

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN
PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS EN LA
UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA (UVI) DEL
CHUC**

Trabajo Fin de Grado de Logopedia

Universidad de La Laguna Grado en Logopedia.

Alumna: Noelia González Pérez

**Tutores: Elena Margarita Leal Hernández, Adelina Estévez
Monzó.**

Curso Académico: 2022-2023

Resumen

Los pacientes que son sometidos a una traqueostomía tienen una gran probabilidad de presentar alguna alteración en la mecánica de la deglución, pudiendo desencadenar diversas complicaciones respecto a la salud del paciente.

El presente trabajo realiza una revisión del protocolo que se lleva a cabo sobre los pacientes traqueostomizados en la unidad de cuidados intensivos del Complejo Hospitalario de Canarias mediante el método de entrevista. A partir de su análisis, se lleva a cabo una propuesta de mejora de tal protocolo donde se enfatiza la coordinación entre profesionales; el aumento de las sesiones para facilitar la progresión con una intervención continuada; y, se ha elaborado un modelo de registro observacional que facilitaría la recogida de información conjunta y coordinada en el equipo de intervención hospitalaria.

Cómo conclusión, esta situación hace cada vez más evidente la necesidad del profesional en logopedia, teniendo un papel fundamental en este servicio pues su intervención inmediata es imprescindible para el cuidado y la calidad de vida del paciente.

Palabras claves: Logopeda, protocolo, traqueostomía, Unidad de Cuidados intensivos, intervención, disfagia, deglución.

Abstract

Patients who undergo a tracheostomy have a high probability of presenting some alteration in the mechanics of swallowing, which can trigger various complications regarding the patient's health.

In the present work, a review of the protocol that is carried out on tracheostomized patients in the intensive care unit of the Complejo Hospitalario de Canarias through the interview method. Based on its analysis, a proposal to improve such a protocol is carried out, where coordination between professionals is emphasized; the increase in sessions to facilitate progression with continued intervention; and , an observational registry model has been developed that would facilitate the collection of joint and coordinated information in the hospital intervention team.

As a conclusion, this situation makes the need for speech therapy professionals increasingly evident, having a fundamental role in this service since their immediate intervention is essential for the care and quality of life of the patient.

Keywords: Speech therapist, protocol, tracheostomy. Intensive care unit, intervention, dysphagia, swallowing.

Introducción

“La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en la realización de una apertura en la pared anterior de la tráquea para establecer una vía aérea segura. El orificio creado en la tráquea que se continúa con la piel del cuello se define como traqueostoma” (Badillo et al., s.f.).

Indicaciones

Según afirma Readi et al. (2015), existen cuatro indicaciones de gran importancia en la realización del procedimiento de traqueostomía: ventilación mecánica prolongada, debido a que puede facilitar la atención de un paciente en caso de necesitar una asistencia respiratoria prolongada, siendo esta la causa más común de traqueostomía; destete defectuoso; obstrucción de la vía aérea alta; y, mal manejo de secreciones.

Otras indicaciones para realizar una traqueostomía pueden ser traumatismo facial, craneofacial, cirugía de cabeza y cuello, o fracaso de extubación (Badillo et al., sf).

Complicaciones y consecuencias de una traqueostomía

La realización de una traqueostomía puede desencadenar diferentes complicaciones como dificultades en la función deglutoria, ya que puede verse afectada por diversos factores, como puede ser la pérdida de sensibilidad laríngea, y como consecuencia se da una reducción o pérdida del reflejo protector de cierre glótico y el reflejo tusígeno. También, ocasiona una alteración en la movilidad laríngea debido a que la cánula de la traqueostomía impide el ascenso normal de la laringe durante la fase faríngea de deglución, por lo que el espacio por donde pasa el bolo alimenticio disminuye. Además, esto puede verse de manera más agravada debido a la presencia de un balón hinchado que presiona la pared traqueal y esofágica (Giménez, 2018).

Según Amathieu et al. (2012), la disfagia se da entre el 11% y el 93% de los pacientes traqueostomizados, debido a su ubicación anatómica; la vía compartida de los sistemas respiratorios y alimentarios; y las diversas complejidades médicas que tienen la necesidad de una vía aérea artificial.

La disfagia es la dificultad o incapacidad que presenta una persona para deglutir alimentos tanto sólidos como líquidos (García et al., 2018).

La deglución presenta 3 fases: la fase oral, la fase faríngea y la esofágica:

- La fase oral es una fase voluntaria e incluye la recogida del bolo alimenticio el cual puede ser tanto sólido como líquido, ya sea de la cuchara, vaso, entre otros. Dentro de esta fase, también entra la masticación, la manipulación del alimento en la boca, así como la propulsión de la cavidad bucal anterior a la posterior. Cabe señalar que para llevar a cabo lo anteriormente mencionado, es necesario una adecuada musculatura oral.

- La fase faríngea es involuntaria y se inicia con el reflejo de la deglución, que ocasiona el cierre bien coordinado y oportuno de las cuerdas vocales, la elevación de la laringe y la inversión de la epiglotis. Todo ello, hace que el alimento y los líquidos pasen sin problema y no se dirijan a la vía aérea.

- La fase esofágica, siendo también una fase involuntaria, consiste en que el alimento se desplace desde la parte superior del esófago hacia la parte inferior para entrar en el estómago (Clark et al., 2019).

Sará et al. (2015) argumentaron que los trastornos deglutorios están presentes entre el 40%-85% de los pacientes con ventilación mecánica y con traqueostomía, siendo muy importante la rehabilitación de la musculatura deglutoria en estos pacientes para evitar una deshidratación, malnutrición e infecciones en las vías respiratorias..

La evaluación del logopeda en estos casos, así como su intervención, es pieza imprescindible y fundamental en este proceso. Se encargan de la rehabilitación de la disfagia orofaríngea. Esta se da cuando el paciente tiene dificultad para trasladar el alimento hacia y a través de la faringe, por lo que entraría la fase oral y faríngea de la deglución. En estos casos, es realmente importante un examen del mecanismo oral para analizar el estado de la estructura y el funcionamiento de los componentes físicos del paciente, donde se puede observar: debilidad en la musculatura, retraso del reflejo deglutorio, entre otros signos que contribuyen a detectar el problema. También, es necesario tener en cuenta los signos claros de aspiración, como el carraspeo, la tos, asfixia, o voz húmeda, así como una serie de pruebas e instrumentos que ayudan al

profesional a establecer una dieta segura al paciente y por consiguiente una mejora en su salud (Clark et al., 2019).

La literatura nos indica que cuando el paciente lleva días con cero ingesta por vía oral y queremos comenzar, los chips de hielo es un método seguro, debido a que si el paciente aspira esa cantidad de agua, no presentaría por sí solos un riesgo serio como una neumonía debido a su composición y reducido tamaño. (Langmore et al., 2018).

Pisegna & Langmore (2018) demostraron la efectividad del protocolo de los chips de hielos para un mejor manejo y reducción de secreciones y su gran funcionalidad en el momento de evaluar la fase oral y faríngea de la deglución.

Un punto muy importante a destacar es que la función fonatoria también se ve afectada ya que se pierde la actividad glótica con la interrupción del flujo aéreo a través de la laringe (Giménez, 2018).

De acuerdo a Cabezas et al. (2017), en la Unidad de Paciente Crítico (UPC), los pacientes traqueostomizados son bastante comunes. De hecho, en Estados Unidos hay registros de traqueostomías que superan las 100,000 anualmente, donde mayoritariamente se realizan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La frecuencia de este procedimiento en Europa va aproximadamente del 1.3 al 10% en pacientes que han sido ingresados en UCI. En base a estos datos un tanto impactantes, se puede observar la evidente y numerosa incidencia existente.

Tal y como plantea Badillo et al. (s.f), en EE.UU, cada año 800.000 pacientes se someten a ventilación mecánica por insuficiencia respiratoria aguda, mayoritariamente por un período de días o semanas.

Según Rusell & Matta (2004) es fundamental un enfoque multidisciplinario en la atención de estos pacientes. El trabajo cercano y coordinado mejora el resultado clínico y psicológico de los pacientes y garantiza sus necesidades. Estos equipos están compuestos por médicos, enfermeras, logopedas, fisioterapeutas y personal de dietética.

Protocolos

Con el objetivo de conocer el protocolo de actuación y el papel que puede desempeñar el logopeda, se ha realizado una revisión bibliográfica donde se han seleccionado una serie de protocolos donde se refleja el rol que ocupa el logopeda con los pacientes en estas unidades y los cuales son llevados a cabo en diferentes lugares.

Casola et al. (2017) valora el protocolo aplicado en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid con los pacientes traqueostomizados. En este hospital se lleva a cabo un protocolo con el objetivo de conseguir una decanulación que puede variar dependiendo de diversos factores. Como el tiempo que lleva el paciente traqueostomizado, su estado, entre otros.

Se comprueba que:

- No existan aspiraciones de saliva.
- El paciente deglute de manera espontánea más de una vez por minuto.
- Que exista una sensibilidad laríngea, desencadenando tos refleja.

Cuando se observe que esto se cumple, se aprovecha la visión endoscópica, con la finalidad de proporcionar al paciente una cuchara de gelatina (de color rojo por su mejor visibilidad en caso de realizar una aspiración) y comprobar así si existe una correcta deglución.

Sí lo estipulado con anterioridad se cumple, se continúa con el protocolo de deglución. A modo de breve resumen, este protocolo consiste en comprobar la capacidad de alimentación oral segura en un paciente traqueostomizado. Se contacta con el personal de enfermería del Servicio de Nutrición para la realización de un Test de Volumen Viscosidad (TVV), el cual consiste en administrar volúmenes crecientes de diferentes consistencias con el fin de detectar alteraciones de la seguridad o de la eficacia en la deglución. Los signos que podrían alertar sobre la presencia de una alteración de la seguridad o de la eficacia de la deglución pueden ser:

- La presencia de tos, el descenso de la saturación de oxígeno, o cambios en la voz que informarían una ocupación laríngea.

En cuanto a una alteración en la eficacia, esta podría producirse en caso de detectarse residuo orofaríngeo y una deglución repetida.

Si se detecta un trastorno, se solicita la intervención de la Unidad de Disfagia, la cual evaluará el proceso mediante video endoscopia, o el servicio de Rehabilitación, en este caso la logopeda evaluará e iniciará el tratamiento rehabilitador.

Esta valoración se repetirá las veces que el paciente precise y que se consideren necesarias.

Casasola et al. (2017), considera de interés destacar que, existe un grupo de pacientes en los que no es posible la alimentación oral: pacientes inconscientes, con alteraciones severas en la fases oral o faríngea de la deglución, pacientes que no responden al tratamiento rehabilitador con una alteración en la seguridad de la fase faríngea, así como pacientes con grandes aspiraciones silentes.

Por otro lado, en un estudio similar, según Aledón (2023), el protocolo llevado a cabo en estos pacientes en el Hospital de la FE de Valencia consta de un equipo multidisciplinar.

Primero, enfermería hace un cribado, en caso de detectar alguna alteración o síntoma de disfagia se realizaría una interconsulta a foniatría. Si resulta negativo, el paciente comenzaría la alimentación por vía oral. Hay que tener en cuenta que muchos pacientes traqueostomizados ya tienen otra patología de base.

Una vez se haga la interconsulta a foniatría, donde forma parte el logopeda el protocolo que se sigue es el siguiente:

Primero, se le realiza una valoración instrumental para poder valorar a nivel anatómico y funcional, teniéndose en cuenta el soporte ventilatorio, si el paciente presenta ventilación mecánica no se valora, excepto algunos casos. Solo se valora si el paciente tolera el balón desinflado. En segundo lugar, se valora la protección de la vía respiratoria. Y, por último, con alimentos, y de esta manera, saber así si el paciente protege de forma segura su vía aérea.

En cuanto a la actuación del logopeda en otros países, Mcrae et al. (2020), comenta el papel del logopeda en la Unidad de Cuidados intensivos de Estados Unidos, afirmando que:

Una de las funciones claves del logopeda en la UCI es la evaluación de la función deglutoria orofaríngea, donde se incluye la evaluación de la dieta, la capacidad para tragar y controlar secreciones orales.

Los logopedas realizan evaluaciones instrumentales de la deglución que brindan una visión más detallada de la anatomía y fisiología funcional para la deglución donde utilizan múltiples texturas, para luego intervenir de manera personalizada.

Una de las técnicas que se utilizan es la Videofluoroscopia (VFS), por medio de la cual se le proporciona al paciente alimentos de diferentes texturas con material radiopaco mientras se graba un vídeo del paso de los alimentos y así poder posteriormente observar la capacidad de manipulación de los alimentos, la eficacia que tiene la deglución y si existe o no protección de la vía respiratoria.

También, se utiliza la evaluación endoscópica de fibra óptica de la deglución conocida como FEES, esta permite ver directamente la anatomía laríngea y faríngea, además del manejo de las secreciones. Es una herramienta muy útil dentro de la UCI. Los logopedas que realicen esta evaluación impondrán unas pautas a seguir para el manejo de las secreciones excesivas y las intervenciones terapéuticas necesarias para una deglución segura y eficaz.

En caso de que el logopeda identifique una disfagia, informará al equipo la necesidad de tomar una decisión sobre la ingesta oral.

La guía nacional en el Reino Unido reconoce el papel de los logopedas y los apoya como miembros claves de la Unidad De cuidados Intensivos que promueven la intervención temprana (Mcrae et al., 2020).

Hay que destacar que la intervención logopédica en estas unidades es relativamente nueva y se está introduciendo poco a poco esta figura, por lo que la investigación en este campo es escasa y sus habilidades resultan limitadas.

El objetivo general de este trabajo, es revisar y analizar el protocolo del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias; así como comparar el mismo con los expuestos anteriormente; y, crear una propuesta de intervención.

Método

Participantes

Este programa ha sido creado para la mejora del protocolo seguido en pacientes traqueotomizados específicamente de la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital Universitario de Canarias, localizado en la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

El Hospital cuenta con una unidad de rehabilitación formada por 4 áreas a su vez: Terapia Ocupacional, Logopedia, Atención temprana y Fisioterapia. Se tratan tanto pacientes ingresados en las diferentes unidades de hospitalización como pacientes ambulatorios. Asimismo, la unidad se encuentra formada por 4 terapeutas ocupaciones, 8 logopedas, 31 fisioterapeutas, 9 auxiliares y 1 supervisora de unidad. Sin embargo, el Hospital solo cuenta con 1 logopeda para los pacientes hospitalizados.

Instrumentos

Actualmente, el servicio lleva a cabo un protocolo interno que se está realizando de manera formal con la finalidad de hacerlo público y conseguir que el protocolo se institucionalice.

El protocolo llevado a cabo en el CHUC consiste en que todo paciente traqueostomizado sea valorado por logopedia. Tras la realización de la interconsulta a esta unidad, la profesional comprobará en cada paciente: su estado de conciencia; se valorará y trabajará la musculatura deglutoria, para seguidamente poder realizarle la prueba de deglución (MECV-V) lo antes posible, con la finalidad de que el paciente pueda comenzar la alimentación por vía oral y así facilitar la obtención de resultados y beneficios con respecto a su estado.

El MECV-V (Método de exploración clínica volumen-viscosidad) con la agregación de colorante alimentario de 3 colores para cada una de las texturas, para que en el caso de que el contenido ingerido salga por la cánula, ver el color de la textura a la que corresponde. Este método consiste en administrar una cantidad de 5, 10 y 20 ml con viscosidades néctar, pudding y finalmente líquido. Se comienza con néctar a volumen bajo, luego se pasa a pudding y finalmente si anteriormente no se han presentado incidencias se pasa a líquido. (Imagen en anexo I)

En cada ingesta se va comprobando que no aparezca ninguna alteración en la eficacia o en la seguridad, para poder pasar de textura. La valoración se completa con una exploración oral, donde se evalúa la higiene oral, la dentadura del paciente, la actividad motora y sensitiva y el reflejo de arcada (Ferrero et. al., 2009).

Instrumentos de recogida de información de este trabajo

a.) Se realiza una entrevista semiestructurada a la Logopeda encargada de este servicio del CHUC, con el objetivo de indagar sobre el papel del logopeda, el protocolo llevado a cabo en el Hospital, los problemas que presentan estos pacientes, y las ventajas e inconvenientes de la intervención. (Ver anexo II).

b.) Observación narrativa en el cuaderno de campo

b.1) Observación y registro observacional

Se realiza una recogida observacional triangulada comentando y contrastando, de manera cooperativa junto con la propia logopeda del servicio, si la información observada es correcta, así como si se van dando los avances esperados tras las intervenciones. Se tienen en cuenta diversos criterios como: el nivel de conciencia; la saturación del paciente; el tipo de cánula que porta en ese momento; si el paciente presenta un buen reflejo deglutorio, tusígeno y de arcada; la movilidad, tono y fuerza lingual; si existe sensibilidad oral; y, si presenta un buen sellado labial.

Tras determinar que el paciente se encuentra preparado para realizarle un test de deglución, se comprueba si existe alguna alteración en la seguridad o en la eficacia que le pueda generar una deglución poco segura para el paciente. Algunas de las circunstancias que podrían señalar la presencia de alteraciones son: la presencia de tos tras la deglución de alguna de las texturas; si la deglución es fraccionada; si la saturación disminuye; si aparece por la cánula contenido tintado (eso significará que el paciente está realizando aspiraciones; entre otras cosas. Si durante o tras la prueba aparece alguna o algunas de las circunstancias anteriormente mencionadas, significaría que el paciente todavía no se encuentra preparado para ingerir ese tipo de texturas de una manera segura, por lo que se seguirá trabajando con él y se le comentará al enfermero o médico responsables del mismo las pautas y medidas necesarias con las

que el paciente deberá cumplir para tener una dieta adecuada a su estado y condiciones, así como segura para su salud y bienestar.

Se realiza una plantilla como registro observacional para reflejar la información necesaria en la atención del paciente y servir de guía y coordinación al equipo de intervención. (Ver anexo III).

Análisis de contenido de la entrevista.

Se desarrolla un análisis de contenido de la entrevista asignando diferentes categorías de análisis: Papel del logopeda; problemas que presentan estos pacientes; protocolo; tiempo de inicio y ventajas; e inconvenientes (Recogido en tabla 1).

Tabla 1.

Análisis de contenido de la entrevista con la logopeda del CHUC encargada de los pacientes traqueostomizados en UVI.

Papel del logopeda	Problemas que presentan	Protocolo	Tiempo de inicio y ventajas	Inconvenientes
Los logopedas se encargan de valorar toda la función deglutoria a los pacientes traqueostomizados, realizando un test de deglución para ver que textura pueden comer, y comprobar si el paciente presenta una disfagia. Si no es posible realizar esta prueba, se trabaja toda la musculatura y sensibilidad oral y faríngea ya que existen diversos factores que hacen que estos pacientes presenten problemas en toda la anatomía encargada de la deglución.	Un paciente con una traqueostomía, va a sufrir un impacto mecánico, fisiológico y comunicativo. Aumenta la producción de secreciones. Existe una pérdida de la sensibilidad faringo-laríngea oral y nasal. Puede existir una descoordinación aero-digestiva y protección de la vía aérea superior. Hay más riesgo de presentar una disfagia. Existe una disminución de la presión subglótica.	El protocolo que se lleva a cabo en los pacientes traqueostomizados es que sean directamente valorados por logopedia. Cuando se le realiza la interconsulta a logopedia se comienza a valorar y trabajar la musculatura deglutoria, para cuando sea posible realizarle un test de deglución, y pueda comenzar a comer lo antes posible, ya que eso será un gran avance para la salud del paciente.	Se inicia la intervención logopédica desde que el paciente tiene hecha la traqueostomía. Cuando el paciente no esté sedado, y tenga una mínima respuesta, ahí ya comenzar a estimular toda la musculatura deglutoria, para que la vaya restableciendo cuanto antes y la deglución se iniciará cuanto antes. Interviniendo precozmente, evitaremos el riesgo de atragantamiento y broncoaspiraciones, entre otras cosas, como el inicio de la comunicación.	Lo principal que se necesita es tiempo, ya que en estas unidades hay que analizar y depender de varias cosas. Y que al estar iniciando la intervención logopédica en estas unidades no nos podemos dedicar 100%. Un trabajo diario y continuo aumentaría las ventajas.

Desarrollo del programa

Esta propuesta de mejora ha sido desarrollada atendiendo a los resultados obtenidos en la entrevista, así como las observaciones realizadas. Cabe destacar, los diversos problemas e inconvenientes que se generan a la hora de intervenir con estos pacientes y la necesidad del papel del logopeda en los pacientes traqueostomizados en estas unidades.

Dicho esto, resaltan tres problemas que se producen en la intervención logopédica. Estos son la necesidad de un aumento de tiempo en la duración de las sesiones y del número de sesiones; coordinación entre el personal competente; y la necesidad de una inmediata intervención para que la mejora del paciente sea un proceso más rápido y eficaz.

A continuación, se desarrollará una propuesta de intervención donde se ampliará el número de sesiones por paciente; se realizará una propuesta que afectará a la gestión hospitalaria para una coordinación entre el personal que trabaja en la unidad con sus respectivos horarios para una mejor organización del tiempo; el comienzo de la intervención logopédica de manera inmediata, desde que el paciente esté consciente tras la realización de la traqueostomía; y la realización de registros observacionales.

Objetivos del programa de intervención

Objetivo general

Valorar y trabajar la función deglutoria de los pacientes traqueostomizados

Objetivos específicos

Durante la intervención se pautan una serie de objetivos:

- Aumentar el número de sesiones por paciente.
- Valorar la musculatura deglutoria siempre que sea posible, en caso contrario, se comienza a estimularla.
- Comprobar que están los reflejos necesarios para una deglución segura: arcada, tusígeno, deglutorio.

- Valorar la deglución para una alimentación segura y eficaz mediante el MECV-V (Método de exploración clínica volumen-viscosidad) con colorante alimenticio en cada textura.
- Proponer pautas y ejercicios para la recuperación de la disfagia.
- Mejorar la coordinación entre profesionales de la unidad.
- Utilizar un registro observacional en cada sesión.

Sesiones y temporalización

Este programa se desarrollará en 4 sesiones semanales durante un periodo de 2 semanas, siendo la duración de las mismas de 45 minutos, pudiendo variar según el estado del paciente. En total, se llevarán a cabo 8 sesiones, y en ellas se realizarán los ejercicios y valoraciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos. Tras la realización de cada sesión, se llevará a cabo un análisis y observación del paciente con la finalidad de estudiar su estado, además de saber si existen variaciones en cuanto a su mejoría, así como si resulta necesario realizar algún cambio.

A continuación, se presentará una tabla en donde se plasmarán las sesiones, su temporalización, los objetivos, y los materiales diseñados para el programa de intervención.

Materiales de seguimiento del programa

Elaboración de una herramienta como registro observacional que consiste en una plantilla para la logopeda con la finalidad de reflejar la información necesaria en la intervención del paciente, mejorar la organización y coordinación del equipo, así como una mejor estructuración del tiempo.. (Ver anexo II).

Desarrollo del programa de intervención.

Este programa de intervención se estructura en 8 sesiones de 45 minutos cada una

Tabla 2

Diseño del programa de intervención

Sesión	Temporalización	Objetivos	Estrategias	Materiales
1	Comprobación nivel de conciencia y postural: 5-10' Lavado bucal: 5' Estimulación oral de manera pasiva: 20' Trabajo de reflejos: 10'	Aumentar la sensibilidad orofaríngea; Estimular la musculatura de manera pasiva, conseguir los reflejos necesarios para una deglución segura: tusígeno, arcada y deglutorio.	Tiempo de descanso Modelado Refuerzo positivo	Depresores; gasas; vibradores orales con diferentes texturas; chips de hielos; pipetas; clorhexidina; fonendo; air-set.
2	En esta sesión se llevará a cabo el proceso que se encuentra descrito en la primera sesión.	En esta sesión se pretenden alcanzar los mismos objetivos que la primera sesión.	(Las estrategias utilizadas son las mismas en todas las sesiones).	(Se utilizan los mismos materiales en todas las sesiones).

3	En esta sesión se llevará a cabo el proceso que se encuentra descrito en la primera sesión.	En esta sesión se pretenden alcanzar los mismos objetivos que la primera sesión.
4	En esta sesión se llevará a cabo el proceso que se encuentra descrito en la primera sesión.	En esta sesión se pretenden alcanzar los mismos objetivos que la primera sesión.
5	En esta sesión además de llevarse a cabo lo descrito anteriormente, se sumará a la intervención: Trabajar sensibilidad oral: 5' Trabajo de tono, fuerza y movilidad lingual: 25'	En esta sesión, aparte de los objetivos anteriores, también se pretende alcanzar: movilidad, tono y fuerza lingual.
6	En esta sesión se lleva a cabo lo realizado en la quinta sesión.	En esta sesión se llevan a cabo los mismos objetivos que en la quinta sesión.

7	En esta sesión, se trabaja todo lo de las sesiones anteriores además de: Sellado labial: 5' Sellado velo Palatino: 5'	Se pretende alcanzar los mismos objetivos que la sesión anterior además de lograr sellados adecuados.
---	---	---

8	En esta sesión, se trabaja todo lo estipulado en la séptima sesión.	Se pretenden alcanzar los mismos objetivos que la séptima sesión.
---	---	---

Cabe destacar que las sesiones se desarrollarán en días consecutivos con la finalidad de intentar no causar perjuicios sobre el estado del paciente y mantener los resultados y beneficios obtenidos previamente.

Por otro lado, será necesario tener presente que la intervención y el número de sesiones puede variar según el paciente debido a que son diversos los factores que pueden dificultar dicha intervención como, por ejemplo, su nivel de conciencia o el estado en el que se encuentre.

Por consiguiente, cuando se observe que el paciente se encuentra preparado para la ingesta oral, se le realizará el test de deglución con el objetivo de saber el tipo de textura que este puede ingerir para que así el proceso de deglución sea seguro y eficaz. Seguido a ello, se continuará trabajando con el paciente hasta que consiga tolerar todas y cada una de las texturas. Dicho esto, en caso de no presentar ninguna alteración se sigue trabajando con él para evitar perjuicios sobre la musculatura del paciente.

Evaluación del programa de intervención

La evaluación se llevará a cabo durante todo el proceso del programa de intervención desde su planificación hasta su finalización, mediante una evaluación procesual. Para asegurar una mayor efectividad del programa, se realizará un seguimiento y se generarán las modificaciones que resulten oportunas durante el proceso.

Se pretende evaluar del programa:

- Valorar que los objetivos de las sesiones se van cumpliendo a medida que se va aplicando la intervención.
- Comprobar si los objetivos y actividades propuestas se adaptan a las necesidades del usuario.
- Comprobar si el usuario presenta un progreso tras las sesiones.
- Comprobar, a través de otros profesionales y pruebas, si el programa de intervención ha contribuido a la mejoría de la deglución de los pacientes.

La evaluación del programa se realizará a través de encuestas de satisfacción para estudiar los puntos a favor y en contra con el fin de mejorar la propuesta de intervención.

Tabla 3

Criterios de evaluación del programa de intervención

Dimensiones	Indicadores
Suficiencia	Los objetivos y ejercicios propuestos en el programa son suficientes para conseguir un progreso y una mejora en la musculatura de la deglución de los usuarios.
Adecuación	El programa es adecuado para lograr una deglución segura y eficaz en los usuarios. Si el uso de los materiales han sido adecuado o no, y se adaptan al paciente. El programa se adapta a las necesidad y capacidades de los usuarios.

Utilidad	<p>La musculatura deglutoria mejora tras la aplicación de los objetivos y ejercicios propuestos.</p> <p>El programa es apropiado para la participación e integración de los otros profesiones.</p>
Eficacia	<p>Los objetivos planteados en el programa se alcanzan en gran medida durante el transcurso de la intervención.</p>
Observaciones	<p>Se va comentando tras cada ejercicio lo que se va observando y si está siendo eficaz lo realizado.</p>

Resultados previstos

Tras el análisis y comparación de los diversos protocolos previamente vistos se puede observar como en los distintos hospitales se utilizan diversas técnicas de intervención, pero con una misma finalidad, la cual consiste en detectar alteraciones de la seguridad o de la eficacia de la deglución.

Por otro lado, lo que más destaca es que en los otros Hospitales consultados solamente se contacta con el servicio de logopedia si el personal de enfermería detecta alguna alteración que puede afectar a la seguridad de la deglución. En cambio, en el CHUC, y en Estados Unidos se ha conseguido que todo paciente traqueostomizado sea valorado y pase por rehabilitación logopédica para prevenir, en la medida de lo posible, una disfagia ya que existe un alto porcentaje de que estos pacientes puedan presentarla y sean los propios logopedas los que realicen la valoración.

Lo que se espera de esta propuesta de intervención, tras el incremento del número y tiempo de las sesiones, por un lado, alcanzar una mejor organización entre el personal sanitario, y, por otro lado, la creación de un registro observacional con el objetivo de facilitar la coordinación y la sistematización de la información, y así obtener avances significativos en la rehabilitación y la salud del paciente, teniendo siempre presente su estado y sus capacidades.

Tras la fase de análisis del protocolo del Hospital Universitario de Canarias, en el programa de intervención, se ha intentado resolver la problemática existente sobre la falta de tiempo para poder darle una rehabilitación de calidad a los pacientes.

En relación con lo anterior, se espera que si el paciente recibe el número de sesiones necesarias con la duración estimada anteriormente, la rehabilitación logopédica traerá consigo mejores resultados con respecto a su estado. Asimismo, los objetivos se alcanzarían de manera más rápida y se evitarían perjuicios como una musculatura orofacial no estimulada, ni trabajada logopédicamente sobre el paciente, ocasionando a su vez, una disfagia.

En la propuesta de intervención se han detallado el número de sesiones recomendables y la duración de las mismas, teniendo presente la posibilidad que existe

de variación en número y duración de acuerdo al paciente y su estado; los objetivos que se quieren alcanzar en cada sesión; las estrategias; y, los materiales a utilizar.

Hay que destacar que es importante el análisis y la observación tras cada sesión para confirmar que el tratamiento está siendo efectivo. Así como la utilización del registro observacional creado.

Finalmente, lo que se quiere alcanzar con lo anteriormente mencionado es la necesidad de contar con una gestión hospitalaria adecuada, que facilite los procesos de coordinación entre servicios, y facilite la incorporación de más personal de logopedas, con el fin de aportar una mayor calidad a la intervención de estos pacientes y un avance en su recuperación.

Conclusión

El programa de intervención desarrollado tiene como objetivo general mejorar la eficacia de la intervención logopédica en los pacientes traqueostomizados debido a que sus necesidades lo requieren, aumentando el número de sesiones y el tiempo de cada una de ellas; una mejor coordinación entre los equipos dentro de la unidad; así como una mejora de la gestión hospitalaria, para facilitar lo anteriormente comentado. Para ello, se plantean una serie de objetivos específicos para llevar a cabo en las sesiones. Estos son: un aumento del número de sesiones y del tiempo de la intervención logopédica; la utilización de un registro observacional en cada intervención; valorar y estimular la musculatura deglutoria; valorar y trabajar los reflejos necesarios para una deglución segura; valorar la deglución para una alimentación segura y eficaz mediante el MECV-V (método de exploración clínica volumen-viscosidad) con colorantes alimentarios en cada una de las texturas; y, por último, proponer pautas y ejercicios para la recuperación de la disfagia.

La intervención puede variar entre pacientes ya que existen diversos factores que pueden ocasionar dificultades a la hora de la intervención, como, por ejemplo, el estado en el que se encuentra el paciente; su nivel de conciencia, entre otras muchas circunstancias.

Si las intervenciones logopédicas no se aumentan, el paciente puede empeorar considerablemente debido a que se pueden ocasionar diversos problemas tal y como sugiere (Amanthieu et al., 2012), que afirma que entre el 11% al 93% de los pacientes a quienes se les ha realizado una traqueostomía, presentan disfagia.

La detección temprana de los riesgos de disfagia ayuda a prevenir y reducir complicaciones como una neumonía que podría ocasionar incluso la muerte del paciente.

Por lo que expongo la gran necesidad de una buena rehabilitación logopédica del habla y de la deglución con motivo a que su intervención a tiempo, mejoraría significativamente la sensaciones de bienestar y salud proporcionando una mejor calidad de vida al paciente.

Listado de Referencias

- Aledón, N. (2023). Logopedia y Salud – Papel del logopeda en cuidados intensivos y urgencias (Nº 5). [Episodio de Poscast].
- Amathieu, R., Sauvat, S., Reynaud, P., Slavov, V., Luis, D., Dinca, A., & Dhonneur, G. (2012). Influence of the cuff pressure on the swallowing reflex in tracheostomized intensive care unit patients. *British Journal of Anaesthesia*, 109 (4), 578-583. doi: 10.1093/bja/aes210.
- Badillo, A., Jimeno, M., Vázquez, E., & García, A. (s.f.). *Manejo del paciente traqueotomizado, cánulas y aplicación de fármacos inhalados*. Recuperado de https://www.neumosur.net/files/publicaciones/ebook/25-TRAQUEOSTOMIZADO-Neumologia-3_ed.pdf.
- Cabezas, V., & Rosales, F. (2017). Relación entre los trastornos de la deglución y pacientes traqueostomizados: una revisión sistemática. *Revista de Investigación en Logopedia*, 2, 128-156.
- Casasola, M., Benito, J., Bobillo, F., Parra, L., Cicuéndez, R., & Morais, D. (2018) Proyecto de seguridad del paciente traqueotomizado procedente de una unidad de cuidados críticos. *Revista ORL*, 9(1), pp.5-17.
- Clark, S., & Ebersole, B. (2019, Agosto). Comprender la función de los logopedas para el tratamiento de la disfagia. *Elsevier*, 36 (4), 12-16.

Ferrero, M., Castellano, E., & Navarro, R. (2009). *Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un Hospital de Media y Larga Estancia. Nutrición Hospitalaria*, 24(5), 588-595.

García, E., Gavilán, M., & Gavilán, A. (2018, abril 18). Disfagia, *Revista Electrónica de Portales Médicos* de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/disfagia/>

Giménez, P. (2018). *Intervención logopédica en el paciente neurológico portador de cánula de traqueostomía* [Trabajo Fin de Grado]. Universidad de Valladolid, España.

McRae, J., Montgomery, E., Garstang, Z & Cleary, E. (2020) The role of speech and language therapists in the intensive care unit. *Journal of the Intensive Care Society* . (21), pp. 344-348

Pisegna, J.M., & Langmore, S. E. (2018). The ice chip protocol: A description of the protocol and case reports. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 3(13), 28-46.

Readi, R., Gómez, F., & Osorio, J. (2015). Traqueotomía abierta en la unidad de cuidados intensivos. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 75 (1), 7-12. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162015000100002>.

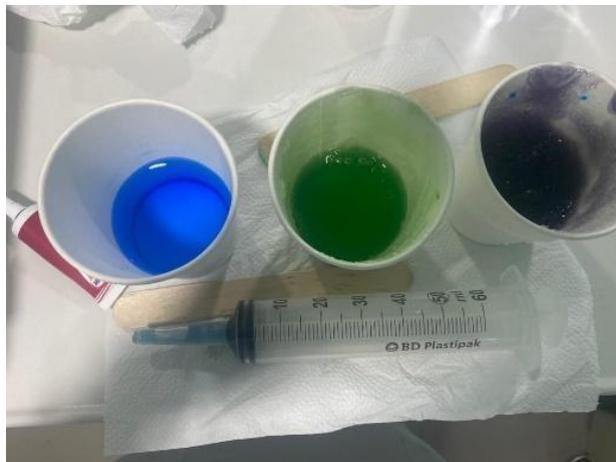
Russell, C., & Matta, B. (2004). *Tracheostomy; a multiprofessional handbook*. San Francisco, EEUU, BioMed Central Limited.

Sará, J. E., Hernández, O., Ramírez, L. E., & Restrepo, D. (2015). Pacientes con trastorno de la deglución después de ventilación mecánica y traqueostomía, resultados del manejo con terapia deglutoria en UCI: «serie de casos». *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 15(3), 215-219. Doi: 10.1016/j.acci.2015.06.004

Veitia, G. (2009). Disfagia orofaríngea. *Gene*, 63 (4), 302-307. Recuperado el 26 de marzo de 2023, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-3503200900400014&lng=es&tlng=es.

ANEXOS

Anexo I. MECV-V (Con colorante de diferentes colores en cada una de las texturas).



Azul: Líquido

Verde: Néctar

Violeta: Pudding

Anexo II. Transcripción de la entrevista

La entrevista fue formada por la siguientes preguntas:

- ¿Cuál es el papel del logopeda en pacientes traqueotomizados en UCI/UVI?
- ¿Qué problemas presentan los pacientes traqueotomizados?
- ¿Cómo logopeda que trabaja en un Hospital sigue un protocolo establecido por el centro o utiliza el suyo propio?
- ¿Cuál es el protocolo utilizado?
- ¿Cuándo cree usted que hay que iniciar la intervención logopédica en este tipo de pacientes?
- ¿Qué ventajas tiene una intervención precoz en este tipo de pacientes?
- ¿Encuentra algún tipo de inconveniente a la hora de tratar con estos pacientes?

Entrevista transcrita:

La entrevista fue formada por la siguientes preguntas:

- **¿Cuál es el papel del logopeda en pacientes traqueotomizados en UCI/UVI?**

Bueno... Como ya sabes la logopeda no solo se encarga de la comunicación, del lenguaje, de la audición, de la voz, sino que también se encarga de las funciones orales no verbales, que son la deglución, la respiración, la masticación y la succión. Por lo tanto, hay algunos factores que hacen que los pacientes cuando se les practica una traqueostomía y lleva mucho tiempo con ella tienen problemas en la movilización, en la sensibilización de toda esa musculatura deglutoria. Entonces, ahí es donde entramos los logopedas valorando toda esa función y si no es posible la deglución se empieza a estimular toda esa musculatura y si es posible pues valorar la deglución con un test de disfagia.

Una vez que se le realiza el test de deglución y el paciente puede empezar a comer pues puede empezar a comer, aunque tenga una traqueostomía ¿vale? Que muchas veces tenemos relacionado que un paciente con traqueostomía no puede comer o presenta ya directamente disfagia y no es así. El tener la cánula de traqueostomía hace que exista más posibilidades de presentar disfagia, pero no todos la tienen entonces hay pacientes que sí y hay pacientes que no por eso es importante valorarlos a todos y los que no pueden pues empezar a valorar toda esa musculatura como el fisio trabaja la musculatura periférica, y en el caso de que sea posible pues ya se valora y si puede comer de todas las texturas pues empezar una dieta normal y si no es posible pues la textura que si pueda comer.

- **¿Qué problemas presentan los pacientes traqueotomizados en el ámbito logopédico?**

Pues un paciente que presenta una traqueostomía va a sufrir un impacto mecánico, fisiológico y comunicativo, entonces directamente, claro ya el aire les entra frío y seco a través de la cánula de traqueostomía, es verdad, que en estas unidades puede.. eh.. le humidifican dependiendo de la ventilación que se esté utilizando, humidifican el aire, por lo tanto esto no les sucede, pero cuando estos pacientes no precisen de ventilación o de oxígeno y sí precisen de mantener un poco más la traqueostomía pues a lo mejor pues ahí sí que tendrían ese impacto.

El tener esto también aumenta la producción de secreciones, el tener la traqueostomía si es en UVI seguramente estará con ventilación mecánica con el balón inflado y eso va a hacer que haya una pérdida de la sensibilidad faríngeo-laríngea oral y nasal.

El peso de la cánula de la traqueostomía va a disminuir la elevación faríngea, fundamental en la deglución.

Hay una descoordinación Aero-digestiva y protección de la vía aérea superior porque ya el paciente cuando traga como también tienen la cánula de traqueostomía, ya no hace apnea por lo tanto esa descoordinación aero-digestiva va a estar en todo el momento en que el paciente porte una cánula de traqueostomía.

Hay una disminución de la presión subglótica.

Si la paciente tiene un neumotaponamiento inflado, pues todo el impacto que conlleva tener todo ese neumotaponamiento, como puede ser: que no se restable todo el flujo de aire a vía aérea superior por lo tanto se pierde toda esa sensibilidad faríngeo-laríngea; también tener el neumotaponamiento inflado puede hacer que el paciente tenga más riesgo de sufrir aspiraciones silentes por toda esa descoordinación y toda esa falta de sensibilidad

Luego también tener el neumotaponamiento inflado, hace que muchas veces mucha gente suele inflarlo para darle de comer y muchas veces lo sobre inflan y todo eso puede ocasionar riesgo de estenosis traqueal, riesgo de fistula esofágica, no se puede valorar la voz porque el neumo inflado hace que no suba el aire a vía aérea superior y también se disminuye toda la presión subglótica.

- **¿Cómo logopeda que trabaja en un Hospital sigue un protocolo establecido por el centro o utiliza el suyo propio?**

Mira pues cuando comencé a trabajar en la UVI, cuando me empezaron a hacer interconsultas no había ningún protocolo hecho, simplemente pues me hacían alguna interconsulta con algún paciente que tenía alguna dificultad ya que ellos habían visto, entonces, pues un poco para que supieran el papel del logopeda en estas unidades pues el año pasado en mayo se hizo una sesión clínica con los médicos, enfermeros y

auxiliares de UVI. En estas sesiones se explicó nuestro trabajo y a partir de ese momento me empezaron a hacer interconsultas.

Entonces, especialmente no hay nada pero si que estamos a nivel interno protocolizando, nuestra idea es hacerlo y presentarlo por escrito para presentarlo a la dirección pero todavía no estamos en esa fase pero la idea es que internamente se está haciendo que todos los pacientes traqueostomizados pues ya directamente sean valorado por logopedia. ¿Por qué? Por todo lo que te comenté antes de los factores de riesgo que tienen estos pacientes, por lo que se está intentado que desde que el paciente tenga hecha la traqueostomía y ya tenga un Glasgow más o menos entre 9-11 ya se le hace interconsulta a logopedia y comenzamos a valorar la musculatura, sino es posible empezamos a estimularla.

Si el paciente está activo 100% lo que hacemos es trabajamos la musculatura de manera pasiva y según el estado del paciente pues vamos viendo si podemos ir avanzando y si podemos conseguir que el paciente vaya mejorando toda esa función deglutoria para cuando sea posible realizarle el test de deglución y ver si puede empezar a comer cuanto antes. Porque al final cuando un paciente se ve comiendo, incluso si nosotros estamos metidos, se van cambiando cosas y el paciente pasa a válvula fenestrada, se le puede poner una válvula fonatoria y el paciente también se empieza a comunicar.

Un paciente que se empieza a comunicar y que empieza a comer se ve más fuera de la UVI que dentro, entonces eso es muy positivo.

- **¿Cuál es el protocolo utilizado?**

El protocolo utilizado es el que te comenté antes, no tenemos todavía nada oficial, pero sí que se está intentado que todos los pacientes con traqueostomía sean valorados por logopedia.

- **¿Cuándo cree usted que hay que iniciar la intervención logopédica con estos pacientes?**

Pues yo creo que hay que empezar desde el momento que se sabe que el paciente tiene hecha una traqueostomía. Es verdad que a lo mejor el nivel de

consciencia de esos pacientes no es el adecuado, pero podemos trabajar de manera pasiva.

Si el paciente está sedado obviamente no, pero ya cuando el paciente deja de estar sedado y tiene una mínima respuesta, pues ya ahí empezar a estimular toda esa musculatura deglutoria.

- **¿Qué ventajas tiene una intervención precoz en este tipo de pacientes?**

Bueno, anteriormente ya te conté las ventajas pero bueno, que nosotros intervengamos antes, pues hace que el paciente esa musculatura la vaya restableciendo antes, cuando ya el paciente se quiera, bueno a lo mejor los médicos quieren que se valore si el paciente ya puede comer, pues ya hemos trabajado por lo tanto en ese momento se podrá valorar la musculatura, antes si no nos hubiesen hecho interconsulta pues alomejor ese paciente tiene toda esa musculatura debilitada, se valorará la deglución y lo que habrán son atragantamientos, bronco aspiraciones y pasos para atrás.

Entonces, una de las ventajas de nuestra intervención precoz es evitar el riesgo de atragantamiento y broncoaspiraciones; o aspiraciones silentes, que la verdad que hemos detectado algunas en estas unidades.

También una intervención precoz por nuestra parte puede hacer que podamos modificar y que hablemos con el médico y si se puede pues pasar a una cánula fenestrada, pudiendo poner una válvula fonatoria con lo que beneficia puesto que se podría comunicar.

Además, una intervención precoz por nuestra parte puede hacer que el paciente pueda empezar a comer antes.

Restablecer todo el flujo a vía aérea superior puede hacer que el paciente inicie antes el proceso de decanulación.

Vamos, que podemos estar ahí a tope tanto en la iniciación de la comunicación; en la iniciación de la deglución; echar una mano en el proceso de decanulación...Pues la verdad que una iniciación precoz puede ayudar al paciente en un montón de áreas.

¿Encuentra algún tipo de inconveniente a la hora de tratar / intervenir con este tipo de pacientes?

Pues... inconveniente como tal, el principal es que como no estamos dedicadas al 100% a estas unidades sino como por ejemplo en mi caso yo trabajo en toda hospitalización pues no le puedo dedicar el tiempo diario que estos pacientes necesitan. Son pacientes críticos, por lo tanto, no podemos llegar, trabajar 10 minutos y ya está. Hay que ver si al paciente no le están haciendo nada, entrar, ver como están, ver cómo están saturando, ver cómo está su frecuencia cardiaca, ver como lo están ventilando... ¿Sabes? Necesitas saber una serie de cuestiones que te llevan tiempo, por lo que una de las cosas que necesito yo es tiempo para trabajar con estos pacientes; para poder hablar con su médico responsable; para poder diseñar el plan terapéutico; pues si pasamos un test de deglución tenemos que depender de que el enfermero responsable nos pueda ayudar para aspirar al paciente cuando finalicemos la prueba... Por lo que más que con el paciente en sí, lo que yo veo es un problema de logística en el sentido de que como estamos iniciándonos en estas unidades pues no tenemos pues todavía la opción de dedicarnos al 100% a estas unidades.

Ha habido momentos donde he tenido 12 pacientes en UVI y claro es imposible tratarlos a todos el mismo día y es imposible tratarlos todos los días porque se suman el resto de los pacientes de todo el hospital y no es posible. Entonces este es el inconveniente principal que yo veo que si tuviera un trabajo diario y continuo pues las ventajas se verían mucho más.

Pero la verdad que los pacientes cuando tienen una mínima consciencia se trabaja bien con ellos y cuando ya van respondiendo más pues el trabajo con ellos es muy bonito y muy enriquecedor y además se ven los avances. Y pues ahí se ve que nuestro trabajo sirve para algo.

Dichas entrevistas fueron analizadas y transcritas para mejorar la organización.

ANEXO III. Registro observacional

Esta ficha se rellenará con cada uno de los pacientes para una mejor organización; un seguimiento más seguro y ayude al ahorro del tiempo. Se irá marcando con una X si presenta los aspectos indicados.

Pacientes	Aspectos	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Observaciones
	-Nivel de conciencia									
	-Higiene oral									
	- Sellado labial									
	-Sellado velopalatino									
	-Sensibilidad orofaríngea									
	-Fuerza lingual									
	-Tono lingual									
	-Movilidad lingual									
	-Reflejo de arcada									
	-Reflejo tusígeno									
	-Reflejo deglutorio									
	-Tos efectiva									

Registro observacional Test de deglución: ´

Esta ficha se rellenará cuando se realice el test de deglución MECV-V (Método de exploración clínica volumen-viscosidad), con cada textura y ml. Para que esta prueba se realice el paciente debe estar orientado en las 3 esferas (tiempo, persona y lugar) y en una postura adecuada. Si no existen incidencias entre cantidad y textura se va pasando a la siguiente.

Pacientes	Aspectos	X	Observaciones
	TEXTURA NÉCTAR 5ml		
	Activo		
	Orientado		
	- Desaturación		
	- Deglución fraccionada		
	- Tos tras deglución		
	- Residuos orales		
	- Reflejo deglutorio tardío		
	- Voz húmeda		
	- Alimento mucho tiempo en fase oral		
	- Salida del contenido por la cánula		

Pacientes	Aspectos	X	Observaciones
	TEXTURA NÉCTAR 10 ml		
	Activo		
	Orientado		
	- Desaturación		
	- Deglución fraccionada		
	- Tos tras deglución		
	- Residuos orales		
	- Reflejo deglutorio tardío		
	- Voz húmeda		
	- Alimento mucho tiempo en fase oral		
	- Salida del contenido por la cánula		

Pacientes	Aspectos	X	Observaciones
	TEXTURA NÉCTAR 20 ml		
	Activo		
	Orientado		
	- Desaturación		
	- Deglución fraccionada		
	- Tos tras deglución		
	- Residuos orales		
	- Reflejo deglutorio tardío		
	- Voz húmeda		
	- Alimento mucho tiempo en fase oral		
	- Salida del contenido por la cánula		

Pacientes	Aspectos	X	Observaciones
	TEXTURA PUDDING 5 ml		
	Activo		
	Orientado		
	- Desaturación		
	- Deglución fraccionada		
	- Tos tras deglución		
	- Residuos orales		
	- Reflejo deglutorio tardío		
	- Voz húmeda		
	- Alimento mucho tiempo en fase oral		
	- Salida del contenido por la cánula		

Pacientes	Aspectos	X	Observaciones
	TEXTURA PUDDING 10ml		
	Activo		
	Orientado		
	<ul style="list-style-type: none"> - Desaturación - Deglución fraccionada - Tos tras deglución - Residuos orales - Reflejo deglutorio tardío - Voz húmeda - Alimento mucho tiempo en fase oral - Salida del contenido por la cánula 		

Pacientes	Aspectos	X	Observaciones
	TEXTURA PUDDING 20 ml		
	Activo		
	Orientado		
	<ul style="list-style-type: none"> - Desaturación - Deglución fraccionada - Tos tras deglución - Residuos orales - Reflejo deglutorio tardío - Voz húmeda - Alimento mucho tiempo en fase oral - Salida del contenido por la cánula 		

Pacientes	Aspectos	X	Observaciones
	TEXTURA LÍQUIDO 5 ml		
	Activo		
	Orientado		
	- Desaturación		
	- Deglución fraccionada		
	- Tos tras deglución		
	- Residuos orales		
	- Reflejo deglutorio tardío		
	- Voz húmeda		
	- Alimento mucho tiempo en fase oral		
	- Salida del contenido por la cánula		

Pacientes	Aspectos	X	Observaciones
	TEXTURA LÍQUIDO 10 ml		
	Activo		
	Orientado		
	- Desaturación		
	- Deglución fraccionada		
	- Tos tras deglución		
	- Residuos orales		
	- Reflejo deglutorio tardío		
	- Voz húmeda		
	- Alimento mucho tiempo en fase oral		
	- Salida del contenido por la cánula		

Pacientes	Aspectos	X	Observaciones
	TEXTURA LÍQUIDO 20 ml		
	Activo		
	Orientado		
	- Desaturación		
	- Deglución fraccionada		
	- Tos tras deglución		
	- Residuos orales		
	- Reflejo deglutorio tardío		
	- Voz húmeda		
	- Alimento mucho tiempo en fase oral		
	- Salida del contenido por la cánula		