

**ESTRATEGIAS Y/O TECNICAS QUE UTILIZAN LOS FONOAUDIÓLOGOS PARA
EL MANEJO DE PACIENTES CON INTUBACIÓN ORO TRAQUEAL.**



AUTOR/ES

ALBA ROCIO RIOS FERNANDEZ

DIEGO FERNANDO HERRERA PAZOS

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE FONOAUDIOLOGIA

ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRÍTICO

BOGOTÁ D.C AGOSTO 2018

**ESTRATEGIAS Y/O TECNICAS QUE UTILIZAN LOS FONOAUDIÓLOGOS PARA
EL MANEJO DE PACIENTES CON INTUBACIÓN ORO TRAQUEAL.**



AUTOR/ES

ALBA ROCIO RIOS FERNANDEZ

DIEGO FERNANDO HERRERA PAZOS

DOCENTE ASESOR

ANA MILENA RINCON

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE FONOAUDIOLOGIA

ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRÍTICO

BOGOTÁ D.C AGOSTO 2018

TABLA DE CONTENIDO

Problema	4
Delimitación del problema	4
Pregunta de investigación	6
Objetivos	6
Objetivo general	6
Objetivo específicos	7
Justificación	7
Marco teórico	9
Antecedentes históricos	9
Antecedentes legales	10
<i>Ley 376 de 1997</i>	10
<i>Reglamentación de la investigación en salud</i>	14
Antecedentes investigativos	16
Bases teóricas	20
Deglución	20
<i>Fases de la deglución</i>	22
Disfagia	23
<i>Causas y características de la disfagia</i>	23
<i>Grados de disfagia</i>	23
Sistema estomatognatico	24

Función oral motora	25
Intubación orotraqueal	26
<i>Características del usuario con intubación orotraqueal IOT</i>	26
Comunicación	27
<i>Modelo sistémico de la comunicación</i>	27
<i>Dimensión intrapersonal o intraindividual</i>	28
<i>Dimensión interpersonal o interactiva (micro-contextual)</i>	28
<i>Dimensión sociocultural (macro-contextual)</i>	29
Diseño metodológico	29
Tipo de estudio	29
Alcance	30
Diseño	30
Población y muestra	30
<i>Población universo</i>	30
Tipo de muestreo	30
<i>Tamaño de la muestra</i>	30
<i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	30
Técnicas e instrumentos de recolección de información	31
Procedimiento	33
Resultados	34
Discusión	50
Conclusiones	52

Recomendaciones.....54

Anexos

1. Información y resultados de pares

2. Resultados de encuestas a fonoaudiólogos

Problema

Delimitación del Problema.

La intubación orotraqueal, en adelante IOT, es un procedimiento en el cual se establece una vía aérea artificial cuando el paciente presenta algún riesgo de aspiración o dificultad en el mantenimiento de una vía aérea adecuada; sirve para dar un acceso directo a las vías aéreas inferiores con fines de protección y evitar riesgos de aspiración, mantener una vía permeable y ayudar a eliminación de secreciones; se realiza a través de la introducción oral o nasal de un tubo en la tráquea. De igual forma, es utilizada con fines diagnósticos y terapéuticos (Lizardi, 2010). Por lo tanto, es un procedimiento común para salvaguardar la vida de personas con altos factores de riesgo neurológicos, anatómicos, pulmonares y traumáticos.

Para Ostabal (2002) la IOT es indicada en pacientes con dificultades de tipo respiratorio como estridor respiratorio, apneas, mucosas cianóticas u obstrucción del tracto respiratorio superior; Las patologías más frecuentes relacionadas son: paros cardio respiratorios, obstrucción de la vía aérea, traumatismos craneanos donde el nivel de conciencia sea bajo y ponga en riesgo la vida del paciente, enfermedades respiratorias o enfermedades degenerativas.

Las personas con IOT requieren estar sedados, relajados, conectados a ventilador y estar expuestos a aspiraciones constantes, lo que repercute en una función glótica alterada, generando aspiraciones, broncoaspiraciones, dilatación traqueal, obstrucción de la vía aérea artificial, aparición de lesiones laríngeo-traqueales, entre otras. (Quintero, 2008).

Además, al llevar a cabo este proceso, se producen alteraciones laríngeas que inmediata o posteriormente al soporte ventilatorio, generan secuelas en los procesos de fonación, deglución y respiración. Para Goldsmith (2000), la presencia de un tubo endotraqueal interfiere inevitablemente en las funciones de habla y deglución, así mismo, ha demostrado que el retiro del tubo orotraqueal no necesariamente significa que estas funciones se recuperan espontáneamente; por el contrario, genera condiciones adversas y promueve riesgo de aspiración de secreciones, proliferación de bacterias, residuos de alimentación enteral, contenido gástrico, alimentos, líquidos, entre otros.

Es común que después de la extubación, los pacientes refieran odinofagia, disfagia o disfonía, caracterizado por lesiones en pliegues vocales y de la mucosa laríngea. Según un estudio realizado en Toronto (USA), entre los años 2001 al 2004, de 284 pacientes con IOT, el 51,2% presentó trastornos deglutorios y de estos el 82% presentaron dificultades laríngeas; así mismo, otro estudio realizado en USA determinó que, de 220.000 pacientes con OIT, el 62% presentó problemas deglutorios. Por último, una investigación del Hospital San Martín de Quillota, en Chile, evidenció que de 6 pacientes que ingresaron a UCI y requirieron de OIT, el 100% presentó disfagia post intubación.

Considerando lo anterior, se puede inferir que este procedimiento se ha convertido en una problemática que amerita la intervención de los diferentes profesionales de salud, en especial el profesional en fonoaudiología, debido a las diferentes alteraciones en las áreas de comunicación, deglución y voz.

El Fonoaudiólogo, buscará recuperar funciones de deglución, habla y voz. Para ello, realizará una evaluación y observación de los órganos y sus funciones por medio de un

cuestionario de preguntas, evaluará pares craneales importantes en la disfunción que presente el usuario, determinará la función respiratoria, valorará los movimientos de ascenso y descenso de báscula laríngea, por último, evaluará las fases de la deglución y la función glótica, adicionalmente, realizará revisión de exámenes complementarios con el fin de determinar un diagnóstico claro y poder planear una intervención eficaz.

Sin embargo, para Rodríguez y Espitia (2010), en el panorama clínico actual, los pocos Fonoaudiólogos que cumplen un rol asistencial en pacientes durante la IOT, desempeñan acciones de evaluación/diagnóstico, tratamiento, asesoría y consejería; no obstante, no se conocen parámetros claros o indicadores que se relacionen con este tipo de manejo. La escasa literatura sobre el manejo rehabilitador y preventivo de la deglución durante la IOT, la variabilidad de tratamientos y de diagnósticos, ponen en riesgo la credibilidad del terapeuta y la calidad en la atención y manejo de esta población.

Existen aproximaciones a procesos de evaluación y estimulación oromotora durante la intubación, principalmente encaminada al mantenimiento y a procesos de extubación tempranos; Sin embargo, la evidencia respecto a acciones de manejo fonoaudiológico en el proceso de intubación se centra a la rehabilitación de procesos oromotores y faríngeos que se ven afectados inevitablemente después de cualquier proceso invasivo utilizado para mantener la función respiratoria Rodríguez y Espitia (2010).

En consecuencia, para Castro (2016), el no contar con el apoyo por parte del profesional en Fonoaudiología durante el proceso de IOT, acarrea una grave pérdida de la sensibilidad y provoca disfunciones deglutorias severas y problemas comunicativos.

Formulación del problema.

¿Qué estrategias y/o técnicas utilizan los fonoaudiólogos para el manejo de pacientes con intubación oro traqueal?

Objetivos**Objetivo general.**

Identificar las estrategias y/o técnicas que implementan los fonoaudiólogos para el manejo deglutorio, función oro motora y comunicación, durante el proceso de intubación oro traqueal mediante la aplicación de una entrevista semi estructurada visibilizando así el accionar fonoaudiológico, en los criterios más relevantes de intervención en usuarios con IOT.

Objetivos específicos.

- Conocer cuáles son las estrategias y/o técnicas, a nivel de intervención de la deglución que existen y son implementados por profesionales que trabajan con pacientes con IOT.
- Describir cuales son las estrategias y/o técnicas que tienen en cuenta el fonoaudiólogo para el manejo de la función oral motora con usuarios con IOT.
- Identificar las estrategias y/o técnicas que tienen en cuenta el fonoaudiólogo para el manejo del proceso comunicativo con usuarios con IOT.

Justificación.

Actualmente los contextos en los cuales se desempeñan los fonoaudiólogos y la importancia que tiene los mismos dentro de las unidades de cuidados intensivos que han permitido ganar un espacio dentro de las unidades mediante las intervenciones a

pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos y en procesos de rehabilitación de disfagia y comunicación en pacientes post extubados, considerando lo anterior y la necesidad de que los fonoaudiólogos hagan parte de equipo de rehabilitación en pacientes durante proceso de IOT se propone una investigación que atreves el diligenciamiento por parte de fonoaudiólogos de una encuesta semiestructurada con el fin de determinar cuáles son las estrategias y/o técnicas que utilizan los fonoaudiólogos para el manejo de pacientes durante el proceso de IOT.

Se construyó un instrumento de recolección de la información, el cual reuniera cuales son las estrategias y/o técnicas más comunes de los fonoaudiólogos para el manejo de pacientes con IOT , durante el proceso de evaluación e intervención . Este instrumento, fue desarrollado por estudiantes de la corporación Universitaria Iberoamericana, con el objetivo de obtener de una forma verás, los criterios que usan los fonoaudiólogos durante su proceso de intervención con pacientes con IOT.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos al momento de tabular la información obtenida, se dará respuesta al objetivo general de este trabajo, el cual es establecer los criterios de los fonoaudiólogos para el manejo de pacientes con intubación orotraqueal (IOT) y así generar una herramienta para los profesionales de fonoaudiología, contribuyendo a la realización de protocolos que nos brinde procedimientos adecuados de intervención con estos pacientes.

La novedad de esta propuesta radica en la escasa evidencia a nivel nacional e internacional sobre la labor que realizan los fonoaudiólogos durante el proceso de

intubación orotraqueal, por lo cual, sería de gran impacto materializar la información evidenciada y contar con una literatura acertada y específica.

El impacto científico que tendrá este estudio, radica en el beneficio que obtendrá el paciente con intubación orotraqueal al prevenir y manejar la disfagia y otros trastornos ya mencionados, así mismo, el impacto académico para la Corporación Universitaria Iberoamericana, será al apoyar este tipo de estudios innovadores y necesarios y tomar el liderato frente a las demás instituciones; por último y en igual importancia, causara un impacto en la sociedad, ya que permitirá un conocimiento más amplio para el manejo de este tipo de pacientes por parte del servicio de Fonoaudiología.

La intención central del proyecto consiste en conocer las estrategias y/o técnicas que utilizan los fonoaudiólogos durante el proceso de intervención con pacientes con IOT y así poder publicar los resultados en una revista de buena calidad y de fácil acceso para los Fonoaudiólogos, con el fin de que estos conozcan cuales son los criterios más comunes en el gremio para el manejo de pacientes durante el proceso de IOT y así contribuir al mejoramiento de los procesos en salud que llevan a cabo estos profesionales.

Marco teórico

Dentro de las bases teóricas que se tendrán en cuenta para realizar la revisión conceptual, se abordaran temas como lo son antecedentes históricos de la intubación orotraqueal (ya que este procedimiento ha sido cambiante a través de la historia), siendo esto un aporte importante para el desarrollo de nuevas tecnologías y

procedimientos que favorecen las expectativas de vida de un individuo. También se tendrán en cuenta los antecedentes legales, ya que estos enmarcan el accionar de los profesionales de la salud, y para este proyecto particular, el accionar del fonoaudiólogo. Por último, se realizará una revisión de los antecedentes de tipo investigativo por medio de revisión en bases de datos de orden nacional e internacional que se vean relacionados con los criterios que tienen los fonoaudiólogos en el proceso de intervención de pacientes con intubación orotraqueal.

Antecedentes Históricos

La historia de las intubaciones oro traqueales (IOT), lleva a encontrar hallazgos desde el primer siglo, en donde se utilizaban técnicas rudimentarias y poco seguras con el fin de estudiar las vías respiratorias superiores, En 1543, Andrés Vesalio fue el primero en describir la técnica de intubación traqueal y señaló la ventilación artificial de un animal con un tubo que introdujo en la tráquea. En 1705, Kite inventó un dispositivo que tenía que usarse en la reanimación de víctimas de ahogamiento, consistía en un tubo de metal curvo que se colocaba en la tráquea, por medio del tacto. En 1792, Curry describió la intubación endotraqueal humana guiada también por el tacto. Herholdt y Rafn, en 1796, describieron una técnica de intubación a ciegas en víctimas de ahogamiento, consistía en unir la vía respiratoria a un tubo endotraqueal e intentar la reanimación boca a boca; Así mismo, Mac Ewen (1847-1924), fue pionero en la intubación laríngea oral en pacientes con obstrucción respiratoria por difteria laríngea y luego en la intubación oral y nasal por tacto utilizando tubos de caucho y flexo metálicos de cobre endotraqueales, por donde administraba vapores de cloroformo.

Labordeta, en 1866, inventó el espéculo para la laringoscopia, que permitía la revisión indirecta de las cuerdas vocales; también se han encontrado hallazgos sobre el trabajo de O'Dwyer, en 1880, quien definitivamente contribuyó a difundir la técnica de intubación traqueal ya que fue en este año cuando señaló la práctica de dicho método para conservar el libre flujo de aire en pacientes que sufrían de obstrucción de la porción superior de vías respiratorias por difteria; sin embargo, el tubo endotraqueal aún tenía que ser introducido por medio del tacto y no por un método que visualizara directamente la laringe.

Jackson, entre 1909 y 1913, creó las técnicas de broncoscopio e introducción de sondas endotraqueal bajo visión directa de la laringe.

Estos antecedentes no son los únicos encontrados a través de la historia, pero si son algunos de los más importantes, permitiendo conocer el recorrido que tuvo que pasar esta técnica para poder ser utilizada hoy en día de la forma más segura y eficaz. Actualmente esta técnica se realiza bajo anestesia de manera más segura y con la certeza de causar mínimos traumatismos en los pacientes.

Antecedentes legales.

Para este proyecto de investigación, se tendrán en cuenta las leyes que rigen la profesión de fonoaudiología en Colombia, además de las leyes que amparan las investigaciones en salud, las cuales son de gran importancia para el presente trabajo, ya que como profesionales del área de la salud debemos estar enterados de los derechos, deberes y obligaciones que tenemos a la hora de actuar a nivel investigativo.

Ley 376 de 1997.

Por lo cual se reglamente la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia. (Congreso de la república. 1997)

El congreso de Colombia decreta

TÍTULO 1o. definición. Para todos los efectos legales, se entiende por Fonoaudiología, la profesión autónoma e independiente de nivel superior universitario con carácter científico. Sus miembros se interesan por, cultivar el intelecto, ejercer la academia y prestar los servicios relacionados con su objeto de estudio. Los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las poblaciones.

Reglamentación de la investigación en salud.

Marco legal: Las prácticas científicas se basan en dos alternativas, una empírica y una científica, la empírica se establece en la práctica directa y en la colaboración directa de la persona, y la científica, se establece en emplear el pensamiento y el procedimiento científico de investigación. Por otro lado, la práctica científica es un método que va avanzando para extenderse de lo simple a lo complicado, su avance se presenta para dar razón a los fundamentos teóricos de la investigación que le ayuda al científico a extender habilidades universales importantes para la generación del el conocimiento teórico y práctico. La práctica investigativa le permite al científico aprender a investigar, a tomar decisiones, posición y criterio frente al problema de investigación. (Proyecto de ley 22. septiembre 2006) “La investigación en salud se hace con el fin de mejorar la calidad, expectativa de vida y bienestar de las personas, esta investigación ha cambiado de manera conceptual y metodológica en los

últimos años. Los nuevos instrumentos analíticos han llevado al ser humano a grandes descubrimientos que le permiten tener esperanzas en el tratamiento e incluso la curación en un futuro de muchas enfermedades desconocidas. En particular, para la investigación en salud se construyó una ley sobre los principios de la integridad de las personas y la protección de la dignidad e identidad del ser humano en cualquier investigación médica que implique intervenciones en seres humanos.

Según el artículo 71 la constitución política de Colombia hace referencia que la expresión artística es libre. Los planes de desarrollo económico y social incluirán el fomento a las ciencias y, en general, a la cultura. El estado creará incentivos para personas e instituciones que desarrollen y fomenten la ciencia y la tecnología y las demás manifestaciones culturales y ofrecerá estímulos especiales a personas e instituciones que ejerzan actividades. (Ministerio de Salud. 1993); Por otra parte, la república de Colombia junto al ministerio de salud en la resolución N° 008430 del 4 de octubre 1993 establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

El ministerio de salud: en ejercicio de sus atribuciones legales, en especial las conferidas por el decreto 2164 de 1992 y la ley 10 de 1990.

Considerando: que el artículo 8o de la Ley 10 de 1990, por la cual se organiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones, determina que corresponde al Ministerio de Salud formular las políticas y dictar *todas las normas científico-* administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el Sistema.

Que el artículo 2o del Decreto 2164 de 1992, por el cual se reestructura el Ministerio de Salud y se determinan las funciones de sus dependencias, establece que éste formulará las

normas científicas y administrativas pertinentes que orienten los recursos y acciones del Sistema.

Antecedentes

Los antecedentes a continuación expuestos, se obtuvieron posterior a la búsqueda sistemática de información relacionada con esta investigación en las siguientes bases de datos: Science Direct, Medline, PubMed, Hinari, Cinhal, Scopus y el buscador EBSCO; además de estas bases, se tuvo en cuenta el portal “Webometrics” en la que se direccionan los repositorios de las universidades oficiales a nivel mundial.

Los antecedentes pasaron por un proceso de selección en el cual se verificó que realmente se relacionaran con la investigación y sirvieran de sustento teórico para el desarrollo de esta.

Antecedentes Nacionales

En el contexto colombiano, se encuentra el estudio “Manejo oro faríngeo durante la intubación oro traqueal (IOT). Revisión Sistemática” realizado por Rodríguez y Espitia (2010) en la ciudad de Bogotá DC, el cual tiene como objetivo analizar los hallazgos de la evidencia acerca de manejo deglutorio y oro motor durante la IOT. Para la metodología, se realizó una búsqueda sistemática de estudios publicados entre el 1 de enero de 2000 hasta el 1 de octubre de 2009, en las bases de datos Pubmed, Medline, Hinari, y Science Direct. Se realizó un análisis crítico y por escasez de evidencia, no se logró hacer análisis estadístico. Como resultado, La búsqueda sistemática de literatura mostró una amplia área de investigación y análisis relacionada con los efectos adversos post extubación, en general los estudios apuntaban al manejo rehabilitador de la disfagia y la disfonía producto de condiciones de intubación prolongada, extubaciones fallidas y re intubación, además, los

resultados de este estudio sugieren que la estimulación oro faríngea preventiva puede disminuir los efectos adversos post extubación, gracias al mantenimiento de la musculatura involucrada en procesos de deglutorios. Como conclusión, La falta de literatura sobre el manejo rehabilitador y preventivo de la deglución, durante la IOT, la variabilidad de tratamientos y de diagnósticos ponen en riesgo la credibilidad y la calidad en la atención y manejo de esta población, esto es aún más evidente si se tiene en cuenta, que no todos los profesionales expertos en manejo de la deglución tienen acceso a una UCI adultos, ni manejan la rehabilitación de la deglución en pacientes críticos.

Antecedentes Internacionales

El estudio “Incidencia e impacto de la disfagia en pacientes tratados con intubación endotraqueal prolongada después de la cirugía cardíaca” realizado por Reichardt, Hickey y Ralph Edwards en (2008), tuvo como objetivo examinar la contribución de la disfagia en el proceso de recuperación después de la intubación endotraqueal prolongada. La metodología retrospectiva consistió 254 pacientes adultos que sobrevivieron a la cirugía cardíaca entre 2001 y 2004 en el Hospital General de Toronto y en la que la intubación endotraqueal se prolongó durante 48 horas o más; se Utilizaron multivariantes con análisis de regresión y modelado paramétrico para identificar características específicas del paciente, asociados con disfagia post extubación y la posterior reanudación de la alimentación oral normal. Como resultado, resultados la disfagia se diagnosticó en 130 (51%) pacientes. factores incrementales asociados con un mayor riesgo.

Para la disfagia, después de la extubación incluyeron una intubación endotraqueal ($p < 0,001$), la ocurrencia de un evento cerebrovascular peri operatorio ($p = 0,014$) y la presencia

de sepsis peri operatoria ($p = 0,016$). Ni los riesgos de los pacientes preoperatorios ni características de procedimiento índices fueron factores influyentes. La ocurrencia de la disfagia ($p < 0,001$) y la duración de la intubación endotraqueal ($p < 0,001$) eran los únicos factores independientes asociados con un retraso de retorno a la alimentación oral normal; Por el contrario, varios factores independientes se asociaron con un retraso a pítales de descarga tal, incluyendo la presencia de disfagia ($p < 0,001$), la aparición de accidente cerebrovascular - ($p < 0,001$), la duración de la intubación endotraqueal ($p < 0,001$) y el número de eventos de intubación endotraqueal ($p < 0,006$). Como conclusión, La disfagia es más común en pacientes con intubación endotraqueal prolongada después de la cirugía cardíaca que ha sido previamente informado. La duración de la intubación endotraqueal postoperatorio es un fuerte predictor de la disfagia posterior que tanto prolonga el retorno a la alimentación oral normal y retrasos del alta hospitalaria posterior. el paciente o por factores específicos del procedimiento no son buenos predictores. También para acelerar la descarga de los pacientes de alto riesgo, la suplementación nutricional agresiva debe preextubación adelantarse y vigilancia para tragar debe seguir.

El estudio “predictores de riesgo disfagia clínicos después de la intubación oro traqueal Prolongada” realizado por Gisele Chagas de Medeiros en Brasil durante el año 2014, tiene como objetivo dilucidar los factores de riesgo independientes para la disfagia después de la intubación oro traqueal prolongada. La metodología consistió en 148 pacientes consecutivos que se sometieron a la cabecera clínica para tragar las evaluaciones a partir de septiembre de 2009 a septiembre de 2011; todos los pacientes habían recibido intubaciones prolongadas oro traqueal y fueron ingresados en una de las varias unidades de cuidados intensivos de un

hospital universitario brasileño. Las correlaciones entre los resultados de las pruebas de agua realizadas y los niveles de riesgo de disfagia se analizaron para la significación estadística. Como resultado, los 148 pacientes incluidos en el estudio, 91 eran hombres y 57 eran mujeres (edad media de 53.64 años). Los resultados del análisis univariados indicaron que las variables específicas, incluyendo la pérdida extraoral, múltiples tragos, auscultación cervical, la calidad vocal, tos, asfixia, y otros signos, eran posibles indicadores de alto riesgo significativos de la aparición de disfagia. Los resultados de los análisis multivariados indicaron que la auscultación cervical y la tos fueron variables independientes predictivos de alto riesgo disfagia. En conclusión, Los pacientes que presentan pérdida extraoral, deglución múltiple a la auscultación cervical, calidad vocal, tos, asfixia y otras señales deben beneficiarse de las evaluaciones tempranas de deglución. Además, el reconocimiento de la disfunción temprana después de la extubación es de suma importancia en la reducción de la tasa de morbilidad en esta población de alto riesgo.

El estudio “Factores asociados con la evaluación después de la ingestión oral intubación Endo traqueal y ventilación mecánica para la lesión pulmonar aguda” realizado por Martin B. Brodsky, en Estados Unidos durante el año 2014, tiene como objetivo evaluar la prevalencia, los factores demográficos y clínicos de los pacientes y de la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital y de los factores de organización asociada con la evaluación después de la intubación endotraqueal y ventilación mecánica en pacientes con lesión pulmonar aguda. La metodología consistió en un análisis secundario de un estudio de cohorte prospectivo, en el que los investigadores evaluaron 178 pacientes elegibles con LPA que fueron ventilados mecánicamente a través del tubo endotraqueal oral; los pacientes fueron reclutados de 13

unidades de cuidados intensivos en cuatro hospitales de enseñanza en Baltimore, Maryland. Los factores del paciente demográfico y clínico, los tipos de UCI, y sitios de estudio del hospital fueron evaluados por su asociación con la realización de una evaluación de la deglución tanto en la UCI y después de la estancia en la UCI antes del alta hospitalaria. Factores significativos asociados con una evaluación de golondrina se evaluaron en un modelo de regresión logística multi variable. Como resultado, Antes del alta hospitalaria, 79 (44%) de los pacientes completaron una evaluación de la deglución, entre los cuales 59 (75%) tenían sus evaluaciones iniciado en la UCI y 20 (25%) tenían sus evaluaciones iniciaron en la sala de hospital. En conclusión, en este estudio multi céntrico, prospectivo, el sexo femenino, la duración de la intubación, y el sitio del hospital se asociaron con la evaluación posterior a la extubación deglución. Estos resultados demuestran la variabilidad en los patrones de práctica entre las instituciones y ponen de relieve la necesidad de determinar el tiempo y las indicaciones apropiadas para tragar evaluación y comprender más plenamente disfunción en la deglución después de la intubación.

Bases Conceptuales

Deglución.

Durante el desarrollo del individuo, desde su etapa de gestación hasta su etapa de maduración, la actividad de comer cumple uno de los papeles más importantes, ya que es un proceso que se lleva a cabo durante todas las horas del día, puesto que así el individuo no esté realizando una ingesta de alimentos de forma constante, si lo está haciendo por medio de la ingestión de sus propias secreciones; por ello es importante tener en cuenta que a dicha

actividad de llevar o trasportar algún tipo de sustancia de diferente consistencia (solida , liquida, saliva), desde la boca, por medio de diferentes movimientos originados por grupos musculares hasta el estómago, se le denomina deglución.

La deglución se define como una actividad dinámica neuromuscular en la cual intervienen un grupo de conductas fisiológicas controladas por la actividad del sistema nervioso central y periférico, lo cual desencadena el reflejo disparador deglutorio (RDD). Los receptores de dicho reflejo se encuentran en la base de la lengua, pilares anteriores y pared faríngea posterior, cuyas aferencias están dadas por el nervio glossofaríngeo y las eferencias por el plexo faríngeo. (Campora y Falduti, 2012).

Para Chiavaro, la deglución es definida como “una función del sistema estomatognático” (2011, p. 64.). Además de un proceso de la digestión e ingesta de alimentos en donde intervienen estructuras como la boca, faringe esófago, estómago y el traslado del bolo a través de dichas estructuras en tiempos o etapas como lo son: la oral, la faríngea y la esofágica.

Para efectos del estudio de investigación, se utilizó la clasificación que realiza Campora y Falduti (2012), sobre el proceso de deglución donde distingue 4 etapas: oral preparatoria, oral, faríngea y esofágica; las cuales describiremos más adelante de forma más detallada, para que el paso del bolo alimenticio se dé de forma adecuada; cada una de estas fases dependerá de un sistema vascular que asegura la coordinación de la deglución, se tienen en cuenta cuatro válvulas importantes en el proceso deglutorio: labios, velo lingual, velo faríngeo y cierre del vestíbulo laríngeo; en el cual hay un descenso de la epiglotis y las cuerdas vocales.

Fases de la deglución.

Según Campora y Falduti (2012), Para entender mejor el proceso de la deglución, lo dividiremos en cuatro fases.

1. Etapa oral preparatoria: de duración variable, según la consistencia del alimento a ingerir, comienza con la ingesta del alimento dentro la boca y el sellado bilabial, (1ra válvula), ya que los alimentos pueden tener distintas consistencias; los sólidos pasan por un proceso denominado masticación en donde los alimentos se mezclan con la saliva para realizar la formación del bolo.

2. Etapa oral: Esta etapa es voluntaria y dura aproximadamente 1 segundo, una vez formado el bolo se produce el ascenso de la punta de la lengua, la cual hace contacto con el paladar duro y comienza el transporte del bolo hacia la parte posterior de la cavidad oral (velo lingual segunda, válvula), el musculo palatogloso se contrae y produce el cierre de la cavidad oral posterior, formando una zona de presión que conduce el bolo hasta el istmo de las fauces, es allí donde inicia la etapa faríngea.

3. Etapa faríngea: Esta etapa es involuntaria y dura hasta un segundo, asciende el velo del paladar (tercera válvula) produciendo el cierre nasofaríngeo, en este tramo el centro neurológico respiratorio es inhibido por el centro neurológico deglutorio, provocando apnea respiratoria, de manera simultánea sucede el ascenso anterosuperior de la laringe a través de la musculatura supra hioidea e infra hioidea lo cual genera la apertura del espacio faríngeo, este desplazamiento laríngeo provoca la báscula epiglótica ocurriendo el cierre de la glotis (cuarta válvula).

4. Etapa esofágica: esta etapa es involuntaria, comprende contracciones musculares que impulsan el bolo alimenticio desde el esfínter cricoesofágico, hasta el estómago, su duración es de 8 a 10 segundos.

Disfagia.

Para Campora y Faludti “la disfagia es definida como la dificultad o molestia en el transporte de la saliva o el bolo alimenticio, en sus estados líquido o sólido desde la boca hacia el estómago, no es una enfermedad, sino una sintomatología que se puede encontrar en diversas patologías” (2012, p.47.) . La disfagia puede ocasionar diferentes complicaciones como lo son obstrucción de las vías aéreas superiores por penetración de material sólido, trastornos en el parénquima pulmonar producto de síndrome aspirativo.

Las causas de esta pueden ser alteraciones de tipo estructural anatómico, neurogénica y/o enfermedades respiratorias. La disfagia oro faríngea tiene alta morbimortalidad. Así mismo, se define como aspiración al ingreso del material oro faríngeo por debajo del plano glótico. Cuando el material queda por encima de cuerdas vocales (espacio supra glótico) se denomina penetración. La mayor preocupación en la medicina recae en las posibilidades de aspiración traqueo bronquial y el riesgo de neumonitis y/o neumonías.

Causas y características de la disfagia.

La disfagia puede ocasionar posibles complicaciones como desnutrición, deshidratación, neumonías (aspiración silente) y/o obstrucción de la vía aérea superior; los datos epidemiológicos son escasos, pero se estima una prevalencia de 16 a 22% entre los individuos de más de 50 años. En los pacientes institucionalizados, se estima que 12-13% de

los hospitalizados y hasta un 60% de los pacientes de instituciones terciarias presentan alteraciones de la deglución. Las poblaciones especiales, tales como pacientes con trauma craneoencefálico, ACV, Parkinson, presentan una prevalencia de entre el 20-40% de disfagia oro faríngea.

Grados de disfagia

Para Campora y Faludti, “los grados de la disfagia son:

- a) Normal: masticación y deglución segura, eficiente en todas las consistencias de los alimentos
- b) Leve: masticación y deglución eficiente en la mayoría de los alimentos. Ocasionalmente puede presentar dificultad. Requiere del uso de técnicas específicas para lograr una deglución satisfactoria.
- c) Moderada: deglución aceptable con dieta blanda, pero puede tener dificultad con líquidos y sólidos. Requiere supervisión y tratamiento.
- d) Moderada severa: paciente cuya ingesta oral no es exitosa. Requiere supervisión constante y asistencia. Sólo puede alimentarse con terapeuta.
- e) Severa: la nutrición del paciente es por método alternativo. No ingiere alimento por boca.” (2012, p.48.).

Sistema estomatognático.

Según Chiavaro (2011), el sistema estomatognático (estoma: boca, gnato: mandíbula), está compuesto por estructuras que van desde el reborde supra orbitario hasta el hueso hioides; también se ha propuesto que dichas estructuras van hasta la cintura escapular considerando a las estructuras de cabeza y cuello como una unidad funcional que no se podría dividir, ya que

estas estructuras conforman órganos con funciones específicas y determinadas, algunos de los órganos son : las fosas nasales las cuales se definen como cavidades neumáticas que conforman las vías aéreas superiores y cuya principal función es la respiración y la olfacción , la cavidad bucal tiene como función principal asegurar la deglución de saliva y procesamiento de alimentos a través de las funciones de la deglución , succión , masticación y otros procesos como lo son la emisión de sonidos articulados del habla, faringe : este órgano participa en dos procesos importantes la deglución y fonación por último y no menos importante encontramos la laringe la cual participa activamente en la respiración y la fonación .

Por tanto reconocer el sistema estomatognático como aquel que basa su funcionamiento a partir de un modo funcional que permite que dichas estructuras realicen diferentes funciones a nivel sistémico es de gran importancia ,ya que de esta forma el sistema estomatognático realizar un proceso de autorregulación neuromuscular funcional con el fin de evitar situaciones que pongan en riesgo el funcionamiento normal , pudiendo llegar a algún tipo de disfunción que pueda ser dada por factores extrínsecos ligados a influencias medioambientales, aspectos socioemocionales o factores intrínsecos generados por causas que interfieran en el ejercicio funcional y su evolución como lo son las malformaciones , alteraciones del SNC o periférico , traumatismos o intervenciones medico quirúrgicas.

Función oralmotora

Las habilidades oral motoras se consideran funciones básicas en el diario vivir del individuo ya que en ellas intervienen estructuras como la lengua, labios y mandíbula y alguna alteración en el funcionamiento de estas podría ocasionar dificultades en la deglución,

masticación, respiración y toda actividad neuromuscular que requiera la nutrición y la función social; existen otras actividades neuromusculares que no se denominan funciones oral motoras pero que forman parte del sistema estomatognático como lo son la acción de despejar la vía aérea (tosar), vomitar, gestos, risa y llanto.

Para Chiavaro (2011), el medio ambiente influye en el resultado funcional que desencadenarán mayor o menor actividad durante la ingesta, y estas experiencias serán las que construirán una mayor o menor fortaleza neuromuscular a la hora de establecerse, ya que dependen de factores como:

- a) la morfología: diseño sobre el cual se establecen las bases funcionales, pudiendo ser modificable de acuerdo con el ejercicio funcional sistémico.
- b) la fisiología: la cual dependerá del SNP y SNC, ya que a través de sus vías y centros se registran y guardan las experiencias sensoriales motrices.
- c) los espacios orgánicos funcionales: generado por la relación que dichas estructuras guardan entre si preservando la existencia de vías de conducción aérea y digestiva.
- d) las experiencias psicoemocionales en una construcción única con los aspectos orgánicos que se dan desde el nacimiento y se constituyen a partir de las relaciones interpersonales.
- e) al medio ambiente en el cual se encuentran al hábitat, alimentos, usos y costumbres relacionados con aspectos sociales, económicos y culturales.

Teniendo en cuenta lo anterior podremos inferir que las funciones oral motoras son resultado de la evolución de un sistema biológico el cual es influenciado por el medio ambiente y gracias a esto se dará una adecuada evolución de las estructuras pudiendo cumplir con un fin.

Intubación orotraqueal.

Para Artigas (2002), la intubación orotraqueal es una técnica agresiva que se realiza con mucha frecuencia en los servicios de urgencias y en las urgencias extra hospitalarias, Los motivos por los que suele ser necesaria la intubación oro traqueal son todos aquellos que provocan alteración de la normalidad de la función respiratoria, y que comprenden: vía aérea permeable; impulso respiratorio adecuado; funcionalismo neuromuscular correcto; anatomía torácica normal; parénquima pulmonar sin alteraciones; capacidad de defensa frente a la aspiración, y mantenimiento de la permeabilidad alveolar por medio de los suspiros y la tos.

La intubación oro traqueal proporciona una relativa protección frente a la aspiración pulmonar, mantiene un conducto de baja resistencia adecuado para el intercambio gaseoso respiratorio y sirve para acoplar los pulmones a los dispositivos de asistencia respiratoria y de terapias de aerosoles; además, es útil para la creación de una vía para la eliminación de las secreciones.

Características del usuario con IOT

En los cuidados del paciente intubado hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Aspiración: la faringe y la tráquea requieren aspiraciones frecuentes en los pacientes intubados.
- b). Presiones del manguito: las presiones en el manguito del tubo endotraqueal han de mantenerse por debajo de los 25 cmH₂O para impedir la necrosis de la mucosa traqueal por compresión. La presión del manguito se ha de comprobar varias veces al día.
- c). Cambio de la cinta adhesiva o colocación del tubo oro traqueal hacia la otra comisura bucal para evitar decúbitos. Además, se extremarán los cuidados en la colocación de la venda o la cinta para evitar pellizcar los labios entre ésta y el tubo.

d). Las fugas por el tubo son otro problema que se pone de manifiesto en múltiples ocasiones y que debe tenerse en cuenta. Su expresión es la pérdida de parte del volumen aportado, habitualmente en forma de un ruido al producirse la fuga faríngea en la inspiración mecánica. La valoración debe comenzar por la investigación sobre si la respiración es adecuada o no mediante la auscultación y la observación mientras se ventila manualmente con oxígeno al 100. (Artigas, 2002).

Comunicación.

"La acción comunicativa se define como la interacción entre dos sujetos capaces de comunicarse lingüísticamente y de efectuar acciones para establecer una relación interpersonal y alcanzar el entendimiento mediante la racionalidad comunicativa; definida como aquella que hace posible el actuar comunicativo como forma máxima de la interacción social de los sujetos" (Bernal, Pereira y Rodríguez, 2003, p. 57).

Modelo sistémico de la comunicación.

Para Bernal et al (2003) el Modelo Sistémico de la Comunicación involucra el análisis, la relación, la interpretación y la comprensión del proceso comunicativo interpersonal. El aporte de este modelo para la Fonoaudiología es en esencia contar con un discurso que permita abandonar la atomización del hombre y su proceso comunicativo. A través de su aplicación el fonoaudiólogo podrá identificar e integrar los aspectos personales, los contextos, el papel de los interlocutores y la influencia de la cultura presentes en todo acto comunicativo. Podrá asumir la evaluación, intervención e investigación de las diferentes problemáticas comunicativas que aborda.

Este modelo contempla los elementos, los componentes, los sistemas humanos y sociales que pueden estar afectados o que pueden estar influyendo en la situación, ya sea por causas o consecuencias biológicas, psicológicas, lingüísticas, psicolingüísticas, neuro-psicolingüísticas, interactivas o socioculturales que deben ser estudiadas y relacionadas para hacer el trabajo fonoaudiológico correspondiente.

La organización general del modelo plantea los tres componentes generales, denominados dimensiones, estas se relacionan con los ámbitos más generales en los que se mueven los comunicadores y que los constituyen. Estas dimensiones están definidas de acuerdo con nuestros intereses de estudio en el abordaje fonoaudiológico, son:

Dimensión Intrapersonal o intraindividual.

Según Bernal et al (2003), se encuentra relacionada con las condiciones, capacidades y potencialidades individuales que definen y determinan a la persona que se comunica; estas individualidades entran a jugar y "se tocan" en el proceso de interacción y a la vez lo determinan. Sus variables están constituidas por el devenir propio del sujeto, con su historia personal y en fin con su desarrollo como persona.

Dimensión interpersonal o interactiva (micro-contextual)

Para el planteamiento en el modelo de esta dimensión, se explica cómo se relaciona esta de una manera directa con el objeto de estudio de la fonoaudiología, puesto que es en el espacio interaccional donde se ponen en juego todas las variables tanto intraindividuales como socioculturales. Es en el espacio interpersonal cara a cara en dónde se logran o no las intenciones comunicativas, poniendo en juego los saberes, capacidades y habilidades no solo

como emisores y receptores sino como cocreadores de una realidad intersubjetiva, en esa diada primigenia de un encuentro comunicativo.

Dimensión sociocultural (macro-contextual)

En coherencia con lo anterior y retomando lo ya anunciado ampliamente, esta dimensión es parte constituyente del comunicador, es escenario de fondo y a la vez en construcción, pues es solo en la acción comunicativa que es posible la construcción social. Recordando que tanto el hombre como la comunicación son sistemas abiertos, lo que hace que haya una constante dinámica de interacción y cambio, es decir, el sujeto es transformado en la interacción interpersonal y social y a la vez el sujeto transforma la sociedad y al otro.

Diseño metodológico

Tipo de estudio.

El presente estudio adoptó un diseño cuantitativo, “en el cual se hace uso de mediciones numéricas y bases de datos para poder probar teoría y O comportamientos” (Hernández, Fernández y batista, 2014); este componente fue de carácter descriptivo no experimental puesto que se realizó una encuesta semi estructurada donde se describen los hechos observados (Ferrer 2010).

Según el periodo y secuencia del estudio esta investigación es transversal debido a que estudia las variables en un determinado momento y el tiempo no constituye un factor determinante en el estudio de los factores.

Según el tiempo y ocurrencia de los hechos y el registro de la información es retrospectivo porque los datos se recogen en un solo momento.

Alcance.

Este fue de tipo exploratorio debido a que es un tema el cual está poco estudiado en donde se observa que hay conceptos claros de las definiciones pero que aún no hay evidencia científica lo cual soporta nuestro tema a investigar (Hernández, Fernández y Batista, 2014).

Según (Hernández, Fernández y Batista, 2014) los estudios exploratorios sirven para indagar fenómenos nuevos o con poca evidencia

Diseño.

El presente estudio adopto un diseño no experimental debido a que se observan los fenómenos en su ambiente natural para poder ser analizados, en este tipo de estudio no hay necesidad de manipular variables (Hernández, Fernández y Batista, 2014)

Población y muestra***Población universo.***

La población universo consistió en fonoaudiólogos de América, que tuvieran al menos dos años de experiencia en el manejo de pacientes durante el proceso de IOT.

Tipo de muestreo.

El tipo de muestreo utilizado fue no aleatorio por conveniencia, que implicó el empleo de una muestra integrada por las personas cuya disponibilidad como sujetos de estudio sea más conveniente (Peña, 2011).

Tamaño de la muestra.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión para la misma, se obtuvo una muestra total de 25 fonoaudiólogos.

Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión son:

- Que el profesional acredite título en el pregrado de Fonoaudiología.
- Que el profesional en Fonoaudiología participe en un grupo de rehabilitación en pacientes con IOT
- Que el profesional en Fonoaudiología cuente por lo menos con 2 años de experiencia en esta área
- Tener un dominio conceptual acerca de la definición, las características generales, la incidencia en IOT.
- Tener competencias básicas de aplicación de procedimientos de evaluación e intervención.
- Tener dominio de instrumentos de medición objetiva y sus aplicaciones en el proceso de intervención.

Los criterios de exclusión son:

- Que el profesional en Fonoaudiología haga parte del equipo de rehabilitación, pero no realice proceso de intervención.
- Que el profesional en Fonoaudiología se encuentre trabajando En áreas diferentes al perfil clínico.
- Que no cuente con la experiencia mínima requerida.
- Que el profesional en Fonoaudiología no tenga pleno conocimiento acerca de instrumentos de evaluación como test estandarizados y no estandarizados.

Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

La encuesta semi estructurada “estrategias y/o técnicas de los fonoaudiólogos para el manejo de pacientes con intubación oro traqueal (IOT)” se encuentra organizado verticalmente; cuenta con 2 secciones (que corresponden a las variables a explorar) en las que se contemplan 33 preguntas, de respuesta única y selección múltiple. Sección 1: Datos de fonoaudiólogos; Sección 2: datos de prácticas fonoaudiológicas.(Anexo 1), El cual fue aprobado por tres jueces expertos que estaban conformados por dos fonoaudiólogos y una terapeuta respiratoria.

Tabla 1

Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

Fases de la investigación	Descripción	Instrumentos de recolección
FASE I Planteamiento de la investigación	Planteamiento del problema de investigación, justificación y construcción de objetivos generales y específicos.	Bases de datos On line
FASE II Construcción del marco teórico y antecedentes investigativos.	Búsqueda en diferentes bases de datos con el fin de construir un marco teórico investigativo, legal y de antecedentes a la respectiva investigación.	Se realizó la recolección de la información obtenida en bases de datos On line, en la constitución política de Colombia, leyes y en artículos relacionados con la investigación.

<p>FASE III</p> <p>Diseño de documentos juicio de expertos, envió juicio de expertos.</p>	<p>Diseño de la rejilla de evaluación para el juicio de expertos, en la cual, estos puntuaran si estaban de acuerdo o no y escribirán sus observaciones.</p> <p>Posteriormente, se realizarán los ajustes al diseño que se hagan necesarios previos a la aplicación.</p> <p>Finalmente, se hará la divulgación de la encuesta por vía online a nivel nacional e internacional.</p>	<p>Microsoft Office Word, Rejilla de evaluación.</p>
<p>FASE IV</p> <p>Resultados, análisis e interpretación de la información</p>	<p>Análisis de resultados, el cual se realizará por medio de la tabulación de resultados obtenidos y conclusiones, recomendaciones, elaboración de artículo.</p>	<p>Microsoft Office Excel.</p>

Procedimiento.

I FASE DE INVESTIGACIÓN: Se realizó una revisión bibliográfica con el fin de determinar las características de los pacientes con intubación oro traqueal (IOT), además, se establecieron objetivos generales, específicos, problema de investigación, justificación, marco teórico conceptual y consideraciones éticas.

II FASE DE INVESTIGACIÓN: Diseño de rejilla de evaluación para juicio de expertos y divulgación vía online a nivel nacional e internacional.

III FASE DE INVESTIGACIÓN: Tabulación de resultados a partir de las respuestas obtenidas.

IV FASE DE INVESTIGACIÓN: construcción y publicación del artículo con los resultados más relevantes de la investigación realizada.

Resultados

Sociodemográfico

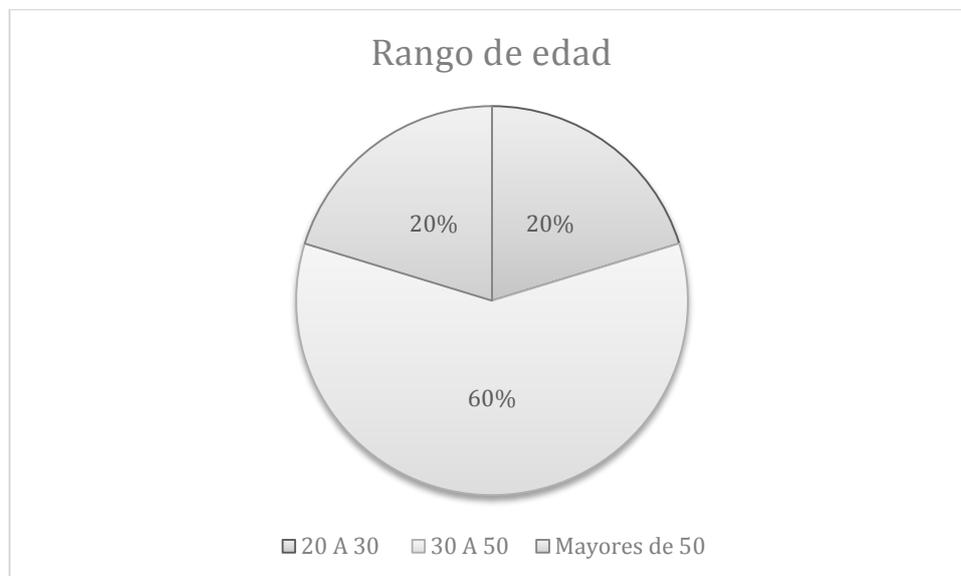


Figura 1. Rango de edad de los Fonoaudiólogos

En esta primera figura, se evidencia que, de 25 Fonoaudiólogos participantes en la encuesta, el 47% (12) tienen una edad entre 30 y 50 años; el 37% (9) están en un rango de edad entre los 20 y los 30 años, y el 16% (4) tienen más de 50 años.

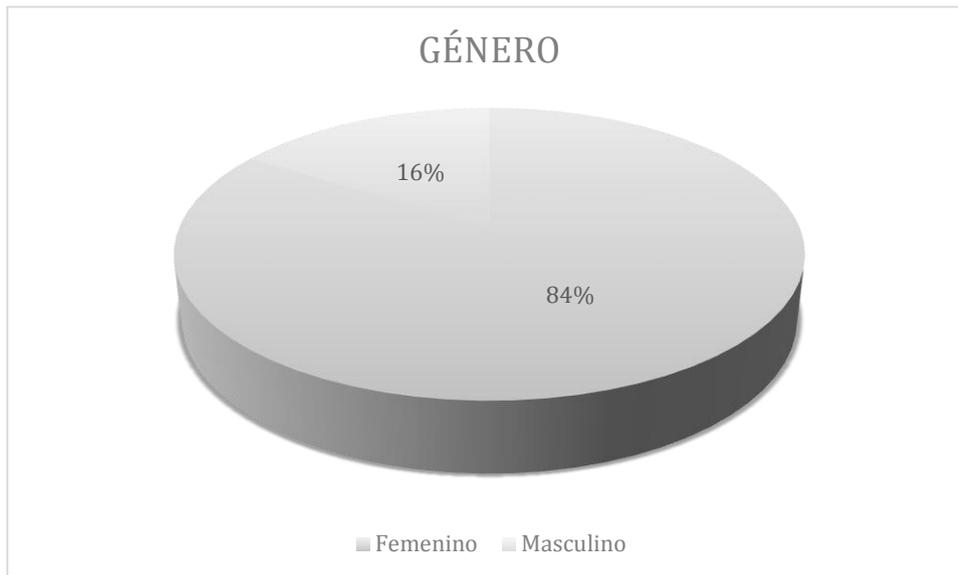


Figura 2. Genero de los Fonoaudiólogos

En esta figura, se observa que el 84% (21) de los participantes pertenecen al sexo femenino; mientras que, el 16% (4) pertenecen al sexo masculino.



Figura 3. País donde labora

Se puede evidenciar en esta imagen, que el 52% (13) de los Fonoaudiólogos participantes son colombianos, de igual manera, Brasil, Bolivia y Argentina participan con un 12% (3) cada uno; mientras que el 8% (2) son de Chile y el 4% (1) es de nacionalidad estadounidense.

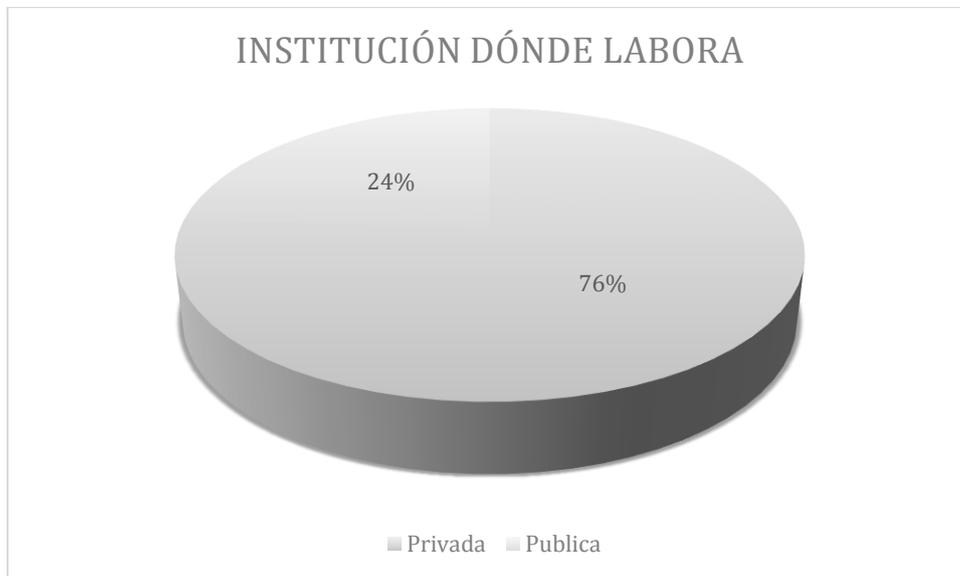


Figura 4. Instituciones en las que laboran los Fonoaudiólogos participantes.

De los 25 Fonoaudiólogos que participaron en la encuesta, el 76% (19) trabajan en una institución prestadora de salud privada; mientras que el 24% (6) trabajan en una institución prestadora de salud pública.

Ámbito laboral



Figura 5. Años en experiencia clínica

Se determinó que, el 80% de los Fonoaudiólogos (20) cuentan con una experiencia laboral que va de los 0 a los 10 años, además, el 20% (5) de estos, cuenta con entre 11 y 20 años de experiencia.



Figura 6 Experiencia en UCI de los Fonoaudiólogos.

En esta imagen, se observa que 96% (24) de los fonoaudiólogos participantes tienen de 0 a 10 años de experiencia en UCI, así mismo, el 4% (1) si la tiene.

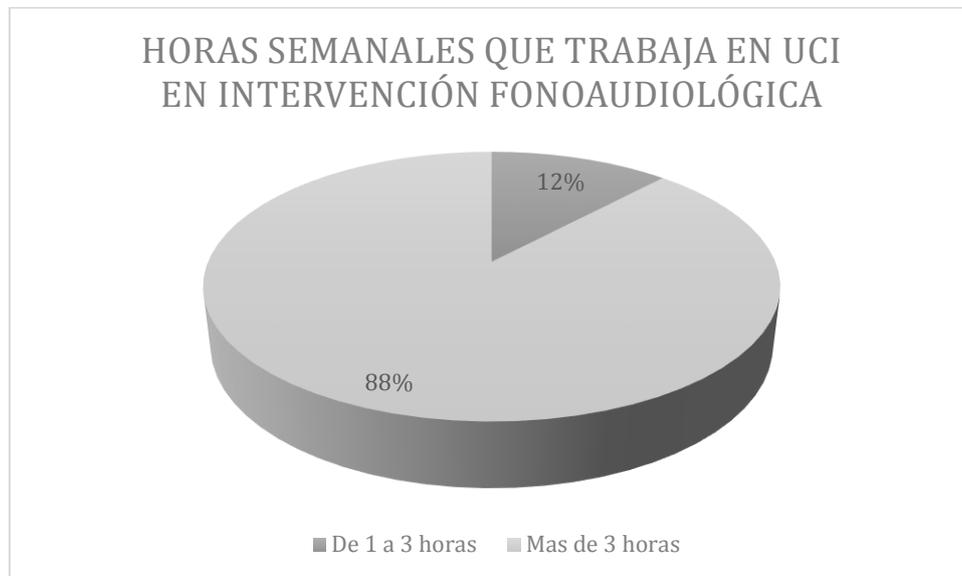


Figura 7. Horas semanales que trabaja en UCI

En esta figura, se observa que el 88% (22) de los participantes trabajan más de 3 horas semanales en el servicio de UCI; mientras que, el 12% (3) solo lo hacen de 1 a 3 horas semanales

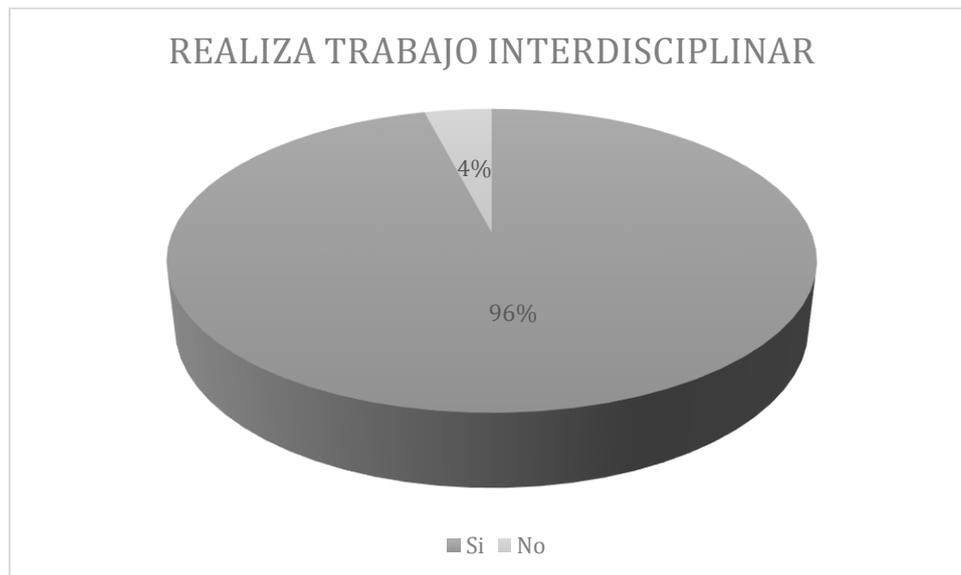


Figura 8. Trabajo interdisciplinar

En esta imagen, se observa que los profesionales participantes en un 96% (24) realiza trabajo interdisciplinar; mientras que, solo el 4% (1) no lo hace.



Figura 9. Profesionales que acompañan en manejo interdisciplinar.

Los profesionales que acompañan el manejo interdisciplinar, son: terapeuta respiratorio en un 92% (23); neumólogo y auxiliar de enfermería con un 88% (22); enfermera/o en un 84% (21); terapeuta físico con un 72% (18); en menor proporción, el intensivista con un 52% (13); el otorrinolaringólogo con un 24% (6); y el fisiatra en un 16% (4)

Manejo del fonoaudiólogo en paciente con IOT

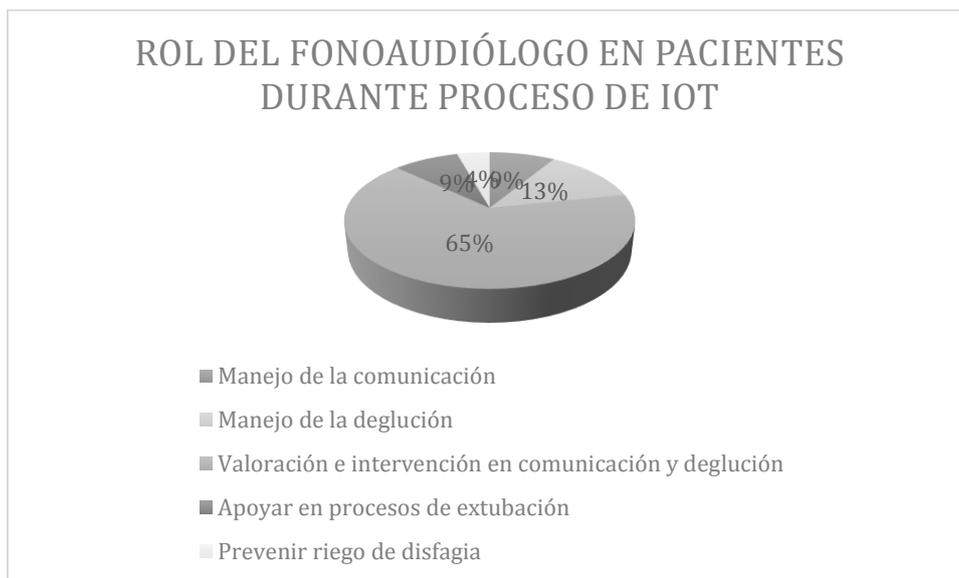


Figura 10. Rol del fonoaudiólogo en pacientes durante proceso de IOT

En esta imagen, se observa que para los 25 fonoaudiólogos participantes, su rol durante el proceso de IOT es: valoración e intervención en comunicación y deglución con un 60% (15); seguido por manejo de la deglución con un 12% (3) y manejo de la comunicación e intervención en comunicación y deglución con un 8% (2) cada uno; con menor porcentaje se encuentran apoyar procesos de extubación y prevenir riesgo de disfagia con un 4% (1) cada uno.



Figura 11. Quien decide el manejo por Fonoaudiología.

Para los participantes de esta encuesta, quien decide el manejo por fonoaudiología es: el Fonoaudiólogo en un 48% (12); el Médico con un 24% (6); el fisiatra con un 20% (5); en menor proporción se encuentran las enfermeras y los terapeutas con un 4% (1) cada uno.

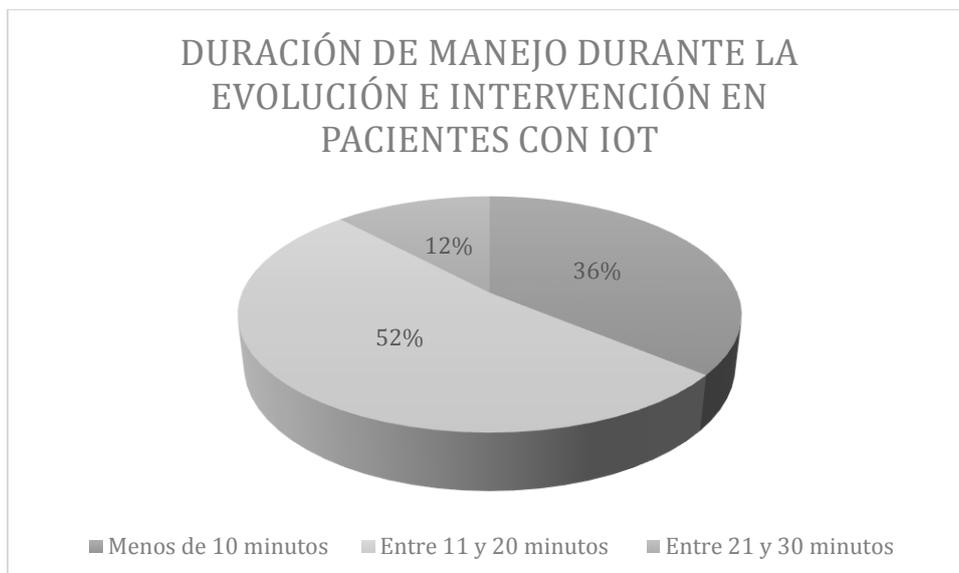


Figura 12. Duración de la intervención Fonoaudiológica en pacientes con IOT.

La duración de una intervención fonoaudiológica en pacientes con IOT, según los participantes es de: entre 11 y 20 minutos en un 52% (13); menos de 10 minutos con un 36% (9) y entre 21 y 30 minutos el 12% (3).

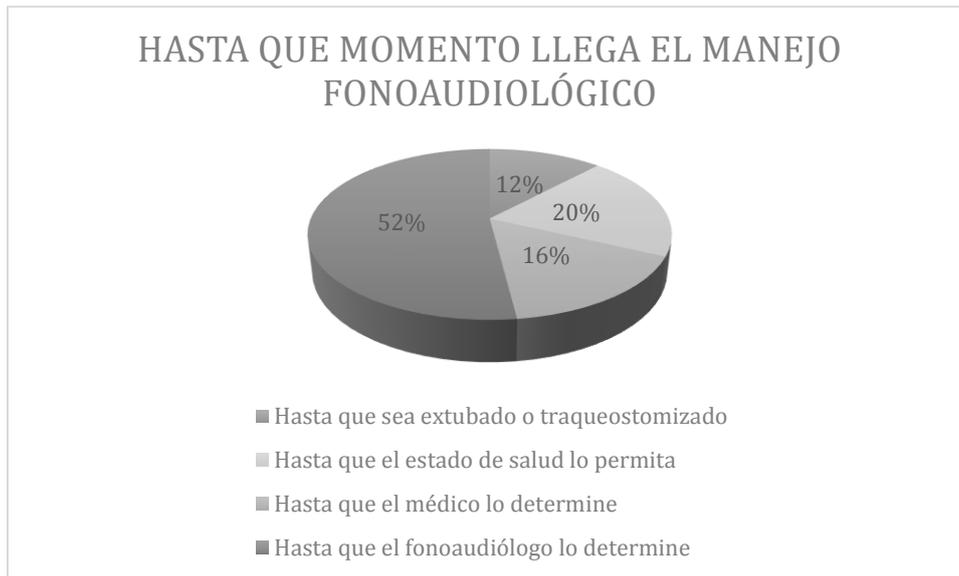


Figura 13. Finalización del trabajo Fonoaudiológico

Para los fonoaudiólogos encuestados, su trabajo de manejo finaliza cuando: ellos lo determinan en un 52% (13); hasta que el estado de salud del paciente lo permita 20% (5); hasta que el médico lo determine 16% (4)

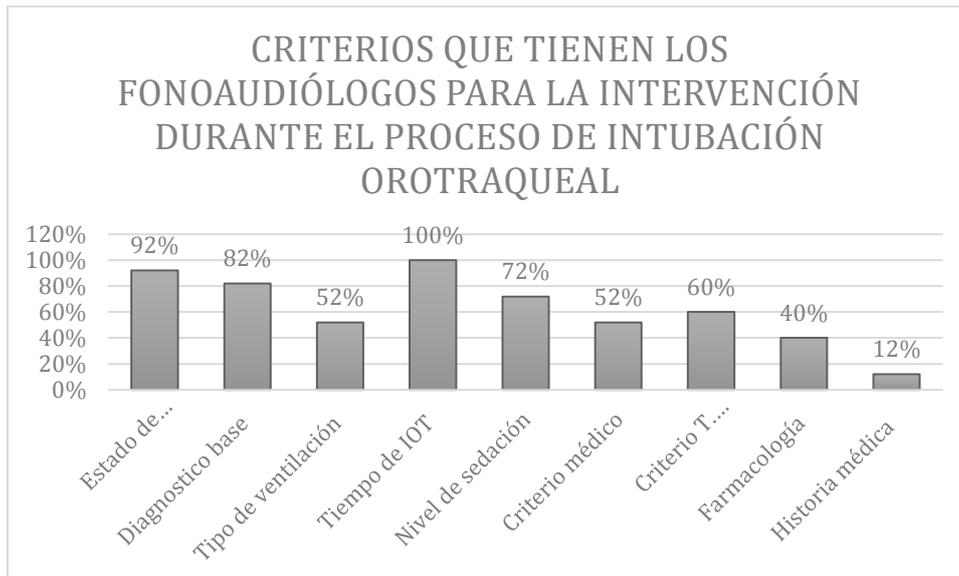


Figura 14. Criterios de Fonoaudiólogos para la intervención

Los criterios más comunes que se tienen en cuenta por los fonoaudiólogos participantes para la intervención de la IOT, son: con un 100% (25) el tiempo con la IOT; seguido por el estado de conciencia con un 92% (23); posteriormente en un 82% (20) el diagnostico base; luego, el nivel de sedación con un 72% (18); en menor proporción, el criterio de la terapia respiratoria en un 60% (15); seguido por el criterio médico y el tiempo de ventilación con un 52% (13) cada uno, y por último, en un 12% (3) la historia médica.

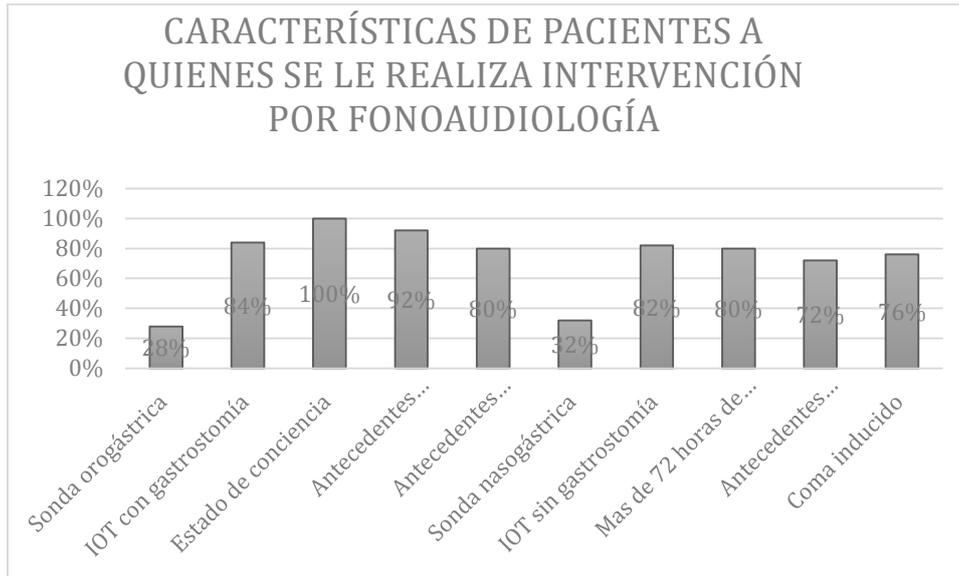


Figura 15. Características de los pacientes con IOT intervenidos

Los 25 fonoaudiólogos participantes, seleccionaron las siguientes características como las más comunes entre los pacientes con IOT: estado de conciencia 100% (25); antecedentes cerebrovasculares 92% (23); IOT con gastrostomía 84% (21); IOT sin gastrostomía 82% (20); más de 72 horas de intubación y antecedentes respiratorios 80% (20) cada uno; coma inducido 76% (19); antecedentes oncológicos 72% (18); sonda nasogástrica 32% (8) y sonda oro gástrica 28% (7).

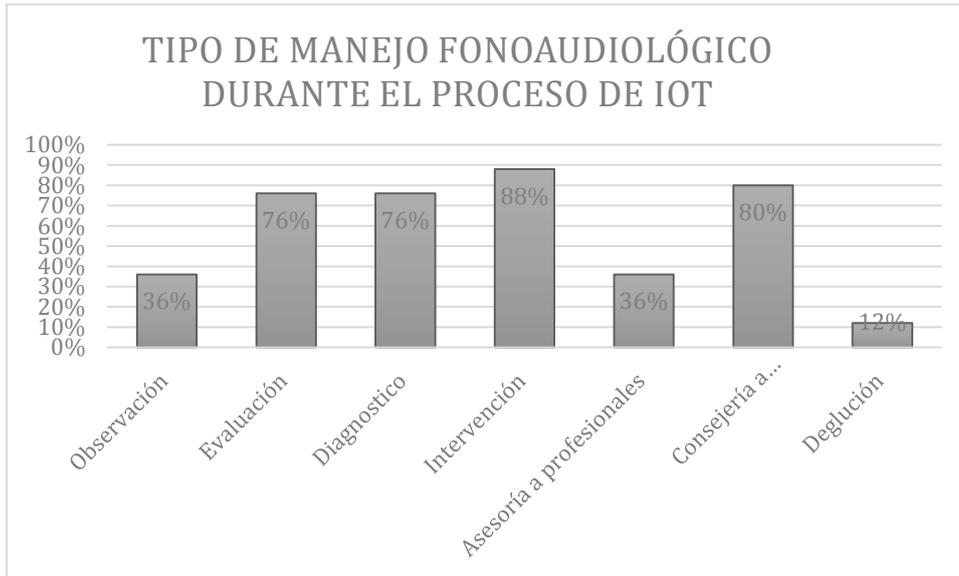


Figura 16. Tipo de manejo fonoaudiológico

Los 25 participantes profesionales en Fonoaudiología seleccionaron que como manejo fonoaudiológico durante el proceso de IOT, se encontraba: intervención con un 88% (22); seguido por consejería a familiares con un 80% (20); luego, se encuentra evaluación y diagnostico con un 76% (19) cada uno; con menor porcentaje se encuentran observación y asesoría a profesionales con un 36% (9) cada uno, y por último, deglución con un 12% (3).

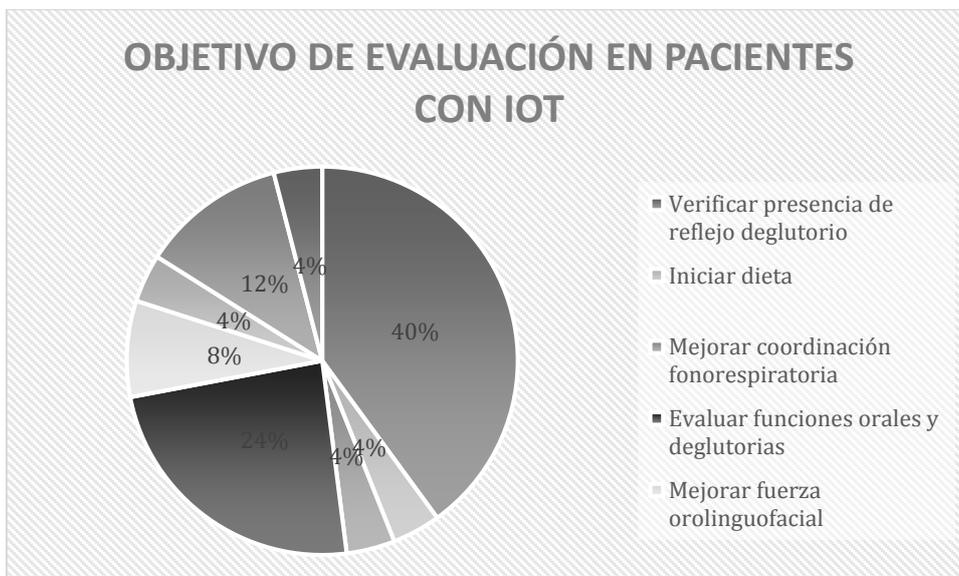


Figura 17. Objetivo de la evaluación en pacientes con IOT

En esta figura, se observa que el objetivo de la evaluación en pacientes con IOT para los participantes es: verificar presencia de reflejo deglutorio en un 40% (10); seguido por evaluación de funciones orales y deglutorias con un 24% (6); luego se encuentra determinar factores comunicativos en un 12% (3); en menor porcentaje se encuentra mejorar la fuerza orolingüofacial con un 8% (2) y por último, determinar posibilidades de decanulación. Identificar respuestas oro faríngeas, mejorar coordinación fono respiratoria e iniciar dieta con un 4% (1) cada uno.

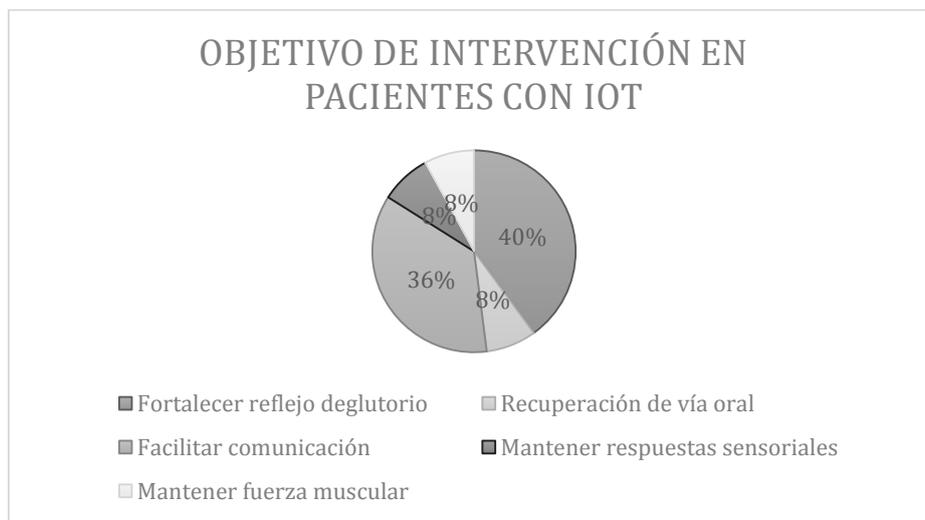


Figura 18. Objetivo de intervención en pacientes con IOT

En esta figura, se determinó que el objetivo de intervención en pacientes con IOT para los 25 fonoaudiólogos es: fortalecer el reflejo deglutorio en un 40% (10); seguido por facilitar la comunicación con un 36% (9); seguido de recuperar la vía oral, mantener respuestas sensoriales y fortalecer reflejo deglutorio con un 8% cada uno.

Proceso comunicativo en pacientes con IOT

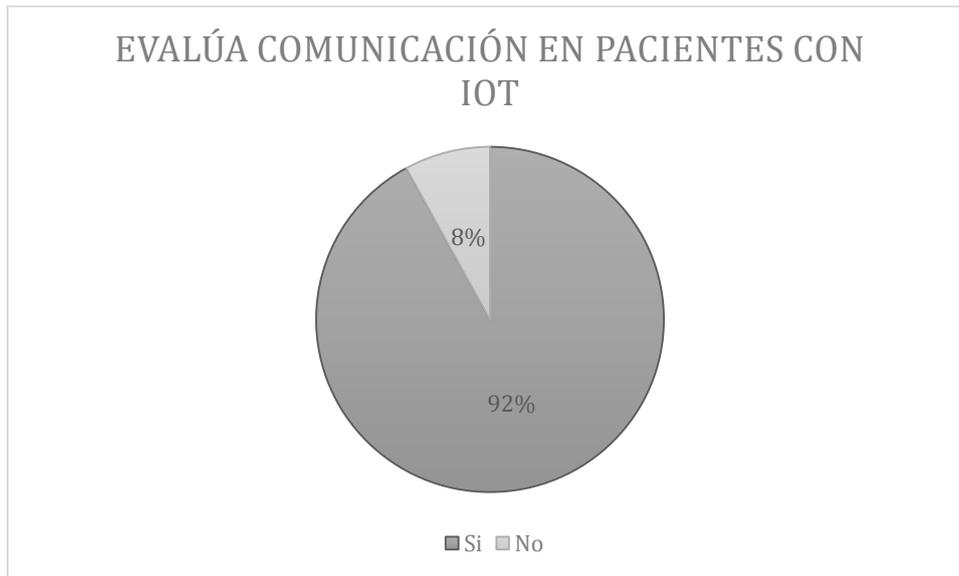


Figura 19. Evaluación de comunicación en pacientes con IOT

De los 25 Fonoaudiólogos participantes, el 92% (23) si evalúa la comunicación en pacientes con IOT; mientras que el 8% (2) no lo hace.

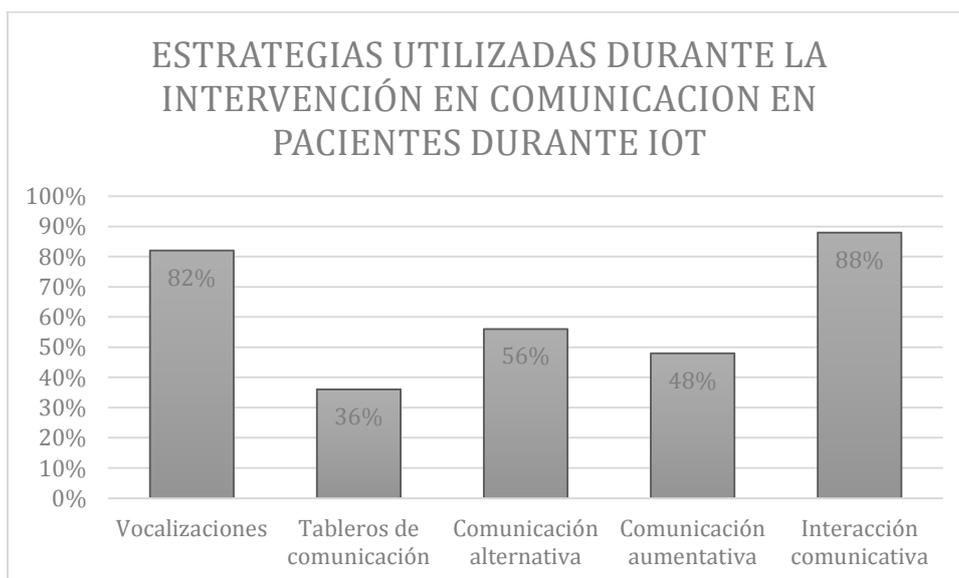


Figura 20. Estrategias utilizadas durante la intervención en comunicación en pacientes con IOT

Las estrategias más frecuentes escogidas por los fonoaudiólogos participantes para la intervención en comunicación en pacientes con IOT son: interacción comunicativa con un 88% (22), seguida de vocalizaciones en un 82% (21); en menor proporción se encuentran comunicación alternativa en un 56% (14); comunicación aumentativa con un 48% (12) y tableros de comunicación en un 36% (9).

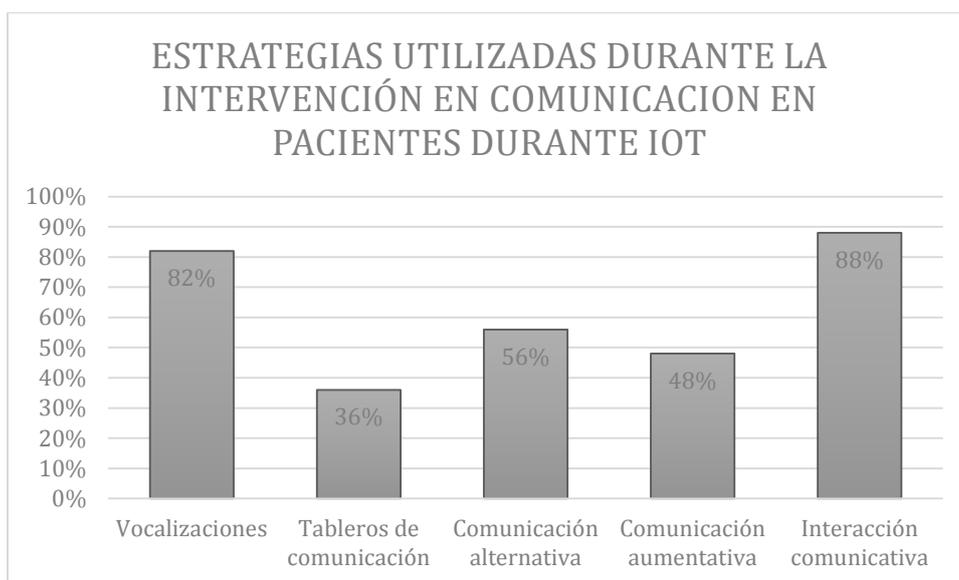


Figura 21. Estrategias utilizadas durante la intervención en comunicación en pacientes con IOT

Las estrategias más frecuentes escogidas por los fonoaudiólogos participantes para la intervención en comunicación en pacientes con IOT son: interacción comunicativa con un 88% (22), seguida de vocalizaciones en un 82% (21); en menor proporción se encuentran comunicación alternativa en un 56% (14); comunicación aumentativa con un 48% (12) y tableros de comunicación en un 36% (9).

Manejo de la función oral motora en pacientes con IOT

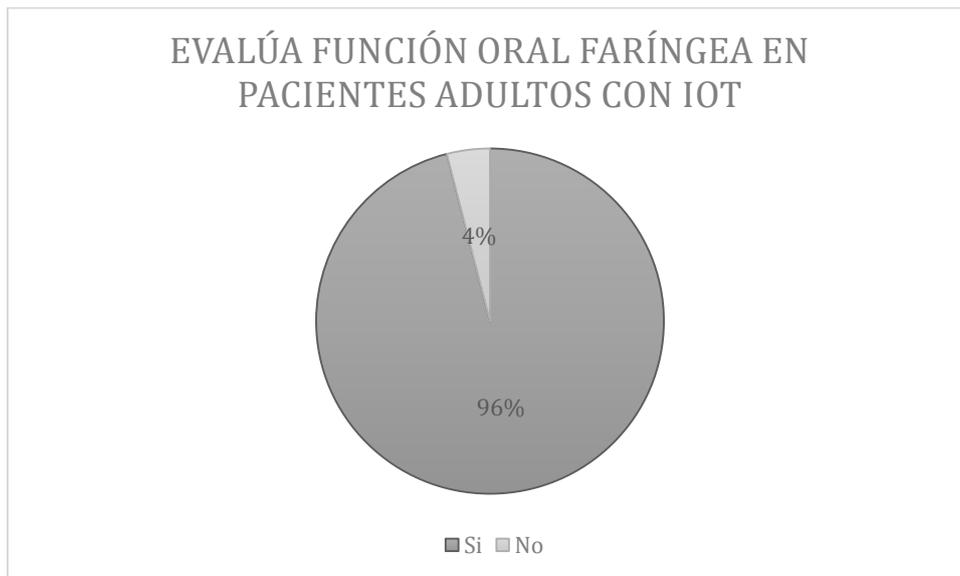


Figura 22. Evaluación de la función oral faríngea en pacientes adultos con IOT

De los 25 fonoaudiólogos que hicieron parte de la investigación, el 96% (24) si realizan evaluación de la función oral motora, y tan solo el 4% (1) no lo hace.

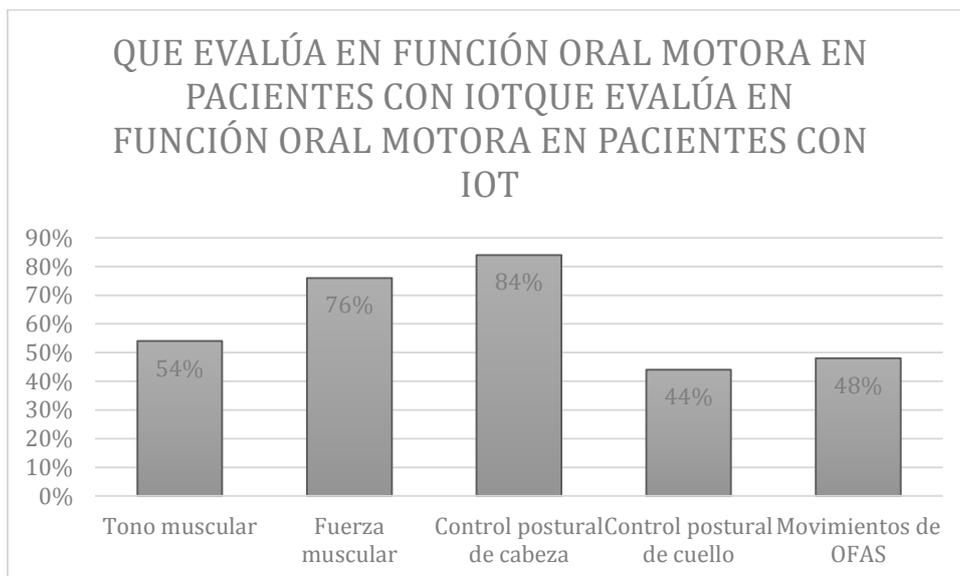


Figura 23. ¿Qué evalúa en función oral motora en pacientes con IOT?

En esta gráfica, de un total de 25 participantes, el 84% (21) realizan evaluación del control postural de cabeza, siendo este el resultado más significativo; con relación al control postural de cuello, solo el 44% (11) lo evalúa; así mismo, en el ítem de fuerza muscular, el 76% (19) de los participantes lo evalúan; respecto a el tono muscular, lo realizan el 56% (14) de los participantes y por último, en cuanto a movimientos de órganos fono articuladores lo realizan el 48% (12) de los participantes.

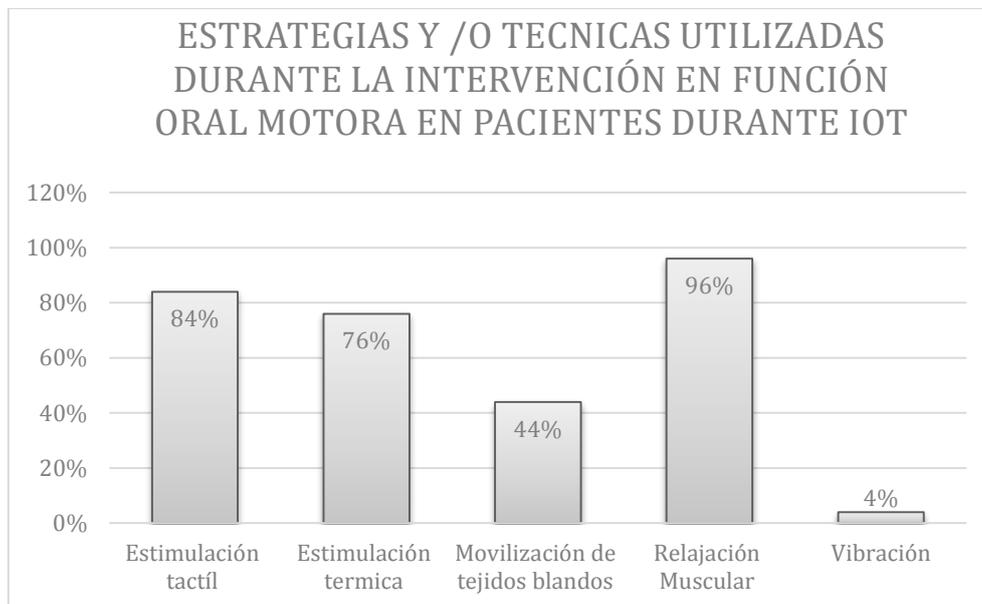


Figura 24. Estrategias y/o técnicas utilizados durante la función oral motora en pacientes durante la IOT

En esta grafica se encuentra los criterios de intervención que los fonoaudiólogos tienen en cuenta para la evaluar la intervención oral motora en pacientes durante el proceso de IOT,

encontrando que: el 96% (24) realiza relajación muscular; el 84% (21) realiza estimulación táctil; así mismo, el 76%(19) hace estimulación térmica; el 44% (11) realiza movilización de tejidos blandos y tan solo el 4% (1) hace uso de la vibración en estos pacientes.



Figura 25. Evaluación de la deglución en pacientes adultos con IOT

De un total de 25 participantes que respondieron el cuestionario, el 96% (24) realiza evaluación de la deglución en pacientes con IOT; mientras que el 4% (1) no realiza este proceso.

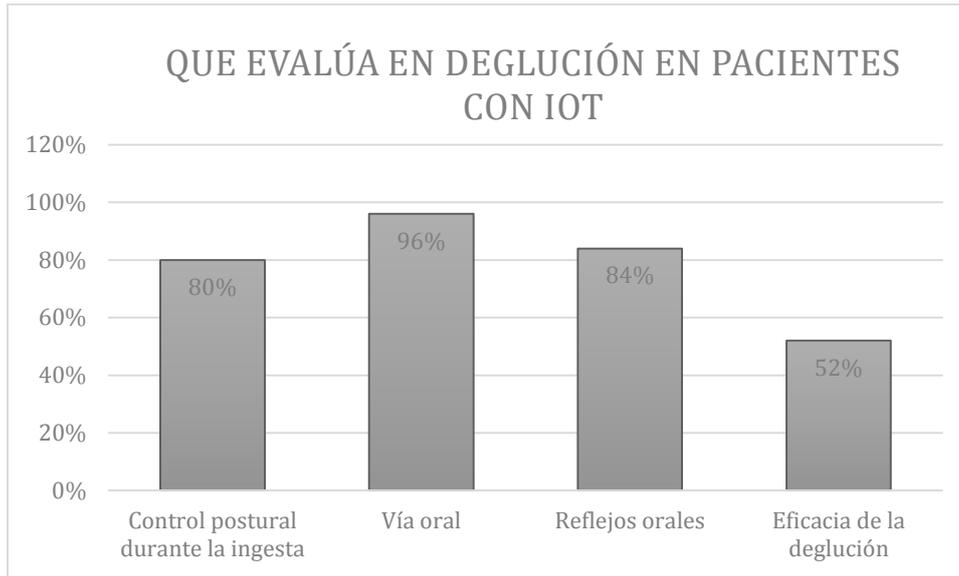


Figura 26. ¿Qué evalúa en deglución en pacientes con IOT?

Los 25 Fonoaudiólogos participantes, evalúan en deglución de la siguiente forma: un 96% (24) de los participantes evalúa la vía oral; el 84% (21) reflejos orales; el 80% (20) evalúa el control postural y el 52% (13) la eficacia de la deglución.

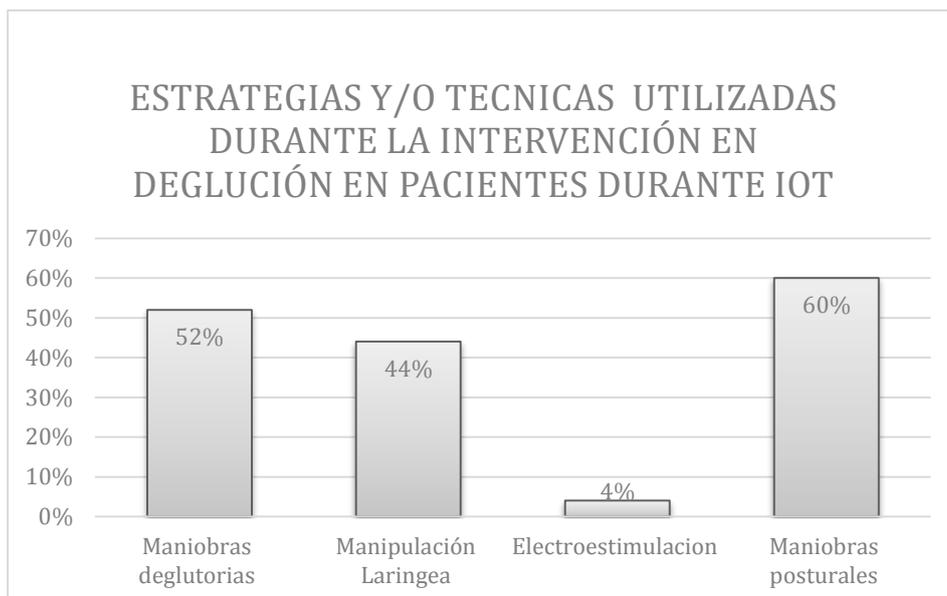


Figura 27. Estrategias y/o técnicas utilizadas durante la intervención en deglución en pacientes durante IOT

De los 25 participantes, los criterios que tienen en cuenta para la intervención de la deglución el 60% (15) realizan maniobras posturales; el 52% (13) hace uso de maniobras deglutorias; así mismo, el 44% (11) realiza manipulación laríngea y tan solo el 4% (1) utiliza electro estimulación en el ámbito hospitalario.

Discusión

La discusión de resultados, consideró la triangulación entre los datos obtenidos en el presente estudio (cuantitativo), los referentes conceptuales y los antecedentes investigativos. Dentro de los aspectos sociodemográficos se tomó en cuenta el país en el que laboran los fonoaudiólogos participantes de la encuesta, donde se encontró que la mayoría de estos son de Colombia, cabe resaltar que en menor proporción, respondieron de 5 países diferentes, además, se tomó en cuenta el tipo de institución donde laboran estos fonoaudiólogos con pacientes durante el proceso de IOT, hallando que en su mayoría lo hacen en instituciones privadas.

Según la revisión sistemática realizada por Rodríguez y Espitia (2010), los resultados arrojan que hay mucha información acerca de manejo oro faríngeo post extubación y casi nula en los procesos durante la IOT; referente a lo anterior, se podría contrastar con los resultados obtenidos, ya que más del 50% de los fonoaudiólogos encuestados realizan valoración e intervención durante el proceso de IOT.

Dentro de los objetivos que los fonoaudiólogos encuestados tienen más en cuenta para la evaluación de pacientes durante el proceso de IOT, esta “verificar el desencadenamiento del

reflejo deglutorio”; teniendo en cuenta lo anterior, Campora y Falduti (2012), dicen que la deglución es una actividad del sistema nervioso central y periférico, los cuales desencadenan el reflejo de deglución, así mismo, la no presencia de este reflejo acarrearía con una disfagia oro faríngea que según donde se encuentren las secreciones por inadecuado desencadenamiento de reflejo de deglución, pueden producir aspiración bronquiopulmonar.

Chiavarro (2011), afirma en su libro “Funciones y disfunciones estomatognáticas” que las funciones orales motoras son ejecutadas por estructuras como la lengua, labios y mandíbula, que son de vital importancia en el diario vivir de las personas, ya que están implicadas en procesos de alimentación y respiración. Con lo encontrado en este estudio, se puede relacionar que la mayoría de los Fonoaudiólogos que respondieron a esta encuesta tienen en cuenta el control postural, aunque cabe resaltar que menos del 50% tiene en cuenta la función de los órganos fono articuladores (OFA).

La IOT prolongada es un gran predictor de disfagia debido a que se prolonga el retorno de la alimentación (Reichardt y Hickey, 2008); de los fonoaudiólogos que respondieron a la encuesta, el 96% realizan evaluación de alimentación por vía oral, por lo tanto, se podría llegar a la conclusión de que la evaluación a pacientes durante el proceso de IOT sería de gran beneficio para los mismos, ya que no se retrasaría la alimentación y así no llegaría a una disfagia por IOT.

Según Chiavarro (2011) es importante hacer énfasis en la intervención neuromuscular y motricidad, con el fin de favorecer la salud de los componentes del sistema estomatognático; esto, lo podemos relacionar con lo encontrado en el presente estudio, donde los

fonoaudiólogos que respondieron a esta encuesta en un 96% hacen énfasis en la relajación muscular, y menos del 50% en la movilización de tejidos blandos.

Campora y Falduti (2012) hablan de técnicas de incrementación sensorial, en el cual el objetivo es el disparo de reflejo deglutorio (RDD), así mismo, habla de cambios posturales o maniobras posturales favoreciendo y facilitando el tránsito del bolo alimenticio; con lo anterior se puede contrastar con lo encontrado en el presente estudio, donde los diferentes profesionales hacen uso de estas estrategias de intervención en pacientes durante el proceso de intubación oro traqueal (IOT).

Para Bernal, Pereira y Rodríguez (2003), existen 3 grandes modelos sistémicos de la comunicación (intrapersonal, interpersonal y sociocultural) las cuales se relacionan con los ámbitos más generales en los cuales se mueven los comunicadores; esto se lo puede se lo puede contrastar con los resultados encontrados en los criterios que tiene los fonoaudiólogos para intervención en pacientes durante el proceso de IOT, si bien no se puede determinar el uso de dicho modelo debido a que las preguntas no fueron diseñadas para ese fin, si existe evidencia clara de que lo realizan.

Conclusiones

La intubación orotraqueal IOT es un procedimiento que genera un gran grupo de alteraciones que afectan directamente procesos de deglución, funciones oromotoras y comunicación en gran parte de la población que presente alguna alteración en vías áreas superiores, por ello se realizó una encuesta a nivel nacional e internacional la cual fue validada inicialmente por

expertos con el fin de identificar cuáles eran los criterios de intervención de los fonoaudiólogos en pacientes con intubación oro-traqueal IOT, en la que se obtuvieron conclusiones que se analizaron teniendo en cuenta cada una de las variables expuestas en este estudio.

Se evidenció inicialmente que el objetivo principal de los profesionales en fonoaudiología que intervienen en pacientes con intubación oro-traqueal IOT, es fortalecer el reflejo deglutorio, seguido por facilitar el proceso de comunicación, recuperar la vía oral y mantener respuestas sensoriales. Teniendo en cuenta esto se podría inferir que los encuestados reconocen la activación del reflejo deglutorio ya que este garantiza una ingesta adecuada gracias a la contracción de los músculos faríngeos que proyectan la lengua hacia arriba y hacia atrás desplazando el bolo alimenticio de forma segura.

Se identificó que los criterios de intervención de la deglución existentes e implementados por los profesionales que trabajan con pacientes con IOT, se enfocan inicialmente en la realización de maniobras posturales, con el fin de mejorar el posicionamiento de las estructuras brindando así una vía aérea segura.

En cuanto a los criterios de intervención oral motora que usan los profesionales de fonoaudiología con pacientes con IOT, se encontró que los fonoaudiólogos inicialmente realizan relajación muscular, seguido por estimulación táctil, estimulación térmica, movilización de tejidos blandos y por último reconocen el uso de vibración en los pacientes con IOT. Por tal motivo es importante resaltar que se haga la utilización de la relajación ya que este procedimiento es de gran importancia para la preparación de aquel segmento muscular que se va a trabajar.

En la variable comunicativa se identificó que los criterios que usan los fonoaudiólogos en pacientes con IOT, tienen como finalidad mejorar la interacción comunicativa como su principal criterio de intervención, seguido por estimulación de vocalizaciones, también cabe destacar que la comunicación aumentativa y alternativa no es de mayor importancia considerándose un criterio poco usado.

A partir de las respuestas dadas por los profesionales determinamos estas podrían brindar una adecuada base de intervención a pacientes con intubación orotraqueal ya que se tuvieron en cuenta tres variables importantes en el accionar del fonoaudiólogo como lo fue la deglución, funciones oral motoras y comunicación.

Recomendaciones

Se recomienda dar continuidad a este estudio ya que sería de gran importancia que se continúe investigando acerca del accionar del fonoaudiólogo en la intervención de pacientes con IOT, logrando así la construcción de protocolos de intervención para la posterior publicación, teniendo en cuenta que fueron pocas las correcciones esta herramienta podría llegar a ser una excelente ayuda para profesionales y estudiantes de el área de fonoaudiología.

La IOT prolongada es una de las principales causas de la disfagia durante el ámbito hospitalario, sería de vital importancia para los profesionales en fonoaudiología que laboran en estos medios realizar investigación y posteriormente la creación e implementación de protocolo de manejo orofaríngeo y de deglución.

Que los Fonoaudiólogos que tengan experiencia en esta área y tengan conocimiento del manejo de pacientes durante la IOT realicen capacitaciones en las cuales los profesionales puedan afianzar este conocimiento.

Si bien los profesionales en fonoaudiología manejan de manera diferente los procesos de comunicación sería de vital importancia que se investigue basándose en el modelo sistémico de la comunicación ya que este es un modelo que abarca muchos ítems de gran relevancia para el manejo de estos.

Extender el campo de la investigación y de estudios complementarios en áreas de disfagia ya que existe muy poca evidencia y estudios complementarios acerca de estas áreas y es de vital importancia para el manejo clínico.

Potenciar el trabajo fonoaudiológico en los ámbitos hospitalarios que abarque desde la IOT oro-traqueal hasta el alta del paciente de las instalaciones hospitalarias.

Bibliografía

- ARTIGAS, O. (2002). intubación orotraqueal. Recuperado de:
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-intubacion-endotraqueal-13031115>
- BERNAL, S. (2003). La comunicación humana, dimensiones y variables. Documento de trabajo. Bogotá, Colombia. Universidad Iberoamericana.
- CAMPORA, H y FLADUTI, A. (2012). Evaluación y tratamiento de las Alteraciones de la deglución. Enciclopedia Aero digestiva. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v12n3/v12n3a04.pdf>
- CASTRO, V.A. (2016). Estado del arte sobre el manejo fonoaudiológico del proceso de ingesta de alimentos en el paciente con cáncer oro faríngeo. (Tesis de pregrado). Universidad del Valle. Cali.
- CHIAVARO, N. (2011). Funciones y Disfunciones Estomatognáticas. Buenos Aires, Argentina: Editorial Akadia.
- FERRER, J. (2010). metodología de la investigación. Recuperado de:
<http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variables.html>
- HERNANDEZ, R; FERNANDEZ, C y BAPTISTA, P. (2014). Metodología de la investigación. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Goldsmith, T. (2000), Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders following Endotracheal Intubation and Tracheostomy. *International Anesthesiology Clinics*. 38(3):219-242.
- LIZARDI, P. G. (2010). protocolos y procedimientos en el paciente crítico . mexico : MANUAL MODERNO .

OSTABAL, M.I. (2002). La intubación endotraqueal. 39(8). Concepción, Chile: Editorial Elsevier.

QUINTERO, C. (2008). Lesiones orales en el manejo de vía aérea. Revista Scielo.

Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v36n2/v36n2a06.pdf>

RODRIGUEZ, B; PEREIRA, A y RODRIGUEZ, E. Comunicación humana interpersonal. Bogotá, Colombia. Universidad Iberoamericana.

ANEXO 1

JUEZ EXPERTO 1.

FICHA DATOS EXPERTO EVALUADOR	
Nombres y apellidos	angelica lizarazo camacho
Tipo y número de Documento de identidad	52526900
Fecha y lugar de Nacimiento	bogota, feb 23 de 1979
Lugar de Residencia	bogota
Titulos académicos (pregrado y posgrado)	fonoaudiologa. Esp. En invstigacion cientifica. Esp. En rehabilitacion de dispacidad e la comunicaci3n infantil
Teléfonos de contacto (oficina, celular y usuario de Skype (si tiene))	315-3974643 - skype:anmalica11
Correos-e (institucional y personal)	angelica.lizarazo@iberoameicana.edu.co
Direcci3n física de correspondencia	
Cargo o posici3n actual, Instituci3n y pa3s	docente
L3neas principales de investigaci3n	
Link de b3squeda CVLAC-COLCIENCIAS	http://scienti.colciencias.gov.co:8081/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001226347

This screenshot shows a CVLAC curriculum grid for the field of 'Fonoaudiología'. The grid is organized into columns for 'FUNDAMENTOS', 'TEORÍA', 'PRÁCTICA', 'INVESTIGACIÓN', 'SERVICIO', 'EXTENSIÓN', 'ACTUALIZACIÓN', and 'OTROS'. The rows list various subjects and their corresponding credit values. The grid is mostly empty, indicating that the curriculum data has not been fully populated.

This screenshot shows a CVLAC curriculum grid for 'Fonoaudiología' with populated data. The grid is organized into columns for 'FUNDAMENTOS', 'TEORÍA', 'PRÁCTICA', 'INVESTIGACIÓN', 'SERVICIO', 'EXTENSIÓN', 'ACTUALIZACIÓN', and 'OTROS'. The rows list various subjects and their corresponding credit values. The grid is populated with data, including subject names and credit values.

Habilidad paciente intubado	¿Señala el nivel de conciencia? (1)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia? (2)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (2)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (3)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (4)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (5)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (6)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (7)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (8)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (9)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S			
36	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (1)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (2)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (3)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (4)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (5)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (6)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (7)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (8)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (9)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (10)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (11)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (12)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (13)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (14)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (15)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (16)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (17)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (18)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (19)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (20)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (21)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (22)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (23)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (24)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (25)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (26)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (27)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (28)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (29)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	¿Señala el nivel de conciencia con CT? (30)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

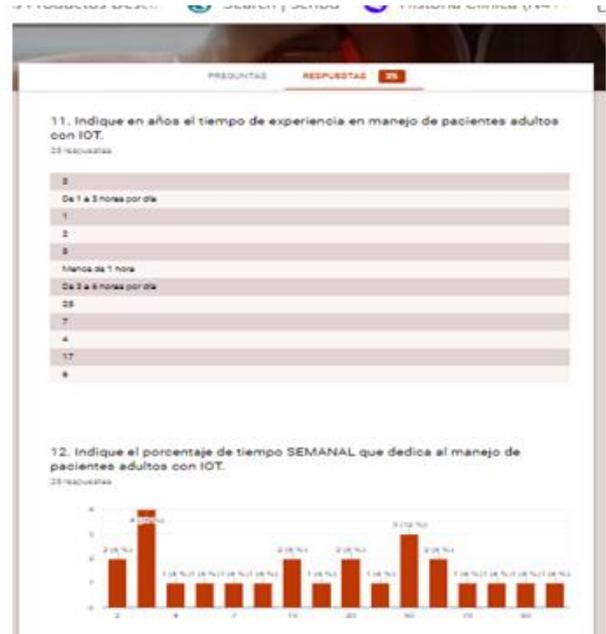
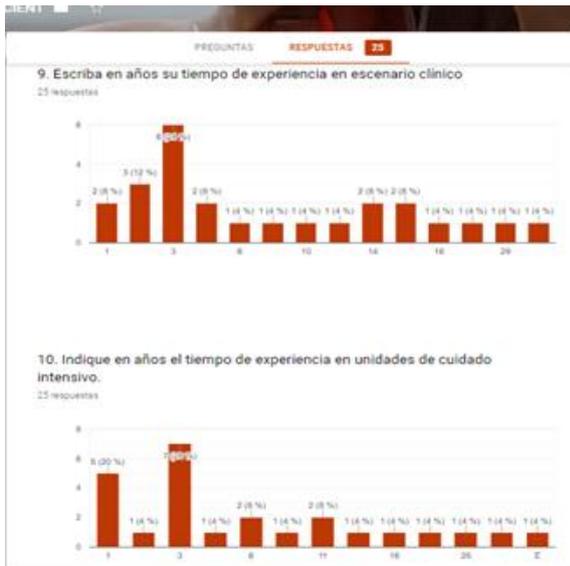
JUEZ EXPERTO 2

JUEZ EXPERTO 3.

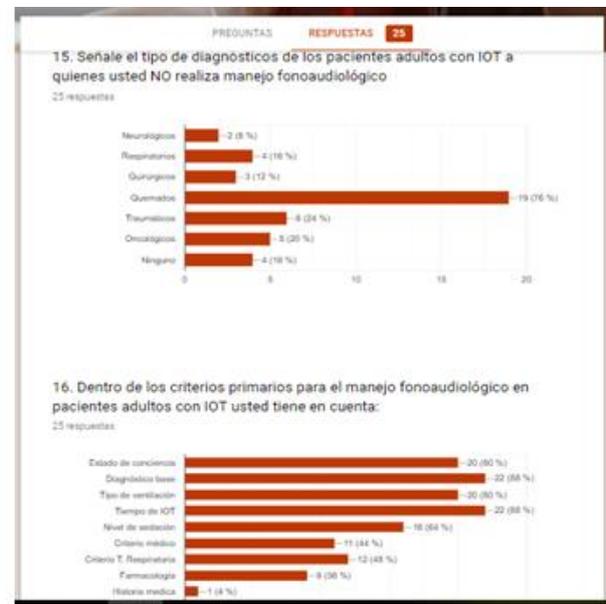
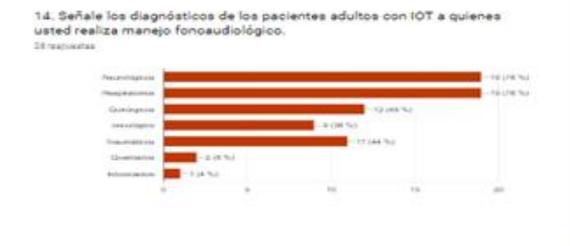
FICHA DATOS EXPERTO EVALUADOR	
Estimado par evaluador le agradecemos completar los siguientes campos con su información personal:	
Nombres y apellidos	BRENDA CAROL MARTIN PINTO
Tipo y número de Documento de identidad	52800439
Fecha y lugar de Nacimiento	MANI CASANARE 18 AGOSTO 1983
Lugar de Residencia	YOPAL CASANARE
Títulos académicos (pregrado y posgrado)	TERAPAUTA RESPIRATORIA/ ESP. SALUD SEGURIDAD EN EL TRABAJO
Teléfonos de contacto (oficina, celular y usuario de Skype (si tiene)	3102312773
Correos-e (institucional y personal)	BRENDAMARTINP@GMAIL.COM
Dirección física de correspondencia	CLL 26BN 15-37
Cargo o posición actual, Institución y país	TERAPEUATA UCI CUIDADO INTENSIVO ADULTO
Líneas principales de investigación	
Link de búsqueda CVLAC-COLCIENCIAS	

This is a screenshot of a spreadsheet application. The interface shows a grid of cells with various data entries. The top row contains a title in Spanish: 'ESTADO DEL PAIS DE INVESTIGACION PARA LA RED DE CUIDADO INTENSIVO EN INTUBACION RESPIRATORIA'. Below the title, there are several columns with headers like 'Estrategia y/o técnica', 'Evidencia', 'Impacto', 'Evidencia', 'Impacto', 'Evidencia', 'Impacto', 'Evidencia', 'Impacto'. The rows contain detailed information, possibly related to research or clinical protocols, with some cells highlighted in blue.

This is another screenshot of a spreadsheet application, similar to the one on the left. It shows a grid of cells with data. The top row has a title: 'ESTADO DEL PAIS DE INVESTIGACION PARA LA RED DE CUIDADO INTENSIVO EN INTUBACION RESPIRATORIA'. The columns are labeled with 'Evidencia' and 'Impacto' in a repeating pattern. The data in the cells appears to be organized into rows, with some cells containing text and others possibly containing numerical or categorical data. The interface is consistent with the first screenshot, showing a standard spreadsheet layout.



CRITERIOS DE MANEJO DE PACIENTE DURANTE LA IOT



33. ¿Qué criterios tiene en cuenta para determinar el tiempo de intervención fonoaudiológica en pacientes adultos con IOT?

25 respuestas

-
- 1
- 20
- Estado de conciencia
- Depende de las necesidades y participación de el paciente
- Estabilidad
- Lastimosamente el tiempo lo determina la ips en la cual me encuentro vinculada que es de 40 minutos
- Estabilidad hemodinamica y patronas respiratorias
- Estado del paciente, signos vitales y evidencias en la evaluacion
- 5
- 2
- 26
- Desarrollar técnicas variadas de sujeción