489416636131)
- Bermúdez-de-Alvear RM, Gálvez-Ruiz P, Martínez-Arquero AG, Rando-Márquez S, Fernández-Contreras E. Evaluation of Psychometric Properties of Voice Activity and Participation Profile (VAPP): A Spanish Version. *J Voice*. 2019;33(4):582.e15-582.e22. [doi:10.1016/j.jvoice.2018.01.005](https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.01.005)
- Calaf N, Garcia-Quintana D. Development and Validation of the Bilingual Catalan/Spanish Cross-Cultural Adaptation of the Consensus Auditory-Perceptual Evaluation of Voice. *J Speech Lang Hear Res*. 2024;67.4: 1072-1089.
- Lyberg-Åhländer V, Rydell R, Fredlund P, Magnusson C, Wilén S. Prevalence of Voice Disorders in the General Population, Based on the Stockholm Public Health Cohort. *J Voice*. 2019;33(6):900-905. [doi:10.1016/j.jvoice.2018.07.007](https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2018.07.007)
- Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, Damask CC, Digoy GP, Krouse HJ, ... Nnacheta LC. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) [Update]. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)*. 2018;158(1_suppl): S1-S42. <https://doi.org/10.1177/0194599817751030>
- Van Stan JH, Roy N, Awan S, Stemple J, Hillman RE. A taxonomy of voice therapy. *American Journal of Speech-Language Pathology*. 2015;24(2): 101-125. https://doi.org/10.1044/2015_AJSLP-14-0030

