

Papel de la logopedia en una Unidad Hospitalaria de Quemados

Paloma Virginia Rico Cantillo¹. Pedro Vaamonde Lago²

¹Logopeda. Servicio de Otorrinolaringología

²Otorrinolaringólogo. Unidad de Voz y Disfagia. Servicio de Otorrinolaringología

^{1,2}Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Xerencia de Xestión Integrada de Santiago.

Santiago de Compostela. A Coruña. España

E-mail: palomarico22@yahoo.es

La formación de equipos multidisciplinares para el cuidado de los grandes quemados se ha demostrado como el más apropiado para optimizar su manejo y pronóstico. En los últimos tiempos los logopedas se han ido incorporando a estas Unidades especialmente en países como Australia o EUA. Sin embargo, este campo de la rehabilitación logopédica está aún en pleno desarrollo, encontrándose en su verdadera infancia. El papel del logopeda no suele estar muy bien definido y hay una gran variabilidad respecto a su participación según las diversas zonas geográficas.

Desconocemos la situación en nuestro medio, no habiendo encontrado ninguna referencia bibliográfica al respecto, aunque en nuestra experiencia no es frecuente. El desconocimiento sobre las funciones de los logopedas, así como su adscripción a diversos Servicios hospitalarios o extrahospitalarios (Foniatría, Neurología, Otorrinolaringología, Rehabilitación,...), dependiendo de los diferentes centros, no ayuda. La clásica carencia de este tipo de profesionales en la Medicina Pública también afecta a su disponibilidad.

En general, se acepta que su ámbito en los

quemados es fundamentalmente los trastornos de la deglución y de la comunicación derivados de las secuelas producidas por las propias quemaduras o por las complicaciones y procedimientos terapéuticos necesarios para estabilizarlos en la fase crítica. Otras áreas de práctica clínica, menos frecuentes, son el manejo de traqueotomías o la prevención de las contracturas faciales.

Su idoneidad para este tipo de trastornos se debe al conocimiento de la anatomía y fisiología de los órganos de la cabeza y el cuello involucrados en la voz, habla, lenguaje y deglución así como de los múltiples recursos para su rehabilitación. Es necesario por tanto familiarizar a los miembros de los equipos multidisciplinares con la naturaleza de los trastornos en los quemados susceptibles de ser tratados por los logopedas así como con sus capacidades para su cuidado.

El objetivo del presente manuscrito será precisamente delimitar el papel de las técnicas logopédicas en la rehabilitación de los grandes quemados.

1. Manejo de los trastornos de la deglución (disfagia orofaríngea):

La disfagia es una secuela frecuente en el paciente con quemaduras severas, y puede ser producida por diversos factores como son: lesiones por quemaduras orofaciales o por inhalación, formación de contracturas orofaciales y microstomía, afectación mucosa orofaríngea y laríngea, osificación heterotópica, estenosis y parálisis cordales. También influyen la intubación prolongada, la traqueotomía, la acción de vendajes, collares o férulas, la lesión cerebral o la neuromiopatía del paciente crítico.

En otros campos, por ejemplo en las Unidades de Ictus, la detección y manejo temprano de la disfagia ha demostrado una disminución de la mortalidad y la estancia hospitalaria, siendo una buena estrategia para evitar aspiraciones y la necesidad de ventilación mecánica. Es de esperar que en las Unidades de Quemados ocurra lo mismo.

Es recomendable en todo paciente crítico la realización de un test de cribado para detectar la existencia de disfagia orofaríngea (EAT-10, MEC-V, GUSS,...). El logopeda, en colaboración con el equipo multidisciplinario, interviene en la exploración clínica a pie de cama (*bedside evaluation*) que permite la confirmación y valoración funcional de la disfagia. Depen-

diendo de las particularidades de cada Centro podrá colaborar, por ejemplo, integrada en una Unidad Hospitalaria de Disfagia, en la exploración instrumental de los pacientes mediante la realización de videoendoscopias de deglución (FEES) o videofluoroscopias de deglución. Se debe estadificar el grado de disfagia (por ejemplo con la escala DOSS de O'Neal) clarificando si la alimentación puede ser oral o enteral (sonda nasogástrica o nasoyeyunal, sonda de gastrostomía o yeyunostomía). Si la alimentación es oral se deben determinar cuáles son las modificaciones dietéticas apropiadas (modificación de líquidos con espesantes, modificación de sólidos con dietas túrmix, de disfagia, o blanda). La labor educativa con el propio paciente, sus familiares y el resto del equipo es parte fundamental del trabajo logopédico.

Su papel esencial es la rehabilitación de los trastornos de la deglución teniendo en cuenta las características especiales de los quemados. Debemos aclarar que esta rehabilitación sólo es útil en las disfagias orofaríngeas sin tener efectividad en las esofágicas.

Las primeras en usarse son las terapias compensadoras dentro de las cuales las más co-

munes son las maniobras posturales que permiten variar, mediante el cambio de la postura del cuello y la cabeza, el flujo y las dimensiones faríngeas disminuyendo las aspiraciones hasta un 80 % (flexión cefálica, extensión cefálica, inclinación cefálica, maniobra hombro-mentón,...). Tienen la ventaja de que se pueden realizar sin la colaboración activa del enfermo. Otras terapias compensadoras son las modificaciones del bolo (textura, sabor, cantidad, temperatura) o el uso de prótesis intraorales. Más numerosas son las técnicas que permiten alterar la fisiología de la deglución buscando primordialmente mejorar el tono y el movimiento, mejorar la sensibilidad y tomar control voluntario sobre los tiempos de movimiento de las estructuras orofaríngeas de la deglución y su coordinación. Pueden ser indirectas (secas) o directas (con alimento).

Existen una gran cantidad de praxias orofaciales, faríngeas y laríngeas dirigidas a mejorar el rango de movimiento, el control motor y el tono de las diferentes estructuras (desde los labios al esfínter esofágico superior). Los ejercicios de Shaker o CTAR entran dentro de esta categoría y están dirigidos a favorecer la elevación laríngea. La estimulación termotáctil es

el principal medio para mejorar la sensibilidad intraoral y reducir el tiempo de tránsito oral.

Se utilizan maniobras deglutorias que protegen la vía aérea y facilitan el paso rápido del bolo (supraglótica, supersupraglótica, deglución forzada y Mendelsohn). Necesitan la colaboración activa del paciente.

En el caso de los quemados se deberá valorar de manera multidisciplinaria el solapamiento con otros ejercicios indicados para el cuidado contra retracciones cutáneas y las cicatrices hipertróficas, así como el uso de expansores cutáneos, colgajos y férulas orales.

2. Manejo de las alteraciones de la comunicación:

La recuperación de las habilidades comunicativas mejora la calidad de vida de este tipo de pacientes, facilitando su participación en las decisiones terapéuticas y en el proceso de recuperación. Estos pacientes a menudo experimentan síntomas psicológicos y psiquiátricos durante la fase de hospitalización que se asocian a peores resultados a largo plazo; la rápida restauración de la función comunicativa facilita el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos psicológicos.

Los logopedas pueden intervenir en varios ámbitos de trabajo, diferenciándose de una manera a veces más académica que real en la voz, el habla, el lenguaje y otras alteraciones cognitivas-comunicativas.

Las mismas causas que pueden producir una disfagia en el quemado pueden ser causa de una disfonía o una disglosia. La intubación endotraqueal o la traqueotomía limitan la capacidad de la voz y el habla. Las cicatrices resultantes producen reducción de la distensibilidad tisular afectando a la expresión facial, la resonancia y proyección de la voz y la articulación. Los daños cerebrales por hipoxia, inhalación de humos tóxicos, complicaciones médicas (shock, deshidratación, desequilibrio electrolítico, etc.), o efectos secundarios de medicaciones, pueden ser causa de disartrias, apraxias del habla y afasias.

El logopeda, en estrecha colaboración con foniatras, otorrinolaringólogos y neurólogos, según sea el caso, colabora en la exploración clínica e instrumental de las diversas patologías. Posteriormente aplica las diferentes técnicas rehabilitadoras de la fonación, resonancia, articulación, ritmo, prosodia o de las variadas dimensiones del lenguaje.

También está familiarizado con la indicación y empleo de sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (AAC) constituidos por todas aquellas ayudas técnicas y estrategias de intervención que se dirigen a sustituir y/o aumentar el habla. Deberán ser indicados en los pacientes quemados que son incapaces de comunicarse oralmente proporcionando apoyo para su uso al propio paciente, familiares y otros miembros del equipo multidisciplinario.

3. Traqueotomías

Las cánulas de traqueotomía son habituales en el ámbito logopédico, influenciando la capacidad deglutoria y fonatoria de sus pacientes. Es por ello que son profesionales adecuados para involucrarse en las decisiones multidisciplinarias sobre la oportunidad de traqueotomía, el desinflado de balón, la oclusión o el uso de válvulas fonatorias, el destete así como en el cuidado de las traqueotomías. En todo caso su papel deberá establecerse según las características de cada Centro.

4. Contracturas faciales

Las contracturas orales dificultan el manejo de los pacientes con quemaduras faciales seve-

ras. Producen microstomías con efectos adversos en la habilidad para realizar actividades de la vida diaria como alimentarse, limpiarse los dientes, y comunicarse mediante el habla y la expresión facial. El conocimiento de la anatomía y función de las estructuras orofaciales permiten a los logopedas colaborar con los terapeutas ocupacionales y los fisioterapeutas en los programas de tratamiento diseñados para prevenir o minimizar estas contracturas o las cicatrices hipertróficas.

En conclusión, el papel de los logopedas en el cuidado de los quemados está en su inicio aunque tiene un gran potencial, especialmente en la detección y manejo de los trastornos de la comunicación y la deglución. La mejoría en la supervivencia de los quemados más críticos está aumentando sus necesidades rehabilitadoras y la progresiva incorporación de estos profesionales en los equipos multidisciplinarios de cuidados de quemados redundará en la mejora de su calidad de vida. En los casos donde no sea posible es recomendable instaurar un sistema de derivación eficiente a las Unidades donde haya Logopedia.

Más información en:

Nicola Clayton N, Patterson M. Clinical Practice Guidelines Speech Pathology Burn Patient [Internet], Chatswood: Agency for Clinical Innovation;2011 [Acceso en Mayo del 2017].

Rumbach AF, Clayton NA, Muller MJ, Maitz PK. The speech-language pathologist's role in multidisciplinary burn care: An international perspective. Burns. 2016;42:863-71.

Bascuñana H. TRH LAB. [Video]. Barcelona