



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABÍ”

Fonación y deglución en pacientes con traqueostomía en cuidados intensivos.

Autoría:

Patricio Javier Plaza Choez;
José Alejandro Terán Briones

Tutora:

Lcda. Judith Yuliana Anchundia Mero. Mgtr

Facultad Ciencias de la Salud

Fonoaudiología

Manta - Manabí - Ecuador

2025 (2)

CERTIFICADO DE TUTOR

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, CERTIFICO:

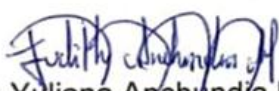
Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría al estudiante: Plaza Choez Patricio Javier con C.I. 131437620-1, legalmente matriculado en la carrera Fonoaudiología, período académico 2025 (2), cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es “Fonación y deglución en pacientes con traqueostomía en cuidados intensivos”.

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, febrero de 2026.

Lo certifico:


AuD. Judith Yuliana Anchundia Mero, Esp
Docente Tutor(a)
Área: Ciencias de la Salud

CERTIFICADO DE TUTOR

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, CERTIFICO:

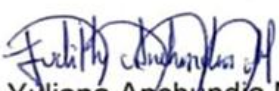
Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría al estudiante: Terán Briones José Alejandro con C.I. 093106402-6, legalmente matriculado en la carrera Fonoaudiología, período académico 2025(2), cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es “Fonación y deglución en pacientes con traqueostomía en cuidados intensivos”.

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, febrero de 2026.

Lo certifico:


AuD. Judith Yuliana Anchundia Mero, Esp
Docente Tutor(a)
Área: Ciencias de la Salud

CERTIFICADO DE AUTORIA

Declaramos que el actual proyecto de investigación cuyo título es: “Fonación y deglución en pacientes con traqueostomía en cuidados intensivos”, pertenece a: Patricio Javier Plaza Choez es original con sus respectivas evidencias mostradas a los miembros del tribunal de la Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Fonoaudiología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, el contenido de este proyecto de investigación es único de mi conocimiento intelectual, usándose también párrafos existentes de trabajos acreditados.

Patricio Javier Plaza Choez

C.I: 131437620-1

CERTIFICADO DE AUTORIA

Declaramos que el actual proyecto de investigación cuyo título es: “Fonación y deglución en pacientes con traqueostomía en cuidados intensivos”, pertenece a: José Alejandro Terán Briones, es original con sus respectivas evidencias mostradas a los miembros del tribunal de la Facultad de Ciencias de la Salud, carrera de Fonoaudiología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, el contenido de este proyecto de investigación es único de mi conocimiento intelectual, usándose también párrafos existentes de trabajos acreditados.

José Alejandro Terán Briones

C.I: 093106402-6

DEDICATORIA

En primer lugar, a mis padres Laura Isabel Choez Plúa y Cesar Augusto Plaza Zavala, por siempre estar para mí y apoyarme sin buscar nada a cambio, apoyándome en cada momento de paso los pasos de hoy, de igual manera a mi hermano y familiares que estuvieron apoyándome en todo momento, siendo un apoyo constante a través de todo el proceso universitario.

De igual manera a las personas que encontré en el camino y me ayudaron a seguir adelante, me dieron ánimos y confiaron en que podía hacer lo que sea siempre y cuando me lo propusiera dentro del ámbito académico como personal, dándome seguridad de seguir adelante en el camino.

Y para terminar a mi persona por nunca rendirse y seguía adelante dentro de todo el proceso, por darlo todo a pesar del cansancio y las dudas que se generaron a través de los días.

Patricio Javier Plaza Choez.

AGRADECIMIENTO

Declaro mi sincero agradecimiento, a mi familia, debido a que son y serán pilares fundamentales dentro de mi desarrollo académico y personal, siendo un apoyo incondicional dentro de este trayecto, siempre estando a mi lado para ayudarme a levantar cuando más bajo me sentía, siendo una vela constante dentro de este tormentoso camino.

De igual manera a los docentes que ayudaron a formarme profesionalmente desde el momento uno hasta el final, profesionales que ayudaron a elaborar el árbol de conocimiento que actualmente poseo, siempre resaltando a él Licenciado José Stefan Delgado Vélez, el cual me ayudo a seguir avanzando dentro de este tormentoso camino; de igual manera a la Licenciada María Elena Carreño y a la Licenciada Viviana Carranza, por su constante motivación a seguir adelante y no rendirme dentro del proceso, siempre confiando en mis aptitudes y capacidades, apoyándome a seguir adelante.

De igual manera a la Licenciada Judith Yuliana Anchundia Mero por ayudar en la culminación y desarrollo del proyecto académico. Cada crítica constructiva y apoyo el cual ayudo a mi formación académica.

Mi más sincero agradecimiento a mi compañero de tesis, José Alejanro Terán Briones, el cual dentro del proceso académico y personal se ha vuelto como un segundo hermano, siendo un apoyo constante para poder salir adelante aun cuando no veía salida. De igual Manera a Mercedes Pinargote, Nayely Rojas y Ashley Ripalda por siempre ser un soporte cuando más lo necesitaba, formando lo que considero una hermandad la cual supera lo académico, siendo un lugar al acudir cuando me encontró sin salida.

Para terminar, agradezco a mi persona por no darse por vencido sin importar los percances que pude llegar a tener, siempre dándolo todo, sabiendo que esos esfuerzos dieron sus frutos, por darme la oportunidad de vivir nuevas experiencias y arriesgarse a dar el paso más grande de ni vida académica.

Patricio Javier Plaza Choez.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de titulación, en primer lugar, a Dios, por brindarme la fortaleza, la sabiduría y la constancia necesarias para culminar esta etapa de formación académica, guiando cada uno de mis pasos y permitiéndome superar los desafíos presentados a lo largo de este proceso.

A mi madre Glenda Dolores del Rocío Briones Delgado y mi padre Tito Freire Terán Vera, por su apoyo incondicional, esfuerzo constante y confianza depositada en mí. Su acompañamiento, sacrificio y ejemplo de perseverancia fueron fundamentales para alcanzar este logro académico y profesional.

A mi abuela Edilma Delgado Medina, quien, aunque ya no se encuentra físicamente entre nosotros, permanece presente a través de sus enseñanzas, valores y amor. Su recuerdo fue una motivación constante que impulsó mi deseo de superación personal y profesional.

A mis docentes que, mediante su orientación y vocación, me motivó a ir más allá de los límites propios de la carrera, contribuyendo de manera significativa a mi crecimiento académico y a la construcción de una visión más integral y comprometida de la Fonoaudiología.

A una persona especial que formó parte importante de mi proceso de formación, por su apoyo, comprensión y acompañamiento en este camino académico. Su presencia y palabras de aliento contribuyeron de manera significativa a mantener la motivación y la constancia necesaria para continuar y culminar este logro profesional.

Finalmente, me dedico este logro a mí mismo, como reconocimiento al esfuerzo, la disciplina y la resiliencia demostradas durante mi proceso de formación, reafirmando el compromiso asumido con mi desarrollo profesional y humano.

José Alejandro Terán Briones.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi sincero agradecimiento a quienes, a través de sus conocimientos, guía y vocación, amistad y compañía contribuyeron de manera significativa a la culminación de este trabajo de titulación y a mi crecimiento como futuro profesional en Fonoaudiología.

De manera especial, agradezco al Licenciado José Estefan Delgado Vélez, por ser un pilar fundamental en la adquisición de conocimientos clínicos aplicados a la Fonoaudiología, así como por su compromiso con la enseñanza, que no solo me inspiró a mí, sino también a muchos de mis compañeros, dejando una huella significativa en nuestra formación profesional.

A la Licenciada María Elena Carreño Acebo, por ser una de las docentes que me motivó a continuar luchando por esta carrera, impulsándome a mirar más allá de lo que creía posible y confiando en mis capacidades incluso cuando yo mismo dudaba, demostrando que su orientación fue acertada y valiosa.

A la Licenciada Judith Yuliana Anchundia Mero, por su guía constante, apoyo académico y disposición, siendo una pieza clave para la correcta orientación y culminación de nuestro proyecto de tesis.

A la Licenciada Viviana Katiuska Carranza Reinado, por su acompañamiento en momentos en los que otros no estuvieron presentes, por la empatía demostrada y por brindarme el apoyo necesario para no sentirme solo durante este proceso académico tan exigente.

Mi agradecimiento especial a mi compañero de tesis, Patricio Javier Plaza Choez, quien ha sido mi brazo derecho a lo largo de todo este proceso formativo. Su compromiso, responsabilidad y compañerismo hicieron posible superar cada dificultad, consolidando una relación que trasciende lo académico y que considero una hermandad que la vida me regala para siempre. A Mercedes Cristina Pinargote, Nayeli Yuritzky Rojas y Ashley Thais Ripalda, por su amistad sincera, apoyo incondicional y presencia constante en los momentos más críticos tanto de mi vida académica como personal. Cada uno, desde su individualidad, ocupó un lugar importante en mi corazón y fue un sostén fundamental para no rendirme en el camino.

Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, sin esperarlo, me brindaron una palabra de motivación, apoyo o ayuda en los momentos en que más lo necesité, incluso sin ser conscientes del impacto positivo que generaron en mi vida. A todos ellos, mi más profundo y sincero agradecimiento.

José Alejandro Terán Briones.

RESUMEN

La traqueostomía en pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos es un problema que involucra a varios especialistas. Afecta la capacidad de hablar y tragar, lo que dificulta la comunicación, la alimentación adecuada y la calidad de vida. También puede causar problemas como aspiraciones, desnutrición y retrasos en el proceso de quitar el tubo. A nivel local aún existen barreras por falta de investigación local y protocolos insuficientes. El estudio tuvo como objetivo analizar estrategias fonoaudiológicas de fonación y deglución en pacientes con traqueostomía en cuidados intensivos, a través de la búsqueda de estudios cualitativos, descriptivos con un enfoque transversal que abordaran alteraciones, etiología y rehabilitación, siguiendo estándares internacionales; se identificaron alteraciones comunes como disfonía por atrofia laríngea, desvío hacia la vía aérea, disfagia por sensibilidad reducida y elevación laríngea limitada con riesgo de aspiración. Estrategias efectivas: válvulas de voz unidireccionales, terapias de función muscular, manejo de las secreciones, entrenamiento de la respiración y sistemas de comunicación que ayudan, mejorando la decanulación y la independencia del paciente. Se afirma que la intervención de fonoaudiología temprana y bien organizada es clave para mejorar los resultados clínicos y hacer más humanos los cuidados en las UCI. Sin embargo, se requiere más investigación local y en equipo para crear protocolos adaptados.

Palabras clave: Cuidados Intensivos, Deglución, Fonación, Traqueostomía

ABSTRACT

Tracheostomy in critically ill patients in intensive care units is a problem that involves several specialists. It affects the ability to speak and swallow, hindering communication, adequate feeding, and quality of life. It can also cause problems such as aspiration, malnutrition, and delays in the tube removal process. Locally, barriers still exist due to a lack of local research and insufficient protocols. This study addressed speech-language pathology strategies for phonation and swallowing in patients with tracheostomies in intensive care. It searched for qualitative, descriptive, cross-sectional studies that addressed alterations, etiology, and rehabilitation, following international standards. Common alterations were identified, such as dysphonia due to laryngeal atrophy, deviation into the airway, dysphagia due to reduced sensitivity, and limited laryngeal elevation with a risk of aspiration. Effective strategies include one-way voice valves, muscle function therapies, secretion management, breathing training, and assistive communication systems, all of which improve decannulation and patient independence. Early and well-organized speech-language pathology intervention is considered key to improving clinical outcomes and making ICU care more humane. However, further local and collaborative research is needed to develop tailored protocols.

Keywords: Intensive Care, Swallowing, Phonation, Tracheostomy

CONTENIDO

CERTIFICADO DE TUTOR.....	I
CERTIFICADO DE AUTORIA.....	III
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
RESUMEN.....	IX
1 INTRODUCCIÓN.....	1
2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	4
2.1 Unidad de cuidados intensivos.....	4
2.2 Fonoaudiología en Cuidados Intensivos (UCI).....	5
2.2.1 Fonación y deglución.....	5
2.3 Traqueostomía.....	5
2.4 Trastornos de la voz en pacientes con traqueostomía.....	6
2.4.1 Hipofonía y voz débil.....	6
2.5 Ausencia de fonación con neumotaponador inflado.....	6
2.6 Perdida de presión del neumotaponador.....	7
2.7 Desconexión del manómetro del neumotaponador.....	7
2.8 Procedimientos clínicos que alteran la presión del neumotaponador.....	7
2.9 Incidencia de disfagia post-extubación.....	7
2.10 Aspiración silenciosa.....	8
2.11 Estrategias fonoaudiológicas.....	8
2.11.1 Pruebas clínicas de baja sensibilidad.....	9
2.11.2 Cribado inconsistente.....	9
2.11.3 Riesgos multifactoriales.....	9
2.11.4 Indicadores clínicos y manifestaciones asociadas.....	9
2.11.5 Protocolo de adaptación y fases de entrenamiento.....	10
2.11.6 Pruebas instrumentadas.....	10
2.11.7 Observación de la función deglutoria espontánea.....	11

2.11.8	Control de secreciones y protección de la vía aérea.....	11
2.11.9	Enfoque interdisciplinario. (Conformación y roles del equipo.).....	12
2.12	Toma de decisiones.....	12
2.13	Terapia miofuncional y motricidad orofacial.....	12
2.14	Incorporación de tecnología.....	12
2.15	Observación de la función deglutoria espontánea.....	13
2.16	Estrategias de rehabilitación.....	13
2.16.1	Coordinación glótico-respiratoria y maniobra de Valsalva.....	13
2.16.2	Terapia de alto flujo humidificado (HFT-T-OWV).	13
2.16.3	Adaptaciones técnicas para restablecer el flujo aéreo.	13
2.16.4	Uso de válvulas de habla.	13
2.17	Resultados clínicos y beneficios.	13
2.18	Retrasos en la evaluación de la deglución.....	14
3	METODOLOGÍA.....	15
3.1	Descripción de Hallazgos.....	17
4	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	18
4.1	Tabla 1. Análisis de los resultados N°1.....	18
4.2	Tabla 2. Análisis de los resultados del objetivo N°2.....	20
4.3	Tabla 3. Análisis de los resultados del objetivo N°3.....	22
4.4	Análisis global del objetivo general.....	24
5	DISCUSIÓN.....	25
6	CONCLUSIONES.....	27
7	RECOMENDACIONES.....	29
8	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
9	ANEXO.....	35

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales alteraciones de la fonación en traqueostomía en UCI	18
Tabla 2 Dificultades y patrones en el riesgo de aspiración durante la deglución	20
Tabla 3 Dificultades y patrones en riesgo de aspiración durante la deglución	22

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Flujograma de selección	17
------------------------------------------------	----

1 INTRODUCCIÓN

La atención a pacientes con traqueostomía en unidades de cuidados intensivos representa un desafío multidisciplinario que requiere de estrategias terapéuticas estructuradas, personalizadas. La fonación y la deglución son funciones esenciales tanto para la calidad de vida, como participación social del paciente, suelen verse afectadas en estos casos debido a las complicaciones asociadas a la condición neurológica o a las propias intervenciones médicas. La planificación terapéutica en este escenario es esencial, ya que facilita la dirección del proceso de rehabilitación a través de la definición de metas precisas, concretas y alcanzables, ajustadas a las características específicas de cada paciente.

La atención de pacientes con traqueostomía en unidades de cuidados intensivos demanda una planificación que considere aspectos personales, clínicos y ambientales, dado que estos factores ejercen una influencia directa en sus requerimientos personales. Para la mejora de la funcionalidad, la comunicación y la calidad de vida en tales contextos, resulta esencial que la planificación correspondiente se alinee con los estándares internacionales y se adapte a cada situación clínica particular.

Según (Laverde-Sabogal et al., 2020), el soporte ventilatorio invasivo reconstituye una de las causas más frecuentes de ingreso de pacientes a las unidades de cuidados intensivos. Dentro de este marco, la traqueostomía se propone como una opción terapéutica eficiente para prevenir complicaciones vinculadas a la ventilación mecánica prolongada.

La presencia de traqueostomía en pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos constituye una intervención clave para garantizar la ventilación, el soporte respiratorio prolongado. Sin embargo, esta se puede llegar a vincular a alteraciones en las funciones de fonación y deglución, lo que puede llegar a repercutir en la comunicación, la alimentación, la calidad de vida de los pacientes. Estas alteraciones, al no abordarlas de manera temprana, pueden conducir a complicaciones como aspiraciones, desnutrición, deterioro emocional y retraso en procesos de decanulación.

La evidencia actual subraya la relevancia de una intervención temprana en las funciones de fonación y deglución, dado que aporta considerablemente a la disminución de complicaciones, acelera los procesos de decanulación y promueve una comunicación eficaz. En el presente escenario, resulta esencial reforzar la función del fonoaudiólogo dentro del equipo multidisciplinario de cuidados intensivos, a través de la formulación e implementación de estrategias particulares y su adaptación al contexto clínico, con el objetivo de optimizar los beneficios terapéuticos en pacientes sometidos a traqueostomía.

Según (Laverde-Sabogal et al., 2020), la traqueostomía emerge como una opción terapéutica para prevenir complicaciones vinculadas a la ventilación prolongada, representando una alternativa entre el 8% y el 24% de los pacientes

La disfagia asociada al empleo de la traqueostomía puede ser atribuida a la perturbación del flujo aéreo, dado que la extracción del aire fuera de la laringe disminuye la sensibilidad. Adicionalmente, la insuficiente utilización del tracto aerodigestivo superior puede provocar atrofia en la musculatura involucrada en el proceso de deglución. La existencia del tubo traqueal puede obstaculizar la elevación laríngea y la apertura del esfínter esofágico superior, lo que incrementa la probabilidad de aspiración.

A nivel nacional, el abordaje fonoaudiológico en la población con alteraciones de voz y deglución, por el uso de traqueostomía presentar importantes limitaciones. Debido al poco conocimiento, desarrollo de investigaciones científicas a nivel nacional, teniendo una insuficiencia de información actualizada. Esta insuficiencia evidencia lo poco actualizado que se encuentra el sistema de salud, afectando la calidad de diagnóstico como la planificación de estrategias adaptadas al entorno clínico.

El presente estudio tiene como objetivo “Analizar estrategias fonoaudiológicas en la fonación y deglución de pacientes con traqueostomía en unidades de cuidados intensivos”. Cumpliendo los objetivos específicos, “Describir las principales alteraciones de la fonación en pacientes con traqueostomía en unidad de cuidados intensivos; Identificar las dificultades y patrones en el riesgo de aspiración durante la deglución en población adulta; Explicar estrategias fonoaudiológicas dirigidos a la rehabilitación de la fonación y deglución”, Para ello, se realiza una búsqueda exhaustiva de estudios cualitativos, descriptivos, transversales que buscan establecer las principales alteraciones que afectan estos procesos en dicha población, considerando las causas que pueden generar disfagia o disfonía durante la traqueostomía, basándonos en poder explicar estrategias fonoaudiológicas enfocadas en la rehabilitación de ambas funciones.

Se identifica una repercusión considerable en la alteración de la fonación y deglución en pacientes que han sufrido una traqueostomía en unidades de cuidados intensivos, constituyendo un reto de considerable relevancia clínica, funcional y psicosocial. Estas funciones, fundamentales para la comunicación, la ingesta segura de alimentos y la interacción con el entorno, se ven afectadas por diversos factores vinculados al soporte ventilatorio invasivo y a las afecciones neurológicas latentes. La anomalía en dichos procesos no solo incrementa la

probabilidad de complicaciones como aspiraciones, infecciones respiratorias, desnutrición y demora en la decanulación, sino que también restringe la implicación activa del paciente en su proceso de recuperación, impactando su autonomía, bienestar emocional y calidad de vida. Dentro de este marco, la intervención especializada en fonoaudiología asume una función estratégica, facilitando la rehabilitación funcional a través de estrategias fundamentadas en evidencia, ajustadas al contexto clínico y orientadas hacia las necesidades individuales. El abordaje oportuno, estructurado de la fonación y la deglución no solo mejora los desenlaces clínicos, sino que también favorece la humanización del cuidado en unidades críticas, promoviendo una recuperación integral y digna.

2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 Unidad de cuidados intensivos

El paciente crítico es aquel que tiene falla de uno o más sistemas orgánicos que ponen en riesgo su vida y que requieren de medidas de alta complejidad. Freeman-Sanderson et al. (2023) describen a los pacientes críticos como hemodinámicamente inestables, con alteraciones respiratorias, necesidad de soporte vital, que requieren vigilancia continua, y sostienen que, por estas características, su manejo debe ser multidisciplinar; igualmente, Mc Mahon et al. (2023) subrayan que la atención interdisciplinaria dirigida a mejorar la comunicación, la deglución y la movilidad contribuye a optimizar los resultados funcionales y la calidad de vida de estos pacientes.

La Unidad de Cuidados Intensivos es el área o unidad hospitalaria en la que se atiende con tecnología y equipos multidisciplinarios a pacientes en estado crítico, Es una unidad de un hospital para el cuidado de pacientes en estado crítico o potencialmente mortal que necesitan vigilancia continua y soporte vital. El paciente en estado de crítica se define como aquel individuo que presenta fallos en uno o más órganos y sistemas, cuya supervivencia está en riesgo inminente o que necesita intervenciones de soporte de alta complejidad.

Mc Mahon et al. (2023) subrayan que el cuidado del paciente crítico es multidisciplinario, centrándose en la optimización de la comunicación, la deglución y la movilidad con el objetivo de mejorar los resultados funcionales y la calidad de vida. La Unidad de Cuidados Intensivos es el área hospitalaria en la que se proporciona atención a pacientes en estado crítico con soporte tecnológico avanzado y equipos multidisciplinarios.

Como describen Umay et al. (2024), en la UCI se cuenta con ventiladores mecánicos, monitorización invasiva de signos vitales y terapias de soporte orgánico continuo, con protocolos estandarizados para el manejo de la disfunción deglutoria y de la comunicación.

Los pacientes con ventilación invasiva o traqueotomía no tienen la capacidad de fonar de manera espontánea, ya sea debido a que el tubo endotraqueal atraviesa las cuerdas vocales, o debido a que el aire aspirado no se desplaza por la vía aérea superior, tal como lo señalan Sutt et al. (2016). La válvula fonatoria unidireccional (VF) facilita la inspiración mediante la cánula de traqueotomía y dirige la espiración hacia la vía aérea superior, restableciendo la presión subglótica y facilitando la vibración de las cuerdas vocales. Este mecanismo permite hablar y hace más resistente la vía aérea superior (Sutt et al., 2016).

2.2 Fonoaudiología en Cuidados Intensivos (UCI).

La fonoaudiología en UCI abarca la evaluación, el tratamiento de la comunicación, la deglución y el manejo de la vía aérea en el paciente crítico. Como señalan Ceron et al. (2020), la intervención fonoaudiológica apoya la calidad de vida y disminuye complicaciones al permitir la comunicación oral y proteger la vía aérea durante la deglución.

La inclusión del fonoaudiólogo en el equipo de cuidados intensivos optimiza la detección y el tratamiento precoz de trastornos de fonación y deglución. Ayala & Marin (2015) señalan que su integración optimiza la atención y reduce las complicaciones asociadas.

2.2.1 Fonación y deglución.

La fonación es el proceso neuromecánico que transforma el aire espirado en sonido a través de la vibración de las cuerdas vocales, posibilitando la comunicación hablada. Sutt et al. (2016) señalan que la desviación del flujo en pacientes traqueostomizados interrumpe la fonación y se desvían el aire a la vía aérea superior para restaurar la voz.

McGrath et al. (2019) informan que la fonación sobre el neumotaponador es una técnica segura, factible que no afecta la oxigenación, no aumenta el riesgo de aspiración en pacientes con ventilación mecánica.

La deglución es un proceso neuromuscular coordinado que mueve el bolo desde la boca hasta el estómago, protegiendo la vía aérea superior. Umay et al. (2024) explican sus tres fases —oral, faríngea y esofágica— y la importancia de protocolos multidisciplinarios para su evaluación y manejo en la unidad de cuidados intensivos.

2.3 Traqueostomía

La traqueostomía es la creación de un orificio en la tráquea a través de la parte frontal del cuello para establecer una vía aérea artificial. Laverde-Sabogal et al. (2020) definieron que este abordaje, realizado en la cabecera del paciente, permite la ventilación mecánica a largo plazo y la aspiración de secreciones, con minimización de complicaciones en la UCI.

El desinflado del balón crea fuga en el circuito de ventilación, puede reducir la capacidad residual funcional y causar colapso alveolar. Estas alteraciones afectan no solo la oxigenación, sino también la fuerza y estabilidad de la voz en pacientes críticos traqueostomizados (Ceron et al., 2020).

2.4 Trastornos de la voz en pacientes con traqueostomía.

La traqueostomía en el paciente crítico modifica el mecanismo fonatorio al desviar el flujo aéreo de las cuerdas vocales. En esta parte se explican las manifestaciones clínicas y fisiopatológicas que alteran la emisión de la voz en la UCI y que son la base de las intervenciones fonoaudiológicas posteriores.

Kumar et al. (2018) Informaron que 9/21 pacientes evaluados después de la traqueostomía no podían fonar en absoluto, lo que demuestra una interrupción completa del flujo de aire a través de la laringe. Esta afonía total es una de las mayores dificultades para la comunicación oral y la participación del paciente en sus cuidados clínicos (p. ej., en la toma de decisiones).

Las alteraciones fonatorias en pacientes traqueostomizados en UCI surgen de intubación previa y ventilación, afectando presiones subglóticas y sincronía respiración-deglución. Sella Weiss et al. (2021) indican que estas provocan disfonía, ronquera o afonía, agravadas en adultos mayores (78,8% de casos >65 años), con capacitación insuficiente (55,3% <5 horas en traqueostomía)

2.4.1 Hipofonía y voz débil.

Seis participantes del mismo estudio mostraron fonación hipofónica: voz débil, de bajo volumen y molesta al hablar. Estos cambios representan disminución de la presión subglótica, irritación traqueal y fatiga de los músculos respiratorios, condiciones comunes en la población crítica con traqueostomía a largo plazo (Kumar et al., 2018).

En pacientes con traqueostomía en UCI tras ventilación mecánica prolongada (media 29 días), las alteraciones de la voz son hipofonía y voz débil por escape aéreo, asociadas a déficits cognitivos, delirium, fatiga e inestabilidad respiratoria. La primera emisión requiere oclusión digital (conseguida en 4-17 días), después voz con válvula fonatoria o PMV (16-26 días), observándose limitaciones en la movilidad cordal y excursión hiolaríngea. (Mooney et al., 2020).

2.5 Ausencia de fonación con neumotaponador inflado.

Mientras el balón del neumotaponador esté inflado, el flujo espiratorio no llega a la vía aérea superior ni a las cuerdas vocales. Como señalan McGrath et al. (2019) esta alteración imposibilita totalmente la fonación y por ende la comunicación oral mientras se está en ventilación mecánica con neumotaponador inflado.

2.6 Pérdida de presión del neumotaponador.

La disminución de la presión en el balón de la cánula, también conocido como neumotaponador, facilita el escape de contenido hacia la vía aérea inferior, lo que incrementa la probabilidad de neumonía aspirativa. Rosales Lillo et al. (2025) señalan que la subinsuflación del neumotaponador — <20 cmH₂O— genera espacios abiertos que posibilitan la fuga de contenido oral o gástrico, mientras que las presiones >30 cmH₂O pueden ocasionar daño a la tráquea.

2.7 Desconexión del manómetro del neumotaponador.

La acción de desactivar el manómetro del balón piloto resulta en fugas significativas de presión. Se evidenció en investigaciones in vitro que cada desconexión reduce la presión interna del neumotaponador, lo que pone en riesgo el sello traqueal y incrementa el riesgo de aspiración durante la deglución (Rosales Lillo et al., 2025).

Las repercusiones respiratorias del neumotaponador desinflado provocan una fuga en el circuito de ventilación, reducen la capacidad residual funcional y inducen atelectasia funcional. Estas anomalías inciden no solo en la oxigenación, sino también en la potencia y estabilidad de la voz en pacientes críticos con traqueostomía (Ceron et al., 2020)

2.8 Procedimientos clínicos que alteran la presión del neumotaponador.

Las intervenciones habituales en la Unidad de Cuidados Intensivos —aspiración de secreciones, nebulizaciones, modificaciones de posición, higiene oral— producen fluctuaciones agudas en la presión del neumotaponador. Estos episodios se distinguen por elevaciones transitorias, sucedidas por caídas súbitas, las cuales predisponen a escapes y pérdida del sello traqueal en etapas críticas de la deglución (Rosales Lillo et al., 2025)

2.9 Incidencia de disfagia post-extubación.

Miles et al. (2025) estiman que alrededor del 40% de los pacientes sufren disfagia post-extubación y en pacientes con traqueotomía, lo que demuestra la susceptibilidad de la musculatura deglutoria y el riesgo de aspiración en las primeras etapas de transición respiratoria.

Ante esta elevada incidencia, los autores hacen hincapié en el cribado protocolizado y las evaluaciones instrumentales regulares (por ejemplo, FEES), la disponibilidad de terapeutas del habla y lenguaje con tiempo asignado a la Unidad de Cuidados Intensivos, y la implementación de protocolos estandarizados de manejo y rehabilitación temprana con el objetivo de mitigar las complicaciones secundarias (neumonía por aspiración, desnutrición),

minimizar la estancia y optimizar los resultados funcionales y la calidad de vida. (Miles et al., 2025).

2.10 Aspiración silenciosa.

Hasta el 60-70% de los episodios de aspiración no inducen tos, lo que complica su sospecha clínica, lo que sugiere la necesidad de evaluaciones instrumentales periódicas como la FEES. (Evaluación Endoscópica de Fibra Óptica de la Deglución) por las altas tasas de aspiración silente y lesiones laríngeas relacionadas (Miles et al., 2025).

La aspiración durante la deglución constituye una complicación frecuente en adultos traqueostomizados, vinculada con una disfagia orofaríngea compleja que conduce a un incremento de la neumonía y a la necesidad de hospitalización. Sella Weiss et al. (2021) postulan que, aunque la etiología siempre sea la misma, la coordinación puede cambiar y se presenta como una condición predisponente a la aspiración silenciosa. Manifestaciones en la evaluación de la deglución.

Mc Mahon et al. (2023) reportan una mediana de 16 días para la primera evaluación fonaudiológica posterior a la traqueotomía, lo que extiende el tiempo en que el paciente permanece sin una evaluación formal del riesgo de aspiración y seguridad de la deglución oral. Estudios y series que en el mismo artículo se referencian demuestran que la derivación más valoración fonaudiológica precoz (incluyendo FEES) (Evaluación Endoscópica de Fibra Óptica de la Deglución), se relaciona con un tiempo menor hasta el inicio de la fonación y de la vía oral, menor tiempo hasta la primera ingesta, mejor evolución funcional, que programas de optimización de la atención multidisciplinaria pueden disminuir el tiempo hasta la primera evaluación, hasta la primera ingesta (por ejemplo, disminuciones desde medianas de 26 a 9-14 días en iniciativas de calidad). Por lo tanto, demoras como la mediana de 16 días encontrada por Mc Mahon et al. (2023) extienden el riesgo de aspiración y retrasan la rehabilitación oral y de la comunicación, enfatizando la necesidad de protocolos que aseguren derivación fonaudiológica y FEES tempranas en pacientes traqueostomizados en UCI.

2.11 Estrategias fonaudiológicas.

Las estrategias fonaudiológicas para la rehabilitación de la fonación y deglución abarcan la reorganización cognitiva, la oclusión digital inicial para la vocalización, la válvula fonatoria (PMV) para voz sostenida, ejercicios de control de secreciones y tos voluntaria, progresando a través de cuatro etapas colaborativas con la fisioterapia. Además de su

adaptabilidad a la fatiga, facilitan el destete ventilatorio en un periodo de 5-9 días y optimizan la participación. (Mooney et al., 2020).

2.11.1 Pruebas clínicas de baja sensibilidad.

La prueba del colorante azul tiene hasta un 21 % de falsos negativos, esta falta de sensibilidad impide reconocer los casos de aspiración, prolongando el riesgo de complicaciones pulmonares. (Miles et al., 2025)

2.11.2 Cribado inconsistente.

Solo 3 UCI de nivel 4 tienen protocolos estandarizados para el screening de disfagia, la falta de un cribado estandarizado impide una detección precoz de las dificultades de deglución y el inicio de medidas protectoras de la vía aérea (Miles et al., 2025).

2.11.3 Riesgos multifactoriales.

La disfagia en UCI tiene una etiología multifactorial. Entre los mecanismos encontrados se encuentran, como lo afirma (Reitz et al., 2024):

- Traumatismo por tubos endotraqueales y traqueotomía, que reducen la sensibilidad laríngea y la elevación glótica.
- Neuromiopatía adquirida en UCI, alteración del nivel de conciencia y disincronía respiración-deglución
- Ventilación mecánica ≥ 24 h, estancia en UCI ≥ 7 días, SAPS II ≥ 38 , neumonía y hemorragia intracerebral: predictores de disfagia severa con requerimiento de sonda.

Sin embargo, Rodrigues et al. (2015) alude que:

- Reflujo gastroesofágico y atrofia muscular por ausencia de ingesta oral prolongada.

2.11.4 Indicadores clínicos y manifestaciones asociadas.

Para (Umay et al., 2024), en las señales de riesgo de aspiración se encuentran:

- Tos débil o falta de tos voluntaria después de la deglución
- Alteraciones en la voz y caída de saturación de oxígeno al tiempo de la comida o inmediatamente después

- Infiltrados neumónicos en radiografía o tomografía de tórax en ausencia de síntomas clínicos

La prueba sensorial de la Evaluación endoscópica estandarizada de la deglución para la decanulación de la traqueotomía (SESETD) falla cuando no se observa respuesta al estímulo en aritenoides, lo que indica riesgo de aspiración silente (Warnecke et al., 2020).

2.11.5 Protocolo de adaptación y fases de entrenamiento.

La forma de integración de la VF se realiza en dos etapas sucesivas.

Fase 1: Desinflar el balón de la cánula y aspirar secreciones acumuladas; se introduce la VF en el circuito de ventilación. Se hace una primera prueba de fonación de 30 minutos y luego gases arteriales para valorar tolerancia y estabilidad clínica, como lo plantea (Sutt et al., 2016; Zhou et al., 2022).

Fase 2: Una vez verificada la estabilidad inicial, se amplía la utilización continua hasta 4 horas. Si hay babeo excesivo, se usan anticolinérgicos o toxina botulínica A para controlar las secreciones y así extender el tiempo de entrenamiento vocal (Zhou et al., 2022).

En las sesiones, se le indica primero que evite hablar (segundo momento de recogida de datos) y después que hable libremente con el equipo/familia/investigador en el tercer momento, fomentando la espontaneidad y la motivación para comunicarse (Sutt et al., 2016).

Como recalcan Côrte et al. (2023) "las decisiones de evaluación y de decanulación las debe decidir el equipo: médicos, fisioterapeutas y fonoaudiólogos" (p. 8). La estandarización de protocolos interdisciplinarios mejora la seguridad y la efectividad del plan rehabilitador.

2.11.6 Pruebas instrumentadas.

Lemos et al., (2020) demuestra que la representación gráfica de las variables sonoras de la deglución captadas con el sonar Doppler, permite realizar con mayor criterio la valoración del paciente a pie de cama, ya que con su uso es posible verificar variaciones sonoras que sugieran cambios en el proceso de deglución, complementando así la valoración logoauditiva.

Lemos et al. (2020), afirma que La auscultación cervical con sonar Doppler permitió analizar la fase faríngea mediante una intervención no invasiva, de bajo coste, fácil y rápida, sin exposición a la radiación. La intervención no causó molestias a los pacientes, lo que permitió obtener diversas muestras de deglución, secuenciales o no. Este método permitió recuperar los datos de la evaluación en múltiples ocasiones y en diferentes momentos. De esta

manera, se estableció una relación con su fisiología, factor que contribuyó a la evaluación logopédica.

Zhou et al. (2022), afirma que para identificar aspiraciones silentes y modificar la vía de alimentación, se insertan:

- La prueba de colorante azul (BDT): Técnica clínica de cabecera para identificar aspiración traqueal en pacientes con traqueostomía o intubación, al teñir de azul de metileno alimentos o líquidos y buscar la presencia del colorante en secreciones traqueales aspiradas o succionadas.
- La evaluación endoscópica de la deglución con fibroscopía (FEES).
- La videofluoroscopia de la deglución (VFSS)

Estas evaluaciones orientan la elección de técnicas compensatorias, modificaciones dietéticas y planes de reeducación oromotora.

2.11.7 Observación de la función deglutoria espontánea.

La evaluación de la deglución se inicia observando la capacidad del paciente para tragar saliva intencionalmente y sin riesgo. Este primer criterio —“Presencia de deglución espontánea y eficaz de saliva: Sí () No ()”— es fundamental para programar los primeros ejercicios de coordinación velo-faríngea y control laríngeo (Côrte et al., 2023).

2.11.8 Control de secreciones y protección de la vía aérea.

La habilidad para eliminar secreciones por medio de la deglución o expectoración voluntaria es una condición inicial para la rehabilitación de fonación y deglución. El protocolo de Côrte et al. (2023) define como criterio "Capacidad para eliminar secreciones por deglución o expectoración: Sí () No ()".

El entrenamiento consiste en:

- Maniobras de tos asistida (por ejemplo, huffing), que ayudan a pacientes con tos ineficaz a movilizar y expulsar secreciones de las vías respiratorias, mejorando la ventilación y disminuyendo el riesgo de atelectasias o infección respiratoria.
- Técnicas de succión y estimulación sensorial laríngea; La técnica de succión es la aspiración controlada de secreciones orofaríngeas o traqueales para mantener permeables las vías aéreas y evitar la aspiración o la infección. La estimulación

sensorial laríngea es una serie de maniobras para sensibilizar la zona faringolaríngea y provocar el reflejo deglutorio y la tos protectora.

- Educación en higiene broncopulmonar.

Estos ejercicios refuerzan el reflejo protector de la vía aérea y disminuyen el riesgo de aspiración en la alimentación por vía oral (Delprado et al., 2021).

2.11.9 Enfoque interdisciplinario. (Conformación y roles del equipo.)

La complejidad del proceso requiere la implicación de neumólogos, intensivistas, neurólogos, fisioterapeutas, logopedas, otorrinolaringólogos, enfermería de UCI y rehabilitación cardiopulmonar (Zhou et al., 2022). Cada profesional de la salud aporta:

- Cambios ventilatorios y tratamiento (médicos, enfermería).
- RTE (fisioterapeutas) y reeducación postural.
- Evaluación y tratamiento de la voz y la deglución (fonoaudiólogos).

2.12 Toma de decisiones.

Como recalca Côté et al. (2023), "las decisiones del proceso de decanulación se discuten en equipo: médicos, fisioterapeutas y fonoaudiólogos" (p. 5). 8). En la estandarización de protocolos interdisciplinarios maximiza la seguridad y la efectividad del plan rehabilitador.

2.13 Terapia miofuncional y motricidad orofacial.

Para Mills et al. (2023), la rehabilitación de la deglución y la fonación se basa en ejercicios de campos de la motricidad orofacial y terapia miofuncional:

- Fortalecimiento de lengua, labios y mejillas.
- Ejercicios de colocación glotal y control espiratorio.
- Maniobras posturales y de sincronización respiración-deglución (Campo Rivas et al., 2021)

Esta ejercitación muscular apoya la eficacia de la fonación y la protección de la vía aérea antes, durante y después de la deglución.

2.14 Incorporación de tecnología.

Como apoyo a la rehabilitación del habla, Mills et al. (2023) detalla aplicaciones para dispositivos móviles y sistemas pictográficos, los cuales:

- Le permiten al paciente comunicar necesidades elementales.
- Permiten interactuar con el equipo y la familia.
- Reducen la ansiedad que se genera por no poder hablar

2.15 Observación de la función deglutoria espontánea.

La evaluación de la deglución se inicia observando la capacidad del paciente para tragar saliva intencionalmente y sin riesgo. Este primer criterio —“Presencia de deglución espontánea y eficaz de saliva: Sí () No ()”— es fundamental para programar los primeros ejercicios de coordinación velo-faríngea y control laríngeo (Côrte et al., 2023).

2.16 Estrategias de rehabilitación

2.16.1 Coordinación glótico-respiratoria y maniobra de Valsalva.

Usando la válvula de habla en actividades de esfuerzo, como toser o sentarse, se logra un mejor cierre glótico y mayor presión subglótica. Este hecho hace más predecible la fonación, pero está supeditada a la tolerancia clínica del paciente y al gas disponible (Ceron et al., 2020).

2.16.2 Terapia de alto flujo humidificado (HFT-T-OWV).

La inspiración de aire seco a través de válvulas unidireccionales, en el tiempo, deteriora la mucosa laríngea y espesa las secreciones, alterando la calidad de la voz, se mostró que la terapia de alto flujo con cánula de traqueotomía humidificada (HFT-T-OWV) mantiene la hidratación de la vía aérea y permite una aplicación estable y confortable de la válvula de habla sin complicaciones, mejorando la comunicación en UCI (Egbers et al., 2023).

2.16.3 Adaptaciones técnicas para restablecer el flujo aéreo.

El cambio fisiológico principal es la descoordinación entre la ventilación mecánica y la fonación. Para crear un flujo retrógrado a través de las cuerdas vocales, se invierte el sistema de succión de la cánula, demostrando la necesidad de maniobras manuales y externas para restaurar la vía aérea translaríngea (McGrath et al., 2019).

2.16.4 Uso de válvulas de habla.

La válvula de habla es una válvula unidireccional que impide la salida de aire por la cánula y lo desvía hacia la vía aérea superior. Para que funcione, requiere desinflar el manguito, pues solo así puede fluir el aire a través de la laringe y permitir una fonación funcional (Ceron et al., 2020). Esta ejercitación muscular apoya la eficacia de la fonación y la protección de la vía aérea antes, durante y después de la deglución.

2.17 Resultados clínicos y beneficios.

Varios estudios han demostrado mejoras en:

- Calidad, intensidad y tiempo de voz posterior a la adaptación de la Válvula fonatoria (Delprado et al., 2021)
- Tiempo de inicio de la alimentación oral y disminución de aspiraciones silentes (Zhou et al., 2022)
- Reducción de la ansiedad, el aislamiento social y la depresión que se relacionan con la incapacidad para comunicarse (Sutt et al., 2016)

2.18 Retrasos en la evaluación de la deglución.

Mc Mahon et al. (2023) informan una mediana de 16 días hasta la primera evaluación fonoaudiológica posterior a la traqueotomía (p. 3). 734). Este retraso extiende el período en que los pacientes están en riesgo de aspiración porque no se evalúan de manera integral al principio.

3 METODOLOGÍA

El presente estudio corresponde a una revisión sistemática a cerca de la “Fonación y deglución en pacientes con traqueostomía en cuidados intensivos” ejecutada bajo un rigor cualitativos, descriptivos, con enfoque transversales para la síntesis y la interpretación de los hallazgos. El proceso se centró en la recopilación de literatura científica relevante, constituyendo una base de datos fundamental para el debido análisis de información verídica obtenida de diversas fuentes académicas.

La búsqueda se llevó a cabo en bases de datos y motores de búsqueda especializados, iniciando en Google Académico para garantizar la solidez del estudio, se consultaron bases de datos abiertas y de alto impacto como PubMed, SciELO, DialNet, Google Académico, Elsevier, MaryAnn Liebert, Revista CEFAC, HSS Journal, WileyOnlineLibrary, Reseach Gate, Revista Chilena de Anestecia Areté y Sage Journal con siguiendo las palabras clave: “Cuidados intensivos”, “Deglución”, “Fonación” y “Traqueostomía”. Para asegurar la relevancia y exactitud de los artículos se realizaron las siguientes preguntas guías del estudio:

1. ¿Cuáles son las principales alteraciones de la fonación que presentan los pacientes con traqueostomía en unidades de cuidados intensivos?
2. ¿Qué dificultades de la deglución se evidencian en pacientes adultos en unidades de cuidados intensivos?
3. ¿Qué estrategias fonoaudiológicas se utilizan en la rehabilitación de la fonación y deglución en pacientes traqueostomizados en unidad de cuidados intensivos?

Se incluyeron investigaciones de tipo cualitativos, descriptivos y transversales que tengan un rango de publicación entre los años 2015 al 2025, en los idiomas español, inglés, portugués, turco y ruso que abordaran de manera directa la fonación y/o deglución en pacientes adultos con traqueostomía en UCI. Tomando en consideración periodos de tiempo y regiones por su relevancia en los recientes estudios.

Para los criterios de exclusión se descartaron a todos los estudios no presenten variables referentes a la investigación, que no se encuentren dentro del rango etario establecido, que se mantengan un costo previo para poder ser visualizado o que mantengan políticas de privacidad.

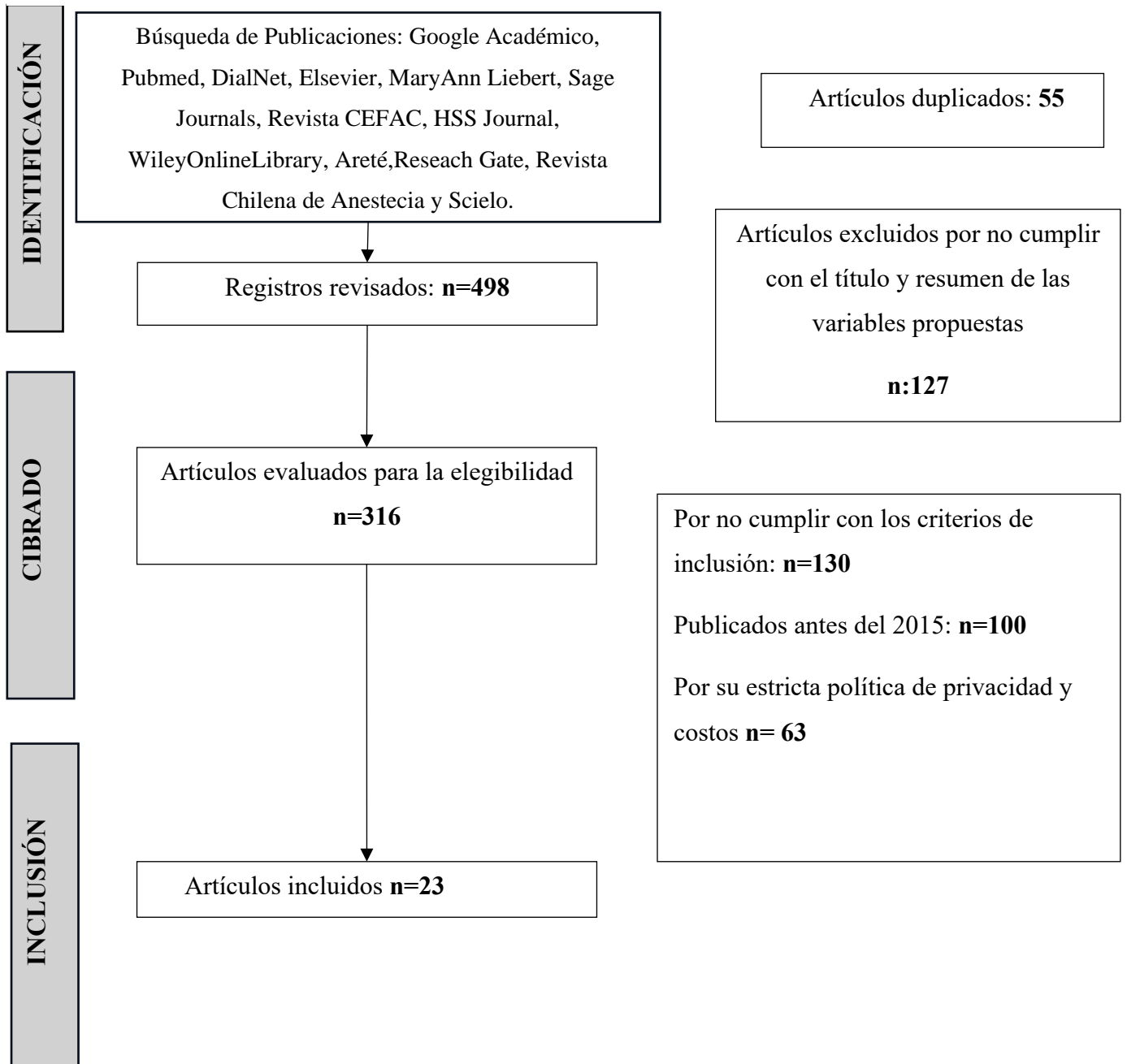
Durante el proceso de revisión se identificó un total de 498 estudios en las bases de datos seleccionadas. Tras tener los primeros hallazgos, se aplicaron filtros y criterios selectivos para poder asegurar que tengan la relevancia y calidad de las fuentes de investigación. Se descartaron 55 artículos duplicados, 127 artículos que su título y resumen no corresponden a las variables propuestas, 130 que no correspondieron con los criterios de inclusión, 100

correspondieron a publicaciones anteriores al año 2015 y 63 los cuales no pudieron ser considerados debido a restricciones de acceso relacionadas a políticas de privacidad y costos. Concluyendo con un total de 23 artículos los cuales cumplen con los parámetros establecidos en relación al tema de investigación.

3.1 Descripción de Hallazgos

Flujograma de la selección.

Figura 1. Flujograma de selección



4 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Los estudios analizados en esta investigación se estructuran en relación con los objetos determinados en el estudio titulado “Fonación y deglución en pacientes con traqueostomía en cuidados intensivos”, construyendo datos al respecto así mismo obteniendo resultados de cada uno de los aspectos investigados.

4.1 Tabla 1. Análisis de los resultados N°1

Describir las principales alteraciones de la fonación en pacientes con traqueostomía en unidad de cuidados intensivos.

Tabla 1.

Autor y año de publicación	Hallazgos / aportes / impacto
Sutt et al., (2016)	Demuestra que el uso de válvulas de habla en pacientes traqueostomizados en UCI favorece la fonación y el reclutamiento pulmonar, lo que impacta en las alteraciones vocales encontradas en estos pacientes. Proporcionando evidencia importante sobre cómo la intervención afecta estos cambios.
Cerón C et al., (2019)	La traqueostomía en pacientes de UCI genera alteraciones vocales específicas: afonía o disfonía, disminución de la intensidad, alteraciones de timbre y fatiga vocal, como consecuencia de la desviación del flujo aéreo y la pérdida de presión subglótica. Sus resultados apoyan que las mayores alteraciones de la voz en pacientes traqueotomizados se codifican en términos acústico-funcionales y fisiopatológicos y que la intervención fonoaudiológica precoz con válvulas de habla.
Delprado Aguirre AF et al., (2021)	La adaptación y utilización de válvulas de habla por fonoaudiólogos colombianos, al caracterizar las alteraciones de la voz más frecuentes en pacientes con traqueostomía en UCI (afonía o disfonía, disminución de intensidad, alteraciones de timbre y fatiga vocal), requiere integrar la fisiopatología de estas alteraciones con la evidencia de que las válvulas de habla pueden revertirlas y las implicaciones organizacionales y formativas para que su uso sea seguro, reproducible y accesible en la práctica clínica.
Mc Mahon A et al., (2023)	Señalan además que dentro de las consecuencias centradas en el paciente tras traqueotomía se encuentran alteraciones comunicativas y de calidad de vida que justifican las intervenciones

	fonoaudiológicas precoces (adaptación de válvulas de habla) para restaurar la fonación, mejorar la inteligibilidad, la participación en la rehabilitación y disminuir el impacto psicosocial en UCI. en pacientes críticos genera alteraciones vocales frecuentes (afonía o disfonía, disminución de la intensidad, alteraciones de timbre y fatiga vocal).
Mooney B et al., (2020)	La traqueostomía en el paciente crítico, incluso en COVID-19, genera alteraciones vocales características —afonía o disfonía, disminución de la intensidad, alteraciones de timbre y fatiga vocal—, al desviarse el flujo aéreo y perderse la presión subglótica, como ilustra una serie de casos interdisciplinaria que logra la vocalización con estrategias tempranas y motivacionales.
Kumar et al., (2018)	Se evidencia que, en pacientes neuroquirúrgicos de UCI con traqueostomía temprana, el 29% de los supervivientes desarrolla alteraciones fonatorias tardías tras la decanulación, siendo afonía (imposibilidad de generar voz), voz débil o frágil, disminución del volumen vocal y dolor al hablar las principales alteraciones, las cuales se explican por el desvío de flujo aéreo que evita pasar por la laringe y alterar la vibración glótica.
Rosales Lillo F et al., (2025)	Se informó >90% disfagia inicial sin diferencias entre grupos COVID/no-COVID; mejoría significativa a los 10 días ($p < 0.05$). Proporciona caracterización pandémica de las alteraciones fonatorias de base por estar traqueostomizado. Afecta la inmersión temprana de fonoaudiólogos en UCI.
Sella Weiss et al. (2021)	Proporciona información sobre cómo los Fonoaudiólogos manejan la fonación en pacientes con traqueostomía y ventilación mecánica en Israel, incluidas las alteraciones vocales más frecuentes, las limitaciones comunicativas y el impacto clínico de la terapia del habla en la UCI.

Descripción: Los estudios nos muestran que las alteraciones de la fonación en pacientes traqueostomizados en UCI se dan principalmente a nivel acústico-funcional (afonía, disfonía, disminución de la intensidad, alteración del timbre, fatiga vocal) y fisiopatológico (pérdida de presión subglótica, fuga aérea, tos ineficaz). Esta evidencia que la intervención fonoaudiológica temprana (principalmente con válvulas de habla) no sólo restablece la fonación, sino que influye en la seguridad respiratoria, la calidad de vida y la organización de los cuidados críticos, reforzando la idea de definir estas alteraciones como un síndrome multidimensional. (*Autoría: Patricio Javier Plaza Choez y José Alejandro Terán Briones.*)

4.2 Tabla 2. Análisis de los resultados del objetivo N°2

Identificar las dificultades y patrones en el riesgo de aspiración durante la deglución en población adulta.

Tabla 2

Autor y año de publicación	Hallazgos / aportes / impacto
Rosales Lillo F. et al., (2025)	La investigación pone de manifiesto la dificultad para obtener presiones estables con técnicas de conexiones/desconexiones del cuffómetro, sobre todo en situaciones donde no siempre existe monitorización continua, una limitación relacionada con las barreras operativas para el control del riesgo de aspiración en adultos traqueostomizados.
Sella Weiss et al. (2021)	Mostraron que en el adulto, el riesgo de aspiración se asocia a múltiples condiciones (neurológicas, cognitivas, alteración de la conciencia, disfagia orofaríngea), que predisponen a aspiración silente y neumonía por aspiración, con dificultades por el diagnóstico tardío ante la falta de cribado estandarizado y la baja sensibilidad de signos clínicos, por lo que se sugiere realizar cribado sistemático al ingreso, pruebas instrumentales (videofluoroscopia/FEES) en sospecha y protocolos multidisciplinarios con criterios éticos para la toma de decisiones de alimentación.
Kumar. et al., (2018)	Mostraron que la traqueostomía temprana reduce complicaciones respiratorias y la estancia hospitalaria, pero puede alterar la deglución y provocar aspiración. En su estudio, se reportaron casos de aspiración y dolor al tragar, alteraciones en la voz que sugieren alteración de los mecanismos protectores de la vía aérea. Estos hallazgos ilustran datos clínicos relevantes para la población adulta, donde la traqueostomía interfiere con la coordinación respiración-deglución y aumenta el riesgo de aspiración.
Sutt A.-L. et al., (2016)	La restitución del flujo aéreo a través de la laringe y el incremento de la presión subglótica mejoran la protección de la vía aérea y disminuyen el riesgo de aspiración. Estos resultados muestran patrones clínicos importantes en adultos, donde la traqueostomía interfiere con la coordinación respiración-deglución y aumenta el riesgo de aspiración.
McGrath B. A. et al., (2018)	Se demostraron que la técnica de vocalización sobre el manguito es segura y factible para restaurar la fonación y mejorar la sensibilidad laríngea incluso con el manguito inflado. Estos resultados son importantes para reconocer patrones de riesgo de aspiración, ya que la pérdida de presión

	subglótica y la alteración de la sensibilidad orofaríngea en pacientes traqueostomizados alteran los mecanismos de protección de la vía aérea y aumentan el riesgo de aspiración al tragar.
Delprado Aguirre A. F. et al., (2021)	Se observa que, aunque los autores son conscientes de los beneficios de las válvulas de habla en pacientes adultos portadores de traqueostomía, existen obstáculos administrativos que impiden su generalización. Esto afecta la seguridad de la deglución, ya que, al no haber válvula, continúa la fuga aérea subglótica y se produce aspiración. La investigación evidencia que los patrones de riesgo no se relacionan con la formación profesional, sino con las condiciones institucionales y de acceso a recursos, por lo que se deben establecer protocolos precisos y equipos interdisciplinarios que garanticen la rehabilitación integral de la fonación y la deglución.

Descripción: Diversos autores nos que en adultos con traqueostomía en UCI, las alteraciones de la deglución y el riesgo de aspiración se relacionan con la descoordinación respiración-deglución y la disminución de los mecanismos protectores de la vía aérea; incluso factores clínicos como debilidad post-extubación, fatiga respiratoria y odinofagia incrementan la susceptibilidad, en tanto que las barreras operativas (inestabilidad en la medición del neumotaponador y falta sistemática de válvulas de habla) y las limitaciones institucionales perpetúan los riesgos y dificultan los procesos de rehabilitación. *(Autoría: Patricio Javier Plaza Choez y José Alejandro Terán Briones).*

4.3 Tabla 3. Análisis de los resultados del objetivo N°3

Explicar estrategias fonoaudiológicas dirigidos a la rehabilitación de la fonación y deglución.

Tabla 3

Autor y año de publicación	Hallazgos / aportes / impacto
Mooney B. et al., (2020)	En 3 pacientes con ventilación mecánica prolongada, la colaboración PT-SLP aceleró hitos como voz y deglución (5-9 días para destete ventilatorio), optimizando la participación posterior en comunicación oral. "Ofrece una forma sincronizada de abordar la fatiga y el delirium por COVID-19". Afecta la motivación del paciente, reduce la frustración y mejora la calidad de vida con derivaciones tempranas y protocolos de cuatro fases.
Côrte et al., (2023)	Protocolo de decanulación validado mediante Delphi; incluyó criterios clínicos pertinentes; priorizó herramientas multiprofesionales para prevenir complicaciones respiratorias.
Umay et al., (2024)	Al tomar en consideración tras el manejo de la disfagia se pudo dar las 133 recomendaciones consensuadas que abordan el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la disfagia (orofaríngea o esofágica), con puntos fuertes en las generales. Proporciona el primer marco global multidisciplinario para UCI. Influye en menor aspiración y estancia hospitalaria más corta con protocolos ajustables.
McGrath et al., (2018)	Estudio de factibilidad de ACV en 10 pacientes; evaluación clínica y FEES de seguridad, calidad de voz, secreciones y deglución.
Zhou et al., (2022)	El protocolo fue exitoso en 98.2% de los casos en la decanulación (mediana 42.7 días), usando válvulas de habla para permeabilizar. "Proporciona enfoque rehabilitador multidisciplinario, separando la deglución de la decanulación". Influye en disminución de reintubaciones y mejora el confort postagudo.
Cerón et al., (2019)	Las válvulas mejoraron la movilidad ($p<0.01$) en el tiempo. Evidencia de beneficio en rehabilitación temprana. Impacta en la prevención de debilidad ICU, acortando estancias.
Reitz et al., (2024)	La evaluación estandarizada por SLP modificó la vía de alimentación en 41.2% de los pacientes neurocríticos; evidencia del impacto de la evaluación fonoaudiológica.

Rodrigues et al., (2015)	Proporciona evidencia de que la rehabilitación fonoaudiológica de la deglución en pacientes traqueostomizados en ventilación mecánica en UCI es segura, factible y clínicamente beneficiosa, mejorando el control oral, el manejo de secreciones y la coordinación respiración-deglución sin complicaciones, lo que favorece la implementación temprana de estrategias terapéuticas estructuradas.
Warnecke et al., (2020)	Se evidencia que la Evaluación Endoscópica Estandarizada de la Deglución para la Decanulación (EESD-T) es confiable interevaluador y test–retest para valorar de manera objetiva y reproducible la función laríngea y deglutoria en pacientes traqueostomizados neurológicos críticos. Sus hallazgos indican que dicho protocolo estandarizado logra identificar parámetros vitales como protección de vía aérea, manejo de secreciones, sensibilidad laríngea y cierre glótico, optimizando la toma de decisiones clínicas y fortaleciendo el rol del fonoaudiólogo en la decanulación segura.
Lemos et al., (2020)	El sonar Doppler fue factible, no invasivo, de bajo costo y complementario para valorar la disfagia en pacientes con TCE.
Egbers et al., (2023)	Alto flujo por tubo de traqueotomía + válvula de habla (HFT-T-OWV) fue bien tolerado en el 97% de los pacientes sin efectos adversos atribuibles.

Descripción: Los autores concuerdan en que las estrategias fonoaudiológicas para restaurar la fonación y la deglución en pacientes con traqueostomía en UCI se basan en restaurar el flujo aéreo a la laringe, optimizar la presión subglótica y coordinar la respiración y la deglución. Entre las intervenciones más relevantes están las válvulas de habla, las técnicas de vocalización y las herramientas instrumentales para evaluar y monitorizar de manera segura la función laríngea y deglutoria. (*Autoría: Patricio Javier Plaza Choez y José Alejandro Terán Briones.*)

4.4 Análisis global del objetivo general

El análisis completo del estudio nos permitió en su totalidad nos permitió evidenciar que la traqueostomía en pacientes de cuidados intensivos (UCI) genera alteraciones vocales constantes como afonía o disfonía, disminución de la intensidad y cambios en el timbre, fatiga vocal, las cuales son consecuencia de la desviación del flujo aéreo, pérdida de presión subglótica y disminución de la eficacia de la tos. En la deglución, el riesgo de aspiración es elevado por la descoordinación respiración-deglución, sensibilidad laríngea disminuida, debilidad muscular post-intubación, fatiga respiratoria y dolor al tragar, a lo que se añaden barreras operativas e institucionales que limitan el acceso a intervenciones adecuadas. Estos cambios son un impacto global que afecta la fisiología, la seguridad alimentaria, la comunicación y la calidad de vida del paciente crítico.

Las estrategias fonoaudiológicas son la principal terapia y más evidenciada para la rehabilitación, como el uso temprano de válvulas de habla para restablecer el flujo aéreo laríngeo y la presión subglótica, técnicas de vocalización sobre el manguito, evaluaciones instrumentales estandarizadas y protocolos multidisciplinarios estructurados, que restauran la fonación y reducen el riesgo aspirativo, mejoran la movilidad, la motivación, las tasas de decanulación y previenen complicaciones graves como la neumonía aspirativa. Por lo tanto, la intervención fonoaudiológica temprana, protocolizada e integrada al equipo multidisciplinario es crucial para mejorar los resultados clínicos, funcionales y humanizados en esta población, más allá de las restricciones institucionales, reforzando su papel indispensable en los cuidados intensivos.

5 DISCUSIÓN

La presente investigación plantea que la traqueostomía, a pesar de ser una intervención indispensable para asegurar la ventilación mecánica a largo plazo en el paciente crítico, trae consigo alteraciones en la fonación y en la deglución. Lo que coincide con Kumar et al. (2018), en que estas funciones, esenciales para la comunicación y la deglución segura, se ven afectadas por la alteración del flujo aéreo y el tubo traqueal, aumentando el riesgo de aspiración y dificultando la fonación. En este contexto, la traqueostomía no debe considerarse solo un acto respiratorio, sino un evento que impacta la vida del paciente en UCI.

Hablando un poco de la intervención fonoaudiológica temprana, esta es crucial para disminuir complicaciones y acelerar los procesos de rehabilitación, lo que concuerda con Mc Mahon et al. (2023), que informa en el estudio que los retrasos en la primera evaluación fonoaudiológica posterior a la traqueotomía aumentan el riesgo de aspiración y retrasan la recuperación funcional. Por el contrario, programas multidisciplinarios de optimización de la atención muestran que la derivación temprana reduce el tiempo hasta la primera alimentación oral y mejora la evolución clínica. Esta comparación hace evidente que la ausencia de protocolos estandarizados en el ámbito nacional es una brecha por solucionar para asegurar una atención segura y de calidad.

Las terapias instrumentales y no instrumentales pueden rehabilitar la deglución y restaurar la voz. Entre ellas están las válvulas fonatorias, la terapia miofuncional, las pruebas instrumentales (FEES, VFSS) y el control de secreciones. Estos métodos coinciden con la investigación de Sutt et al. (2016), Zhou et al. (2022) y Egbers et al. (2023), que informan de una voz de mayor calidad, menos aspiraciones silenciosas y menos ansiedad por no poder comunicarse. Pero lo importante es que la mezcla de intervenciones clínicas, funcionales y tecnológicas es un enfoque integral que humaniza los cuidados en la UCI y promueve la autonomía del paciente.

También se identifican instituciones de salud con restricciones, tales como la carencia de estudios nacionales, la ausencia de protocolos estandarizados de abordaje fonoaudiológico en pacientes traqueostomizados y la falta de evidencia local para planificar la terapia, comprometiendo la calidad del diagnóstico y generando inequidad en la atención. En este contexto, las estrategias contextualizadas pueden enriquecer la práctica clínica e investigativa fonoaudiológica en cuidados intensivos. En ese sentido, es necesario que se construyan estrategias

contextualizadas, fortaleciendo la práctica clínica e investigación en fonoaudiología en cuidados intensivos.

Por último, pero no menos importante, están las repercusiones psicosociales de la pérdida de voz y la inseguridad alimentaria. Como indican Delprado et al. (2021). y Sutt et al. (2016), la rehabilitación vocal y deglutoria reduce la ansiedad, el aislamiento social y la depresión, y favorece la participación activa del paciente en su recuperación. De esta manera, la intervención fonoaudiológica va más allá de evitar complicaciones médicas, para restaurar la dignidad y la calidad de vida, en concordancia con los principios de humanización de los cuidados en UCI.

6 CONCLUSIONES.

En la presente investigación lo necesaria que es la traqueostomía para el soporte ventilatorio a largo plazo, deja secuelas funcionales importantes como afonía en la mayoría de los casos, hipofonía, debilidad vocal, atrofia de las cuerdas vocales por falta de flujo aéreo superior, disfagia orofaríngea con riesgo de aspiración silente, que puede persistir aún después de la extubación. Estas complicaciones van más allá de lo fisiológico, ya que limitan la comunicación del paciente, su participación en los cuidados clínicos, aumentan la ansiedad, el aislamiento, deterioran su calidad de vida y dignidad.

Las alteraciones en la fonación representan un problema multifactorial que, en especial con el neumotaponador inflado, imposibilita por completo la comunicación oral. conocer los mecanismos fisiopatológicos que se encuentran en la base permite realizar medidas rehabilitadoras precoces e integrales que minimicen las secuelas físicas, psicológicas y relacionales. Asimismo, el reconocimiento precoz de los factores de riesgo de aspiración es fundamental para prevenir complicaciones severas como la neumonía asociada. La sensibilidad laríngea reducida por alteración del flujo aéreo, el trauma por los tubos y la neuromiopatía adquirida en UCI generan patrones complejos que necesitan FEES y VFSS repetitivas y protocolos multidisciplinarios de detección temprana. Retrasar estas evaluaciones extiende el período de exposición al riesgo, causa desnutrición y disminuye la recuperación total, por lo que un enfoque preventivo para proteger la salud pulmonar y garantizar la seguridad alimentaria es esencial.

Las estrategias fonoaudiológicas son la piedra angular de la rehabilitación. Las válvulas fonatorias unidireccionales restauran el flujo aéreo y la voz, reducen la ansiedad y el aislamiento; las terapias miofuncionales, el manejo de secreciones, el entrenamiento glótico-respiratorio, la terapia de alto flujo humidificado aceleran la decanulación, mejoran la calidad de vida. Además, la instauración precoz de sistemas de comunicación aumentativa y alternativa (SAAC) en aquéllos que aún no logran fonar refuerza el abordaje, quedando demostrada la eficacia de un modelo interdisciplinario centrado en el paciente.

En el medio ecuatoriano aún existen limitaciones como la falta de integración de la fonoaudiología en las UCI, la inexistencia de protocolos estandarizados, la falta de estudios locales, por lo cual esta tesina evidencia la necesidad urgente de resolver estas deficiencias. Aún queda pendiente un enfoque más específico para pacientes traqueostomizados en estado crítico. Las

últimas encuestas a fonoaudiólogos ecuatorianos y los estudios postpandemia muestran que se necesita invertir más en capacitación especializada, equipos tecnológicos y protocolos adaptados a la realidad local. Se reitera la necesidad de fortalecer la presencia activa, aplicación de protocolos del fonoaudiólogo en el equipo multidisciplinario de cuidados intensivos como garantía de una atención integral, segura, basada en evidencia y humanizada para uno de los grupos más vulnerables del sistema de salud.

7 RECOMENDACIONES.

Establecer protocolos para realizar una detección temprana de alteraciones de la voz como afonía total e hipofonía en las primeras horas post-traqueostomía en UCI, utilizando oclusión digital inicial y medición de presión subglótica, lo que podría disminuir el tiempo de rehabilitación dentro de las primeras semanas, midiendo el impacto con escalas de calidad de voz y tasas de participación del paciente en decisiones clínicas con miras a la mejoría autónoma; así mismo, desarrollar capacitaciones sobre mecanismos fisiopatológicos multifactoriales como fuga aérea y tos ineficaz mediante programas anuales de capacitación para profesionales de UCI en Ecuador, con simulaciones prácticas y pruebas pre/post-tests, trabajando con hospitales locales para pilotos de mejora en las áreas de UCI.

Se debe aplicar pruebas estandarizadas, cribados y evaluaciones instrumentales para la evaluación de riesgos aspiratorios en adultos con traqueostomía, desarrollando guías clínicas que incluyan evaluaciones como FEES y VFSS para identificar patrones como aspiración silenciosa y desincronía respiración-deglución desde la fase post-extubación, monitorizando la adherencia con controles semanales y midiendo la disminución de complicaciones como aspiración silente y neumonía, con el objetivo de disminuirlas, con pilotos adaptados. De igual manera, integrar enfoques preventivos para dificultades multifactoriales como sensibilidad laríngea reducida y reflujo gastroesofágico, incluyendo educación familiar en higiene broncopulmonar y manejo de secreciones.

Se aconseja el implementar estrategias rehabilitadoras integradas multidisciplinarias adaptando válvulas fonatorias unidireccionales y terapias miofuncionales para restaurar fonación y deglución, en las fases colaborativas con fisioterapeutas y enfermeros, midiendo la eficacia en la mejora de la intensidad vocal y disminución de aspiraciones con protocolos adaptados a UCI ecuatorianas que incluyan sistemas de comunicación aumentativa en pacientes no verbales, así como ensayos multicéntricos para validar su impacto en la decanulación temprana; a la par, implementar tecnología y capacitación en rehabilitación creando herramientas digitales tipo apps para seguimiento de coordinación glótico-respiratoria y control de secreciones con técnicas como huffing y estimulación sensorial.

Finalmente, toda intervención debe estar impregnada de un sentido humanista. Más allá de la recuperación funcional, se pretende restaurar la dignidad del paciente crítico. Esto requiere formar a personal y familias en comunicación no verbal, garantizar el acceso regular a tecnología de apoyo vocal y promover prácticas de higiene broncopulmonar participativas. De esta manera se podría reducir el aislamiento, el sufrimiento psíquico y la despersonalización que significan la afonía y la disfagia prolongadas, convirtiendo la UCI en un lugar de supervivencia respiratoria y recuperación de la voz, la alimentación segura y la humanidad del paciente.

8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayala, P., & Marin, Y. E. (2015). Realidad Laboral del Fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos Reality of the Speech Therapist Working on Intensive Care Unit. 1.

Campo Rivas, M. D., 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), e1720. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212311720>

Ceron, C., Otto, D., Signorini, A. V., Beck, M. C., Camilis, M., Sganzerla, D., Rosa, R. G., & Teixeira, C. (2020). The Effect of Speaking Valves on ICU Mobility of Individuals With Tracheostomy. *Respiratory Care*, 65(2), 144-149. <https://doi.org/10.4187/respcare.06768>

Côrte, M. M. D. D., Vicente, L. C. C., & Friche, A. A. D. L. (2023). Content validation of the decannulation protocol for adult tracheostomized patients. *CoDAS*, 35(4), e20210266. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232021266en>

Delprado, F., Correa Agudelo, J., Nieto Correa, C., & Soto Ruiz, M. P. (2021). Conocimiento y Adaptación de Válvulas de Habla a Traqueostomía por Parte de Fonoaudiólogos Colombianos. *Areté*, 21(2), 49-60. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.21206>

Egbers, P. H., Sutt, A., Petersson, J. E., Bergström, L., & Sundman, E. (2023). High-flow via a tracheostomy tube and speaking valve during weaning from mechanical ventilation and tracheostomy. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 67(10), 1403-1413. <https://doi.org/10.1111/aas.14305>

Freeman-Sanderson, A., Hemsley, B., Thompson, K., Rogers, K. D., Knowles, S., & Hammond, N. E. (2023). Dysphagia in adult intensive care patients: Results of a prospective, multicentre binational point prevalence study. *Australian Critical Care*, 36(6), 961-966. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.01.004>

Kumar, V. A., Reddy, B. U., Kumar, V. A. K., Pal, R., Kumar, R. L., Jahnavi, M., & Agrawal, A. (2018). Speech and swallowing function outcome following early tracheostomy in

patients who underwent neurosurgical intervention. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 22(6), 427-430. https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_31_18

Laverde-Sabogal, C., Moreno-Ojeda, O., & Patiño-Hernández, D. (2020). Traqueostomía percutánea en cuidado intensivo: Una opción rápida, fácil y segura. *Revista Chilena de Anestesia*, 49(5), 708-713. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n05-14>

Lemos, R. G., Vieira, T. T., Pereira, K. D. F. P. D. O., Pereira, A. D. S., Zeigelboim, B. S., & Santos, R. S. (2020). Acoustic analysis of swallowing sounds in tracheostomized patients affected by traumatic brain injury. *Revista CEFAC*, 22(5), e8218. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20202258218>

Mc Mahon, A., Griffin, S., Gorman, E., Lennon, A., Kielthy, S., Flannery, A., Cherian, B. S., Josy, M., & Marsh, B. (2023). Patient-Centred Outcomes Following Tracheostomy in Critical Care. *Journal of Intensive Care Medicine*, 38(8), 727-736. <https://doi.org/10.1177/08850666231160669>

McGrath, B. A., Wallace, S., Wilson, M., Nicholson, L., Felton, T., Bowyer, C., & Bentley, A. M. (2019). Safety and feasibility of above cuff vocalisation for ventilator-dependant patients with tracheostomies. *Journal of the Intensive Care Society*, 20(1), 59-65. <https://doi.org/10.1177/1751143718767055>

Miles, A., Lantz, B., Hammond, B., & Kerrison, G. (2025). Dysphagia and tracheostomy management in New Zealand intensive care units. *Speech, Language and Hearing*, 28(1), 2383067. <https://doi.org/10.1080/2050571X.2024.2383067>

Mills, C. S., Newman, H., Iezzi, C., Sutt, A.-L., Jones, R., Sadiq, J., Ginnelly, A., Jones, G., & Obe, S. W. (2023). Speech and language therapy service provision to UK intensive care units: A national survey. *Advances in Communication and Swallowing*, 26(1), 37-47. <https://doi.org/10.3233/ACS-220015>

Mooney, B., Lawrence, C., Johnson, E. G., Slaboden, A., & Ball, K. (2020). How COVID-19 Patients Were Moved to Speak: A Rehabilitation Interdisciplinary Case Series. *HSS*

Journal®: The Musculoskeletal Journal of Hospital for Special Surgery, 16(1_suppl), 56-63.
<https://doi.org/10.1007/s11420-020-09778-0>

Reitz, S. C., Marly, J., Neef, V., Konczalla, J., Czabanka, M., Grefkes-Hermann, C., Foerch, C., & Lapa, S. (2024). Intensive care unit-acquired dysphagia – change in feeding route after a standardized dysphagia assessment in neurocritical care patients. *Scientific Reports*, 14(1), 29993. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-81529-1>

Rodrigues, K. A., Machado, F. R., Chiari, B. M., Rosseti, H. B., Lorenzon, P., & Gonçalves, M. I. R. (2015). Swallowing rehabilitation of dysphagic tracheostomized patients under mechanical ventilation in intensive care units: A feasibility study. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(1). <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150011>

Rosales Lillo, F. G., Alarcón Cuevas, D. A., Díaz Martínez, C. B., Sereño Sereño, C. V., Román Matamala, V., & Urrea Valdebenito, T. V. (2025). Uso de llave de tres pasos como procedimiento de mantención de presiones seguras del cuff en pacientes adultos traqueostomizados: Un estudio preliminar. *Revista de Investigación en Logopedia*, 15(1), e97611. <https://doi.org/10.5209/rlog.97611>

Sella Weiss, O., Gvion, A., & Mcrae, J. (2021). Speech and language therapists' management of ventilated patients and patients with tracheostomy in Israel. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 56(5), 1053-1063. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12655>

Sutt, A.-L., Caruana, L. R., Dunster, K. R., Cornwell, P. L., Anstey, C. M., & Fraser, J. F. (2016). Speaking valves in tracheostomised ICU patients weaning off mechanical ventilation—Do they facilitate lung recruitment? *Critical Care*, 20(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1249-x>

Umay, E., Eyigor, S., Demirag, K., Kaymak Karatas, G., Gundogdu, I., Giray, E., Panpalli Ates, M., Gonenli Kocer, B., Gurcay, E., Unlu, Z., Bengisu, S., Karaahmet, F., Bagcier, F., Vural, M., Aydeniz, B., Kullukcu, H., Oztekin, F., Alicura, S., Uz, C., ... Adiguzel, E. (2024). Best Practice Recommendations for Dysphagia Management in Intensive Care Unit (ICU): A

Delphi Study from Multidisciplinary Experts in Turkey. *Dysphagia*, 39(2), 241-254.
<https://doi.org/10.1007/s00455-023-10606-w>

Warnecke, T., Muhle, P., Claus, I., Schröder, J. B., Labeit, B., Lapa, S., Suntrup-Krueger, S., & Dziewas, R. (2020). Inter-rater and test-retest reliability of the “standardized endoscopic swallowing evaluation for tracheostomy decannulation in critically ill neurologic patients”. *Neurological Research and Practice*, 2(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00055-3>

Zhou, T., Wang, J., Zhang, C., Zhang, B., Guo, H., Yang, B., Li, Q., Ge, J., Li, Y., Niu, G., Gao, H., & Jiang, H. (2022). Tracheostomy decannulation protocol in patients with prolonged tracheostomy referred to a rehabilitation hospital: A prospective cohort study. *Journal of Intensive Care*, 10(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40560-022-00626-3>

9 ANEXO.

B N°	Base de datos/revista	Tema	Año	Autor	País	Metodología	Hallazgos / Aportes / Impacto	Cita bibliográfica
1	Revista de Investigación en Logopedia (Ediciones Complutense)	Uso de llave de tres pasos para mantener presiones seguras del cuff en pacientes adultos Traqueostomizados	2025	Felipe Gonzalo Rosales Lillo, Diego Alfredo Alarcón Cuevas, Camila Belén Díaz Martínez, Carol Valentina Sereño Sereño, Valentina Paz Román Matamala, Tamara Victoria Urra Valdebenito	Chile	Estudio descriptivo, observacional y transversal. Muestra de 10 pacientes adultos traqueostomizados. Uso de llave de tres pasos, cuffómetro análogo y digital. Análisis con prueba de Wilcoxon.	El uso de la llave de tres pasos evitó la pérdida significativa de presión del cuff al desconectar el cuffómetro, lo que podría reducir el riesgo de neumonía aspirativa. Se sugiere continuar esta línea de investigación y revisar protocolos clínicos.	Rosales Lillo, F., Alarcón Cuevas, D., Díaz Martínez, C., Sereño Sereño, C., Román Matamala, V., y Urra Valdebenito, T. (2025). Uso de llave de tres pasos como procedimiento de mantención de presiones seguras del cuff en pacientes adultos traqueostomizados: un estudio preliminar. <i>Revista de Investigación en Logopedia</i> , 15(1), e97611. https://dx.doi.org/10.5209/rlog.97611
2	<i>Speech, Language and Hearing</i> (Taylor & Francis Group)	Manejo de la disfagia y la traqueotomía en las unidades de cuidados intensivos de Nueva Zelanda	2025	Anna Miles, Becky Lantz, Becca Hammond, Gwen Kerrison	Nueva Zelanda	Estudio observacional	El estudio revela una falta significativa de recursos dedicados de SLT en UCI, ausencia de protocolos estandarizados, y prácticas clínicas desactualizadas en algunas unidades. Subraya la necesidad de SLT especializados, acceso a FEES, y formación del equipo multidisciplinario para mejorar la atención basada en evidencia. También destaca inequidades en la representación	Miles, A., Lantz, B., Hammond, B., & Kerrison, G. (2025). <i>Manejo de la disfagia y la traqueotomía en las unidades de cuidados intensivos de Nueva Zelanda</i> . <i>Speech, Language and Hearing</i> , 28(1), 2383067. https://doi.org/10.1080/2050571X.2024.2383067

							maorí en el personal clínico.	
3	Scientific Reports	Disfagia adquirida en la unidad de cuidados intensivos: cambio en la vía de alimentación después de una evaluación estandarizada de disfagia en pacientes en cuidados neurocríticos	2024	Sarah Christina Reitz, Joanna Marly, Vanessa Neef, Jürgen Konczalla, Marcus Czabanka, Christian Grefkes-Hermann, Christian Förch, Sriramya Lapa	Alemania	Estudio retrospectivo de cohorte	La evaluación estandarizada por SLP modificó la vía de alimentación en el 41,2 % de los pacientes.	Reitz, S. C., Marly, J., Neef, V., Konczalla, J., Czabanka, M., Grefkes-Hermann, C., Förch, C., & Lapa, S. (2024). <i>Disfagia adquirida en la unidad de cuidados intensivos: cambio en la vía de alimentación después de una evaluación estandarizada de disfagia en pacientes en cuidados neurocríticos</i> . Scientific Reports, 14, 29993. https://doi.org/10.1038/s41598-024-81529-1
4	<i>Dysphagia</i> (Springer Nature)	Recomendaciones de buenas prácticas para el manejo de la disfagia en la unidad de cuidados intensivos (UCI): un estudio Delphi realizado por expertos multidisciplinarios en Turquía	2024	Ebru Umay, Sibel Eyigör, Kubilay Demirag, Gulcin Kaymak Karatas, Ibrahim Gundogdu, Esra Giray, Mehlika Panpalli Ates, Bilge Gonenli Kocer, Eda Gurcay, Zeliha Unlu, Serkan Bengisu, Fatih Karaahmet, Fatih Bagcier, Meltem Vural, Banu Aydeniz, Humeyra Kullukcu, Fevzi Oztekin, Sibel Alicura, Cuma Uz, Elife Barmak, Aslihan Uzunkulaoglu, Emre Adiguzel	Turquía	Estudio Delphi modificado en tres rondas, realizado por correo electrónico con expertos multidisciplinarios	Generación de 133 recomendaciones detalladas para el manejo de la disfagia en UCI - Enfoque multidisciplinario - Alta aplicabilidad clínica	Umay, E., Eyigör, S., Demirag, K., Kaymak Karatas, G., Gundogdu, I., Giray, E., Panpalli Ates, M., Gonenli Kocer, B., Gurcay, E., Unlu, Z., Bengisu, S., Karaahmet, F., Bagcier, F., Vural, M., Aydeniz, B., Kullukcu, H., Oztekin, F., Alicura, S., Uz, C., Barmak, E., Uzunkulaoglu, A., & Adiguzel, E. (2024). Recomendaciones de buenas prácticas para el manejo de la disfagia en la unidad de cuidados intensivos (UCI): un estudio Delphi realizado por expertos multidisciplinarios en Turquía. <i>Dysphagia</i> , 39(2), 241–254. https://doi.org/10.1007/s00455-023-10606-w

5	<i>Acta Anaesthesiologica Scandinavica</i> , Vol. 67, N.º 10, pp. 1403–1413.	Alto flujo a través de un tubo de traqueotomía y una válvula de habla durante el destete de la ventilación mecánica y la traqueotomía	2023	Peter H. Egbers, Anna-Liisa Sutt, Jenny E. Petersson, Liza Bergström, Eva Sundman	Países Bajos, Australia, Reino Unido y Suecia	Estudio clínico retrospectivo en 128 pacientes traqueotomizados tratados en un centro de rehabilitación intensiva (Suecia)	HFT-T-OWV fue bien tolerada por el 97 % de los pacientes, sin eventos adversos atribuibles	Egbers, P. H., Sutt, A.-L., Petersson, J. E., Bergström, L., & Sundman, E. (2023). Alto flujo a través de un tubo de traqueotomía y una válvula de habla durante el destete de la ventilación mecánica y la traqueotomía. <i>Acta Anaesthesiologica Scandinavica</i> , 67(10), 1403–1413. https://doi.org/10.1111/aas.14305
6	<i>Journal of Intensive Care Medicine (Revista de Medicina Intensiva)</i> , SAGE Publishing	Resultados centrados en el paciente tras una traqueotomía en cuidados críticos	2023	Aisling Mc Mahon, S. Griffin, Emma Gorman, Aoife Lennon, Stephen Kielthy, Andrea Flannery, Bindu Sam Cherian, Minu Josy, B. Marsh	Irlanda	Estudio observacional retrospectivo longitudinal de un solo centro; análisis de 304 pacientes traqueotomizados entre 2017 y 2019	Dos tercios de los pacientes lograron resultados centrados en el paciente: comunicación, ingesta oral y movilidad.	Mc Mahon, A., Griffin, S., Gorman, E., Lennon, A., Kielthy, S., Flannery, A., Cherian, B. S., Josy, M., & Marsh, B. (2023). Resultados centrados en el paciente tras una traqueotomía en cuidados críticos. <i>Journal of Intensive Care Medicine</i> , 38(8), 727–736. https://doi.org/10.1177/08850666231160669
7	<i>Advances in Communication and Swallowing</i> , Vol. 26, pp. 37–47, IOS Press	Prestación de servicios de terapia del habla y del lenguaje en unidades de cuidados intensivos del Reino Unido: una encuesta nacional	2023	Claire S. Mills, Helen Newman, Christina Iezzimi, Anna-Liisa Sutt, Rachel Jones, Jude Sadiq, Aeron Ginnelly, Gemma Jones, Sarah Wallace	Reino Unido	Estudio descriptivo, observacional, transversal	Análisis cuantitativo descriptivo y análisis de contenido cualitativo con NVivo	Mills, C. S., Newman, H., Iezzimi, C., Sutt, A.-L., Jones, R., Sadiq, J., Ginnelly, A., Jones, G., & Wallace, S. (2023). Prestación de servicios de terapia del habla y del lenguaje en unidades de cuidados intensivos del Reino Unido: una encuesta nacional. <i>Advances in Communication and Swallowing</i> , 26(1), 37–47. https://doi.org/10.3233/ACS-220015
8	Revista CoDAS (ISSN 2317-1782, versión en línea)	Validación del contenido de un protocolo multidisciplinario de decanulación para pacientes adultos traqueostomizados	2023	Margarita Mendonça Diniz da Côrte, Laélia Cristina Caseiro Vicente, Amélia Augusta de Lima Friche	Brasil	Estudio metodológico de validación de contenido mediante técnica Delphi. Participaron 90 especialistas (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos). Se realizaron tres rondas de evaluación con índice de validez de	El protocolo fue validado y ajustado sustancialmente, incorporando criterios clínicos relevantes para la decanulación segura. Se destaca la importancia de contar con instrumentos multiprofesionales para evitar complicaciones respiratorias y	Côrte, M. M. D., Vicente, L. C. C., & Friche, A. A. L. (2023). Validación del contenido del protocolo de decanulación para pacientes adultos traqueostomizados. <i>CoDAS</i> , 35(4), e20210266. https://doi.org/10.1590/2317-1782/20232021266en

						contenido (IVC ≥ 80%)	mejorar la toma de decisiones clínicas.	
9	<i>Australian Critical Care</i> , Vol. 36, pp. 961–966. Elsevier. Revista oficial del Australian College of Critical Care Nurses	Disfagia en pacientes adultos en cuidados intensivos: Resultados de un estudio de prevalencia puntual prospectivo, multicéntrico y binacional	2023	Amy Freeman-Sanderson, Bronwyn Hemsley, Kelly Thompson, Kris D. Rogers, Serena Knowles, Naomi E. Hammond	Australia y Nueva Zelanda	Estudio prospectivo, transversal, multicéntrico y binacional.	Prevalencia de disfagia documentada: 7,9 % en pacientes adultos no intubados en UCI	Freeman-Sanderson, A., Hemsley, B., Thompson, K., Rogers, K. D., Knowles, S., & Hammond, N. E. (2023). Disfagia en pacientes adultos en cuidados intensivos: Resultados de un estudio de prevalencia puntual prospectivo, multicéntrico y binacional. <i>Australian Critical Care</i> , 36(6), 961–966. https://doi.org/10.1016/j.aucc.2023.01.004
10	<i>Journal of Intensive Care (BMC, BioMed Central – Springer Nature)</i>	Protocolo de decanulación de traqueotomía en pacientes con traqueotomía prolongada remitidos a un hospital de rehabilitación: un estudio de cohorte prospectivo	2022	Ting Zhou, Jianjun Wang, Chenxi Zhang, Bin Zhang, Haiming Guo, Bo Yang, Qing Li, Jingyi Ge, Yi Li, Guangyu Niu, Hua Gao, Hongying Jiang	China	Estudio de cohorte prospectivo en 92 pacientes con traqueostomía prolongada. Evaluación clínica multidisciplinaria y aplicación de protocolo estandarizado.	Alta tasa de éxito en la decanulación (98.2%) con seguimiento de 3 meses sin reintubación.	Zhou, T., Wang, J., Zhang, C., Zhang, B., Guo, H., Yang, B., Li, Q., Ge, J., Li, Y., Niu, G., Gao, H., & Jiang, H. (2022). Protocolo de decanulación de traqueostomía en pacientes con traqueostomía prolongada remitidos a un hospital de rehabilitación: un estudio de cohorte prospectivo. <i>Journal of Intensive Care</i> , 10(34). https://doi.org/10.1186/s40560-022-00626-3
11	<i>International Journal of Language & Communication Disorders</i> , Wiley Online Library.	Manejo de pacientes ventilados y pacientes con traqueotomía por parte de logopedas en Israel	2021	Oshrat Sella Weiss, Aviah Gvion, Jackie McRae	Israel	Estudio descriptivo transversal	Identifica acceso limitado a formación formal y supervisión clínica en el manejo de pacientes traqueotomizados y ventilados	Sella Weiss, O., Gvion, A., & McRae, J. (2021). Manejo de pacientes ventilados y pacientes con traqueotomía por parte de terapeutas del habla y el lenguaje en Israel. <i>International Journal of Language & Communication Disorders</i> , 1–11. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12655
12	<i>Revista Areté</i> , Volumen 21, Número 2 (julio–diciembre), indexada en IBERAM	Conocimiento y adaptación de válvulas de habla a traqueostomía por parte de fonoaudiólogos colombianos	2021	Andrés Fernando Delprado Aguirre, Jenifer Correa Agudelo, Catalina Nieto Correa, María Paulina Soto Ruiz	Colombia	Estudio observacional transversal con enfoque cuantitativo. Encuesta digital a 27 fonoaudiólogos egresados en Colombia. Análisis descriptivo y modelos lineales generalizados para explorar variables predictoras.	Todos los encuestados conocen las válvulas de habla y sus beneficios fisiológicos.	Delprado Aguirre, A. F., Correa Agudelo, J., Nieto Correa, C., & Soto Ruiz, M. P. (2021). Conocimiento y adaptación de válvulas de habla a traqueostomía por parte de fonoaudiólogos colombianos. <i>Areté</i> , 21(2), 49–60. https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.21206

13	Revista CEFAC: Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal	Perfil de los usuarios que reciben servicio de Logopedia en una Unidad de Pacientes Críticos	2021	Manuel del Campo Rivas, Pamela Estay Jorquera, Gabriela Valencia Rojas, Paula Muñoz Ramos, Karen Arce Rossel, Angélica Silva-Ríos	Chile	Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, ex post facto; análisis de datos estadísticos mensuales de pacientes atendidos en UCI durante 2018	Caracteriza por primera vez el perfil clínico y demográfico de pacientes atendidos por fonoaudiólogos en UCI en Chile.	Campo Rivas, M., Estay Jorquera, P., Valencia Rojas, G., Muñoz Ramos, P., Arce Rossel, K., & Silva-Ríos, A. (2021). Perfil de los usuarios que reciben servicio de logopedia en una Unidad de Pacientes Críticos. <i>Revista CEFAC</i> , 23(1), e1720. https://doi.org/10.1590/1982-0216/20212311720
14	HSS Journal® – The Musculoskeletal Journal of Hospital for Special Surgery (Springer)	Cómo se motivó a los pacientes de COVID-19 a hablar: una serie de casos interdisciplinarios de rehabilitación	2020	Brianne Mooney, Cecelia Lawrence, Elizabeth Gerosa Johnson, Amanda Slaboden, Karen Ball	Estados Unidos	Serie de casos retrospectiva (Nivel de evidencia IV). Se analizaron 3 pacientes con COVID-19, traqueotomía y ventilación mecánica prolongada. Evaluación de hitos funcionales en fisioterapia y logopedia.	La colaboración interdisciplinaria entre fisioterapia y logopedia facilitó la recuperación funcional, mejoró la comunicación verbal y aumentó la participación en terapia. Se destaca la importancia de la sincronización terapéutica para optimizar resultados en pacientes críticos con COVID-19.	Mooney, B., Lawrence, C., Johnson, E. G., Slaboden, A., & Ball, K. (2020). Cómo se motivó a los pacientes de COVID-19 a hablar: una serie de casos interdisciplinarios de rehabilitación. <i>HSS Journal®</i> , 16(3), 1–10. https://doi.org/10.1007/s11420-020-09778-0
15	<i>Neurological Research and Practice</i> (Investigación y Práctica Neurológica), Vol. 2, Artículo 9. Publicado por BMC/Springer Nature.	Fiabilidad interevaluador y test-retest de la “evaluación endoscópica estandarizada de la deglución para la decanulación de traqueotomía en pacientes neurológicos críticos”	2020	Tobias Warnecke, Paul Mühle, Inga Claus, Jens B. Schröder, Bendix Labeit, Sriramya Lapa, Sonja Suntrup-Krueger, Rainer Dziejwas	Alemania	Estudio observacional transversal	El protocolo SESETD mostró una fiabilidad buena a excelente en todos los ítems evaluados.	Warnecke, T., Mühle, P., Claus, I., Schröder, J. B., Labeit, B., Lapa, S., Suntrup-Krueger, S., & Dziejwas, R. (2020). Fiabilidad interevaluador y test-retest de la “Evaluación Endoscópica Estandarizada de la Deglución para la Decanulación de Traqueotomía en Pacientes Neurológicos Críticos”. <i>Neurological Research and Practice</i> , 2(9). https://doi.org/10.1186/s42466-020-00055-3
16	<i>Revista CEFAC – Speech, Language,</i>	Análisis acústico de los sonidos de deglución en	2020	Raquel Guidotti Lemos, Talita Todeschini	Brasil	Estudio observacional transversal	El sonar Doppler demostró ser un método viable, no	Lemos, R. G., Vieira, T. T., Pereira, K. F. P. O., Pereira, A. S., Zeigelboim, B. S., & Santos, R. S. (2020). Análisis acústico de los sonidos de

	<i>Hearing Sciences and Education Journal</i> , Vol. 22, N.º 5, Artículo e8218. Publicada por Instituto Cefac, Brasil.	pacientes traqueotomizados afectados por traumatismo craneoencefálico		Vieira, Karina de Fátima Portela de Oliveira Pereira, Adriano de Souza Pereira, Bianca Simone Zeigelboim, Rosane Sampaio Santos			invasivo, económico y complementario para evaluar la disfagia en pacientes con TCE	deglución en pacientes traqueotomizados afectados por traumatismo craneoencefálico. Revista CEFAC, 22(5), e8218. https://doi.org/10.1590/1982-0216/20202258218
17	Revista Chilena de Anestesia (Rev Chil Anest)	Traqueostomía percutánea en cuidado intensivo: una opción rápida, fácil y segura	2020	Carlos Laverde-Sabogal, Oscar Moreno-Ojeda, Daniela Patiño-Hernández	Colombia	Estudio descriptivo de corte transversal basado en cohorte retrospectiva	Reducción del tiempo de respuesta institucional para el procedimiento.	Laverde-Sabogal, C., Moreno-Ojeda, O., & Patiño-Hernández, D. (2020). Traqueostomía percutánea en cuidado intensivo: una opción rápida, fácil y segura. <i>Revista Chilena de Anestesia</i> , 49, 708–713. https://doi.org/10.25237/revchilanestv49n05-14
18	Respiratory Care (Cuidado Respiratorio), artículo en prensa	El efecto de las válvulas de habla en la movilidad de los individuos en la UCI Con traqueotomía	2019	Camila Cerón, Danielle Otto, Alana Verza Signorini, Marco Colomé Beck, Marcio Camilis, Daniel Sganzerla, Régis Goulart Rosa, Cassiano Teixeira	Brasil	Estudio observacional prospectivo de cohorte; evaluación de movilidad con la escala Perme en 18 pacientes traqueostomizados que toleraron válvula fonatoria	Contribuye a la calidad de vida al permitir comunicación verbal y mejorar la deglución.	Cerón, C., Otto, D., Signorini, A. V., Beck, M. C., Camilis, M., Sganzerla, D., Rosa, R. G., & Teixeira, C. (2019). El efecto de las válvulas de habla en la movilidad de los individuos en la UCI con traqueotomía. <i>Respiratory Care</i> . Advance online publication. https://doi.org/10.4187/respcare.06768
19	Indian Journal of Critical Care Medicine (Revista India de Medicina de Cuidados Críticos), publicada por Wolters Kluwer – Medknow	Resultado de la función del habla y la deglución después de una intervención temprana Traqueotomía en pacientes sometidos a neurocirugía Intervención	2018	Valluri Anil Kumar, Bobba Ushasree Reddy, Veldurti Ananta Kiran Kumar, Ranabir Pal, R. Lakshman Kumari, Mundlapudi Jahnvi, Amit Agrawal	India	Estudio observacional prospectivo en 69 pacientes con neurotrauma que requirieron traqueotomía electiva. Se evaluaron complicaciones tardías del habla y la deglución mediante seguimiento	El estudio evidenció que la traqueotomía temprana en pacientes con neurotrauma puede facilitar la asistencia respiratoria prolongada, pero se asocia con complicaciones del habla más	Kumar, V. A., Reddy, B. U., Kiran Kumar, V. A., Pal, R., Kumari, R. L., Jahnvi, M., & Agrawal, A. (2018). <i>Resultado de la función del habla y la deglución después de una intervención temprana de traqueotomía en pacientes sometidos a neurocirugía</i> . <i>Indian Journal of Critical Care Medicine</i> , 22(6), 427–430. https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_31_18

						hospitalario y telefónico hasta 6 meses después del alta.	frecuentes que las deglutorias. Se destaca la necesidad de seguimiento posthospitalario y de protocolos de intervención temprana para minimizar secuelas funcionales.	
20	<i>Journal of the Intensive Care Society</i> (SAGE Publications)	Seguridad y viabilidad de la vocalización por encima del manguito para pacientes con traqueotomía que dependen del respirador	2018	Brendan A. McGrath, Sarah Wallace, Mark Wilson, Leanne Nicholson, Tim Felton, Christine Bowyer, Andrew M. Bentley	Reino Unido	Estudio de viabilidad prospectivo en 10 pacientes adultos con traqueotomía y ventilación mecánica. Evaluación clínica y endoscópica (FEES) de la vocalización por encima del manguito (ACV), con análisis de seguridad, calidad de voz, manejo de secreciones y deglución.		McGrath, B. A., Wallace, S., Wilson, M., Nicholson, L., Felton, T., Bowyer, C., & Bentley, A. M. (2018). Seguridad y viabilidad de la vocalización por encima del manguito para pacientes con traqueotomía que dependen del respirador. <i>Journal of the Intensive Care Society</i> , 0(0), 1–7. https://doi.org/10.1177/1751143718767055
21	<i>Critical Care</i> (BioMed Central), acceso abierto	Válvulas de habla en pacientes traqueotomizados de UCI que abandonan la ventilación mecánica: ¿facilitan el reclutamiento pulmonar?	2016	. Anna-Liisa Sutt, Lawrence R. Caruana, Kimble R. Dunster, Petrea L. Cornwell, Chris M. Anstey, John F. Fraser	Australia	Estudio observacional prospectivo con medidas repetidas. Se utilizaron tomografía de impedancia eléctrica (TIE) y parámetros respiratorios estándar en 20 pacientes traqueotomizados en proceso de destete ventilatorio.	Evidencia fisiológica de que las válvulas fonatorias no causan desreclutamiento pulmonar.	Sutt AL, Caruana LR, Dunster KR, Cornwell PL, Anstey CM, Fraser JF. <i>Válvulas de habla en pacientes traqueotomizados de UCI que abandonan la ventilación mecánica: ¿facilitan el reclutamiento pulmonar?</i> <i>Critical Care</i> . 2016;20:91. Doi:10.1186/s13054-016-1249-x
22	Revista Signos Fónicos, Vol. 1, Nº 1, enero–junio 2015	Realidad Laboral del Fonoaudiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos	2015	Patricia Ayala, Yesid Eduardo Marín Gutiérrez	Colombia	Investigación de campo, crítica reflexiva, cualitativa, corte transversal;	Evidencia la ausencia formal del fonoaudiólogo en equipos	Ayala, P., & Marín Gutiérrez, Y. E. (2015). Realidad laboral del fonoaudiólogo en la Unidad

						entrevistas semiestructuradas en 6 instituciones de salud	interdisciplinarios de UCI.	de Cuidados Intensivos. <i>Revista Signos Fónicos</i> , 1(1), 45–56.
23	<i>Revista Brasileira de Terapia Intensiva (Rev Bras Ter Intensiva)</i>	Rehabilitación de la deglución en pacientes traqueotomizados disfágicos bajo ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos: un estudio de viabilidad	2015	Katia Alonso Rodrigues, Flavia Ribeiro Machado, Brasília María Chiari, Heloísa Baccaro Rosseti, Paula Lorenzon, María Inés Rebelo Gonçalves	Brasil	Estudio prospectivo de intervención no controlado	El programa fue viable incluso en pacientes con ventilación mecánica.	Rodrigues, K. A., Machado, F. R., Chiari, B. M., Rosseti, H. B., Lorenzon, P., & Gonçalves, M. I. (2015). Rehabilitación de la deglución en pacientes traqueotomizados disfágicos bajo ventilación mecánica en unidades de cuidados intensivos: un estudio de viabilidad. <i>Revista Brasileira de Terapia Intensiva</i> , 27(1), 64–71. https://doi.org/10.5935/0103-507X.20150011

(Autoría: Plaza Choez, Patricio Javier y Terán Briones José Alejandro)

