



SOCIEDAD CHILENA
DE MEDICINA INTENSIVA



DIVISIÓN DE
FONOAUDIOLÓGIA Y
TERAPIA OCUPACIONAL
SOCIEDAD CHILENA DE MEDICINA INTENSIVA

Perfil de Cargo

Fonoaudiólogo en Unidades de Paciente Crítico

Autores:

Flga. Belen Briceño. Hospital San Juan de Dios Curicó.

Flga. Daniela Manriquez. Hospital Sótero del Río.

Flga. Paola Letelier Instituto Nacional del Tórax.

Flgo. Axel Pavez. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

Flga. Violeta Romero. Clínica Los Coihues.

Flga. Ana Karina Salazar Cespedes. Complejo Hospitalario San José.

Flgo. Gabriel Salgado. Instituto Nacional del Tórax

IDENTIFICACIÓN DEL CARGO	
Nombre del Cargo	Fonoaudiólogo (a) Unidad de Paciente Crítico
Dependencia del Cargo	<p>Según la organización institucional, administrativamente el cargo puede depender de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Servicio de Medicina Física y Rehabilitación 2) Unidad de Paciente Crítico 3) Servicio de Neurología 4) Servicio de Otorrinolaringología <p>Cabe destacar que independientemente de la dependencia administrativa, los profesionales deben, al menos, ser interconsultores de la UPC.</p>
Contexto o Ámbito Ocupacional	Instituciones de Salud Públicas y Privadas del sistema nacional de salud.
Unidad de Desempeño	<p>Unidades de Paciente Crítico.</p> <p>Estas unidades están compuestas por la unidad de cuidados intensivos (UCI) y unidad de tratamiento intermedio (UTI).</p>
Áreas de Desempeño	<p>Unidades de Paciente Crítico Adulto (polivalentes y/o especializadas), pudiendo desempeñar las siguientes funciones dentro de estas unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Clínico-asistenciales ● Docentes ● Gestión / Administrativas ● Investigación
Horario Laboral	<p>La jornada profesional debe estar destinada para poder entregar cobertura en los siguientes horarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 44 horas diurnas (lunes - viernes) ● Turno de continuidad considerando cobertura los 7 días de la semana idealmente en jornada de 4to turno modificado o en su defecto con turnos rotativos que aseguren la cobertura los 7 días de la semana

PROPÓSITO DEL CARGO

El Fonoaudiólogo(a) que se desempeña en Unidades de Paciente Crítico (UPC) corresponde al profesional de la salud que demuestra en su actuar competencias para prevenir, evaluar, diagnosticar y tratar a todas las personas que requieran apoyo relacionado con la comunicación, cognición, deglución y motricidad orofacial, a consecuencia de su ingreso a la UPC; de manera de disminuir complicaciones a largo plazo, recuperar los procesos fisiológicos involucrados y mejorar la calidad de vida.

Con el desarrollo del presente documento se busca promover la salud mediante la ejecución de acciones de prevención, evaluación, habilitación y rehabilitación vinculadas con el quehacer fonoaudiológico, que permitan optimizar las habilidades cognitivo-comunicativas y deglutorias. Lo anterior con el propósito de mejorar funcionalidad y calidad de vida, así como contribuir en la disminución de la morbimortalidad en personas con riesgo de deterioro estructural, funcional, riesgo de limitación de actividades y de restricción de la participación, como consecuencia de una condición crítica de salud.

FUNCIONES Y COMPETENCIAS ESPECÍFICOS DEL CARGO

1. Realizar intervenciones fonoaudiológicas orientadas a prevenir, evaluar y tratar los trastornos de la deglución en pacientes críticos con y sin vía aérea artificial.
2. Realizar intervenciones fonoaudiológicas orientadas a prevenir, evaluar y tratar los trastornos de la comunicación en pacientes críticos, tales como:
 - a. Realizar intervenciones fonoaudiológicas orientadas a prevenir, evaluar y tratar los trastornos del lenguaje en el paciente crítico.
 - b. Realizar intervenciones fonoaudiológicas orientadas en los trastornos del habla en el paciente crítico.
 - c. Realizar intervenciones fonoaudiológicas orientadas en los trastornos de la voz en el paciente crítico.
3. Realizar intervenciones fonoaudiológicas orientadas a prevenir, evaluar y tratar los trastornos cognitivo-comunicativos en el paciente crítico.
4. Realizar intervenciones fonoaudiológicas orientadas a prevenir, evaluar y tratar alteraciones de la motricidad orofacial en el paciente crítico.
5. Entregar asistencia técnica en el desarrollo de procedimientos clínicos asociados a la disciplina
6. Colaborar en la detección, prevención y mantención de la salud oral en el paciente crítico.
7. Participar activamente en el manejo del paciente crítico con y sin vía aérea artificial.
8. Realizar gestión clínica y administrativa asociada al cargo.
9. Diseñar y ejecutar planes de intervención en coordinación inter y transdisciplinariamente con el equipo de profesionales, técnicos y redes de apoyo del usuario, con el objeto de habilitar o rehabilitar los aspectos antes mencionados.

ACTIVIDADES Y TAREAS ASOCIADAS AL CARGO

1. PACIENTES CON VÍA AÉREA ARTIFICIAL: INTUBADOS

- 1.1. Prevenir efectos deletéreos en la comunicación y deglución derivados de la intubación oro-traqueal(1).
- 1.2. Evaluar y optimizar el posicionamiento cefálico para prevenir lesiones secundarias al uso del tubo oro-traqueal (TOT)(2)(3)(4).
- 1.3. Evaluar y optimizar el posicionamiento de estructuras de cavidad intraoral(2)(3)(4).
- 1.4. Promover la salud oral en todo paciente con intubación oro-traqueal con el fin de disminuir la neumonía asociada a ventilación mecánica(5)(6).
- 1.5. Promover la salud oral en todo paciente con intubación oro-traqueal con el fin de disminuir las lesiones por presión asociadas a la intubación(7–10).
- 1.6. Implementar rehabilitación temprana de funciones orofaciales en el paciente con intubación oro-traqueal, mediante la movilización activa/pasiva de estructuras de sistema estomatognático(4).
- 1.7. Estimulación de la respuesta motora orofaríngea mediante aumento de la entrada sensorial en etapas tempranas(2)(4).
- 1.8. Favorecer la estimulación precoz de mecanismos protectores de vía aérea(3).
- 1.9. Implementar estrategias de abordaje cognitivo-comunicativo en etapas tempranas(1).
- 1.10. Facilitar y promover la comunicación funcional temprana en el paciente crítico, mediante el establecimiento de un canal comunicativo o la implementación de sistemas de comunicación alternativos-aumentativos(11).

2. PACIENTES CON VÍA AÉREA ARTIFICIAL: INTUBADOS EN PROCESO DE WEANING(12)(13)(14,15)

- 2.1. Valoración de la integridad de estructuras anatomofuncionales en relación a su influencia en el proceso deglutorio y comunicativo(1).
- 2.2. Valoración de la función deglutoria y el manejo de secreciones como mecanismo protector de vía aérea previo a la extubación(15)(16).
- 2.3. Valoración de predictores de seguridad deglutoria en relación al éxito de la extubación desde el ámbito fonoaudiológico(12).
- 2.4. Participar de la evaluación de protección de vía aérea al momento de realizar *cuff leak test* (o prueba de fuga), en conjunto con el equipo de kinesiología(17).
- 2.5. Implementar evaluación cognitiva-comunicativa que permita identificar barreras o limitaciones cognitivas-comunicativas en relación al proceso de destete(1).

3. PACIENTES SIN VÍA AÉREA ARTIFICIAL O EXTUBADOS(7)

- 3.1. Implementar intervenciones preventivas asociadas al manejo en higiene/salud de cavidad oral(1).
- 3.2. Valoración clínica proceso deglutorio orientado a manejo de secreciones y mecanismos protectores de vía aérea(4,14,18).
- 3.3. Valoración clínica proceso deglutorio orientado a la alimentación, definiendo la vía de alimentación más segura, en virtud de la habilitación de régimen oral(1).
- 3.4. Valoración estructural y funcional con apoyo instrumental de la función deglutoria y fonatoria (FEES, VFC u otros)(19).
- 3.5. Implementar programas de rehabilitación orientados a las alteraciones en el proceso deglutorio(1).
- 3.6. Valoración clínica de la función laríngea y voz.
- 3.7. Implementar planes/programas de rehabilitación de voz.
- 3.8. Implementar planes/programas de evaluación de habilidades cognitivo-comunicativas.
- 3.9. Implementar planes/programas de rehabilitación cognitiva-comunicativa.
- 3.10. Implementar planes/programas de evaluación de habla y/o lenguaje.
- 3.11. Implementar planes/programas rehabilitación de habla y/o lenguaje.

4. PACIENTES CON VÍA AÉREA ARTIFICIAL: TRAQUEOSTOMIZADO CON O SIN VENTILACIÓN MECÁNICA(20)

- 4.1. Participar como miembro activo del equipo multidisciplinario en intervención de pacientes traqueostomizados(21,22).
- 4.2. Promover la salud oral en todo paciente con traqueostomía con el fin de disminuir la neumonía asociada a la atención en salud.
- 4.3. Promover la educación sobre cuidados de la cavidad oral respecto a su implicancia en el proceso deglutorio.
- 4.4. Promover la educación sobre los cuidados de traqueostomía en torno a vía aérea, deglución, fonación y comunicación.
- 4.5. Valoración clínica y funcional del proceso deglutorio orientado a manejo adecuado de secreciones, por ejemplo, mediante el uso del *Blue Dye Test* o prueba de azul(23).
- 4.6. Valoración clínica y funcional del proceso deglutorio orientado a la alimentación, definiendo la vía de alimentación más segura, en virtud de la habilitación de régimen oral. Por ejemplo, mediante el uso del *Blue Dye Test* modificado o prueba de azul modificada(24,25).
- 4.7. Participación, asistencia o realización de la evaluación instrumental de la voz y deglución, mediante FEES, VFC u otros.

- 4.8. Valoración clínica y rehabilitación de la función fonatoria y deglutoria apoyada por VMI (prueba de ventilación a fuga)(26)(27).
- 4.9. Valoración de la presión de vía aérea superior (P_{mant} o P° transglótica o P° translaríngea)(28).
- 4.10. Determinar y evaluar candidatos idóneos al uso de válvula de fonación, así como su implementación(28,29).
- 4.11. Implementar un programa de uso de válvula de fonación, educando al usuario y equipo sobre los cuidados y tiempos de uso.
- 4.12. Asistencia en proceso de cambio de cánula de traqueostomía.
- 4.13. Asistencia en proceso de decanulación de traqueostomía(30,31).
- 4.14. Valoración clínica acústico-perceptual de la voz.
- 4.15. Implementar un programa de rehabilitación de la función deglutoria y proceso de alimentación, mediante el uso de diversas estrategias(32).
- 4.16. Implementar un programa de habilitación/rehabilitación de la función comunicativa.
 - 4.16.1. Implementación de Sistemas de Comunicación Alternativos-Aumentativos (SCAA) y estrategias como *Above Cuff Vocalization* que optimicen la comunicación(33–35).
 - 4.16.2. Implementar un programa de rehabilitación de la voz(27,36,37).
 - 4.16.3. Implementar un programa de rehabilitación de otras funciones comunicativas (habla, cognición o lenguaje), según sea la necesidad del caso(37,38).

COMPETENCIAS TRANSVERSALES DEL CARGO

1. Comunicación oral y escrita

- Identifica los objetivos comunicacionales que requiere expresar y utiliza el o los métodos más efectivos para cumplir con su propósito comunicacional
- Interpreta mensajes comunicacionales directos e indirectos extrayendo las ideas principales de lo que se le comunica.
- Analiza el contexto y el público con el cual se encuentra, identificando las emociones y/o entiendo las opiniones de otros antes de expresar su opinión / emoción.
- Identifica las características de su interlocutor, evaluando un mayor o menor uso del lenguaje no verbal con el objetivo de darse a entender.
- Habilidad de comprender y expresar verbalmente, no verbalmente y por escrito, con diversos propósitos comunicativos en la relación con otros. Expresa sus pensamientos, opiniones y sentimientos al equipo de trabajo en forma clara, oportuna, con respeto y asertividad, con el fin de lograr la consecución de los objetivos interdisciplinarios. (indicadores)

2. Trabajo en equipo

- Capacidad de participar y trabajar colaborativamente en las tareas que le corresponden orientado a objetivos comunes y al fortalecimiento del equipo.
- Solicita y ofrece colaboración para cumplir con los objetivos del equipo.
- Genera vínculos y ambientes de trabajo colaborativos y de confianza mostrando respeto por la diversidad.

3. Resolución de problemas

- Capacidad de reconocer la presencia de problemas y utilizar fuentes de información validadas para implementar acciones para su resolución.
- Reconoce la presencia de problemas e identifica su posible causa.
- Busca y selecciona información pertinente para la resolución de problemas.
- Implementa y monitorea acciones para la resolución de problemas y evalúa sus resultados.

4. Tolerancia a la frustración

- Capacidad de sobreponerse a las situaciones adversas y limitaciones externas que condicionan el cumplimiento de nuestras metas.
- Requiere autoconocimiento y gestión interna de nuestras emociones.

5. Iniciativa y aprendizaje permanente

- Capacidad de aplicar en el trabajo nuevos aprendizajes para el desarrollo personal y laboral adaptándose a un entorno cambiante.
- Se adapta a situaciones nuevas, mostrando motivación por mantener un aprendizaje continuo.
- Incorpora los conocimientos y habilidades adquiridas para su mejoramiento continuo en el ámbito personal y profesional.
- Toma la iniciativa y propone ideas innovadoras o nuevas formas de hacer las cosas.

6. Efectividad personal

- Capacidad de ejecutar el trabajo de forma responsable y autónoma, y trabajar en base a una planificación previa.
- Cumple las tareas asignadas de forma responsable.
- Cumple en la asistencia y puntualidad en el trabajo.
- Trabaja en forma autónoma de acuerdo con planificaciones e instrucciones.
- Muestra una conducta responsable de acuerdo con las normas establecidas.
- Mantiene el desempeño esperado frente a situaciones de alta demanda, tensión o conflicto.

7. Conducta segura y autocuidado

- Desarrolla su trabajo cumpliendo con los protocolos de seguridad con cuidado de la salud y del medioambiente.
- Sigue los protocolos y utiliza los elementos de seguridad y protección definidos para el trabajo.
- Cuida su salud y la de sus compañeros de trabajo.
- Respeta normativas medioambientales en el desarrollo de su trabajo cotidiano.

8. Competencias conductuales o relacionales

- Trato cordial, que sea capaz de conectarse y detectar las necesidades, tanto físicas como emocionales de los usuarios , para alcanzar un vínculo terapéutico exitoso.
- Expresar sus ideas, inquietudes de manera clara, respetuosa y adecuada, a través de diálogos que contengan fundamentos, tanto a nivel de usuario, familias y del equipo.
- Ser capaz de organizarse y de definir su trabajo por sí mismo, cumpliendo con sus tareas y objetivos. Tomar la iniciativa para llevar a cabo los procesos terapéuticos, responsable de cumplir con todo lo que significa. Gestor de su propio proceso de aprendizaje
- Capaz de realizar actividades entretenidas, motivantes, variadas y desafiantes para los usuarios, enmarcados en Objetivos terapéuticos Específicos, Medibles, Atingentes, Realistas y limitadas en el tiempo (SMART).

DOTACIÓN PROFESIONAL

En relación a la dotación fonoaudiológica necesaria en UPC, a la fecha no existen lineamientos claros por parte de la entidad de salud competente. Sin embargo, en base a la información obtenida del Modelo de Rehabilitación de la DIGERA (MINSAL)(39) se estima que el número de profesionales fonoaudiólogos en UPC adultos se podría estimar considerando la siguiente fórmula:

$$\text{N}^\circ \text{ Fonoaudiólogos UPCa} = (\text{N}^\circ \text{camas UPC}/6) * 0,46$$

Esta fórmula considera atención fonoaudiológica en una jornada diurna de 44 hrs. semanales.

El cálculo antes descrito ha sido estimado previamente (40) para hospitales de alta complejidad en base a los datos obtenidos por número de camas considerando el periodo pre-pandemia. Asimismo cabe destacar que, considerando la necesidad de reconversión de camas, estas cifras publicadas podrían encontrarse subestimadas; por lo tanto, esta información debe ser considerada como guía e interpretada con cautela, siempre contrastando con la realidad local de cada centro y considerando la complejidad de la institución así como las prestaciones fonoaudiológicas que allí se realicen.

Por otra parte, recomendaciones internacionales sugieren un mínimo de 1 fonoaudiólogo a jornada completa por 10 camas críticas (considerando complejidad y servicios entregados por cada institución), con un mínimo de cobertura de 5 días a la semana, siendo el ideal contar con atención fonoaudiológica los 7 días de la semana (41) (42) (43).

REQUISITOS Y EXPERIENCIA PARA EL CARGO	
Educación de Pregrado	Título de Fonoaudiólogo(a) de al menos 10 semestres de duración, otorgado por alguna de las Universidades reconocidas por el estado y/o su respectiva validación con las autoridades competentes, en caso que este fuese obtenido en el extranjero
Grado Académico	Fonoaudiólogo(a), Licenciado en Fonoaudiología
Formación Postítulo de Especialidad: Diplomados - Cursos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diplomado en deglución, acreditable y mayor a 300 hrs. pedagógicas. 2. Diplomado o curso en paciente crítico, acreditable, evaluado y mayor a 200 hrs. pedagógicas. 3. Formación en evaluación o rehabilitación cognitivo - comunicativa mayor a 100 hrs. pedagógicas (incluye formación de pregrado). 4. Curso de Traqueostomía, acreditable y evaluado, mayor a 50 hrs. pedagógicas.
Formación Postítulo Complementaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. Curso de evaluación instrumental FEES / VFC (deseable) 2. Curso de Ventilación Mecánica (deseable) 3. Curso BLS, mínimo 30 horas 4. Curso IAAS, 80 horas 5. Curso manejo de vía aérea (deseable) 6. Curso manejo sedación - analgesia - delirium (deseable)
Conocimientos Generales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación, diagnóstico, habilitación y/o rehabilitación de la deglución y alimentación oral. 2. Evaluación, diagnóstico y habilitación y/o rehabilitación de la comunicación (a nivel de habla, voz y/o lenguaje). 3. Evaluación, diagnóstico y habilitación y/o rehabilitación de las funciones cognitivas con principal énfasis en la comunicación. 4. Evaluación, diagnóstico, habilitación y/o rehabilitación de la motricidad orofacial. 5. Manejo e implementación de Sistemas de Comunicación Aumentativos Alternativos. 6. Manejo de Pacientes con y sin vía aérea artificial (Traqueostomizados, Ventilación Mecánica invasiva y no invasiva, entre otros)
Experiencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al menos dos años trabajando con pacientes adultos hospitalizados, en sistema público y/o privado. 2. Un año de experiencia en Unidades de Paciente Crítico (UCI, UTI, UCE u otra), en sistema público y/o privado.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

1. The role of speech and language therapists in the intensive care unit - Jackie McRae, Elizabeth Montgomery, Zoë Garstang, Eibhlin Cleary, 2020 [Internet]. [citado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1751143719875687>
2. Mélotte E, Maudoux A, Delhalle S, Lagier A, Thibaut A, Aubinet C, et al. Swallowing in individuals with disorders of consciousness: A cohort study. *Ann Phys Rehabil Med*. julio de 2021;64(4):101403.
3. Hwang CH, Choi KH, Ko YS, Leem CM. Pre-emptive swallowing stimulation in long-term intubated patients. *Clin Rehabil*. enero de 2007;21(1):41–6.
4. Tobar, Rodrigo. Rol del fonoaudiólogo en el paciente no cooperador: Intervención de la deglución y motricidad orofacial. En: *Rehabilitación en Unidades de Paciente Crítico*. Editorial Mediterráneo; p. 55–60.
5. Winning L, Lundy FT, Blackwood B, McAuley DF, El Karim I. Oral health care for the critically ill: a narrative review. *Crit Care*. 1 de octubre de 2021;25(1):353.
6. Zhao T, Wu X, Zhang Q, Li C, Worthington HV, Hua F. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 de diciembre de 2020;12:CD008367.
7. Brodsky MB, Pandian V, Needham DM. Post-extubation dysphagia: a problem needing multidisciplinary efforts. *Intensive Care Med*. enero de 2020;46(1):93–6.
8. Brodsky MB, González-Fernández M, Mendez-Tellez PA, Shanholtz C, Palmer JB, Needham DM. Factors Associated with Swallowing Assessment after Oral Endotracheal Intubation and Mechanical Ventilation for Acute Lung Injury. *Ann Am Thorac Soc*. diciembre de 2014;11(10):1545–52.
9. Brodsky MB, Gellar JE, Dinglas VD, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA, Shanholtz C, et al. Duration of oral endotracheal intubation is associated with dysphagia symptoms in acute lung injury patients. *J Crit Care*. agosto de 2014;29(4):574–9.
10. Brodsky MB, Levy MJ, Jedlanek E, Pandian V, Blackford B, Price C, et al. Laryngeal Injury and Upper Airway Symptoms after Oral Endotracheal Intubation with Mechanical Ventilation During Critical Care: A Systematic Review. *Crit Care Med*. diciembre de 2018;46(12):2010–7.
11. Pandian V, Smith CP, Cole TK, Bhatti NI, Mirski MA, Yarmus LB, et al. Optimizing Communication in Mechanically Ventilated Patients. *J Med Speech-Lang Pathol*. 2014;21(4):309–18.
12. Epstein SK. Decision to extubate. *Intensive Care Med*. mayo de 2002;28(5):535–46.
13. Abbas AM, Shehata SM. Dead space addition test and swallowing assessment as new predictors of extubation outcome in mechanically ventilated patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Egypt J Chest Dis Tuberc*. 4 de enero de 2018;67(2):156.
14. Colonel P, Houzé MH, Vert H, Mateo J, Mégarbane B, Goldgran-Tolédano D, et al. Swallowing disorders as a predictor of unsuccessful extubation: a clinical evaluation. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses*. noviembre de 2008;17(6):504–10.
15. Houzé MH, Deye N, Mateo J, Mégarbane B, Bizouard F, Baud FJ, et al. Predictors of Extubation Failure Related to Aspiration and/or Excessive Upper Airway Secretions. *Respir Care*. abril de 2020;65(4):475–81.
16. Wang J, Wang J, Hu X, Xu L, Tian J, Li J, et al. The Initiation of Swallowing Can Indicate the Prognosis of Disorders of Consciousness: A Self-Controlled Study. *Front Neurol*. 14 de noviembre de 2019;10:1184.
17. Maran E, Matsuda LM, Marcon SS, Haddad M do CFL, Costa MAR, Magalhães AMM de. ADAPTATION AND VALIDATION OF A MULTIDISCIPLINARY CHECKLIST FOR ROUNDS IN THE INTENSIVE CARE UNIT. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 9 de febrero de 2022 [citado 20 de octubre de 2022];31. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/tce/a/LSvL8QTCZY57JtB9HWcRfcB/>
18. Wittekamp BHJ, van Mook WNKA, Tjan DHT, Zwaveling JH, Bergmans DCJJ. Clinical review: post-extubation laryngeal edema and extubation failure in critically ill adult patients. *Crit Care Lond Engl*.

- 2009;13(6):233.
19. Brodsky MB, Mayfield EB, Gross RD. Clinical Decision Making in the ICU: Dysphagia Screening, Assessment, and Treatment. *Semin Speech Lang.* junio de 2019;40(3):170–87.
 20. Thorpe V, Wallace S. Tracheostomy Competency Framework. *Royal College Of Speech & Language Therapist*; 2014.
 21. Garrubba M, Turner T, Grieveson C. Multidisciplinary care for tracheostomy patients: a systematic review. *Crit Care Lond Engl.* 2009;13(6):R177.
 22. Speed L, Harding Ke. Tracheostomy teams reduce total tracheostomy time and increase speaking valve use: a systematic review and meta-analysis. *J Crit Care [Internet].* abril de 2013 [citado 20 de octubre de 2022];28(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22951017/>
 23. Ghiani A, Tsitouras K, Paderewska J, Milger K, Walcher S, Weiffenbach M, et al. Incidence, causes, and predictors of unsuccessful decannulation following prolonged weaning. *Ther Adv Chronic Dis.* 5 de agosto de 2022;13:20406223221109656.
 24. Béchet S, Hill F, Gilheaney Ó, Walshe M. Diagnostic Accuracy of the Modified Evan’s Blue Dye Test in Detecting Aspiration in Patients with Tracheostomy: A Systematic Review of the Evidence. *Dysphagia.* diciembre de 2016;31(6):721–9.
 25. Linhares Filho TA, Arcanjo FPN, Zanin LH, Portela HA, Braga JM, da Luz Pereira V. The accuracy of the modified Evan’s blue dye test in detecting aspiration in tracheostomised patients. *J Laryngol Otol.* abril de 2019;133(4):329–32.
 26. Kowalski S, El-Gabalawy R, Macaulay K, Thorkelsson R, Robertson A, Bshouty Z, et al. Weaning from mechanical ventilation using tracheostomy cuff deflation and a one-way speaking valve: a historical-cohort series. *Can J Anaesth J Can Anesth.* diciembre de 2017;64(12):1286–8.
 27. Sarah Wallace, Sue McGowan, Anna-Liisa Sutt,. Benefits and options for voice restoration in mechanically ventilated intensive care unit patients with a tracheostomy. 2022 [citado 20 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/17511437221113162>
 28. Li J, Perez A, Schehl J, Albers A, Husain IA. The Association Between Upper Airway Patency and Speaking Valve Trial Tolerance for Patients With Tracheostomy: A Clinical Retrospective Study and an In Vitro Study. *Am J Speech Lang Pathol.* 14 de julio de 2021;30(4):1728–36.
 29. Sutt AL, Cornwell PL, Hay K, Fraser JF, Rose L. Communication Success and Speaking Valve Use in Intensive Care Patients Receiving Mechanical Ventilation. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses.* 1 de septiembre de 2022;31(5):411–5.
 30. Escudero C, Sassi FC, de Medeiros GC, de Lima MS, Cardoso PFG, de Andrade CRF. Decannulation: a retrospective cohort study of clinical and swallowing indicators of success. *Clin Sao Paulo Braz.* 2022;77:100071.
 31. Kutsukutsa J, Kuupiel D, Monori-Kiss A, Del Rey-Puech P, Mashamba-Thompson TP. Tracheostomy decannulation methods and procedures for assessing readiness for decannulation in adults: a systematic scoping review. *Int J Evid Based Healthc.* junio de 2019;17(2):74–91.
 32. Katia Alonso Rodrigues, Flávia Ribeiro Machado, Brasília Maria Chiari. *SciELO - Brasil - Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade* Reabilitação da deglutição em pacientes traqueostomizados disfágicos sob ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: um estudo de factibilidade [Internet]. [citado 20 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/k43LwmGXnpTRxwWggjCSq3Q/?lang=pt>
 33. McGrath BA, Wallace S, Wilson M, Nicholson L, Felton T, Bowyer C, et al. Safety and feasibility of above cuff vocalisation for ventilator-dependant patients with tracheostomies. *J Intensive Care Soc.* febrero de 2019;20(1):59–65.
 34. McGrath B, Lynch J, Wilson M, Nicholson L, Wallace S. Above cuff vocalisation: A novel technique

- for communication in the ventilator-dependent tracheostomy patient. *J Intensive Care Soc.* febrero de 2016;17(1):19–26.
35. Petosic A, Viravong MF, Martin AM, Nilsen CB, Olafsen K, Berntzen H. Above cuff vocalisation (ACV): A scoping review. *Acta Anaesthesiol Scand.* enero de 2021;65(1):15–25.
 36. Pandian V, Boisen S, Mathews S, Brenner MJ. Speech and Safety in Tracheostomy Patients Receiving Mechanical Ventilation: A Systematic Review. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-Care Nurses.* noviembre de 2019;28(6):441–50.
 37. Freeman-Sanderson A, Ward EC, Miles A, de Pedro Netto I, Duncan S, Inamoto Y, et al. A Consensus Statement for the Management and Rehabilitation of Communication and Swallowing Function in the ICU: A Global Response to COVID-19. *Arch Phys Med Rehabil.* mayo de 2021;102(5):835–42.
 38. Baumgartner CA, Bewyer E, Bruner D. Management of communication and swallowing in intensive care: the role of the speech pathologist. *AACN Adv Crit Care.* diciembre de 2008;19(4):433–43.
 39. División de Redes Asistenciales, Unidad de Rehabilitación. Modelo de Gestión Red de Rehabilitación. 2018. 2018.
 40. Rosales F, Pavez A, González A, González I. Dotación fonoaudiológica para la atención de pacientes adultos en hospitales de alta complejidad en Chile. *Rev Chil Fonoaudiol.* 23 de noviembre de 2020;19:1–10.
 41. Guidelines for the Provision of Intensive Care Services | The Faculty of Intensive Care Medicine [Internet]. [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ficm.ac.uk/standardssafetyguidelinesstandards/guidelines-for-the-provision-of-intensive-care-services>
 42. NHS. The Services: Adult Critical Care Service Specification. 2020.
 43. RCSLT. Position statement: Speech and language therapists working in adult and paediatric critical care units [Internet]. 2019 [citado 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.rcslt.org/wp-content/uploads/media/docs/clinical-guidance/rcslt-position-statement-critical-care.pdf>