

SECUELAS Y CONSECUENCIAS DE LA ESTANCIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, UNA MIRADA DESDE LA FONOAUDIOLOGÍA

KAROL J. ERASO
LUZ M. HERRERA
LINA A. GÓMEZ
NINI J. RODRÍGUEZ
MG. DALIA V. BALLESTEROS

Contenido

INTRODUCCIÓN

METODOLOGÍA

EFFECTOS DE LA ESTANCIA PROLONGADA EN UCI

ALTERACIONES DEL HABLA, LENGUAJE Y VOZ EN
USUARIOS CON ESTANCIA PROLONGADA EN UCI

IMPACTO DE LA COMUNICACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES EN UCI

DEGLUCIÓN, UN ÁREA DE GRAN IMPORTANCIA E
INTERVENCIÓN EN PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN
UCI.

IMPORTANCIA DE LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE
PACIENTES EN LA UCI

REFLEXIONES RESPECTO AL ROL DEL FONOAUDIÓLOGO
EN ESTANCIAS PROLONGADAS EN UCI

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

3

6

7

9

12

15

19

22

24

25

Introducción

Las unidades de cuidados intensivos (**UCI**) como se reconocerán a lo largo de este escrito, son áreas especializadas para el cuidado de pacientes en estado crítico, con alto riesgo de presentar complicaciones que pueden causar deterioro de la enfermedad e incluso la muerte. Estas unidades están conformadas por un equipo multidisciplinario de especialistas para asegurar la atención de calidad acorde a las necesidades de las personas que padecen patologías graves, brindando la posibilidad de favorecer el pronóstico. Sin embargo, la estancia prolongada en la **UCI** puede ocasionar complicaciones o, en su defecto, dejar futuras secuelas (alteración que permanece en el tiempo tras la consecuencia de una enfermedad, traumatismo, etc.) (Cardinal et al., 2020), las cuales pueden alterar el proceso comunicativo y deglutorio de los usuarios y por ende requerir de la atención fonoaudiológica, con el fin de minimizar efectos secundarios y disminuir la estancia prolongada del paciente crítico dentro de la unidad.

El abordaje terapéutico multidisciplinar es fundamental dentro de la **UCI**, proporcionando atención acorde a las necesidades del usuario y condición particular de la enfermedad. En la actualidad, terapia respiratoria y física, son indispensables en la unidad, otras disciplinas como terapia ocupacional, psicología y fonoaudiología, aún se encuentran trabajando

para lograr su posicionamiento dentro de estos escenarios. Teniendo en cuenta, en algunas instituciones prestadoras de salud, el mínimo reconocimiento y participación del profesional de fonoaudiología dentro de la **UCI**, los usuarios tienden a presentar mayores complicaciones e incremento de aditamentos médicos como empleo de vías alternas de alimentación innecesarias, que se pueden evitar si se trabaja en conjunto con todo el equipo rehabilitador, médico y equipo de enfermería, para la toma de decisiones. Según el reporte, en la actualidad se ha demostrado que el modelo de atención multidisciplinar mejora los resultados de las pacientes en la unidad de cuidado intensivo, incluso, reduciendo la probabilidad de muerte (Rodríguez-Riacho & Duarte-Valderrama, 2018). En este sentido, es de suma importante la presencia de un fonoaudiólogo especialista dentro de la unidad de cuidado intensivo.

El rol del fonoaudiólogo dentro de la Unidad de Cuidado Intensivo abarca el manejo de la deglución, la comunicación y sus desórdenes, acciones de evaluación, diagnóstico e intervención de la deglución, funciones motoras orales y voz, en la mayoría de los casos, interviniendo con menos frecuencia, pero no menos importante, el área de habla, lenguaje y cognición. Aproximadamente la mitad de los usuarios en **UCI**, requieren de un



invasivo o posterior a la desvinculación del mismo. La disfagia, es un síntoma que puede padecer una persona por un tiempo determinado, en ocasiones puede recuperarse con empleo de estrategias brindadas de manera oportuna, no obstante, por diferentes factores asociados al paciente pueden quedar secuelas. Por ejemplo, durante un proceso de estancia prolongada, esta deficiencia puede generar complicaciones, como parálisis faríngea y laríngea, hipomotilidad faríngea, ausencia de reflejos protectivos de la vía aérea, entre otras alteraciones, las cuales pueden generar secuelas a largo plazo como neumonías por aspiración, desnutrición y atragantamiento, aumentando así el riesgo de morbilidades físicas y cognitivas, afectando, de esta manera, la calidad de vida del individuo. Estas secuelas pueden tardar largo tiempo en rehabilitarse, lo cual se ha convertido en una preocupación crucial para los fonoaudiólogos, aunque gracias a los avances de la ciencia, se logra preservar en mayor medida la vida y mejorar el pronóstico del paciente (Campo Rivas et al., 2021; Cardinal et al., 2020).

En síntesis, se busca determinar las secuelas y consecuencias ocasionadas por la estancia prolongada en **UCI** desde una perspectiva fonoaudiológica, centradas en alteraciones en la comunicación, el lenguaje, el habla, la deglución y el impacto en la calidad de vida de los pacientes, asimismo, tener en cuenta posibles medidas preventivas reportadas en la literatura, que puedan ser implementadas en el ejercicio profesional fonoaudiológico.

soporte ventilatorio invasivo, el cual provoca alteraciones de la deglución (**disfagia**) y de la comunicación, como la imposibilidad para comunicarse por la presencia de un tubo orotraqueal, dis-

fonías/ afonías postextubación, cambios cognitivos secundarios al uso de sedantes durante la ventilación mecánica, entre otras condiciones clínicas que suelen cursarse durante el soporte ventilatorio

Metodología

Se realiza una revisión documental es de diseño no experimental, con un enfoque cualitativo que pretende determinar las secuelas de la estancia en la unidad de cuidado intensivo (**UCI**) desde una mirada fonoaudiológica. Como criterios de inclusión, se tienen en cuenta documentos que permiten identificar secuelas y consecuencias relacionadas a la estancia prolongada en la unidad de cuidado intensivo que afectan procesos de habla, voz, lenguaje, deglución y comunicación, como también los relacionados con las secuelas de COVID – 19 con los procesos anteriormente nombrados. Los artículos deben incluir únicamente el grupo etario adulto y adulto mayor con estancia prolongada en la **UCI**, la cual se definirá a una hospitalización igual o mayor a 14 días (Cabrerá, 2014) la cual pueden generar complicaciones a largo plazo en estructuras y funciones del sistema estomatognático que impacten en procesos de deglución, habla, voz, comunicación y lenguaje. Por otro lado, se excluyeron artículos con secuelas relacionadas a otras áreas de estudio y artículos con enfoque poblacional en menores de 18 años.

El proceso se inicia con la búsqueda de información en bases de datos como: Pubmed, Elsevier, Scielo y Springer link, con el propósito de identificar evidencia acerca de las secuelas y consecuencias de la estancia prolongada en la unidad de cuidado intensivo desde una perspectiva fonoaudiológica, incluyendo artículos científicos, revisiones documentales, de alcance y sistemáticas. Para optimizar la búsqueda, se limita el año de publicación entre 2017 y 2022, y se emplean

operadores booleanos en español, inglés y portugués: “AND” utilizando términos MeSh y DeCs como: “prolonged stay in ICU, swallowing complications, voice complications, Adult, language complications and speech complications”. Además, para ampliar la estrategia de búsqueda, se tienen en cuenta referencias de artículos recientes referentes a los criterios de inclusión.

Para el proceso de selección de artículos, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se emplearon diferentes filtros, iniciando con revisión de títulos, posteriormente, de resumen, objetivo y, finalmente, los resultados, obteniendo un total de 40 artículos, los cuales se ubican en una matriz documental, organizados por áreas (habla, voz, lenguaje, deglución y comunicación), con el fin de sintetizar, analizar e interpretar la información recopilada. En la matriz, se realiza una recopilación de los estudios con mayor relevancia y con mejor abordaje del tema de interés, se describe información como fecha de revisión del artículo, título, autor(es), año y país de publicación, DOI del artículo, tipo de documento, palabras clave, operador booleano empleado en la búsqueda, objetivo del artículo, metodología, resultados y aporte del estudio para la revisión documental en estudio. Durante el proceso, se evidencia escasa literatura al respecto, se encuentran muy pocos estudios, la mayoría de las investigaciones halladas son en inglés, las cuales permiten identificar secuelas y consecuencias de la estancia en la unidad de cuidado intensivo desde una perspectiva fonoaudiológica.

Efectos de la Estancia Prolongada en UCI

Actualmente, a pesar de los avances científicos en la medicina que propenden por incrementar la efectividad del tratamiento y mejorar el cuidado de los pacientes que se encuentran en una unidad de cuidado intensivo, es inevitable la presencia de efectos secundarios a dicha instancia hospitalaria, los cuales comprometen en gran medida procesos físicos, fisiológicos, neuromotores, cognitivos y psicológicos que han sido poco documentados en la literatura desde el enfoque fonoaudiológico, no obstante, se ha logrado identificar y relacionar como estos efectos influyen en el proce-

so de rehabilitación y de re-adaptación funcional a la ejecución de actividades cotidianas básicas (Jeitziner et al., 2011). Durante la estancia en la unidad, la población adulta requiere de una monitorización constante con personal capacitado y equipos avanzados, debido a que su estado de salud se ve comprometido en gran medida por el desencadenamiento de una enfermedad en etapa aguda y afecciones simultáneas que alteran el funcionamiento normal de los sistemas vitales del cuerpo, comprometiendo la integridad de la persona (Toptas et al., 2018). Dentro de las diferentes patologías que pueden padecer los paciente que se



encuentra en una **UCI**, a continuación, se nombrará las que tiene mayor relación para el quehacer fonoaudiológico en dicho escenario.

La literatura reciente, documenta el Síndrome Post Cuidados Intensivos o (**PICS**) como se mencionará de aquí en adelante, es una condición en la cual se evidencia un deterioro cognitivo, físico y psicológico; esta condición ha tenido mayor estudio y relevancia en la clínica a partir del periodo de pandemia por **COVID - 19**, que generó afecciones multisistémicas, que dificultaron el proceso de rehabilitación de los pacientes. Se caracteriza por signos como debilidad generalizada, dificultad para desplazarse, pérdida de la masa muscular, dificultades en el proceso de deglución y, a nivel respiratorio, se asocia en gran medida a pacientes que requirieron de ventilación mecánica invasiva prolongada, la cual se establece al pasar los 7 días, aumentando la posibili-

dad de daño laríngeo y predisponiendo al desarrollo de un síndrome de dificultad respiratoria incluso 2 a 5 años posterior al alta hospitalaria (Añón, et al 2012; Morgan, 2021).

La debilidad muscular adquirida en **UCI**, en inglés llamada Intensive Care Unit Acquired Weakness con su sigla (**ICUAW**), afecta las estructuras neuromusculares de forma generalizada, y se presenta en un 25% de la población internada en esta unidad, especialmente si requieren o mantienen ventilación mecánica invasiva incluso por un periodo menor a 7 días, (Martí Romeu, 2016); asimismo, el artículo Intensive care unit acquired weakness, menciona que el 50% de la población adulta, con ventilación mecánica prolongada que presentan factores de riesgo como sepsis por falla multiorgánica, desarrollan **ICUAW**; además, establece que esta debilidad adquirida incluye las polineuropatías, miopatías y neuromio-

patías por enfermedad crítica; y estima que las mujeres que por lo general, tienen menor masa muscular, tienen cuatro veces más probabilidades de padecer ICUAW que los hombres. Esta debilidad muscular generalizada, debido a sus características puede existir de manera concomitante con el síndrome de descondicionamiento físico, encontrando pacientes que pierden entre el 15% y 20% de masa muscular durante la primera semana de hospitalización en **UCI** (John & Bapat, 2015; Martí Romeu, 2016).

Son variados los signos y síntomas que se presentan en las afecciones anteriormente nombradas, las cuales afectan la movilidad, la fuerza corporal, el estado cognitivo y psicológico de las personas que las padecen, esto hace que haya un incremento en la morbilidad y mortalidad intrahospitalaria (LaBuzetta et al., 2019).

Los pacientes con patologías cardíacas que requieren de procedimientos invasivos que implican la ventilación mecánica invasiva con intubación endotraqueal prolongada en una unidad de cuidado

crítico, tienen alto riesgo de desencadenar afecciones laríngeas, lo que conlleva a un desacondicionamiento y disfunción de las estructuras orofaríngeas (Azarfarin et al., 2014). Además, las afecciones gastrointestinales, tienen consecuencias directas | la disminución de la ingesta nutricional, influyendo en gran medida a la pérdida de peso y, por ende, a la disminución de masa muscular (Morgan, 2021). Esto coincide con lo referido por Saito et al., (2018), quien asocia esta pérdida de masa muscular y la debilidad en su función a la desnutrición proteico-calórica, afectando tanto la fibra muscular como el control neuromotor del músculo.

Este tipo de afecciones conlleva a que los pacientes tengan el requerimiento de un soporte nutricional complementario, ya sea por sonda orogástrica, nasogástrica o gastrostomía, según la necesidad del paciente. Esta cadena de afecciones generará un desacondicionamiento de las estructuras orofaríngeas para realizar el proceso de masticación y deglución, como también el desacondicionamiento para el acto motor del habla (Martí Romeu, 2016).

Alteraciones del Habla, Lenguaje y Voz en Usuarios con Estancia Prolongada en UCI

Como resultado de una estancia prolongada y las afecciones sistémicas secundarias, se evidenciará en los pacientes la manifestación de signos y secuelas a corto o

largo plazo, las cuales son de pertinencia del quehacer del fonoaudiólogo en **UCI**. A continuación, se abordarán dichas alteraciones por áreas:

El proceso del habla es un acto oromotor, en el cual se coordinan el movimiento de las estructuras fonoarticulatorias y la función respiratoria para la producción de sonidos del habla (Caiza Muela & Tapia Esponiza, 2020). Este es un proceso complejo requiere de la funcionalidad e integración de estructuras neuronales, que en el momento en que se ven alteradas por diferentes afecciones multisistémicas, las cuales pueden tener diferentes causas como enfermedad cerebrovascular, traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales y enfermedades neurodegenerativas (esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, entre otras); condiciones que, pueden conllevar a acudir a que el usuario ingrese a una **UCI** e incluso la prolongación en tiempo estando allí. Esta situación, como se describió anteriormente, genera en su mayoría de veces que el paciente desarrolle el síndrome de desacondicionamiento físico como también una alteración a nivel mental o cerebral en algunos casos, lo cual aumenta la posibilidad de que el paciente genere un compromiso patológico del habla y en general de su comunicación.

La disartria: es un trastorno motor del habla de origen neurológico; en el cual el paciente presenta signos de bradilalia, fatiga durante el acto del habla, además de una irregularidad neumofónica, lo que conlleva a una alteración de las cualidades acústico-perceptuales de la voz, afectando la resonancia, la calidad de la fonación y la articulación (Aceituno et al., 2019). En relación con los pacientes de estancia prolongada, son personas que se encuentran en un estado crítico debido a su inestabilidad hemodinámica, esta condición los hace propensos a desencadenar enfermedades cerebrovasculares, que afectan áreas encargadas del lenguaje y el habla, situación que implica prolongar su estancia en una unidad

de cuidado crítico, así como también el incremento de la probabilidad de la presencia de secuelas incluso aún después del alta hospitalaria.

La afasia: ocurre por una lesión a nivel de estructuras cerebrales, específicamente en aquellas que se encargan de la producción y comprensión del lenguaje sea oral o escrito; siendo así, un trastorno de lenguaje adquirido que ocasiona en la persona disminución o pérdida de la capacidad de hablar o comprender el lenguaje de quienes están en su entorno (Gonzalez & Hornauer, 2014). Es posible concluir entonces que, al haber una estancia prolongada en una **UCI**, cualquier persona desde su edad adulta en adelante, está propenso a generar, a causa de alguna alteración neurológica, o algún daño cerebrovascular el cual genere o cause dicho un trastorno del lenguaje o afasia (Cuervo Echeverri, 1998); una de las principales etiologías de la afasia son las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad cerebrovascular afecta en

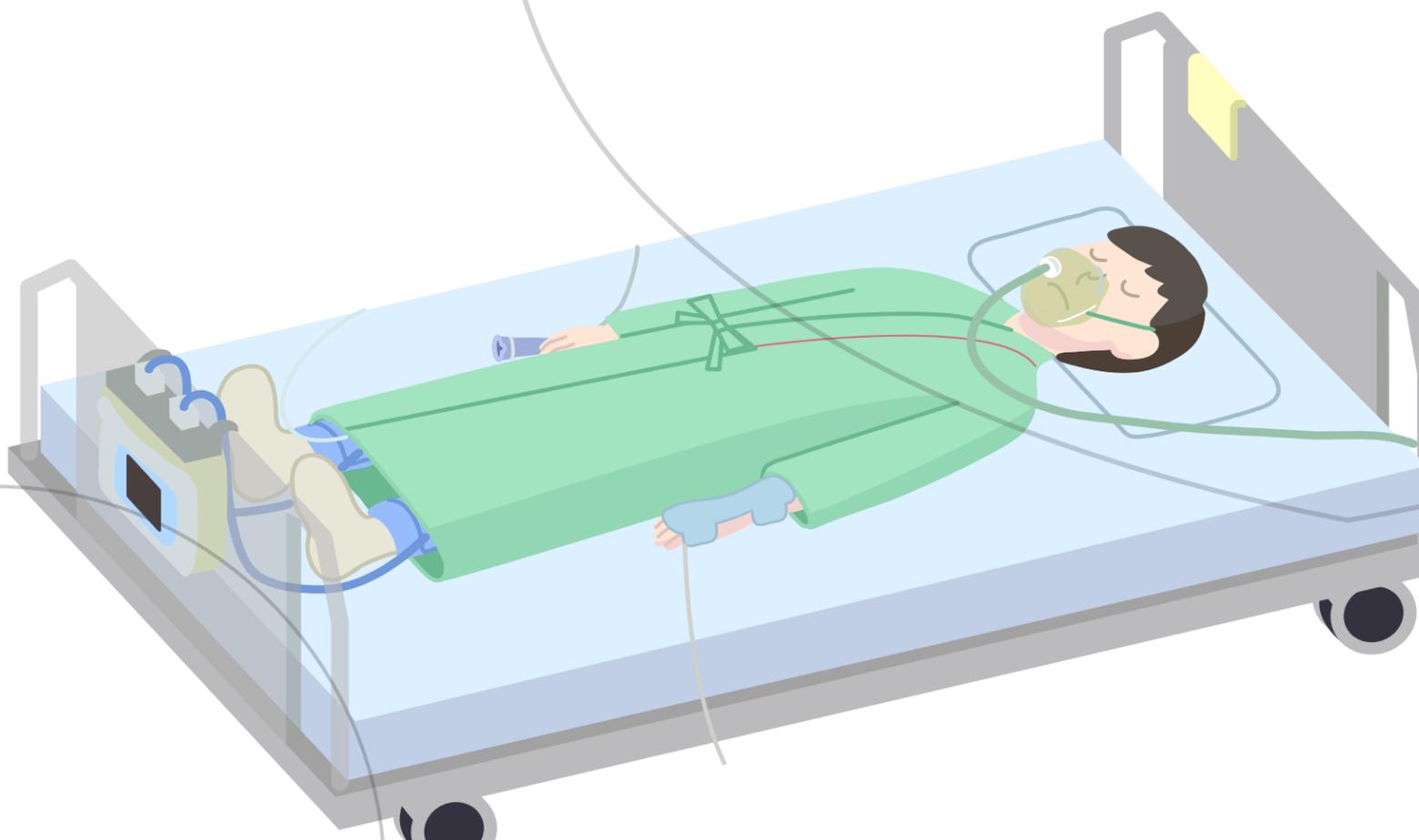
gran medida las funciones cognitivas y corporales, siendo la segunda causa de mortalidad y de discapacidad en la población Colombiana (Bautista, 2020). En síntesis, quienes padezcan esta patología requerirán de tratamiento continuo terapéutico intensivo, cabe aclarar que por la estancia prolongada en la **UCI**, incrementa la probabilidad de presentar signos de afasia o alteraciones del lenguaje a nivel comprensivo, expresivo o mixto, y por ende también se aumentará la posibilidad de que el usuario presente secuelas posterior al periodo agudo de este trastorno de lenguaje.

Las disfonías: son las alteraciones de las cualidades acústico-perceptuales de la voz, debido a alteraciones mecánicas, funcionales o psicológicas. En el caso de la población en **UCI** con parálisis de pliegues vocales unilateral o bilateralmente secundario a la intubación orotraqueal prolongada, la cual genera alteraciones en la estructura y su función, debido a traumatismos o el uso de medicamen-

tos que alteren la sensibilidad y movilidad. Como resultado de estas alteraciones, se pueden causar lesión del nervio laríngeo recurrente, atrofia de músculos laríngeos, pliegues vocales y edemas laríngeos (Miles et al., 2018).

La disfagia: "Es el trastorno de deglución que se presenta en pacientes sobrevivientes a enfermedades críticas, después de la extubación o estancias prolongadas en las unidades de cuidados intermedios o intensivos, su incidencia varía entre un 3% a 62%" (Vera González, 2019). Este trastorno para tragar el alimento aparece en la mayoría de pacientes post **UCI** los cuales estuvieron expuestos a una intubación prolongada, puesto que morfológicamente pueden verse afectadas las estructuras anatómicas que permiten el paso del alimento, aumentando la posibilidad de una hipertensión de pliegues vocales o alteración en el adecuado selle o movilidad del cartílago epiglótico, que hará que se filtre el aire y abra el paso de la vía aérea para que pase el alimento por esta cavidad y genere así riesgo de broncoaspiración al paciente al momento de comer, adicionalmente el tiempo aumentado en una **UCI** puede también provocar desacondicionamiento físico y de las principales estructuras o músculos faciales y orales lo cual también generaría un impedimento para pasar el alimento de una forma efectiva, eficiente y segura.

Alteraciones cognitivas y mentales: Debido al periodo incrementado de la hospitalización dentro de una Unidad de Cuidados Intensivos, se puede generar el síndrome de desacondicionamiento, asociado a la estancia prolongada intrahospitalaria, en donde para el autor (Chen et al., 2022), es posible afirmar que, generalmente, los pacientes muestran alteraciones de dominio físico, pero también es posible afirmar que existen



o se generan a su vez, cambios de origen neurológico, desencadenantes de alteraciones cognitivas o mentales que afectan de forma directa la fisiopatología del paciente, y que hace necesario que se genere allí la rehabilitación cognitiva integral, contando con un equipo multidisciplinario y realizando las intervenciones a nivel mental o cognitivo, necesarias para evitar el deterioro en los pacientes que así lo ameriten.

Por lo tanto, este tipo de alteraciones que surgen como secuela de una patología de base y que tienden a agravarse durante la estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos, generan falencias en la comunicación como herramienta social para la interacción de los usuarios con los profesionales de la salud que los intervienen, sus cuidadores y su entorno. Dichas dificultades se pueden generar de manera permanente o transitoria, alterando procesos cognitivos

desde las funciones mentales superiores como el habla y el lenguaje, limitando la necesidad básica de todo ser humano: integrarse en la sociedad, generando así sentimientos como frustración, ira, miedo y tristeza; generando, a su vez, trastornos de estrés postraumático, ansiedad y depresión (Freeman et al., 2022).

En conclusión, es necesario que el profesional en Fonoaudiología inmerso en un contexto hospitalario, específicamente en la **UCI**, realice una adecuada valoración y planeación de intervenciones pertinentes, pues de ello dependerá el progreso y la evolución de esta población durante la estancia hospitalaria que ameriten, además de mejorar el pronóstico de recuperación tras el alta médica, mejorando la calidad de vida, igualmente el tratamiento oportuno facilitará a los cuidadores y demás personal de salud tratante, facilitando la interacción con su medio inmediato (Minton et al., 2020).

Impacto de la Comunicación en la Calidad de Vida en Pacientes en UCI

La comunicación es considerada un código, tanto social como lingüístico, usado por todos los seres humanos con el objetivo de lograr un intercambio de ideas, conceptos, sentimientos, etc. “Es a través de las conversaciones que nos relacionamos con el otro, constituimos equipos, organizaciones, sociedades, proyectos. Según sea nuestra calidad de conversación con alguien es la calidad de relación que tenemos

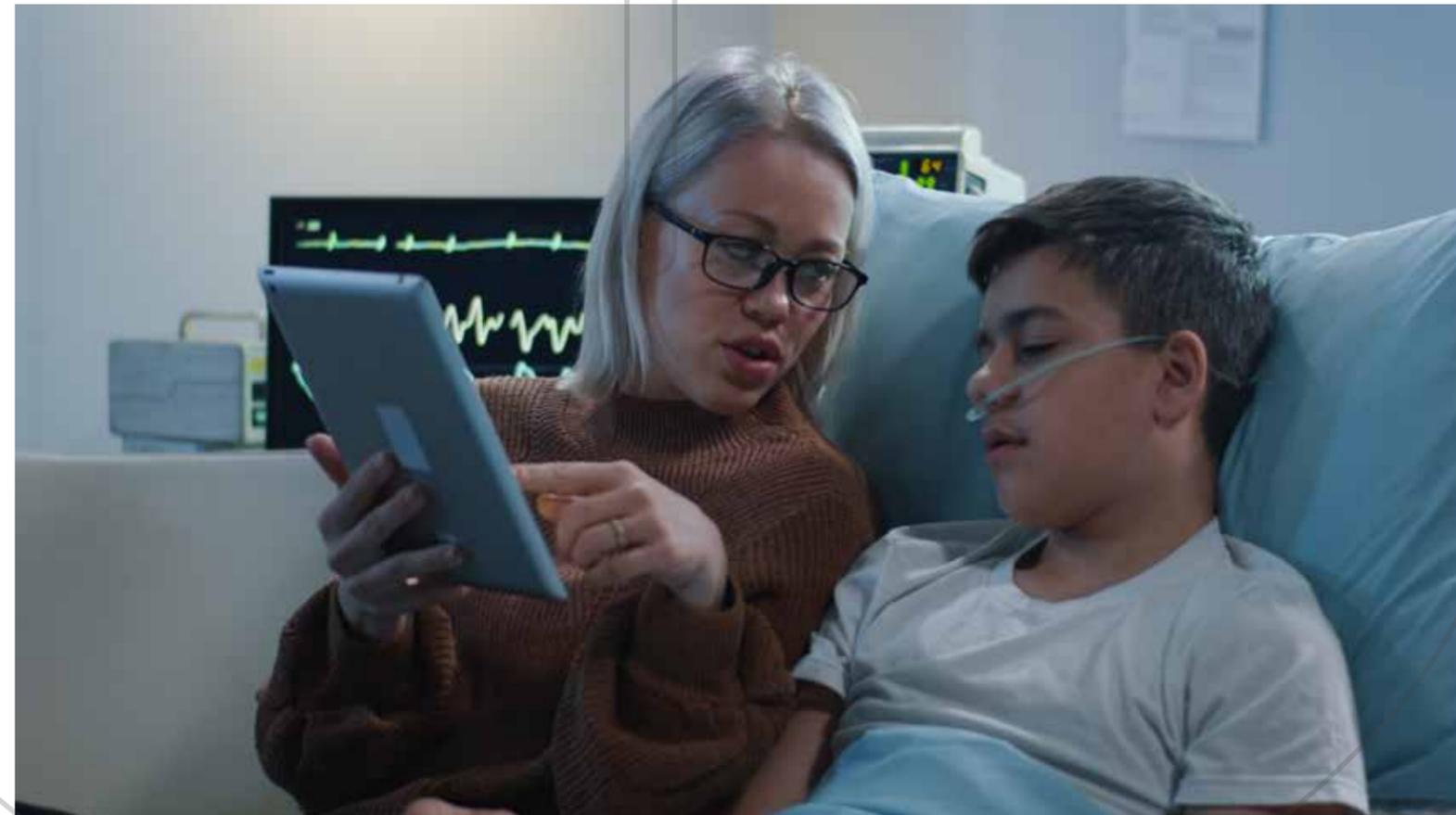
con esa persona (y viceversa)” (José Gómez, 2016). Si bien, tal comunicación se transmite en su mayoría de forma verbal, también suele acompañarse de movimientos corporales, gestos o expresiones, es decir todo aquello que pese a no ser verbal consigue emitir un mensaje.

Conforme a los referentes explorados como Arguelles Rocha, (2021), es importante tener en cuenta que la comunica-

ción del paciente se ve perjudicada durante la estancia en **UCI**, ello a causa de situaciones tales como: estado de conciencia, enfermedades, o procesos de intubación orotraqueal. Los pacientes críticos experimentan sentimientos de frustración, ira, miedo y preocupación, entre otros, estas emociones se magnifican como consecuencia de las limita-

ciones de comunicación padecidas en el tiempo de permanencia en **UCI**.

De esta manera, pacientes, cuidadores y mismos profesionales de la salud, enfrentan obstáculos tanto para comprender como para expresarse con efectividad teniendo en cuenta los diferentes sentimientos o emociones mencionados anteriormente que puede ameritar



el hecho de encontrarse en una **UCI**, lo que a su vez, produce trastornos de estrés postraumáticos, en la mayoría de pacientes que salen de cuidados intensivos; así como también, consecuencias psiquiátricas como delirium, alucinaciones y demencia en adultos mayores, afectaciones significativas a la comunicación del paciente con su entorno y, por ende, a su calidad de vida (Freeman et al., 2022).

Por otro lado, se estima que la Calidad de vida es un estado de satisfacción general que posee aspectos subjetivos como, el bienestar físico, psicológico y social y todo lo que estas esferas engloban, para gozar entonces de una buena salud; y aspectos objetivos como, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social y con la comunidad” (Jeitziner et al., 2011). Los aspectos considerados por estos autores pueden verse alterados por la permanencia prolongada en **UCI**, lo cual afecta la calidad

de vida de los pacientes a nivel multidimensional y, al mismo tiempo, repercute en el bienestar de los familiares.

Puede determinarse que la calidad de vida y la comunicación se encuentran ampliamente perjudicadas en los usuarios en **UCI**, por lo que es primordial apoyarse en el profesional fonoaudiológico para tratar su principal objeto de estudio: “la comunicación humana y sus desórdenes” Como lo menciona (Mikkelsen et al., 2020).

En concordancia, LaBuzetta et al., (2019), indica que un trabajo de rehabilitación interdisciplinar, demuestra estadísticamente gran ayuda en el progreso o mejora de dichos pacientes que así lo requieren, es mediante técnicas como tolerancia al dolor, métodos de implementación de comunicación aumentativa alternativa, que se reduce la angustia o los signos psicológicos depresivos causados por secuelas o efectos adquiridos en la estancia en **UCI**.

Adicionalmente, posibilitan a los profesionales de la salud que intervienen en la **UCI**, una visión clara y enfocada respecto al manejo integral que debería tener una persona que ha estado en cuidados intensivos prolongados y que ha sobrellevado enfermedades críticas a través de técnicas actualizadas desde cada profesión. La fonoaudiología verifica y adapta métodos de comunicación asertiva para que el experimentar una estancia en **UCI** no sea limitante, sino facilitador de aprendizaje y adaptación para conseguir una estadía agradable, mejorando directamente su calidad de vida y su comunicación e influyendo directamente sobre los diversos cuidadores y profesionales que intervienen (Bein et al., 2019).

En conclusión, es posible afirmar que la calidad de vida de los usuarios se ve afectada en general por todas las características y situaciones que origina el hecho de estar en una **UCI**, por lo tanto y partiendo desde esta afirmación obtenida por los autores mencionados anteriormente, se sugiere realizar mayores y mejores intervenciones, tanto para prevenir como para mejorar resultados psicológicos adversos (depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático) y desde todas las áreas o profesionales que actúan en los



procedimientos de los pacientes ubicados en **UCI**. Las secuelas pueden llegar a influir negativamente, tanto al individuo como a sus familias, debido a la dificultad para retomar actividades laborales y sociales; es por esto que, se requieren intervenciones tempranas que mitiguen el deterioro de la calidad de vida y mejoren la comunicación del paciente con su entorno (Marra et al., 2018).

Deglución, Un Área de Gran Importancia e Intervención en Pacientes que se Encuentran En UCI.

ríngea y esofágica, se ha considerado un área fundamental de estudio e investigación, con el fin de prevenir, diagnosticar oportunamente, y tratar alteraciones que afectan el mecanismo fisiológico de la ingesta (Ortega et al., 2017).

Como lo expone (Hincapie-Henao et al., 2010), la deglución se divide en cuatro fases: 1) la fase preparatoria oral, la cual consiste en formar el bolo alimenticio a partir de la trituración, pulverización y compactación del alimento mezclado con saliva; 2) fase oral, donde el bolo es transportado hacia la faringe mediante movimientos linguales; 3) fase faríngea, la cual inicia con la propulsión del bolo hacia la pared posterior de la faringe, activando mecanismos reflejos los cuales permiten el paso del b; 4) fase esofágica, a partir del peristaltismo esofágico, el alimento es conducido hacia el estómago. La alteración en alguna de las fases anteriormente mencionadas, se considera disfagia (Hincapie-Henao et al., 2010; Saito et al., 2018).

La disfagia es una deficiencia en la cual el usuario es incapaz de transferir de manera segura (con protección de vía aérea) y eficaz (que proporcione los nutrientes e hidratación necesaria) alimentos desde la boca hasta el estómago. En este

La deglución es una función del sistema estomatognático que requiere de la participación y coordinación de diferentes estructuras, además de un potente control neuromuscular y la activación de diversas regiones cerebrales, las cuales permiten el paso del alimento desde la boca hasta el estómago (Baena González & Molina Recio, 2016). Por su arduo equilibrio entre las estructuras de la cavidad oral, fa-

proceso se pueden ver alteradas diferentes estructuras anatómicas que trabajan de manera dinámica y coordinada; su tratamiento depende del sitio afectado en cualquiera de sus fases (Chuhuaicura et al., 2018). Por ello, se debe realizar un diagnóstico diferencial de manera oportuna, con el fin de proteger la vía aérea, evitar complicaciones mayores como neumonía aspirativa, asfixia por atragantamiento, entre otras. Además de brindar calidad de vida a las personas. La disfagia puede ser causada por múltiples patologías como enfermedades musculares, metabólicas, del sistema nervioso central, infecciones, orgánicas, entre otras (Ponce et al., 2007).

En la unidad de cuidado intensivo, la mayoría de los pacientes demandan de ventilación mecánica invasiva, requiriendo intubación orotraqueal, en algunos, casos prolongada (mayor a 48 horas) o requerimiento de traqueostomía en los casos donde el paciente requiere de soporte ventilatorio por más tiempo, dan-

do lugar a deficiencias del cierre laríngeo, debilidad de los músculos orales, faríngeos y laríngeos, disminución de la sensibilidad laríngea, entre otras alteraciones que afectan la mecánica deglutoria (Duncan et al., 2020). Inmediatamente posterior a la extubación, el usuario puede experimentar signos y síntomas como mucosa oral seca, secreciones adheridas al dorso de la lengua y labios, lesiones en boca con secreciones sanguinolentas, incluso, pueden encontrarse elementos dentales resultantes del proceso de intubación; en la fase faríngea el usuario puede presentar disminución en la elevación laríngea, cambios en los receptores de la lengua, pared faríngea, epiglotis y mucosa laríngea, disminución del peristaltismo faríngeo secundario a desacondicionamiento muscular lo que puede generar penetración o aspiraciones posteriores, disminución de la sensibilidad de la vía aérea superior en intubaciones prolongadas, las cuales pueden ocasionar mal manejo de secreciones propias (Salle Lev et al., 2020).

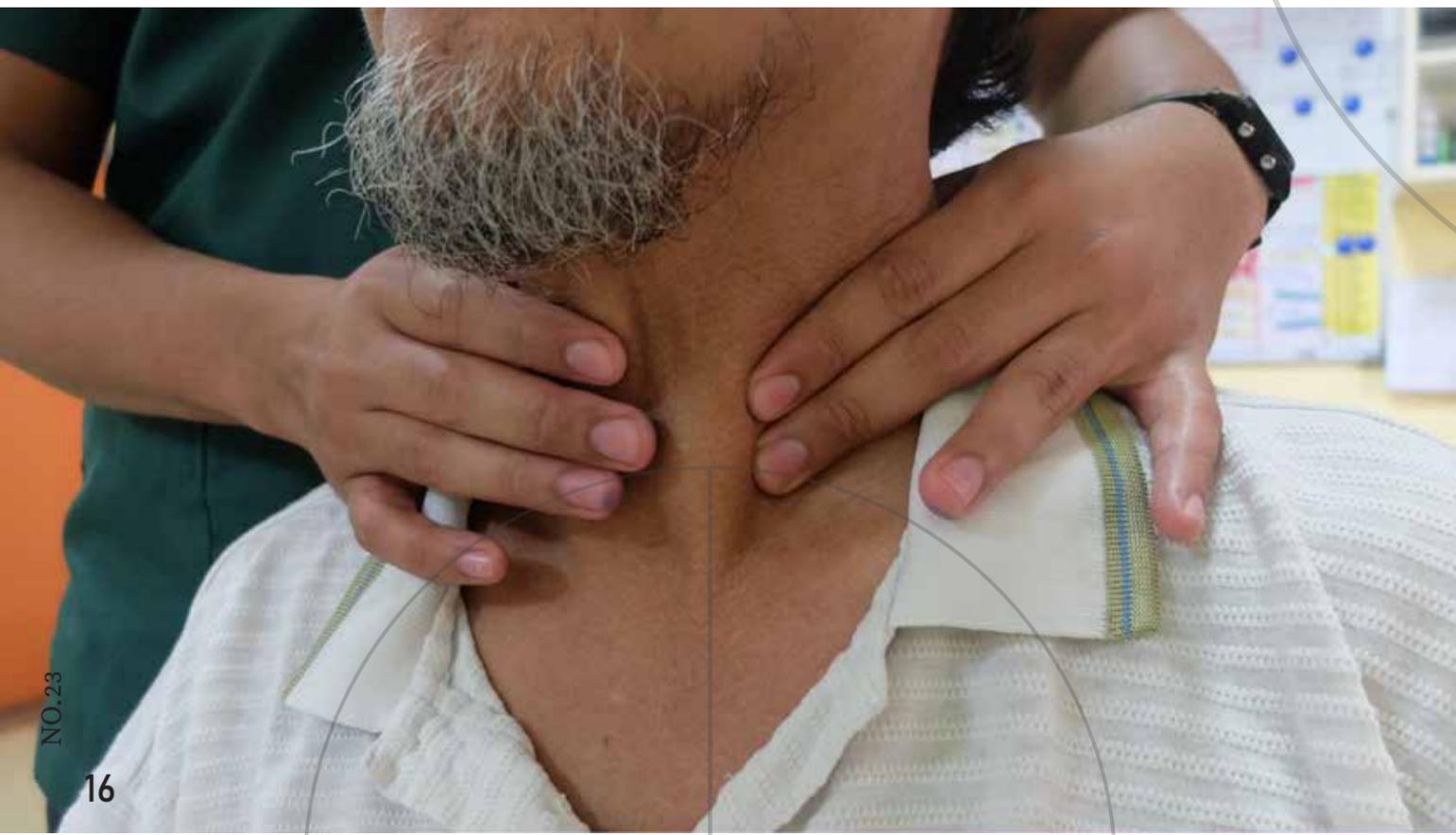
Estas complicaciones, pueden perdurar por semanas e incluso meses, dependiendo el caso y el grado de afectación. Los factores de riesgo más asociados a disfagia orofaríngea en la UCI identificados por (Zuercher et al., 2020) en su estudio, son las enfermedades neurológicas y los días de ventilación mecánica, incrementando con el uso de medicamentos específicos y comorbilidades. Por otro lado, otros autores identificaron un reporte de autopsia donde refieren que el 95% de los pacientes en UCI los cuales requirieron de ventilación mecánica invasiva a través de tubo orotraqueal, tenían lesiones a nivel de la laringe, evidenciando edema, hemorragia submucosa, úlceras en pliegues vocales, inflamación de la mucosa, así mismo reportan que la estancia prolongada con la intubación con requerimiento de traqueostomía, tuvieron una mayor incidencia de lesiones laríngeas y estenosis traqueales (Miles et al., 2018).

En este sentido, se debe considerar una posible disfagia postextubación (**trastorno frecuente en la UCI**) posterior a la extubación o desvinculación de la ventilación mecánica, debido a que “afectaría a más del 50% de los pacientes”, según reporte de literatura (Dobak & Kelly, 2021). El riesgo de presentar disfagia aumenta con la edad; los adultos mayores tienen un mayor riesgo de presentar disfagia dado a las múltiples comorbilidades, generando mayor riesgo inicial de disfagia y el riesgo de padecer neumonía se incrementa simultáneamente con el aumento de días de ventilación mecánica. Entre más prolongada sea la intubación, mayor riesgo de desarrollar complicaciones deglutorias (Parra Maldonado et al., 2021). No obstante, otros autores afirman que los usuarios adultos mayores no presentan mayor riesgo de disfagia por su edad avanzada, sino que intervienen en

el proceso de rehabilitación debido al deterioro fisiológico de las estructuras orofaringolaríngeas (Oliveira et al., 2018).

Por otro lado, Según Oliveira et al., (2018), obtienen una incidencia de disfagia orofaríngea del 35.9% con un riesgo de aspiración de 24.9 % en comparación con otros estudios, esta investigación muestra una alta prevalencia de disfagia con riesgo de aspiración en las unidades de cuidado intensivo, secundario a múltiples factores que pueden ocasionarse como inactividad muscular orofaríngea, complicaciones adyacentes a la intubación orotraqueal prolongada, lesión glótica y en pliegues vocales, inflamación de la mucosa oral, faríngea y laríngea, efectos prolongados de fármacos narcóticos y ansiolíticos que pueden alterar los reflejos protectores de la vía aérea. Otros estudios estiman que al menos el 20% de usuarios extubados podrían tener alteraciones deglutorias, en evaluaciones endoscópicas realizadas en la UCI encontraron un 33% de trastornos deglutorios en usuarios que requirieron de ventilación mecánica; autores sugieren que entre más alejado se realice el examen objetivo de deglución del momento de la extubación menor probabilidad de presentar disfagia (Lugaro & Risso-Vazquez, 2018).

Los usuarios con estancia prolongada en la UCI tienen una recuperación de la deglución mucho más lenta, los síntomas de esta condición clínica tienden a resolverse lentamente. Sin embargo, estos suelen persistir o demorarse durante el proceso de rehabilitación en usuarios con mayor permanencia dentro de la unidad de cuidado crítico. Este síntoma puede tener consecuencias importantes para los pacientes que se recuperan de una patología crítica, retrasando el proceso de alimentación por vía oral, causando desnutrición e incrementando la



estancia hospitalaria (Wallace & McGrath, 2021). Beduneau et al., (2020), encontró diferencias significativas en la severidad de la disfagia postextubación con los días de ventilación mecánica, es decir que, el requerimiento de soporte ventilatorio invasivo mayor a 7 días se asocia con una disfagia de mayor severidad y mayor tiempo de alimentación enteral.

Por otra parte, McIntyre et al., (2021) en Australia realizan metaanálisis sobre la incidencia de la disfagia postextubación encontrando una incidencia global ponderada del 41% de los pacientes en estado crítico, como lo mencionan los autores en el artículo, según la carga de enfermedad global de la Organización Mundial de la Salud, esto equivale a 8,2 millones de personas cada año en todo el mundo, demostrando de esta manera que esta condición es muy habitual en usuarios extubados. Así mismo evidenció una aspiración silenciosa del 36% en pacientes con disfagia orofaríngea, la cual es identificada por estudios instrumentales de la deglución, lo que infiere para el profesional, la dificultad de detectar esta condición con evaluación clínica al lado de la cama, en este sentido, es de suma importancia considerar dentro de los protocolos de evaluación de la deglución, exámenes objetivos como la videofluoroscopia o exámen endoscópico de la deglución FEES dentro de la unidad de cuidado intensivo en caso en el que el paciente no pueda ser trasladado

Teniendo en cuenta lo anterior, es primordial evaluar la deglución en el paciente crítico, la cual debe basarse en una revisión completa de la historia clínica, identificación de riesgos preexistentes,

evaluación clínica e instrumental como la videofluoroscopia o la evaluación endoscópica de la deglución, con el fin de identificar alteraciones en la mecánica deglutoria, determinar la vía de alimentación más segura, además de definir estrategias óptimas de tratamiento al usuario en la UCI, en pro de una deglución más eficiente y menos riesgosa (Parrá Maldonado et al., 2021; Wilches et al., 2012). El diagnóstico de la disfagia postextubación, permite identificar usuarios con alto riesgo de aspiración y sus complicaciones adversas, asimismo, prever aditamentos nutricionales innecesarios. Sin embargo, fonoaudiólogos de Estados Unidos recomiendan evaluarla 24 horas posterior a la extubación, debido a que se ha identificado que, durante ese periodo de tiempo, el usuario extubado presenta edema, incoordinación, incluso desorientación dado a permanencia de delirium, entre otras afectaciones que pueden ser resueltas horas después de retirado el tubo endotraqueal (Regala et al., 2019).

Más allá de la deglución como un acto de transportar el alimento desde la boca hasta el estómago de manera segura y eficiente, está el bienestar; lo que para cada una de las personas representa el acto de comer. Brindar calidad de vida al usuario que se encuentra en la unidad de cuidado intensivo, es poder entender que el proceso de alimentación por vía oral es una necesidad fisiológica, que satisface, genera armonía, placer y saciedad. Siendo la deglución parte esencial de la vida, cualquier síntoma que implique alteración de la misma no debe ser ignorado (González Moreira et al., 2021).

Importancia de la Humanización en la Atención de Pacientes en la UCI

La humanización en salud se define como el abordaje integral que es brindado a los pacientes por parte del equipo interdisciplinar que se encuentra a cargo de la persona, desde la calidez y la empatía (Gutiérrez Fernández, 2017).

“El concepto de humanización ha cobrado mayor significación en las actuales prácticas de reconstrucción de la salud, en el sentido de integridad, efectividad y

acceso y la humanización como parte de los cuidados” (Correa Zambrano, 2016). Teniendo en cuenta esto, se estima que se brindan cuidados de calidad cuando quién los requiere es un ser querido; es por ello que se hace énfasis en la formación humanizada al personal de salud, puesto que en su mayoría se brinda atención a personas ajenas a los profesionales tratantes. Partiendo de ello, según la búsqueda realizada en la literatura, se encontraron estudios que involucran la



humanización y cuidados humanizados en contextos de unidades de cuidados intensivos. Estudios enmarcados en la humanización, han tenido como objetivo conocer la percepción de los familiares respecto a la comunicación y el manejo emocional por parte del equipo tratante hacia el paciente, evidenciando resultados positivos en el proceso. Los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un ser holístico, actuando desde la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto; asimismo, actualmente, el concepto de humanización reconoce a la familia como un actor principal y fundamental de todas las acciones asistenciales, por consiguiente, se estima que una familia participativa posee mayores herramientas para apoyar al paciente en los momentos de ansiedad e incertidumbre que genera el ingreso a los servicios de hospitalización crítica (Bautista Rodríguez et al., 2016). Partiendo de ello, según la búsqueda realizada en la literatura, se

encontraron estudios que involucran la humanización y cuidados humanizados en contextos de unidades de cuidados intensivos. Estudios enmarcados en la humanización, han tenido como objetivo conocer la percepción de los familiares respecto a la comunicación y el manejo emocional por parte del equipo tratante hacia el paciente, evidenciando resultados positivos en el proceso. Los familiares de los pacientes ven la labor de enfermería como un comportamiento de cuidado humanizado centrado en la valoración del ser humano como un ser holístico, actuando desde la empatía, la comunicación efectiva, el afecto y el tacto; asimismo, el concepto de humanización permite reconocer a la familia como el eje central de todas las acciones asistenciales, concluyendo que una familia participativa, es más sana y posee más herramientas para luchar contra la desesperación que genera el ingreso de un paciente a los servicios de hospitalización crítica (Bautista Rodríguez et al., 2016).

Por otro lado, se ha buscado examinar acerca de las experiencias de delirio de pacientes y familiares y factores de alivio en la Unidad de Cuidados Intensivos, llegando a la conclusión que los pacientes y las familias experimentan distintas emociones difíciles y otras formas de angustia durante el delirio de la **UCI**, esto lleva a pacientes y familiares a valorar mucho más la amabilidad humana y la empatía por parte del personal de salud (Boehm et al., 2021).

Finalmente, teniendo en cuenta la literatura, se identificaron aspectos estresantes en el entorno de **UCI**, como el ruido excesivo debido al sonido de los diferentes monitores, los cuales interfieren de manera negativa en el sueño, ocasionando insomnio, cambios en los horarios de sueño, incremento del dolor, ansiedad, confusión y mayor desorientación; por otro lado, la presencia de múltiples aditamentos como soporte ventilatorio, nutricional y para el suministro de medicamentos e hidratación, los cuales generan en el usuario aislamiento con el entorno; otra de los aspectos causantes de estrés en la **UCI**, es la mínima presencia de familiares, la limitación o la incapacidad para comunicarse con sus pares simétricos y asimétricos, entre otros; los cuales conllevan a un estado de vulnerabilidad en el paciente, llegando a ser mucho más impactantes si no se cuenta con la atención de profesionales integrales y empáticos ante su condición de vulnerabilidad y necesidad de comprensión, que ayuden a minimizar el efecto de estas condiciones estresantes (Dalla Lana et al., 2018; Palacio Jiménez, 2020). En este sentido, se observa la necesidad de modificar aspectos dentro de la unidad de cuidado intensivo, convirtiendo este espacio en un lugar confortable para el paciente y de esta manera propiciar la humanización en la atención, donde el

equipo interdisciplinario juega un papel fundamental, iniciando con la disminución de exceso de ruido, así como disminuir la iluminación en las noches, facilitando el descanso, por otro lado, que las unidades de cuidado intensivo sean de puertas abiertas, permite a la vinculación del familiar en su proceso de recuperación, mejorando de esta manera su bienestar y calidad de vida.

En conclusión, humanizar la atención en salud conlleva involucrar diferentes actores partiendo de aspectos importantes y significativos para el paciente, como lo es la comunicación (asertiva, aumentativa, alternativa), el respeto y buen trato, modificaciones del entorno y flexibilidad en horarios de visita. Por consiguiente, se considera la humanización como dimensión transversal que conlleva a la calidad de la atención brindada a los usuarios y a la excelencia (Heras de la Calle et al., 2017). Existe literatura que reporta la perspectiva de los familiares respecto a la humanización en contextos clínicos, asimismo el rol y la importancia de estos, como uno de los actores principales, lo cual es una consideración muy acertada, debido que los familiares resultan siendo en ocasiones mucho más empáticos ante la vulnerabilidad y las necesidades del paciente. Se considera de gran importancia promover estrategias que fomenten la humanización y la importancia de difundir estas acciones, considerando que la humanización no sólo es posible, sino que además impacta favorablemente en los desenlaces clínicos, asimismo, es costo-efectiva y sobre todo agrega valor al trabajo dignificando hacia el paciente, familia y equipo (Rojas, 2019). Finalmente, los profesionales en fonoaudiología deben promover la calidad de vida desde la atención integral y el compendio de acciones humanizadas.



Reflexiones Respecto al Rol del Fonoaudiólogo en Estancias Prolongadas en UCI

Como bien se ha mencionado, los usuarios que ingresan a la unidad de cuidado intensivo pueden generar alteraciones en el mecanismo deglutorio, la voz, el habla y la comunicación, como consecuencia de la enfermedad propia que esté cursando el usuario o por el requerimiento de procedimientos para preservar la vida, como el uso de algún soporte ventilatorio invasivo. El fonoaudiólogo, es el profesional idóneo para evaluar, diagnosticar y brindar estrategias de tratamiento en las alteraciones de la comunicación y la deglución durante la estancia en **UCI**. Sin embargo, no están claramente descritas sus funciones dentro de la unidad, ni se reconoce la importancia de sus acciones para la salud y el bienestar del paciente (Rodríguez-Riaño & Duarte-Valderrama, 2018).

Según el reporte de la evidencia, la baja experticia y formación de fonoaudiólogos frente al escenario, se relaciona con el bajo reconocimiento de la profesión en la unidad de cuidados intensivos. En este sentido, se considera importante que las entidades tengan en cuenta el perfil profesional durante la contratación de profesionales, debido a que, por ser una unidad especializada, se requiere de

personal capacitado, con entrenamiento académico, clínico y científico, además de permanecer actualizado en procesos, procedimientos, guías de manejo, con el fin de brindar acciones terapéuticas precisas y oportunas en pro de la calidad de vida del paciente y su familia (Cardinal et al., 2020).

La comunicación dentro de la **UCI**, es de gran importancia dado al cumplimiento de propósitos por medio de la interacción como expresar necesidades básicas, manifestar dolor, hambre; referente al bienestar emocional como expresar tristeza, deseos, sentimientos, incluso poder tomar decisiones por sí mismo en cuanto a su condición clínica (Roig Roig, 2013).

En la unidad, los pacientes presentan dificultades para comunicarse con sus familias y equipo interdisciplinar; estos a su vez, no implementan estrategias que faciliten la interacción con el paciente / familiar; adicionalmente interfieren las barreras del entorno hospitalario; lo cual empeora su condición clínica cuando existen alteraciones de lenguaje y habla como las afasias, disartrias o alteraciones de la voz, inclusive presencia permanente de delirium, entre otros déficits, los cuales son ignorados o mínimamente

intervenidos en la unidad por el profesional experto (Achury & Achury, 2010). La limitada comunicación, genera en el paciente frustración, además de ocasionar inestabilidad hemodinámica que puede llegar a incrementar el uso de sedantes y parámetros ventilatorios. Estudios reportan que brindar estrategias de comunicación oportunas, genera bienestar en el paciente crítico, asimismo reduce la estancia prolongada en la **UCI**. Por ello, es de vital importancia la acción fonoaudiológica con el usuario crítico, empleando estrategias comunicativas en sus diferentes modalidades ajustadas a la necesidad del paciente, asegurando la efectividad de la comunicación del usuario y su entorno, del mismo modo en brindar asesoría y consejería como apoyo en las acciones asistenciales del equipo interdisciplinar e interacción con familiares (Cardinal et al., 2020; Freeman et al., 2022).

Por otro lado, los trastornos deglutorios en el paciente en estado crítico, generalmente suelen estar relacionados con alteraciones de conciencia, bien sea por sedación o afectación neurológica, alteraciones biomecánicas o estructurales por intervenciones quirúrgicas y con alteraciones neurológicas. Por consiguiente, uno de los objetivos del fonoaudiólogo, será garantizar la nutrición e hidratación de los pacientes, asegurando una vía de alimentación segura y eficaz (Callorda Sorondo & Fernández Neve, 2018).

Las acciones desempeñadas por el fonoaudiólogo en el ámbito clínico, parten desde la evaluación, con el fin de determinar el estado de la deglución del paciente y, con base a los resultados, implementar el proceso de intervención bien sea de forma directa, indirecta o mixta. Inicialmente, se debe tener en cuenta la historia clínica y antecedentes relevantes, realizar una evaluación clínica. Ante

indicios de aspiración de alimento, se realiza una evaluación instrumental, las cuales van a depender de la institución de salud que brinda el servicio dado que, por lo regular, no cuentan con la disponibilidad de equipo y personal para realizar estas pruebas objetivas, las cuales permiten determinar con mayor certeza la pertinencia de habilitación de la vía oral con base a los resultados obtenidos en la evaluación instrumental (Bustamante Arboleda et al., 2020). Es fundamental identificar consistencias y volúmenes adecuados para la alimentación segura y eficaz del paciente, así como un plan de intervención planteado según las necesidades del mismo teniendo en cuenta su individualidad; en caso de los pacientes con alteración de la deglución, se debe definir una vía alterna de alimentación para garantizar su nutrición (Parrá Maldonado et al., 2021). "Otra función que ejerce el fonoaudiólogo desde el área asistencial, es asesorar a otros profesionales en el manejo de la deglución, el uso de aditamentos, cambio de consistencias e implementación de técnicas compensatorias" (Padovani et al., 2013 citado por Rodríguez-Riaño & Duarte-Valderrama, 2018).

Finalmente, para obtener un proceso de rehabilitación satisfactorio, el fonoaudiólogo debe trabajar en conjunto con el equipo interdisciplinar del paciente, manteniendo siempre una buena comunicación, lo cuál va a beneficiar la toma de decisiones en favor de su recuperación y la disminución de la estancia en entornos clínicos (Chica et al., 2020). Se resalta la importancia de continuar adquiriendo conocimientos en esta área, debido a que se encuentra mínima evidencia del abordaje del paciente crítico, lo que conlleva al inadecuado manejo del mismo con intervenciones muy poco efectivas (Ayala & Marín, 2015).

Conclusiones

La disponibilidad de literatura científica relacionada con los efectos de la estancia prolongada en **UCI** sobre la comunicación y la deglución es poca, lo cual llama al profesional a fortalecer el desempeño en el ámbito clínico, no es por mejorar el posicionamiento de la profesión, sino favorecer a la mejora de la práctica profesional a partir de la evidencia haciendo los tratamientos más efectivos, y que permita ver al paciente de forma integral desde los procesos fisiológicos de la deglución, respiración y habla; como también de abarcar procesos de lenguaje y comunicación, supliendo la necesidad natural del ser humano de poder comunicarse con su entorno.

Uno de los efectos mencionados en los diferentes artículos encontrados, de la instancia prolongada en **UCI** que afecta en gran medida los procesos de habla, voz y deglución, es el síndrome de descondicionamiento físico, debido al deterioro generalizado de las estructuras musculares y la disminución o pérdida de la movilidad y la fuerza muscular. Por lo tanto, debe ser uno de los factores a tener en cuenta al momento de iniciar proceso de valoración e intervención.

Por otra parte, también se evidencio en la mayoría de la literatura encontrada que, la disfagia es uno de los trastornos con mayor prevalencia dentro de la Unidad de Cuidado Crítico, siendo secundaria a la post extubación, afectando la efectividad de la protección de la vía aérea

Se concluye adicionalmente que, la estancia prolongada en **UCI**, afecta de manera directa tanto al usuario como a sus cuidadores y el entorno en el que este se encuentra, ya que esta es una situación de difícil manejo y puede llegar a ser bastante estresante para las dos partes. Sin embargo, esta situación puede ser de cambio, debido a que, de cara a contar con un excelente equipo multidisciplinar, es posible a través de un adecuado proceso de rehabilitación basado en humanización, brindar una mejor calidad de vida al usuario y sus familiares mejorando las condiciones de la estancia hospitalaria.

En cuanto a la intervención terapéutica por parte del profesional en Fonoaudiología, se observó que existen diferentes técnicas de intervención según el área de abordaje como por ejemplo desde la parte comunicativa, implementar o crear métodos de comunicación aumentativa alternativa a través de tableros con pictogramas, desde el área de deglución realizar la adaptación de algunas técnicas facilitadoras o maniobras compensatorias que brinden la ayuda necesaria al usuario para poderse alimentar de forma segura, desde voz y habla realizar manejo de aumento de fuerza y tono que se genera a causa del descondicionamiento y así brindar mejora también con ejercicios específicos de las disfonías que por la intubación prolongada se pueda generar. Todo esto teniendo en cuenta el estado anímico y hemodinámico de la persona y la funcionalidad y objetivos que se puedan brindar desde el servicio.

Por otra parte, es posible deducir que, el rol del Fonoaudiólogo es de vital importancia en la estancia clínica, puesto que su objeto de estudio es la comunicación humana, la cual es fundamental para todos y, al verse afectada por la estancia prolongada en **UCI**, perjudica de forma radical al usuario y a su evolución. Por tanto, es importante saber de qué forma evaluar al usuario, brindar un buen plan de intervención con objetivos medibles y alcanzables, y poner a disposición técnicas de intervención actualizadas y vera-

ces para obtener adecuados resultados y progreso del usuario que lo requiera.

Para dar cierre al documento, es necesario resaltar la importancia de generar más espacios de investigación desde las áreas manejadas por el Fonoaudiólogo en la **UCI**, para así favorecer y asegurar un mejor manejo y rehabilitación en los pacientes que lo necesiten, según las necesidades o alteraciones que allí demuestren y estén al alcance o dentro de los conocimientos o áreas que le competen a la disciplina fonoaudiológica.

Referencias

- Aceituno, C., Aranda, S., Palma, G., Pino, C., Villegas, P., Quezada, C., & Toledo-Rodríguez, L. (2019). Quality of life in people with dysarthria. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 39(1), 27–31. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2018.07.002>
- Achury, D. M., & Achury, L. F. (2010). Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. *Investigación En Enfermería*, 12(1), 25–42.
- Añón, J. M., Gómez-Tello, V., González-Higueras, E., Oñoro, J. J., Córcoles, V., Quintana, M., López-Martínez, J., Marina, L., Choperena, G., García-Fernández, A. M., Martín-Delgado, C., Gordo, F., Díaz-Alersi, R., Montejo, J. C., Lorenzo A., Pérez-Arriaga M., Madero R. (2012). Modelo de probabilidad de ventilación mecánica prolongada. *Medicina Intensiva*, 488-495, 36(7). 10.1016/j.medint.2012.01.003.
- Arguelles Rocha, R. J. (2021). Estancia hospitalaria y rehabilitación de pacientes adultos en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Cayetano Heredia en el período 2018 al 2019". Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Ayala, P., & Marín, Y. (2015). Realidad Laboral del Fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revistas Signos Fónicos*, 1(1), 44–56.
- Azarfarin, R., Ashouri, N., Totonchi, Z., Bakhshandeh, H., & Yaghoubi, A. (2014). Factors influencing prolonged icu stay after open heart surgery. *Research in Cardiovascular Medicine*, 3(4), 1–5. <https://doi.org/10.5812/cardiovascmed.20159>
- Baena González, M., & Molina Recio, G. (2016). Abordaje de la disfagia en enfermos de alzheimer. *Nutricion Hospitalaria*, 33(3), 739–748. <https://doi.org/10.20960/nh.286>
- Bautista, N. E. (2020). Conozca cómo prevenir los accidentes cerebrovasculares. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., & Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297–1309. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>



- Beduneau, G., Souday, V., Richard, J., Hamel, J., Carpentier, D., Chretien, J., Bouchetemple, P., Laccoureye, L., Astier, A., Tanguy, V., Mercat, A., Beloncle, F., & Tamion, F. (2020). Persistent swallowing disorders after extubation in mechanically ventilated patients in ICU: a two-center prospective study. *Annals of Intensive Care*, 10(138), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s13613-020-00752-x>
- Bein, T., Bienvenu, O. J., & Hopkins, R. O. (2019). Focus on long-term cognitive, psychological and physical impairments after critical illness. *Intensive Care Medicine*, 45(10), 1466–1468. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05718-7>
- Boehm, L. M., Jones, A. C., Selim, A. A., Viridun, C., Garrard, C. F., Walden, R. L., Wesley Ely, E., & Hosie, A. (2021). Delirium-related distress in the ICU: A qualitative meta-synthesis of patient and family perspectives and experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 122(2022), 104030. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104030>
- Bustamante Arboleda, V., Ospina Ruíz, A. M., Sánchez Castañeda, G., & Delprado Aguirre, F. (2020). Evaluación clínica de la deglución en adultos. *Fundación Universitaria María Cano*, 32.
- Caiza Muela, J. A., & Tapia Esponiza, S. X. (2020). Características del habla y procesos motores en la Enfermedad de Parkinson. *Universidad Central del Ecuador*.
- Callorda Sorondo, M. del P., & Fernández Neve, F. G. (2018). Protocolo de Evaluación del Trastorno Deglutorio en adultos. *Universidad de la república de Uruguay*.
- Campo Rivas, M. del, Estay Jorquera, P., Valencia Rojas, G., Muñoz Ramos, P., Arce Rossel, K., & Silva-Ríos, A. (2021). Profile of users receiving Speech-Language Therapy service at a Critical Patient Unit. *Revista CEFAC*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212311720>
- Cardinal, L. A., Freeman-Sanderson, A., & Togher, L. (2020). The speech pathology workforce in intensive care units: Results from a national survey. *Australian Critical Care*, 33(3), 250–258. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.02.003>
- Chen, Y., Almirall, A., David, S., Emily, M., Domínguez, C., Román, V., & Ortuño, R. (2022). Hospital-associated deconditioning: Not only physical, but also cognitive. 1–13. <https://doi.org/10.1002/gps.5687>
- Chica, S., Román, M., Hurtado, M., & Delprado, F. (2020). Tratamiento de la deglución en adultos. *Fundación Universitaria María Cano*, 1–20. <https://www.fumc.edu.co/documentos/investigacion/tratamientodeladisfagiaenadultos.pdf>
- Chuhuaicura, P., Álvarez, G., Lezcano, M. F., Arias, A., Dias, F. J., & Fuentes, R. (2018). Patrones de Deglución y Metodología de Evaluación. Una Revisión de la Literatura. *International Journal of Odontostomatology*, 12(4), 388–394. <https://doi.org/10.4067/s0718-381x2018000400388>
- Correa Zambrano, M. L. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1210–1218. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300>
- Cuervo Echeverri, C. (1998). La profesión de fonoaudiología: Colombia en perspectiva internacional. *Universidad Nacional de Colombia*.
- Dalla Lana, L., Stumpf Mittmann, P., Isdra Moszkowicz, C., & Chaves Pereira, C. (2018). Los factores estresantes en pacientes adultos internados en una unidad de cuidados intensivos: una revisión integradora. *Revista Electronica Trimestral de Enfermería*, 52, 580–590. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.307301>
- Dobak, S., & Kelly, D. (2021). Tough Pill to Swallow: Postextubation Dysphagia and Nutrition Impact in the Intensive Care Unit. *Nutrition in Clinical Practice*, 36(1), 80–87. <https://doi.org/10.1002/ncp.10602>
- Duncan, S., McAuley, D. F., Walshe, M., McGaughey, J., Anand, R., Fallis, R., & Blackwood, B. (2020). Interventions for oropharyngeal dysphagia in acute and critical care: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 46(7), 1326–1338. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06126-y>
- Freeman, S., Yorke, J., & Dark, P. (2022). The patient and their family's perspectives on agitation and its management in adult critical care: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 69, 103–163. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103163>
- González Moreira, D. J., Maris Granato, S., & Vázquez Fernández, P. (2021). El fonoaudiólogo en los Trastornos de Alimentación, Más Allá de la Deglución: Una reflexión sobre el rol del fonoaudiólogo. *Areté*, 21(1), 95–103.
- Gonzalez, R., & Hornauer, A. (2014). Afasia: una perspectiva clínica. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 25, 291–308.
- Gutiérrez Fernández, R. (2017). La humanización de (en) la Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 10(1), 29–38. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v10n1/especial.pdf>
- Heras de la Calle, G., Martin, M. C., & Nin, N. (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(1), 9–13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
- Hincapie-Henao, L., Lugo, L., Ortiz, S., & López, M. (2010). Prevalencia de disfagia en unidad decuidados especiales. *Revista CES Medicina*, 24(2), 21–29.
- Jeitziner, M. M., Hantikainen, V., Conca, A., & Hamers, J. P. (2011). Long-term consequences of an intensive care unit stay in older critically ill patients: Design of a longitudinal study. *BioMed Central Geriatrics*, 11(52), 1471–2318. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-52>
- John, R., & Bapat, S. (2015). Intensive care unit acquired weakness. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 16(4), 155–158. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2015.01.011>
- José Gomez, F. S. (2016). La Comunicación. *Salus*, 20(3), 5–6.
- LaBuzetta, J. N., Rosand, J., & Vranceanu, A. M. (2019). Review: Post-Intensive Care Syndrome: Unique Challenges in the Neurointensive Care Unit. *Neurocritical Care*, 31(3), 534–545. <https://doi.org/10.1007/s12028-019-00826-0>
- Lugaro, M., & Risso-Vazquez, Al. (2018). Trastornos deglutorios luego de la extubación en Terapia Intensiva. *Revista Argentina De Terapia Intensiva*, 35(3).
- Marra, A., Pandharipande, P., Girard, T., Patel, M., Hughes, C., Jackson, J., Thompson, J., Chandrasekhar, R., Ely, E. W., & Brummel, N. (2018). Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems among 406 Survivors of Critical Illness. *Critical Care Medicine*, 46(9), 1393–1401. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003218>
- Martí Romeu, J. D. (2016). Debilidad muscular adquirida en la unidad de cuidados intensivos: ¿un problema con una única solución? *Enfermería Intensiva*, 27(2), 41–43. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.04.002>
- McIntyre, M., Doeltgen, S., Dalton, N., Koppa, M., & Chimunda, T. (2021). Post-extubation dysphagia incidence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, 34(1), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.05.008>
- Mikkelsen, M. E., Still, M., Anderson, B. J., Bienvenu, O. J., Brodsky, M. B., Brummel, N., Butcher, B., Clay, A. S., Felt, H., Ferrante, L. E., Haines, K. J., Harhay, M. O., Hope, A. A., Hopkins, R. O., Hosey, M., Hough, C. L., Jackson, J. C., Johnson, A., Khan, B., ... Sevin, C. M. (2020). Society of Critical Care Medicine's International Consensus Conference on Prediction and Identification of Long-Term Impairments After Critical Illness. *Critical Care Medicine*, 48(11), 1670–1679. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004586>

- Miles, A., McLellan, N., Machan, R., Vokes, D., Hunting, A., McFarlane, M., Holmes, J., & Lynn, K. (2018). Dysphagia and laryngeal pathology in post-surgical cardiothoracic patients. *Journal of Critical Care*, 45, 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.01.027>
- Minton, C., Batten, L., & Huntington, A. (2020). A qualitative multicase study of the trajectories of prolonged critical illness: Patient, family, and healthcare professionals' experiences. *Australian Critical Care*, 33(5), 463–468. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.10.005>
- Morgan, A. (2021). Long-term outcomes from critical care. *Surgery (United Kingdom)*, 39(1), 53–57. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2020.11.005>
- Oliveira, A. C. M. de, Friche, A. A. de L., Salomão, M. S., Bougo, G. C., & Vicente, L. C. C. (2018). Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 84(6), 722–728. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.08.010>
- Ortega, O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 576–582. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>
- Palacio Jiménez, M. (2020). El estrés en el paciente crítico: realidad y cuidados de enfermería. Una revisión sistemática. *Revista Científica Del CODEM*, 7, 49–61.
- Parra Maldonado, J. B., Martínez Camacho, M. A., Garrardo Astorga, P. C., & Boy Skipsey, M. (2021). Disfagia en el paciente crítico. ¿un problema ignorado? *Acta Médica*, 19(4), 566–567. <https://doi.org/10.1186/cc10472.3>
- Ponce, M., Garrigues, V., Ortiz, V., & Ponce, J. (2007). Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. *Gastroenterología y Hepatología*, 30(8), 487–497. <https://doi.org/10.1157/13110504>
- Regala, M., Marvin, S., & Ehlenbach, W. J. (2019). Association Between Postextubation Dysphagia and Long-Term Mortality Among Critically Ill Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(9), 1895–1901. <https://doi.org/10.1111/jgs.16039>
- Rodríguez-Riaño, L. J., & Duarte-Valderrama, A. (2018). Fonoaudiología/logopedia en cuidado intensivo: el valor de la comunicación, más allá de las alteraciones de deglución. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 38(2), 84–91. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2017.08.002>
- Roig Roig, M. (2013). Título :estrategia de intervención en las necesidades psicoemocionales del usuario de la UCI . *Universitat de les Illes Balears*.
- Rojas, V. (2019). Humanización De Los Cuidados Intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005>
- Saito, T., Hayashi, K., Nakazawa, H., Yagihashi, F., Oikawa, L. O., & Ota, T. (2018). A Significant Association of Malnutrition with Dysphagia in Acute Patients. *Dysphagia*, 33(2), 258–265. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9855-6>
- Salle Lev, D., Bernardis Bühler, K., Saconato, M., & Watson Ribeiro, P. (2020). Atuação Fonoaudiológica nas Unidades de Terapia Intensiva. *Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 11, 1–5.
- Santana-Cabrera L., Lorenzo-Torrent R., Sánchez-Palacios M., Martín Santana J., Hernández Hernández J. (2014). Pronóstico de los pacientes médicos según la duración de su estancia en la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, (2014), 126-127, 38(2). <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2013.06.004>
- Toptas, M., Samanci, N. S., Akkoc, E., Yucetas, E., Cebeci, E., Sen, O., Can, M. M., & Ozturk, S. (2018). Factors affecting the length of stay in the intensive care unit: Our clinical experience. *BioMed Research International*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/9438046>
- Vera González, R. (2019). Disfagia Post Extubación en Pacientes Críticos. *Revista Intensiva de Medicina*, 34(3), 1–8.

- Wallace, S., & McGrath, B. A. (2021). Laryngeal complications after tracheal intubation and tracheostomy. *British Journal of Anaesthesia*, 21(7), 250–257. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2021.02.005>
- Wilches, E. C., López, E., & Arango, G. P. (2012). Rehabilitación funcional del paciente neurológico en la UCI. *Fisioterapia En La UCI: Teoría, Experiencia y Evidencia*, 119–123. <http://acnweb.org/guia/g6cap7.pdf>
- Zuercher, P., Schenk, N. V., Moret, C., Berger, D., Abegglen, R., & Schefold, J. C. (2020). Risk Factors for Dysphagia in ICU Patients After Invasive Mechanical Ventilation. *Chest*, 158(5), 1983–1991. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.576>

Mg. Dalia V. Ballesteros
Docente Asesor

Karol J. Eraso
Luz M. Herrera
Lina A. Gómez
Nini J. Rodríguez

Especialización en Fonoaudiología en Cuidado Crítico
Facultad de Ciencias de la Salud

Fuente de Imagenes, Shutterstock, <https://www.shutterstock.com/es>