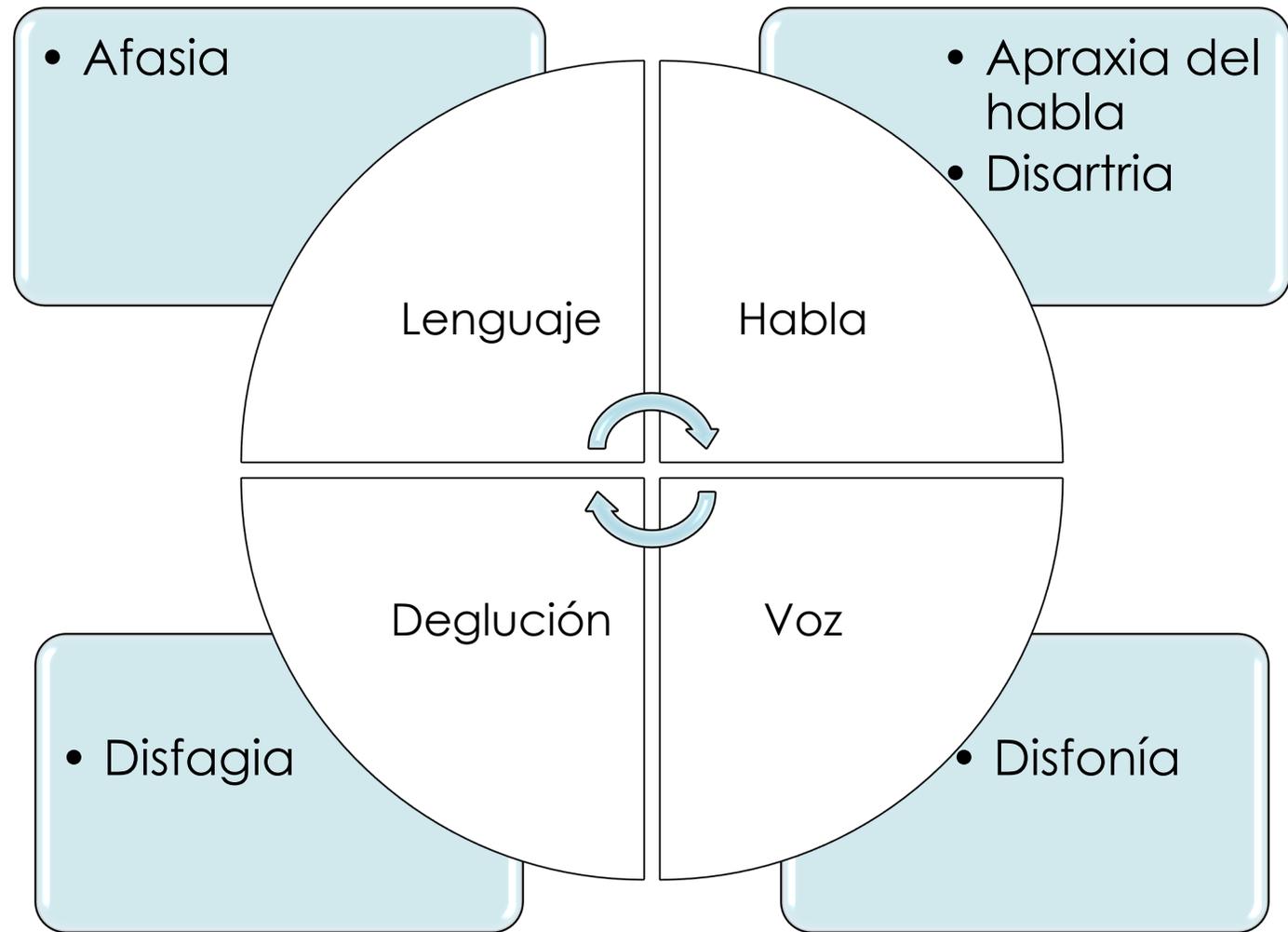


Rol del Fonoaudiólogo en UPC

Yennifer Rodríguez Nanjarí
Fonoaudióloga UV
Diplomada en fonoaudiología geronto-geriátrica UV
Master en Neurologopedia
Universidad Autónoma de Barcelona
Doctoranda Fonoaudiología UMSA

Área disciplinar de la fonoaudiología de adultos



Área disciplinar del Fonoaudiólogo

Deglución

14

Comunicación

1

Traqueostomía

3

Deglución-
Comunicación-
Cognición

4

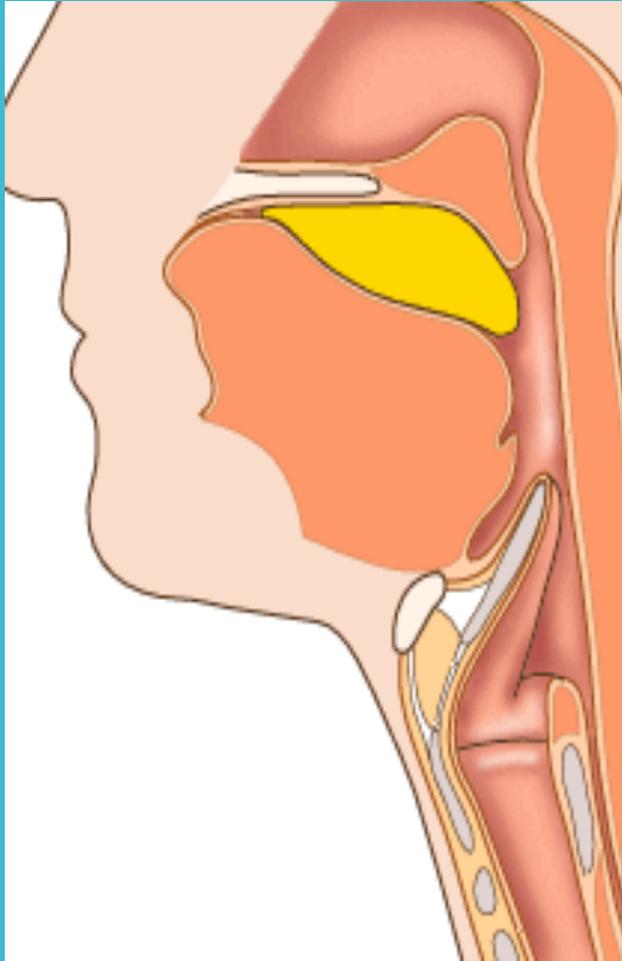


REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE PUBLICACIONES CIENTÍFICAS EN RELACIÓN AL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE PACIENTES ADULTOS

Defensa de Seminario de Investigación para optar al grado de Licenciado en Fonoaudiología

Profesora Guía – Autora: Rodríguez, Y.

Alumnas Tesistas – Coautoras: Arquero, V., Barrera, M., Parada, Y., Pino, K.



Deglución

(Araújo, Faria, Paiva & Pessoa, 2013)

(Hincapié-Henao, Lugo, Ortiz & López, 2010)

(Macht, Wimbish, Bodine & Moss, 2013)

Valoración de deglución y establecimiento de vía segura de alimentación.

Aplicación de protocolos de signos y síntomas de la deglución.

Desarrollo de terapias dirigidas a reducir la disfunción de la deglución.

Complicaciones de la intubación endotraqueal

9 estudios- 775 paciente-X 8,2 días de IOT

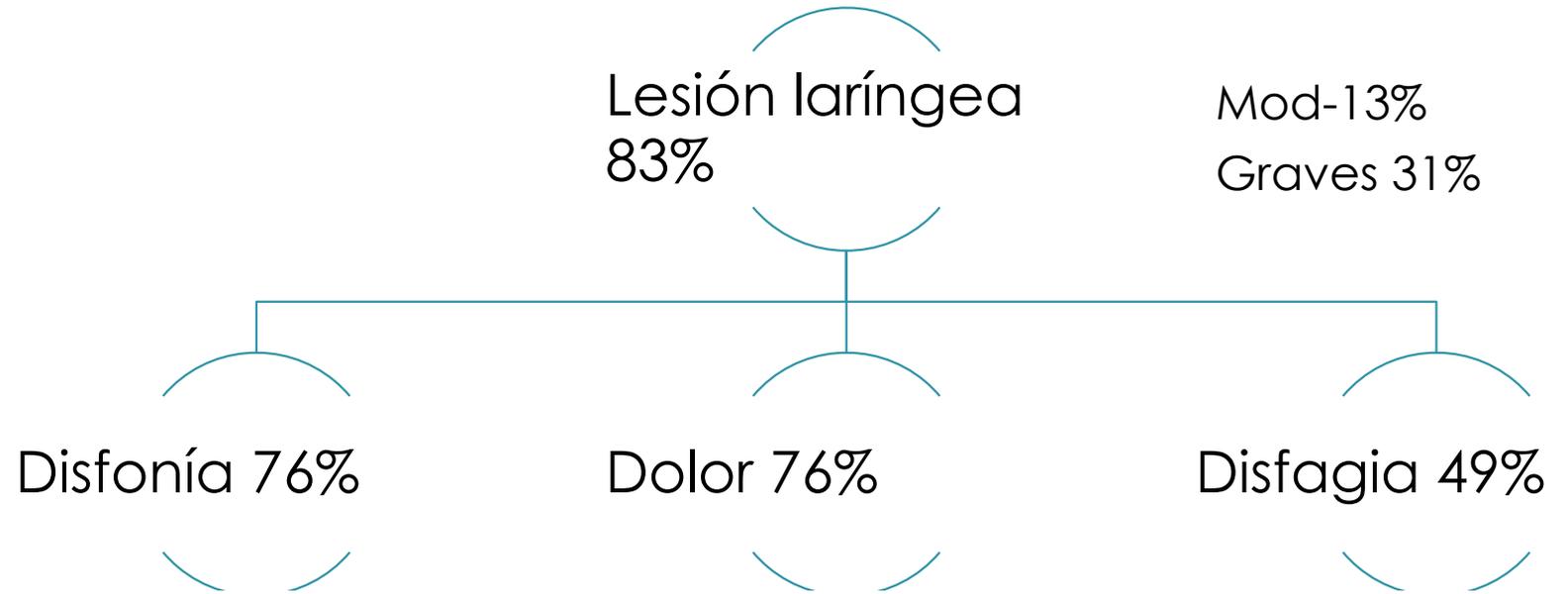


Tabla I Prevalence of Laryngeal Injury Grade by Average Intubation Duration

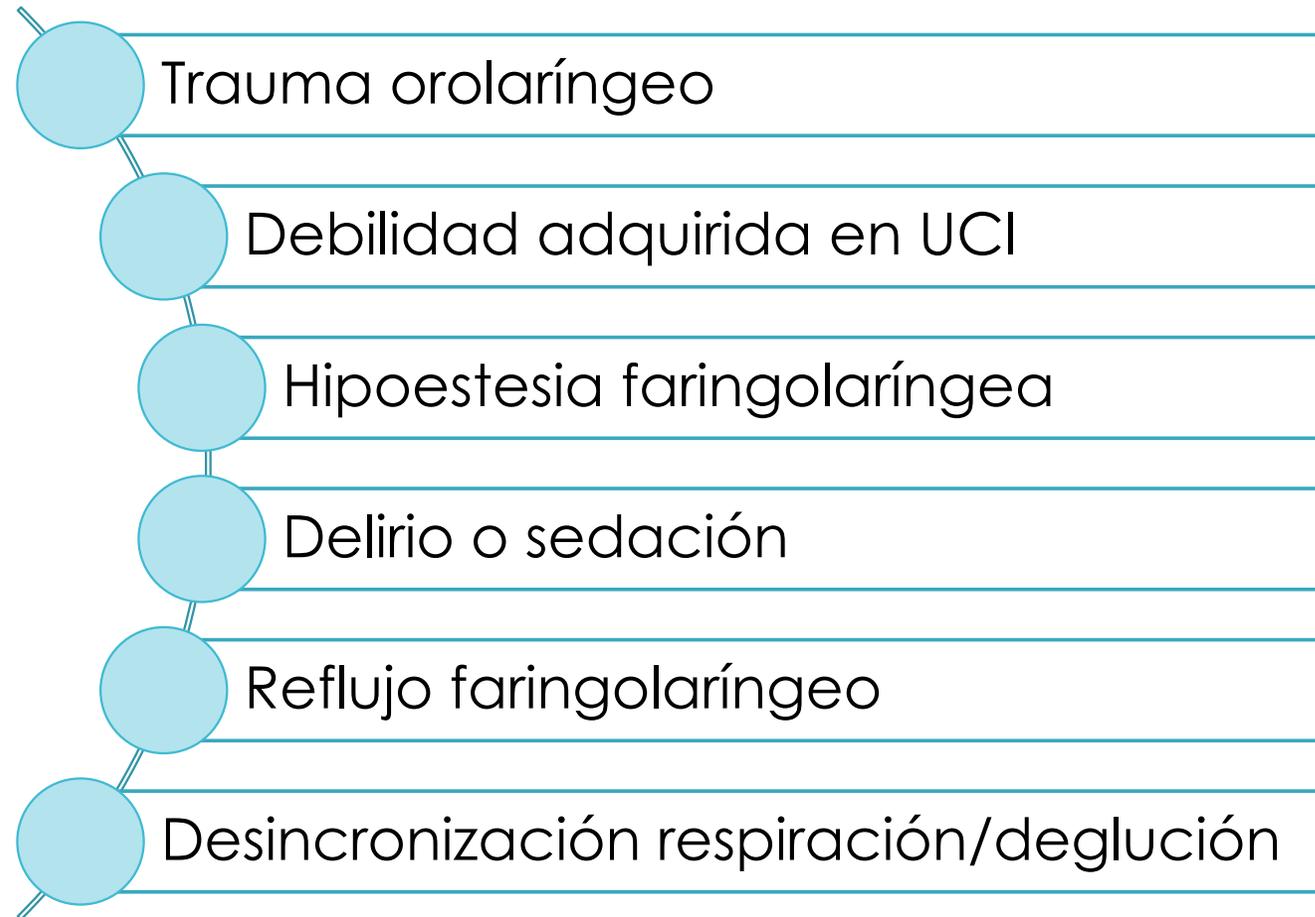
Injury Grade	All Patients, N ^a = 775 (32-40), n ^b (%)	Average Intubation Duration		
		< 5 d, N ^a = 342 (33, 34, 36, 38), n ^b (%)	5-10 d, N ^a = 367 (32, 35, 38-40), n ^b (%)	> 10 d, N ^a = 66 (37, 38), n ^b (%)
0—No injury present	94/543 (17) (32-35, 37, 39, 40)	52/260 (20) (33, 34)	42/267 (16) (32, 35, 39, 40)	0/16 (0) (37)
1—Self-limited, soft tissue (e.g., edema, erythema, hyperplasia, ecchymosis)	835/1,135 (74) (33-36, 39, 40)	265/439 (60) (33, 34, 36)	570/696 (82) (35, 39, 40)	—
2—Hematoma, ulceration, fibrin without glottic narrowing, mass lesion, granulation	260/842 (31) (32-37, 39, 40)	70/292 (24) (33, 34, 36)	174/534 (33) (32, 35, 39, 40)	16/16 (100) (37)
3—Stenosis, stenosis with glottic narrowing, hypomobility/immobility of the vocal folds and/or arytenoids complex	137/1,048 (13) (32, 33, 35, 36, 38-40)	39/500 (8) (33, 36, 38)	90/498 (18) (32, 35, 38-40)	7/50 (14) (38)



Clinical Approaches to Assess Post-extubation Dysphagia (PED) in the Critically Ill

Andrea Perren¹ · Patrick Zürcher² · Joerg C. Schefold²

Disfagia postextubación



Laryngeal Injury and Upper Airway Symptoms After Oral Endotracheal Intubation With Mechanical Ventilation During Critical Care: A Systematic Review

Article in *Critical Care Medicine* · August 2018

DOI: 10.1097/CCM.0000000000003368

Factores que predisponen a alteraciones anatomofuncionales



Variaciones anatómicas



Complicaciones clínicas



Cuff sobreinflado



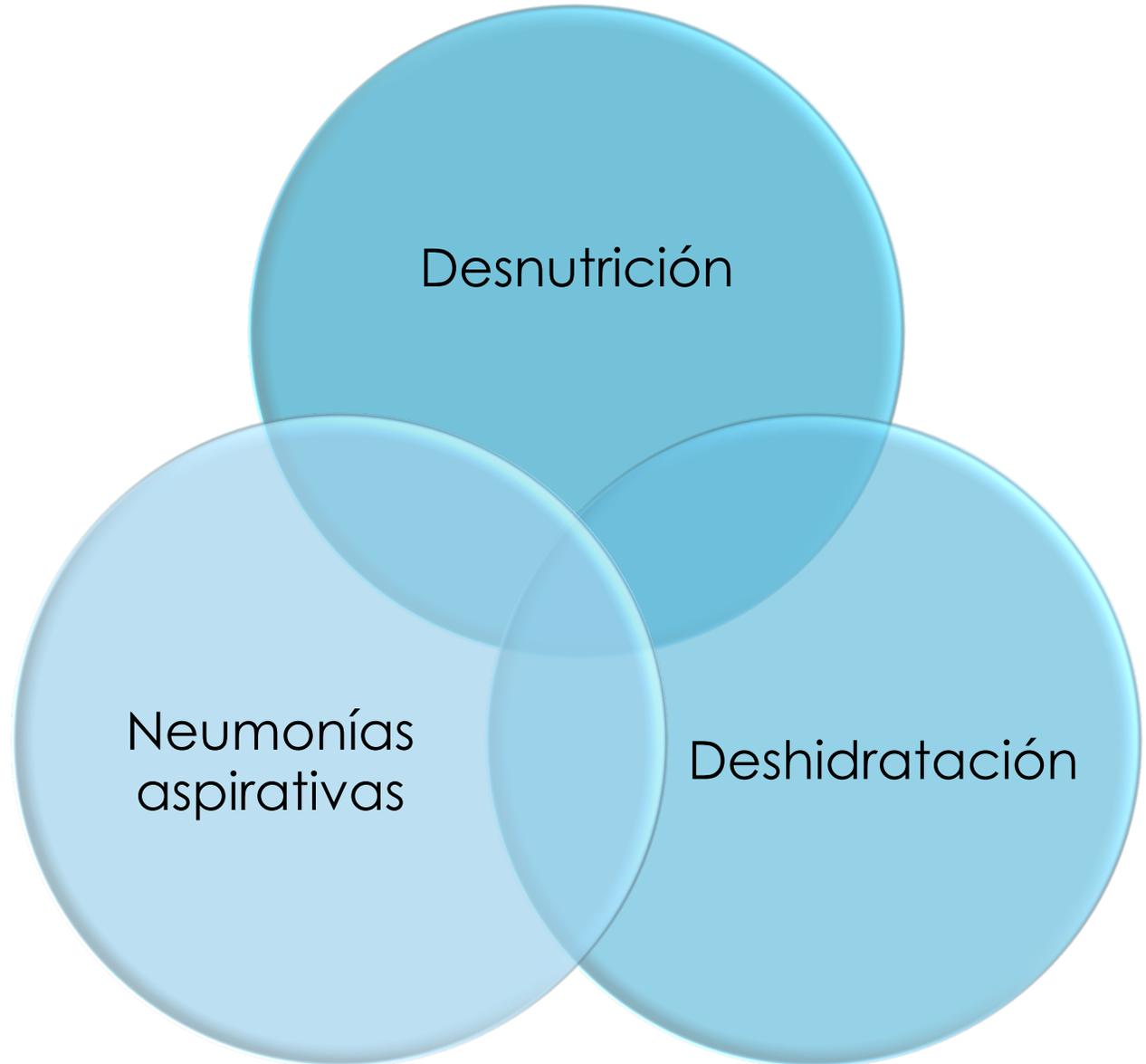
Extubaciones accidentales



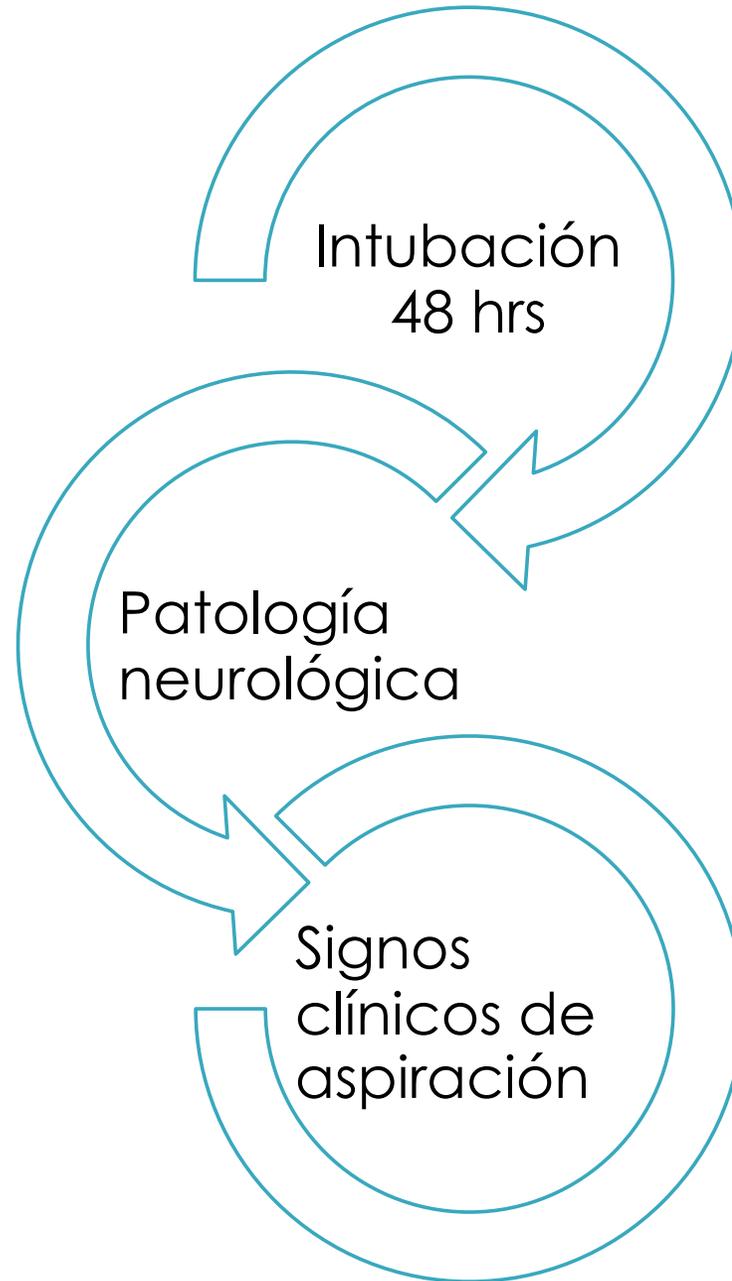
Reintubaciones

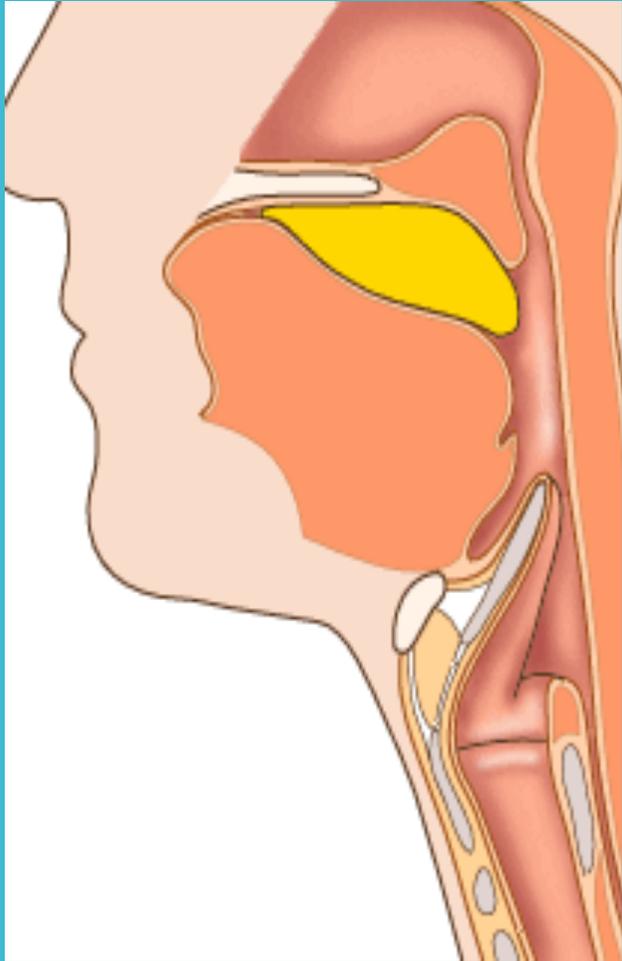


Consecuencias de la disfagia



Criterios de evaluación de paciente UCI





Deglución



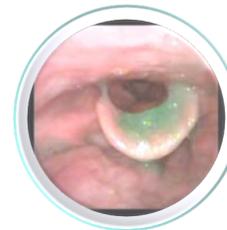
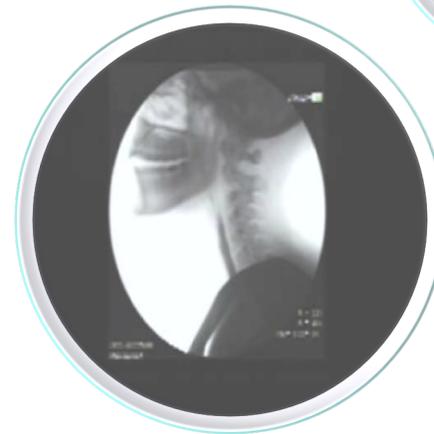
Evaluación clínica



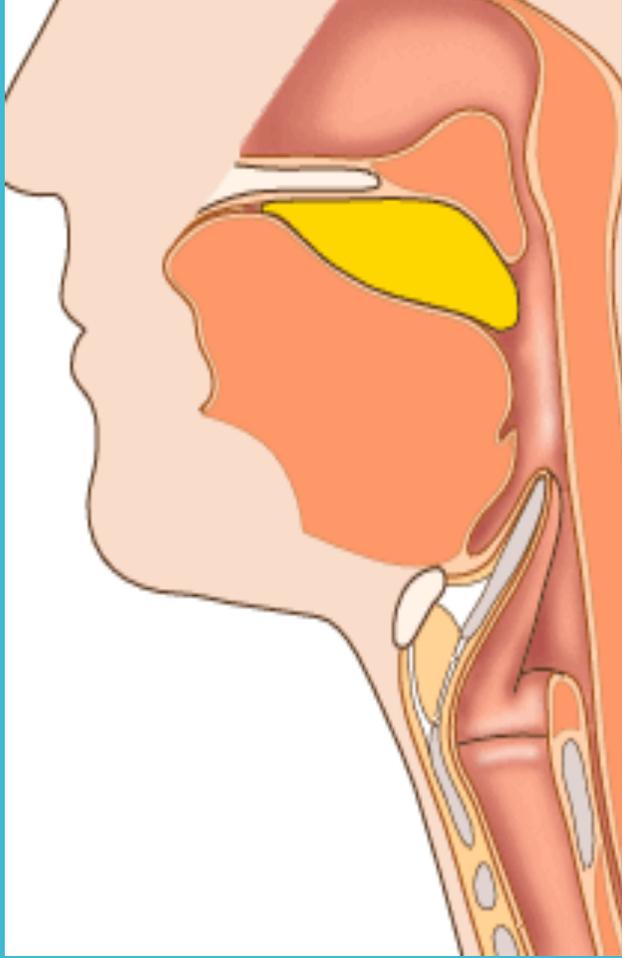
*Fiberoptic endoscopic
Evaluation of Swallowing*



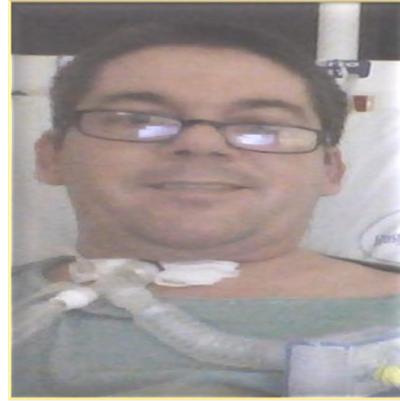
Videofluoroscopia



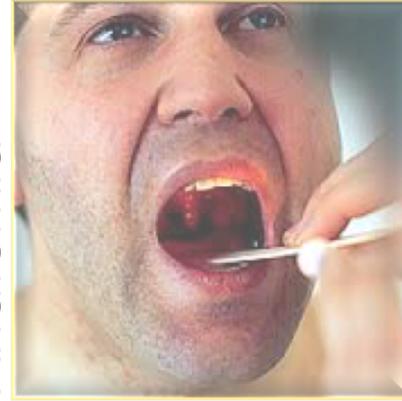
Disfagia



Conciencia



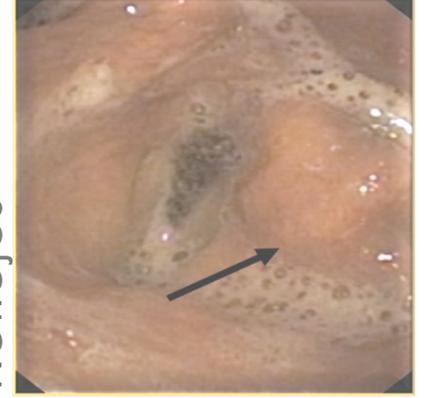
Anatomía



Funcionalidad



Reflejos



Alimentos





**PROTOCOLO DE
EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN
SEF (SEGURIDAD-EFICACIA-FUNCIONALIDAD)**

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Rodríguez, Aguiar, Carrasco, Conejeros, Zúñiga, 2016

ANTECEDENTES

Nombre: _____ Edad: _____

Diagnóstico Médico: _____

Antecedentes Relevantes: _____

Vía de alimentación actual: Sonda Osmía V/O Adaptado Vía oral (V/O)

Materiales: linterna, salivómetro, fonendoscopio, guantes, guías lengua, espejito, galleta, vasos plásticos, bombilla, jeringa de 10 mL, cuchara de café, té y sopa.

EVALUACIÓN INDIRECTA

Estado de conciencia	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Sopor profundo	<input type="checkbox"/> Sopor superficial	<input type="checkbox"/> Obnubilado	<input type="checkbox"/> Vigil
Comprensión de Órdenes	<input type="checkbox"/> Nula	<input type="checkbox"/> O. Sencillas	<input type="checkbox"/> O. Simples	<input type="checkbox"/> Semicomplejas	<input type="checkbox"/> Complejas
HABLA	<input type="checkbox"/> Apraxia del Habla	<input type="checkbox"/> Disartria LMS	<input type="checkbox"/> Adecuada		
EXAMEN OROFACIAL					
Facial	<input type="checkbox"/> Pareia bilateral	<input type="checkbox"/> Pareia [D ^o / P ^o]	<input type="checkbox"/> Parálisis bilateral	<input type="checkbox"/> Parálisis [D ^o / P ^o]	<input type="checkbox"/> Adecuado
Cavidad Oral (estado general)	<input type="checkbox"/> Sequedad	<input type="checkbox"/> Secreciones	<input type="checkbox"/> Mala higiene oral	<input type="checkbox"/> Adecuado	
DENTICIÓN SUPERIOR	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Incompleta	<input type="checkbox"/> Prótesis dental [ajustada o Desajustada]	<input type="checkbox"/> Completa	
DENTICIÓN INFERIOR	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Incompleta	<input type="checkbox"/> Prótesis [ajustada o Desajustada]	<input type="checkbox"/> Completa	
VELO DEL PALADAR	<input type="checkbox"/> Alteración D ^o	<input type="checkbox"/> Alteración P ^o	<input type="checkbox"/> Alteración Mixta		
Labios (paralelismo labios cerrados)	<input type="checkbox"/> No logiado	<input type="checkbox"/> < 3 segundos	<input type="checkbox"/> 3-5 segundos	BARRO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Lengua (en reposo)	<input type="checkbox"/> Fasciculaciones	<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Protrusión lingual	<input type="checkbox"/> Retracción lingual	<input type="checkbox"/> Adecuado
PROTRUSIÓN	<input type="checkbox"/> Desviación a D ^o	<input type="checkbox"/> Desviación a P ^o	<input type="checkbox"/> Adecuado		
LATERALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Fuerza	<input type="checkbox"/> Velocidad	<input type="checkbox"/> Amplitud
MOVIMIENTO ANTEROPOSTERIOR	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Fuerza	<input type="checkbox"/> Velocidad	<input type="checkbox"/> Amplitud
Apertura y cierre mandibular	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Adecuado		
REFLEJOS					
Nauseoso	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Disminuido	<input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Adecuado	
Tos voluntaria	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Adecuada		
Tos refleja	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Adecuada		
Deglución	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Retardado	<input type="checkbox"/> Adecuado		

EVALUACIÓN DIRECTA

Saturación basal _____ %

	Consistencias				ADAPTACIONES				
	Papilla		Líquido		Miel		Sólidos		
ALTERACIONES EFICACIA	Capacidad en cc	<input type="checkbox"/> 0-5	<input type="checkbox"/> 5-10						
	ESCAPE ANTERIOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	REGURGITACIÓN NASAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	DEGLUCIONES MÚLTIPLES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
ALTERACIONES SOBREVIVENCIA	RESIDUO ORAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	RESIDUO FARÍNGEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	TOS A-D-P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	CARRASPEO A-D-P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
TTO	CAMBIO DE VOZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	DÉFICIT ASIBENSO LABÍNGEO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	DESATURACIÓN DE OXÍGENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
TTO	TÉCNICAS POSTURALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	MANIOBRAS DEGLUTORIAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

ADAPTACIONES LÍQUIDOS: Sí No bombilla sorbo corto Sí No bombilla sorbo largo Sí No vaso sorbo corto Sí No vaso sorbo largo

Observaciones: _____

EVALUACIÓN DIRECTA

ADAPTACIONES DE CUCHARA

LÍQUIDOS	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Té	<input type="checkbox"/> Sopa plana	Obs: _____
PAPILLA	<input type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/> Té	<input type="checkbox"/> Sopa plana	Obs: _____

TÉCNICAS POSTURALES Y MANIOBRAS consignar número y/o letra en el recuadro correspondiente a volumen/consistencia/viscosidad evaluado

TÉCNICAS POSTURALES	1 Chin Down	2 Giro cabeza D ^o - P ^o	3 Inclinación D ^o - P ^o	4 Chin Up	5 Decúbito
MANIOBRAS DEGLUTORIAS	A Forzada	B Supraglótica	C Supersupraglótica	D Mendelson	

RESUMEN DIAGNÓSTICO

Grados Dístrofia	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Leve-Mod	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Mod-Severa	<input type="checkbox"/> Severa
Eficacia	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada	Alterada
Seguridad	Adecuada	Alterada (1)	Alterada (2 o +)	Alterada	Alterada
Reflejo deglutorio	Adecuado	Adecuado	Presente	Retardado	Ausente
Tos	Efectiva	Efectiva	Inefectiva	Inefectiva	Ausente

DIAGNÓSTICO

<input type="checkbox"/> Deglución Normal	Deglución segura y eficiente en todas las situaciones. Tos efectiva. No requiere tiempo adicional, ni uso de estrategias.
<input type="checkbox"/> Deglución Funcional	Deglución segura y eficiente en todas las consistencias. Tos efectiva. Requiere tiempo adicional, sin uso de estrategias adicionales.
<input type="checkbox"/> Dístrofia Mecánica	Trastorno producido por la alteración estructural de los órganos involucrados en la deglución.
<input type="checkbox"/> Dístrofia Iatrogénica	Alteración de la deglución que se produce como efecto colateral, por la administración de tratamientos con drogas postoperatorias, quimioterapia, radioterapia y cirugía (oncología especialmente) de la base del cráneo.
<input type="checkbox"/> Dístrofia Funcional	Es aquella que no se explica por un daño orgánico ni neurológico, sino que es causado por otro tipo de alteración.
<input type="checkbox"/> Dístrofia Neurogénica	Alteración de la deglución causada por una lesión a nivel del Sistema Nervioso Central o Periférico.
Grados de Dístrofia VC(volumen/consistencia)	
<input type="checkbox"/> Leve	Alteración de la eficacia de la deglución. Seguridad conservada. Reflejo deglutorio presente. Tos efectiva. Alimentación vía oral con mínimas estrategias compensatorias y/o restricción de alimentos específicos.
<input type="checkbox"/> Leve-Moderada	Alteración de la eficacia de la deglución. Alteración de la seguridad de la deglución en volúmenes o consistencias/viscosidades específicas. Reflejo deglutorio presente. Tos efectiva. Alimentación vía oral con estrategias compensatorias y restricción de VC alterado.
<input type="checkbox"/> Moderada	Alteración de la eficacia de la deglución. Alteración de la seguridad de la deglución en dos o más VC. Reflejo deglutorio presente (adecuado o retardado). Tos Inefectiva. Alimentación vía oral o mixta con estrategias compensatorias y restricción de VC.
<input type="checkbox"/> Moderado-severa	Alteración de la eficacia y seguridad de la deglución en todos los volúmenes y consistencias, excepto 3 o menos cc. Reflejo deglutorio retardado. Tos Inefectiva. Alimentación por método alternativo, Ingesta terapéutica.
<input type="checkbox"/> Severa	Alteración de la eficacia y seguridad de la deglución en todos los volúmenes y consistencias. Reflejo deglutorio ausente. Tos ausente. Alimentación por método alternativo, Entrenamiento indirecto.

SUGERENCIAS DE ALIMENTACIÓN

VÍA DE ALIMENTACIÓN: Osmía Sonda Mida Vía oral Adaptada Vía oral

Vía oral adaptada o mixta

Líquidos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Viscosidad	Volumen	Utensilio	
Papilla	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Volumen	Utensilio	Manobra	
Sólidos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Textura	Manobra	Obs	
MODO DE ALIMENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Asistido	<input type="checkbox"/> Supervivado	<input type="checkbox"/> Independiente

FEEES Sí No VFC Sí No Ev. Nutricional Sí No TIO Rígido. Sí No

OBSERVACIONES: _____

Rgo (a) _____

Clinical Predictors of Dysphagia and Aspiration Risk: Outcome Measures in Acute Stroke Patients

Stephanie K. Daniels, MS, Lindsay A. Ballo, MA, Mary-Claudia Mahoney, MCD, Anne L. Foundas, MD

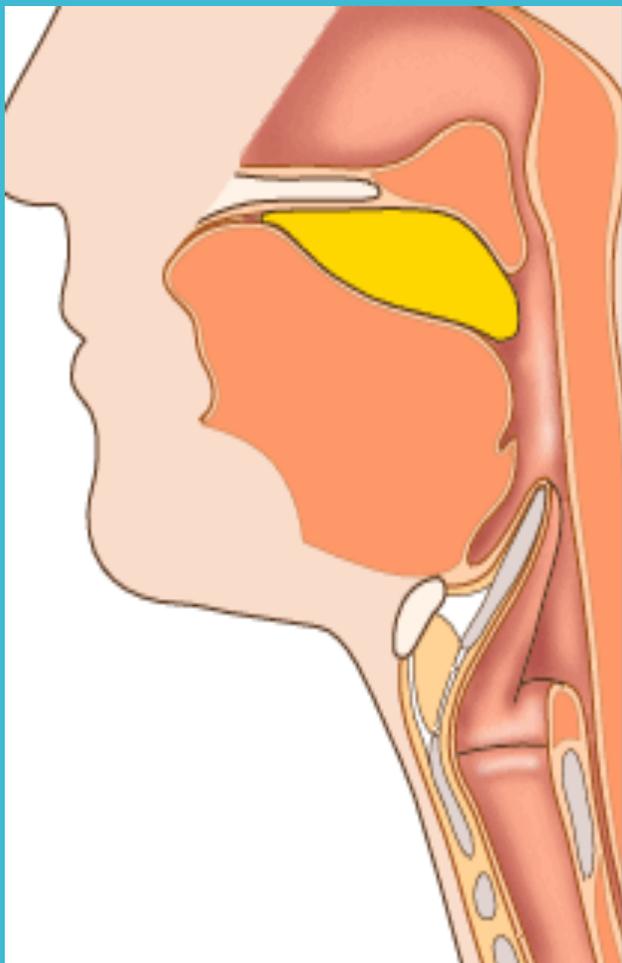
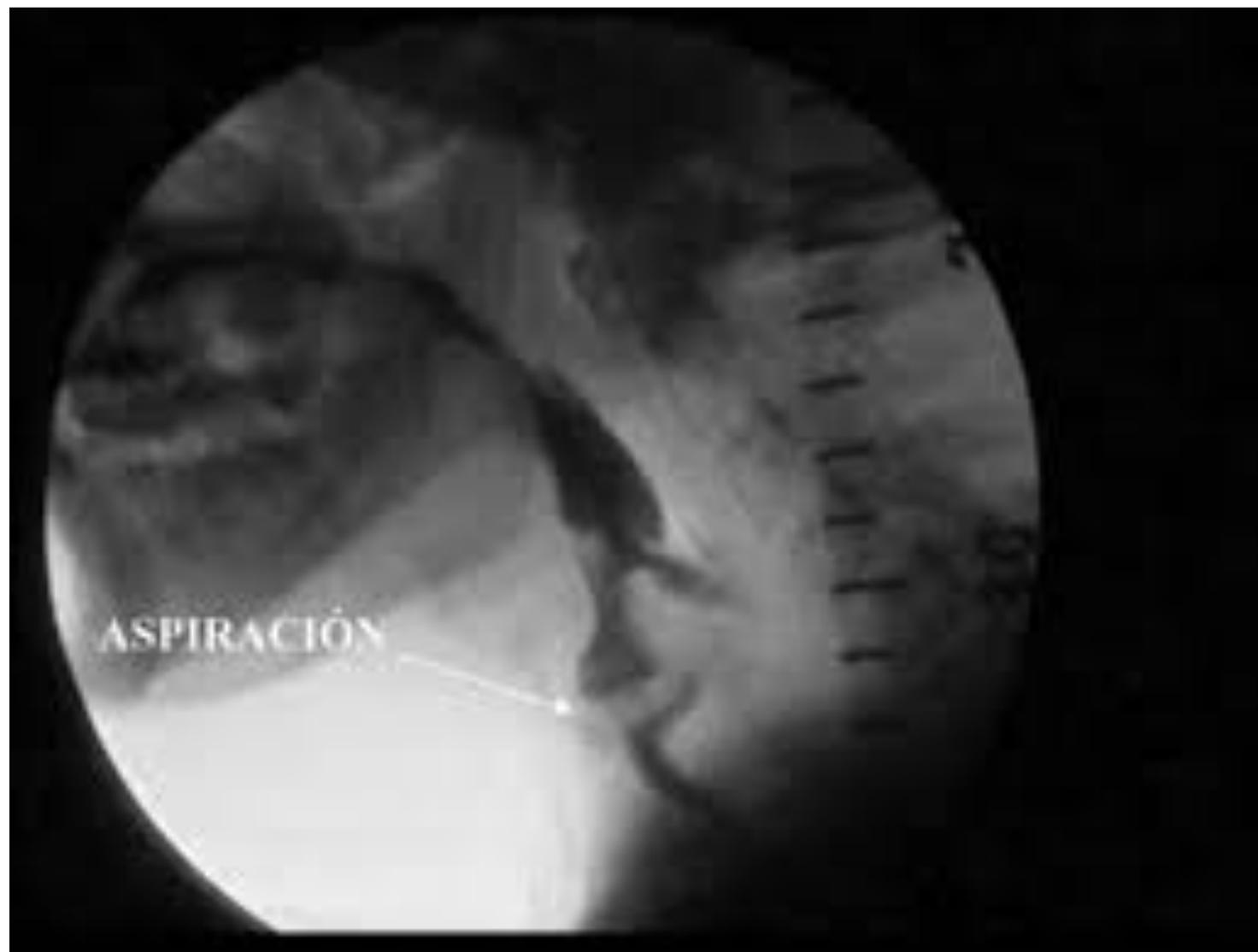


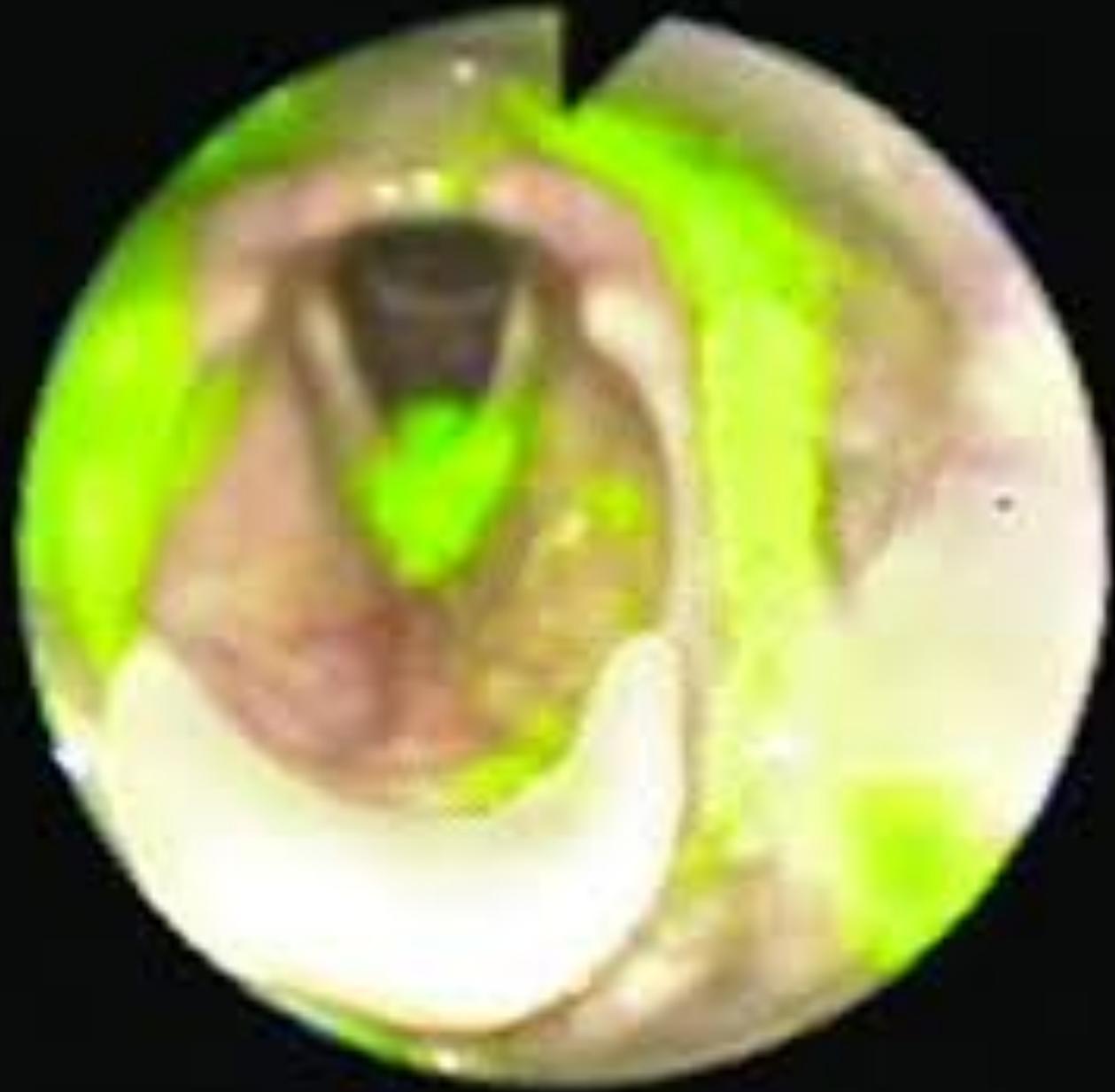
Table 2: Operational Definitions of the Six Clinical Predictors of Risk of Aspiration

Dysphonia	A voice disturbance in the parameters of vocal quality, pitch, or intensity.
Dysarthria	A speech disorder resulting from disturbances in muscular control affecting the areas of respiration, articulation, phonation, resonance, or prosody.
Abnormal gag reflex	Either absent or weakened velar or pharyngeal wall contraction, unilaterally or bilaterally, in response to tactile stimulation of the posterior pharyngeal wall.
Abnormal volitional cough	A weak response, verbalized response, or no response on given the command to cough.
Cough after swallow	Cough immediate or within 1 minute of ingestion of calibrated volumes of water (5, 10, and 20mL presented in duplicate).
Voice change after swallow	Alteration in vocal quality following ingestion of calibrated volumes of water.

Videofluorocopia

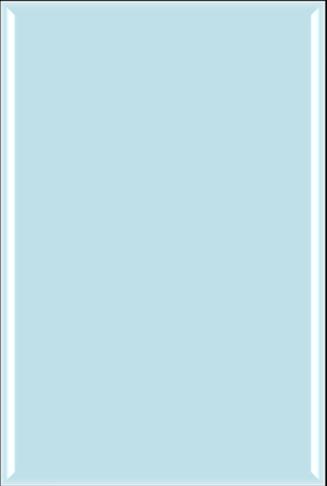


FEES

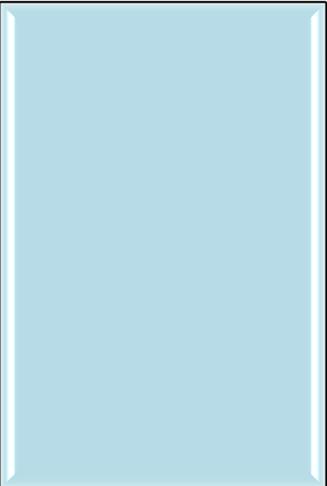


Estrategias de tratamiento

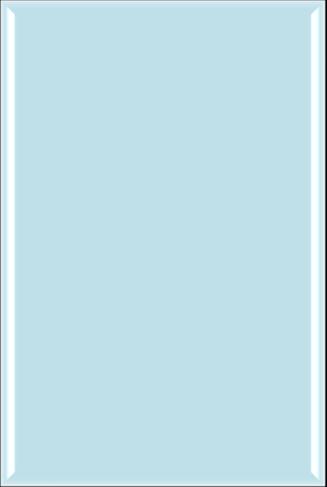




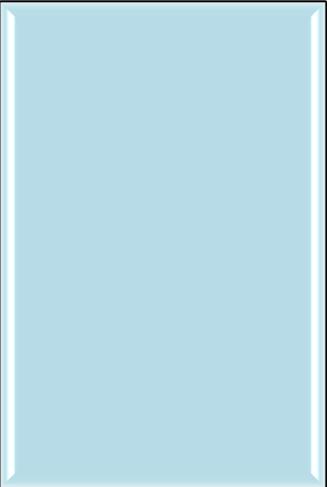
Los trastornos deglutorios en el paciente en estado crítico están relacionados con alteraciones de conciencia (por estados de sedación o neurológicos), alteraciones biomecánicas o estructurales (por uso de traqueostomía o intubación oro-traqueal, cirugías de cabeza y cuello) y con alteraciones neurológicas (secuelas de accidentes cerebrovasculares, neuroinfecciones o traumas) (Massanet et al., 2015).



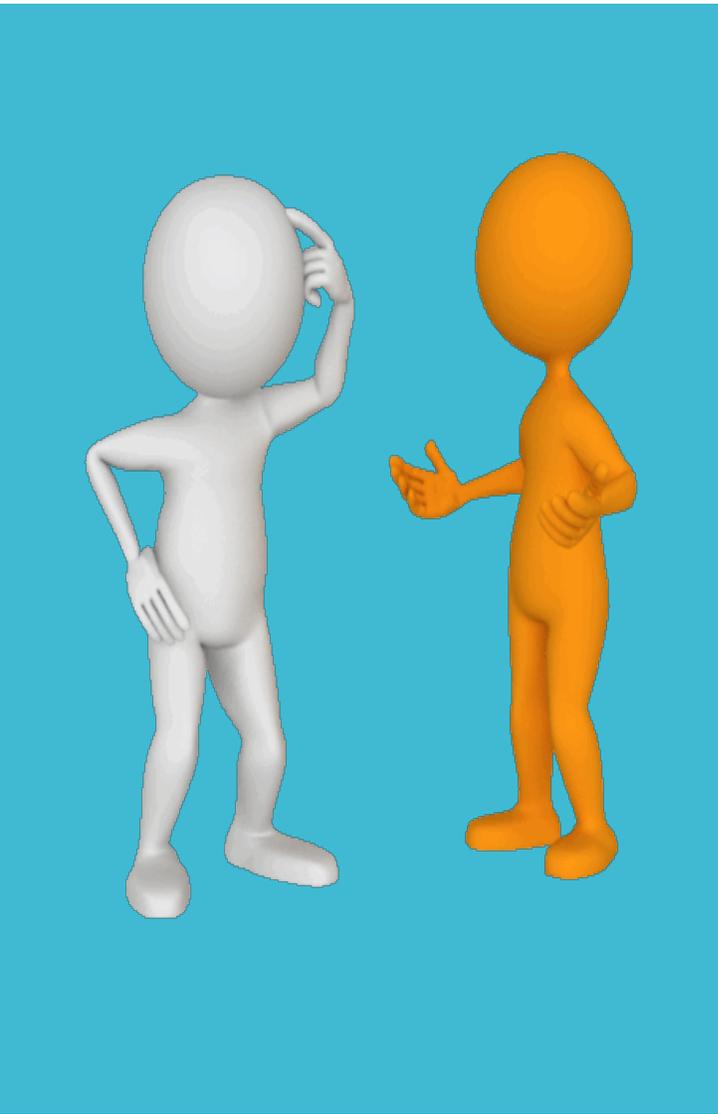
El estado óptimo en la nutrición es vital en pacientes en estado crítico, ya que favorece la recuperación y reparación de tejidos y proporciona defensa frente a infecciones y potenciales complicaciones que pueden ocurrir dentro de la UCI (Roquette, Marconi, Correa & Barros, 2012).



La decisión de inicio de la **vía** oral debe ser reservada para condiciones clínicas que permitan además del soporte nutricional necesario, seguridad respiratoria e incluso emocional.



La asistencia dentro de la UCI por parte del fonoaudiólogo contempla además de la asesoría a otros profesionales en el manejo de la deglución, el uso de aditamentos, cambio de consistencias e implementación de técnicas compensatorias (Padovani, Moraes, Sassi & Andrade, 2013).



Comunicación

(Vega, Torres & del Campo, 2017)

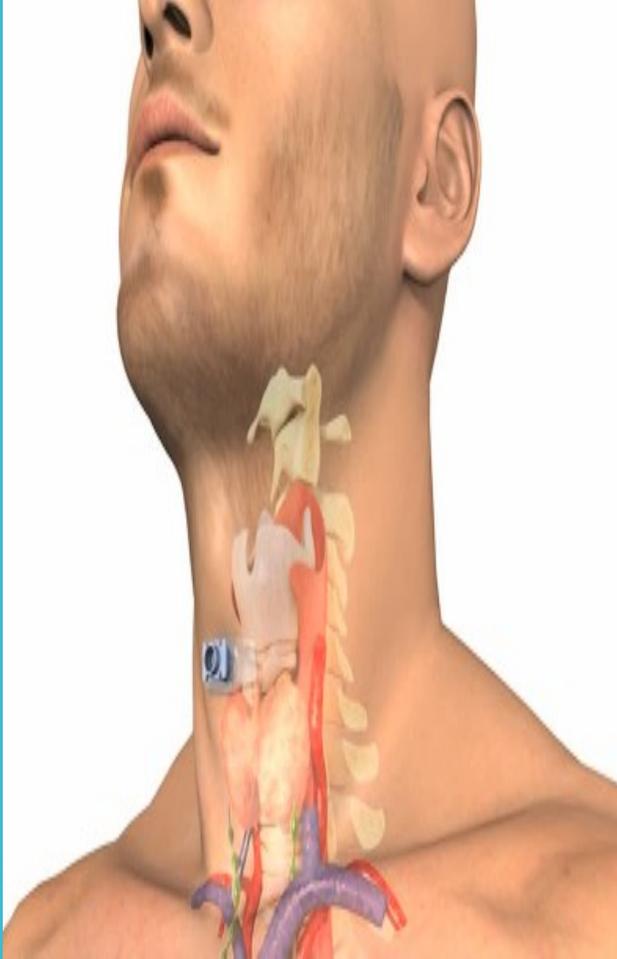


Prevención, promoción y tamizaje de trastornos de la comunicación.

(Radtke, Baumann, Garret & Happ, 2011)



Intervención en pacientes con alteración de la comunicación.



TQT

(De Mestral et al, 2011)

Evaluación del estado de conciencia, protección de vía respiratoria, características de fonación.

(Chagas, Chiarion, Davison, Zilverstein & Furquin, 2014)

Asesoría a equipo médico.
Rehabilitación.

(Soto, Salinas & Hidalgo, 2014)

Habilitar programa activo de decanulación y manejo de traqueostomía.



Deglución, comunicación y cognición

(Vega, Torres & del Campo, 2017)



Prevención, evaluación, tratamiento y seguimiento. tamizaje, diagnóstico.

(Barcelos et al, 2009)



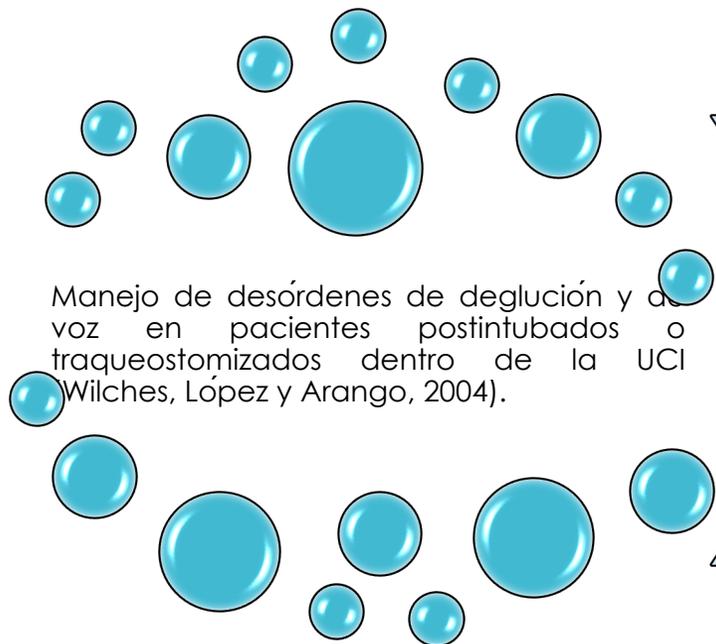
Orientación y rehabilitación en deglución y comunicación.

(Ramos, Quizadá, Cavalcanti & Brenda, 2016)



Intervención de dificultades en aspectos comunicativos y cognitivos. Planificación del tratamiento con el equipo.

Rol del fonoaudiólogo en UPC adultos



Wallace (2013) define al fonoaudiólogo o speech language pathologist como un miembro central del equipo que apoya y restaura procesos del habla, lenguaje, cognición y deglución.

Evaluación y
tratamiento de
trastornos de la
deglución,
comunicación y
cognición.