

Memorias

II Jornada de actualización
en Fonoaudiología:
Abordaje clínico interdisciplinario
de la deglución y la voz

26 y 27 de octubre de 2020

*Evento ganador convocatoria
Beca Virtual Exchange Universidad del Rosario*



Compiladora

Gleidy Vannesa Espitia Rojas

Profesora Programa de Fonoaudiología
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario



Universidad del
Rosario



**Universidad del
Rosario**

Primera edición: Bogotá D. C., 2021

ISBN: 978-958-784-638-6 (pdf)

<https://doi.org/10.12804/urosario9789587846386>

Diseño de cubierta y diagramación: Precolombi EU-David Reyes

Hecho en Colombia

Made in Colombia

Todos los derechos reservados. Esta obra no puede ser reproducida
sin el permiso previo por escrito del autor.

Memorias

**II Jornada de actualización
en Fonoaudiología:
Abordaje clínico interdisciplinario
de la deglución y la voz**

26 y 27 de octubre de 2020

*Evento ganador convocatoria
Beca Virtual Exchange Universidad del Rosario*

Compiladora

Gleidy Vannesa Espitia Rojas

Profesora Programa de Fonoaudiología
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario



**Universidad del
Rosario**

Contenido/ Conteúdo

Prefacio	7
Prefácio	8
<i>Gleidy Vannesa Espitia Rojas</i>	
Primera Conferencia / Primeira Conferência	
Abordaje inicial del cáncer de glótico.....	9
Abordagem do câncer glótico inicial	12
<i>Hilton Ricz Alves MD, PhD.</i>	
Segunda Conferencia / Segunda Conferência	
Actuación de fonoaudiología en cordectomías mediante laringofisura transoral, por endoscopia	15
Atuação fonoaudiológica en cordectomías por laringofisura o transoral, por endoscopia.....	19
<i>Lilian Neto Aguiar-Ricz Flga, PhD.</i>	
Tercera Conferencia / Terceira Conferência	
Impacto de la sarcopenia en adultos mayores.....	23
Impacto da sarcopenia no idoso.....	26
<i>Frabricio Monaretti MD.</i>	
Cuarta Conferencia / Quarta Conferência	
Manejo de la disfagia oralfaríngea como secuela de ictus en paciente adulto mayor	29
Manejo da disfagia oralfaríngea como sequela do ictus em pacientes idosos	33
<i>Jennifer Borjas Galvis Flga.</i>	

Quinta Conferencia / Quinta Conferência

Abordaje fonoaudiológico en complicaciones de la intubación endotraqueal prolongada	37
Abordagem fonoaudiológica nas complicações da intubação endotraqueal prolongada	41
<i>Camilo Hernández Flgo.</i>	

Sexta Conferencia / Sexta Conferência

Actuación fonoaudiológica en el pre y pos-microcirugía de laringe de lesiones benignas.....	47
Atuação fonoaudiológico no pre e pós-microcirurgia da laringe para lesões benignas.....	52
<i>Gleidy Vannesa Espitia Rojas Flga, PhD.</i>	

Septima Conferencia / Setima Conferência

Actuación fonoaudiológica en laringectomizados totales utilizando voz traqueoesofágica.....	58
Atuação fonoaudiológica en laringectomizados totais ediante voz traqueoesofágica	62
<i>Lilian Neto Aguiar -Riciz. Flga, PhD.</i>	

Octava Conferencia / Oitava Conferência

Actuación fonoaudiológica en cuidados paliativos en cáncer de cabeza y cuello.....	66
Atuação fonoaudiológica em cuidados paliativos no câncer de cabeça e pescoço	69
<i>Telma Takeshita Monaretti Flga, PhD.</i>	
Agradecimientos	72
Agradecimentos	73

Prefacio

La II Jornada de actualización en Fonoaudiología: Abordaje clínico interdisciplinario de la deglución y la voz se celebró el 26 y 27 de octubre de 2020, organizada por el Programa de Fonoaudiología de la Escuela de Medicina de Ciencias de Salud, fue desarrollada en el marco de una convocatoria institucional interna *Beca Virtual Exchange de la Universidad del Rosario*, que tiene como objetivo convocar a comunidades académicas y compartir experiencias desde diferentes regiones nacionales e internacionales, en este tiempo de la pandemia a nivel mundial.

El objetivo de la II Jornada de actualización en Fonoaudiología: Abordaje clínico interdisciplinario de la deglución y la voz fue crear un espacio colaborativo de aprendizaje entre los profesores del Programa de Fonoaudiología de la Universidad del Rosario y la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo – Brasil, quienes participaron como coorganizadores en esta II Jornada de actualización en Fonoaudiología, promoviendo la práctica basada en la evidencia por medio del intercambio de conocimientos entre los fonoaudiólogos y profesionales de ciencias de la salud de la comunidad rosarista y de diferentes lugares de Colombia y el mundo.

II Jornada de actualización en Fonoaudiología: Abordaje clínico interdisciplinario de la deglución y la voz, tuvo una variedad de temáticas, que fueron exploradas en las diferentes conferencias y que fueron resumidas por los siete conferencistas invitados en estas memorias.

Gleidy Vannesa Espitia Rojas

Compiladora

Prefácio

A II Conferência de Atualização em Fonoaudiologia: Abordagem clínica interdisciplinar da deglutição e da voz foi realizada nos dias 26 e 27 de outubro de 2020, organizada pelo Programa de Fonoaudiologia da Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud da Universidad del Rosario. no âmbito de uma convocatória institucional interna *Virtual Exchange*, que visa convocar comunidades acadêmicas e compartilhar experiências de diferentes regiões nacionais e internacionais, neste momento de pandemia global.

O objetivo do II Congresso de Atualização em Fonoaudiologia: Abordagem clínica interdisciplinar da deglutição e da voz foi criar um espaço de aprendizagem colaborativa entre os docentes do Programa de Fonoaudiologia da Universidad del Rosario e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo–Brasil, que participou como coorganizadora desta II Conferência de Atualização em Fonoaudiologia, promovendo a prática baseada em evidências por meio da troca de conhecimentos entre fonoaudiólogos e profissionais das ciências da saúde da comunidade de Rosário e de diferentes lugares da Colômbia e do mundo.

II Conferência de Atualização em Fonoaudiologia: Abordagem clínica interdisciplinar da deglutição e voz, teve uma variedade de temas, que foram explorados nas diferentes conferências e que foram sintetizados pelos oito palestrantes convidados nessas memórias.

Gleidy Vannesa Espitia Rojas

Compiladora

Primera conferencia / Primeira conferência

Abordaje inicial del cáncer de glótico

Hilton Ricz, MD, PhD.

División de Cirugía de Cabeza y Cuello, Departamento de Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello -Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Correo electrónico: hricz@fmrp.usp.br

La laringe es un órgano extremadamente complejo, y tanto su anatomía como sus funciones pueden verse alteradas por lesiones de diversa índole, desde las relacionadas con actividades profesionales hasta diferentes tipos de enfermedades. El cáncer, enfermedad que más modifica la estructura de la laringe, aparece en Brasil como una situación temida, ya sea por su evolución destructiva, bien por los cambios propiciados por diferentes tipos de tratamientos.

Puede ocurrir en una de las tres porciones de la laringe: supraglotis, glotis e infraglotis, y los síntomas varían según la ubicación, infiltración y fijación. Las lesiones más frecuentes originadas en la región glótica producen como síntomas principales: disfonía, disnea y estridor laríngeo.

El tratamiento de los pacientes con carcinoma de laringe debe planificarse para favorecer la supervivencia libre de enfermedad, con máximos resultados funcionales, y la propuesta terapéutica depende de la localización y estadificación del tumor. Sin embargo, el diagnóstico y la intervención temprana del cáncer de laringe promueven mejores condiciones de supervivencia y menos deterioro de las funciones laríngeas.

Las lesiones iniciales son la de la glotis estadificada como: Tis, T1 o T2, y su tratamiento debe incluir estrategias para preservar funciones. En estas situaciones, el control oncológico se obtiene de la misma forma mediante el tratamiento quirúrgico conservador (laringectomías abiertas parciales o cirugías endoscópicas) o la radioterapia, que son opciones utilizadas para preservar las funciones laríngeas, obteniendo mejores resultados en la calidad vocal de los pacientes.

La modalidad quirúrgica actualmente indicada es la cirugía endoscópica, realizando las llamadas cordectomías endoscópicas. En 2000, la *European Laryngological Society* propuso una clasificación para las cordectomías endoscópicas (Eckel et al., 2000), dividiéndolas en: subepiteliales (tipo I), sub-ligamentosas (tipo II), transmusculares (tipo III), totales o completas (tipo IV), cordectomías extendidas para pliegue vocal contralateral (tipo Va), cordectomías extendidas para aritenoides (tipo Vb), cordectomías extendidas para pliegue vestibular (tipo Vc) y cordectomías extendidas para subglotis (tipo Vd). Posteriormente, en 2007, incluyeron la cordectomía tipo VI, utilizada para tratar lesiones de la comisura anterior, que se extienden a ambos pliegues vocales.

Aunque en la actualidad la cordectomía endoscópica está muy extendida, con resultados oncológicos similares a los de la cirugía abierta, se percibe buena calidad vocal en las cordectomías tipo I y II, pero disfonía severa en resecciones más extensas (cordectomías III, IV y V). Las cordectomías endoscópicas provocan deficiencia del cierre glotal, especialmente las resecciones más grandes. Tras la resección quirúrgica, se forma tejido fibrótico, sin capacidad vibratoria, cambiando la fisiología de la producción vocal. Además, la falta de coaptación glótica y sinequias promueven una calidad vocal que no es satisfactoria. La reconstrucción del defecto quirúrgico puede minimizar la disfonía al permitir la coaptación glótica y proporcionar tejido vibrante.

Así, la cirugía abierta, o laringectomías parciales verticales, sigue teniendo su papel, sobre todo en tumores más extensos, clasificados como T2, o en los que afectan a la comisura anterior, o cuando no existe una exposición adecuada de la laringe para tratamiento endoscópico, como también en situaciones donde la resección avanza a capas más profundas de los pliegues vocales, reseca el músculo, ya que permite la reconstrucción de la laringe con tejido que puede vibrar y favorece la coaptación glótica durante la fonación.

El uso del colgajo de pliegues vocales para reconstruir la glotis, reemplazando los pliegues vocales reseca­das, mantiene la función fonatoria laríngea, logrando buenos resultados de calidad vocal y preservación de la acción motora en las fibras musculares remanentes, lo cual puede ser utilizado para mejorar la función cuando la opción El tratamiento quirúrgico es la laringectomía parcial vertical.

Referencias

Remacle, M., Eckel, H. E., Antonelli, A., Brasnu, D., Chevalier, D., Friedrich, G., Olofsson, J., Rudert, H. H., Thumfart, W., de Vincentiis, M., & Wustrow, T. P. (2000). Endoscopic cordectomy. A proposal for a classification by the Working Committee, European Laryngological Society. *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology-Head and Neck Surgery*, 257(4), 227–231. <https://doi.org/10.1007/s004050050228>

Md. Hilton Alves Ricz MsC. PhD.

Médico egresado de la Facultad de Medicina de Marília, Magister y Doctor en Ciencias Médicas por Departamento de Oftalmología, Otorrinolaringología e Cirugía de Cabeza y Cuello de la Facultad de Medicina – Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo – Brasil (2006). Actualmente es profesor y médico de la Facultad de Medicina – Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo – Brasil. Tiene experiencia en el área de Medicina, con énfasis en Cirugía de Cabeza y Cuello, actuando principalmente en los siguientes temas: Laringectomizados, voz alaríngea (prótesis fonatoria traqueoesofágica), cáncer de laringe, electromiografía laríngea y tratamiento de cáncer glótico inicial.

Correo electrónico: hricz@fmrp.usp.br

Abordagem do câncer glótico inicial

Hilton Ricz, MD, PhD.

Divisão de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de cabeça e Pescoço, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo.

A laringe é um órgão extremamente complexo, e tanto sua anatomia como suas funções podem ser alteradas por lesões de natureza variada, desde as relacionadas às atividades profissionais até diferentes tipos de doenças. O câncer, doença que mais modifica a estrutura da laringe, aparece em nosso meio como uma situação temida, quer pela sua evolução destrutiva, quer pelas alterações promovidas pelos diversos tipos de tratamentos.

Pode ocorrer em uma das três porções da laringe: supra glote, glote e infra glote, e a sintomatologia varia de acordo com a localização, infiltração e fixação. As lesões originadas na região glótica, mais comuns, produzem como principais sintomas a disfonia, a dispneia e o estridor laríngeo.

O tratamento dos pacientes com carcinoma de laringe deve ser planejado para promover sobrevida livre da doença, com máximos resultados funcionais, e a proposta terapêutica depende da localização e do estadiamento do tumor. No entanto, o diagnóstico e a intervenção precoce do câncer de laringe, promovem melhores condições de sobrevida e menor comprometimento das funções laríngeas.

As lesões iniciais da glote são aquelas estadiadas como Tis, T1 ou T2, e seu tratamento deve incluir estratégias para preservar funções. Nestas situações

o controle oncológico é obtido de igual maneira utilizando-se o tratamento cirúrgico conservador (laringectomias parciais abertas ou cirurgias endoscópicas) ou radioterapia, que são opções empregadas para preservar as funções laríngeas, obtendo-se resultados melhores na qualidade vocal dos pacientes.

A modalidade cirúrgica atualmente indicada é a cirurgia endoscópica, realizando-se as chamadas cordectomias endoscópicas. Em 2000, a European Laryngological Society propôs uma classificação para as cordectomias endoscópicas, dividindo-as em: subepiteliais (tipo I), subligamentais (tipo II), transmusculares (tipo III), total ou completa (tipo IV), cordectomias estendidas para a prega vocal contralateral (tipo Va), cordectomias estendidas para aritenóide (tipo Vb), cordectomias estendidas para prega vestibular (tipo Vc) e cordectomias estendidas para subglote (tipo Vd). Posteriormente, em 2007, incluíram a cordectomia tipo VI, utilizada para tratar lesões de comissura anterior, que se estendem para as duas pregas vocais.

Apesar de atualmente, a cordectomia endoscópica ser largamente difundida, com resultados oncológicos semelhantes aos da cirurgia aberta, percebe-se boa qualidade vocal nas cordectomias tipos I e II, porém disфонia severa em ressecções mais extensas (cordectomias III, IV e V). As cordectomias endoscópicas provocam deficiência de coaptação glótica, especialmente as ressecções mais amplas. Após a ressecção cirúrgica ocorre a formação de tecido fibrótico, sem capacidade vibratória, alterando a fisiologia da produção vocal. Além do mais a falta de coaptação glótica e de sinéquias promovem uma qualidade vocal que não é satisfatória. A reconstrução do defeito cirúrgico pode minimizar a disфонia por possibilitar coaptação glótica e fornecer tecido de vibração.

Desta forma, a cirurgia aberta, ou as laringectomias parciais verticais, ainda tem seu papel, especialmente em tumores mais extensos, classificados como T2, ou naqueles que acometem a comissura anterior, ou quando não há exposição adequada da laringe para o tratamento endoscópico, como também em situações que a ressecção avança para camadas mais profundas da prega vocal, ressecando o músculo, pois, possibilita reconstrução da laringe com tecido que possa vibrar e promova coaptação glótica durante a fonação.

O uso do retalho de prega vocal para reconstrução da glote, substituindo a prega vocal ressecada, mantém a função fonatória laríngea, conseguindo bons resultados de qualidade vocal e preservação da ação motora nas fibras

musculares remanescientes, podendo ser empregada para melhorar a função quando a opção de tratamento cirúrgico é a laringectomia parcial vertical.

MD. Hilton Alves Ricz MsC. PhD.

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Marília (1994), mestrado em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2002) e doutorado em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (2006). Atualmente é professor doutor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, vinculado ao departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de cabeça e Pescoço. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Cirurgia de Cabeça e Pescoço, atuando principalmente nos seguintes temas: laringectomizado, voz alaríngea (prótese fonatória traqueoesofágica), câncer de laringe, eletromiografia laríngea e tratamento do câncer glótico inicial.

Correo eletrônico: hricz@fmrp.usp.br

Segunda conferencia / Segunda conferência

Actuación de fonoaudiología en cordectomías mediante laringofisura transoral, por endoscopia

Lilian Neto Aguiar-Ricz Flga. PhD.

Departamento de Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello-Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
Correo electrónico: liricz@fmrp.usp.br

El ser humano tiene como rasgo distintivo la capacidad de comunicarse. Cualquier modificación estructural y funcional producida por una enfermedad en el sistema biológico, altera la competencia y el desempeño comunicativo verbal e interpersonal, generando limitaciones y una discapacidad social, creando impacto profesional y personal, comprometiendo la calidad de vida. Entre los cambios estructurales y funcionales en los sistemas biológicos, podemos encontrar el carcinoma de laringe. El cáncer de laringe se presenta con mayor frecuencia en varones, el tipo más prevalente es el carcinoma escamoso, y 2/3 surgen en la glotis. La sintomatología más común es la disfonía. El tabaquismo y el consumo de alcohol son factores etiológicos prevalentes. El tratamiento debe diseñarse para promover la supervivencia libre de enfermedad, con el máximo de resultados. La cirugía que realiza el cirujano para resecciones de las lesiones de los pliegues vocales puede ser abierta, por laringofisura o por vía transoral, por medio de una endoscopia. Es consenso en la literatura médica

que los resultados oncológicos de las cordectomías endoscópicas son similares a los de la cirugía abierta. Sin embargo, se observa buena calidad vocal en las cordectomías de tipo I y II, pero disfonía severa en resecciones más extensas (cordectomías III, IV y V). Es de conocimiento común entre los expertos de que las cordectomías causan deficiencia de tejido para la vibración del Pliegue (s) vocal (es) operada (s) y promueve la falta de coaptación de la glotis.

De hecho, la descripción de las medidas acústicas del habla de los participantes a favor de una reflexión a profundidad de las características del sonido producido por los pliegues vocales que sufrió procedimiento quirúrgico. Para la extracción de medidas acústicas, el software PRAAT de libre acceso es indicado (Boersma y Weenink, 2007). Se recomienda segmentar y etiquetar el vocal /a/, manualmente, así como ejecutar el programa para obtener los siguientes parámetros: frecuencia fundamental mediana (f_0 med)–Hz; *Shimmer*–perturbación de la amplitud de frecuencia fundamental–%; relación armónico-ruido (HNR)–dB; H1-H2 (dB); *cepstral prominence Peak* (CPP), dB y el énfasis espectral, dB. Entre las medidas acústicas disponibles, la frecuencia fundamental (f_0) es la más robusta. Los factores que determinan la frecuencia fundamental y su variación en la extensión vocal son: la longitud natural, el estiramiento, la masa vibrante y la tensión muscular. El análisis cepstral permite la evaluación de señales con un amplio rango de desviación, ya que este parámetro es capaz de determinar la f_0 y producir estimaciones de aperiodicidad y/o ruido aditivo sin la identificación de límites de ciclo individuales, como se recomienda en la extracción de medidas. disturbios y ruidos. La evaluación del CPP está orientada, ya que los individuos con desviación de la calidad vocal tienden a tener valores más altos de CPP en relación con los individuos vocalmente sanos. Esto se debe a que las señales de voz sin desviación presentan mayor periodicidad, con una configuración armónica bien definida y, por tanto, valores de CPP más elevados. En cambio, las señales con mayor grado de desviación tienen menor proporción entre la energía de los armónicos y los componentes de ruido y aperiodicidad, con valores más bajos de CPPs. Las medidas de H1-H2 permite la inferencia de coaptación glótica, es decir, analiza el tiempo de apertura de los pliegues vocales durante el ciclo glótico, por lo que se debe considerar su uso en el análisis acústico, ya que la cordectomía transoral abierta o endoscópica favorece la remoción de tejido de el o los pliegue(s) vocal(es) produciendo un gap durante la fonación.

El *jitter*, el *shimmer* y el *Neutralized Noise Energy* (NNE) son parámetros de efectos acústicos que reflejan la calidad de la voz. Algunas medidas acústicas se identifican como predictores significativos de los parámetros de la escala GRBAS, pero difieren entre los programas. El patrón de oro del análisis acústico de la voz continúa siendo la percepción auditiva del fonoaudiólogo especialista. Después de reconocer los parámetros vocales, el fonoaudiólogo debe construir la planificación terapéutica. El tratamiento voz no se basa exclusivamente en la ejecución de los ejercicios, sino en la reconstrucción de un patrón de voz que esta desviado. Para el desarrollo de la fonoterapia es de consenso entre los clínicos, que la base de la fundamentación del programa de la terapia debe estar centrada en la educación vocal y en el entramiento de técnicas y/o ejercicios de voz. El entrenamiento vocal es importante para modificar la producción de voz, mejorar las condiciones musculares y actuar sobre la interacción entre la fuente y los filtros en el tracto vocal. La selección de técnicas terapéuticas debe basarse en objetivos específicos, fundamentados en la evidencia científica, la comodidad del paciente en su realización y el dominio del procedimiento para la práctica formativa. Si la evaluación del habla fue encontrados cambios en las medidas acústicas y los parámetros de soprosidad, rugosidad y tensión en el tipo de voz, un volumen débil, tiempo máximo de fonación reducido, incoordinación de la fonación, la respiración y la articulación (IFRA), falta de resistencia vocal. Se ha recomendado para la rehabilitación, técnicas de empuje con punch en el aire y emisión de la vocal /a/ ; en un intento de realizar sonidos con mayor cierre laríngeo; ejercicio de firmeza glótica, mejora la coaptación glótica, suaviza la emisión, estimula la resonancia y la coordinación fonorespiratoria; el uso de tubos de resonancia , técnica Lax Vox, esta tiene como objetivo mejorar la coaptación glótica y la movilización de la mucosa remanente, alejando los pliegues vestibulares y proporciona que la fuente de sonido permanezca en la región glótica; ejercicio de soplo y sonido agudo, desactiva la isometría laríngea; secuencia de constricción labial, reduce la compresión glótica y estimula la resonancia y mejora la condición fonorespiratoria. El uso de pruebas terapéuticas es una estrategia que permite evaluar el efecto de la técnica vocal seleccionada para el caso específico y funciona como un elemento educativo en la comprensión de la aplicación de ejercicios por parte del paciente. Para un análisis cuidadoso de la efectividad, se sugiere el registro vocal antes y después de la aplicación de la técnica. Es importante involucrar

al paciente en el proceso terapéutico. Solicite la autoevaluación del paciente al inicio y al final de la técnica y la sesión terapéutica. Otra pauta útil es aprovechar las aplicaciones gratuitas para ayudar a recordar la hidratación laríngea continua e incluso utilizar el teléfono celular del paciente para filmar el modelo correcto del ejercicio, o grabar la voz antes y después de realizar la técnica vocal para estimular la percepción auditiva de la evolución de la voz. En cuanto a la programación del alta fonoaudiológica, es importante que el propio paciente controle y mantenga la conducta vocal. Se puede optar por alta circunstancial, reevaluaciones periódicas para certificar el mantenimiento del cuadro vocal o definitivo. La reevaluación de la voz se recomienda periódicamente, debido a la necesidad de una calibración vocal terapéutica.

Flga. Lílían Neto Aguiar-Ricz Msc. PhD.

Fonoaudióloga, Magister y Doctora en Ciencias Médicas del Departamento de Oftalmología, Otorrinolaringología e Cirugía de Cabeza y Cuello de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo – Brasil. Docente del curso de pregrado de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina – Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Es orientadora de maestría y doctorado en el programa de posgrado del Departamento de Oftalmología, Otorrinolaringología e Cirugía de Cabeza y Cuello de la Facultad de Medicina – Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo desde 2008. Es coordinadora del Laboratorio de Investigación de Voz y de Habla del Curso de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina – Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Actúa en el área de Voz (Clínica y Comunicación profesional), disfagia mecánica orofaríngea, fononcología (voz y cuidados paliativos). Actualmente tiene como línea de investigación: 1. Estudios clínicos del comportamiento vocal, 2. Estudio de acústica de la voz y del habla, 3. Morfofisiología de la laringe y segmento faringoesofágico. Correo electrónico: licicz@fmrp.usp.br

Atuação fonoaudiológica em cordectomias por laringofisura o transoral, por endoscopia

Lilian Neto Aguiar-Ricz Fga. PhD.

Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de cabeça e Pescoço, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo.

O ser humano tem como traço distintivo, a habilidade de comunicação. Qualquer modificação estrutural e funcional produzida por doença no sistema biológico, altera a competência e o desempenho comunicativo verbal e interpessoal, gerando limitações e incapacidades sociais, criando impacto profissional e pessoal, comprometendo a qualidade de vida. Dentre as alterações estruturais e funcionais dos sistemas biológicos, podemos encontrar o carcinoma laríngeo. O câncer de laringe ocorre com maior frequência no sexo masculino, o tipo mais prevalente é o carcinoma epidermoide, sendo que 2/3 surgem em região glótica. A sintomatologia mais comum é a disfonia. O tabagismo e o uso do álcool são fatores etiológicos prevalentes. O tratamento deve ser planejado para promover sobrevida livre da doença, com o máximo de resultado funcional. A cirurgia realizada pelo cirurgião para as ressecções das lesões de prega vocal, pode ser por via aberta, através de laringofissura ou transoral, por endoscopia. É consenso na literatura médica que os resultados oncológicos das cordectomias endoscópicas são semelhantes aos da cirurgia aberta. No entanto, percebe-se boa qualidade vocal nas cordectomias tipos I e

II, porém disфонia severa em ressecções mais extensas (cordectomias III, IV e V). É de conhecimento comum entre os especialistas que as cordectomias provocam deficiência de tecido para a vibração da(s) prega vocal(is) operada e promove falta de coaptação glótica. Certamente, a descrição das medidas acústicas da fala dos participantes favorecerá uma reflexão aprofundada das características sonoras produzidas pelas pregas vocais que sofreram procedimento cirúrgico. Para a extração das medidas acústicas é indicado o software PRAAT* (Boersma & Weenink, 2007). Recomenda-se a segmentação e a etiquetagem da vogal /a/, manualmente, bem como execução do programa para a obtenção das seguintes parâmetros: frequência fundamental mediana (f_0 med)–Hz; *shimmer* – perturbação da amplitude da frequência fundamental–%; Relação harmônico-ruído (HNR)–dB; H1-H2, dB; *cepstral prominence Peak* (CPP)–dB e ênfase espectral, dB. Dentre as medidas acústicas disponíveis, a frequência fundamental (f_0) é a mais robusta. Fatores que determinam a frequência fundamental e sua variação em extensão vocal são: o comprimento natural, o alongamento, a massa em vibração e a tensão da musculatura. A análise cepstral permite a avaliação de sinais com ampla gama de desvio, uma vez que este parâmetro é capaz de determinar a f_0 e produzir estimativas de aperiodicidade e/ou ruído aditivo sem a identificação de limites de ciclo individuais, como preconizado na extração das medidas de perturbação e ruído. Orienta-se a avaliação do cpp, pois indivíduos com desvio da qualidade vocal tendem a apresentar maiores valores de CPP em relação a indivíduos vocalmente saudáveis. Isso ocorre porque os sinais de voz sem desvio apresentam maior periodicidade, com configuração harmônica bem-definida e, portanto, maiores valores de CPP. Ao contrário, sinais com maior grau de desvio apresentam menor proporção entre a energia dos harmônicos e os componentes de ruído e aperiodicidade, com menores valores de CPPs. O H1-H2 permite a inferência da coaptação glótica, ou seja, analisa o tempo de abertura das pregas vocais durante o ciclo glótico, desta forma sua utilização na análise acústica deve ser considerada, pois a cordectomia aberta ou endoscópica transoral promove a retirada de tecido da (s) prega(s) vocal(is) promovendo um gap durante a fase de fonação.

O *jitter*, o *shimmer* e o Neutralized Noise Energy (NNE) são parâmetros acústicos de efeito que refletem a qualidade da voz. Algumas medidas acústicas são apontadas como preditores significativos dos parâmetros GRBAS, mas diferem entre os programas de software. O padrão ouro de análise da voz,

continua sendo a percepção auditiva do fonoaudiólogo especialista. Após o reconhecimento dos parâmetros vocais o fonoaudiólogo deve construir o planejamento terapêutico. O tratamento de voz não baseia exclusivamente na execução de exercícios, mas sim na reconstrução de um padrão vocal que está desviado. Para o desenvolvimento da fonoterapia é de consenso dos clínicos, que a base da fundamentação do programa deve estar centrada, na educação vocal e no treinamento com técnicas de voz. O treinamento vocal é importante para modificar a produção da voz, melhorar as condições musculares e para atuar sobre a interação entre fonte e filtros no trato vocal. A seleção das técnicas terapêuticas deve estar fundamentada em objetivos específicos, baseada na evidência científica, conforto do paciente em realizá-las e domínio do procedimento para a prática do treinamento. Se na avaliação fonoaudiológica foi encontrado alterações nas medidas acústicas e dos parâmetros de sopro, de rugosidade, de tensão no tipo de voz, de fraca intensidade, de tempo máximo de fonação reduzido, de incoordenação da respiração, fonação e articulação (IPFA), de falta de resistência da voz, tem sido preconizada para a reabilitação, as técnicas de empuxo com soco no ar e emissão da vogal /a/; na tentativa de realizar a sonorização com maior fechamento laríngeo; firmeza glótica, melhora a coaptação glótica, suaviza a emissão, estimula a ressonância e a coordenação pneumofônica; tubo de ressonância—técnica Lax Vox, pois melhora a coaptação glótica e mobilização da mucosa remanescente, afastando as pregas vestibulares e proporciona que a fonte sonora mantenha-se na região glótica; sopro e som agudo, desativando a isometria laríngea; sequência de constrição labial, reduz a compressão glótica e estimula a ressonância e melhora a condição pneumofônica. O uso de provas terapêuticas é uma estratégia que permite a avaliação do efeito da técnica vocal selecionada para o caso específico e funciona como elemento educativo na compreensão da aplicação dos exercícios por parte do paciente. Para análise criteriosa da efetividade sugere-se o registro vocal antes e após a aplicação da técnica. É importante envolver o paciente no processo terapêutico. Peça a auto avaliação do paciente no início e final da técnica e da sessão terapêutica. Outra orientação útil é aproveitar aplicativos gratuitos para ajudar a lembrar da hidratação laríngea continua e até mesmo aproveitar o celular do paciente para filmar o modelo correto do exercício ou então, gravar a voz antes e após a realização da técnica vocal para estimular a percepção auditiva da evolução da voz. Quanto a programação da alta fonoaudiológica

é importante o controle e manutenção do comportamento vocal pelo próprio paciente. Pode-se optar pela alta circunstancial, reavaliações periódicas para certificar da manutenção do quadro vocal ou definitiva. Recomenda-se a reavaliação da voz periodicamente, devido a necessidade de calibragem.

Referencia/ Referência

Boersma, Paul & Weenink, David (2021). Praat: doing phonetics by computer [Computer program]. Version 6.1.38, retrieved 2 January 2021 from http://www.praat.org/terapêutica_vocal.

Flga. Lílían Neto Aguiar-Ricz Msc. PhD.

Fonoaudióloga, Mestre e Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Atuou na Comissão de Criação do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e desde 2006 é docente deste Curso. É credenciada, desde 2008, como orientadora de mestrado e de doutorado no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Participou em 2009 da criação e desde então é tutora titular do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde da FMRP-USP, na área da Fonoaudiologia. É coordenadora do Laboratório de Investigação de Voz e da Fala do Curso de Fonoaudiologia da FMRP-USP. Atua na área de Voz (Clínica e Comunicação Profissional), Disfagia mecânica orofaríngea e fononcologia. E tem como linha de pesquisa: (1) Estudo Clínico do comportamento vocal, (2) Estudo da acústica da voz e da fala e (3) Morfofisiologia da laringe e segmento faringoesofágico.
Correio eletrônico: liricz@fmrp.usp.br

Tercera conferencia / Terceira conferência

Impacto de la sarcopenia en Adultos Mayores

Fabrizio Henrique Monaretti MD.

Médico Geriatra y Paliativo del Hospital Estatal de Ribeirão Preto.

Correo electronico: fabriciohmonaretti@yahoo.com.br

La sarcopenia es una enfermedad muscular (trastorno del músculo esquelético) causada por cambios musculares adversos que ocurren a lo largo de la vida, definida por niveles bajos de medidas para tres parámetros: (1) fuerza muscular, (2) cantidad / calidad muscular y (3) rendimiento físico (esto como indicador de gravedad). Según el Grupo *European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2)*, los criterios más actuales para el diagnóstico de sarcopenia consideran como característica principal la baja fuerza muscular. Cuando hay poca fuerza muscular, es probable que haya sarcopenia. Por tanto, cuando hay una fuerza muscular baja asociada con una cantidad y / o una cantidad de músculo baja, se considera la sarcopenia confirmada. Cuando se asocian baja fuerza muscular, baja calidad y / o cantidad muscular y bajo rendimiento físico, se considera una sarcopenia grave.

Hay varios métodos disponibles para la evaluación y el diagnóstico de sarcopenia, tales como la fuerza de prensión (fuerza muscular), circunferencia de la pantorrilla (fuerza muscular) y TUG (*Timed-up-and-go test*—el rendimiento físico), en el estudio realizado por Mendes et al., 2015 que muestra una

asociación entre las medidas de fuerza de la lengua y la fuerza de agarre manual en individuos normales durante la deglución, que también podría usarse para evaluar la fuerza muscular y la sarcopenia específicamente para la función de deglución. Existen algunos conceptos en sarcopenia, como sarcopenia primaria y secundaria, sarcopenia aguda y crónica y obesidad sarcopenica.

Desde el punto de vista fonoaudiológico, parece que existe un impacto de la sarcopenia en la deglución, como la disfagia sarcopenica . Mediante video-fluoroscopia , Miyashita et al. (2020) encontraron que el grupo de individuos sarcopénicos presentaba una reducción en la elevación laríngea y un área faríngea más amplia que el grupo sin sarcopenia, considerando tales parámetros como posibles índices de deterioro funcional de la musculatura deglutoria. El estudio de Chen et al. (2020) demostraron deterioro en la función de deglución en pacientes sarcopénicos , incluso antes de la aparición de síntomas clínicos claros. Mendes et al. (2015) describieron y correlacionaron las medidas de fuerza de la lengua y fuerza de prensión, además de verificar la asociación de estas medidas con la deglución de agua en diferentes grupos de edad, identificándose una asociación entre las medidas de fuerza de la lengua y la fuerza de prensión manual en diferentes grupos de edad y la disminución de la fuerza de la lengua entre los ancianos se compensó con un aumento en el tiempo necesario para tragar el líquido. Faltan estudios en el área de sarcopenia y voz.

Se sabe que el pico de fuerza y masa muscular se alcanza alrededor de los 40 años, con un descenso a partir de los 50 años. Así, la intervención sobre la sarcopenia debe incluir la prevención o retraso de su evolución, su tratamiento y reversión, para ello es necesaria la detección precoz e intervenciones tempranas y eficaces.

Con respecto a Fonoaudiología, Namiki et al. (2019) encontraron en 18 adultos mayores con presbifagia que el entrenamiento de resistencia a la presión de la lengua mejora simultáneamente la función de la lengua y los músculos suprahioides durante la deglución, contribuyendo a la prevención de la disfagia sarcopénica. En general, las intervenciones y tratamientos para la sarcopenia consisten en la asociación de actividad física (con programas de entrenamiento para mejorar la fuerza, potencia y resistencia muscular) y una nutrición adecuada (ingesta de proteínas–dieta y/o complementos nutricionales). Los tratamientos farmacológicos específicos aún no se recomiendan en la práctica clínica (Valente, 2011).

La importancia de estudiar y diagnosticar la sarcopenia se debe a que es más común en adultos mayores y se asocia con una mayor probabilidad de ocurrencia de resultados adversos como caídas, fracturas, trastornos de la movilidad, discapacidad física / impedimento para realizar actividades de la vida diaria, pérdida de la independencia, reducción de la calidad de vida, impacto en la deglución y posiblemente la voz, mayor riesgo de hospitalización, mayor costo durante la hospitalización y mayor mortalidad. Por lo tanto, la sarcopenia representa una gran carga para los pacientes y los sistemas de salud y genera una gran carga personal, social y económica cuando no se trata.

Dr. Fabricio Henrique Monaretti

Egresado de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Residencia en Medicina Clínica y Geriátrica, Hospital das Clínicas, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Pósgrado en Cuidados Paliativos del Instituto Pallium Latino América–Argentina.
Correo electrónico: fabriciohmonaretti@yahoo.com.br

Impacto da sarcopenia no idoso

Fabricio Henrique Monaretti MD.

Médico Geriatra e Paliativista do Hospital Estadual de Ribeirão Preto.

A sarcopenia é uma doença muscular (distúrbio muscular esquelético) originada por alterações musculares adversas que ocorrem ao longo da vida, definida por baixos níveis de medidas para três parâmetros: (1) força muscular, (2) quantidade / qualidade muscular e (3) desempenho físico (este como indicador de gravidade). De acordo com European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), os critérios mais atuais para o diagnóstico de sarcopenia consideram a baixa força muscular como a principal característica. Quando há baixa força muscular, considera-se sarcopenia provável. Quando há baixa força muscular associada a baixa qualidade e/ou quantidade muscular, considera-se sarcopenia confirmada. Quando estão associados baixa força muscular, baixa qualidade e/ou quantidade muscular e baixo desempenho físico, considera-se sarcopenia severa. Há vários métodos disponíveis para avaliação e diagnóstico de sarcopenia, como a força de preensão palmar (força muscular), circunferência da panturrilha (quantidade muscular) e TUG (Timed-up-and-go test—desempenho físico). No estudo de Mendes et al., 2015 mostra a associação entre as medidas de força de língua e força de preensão palmar em indivíduos normais na deglutição, o que poderia ser utilizado também para avaliação de força muscular e sarcopenia especificamente para a função de deglutição.

Existem alguns conceitos em sarcopenia, como a sarcopenia primária e secundária, a sarcopenia aguda e crônica e a obesidade sarcopênica.

Do ponto de vista fonoaudiológico, parece haver impacto da sarcopenia na deglutição, como a disfagia sarcopênica. Por meio da videofluoroscopia, Miyashita et al. (2020) verificaram que o grupo de indivíduos sarcopênicos apresentou redução na elevação laríngea e área faríngea mais ampla do que o grupo sem sarcopenia, considerando tais parâmetros como possíveis índices de deterioração funcional dos músculos da deglutição. O estudo de Chen et al. (2020) demonstrou prejuízo na função da deglutição em pacientes sarcopênicos, mesmo antes do surgimento de sintomas clínicos claros. Mendes et al. (2015) descreveram e correlacionaram as medidas de força de língua e força de preensão, além de verificarem a associação dessas medidas com a deglutição de água em diferentes faixas etárias, sendo identificada associação entre as medidas de força de língua e força de preensão palmar nas diferentes faixas etárias e a diminuição da força da língua entre os idosos foi compensada pelo aumento do tempo necessário para deglutir o líquido. Faltam estudos na área de sarcopenia e voz.

Sabe-se que o pico de força e massa muscular é atingido por volta dos 40 anos de idade, com declínio a partir dos 50 anos de idade. Desse modo, a intervenção sobre a sarcopenia deve abranger sua prevenção, o retardo de sua evolução, seu tratamento e sua reversão e, para isso, são necessários detecção precoce e intervenções precoces e eficazes. No que diz respeito à Fonoaudiologia, Namiki et al. (2019) verificaram em 18 idosos com presbifagia que o treinamento de resistência de pressão de língua melhora simultaneamente a função da língua e da musculatura suprahioidea durante a deglutição, contribuindo para a prevenção da disfagia sarcopênica. De modo geral, as intervenções e tratamentos para a sarcopenia consistem na associação de atividade física (com programas de treinamento para melhora da força, potência e resistência muscular) e nutrição adequada (ingestão de proteínas–dieta e/ou suplementos nutricionais). Tratamentos farmacológicos específicos ainda não são recomendados na prática clínica (Valente, 2011).

A importância em se estudar e diagnosticar sarcopenia se deve ao fato de que esta é mais comum em adultos mais velhos e está associada a maior probabilidade de ocorrência de resultados adversos como quedas, fraturas, distúrbios de mobilidade, incapacidade física / prejuízo para realização de atividades de vida diária, perda da independência, redução da qualidade de vida, impacto na deglutição e possivelmente na voz, maior risco de hospitalização, maior

custo durante a hospitalização e maior mortalidade. Assim sendo, a sarcopenia representa um grande fardo para os pacientes e sistemas de saúde e promove altos encargos pessoais, sociais e econômicos quando não tratada.

Referencia/ Referência

- Cruz-Jentoft, AJ; Bahat, G; Bauer, J; Boirie, Y; Bruyère, O; Cederholm, T; Cooper, C; Landi, F; Rolland, Y; Sayer, AA; Schneider, SM; Sieber, CC; Topinkova, E; Vandewoude, M; Visser, M; Zamboni, M. Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019 Jan; 48(1): 16–31.
- Miyashita, T; Kikutani, T; Nagashima, K; Igarashi, K; Tamura, F. The effects of sarcopenic dysphagia on the dynamics of swallowing organs observed on videofluoroscopic swallowing studies. *J Oral Rehabil*. 2020 May; 47(5): 584–590.
- Chen, YC; Chen, PY; Wang, YC; Wang, TG; Han, DS. Decreased swallowing function in the sarcopenic elderly without clinical dysphagia: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2020; 20: 419.
- Mendes, AE; Nascimento, L; Mansur, LL; Callegaro, D; Jacob Filho, W. Tongue forces and handgrip strength in normal individuals: association with swallowing. *Clinics (Sao Paulo)* 2015 Jan; 70(1): 41–45.
- Valente, M. Sarcopenia. In: Freitas, EV; Py, L; Cançado, FAX; Doll, J; Gorzoni, ML. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Cap. 90. 1019-30. Guanabara Koogan (Rio de Janeiro), 2011.
- Namiki, C; Hara, K; Tohara, H; Kobayashi, K; Chantaramanee, A; Nakagawa, K; Saitou, T; Yamaguchi, K; Yoshimi, K; Nakane, A; Minakuchi, S. Tongue-pressure resistance training improves tongue and suprahyoid muscle functions simultaneously. *Clin Interv Aging*. 2019; 14: 601–608.

Dr. Fabricio Henrique Monaretti

Médico Geriatra e Paliativista do Hospital Estadual de Ribeirão Preto. Graduado pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Residência em Clínica Médica e Geriatria pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-graduação em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium Latino América – Argentina.

Cuarta conferencia / Quarta conferência
**Manejo de la disfagia oralfaríngea
como secuela de ictus en
paciente adulto mayor**

Jennifer Borjas Galvis. Flga.

Profesor instructor de práctica de la Universidad del Rosario. Fonoaudióloga asistencia del Hospital Militar Central en Bogotá – Colombia.

Correo electronico: Jennifer.borjas@urosario.edu.co

La deglución se describe como el proceso complejo que involucra procesos neurofisiológicos y la interacción de los sistemas; neurológico, digestivo y cardiorrespiratorio. La neurofisiología comprende 5 fases: anticipatoria, preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica.

La función deglutoria transita con cambios morfo fisiológicos y adaptaciones ambientales según la etapa del ciclo vital. Específicamente, durante el envejecimiento se han estudiado cambios a nivel cortical y subcortical que impactan la neurofisiología de la deglución generando una ralentización del proceso con adaptaciones para mantener la eficacia y seguridad de la vía aérea. Estudios de Welford (1988) evidencian hiperintensidades en la Sustancia blanca periventricular y en los ganglios basales observados a través de la resonancia magnética (MRI) que aumentan a partir de los 58 años.

De esta manera, el envejecimiento afecta el componente motor y sensitivo de la función deglutoria. Desde lo motor, se destacan cambios como: la

disminución de la fuerza, del tono muscular de las estructuras que conlleva a la atrofia en algunos casos, cambios en la presión y la resistencia muscular de la lengua y de las estructuras de cabeza y cuello. Por otro lado, desde los sensitivo, se describen; modificaciones en el tiempo de reacción a los estímulos sensoriales como presión, temperatura, gusto y olfato que deterioran el rendimiento de las etapas de la deglución. (Robbins, J. 1996)

No obstante, los adultos mayores representan una población vulnerable, susceptible de presentar diversas comorbilidades como; hipertensión, accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), entre otras, que pueden acarrear consecuencias aún más graves en todos los sistemas que participan en la función deglutoria. Los accidentes cerebrovasculares o Ictus representan un alto porcentaje dentro del grupo de enfermedades que puede comprometer la deglución que oscila entre el 25 y el 81% (Daniels y Huckabee et al., 2019) ocasionando disfagia neurogénica con grados de severidad severos que deterioran la calidad de vida del adulto mayor.

Dentro de las características de la disfagia neurogénica sobrevenida por un ACV se encuentran: la disminución del Input sensorial que restringe aún más el reconocimiento del alimento a través de los quimiorreceptores del gusto, olfato, presión y temperatura involucrados en el rendimiento de las primeras fases; anticipatoria, preparatoria oral y oral.

De igual forma, se incrementa las deficiencias en los patrones de fuerza, presión y coordinación de las estructuras orofaciales y cervicales, generando una mayor acumulación de residuos en la cavidad oral, vallécula y senos piriformes con tiempos de respuesta Motora Faríngea lentificados que pueden incrementar los riesgos de aspiración y por consiguiente de neumonía aspirativa. Otros cambios, documentados durante la fase faríngea, son la variación entre las distancias y velocidades de los movimientos del hioides y la laringe, los ángulos de inclinación máximos y las velocidades angulares de la epiglotis. (Gil, Seo, 2015).

Dentro de las herramientas de evaluación de la disfagia neurogénica en el adulto mayor se destacan diversas pruebas clínicas e instrumentales como la videoendoscopia (VEES) y la videofluoroscopia (VFSS) con un alto porcentaje de sensibilidad y especificidad para la detección de aspiraciones silentes (Martino y Foley et al., 2005). Algunos test de screening que facilitan la detección temprana de los signos de la disfagia, destacados por la literatura para paciente

post Ictus son: *Bedside stroke Dysphagia* (BJH-SDS), *Rapid aspiration screening* (RAS3), Toronto Bedside (TOR-BSST), entre otros.

Durante La evaluación clínica se destacan aspectos relevantes como: revisión de la historia clínica, entrevista, evaluación informal de la cognición y la comunicación, evaluación de la postura, pares craneales y la evaluación directa de la deglución a través de la clasificación de texturas y dietas para la disfagia propuesta por la IDDSI. (Félix et al., 2019). Estos componentes a su vez permiten al clínico proyectar los objetivos y estrategias terapéuticas más eficientes para el paciente de acuerdo con las capacidades funcionales, estado de conciencia, contexto familiar y expectativas.

Para la selección de las estrategias terapéuticas es importante considerar la evidencia científica disponible en cada caso. Félix et al. (2019), plantea dos enfoques terapéuticos: el enfoque compensatorio y un enfoque de rehabilitación, que pueden ser aplicados simultáneamente para favorecer la deglución segura y eficiente en el adulto mayor post Ictus.

Desde el enfoque compensatorio se dirigen estrategias intuitivas, indirectas y directas orientadas a lograr una ingesta segura y eficiente que reduzcan los signos de la disfagia Orofaríngea. Dentro del grupo de estrategias intuitivas sin evidencia empírica, se describen: la regulación del volumen del bolo, la deglución en seco y la deglución secuencial, mientras que para el grupo de evidencia indirecta se postulan estrategias como: la retención del bolo de tres segundos. (Félix et al. 2019). Por último, las estrategias directas que evidencian hallazgos empíricos más sólidos son: la flexión del mentón para minimizar el riesgo de entrada de alimento a las vías respiratorias antes y durante la deglución y la deglución con esfuerzo, en caso de acumulación de alimento en la vallecula.

Por otro lado, las estrategias del enfoque de rehabilitación se dividen en régimen específico e inmediato. Las estrategias de régimen específico se basan en los entrenamientos de la fuerza muscular, como el IOPI para entrenamiento lingual, el EMST para la musculatura respiratoria y la maniobra de Shaker. Mientras que, en el grupo de estrategias de efecto inmediato, se agrupan las de aplicación térmica-táctil, la maniobra de Masako, deglución con esfuerzo y Mendelsohn. Dentro de los estudios nuevos, se destaca el entrenamiento de las habilidades de modulación central y periférica para la recuperación de las habilidades motora que participan en la deglución. Zimmerman (2019).

En conclusión, el abordaje terapéutico de la función deglutoria en el adulto mayor Post ictus, representa varios desafíos para el fonoaudiólogo teniendo en cuenta la alta incidencia del ACV y el incremento de este grupo poblacional. Algunas de las consideraciones a tener en cuenta en el manejo son: los cambios neurofisiológicos ocasionados por el envejecimiento normal versus los generados por una ACV, evaluación de los pares craneales para detectar alteraciones motoras o sensitivas, estado de conciencia y sitio de lesión, con el fin de adaptar estrategias que en contraste con la evidencia científica mejoren la eficacia y seguridad de la deglución, así como, la calidad de vida del adulto mayor.

Jennifer Borjas Galvis. Flga.

Especialista en Administración en Salud de la Universidad Pontificia Javeriana.

Formación en el abordaje de disfunciones estomátognáticas del centro CEMEC de Buenos Aires – Argentina. Fonoaudióloga asistencia del Hospital Militar Central en Bogotá – Colombia. Correo electrónico: Jennifer.borjas@urosario.edu.co

Manejo da disfagia oralfaríngea como sequela do ictus em pacientes idosos

Jennifer Borjas Galvis Flga.

Professor instrutor de prática na Universidad del Rosario–Fonoaudióloga do Hospital Militar Central de Bogotá–Colômbia.

A deglutição envolve processos neurofisiológicos complexos e a interação de sistemas; neurológico, digestivo e cardiorrespiratório. A neurofisiologia da deglutição compreende cinco fases: antecipatória, preparatória oral, oral, faríngea e esofágica.

A função de deglutição transita com mudanças morfofisiológicas e adaptações ambientais de acordo com a fase do ciclo vital. Especificamente, durante o envelhecimento, têm sido estudadas alterações nos níveis cortical e subcortical que impactam na neurofisiologia da deglutição, gerando uma desaceleração do processo com adaptações para manter a eficácia e segurança das vias aéreas. Estudos realizados por Welford (1988) mostram hiperintensidades na substância branca periventricular e nos gânglios da base observadas por ressonância magnética (RM) que aumentam após 58 anos.

Dessa forma, o envelhecimento afeta o componente motor e sensorial da função de deglutição. Do motor, destacam-se alterações como: diminuição da força, tônus muscular das estruturas que leva à atrofia em alguns casos, alterações da pressão e resistência muscular da língua e das estruturas da cabeça e pescoço. Por outro lado, desde o sensitivo, são descritas; modificações no tempo

de reação aos estímulos sensoriais como pressão, temperatura, sabor e cheiro que prejudicam o desempenho das etapas de deglutição. (Robbins, J. 1996)

No entanto, os idosos representam uma população vulnerável, suscetível a apresentar diversas comorbidades como; hipertensão, acidente vascular cerebral (AVC), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), entre outros, que podem ter consequências ainda mais graves em todos os sistemas envolvidos na função de deglutição. AVC ou AVC representam uma alta porcentagem dentro do grupo de doenças que podem comprometer a deglutição que varia entre 25 e 81% (Daniels e Huckabee, et al., 2019) causando disfagia neurogênica com severos graus de severidade que eles deterioram a qualidade de vida dos idosos.

Entre as características da disfagia neurogênica causada pelo AVC estão: uma diminuição da entrada sensorial que restringe ainda mais o reconhecimento do alimento por meio dos quimiorreceptores de gosto, olfato, pressão e temperatura envolvidos no desempenho das primeiras fases; antecipatório, preparatório oral e oral.

Da mesma forma, deficiências nos padrões de força, pressão e coordenação das estruturas orofaciais e cervicais são aumentadas, gerando um maior acúmulo de resíduos na cavidade oral, valeculas e seios piriformes com tempos de resposta motora faríngea lentos que podem aumentar os riscos de aspiração e, portanto, pneumonia por aspiração. Outras alterações, documentadas durante a fase faríngea, são a variação entre as distâncias e velocidades dos movimentos do hióide e da laringe, os ângulos máximos de inclinação e as velocidades angulares da epiglote. (Gil. 2015).

Dentre as ferramentas de avaliação da disfagia neurogênica em idosos, destacam-se diversos testes clínicos e instrumentais como a videoendoscopia (VEES) e a videofluroscopia (VFSS) com alto percentual de sensibilidade e especificidade para detecção de aspirações silenciosas (Martino et al. 2005). Alguns testes de triagem que facilitam a detecção precoce de sinais de disfagia, destacados pela literatura para pacientes pós-AVC são: AVC Disfagia (BJH-SDS), Triagem de aspiração rápida (RAS3), Toronto Bedside (TOR-BSST), entre outros.

Durante a avaliação clínica, aspectos relevantes são destacados como: revisão do histórico médico, entrevista, avaliação informal da cognição e comunicação, avaliação da postura, nervos cranianos e avaliação direta da deglutição por meio da classificação de texturas e dietas para disfagia proposta pelo IDDSI. (Félix et al. 2019). Esses componentes, por sua vez, permitem

ao clínico projetar os objetivos e estratégias terapêuticas mais eficazes para o paciente de acordo com suas capacidades funcionais, estado de consciência, contexto familiar e expectativas.

Para a seleção de estratégias terapêuticas é importante considerar as evidências científicas disponíveis em cada caso. Felix et al. (2019), propõe duas abordagens terapêuticas: a abordagem compensatória e a abordagem de reabilitação, que podem ser aplicadas simultaneamente para promover a deglutição segura e eficiente em idosos pós-AVC.

A partir da abordagem compensatória, estratégias intuitivas, indiretas e diretas são direcionadas para alcançar uma ingestão segura e eficiente que reduza os sinais de disfagia orofaríngea. Dentro do grupo de estratégias intuitivas sem evidência empírica, são descritas: regulação do volume do bolo, deglutição seca e deglutição sequencial, enquanto para as evidências indiretas são postuladas estratégias de grupo como: retenção do bolo por 3 segundos. (Felix et al. 2019). Por fim, as estratégias diretas que apresentam achados empíricos são: flexão do queixo para minimizar o risco de entrada de alimentos nas vias aéreas antes e durante a deglutição e deglutição com esforço, em caso de acúmulo de alimento na valécula.

Por outro lado, as estratégias de abordagem da reabilitação são divididas em regime específico e imediato. As estratégias de regime específico são baseadas no treinamento de força muscular, utilizando o sistema IOPI para treinamento de língua, o *Expiratory Muscle Strength Trainer (EMST)* para os músculos respiratórios e a manobra de *Shaker* como ferramenta de medição. Enquanto, no grupo das estratégias de efeito imediato, agrupam-se as de aplicação termotátil, a manobra de Masako, a deglutição com esforço e a de *Mendelsohn*. Dentre os novos estudos, destaca-se o treinamento das habilidades de modulação central e periférica para a recuperação das habilidades motoras envolvidas na deglutição (Zimmerman, 2019).

Concluindo, a abordagem terapêutica da função da deglutição em idosos pós-AVE representa vários desafios para o fonoaudiólogo, tendo em vista a alta incidência de AVE e o aumento desse grupo populacional. Algumas das considerações a serem levadas em consideração no manejo são: alterações neurofisiológicas causadas pelo envelhecimento normal versus aquelas geradas por acidente vascular cerebral, avaliação dos nervos cranianos para detectar alterações motoras ou sensoriais, estado de consciência e local da lesão, com o

no intuito de adequar estratégias que, ao contrário das evidências científicas, melhorem a eficácia e a segurança da deglutição, bem como a qualidade de vida dos idosos.

Referencias/Referências

- Robbins, Joanne. (1996). Normal Swallowing and Aging. Seminar in Neurology. Vol.16 N. 4.
- Daniels, S. K., Huckabee, M. L., & Gozdzikowska, K. (2019). Dysphagia Following Stroke: Vol. Third edition. Plural Publishing, Inc.
- Campbell MJ, Mc Comas AJ, Petito F. (1981). Physiological changes in aging muscle. J Neurologic Neurosurgical Psychiatry.
- Price PA, Darvell BS. (1981). Force and mobility in the aging human tongue. Med J Aust; 1:75-8.
- Steele CM, Cichero JA. (2014). Factores fisiológicos relacionados con el riesgo de aspiración: una revisión sistemática. Disfagia 29 (03) 295-304.
- Leslie P, Drinnan MJ, Ford GA, Wilson JA. (2005). Swallow respiratory patterns and aging: Presbyphagia or Dysphagia? J Gerontol A Biol Sci Med Sci Mar; 60(3):391-395.
- Orozco, G, Garrido, E, Paredes, V. (2012). Disfagia en el paciente con enfermedad cerebrovascular. Revista Ecuatoriana de Neurologia Vol. 21, N. 1-3.
- Singh, S Hamdy. (2006). Dysphagia in stroke patients. Postgrad Med J.; 82:383-391
- Warabi t, Ito T, Kato M, Takei H, Kobayashi N, Chiba S. (2008). Effects of stroke-induced damage to swallow-related areas in the brain on swallowing mechanics of elderly patients.
- Perry, SE, Miles, A., Fink, JN (2019). El protocolo de disfagia en accidente cerebrovascular reduce la neumonía por aspiración en pacientes con disfagia después de un accidente cerebrovascular agudo: una auditoria clínica. Transl. Stroke Res. 10, 36–43.

Jennifer Borjas Galvis Flga.

Especialista em Administração em Saúde pela Universidad Pontificia Javeriana. Treinamento na abordagem das disfunções estomatognáticas no Centro CEMEC em Buenos Aires–Argentina. Fonoaudióloga do Hospital Militar Central de Bogotá–Colômbia.
Correio eletrônico: Jennifer.borjas@urosario.edu.co

Quinta conferencia / Quinta conferência

Abordaje fonoaudiológico en complicaciones de la intubación endotraqueal prolongada

Camilo Hernández Molina. Flgo.

Fonoaudiólogo, Clínica Los Nogales, Bogotá-Colombia

Correo electrónico: camiloe.hernandez@urosario.edu.co

Las complicaciones de las vías aéreas y de las estructuras estomatognáticas secundarias a la intubación endotraqueal son frecuentes en el ámbito clínico. Muchas ocurren con síntomas leves y de corta duración. Sin embargo, en muchos casos las lesiones son graves y permanentes, afectando las estructuras de la cavidad oral, la laringe, la tráquea y el esófago llegando a requerir incluso corrección quirúrgica.

Varios estudios reportan un porcentaje de compromiso de complicaciones de la intubación endotraqueal hasta del 70% o más si tenemos en cuenta que la cánula endotraqueal siempre ejercerá presión en la laringe generando lesiones, y estas lesiones serán más graves según tres factores de riesgo: los relacionados con el paciente, con la intubación, y con el médico.

Entre los factores de riesgo relacionados con el paciente se encuentran la edad, los antecedentes médicos, el estado nutricional y metabólico debido a que la musculatura, la mucosa de la laringe se vuelve más frágil con la edad y son más susceptibles a lesiones. Otro factor de riesgos relacionados con la

intubación son las condiciones técnicas, el riesgo de complicaciones aumenta con la duración de la intubación. Hay estudios que refieren una intubación endotraqueal prolongada es mayor a 48 horas y otros que refieren mayor a siete días. Existe un acuerdo, más no un consenso, en el cual un periodo de duración de aproximadamente siete días es un tiempo razonable en adultos para tomar una decisión sobre continuar con la intubación o cambiar a traqueostomía. El tamaño del tubo endotraqueal, la agitación del paciente (sobre todo episodios de extubación-Re-intubación), la presión del balón que no puede sobrepasar los 30 mm de Hg. Y finalmente, entre los factores de riesgo están los relacionados con el médico, en los que se encuentran la falta de experiencia, las Intubaciones traumáticas o de emergencia, los múltiples intentos o que el tubo endotraqueal quede en esófago por una vía aérea difícil.

Según la literatura revisada no es posible dejar un tubo en la laringe sin que se produzcan cambios así sean histopatológicos. El edema, por ejemplo, es una consecuencia de la reacción inflamatoria, consecutiva al contacto del tubo o del balón sobre la mucosa laringotraqueal con una incidencia del 8% al 100% de los casos, una vez se produce aumento de la permeabilidad capilar se observa la hiperemia que es una de las mayores consecuencias reportadas en la literatura. Muchas lesiones extensas sanan por segunda intención con formación de tejido de granulación. Cuando esta es grande y progresiva puede dar a lugar a úlceras y granulomas y esta a su vez a lesiones que conocemos como estenosis.

La literatura reporta que la disfagia está dentro de las de mayor incidencia con un 44 a 87% de los casos, Otra complicación es la disfonía con una incidencia del 14 al 50% de los casos.

La traqueostomía no es vista como una complicación en este abordaje de la intubación prolongada. Ya que, a menor tiempo de exposición de la laringe al trauma de la cánula endotraqueal, menos son las complicaciones que se reportan en clínica según la literatura revisada.

Durante la conferencia, se describieron tres estudios de casos con manejo interdisciplinario en La Clínica los Nogales, Bogotá-Colombia, en los que se desarrolló un programa de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento, para consecuencias de la intubación endotraqueal prolongada. El equipo interdisciplinario estuvo conformado por: cirugía de tórax, gastroenterología, fisioterapia, nutrición y fonoaudiología.

Dentro de los diagnósticos diferenciales de los casos teníamos fistula traqueoesofágica con manejo de stent esofágico y cirugía de reconstrucción traqueal más colgajo; estenosis laríngea con manejo de reconstrucción traqueal y manejo de tubo Montgomery, y finalmente adaptación de traqueostomía, los tres casos con una intubación endotraqueal superior a 12 días.

En el abordaje fonoaudiológico las estrategias de tratamiento que se desarrollaron fueron agrupadas dentro de dos categorías: *las Técnicas propias de tratamiento* y *las Técnicas de tratamiento compensatorias*. Dentro de las *técnicas propias de tratamiento* estaban las praxias neuromusculares, dirigidas a aumentar la motilidad y tonicidad de los órganos fonoarticuladores (labios, mejillas, lengua, velo del paladar, músculos masticatorios, piso de la boca, musculatura suprahiodea); maniobra de Masako, ejercicios isométricos e isocinéticos de Shaker, diseñados para mejorar la fuerza de la musculatura suprahiodea; ejercicios con incentivadores respiratorios, el objetivo de esta terapia era el aumento de la capacidad pulmonar total (CPT) para mantener la presión subglótica en sus valores máximos; implementación de maniobras deglutorias para reducir la disfagia durante la alimentación de los pacientes, el objetivo de estas era facilitar el ascenso laríngeo para que la faringe ganara su espacio, facilitando la apertura del Esfínter esofágico superior, estas se realizaron bajo controles posturales, se observaron y se midieron bajo exámenes complementarios FEES (*fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing*) por sus siglas en inglés y videocinedeglución. Cada maniobra tenía un objetivo específico para cambiar un aspecto concreto de la fisiología de la deglución. Dentro de las aplicadas estaban la Maniobra de Mendelssohn, deglución súper-supraglótica, deglución supraglótica y deglución forzada siendo esta última la más utilizada en los casos desarrollados.

Dentro de las Técnicas de tratamiento compensatorias, se implementaron técnicas de incremento sensorial, esta estrategia proporciona un estímulo sensorial previo al intento de deglución y actuó como efecto directo al sistema nervioso central, estimulación térmica, estimulación con sabores ácidos y estimulación intra y extraoral. Adicional a ellas, se realizan modificaciones de la dieta implementando el programa International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI por sus siglas en inglés) así como cambios posturales, analizados objetivamente mediante el estudio de videocinedeglución para luego ser empleados como estrategia en el tratamiento.

La incidencia de las lesiones laríngeas por intubación endotraqueal depende de varios factores entre ellos la edad y el tiempo que dure la cánula ejerciendo presión en la laringe. Los ejercicios de deglución realizados a pacientes extubados después de una intubación orotraqueal prolongada aumentaron el reclutamiento neuromuscular de los músculos suprahióideos implicados en la deglución y redujeron los niveles de disfagia, así como la implementación de técnicas de tratamiento compensatorio ayudaron a avanzar de manera progresiva al inicio de la vía oral.

Flgo. Camilo Hernández Molina

Fonoaudiólogo egresado de la Universidad del Rosario con amplia experiencia en los campos de la salud (clínica), educación y audición. Asistente del proyecto de investigación “Capacidad para la investigación clínica en la Red Méde-ri” del que se publica el artículo: “Investigación clínica en fonoaudiología: análisis de la literatura científica 2005-2009”, voluntario en la Asociación de colombianos por la enfermedad de Huntington, conferencista en el seminario de actualización, manejo de disfunciones de la Articulación Temporomandibular de la Universidad Manuela Beltrán. Actualmente trabaja como fonoaudiólogo en la Clínica los nogales, tras 9 años de experiencia en el área clínica y es profesor emérito de la Universidad del Rosario.

Correo electrónico: camilo.e.hernandez@urosario.edu.co

Abordagem fonoaudiológica nas complicações da intubação endotraqueal prolongada

Camilo Hernandez Molina, Fgo.

Fonoaudiólogo, Clínica Los Nogales, Bogotá-Colômbia

As complicações das vias aéreas e das estruturas estomatognáticas secundárias à intubação endotraqueal são frequentes no ambiente clínico. Muitos ocorrem com sintomas leves e de curta duração. Porém, em muitos casos as lesões são graves e permanentes, acometendo as estruturas da cavidade oral, laringe, traqueia e esôfago, necessitando inclusive de correção cirúrgica.

Vários estudos relatam um percentual de comprometimento das complicações da intubação endotraqueal de até 70% ou mais se temos em consideração que a cânula endotraqueal sempre exercerá pressão sobre a laringe gerando lesões, e essas lesões serão mais graves de acordo com três fatores de risco: aqueles relacionados com o paciente, com intubação e com o médico.

Entre os fatores de risco relacionados ao paciente estão a idade, os antecedentes médicos, estado nutricional e metabólico, pois a musculatura, a mucosa da laringe torna-se mais frágeis com a idade e estão mais suscetíveis a lesões. Outro fator de risco relacionado à intubação são as condições técnicas, o risco de complicações aumenta com o tempo de intubação. Existem estudos que se referem a uma intubação endotraqueal prolongada é maior que 48 horas e outras que se referem maior que sete dias. Há um acordo, mas não consenso,

quanto a que uma duração de aproximadamente sete dias é um tempo razoável em adultos para tomar uma decisão sobre continuar a intubação ou mudar para traqueostomia. O tamanho do tubo endotraqueal, a agitação do paciente (especialmente episódios de extubação-reintubação), a pressão do balão que não pode exceder 30 mm de Hg. E, por fim, entre os fatores de risco estão aqueles relacionados ao médico, que incluem falta de experiência, intubações traumáticas ou de emergência, múltiplas tentativas ou a permanência do tubo endotraqueal no esôfago por via aérea difícil.

De acordo com a literatura consultada, não é possível deixar um tubo na laringe sem produzir alterações, mesmo que histopatológicas. O edema, por exemplo, é uma consequência da reação inflamatória, consecutiva ao contato do tubo ou do balão na mucosa laringotraqueal com incidência de 8% a 100% dos casos, uma vez que há aumento da permeabilidade capilar, observa-se hiperemia que é uma das principais consequências relatadas na literatura. Muitas lesões extensas cicatrizam por segunda intenção com formação de tecido de granulação. Quando é grande e progressiva, pode dar origem a úlceras e granulomas e isso por sua vez a lesões que conhecemos como estenose.

A literatura relata que a disfagia está entre aquelas com maior incidência, com 44% a 87% dos casos. Outra complicação é a disфонia com incidência de 14% a 50% dos casos.

A traqueostomia não é vista como uma complicação nesta abordagem para intubação prolongada. Visto que, quanto menos tempo a laringe fica exposta ao trauma da cânula endotraqueal, menores são as complicações que são relatadas na clínica de acordo com a literatura revisada.

Durante a conferência, três estudos de caso com gestão interdisciplinar foram descritos em La Clínica los Nogales, Bogotá-Colômbia, nos quais um programa de Avaliação, Diagnóstico e Tratamento foi desenvolvido para as consequências da intubação endotraqueal prolongada. A equipe interdisciplinar era composta por: cirurgia torácica, gastroenterologia, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia.

Entre os diagnósticos diferenciais dos casos tivemos fístula traqueo esofágica com manejo de stent esofágico e cirurgia de reconstrução traqueal mais retalho; Estenose laríngea com manejo da reconstrução traqueal e manejo do tubo de Montgomery e, finalmente, adaptação da traqueostomia, todos os três casos com intubação endotraqueal com duração superior a 12 dias.

Na abordagem fonoaudiológica, as estratégias de tratamento desenvolvidas foram agrupadas em duas categorias: as técnicas de tratamento próprias e as técnicas de tratamento compensatório. Dentre as técnicas de tratamento próprias estavam a práxis neuromuscular, que visa aumentar a motilidade e tonicidade dos órgãos fonoarticulatórios (lábios, bochechas, língua, palato mole, músculos mastigatórios, assoalho da boca, músculos suprahióideos); Manobra de Masako, exercícios isométricos e isocinéticos de Shaker, destinados a melhorar a força dos músculos supra-hiodeanos; exercícios com estímulos respiratórios, o objetivo dessa terapia era aumentar a capacidade pulmonar total (TCP) para manter a pressão subglótica em seus valores máximos; realização de manobras de deglutição para redução da disfagia durante a alimentação do paciente. O objetivo destas foi facilitar a ascensão laríngea para que a faringe ganhasse seu espaço, facilitando a abertura do esfíncter esofágico superior, estas foram realizadas sob controles posturais, foram observados e medidos utilizando testes como a avaliação endoscópica da deglutição (FEES) e videofluoroscopia da deglutição. Cada manobra tinha um objetivo específico mudar um aspecto particular da fisiologia da deglutição. Dentre as aplicadas, estavam a manobra de Mendelssohn, deglutição super-supraglótica, deglutição supra glótica e deglutição forçada, sendo esta última a mais utilizada nos casos desenvolvidos.

Dentro das técnicas de tratamento compensatório, foram implementadas técnicas de realce sensorial, esta estratégia proporcionou um estímulo sensorial anterior à tentativa de deglutição e atuou como efeito direto no sistema nervoso central, estimulação térmica, estimulação com sabores ácidos e estimulação intra e extraoral. Além dessas, são feitas modificações dietéticas por meio da implantação do programa *International Dysphagia Diet Standardization Initiative* (IDDSI), bem como alterações posturais, objetivamente analisadas por meio do estudo da vídeo-deglutição e, posteriormente, utilizadas como estratégia de tratamento.

A incidência de lesões laríngeas devido à intubação endotraqueal depende de vários fatores, incluindo idade e o tempo de duração da cânula aplicando pressão na laringe. Os exercícios de deglutição realizados em pacientes extubados após intubação orotraqueal prolongada aumentaram o recrutamento neuromuscular dos músculos suprahióideos envolvidos na deglutição e reduziram os níveis de disfagia, assim como a implementação de técnicas de tratamento compensatório ajudaram a progredir progressivamente no início da via oral.

Referencias/ Refêrencias

- Añón, J. M., Araujo, J. B., Escuela, M. P., & González-Higueras, E. (2014). Traqueotomía percutánea en el paciente ventilado. *Medicina Intensiva*, 38(3), 181-193.
- Arizaga, A. S. F., Boleas, M. Á. E., De Tudanca, R. D., & Vicario, R. F. (2012). Eficacia de las maniobras deglutorias y de los ejercicios de trabajo motor en la disfagia secundaria a un traumatismo craneoencefálico grave en pacientes adultos. *Gaceta Médica de Bilbao*, 109(3), 113-117.
- Barker J, Martino R, Reichardt B, Hickey EJ, Ralph-Edwards A. (2009) Incidence and impact of dysphagia in patients receiving prolonged endotracheal intubation after cardiac surgery. *Can J Surg*.52, 119-24.
- Beduneau, G., Souday, V., Richard, J. C., Hamel, J. F., Carpentier, D., Chretien, J. M., ... & Mercat, A. (2020). Persistent swallowing disorders after extubation in mechanically ventilated patients in ICU: a two-center prospective study. *Annals of Intensive Care*, 10(1), 1-7.
- Brown CVR, Hejl K, Mandaville AD, Chaney PE, Stevenson G, Smith C. (2011) Disfunción de la deglución después de la ventilación mecánica en pacientes traumatizados. *J Crit Care*. 26 (108), 9-13.
- Cámpora, H., Durand, L., & Ané, F. (2001). Trastornos de la deglución. *Arch Neurol, Neurocir Neuropsiq*, 11, 1-8.
- Cantó, A., Moya, J., Aguiló, R., Saumench, J., Villalonga, R., Pujol, R., ... & Morera, R. (1988). Estenosis laringo-traqueales postintubación. Consideraciones sobre 41 casos. *Archivos de bronconeumología*, 24(1), 3-9.
- Durán, D., Mosquera, F.E., Arango, A.C., & Ovalle, I.J. (2018). Medición del neumotaponador y su influencia en la prevención de complicaciones laringotraqueales: a propósito de un caso de intubación prolongada (56 días). *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 18, 66-69.
- El Gharib, A., Berretin-Felix, G., Rossoni, D. F., & Seiji Yamada, S. (2019). Effectiveness of Therapy on Post-Extubation Dysphagia: Clinical and Electromyographic Findings. *Clinical medicine insights. Ear, nose and throat*, 12, 1179550619873364. <https://doi.org/10.1177/1179550619873364> conten
- Durán, D., Mosquera, F.E., Arango, A.C., & Ovalle, I.J. (2018). Medición del neumotaponador y su influencia en la prevención de complicaciones

- laringotraqueales: a propósito de un caso de intubación prolongada (56 días). *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 18, 66-69.
- El Gharib, A., Berretin-Felix, G., Rossoni, D. F., & Seiji Yamada, S. (2019). Effectiveness of Therapy on Post-Extubation Dysphagia: Clinical and Electromyographic Findings. *Clinical medicine insights. Ear, nose and throat*, 12, 1179550619873364. <https://doi.org/10.1177/1179550619873364> contenido
- Grüter, Thomas & Behrendt, Volker & Bien, Corinna & Gold, Ralf & Ayzenberg, Ilya. (2020). Early immunotherapy is highly effective in IgG1/IgG4 positive IgLON5 disease. *Journal of Neurology*. 267. 10.1007/s00415-020-09924-y.
- Madero Pérez, J., Vidal Tegedor, B., Abizanda Campos, R., Cubedo Bort, M., Álvaro Sánchez, R., & Micó Gómez, M. (2007). Traqueostomía percutánea en pacientes ventilados. *Medicina Intensiva*, 31(3), 120-125. Recuperado en 26 de octubre de 2020, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0210-56912007000300002&lng=es&tlng=pt.
- Marín Domínguez, I., Domínguez Cenzano, L., & Colomina, M. J. (2009). Fístula traqueoesofágica y ventilación mecánica prolongada. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 56(4), 256-257.
- Medeiros GC, Andrade CRF. Disfagia orofaríngea en pacientes sometidos a intubación orotraqueal prolongada en UCI. [disertación] São Paulo: Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo; 2012. [Enlaces]
- Mota, L. A. A., Cavalho, G. B. D., & Brito, V. A. (2012). Laryngeal complications by orotracheal intubation: literature review. *International archives of otorhinolaryngology*, 16(2), 236-245.
- Oliveira AC, Friche AA, Salomão MS, Bougo GC, Vicente LC. (2018) Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal intubation. *Braz J Otorhinolaryngol*;84:722-8.
- Rodríguez, I. & Colomina, Maria & Cenzano, L. (2009). Fístula traqueoesofágica y ventilación mecánica prolongada. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 56. 256–257. 10.1016/S0034-9356(09)70384-6.
- Sará Ochoa, J. E., Hernández Ortiz, O., Ramírez Correa, L. E., & Restrepo Rueda, 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

Suárez, A. M. (2018). Tratamiento de la disfagia en paciente laringectomizado: estudio de caso. *Revista Colombiana de Cancerología*, 22(4), 169-175.

Flgo. Camilo Hernández Molina

Fonoaudiólogo graduado pela Universidad del Rosario com vasta experiência nas áreas de saúde (clínica), educação e audição. Assistente do projeto de pesquisa “Capacidade de pesquisa clínica na Red Méderi”, do qual é publicado o artigo: “Pesquisa clínica em Fonoaudiologia: análise da literatura científica 2005-2009”, voluntário na Associação dos Colombianos pela Doença de Huntington, Docente no Seminário de Atualização, Gestão das Disfunções da Articulação Temporomandibular na Universidade Manuela Beltrán. Atualmente trabalha como fonoaudiólogo na Clínica Los Nogales, após 9 anos de experiência na área clínica e é professor emérito da Universidad del Rosario. Correio eletrônico: camiloe.hernandez@urosario.edu.co

Sexta conferencia / Sexta conferência

Actuación fonoaudiológica en el pre y pos-microcirugía de laringe de lesiones benignas

Gleidy Vannesa Espitia Rojas Flga. MsC. PhD.

Profesora Programa de Fonoaudiología, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Correo electronico: gleidy.espitia@urosario.edu.co

Los desórdenes de voz ocurren cuando hay una alteración en la calidad, el tono o el volumen de la voz, siendo este inadecuado para la edad, el sexo y/o el origen cultural de una persona (Lee, Stemple, Glaze y Kelchner, 2004; Aronson y Bless, 2009).

Existen diversos sistemas de clasificación de los desórdenes de voz, la *American Speech Language Hearing Pathology Association (ASHA)* los clasifica de la siguiente forma: orgánico, estructural, neurogénico y funcional.

Aproximadamente el 30% de la población se puede ver afectada por un desorden de voz en algún momento de su vida, causando impacto negativo en su salud mental, física, emocional, así como, en su economía (Roy et al., 2005). La causa de la disfonía en el 22% de los pacientes se debe a la presencia de lesiones benignas en los pliegues vocales, siendo las más usuales los nódulos vocales, pólipo y quiste vocal (Jung et al., 2020).

El tratamiento de elección para las lesiones benignas en los pliegues vocales como; los pólipos vocales, quiste vocal, sulco vocal, leucoplasia, papiloma laríngeo, edema Reinke etc., es la microcirugía de laringe realizada por el médico otorrinolaringólogo. Además, dependiendo del caso, es realizado en conjunto un tratamiento farmacológico, terapia de voz, realizada por el fonoaudiólogo, que es fundamental para la recuperación de la calidad de voz del paciente. Por otra parte, cuando es necesario, se debe contar con un equipo multiprofesional (Médico especialista en gastroenterología, nutricionista y psicólogo). No obstante, para lograr el éxito en el tratamiento es importante que el paciente tenga interés y sean considerados aspectos como; el gasto financiero que trae la microcirugía de laringe y fonoterapia, el tiempo de incapacidad laboral, los cambios de hábitos vocales nocivos, que deben ser modificados, entre otros (White et al., 2019).

La actuación fonoaudiológica preoperatoria a la microcirugía de laringe de lesiones benignas tiene como objetivo informar y educar al paciente sobre la cirugía y la importancia de seguir las orientaciones, además de concientizar al paciente sobre los factores que influyen en la presencia de inflamación de los pliegues vocales y la tensión muscular compensatoria que muchos pacientes presentan (White & Carding, 2020).

En la sesión preoperatoria debe ser realizada una Evaluación de la voz, que debe incluir una anamnesis donde se recopile la historia clínica del paciente, autopercepción del individuo sobre los síntomas vocales, emociones e impacto, vocal, examen oral periférico, evaluación de la respiración, evaluación auditivo perceptual de la voz (Calidad de la voz, resonancia, fonación) y evaluación acústica y aerodinámica (American Speech-Language-Hearing Association). El fonoaudiólogo debe conocer y trabajar en el manejo de las expectativas del paciente con respecto a la cirugía, ofrecer orientaciones con respecto a la salud vocal (Hidratación laríngea continua, evitar el consumo de cigarrillo, bebidas alcohólicas, alimentación etc.). También es importante una explicación sobre los factores que contribuyen con la presencia de lesiones benignas en los pliegues vocales y mecanismos compensatorios realizados por el paciente (White, 2019).

La principal recomendación en el posoperatorio es el reposo vocal que permite que haya un proceso de recuperación de los pliegues vocales, permitiendo la movilización y restablecimiento de la onda mucosa de los pliegues vocales. Se conoce dos tipos de reposo vocal, el reposo vocal absoluto, en el cual

el paciente debe evitar hablar, para esto es importante establecer un modo de comunicación alternativo, que sea efectivo para el paciente (Uso de pizarra, mensajes de texto, tabletas etc.), además de evitar cualquier comportamiento fono traumático como toser o carraspear, el cuál puede provocar irritación de los pliegues vocales, este reposo vocal facilita la cicatrización del tejido después de la cirugía. El reposo vocal relativo, consiste en no realizar comportamiento fono traumáticos (tosar, carraspear etc.) y hablar estrictamente lo necesario, el reposo vocal relativo, promueve la movilización de la mucosa de los pliegues vocales, lo cual permita mejorar la funcionalidad y limitar la presencia de fibrosis (Ishikawa & Thibeault, 2010; Rousseau et al., 2011; White, 2019). Por lo tanto, es importante que los pacientes cumplan el tiempo de reposo vocal, indicado por el médico otorrinolaringólogo.

En una investigación realizada por Joshi et al., (2018) que tenía como objetivo conocer los protocolos actuales implementados por los laringólogos inmediatamente después de la fonomicrocirugía de lesiones benignas en los pliegues vocales. Fue observado que los laringólogos indicaban a sus pacientes 7 días de reposo vocal pos-microcirugía laríngea de nódulos vocales, quiste en PPVV, pólipo vocal y edema de Reinke y de 1 a 4 días para leucoplasia y papiloma laríngeo y 8 días de reposo vocal relativo para todas las patologías vocales, posterior al reposo vocal absoluto. La importancia del reposo vocal, evitando la producción de voz entre las 48 – 72 horas después de la microcirugía de laringe, se debe a que se puede perjudicar la cicatrización, debido a la ausencia de fibroblastos, lo cual incrementa la inflamación del PPVV. Por lo tanto, una recuperación incompleta, puede interrumpir el proceso de cicatrización del tejido, lo que puede ocasionar reducción en la elasticidad y tener efecto en las características de la calidad de la voz en los pacientes (Joshi et al., 2018).

La actuación fonoaudiológica en el posoperatorio de microcirugía de laringe de lesiones benignas es de gran importancia, ya que esta mejora los resultados en la calidad de la voz, reduciendo el impacto vocal en los pacientes. (Tang & Thibeault, 2017). La terapia de fonoaudiología debe ser propuesta tomando estrategias de la terapia indirecta, por medio del enfoque terapia higiene de la voz, que tiene como propósito lograr comportamientos vocales saludables en los pacientes, bien como, identificar los comportamientos vocales pobres, modificarlos o eliminarlos para lograr una mejor producción de la voz (Stemple, Roy, & Klaben, 2020). Para esto es importante que los pacientes comprendan

como se produce la voz, aspectos relacionados con la salud vocal, ajustes del comportamiento vocales, así como, en los hábitos vocales perjudiciales, utilizando diversas estrategias como, presentación de videos, uso de aplicaciones, por ejemplo, que ayuden al paciente aumentar la hidratación laríngea, entre otras estrategias que puede proponer el Fonoaudiólogo de acuerdo con el caso.

Además, deberá ser trabajado desde la terapia directa por medio, de la terapia fisiológica de la voz, que permite: mejorar el equilibrio entre los subsistemas involucrados en la producción de la voz (respiración, fonación y resonancia), mejorar la resistencia, balance y tono de los músculos laríngeos y desarrollar una onda mucosa saludable que recubre los pliegues vocales (Stemple, Roy, & Klaben, 2020). Específicamente en el posoperatorio, el principal objetivo es movilizar la onda mucosa de los pliegues vocales, así mismo, promover un mejor cierre glótico, favorecer ajustes de la musculatura laríngea, además es importante trabajar el soporte y control de la respiración durante la fonación, la resonancia de la voz, bien como, reducir el esfuerzo fonatorio. Para esto pueden ser utilizados los diferentes ejercicios del tracto vocal semi-ocluido, terapia de la voz resonante entre otros, que deben ser seleccionados cuidadosamente de acuerdo con el objetivo del ejercicio, las necesidades del paciente y la experiencia del fonoaudiólogo. Para el desarrollo de los ejercicios es importante realizar una prueba terapéutica que tiene como propósito explorar la respuesta del paciente con relación a una técnica, ejercicio o modificación del comportamiento, permitiendo direccionar el tratamiento para el cumplimiento de los objetivos propuestos, así como, una evaluación del efecto de los ejercicios en la calidad de la voz, que permita determinar con eficiencia la frecuencia y duración de estos, para esto se sugiere que el Fonoaudiólogo realice una evaluación de la voz antes y después de la realización de los ejercicios, que permitan el cumplimiento de los objetivos iniciales.

En conclusión, la microcirugía de laringe de lesiones benignas mejora los resultados de la calidad de la voz, sin embargo, las evidencias refieren Importancia de actuación fonoaudiológica pre y pos-microcirugía de laringe.

Gleidy Vannesa Espitia Rojas Flga. MsC. PhD.

Fonoaudióloga, egresada de la Universidad del Rosario, Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional de la Universidad del Rosario, Especialista en Voz de la Facultad de Medicina Universidad de São Paulo- Brasil, Magister en Ciencias, Doctora en Ciencias de la Salud de la Universidad de São Paulo- Facultad de Medicina de Ribeirão Preto – por el Departamento de Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Experiencia clínica e investigativa en el área de habilitación y rehabilitación de los desórdenes de la voz y entrenamiento vocal para profesionales de la voz. Actualmente se desempeña como profesora del Programa de Fonoaudiología de la Universidad del Rosario.

Correo electronico: gleidy.espitia@urosario.edu.co

Atuação fonoaudiológico no pre e pós-microcirurgia da laringe para lesões benignas

Gleidy Vannesa Espitia Rojas Flga. MsC. PhD.

Professora Programa de Fonoaudiología, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Os distúrbios da voz ocorrem quando há uma alteração na qualidade, pitch ou loudness da voz, inadequada para a idade, sexo e/ou origem cultural de uma pessoa (Lee, Stemple, Glaze y Kelchner, 2004; Aronson y Bless, 2009).

Existem vários sistemas de classificação para distúrbios de voz, a *American Speech Language Hearing Pathology Association (ASHA)* os classifica da seguinte forma: orgânico, estrutural, neurogênico e funcional.

Aproximadamente 30% da população pode ser afetada por um distúrbio de voz em algum momento de sua vida, causando um impacto negativo em sua saúde mental, física e emocional, bem como em sua economia (Roy et al., 2005). A causa da disфонia no 22% dos pacientes deve-se à presença de lesões benignas nas pregas vocais, sendo os mais comuns nódulos vocais, pólipos vocais e cistos Jung et al., 2020).

O tratamento de escolha para lesões benignas nas pregas vocais como; pólipos vocais, cisto vocal, sulco vocal, leucoplasia, papiloma laríngeo, edema de Reinke etc., é uma microcirurgia laríngea realizada pelo médico otorrinolaringologista. Além disso, dependendo do caso é realizado em conjunto um tratamento farmacológico, terapia vocal, realizada pelo fonoaudiólogo, que é fundamental para a recuperação da qualidade vocal do paciente. Por outro

lado, quando necessário, deve-se contar com uma equipe multiprofissional (Especialista em gastroenterologia, nutricionista e psicólogo). Porém, para se ter sucesso no tratamento é importante que o paciente se interesse e sejam considerados aspectos como o gasto financeiro com microcirurgia laríngea e fonoaudiologia, afastamento do trabalho, mudanças nos hábitos vocais prejudiciais, que devem ser modificados (White et al., 2020).

A atuação fonoaudiológica no pré-operatório de microcirurgia laríngea para lesões benignas tem como objetivo informar e orientar o paciente sobre a cirurgia e a importância de seguir as orientações, para conscientizá-lo dos fatores que influenciam na presença de inflamação das pregas vocais e tensão muscular compensatória que muitos pacientes apresentam. (White & Carding, 2020).

Na sessão pré-operatória deve ser realizada uma avaliação da voz, que deve incluir uma anamnese onde é coletada a história clínica do paciente, a autopercepção do indivíduo sobre sintomas vocais, emoções, impacto, vocal, exame oral periférico, avaliação respiratória, avaliação perceptivo-auditiva da voz (Qualidade da voz, ressonância e fonação) e avaliação acústica e aerodinâmica (American Speech-Language-Hearing Association). O fonoaudiólogo deve conhecer e atuar no gerenciamento das expectativas do paciente em relação à cirurgia, orientar quanto à saúde vocal (hidratação laríngea contínua, evitar tabagismo, bebidas alcoólicas, alimentação etc.), Explicação dos fatores que contribuem para a presença de lesões benignas nas pregas vocais e mecanismos compensatórios realizados pelos pacientes (White, 2019).

A principal recomendação no pós-operatório é o repouso vocal, que permite um processo de recuperação das pregas vocais, permitindo a mobilização e restauração da onda mucosa das pregas vocais. São conhecidos dois tipos de repouso vocal, repouso vocal absoluto, no qual o paciente deve evitar falar, para isso é importante estabelecer um modo de comunicação alternativo que seja efetivo para o paciente (Uso de quadro negro, mensagens de texto, tablets etc.), além de evitar qualquer comportamento fonotraumático como a tosse ou o pigarro que causa irritação e dos PPVV, esse repouso vocal permite que o tecido cicatrize após a cirurgia. O repouso relativo consiste em não realizar nenhum comportamento fonotraumático (Tossir ou pigarrear etc.) e falar estritamente o necessário, o repouso vocal relativo, promove a mobilização da mucosa das pregas vocais, o que permite melhorar a funcionalidade e limitar a presença de fibrose (Ishikawa & Thibeault, 2010; Rousseau et al., 2011;

White, 2019). Deste modo, é importante que os pacientes comprem o tempo de repouso vocal, orientado por um otorrinolaringologista.

Em uma investigação realizada por Joshi et al., (2018) que teve como objetivo conhecer os protocolos atuais implementados por laringologistas imediatamente após a fonocirurgia de lesões benignas em pregas vocais. Os resultados indicaram que os laringologistas indicaram aos seus pacientes 7 dias de repouso vocal após microcirurgia laríngea: nódulos vocais, cisto em PPVV, pólipos vocais e edema de Reinke, de 1-4 dias para leucoplasia e papiloma laríngeo e 8 dias de repouso vocal relativo para todas as patologias vocais, após repouso vocal absoluto. A importância do repouso vocal, evitando a produção da voz entre 48-72 horas após a microcirurgia laríngea, se deve ao fato que a cicatrização pode ser prejudicada pela ausência de fibroblastos, o que aumenta a inflamação das PPVV. A recuperação incompleta pode interromper o processo de cicatrização do tecido, o que pode causar uma redução da elasticidade e afetar as características da qualidade da voz (Joshi et al., 2018).

A atuação fonoaudiológica no pós-operatório de microcirurgia laríngea para lesões benignas é de grande importância, pois melhora os resultados vocais, reduzindo o impacto vocal no paciente. (Tang & Thibeault, 2017). A fonoterapia deve ser proposta a partir de estratégias de terapia indireta, por meio da abordagem fonoaudiológica, que visa alcançar comportamentos vocais saudáveis nos pacientes, bem como identificar comportamentos vocais inadequados, modificá-los ou eliminá-los para alcançar. melhor produção de voz (Stemple, Roy, & Klaben, 2020). Para isso, é importante que o paciente compreenda como a voz é produzida, aspectos relacionados à saúde vocal, modificação do comportamento vocal e ajustes no cotidiano, utilizando diversas estratégias como apresentação de vídeos, utilização de aplicativos que auxiliem o paciente a aumentar a hidratação laríngea, entre outras estratégias que pode propor o fonoaudiólogo acorde com o caso.

Além disso, deve-se trabalhar desde a terapia direta, por meio da terapia fisiológica, que permite melhorar o equilíbrio entre os subsistemas envolvidos na produção da voz (respiração, fonação e ressonância), melhorar a resistência, equilíbrio e tônus da musculatura laríngea e desenvolver uma onda de mucosa saudável que reveste as pregas vocais (Stemple, Roy, & Klaben, 2020).

Al momento de compilar quedo faltando un párrafo por favor lo puedes agregar. Especificamente no pós-operatório, o objetivo principal é mobilizar

a onda mucosa das pregas vocais, da mesma forma, promover um melhor fechamento glótico das pregas vocais, favorecer ajustes da musculatura laríngea, sendo importante também trabalhar no suporte e controle da respiração durante fonação, equilibrar a ressonância, assim como, reduzir o esforço fonatório. Para isso, podem ser utilizados os diferentes exercícios do trato vocal semiocluído, terapia de la voz ressonante, os quais devem ser selecionados de acordo com o objetivo do exercício, as necessidades do paciente e a experiência do fonoaudiólogo. Para o desenvolvimento dos exercícios, é importante a realização de uma prova terapêutica que visa explorar a resposta do paciente em relação a uma técnica, exercício ou modificação de comportamento, permitindo direcionar o tratamento para atender aos objetivos propostos, bem como uma avaliação do efeito dos exercícios sobre a qualidade da voz, o que permite determinar com eficiência que a frequência e a duração destes sejam eficientemente determinadas, para isso sugere-se que o fonoaudiólogo faça uma avaliação da voz, antes de realizar os exercícios e posteriormente, para ir acompanhar os resultados obtidos ao longo das sessões. Em conclusão a microcirurgia de laringe de lesões benignas melhora os resultados da qualidade vocal, porém, as evidências referem-se à importância da fonoterapia antes e após a microcirurgia laríngea.

Referencias/Referências

- American Speech-Language-Hearing Association. (n.d.). *Voice Disorders*. (Practice Portal). Retrieved October 20, 2019, from www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Voice-Disorders/.
- Aronson, A. E., & Bless, D. M. (2009). *Clinical voice disorders* (4th ed.). Thieme.
- Cohen SM, Dupont WD, Courey MS. Quality-of-life impact of non-neoplastic voice disorders: a meta-analysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2006;115:128–34.
- Hosoya, M., Kobayashi, R., Ishii, T., Senarita, M., Kuroda, H., Misawa, H., Tanaka, F., Takiguchi, T., Tashiro, M., Masuda, S., Hashimoto, S., Goto, F., Minami, S., Yamamoto, N., Nagai, R., Sayama, A., Wakabayashi, T., Toshikuni, K., Ueha, R., Tsunoda, K. (2018). Vocal Hygiene Education Program Reduces Surgical Interventions for Benign Vocal Fold Lesions: A Randomized Controlled Trial. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1002/lary.27415>
- Ishikawa, K., & Thibeault, S. (n.d.). Voice Rest Versus Exercise: A Review of the Literature. *Journal of Voice*, 24(4), 379–387. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1016/j.jvoice.2008.10.011>

- Joshi, A., & Johns, M. M. (2018). Current practices for voice rest recommendations after phonomicrosurgery. *The Laryngoscope*, 5, 1170. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1002/lary.26979>
- Kaneko, M., Shiromoto, O., Fujiu-Kurachi, M., Kishimoto, Y., Tateya, I., & Hirano, S. (2017). Optimal Duration for Voice Rest After Vocal Fold Surgery: Randomized Controlled Clinical Study. *Journal of Voice*, 31(1), 97–103. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1016/j.jvoice.2016.02.009>
- Lee, L., Stemple, J. C., Glaze, L., & Kelchner, L. N. (2004). Quick screen for voice and supplementary documents for identifying pediatric voice disorders. *Language, speech, and hearing services in schools*, 35(4), 308–319.
- Rihkanen, H., & Geneid, A. (2019). Voice rest and sick leave after phonosurgical procedures: surveys among European laryngologists and phoniaticians. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology: And Head & Neck*, 276(2), 483. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1007/s00405-019-05283-1>.
- Rousseau, B. (1,2), Zeller, A. S. (1), Tritter, A. G. (1), Garrett, C. G. (1), Cohen, S. M. (3), & Searce, L. (3). (n.d.). Compliance and quality of life in patients on prescribed voice rest. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 144(1), 104–107. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1177/0194599810390465>
- Roy N, Merrill RM, Gray SD, Smith EM. Voice disorders in the general population: prevalence, risk factors and occupational impact. *Laryngoscope* 2005;115:1988–95.
- Sasindran, V., Moosankutty, S., Mathew, N., & George, N. S. (2019). Study of Pre and Post-Operative Videostroboscopic Evaluation of Benign Vocal Cord Lesions. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 71(Suppl 1), 333. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1007/s12070-018-1303-x>
- Schindler, A., Mozzanica, F., Maruzzi, P., Atac, M., De Cristofaro, V., & Ottaviani, F. (2013). Multidimensional assessment of vocal changes in benign vocal fold lesions after voice therapy. *Auris Nasus Larynx*, 40(3), 291–297. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1016/j.anl.2012.08.003>
- Stemple, J. C., Roy, N., & Klaben, B. K. (2020). *Clinical voice pathology. theory and management* (6a.Ed.). Plural Publishing, Inc.
- Tang, S. S., & Thibeault, S. L. (2017). Timing of Voice Therapy: A Primary Investigation of Voice Outcomes for Surgical Benign Vocal Fold Lesion Patients. *Journal of Voice*, 31(1), 129. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1016/j.jvoice.2015.12.005>

- Titze, I. R. (2006). Voice Training and Therapy With a Semi-Occluded Vocal Tract: Rationale and Scientific Underpinnings. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, 49(2), 448–459. [https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1044/1092-4388\(2006/035\)](https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1044/1092-4388(2006/035))
- Vermeulen, R., van der Linde, J., Abdoola, S., van Lierde, K., & Graham, M. A. (2020). The Effect of Superficial Hydration, With or Without Systemic Hydration, on Voice Quality in Future Female Professional Singers. *Journal of Voice*. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1016/j.jvoice.2020.01.008>
- White, A. (n.d.). Management of benign vocal fold lesions: Current perspectives on the role for voice therapy. *Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 27(3), 185–190. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1097/MOO.0000000000000536>
- White, A. C., & Carding, P. (2020). Pre- and Postoperative Voice Therapy for Benign Vocal Fold Lesions: Factors Influencing a Complex Intervention. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1016/j.jvoice.2020.04.004>
- Jung, S. Y., Han, K., Chun, M. S., Chung, S. M., & Kim, H. S. (2020). Trends in the Incidence and Treatment of Benign Vocal Fold Lesions in Korea, 2006—2015: A Nationwide Population-based Study. *Journal of Voice*, 1. <https://doi-org.ez.urosario.edu.co/10.1016/j.jvoice.2018.08.005>

Gleidy Vannesa Espitia Rojas Flga. MsC. PhD.

Fonoaudióloga graduada pela Universidad del Rosario, Especialista em Gestão em Saúde Ocupacional pela Universidad del Rosario, Especialista em Voz pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo–Brasil, Mestre em Ciências, Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto–pelo Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Experiência clínica e de pesquisa na área de habilitação e reabilitação de distúrbios vocais e treinamento vocal para profissionais da voz. Atualmente trabalha como professora do Programa de Fonoaudiologia da Universidad del Rosario.
Correio eletrônico: gleidy.espitia@urosario.edu.co

Septima conferencia / Setima conferência

Actuación fonoaudiológica en laringectomizados totales utilizando voz traqueoesofágica

Lilian Neto Aguiar-Ricz Flga. PhD.

Departamento de Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello -Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
Correo electronico: liricz@fmrp.usp.br

El habla es una característica intelectual que separa al hombre de otras especies, y la pérdida de la comunicación oral implica la completa reorganización del individuo. Para el tratamiento del cáncer de laringe avanzado, a pesar de los avances tecnológicos, los medios diagnósticos y terapéuticos y las numerosas propuestas de tratamiento que asocian la radioterapia y la quimioterapia, la laringectomía total sigue siendo muy utilizada, con el objetivo de erradicar la enfermedad y preservación de la vida. Aunque la supervivencia después del tratamiento es relativamente alta, la laringectomía total produce la separación de los tractos digestivo y respiratorio y la pérdida de la producción de voz. Después de la extirpación quirúrgica de la laringe, la faringe, la transición faringoesofágica y el esófago comienzan a ejercitar no solo la función digestiva, sino que también son estimulados para asumir la producción de voz y habla, que es una función extremadamente refinada. El desarrollo efectivo de la comunicación es el mayor avance en la rehabilitación social de los pacientes laringectomizados

totales, especialmente en los países en desarrollo. Los métodos tradicionales de rehabilitación de la comunicación oral son: voz esofágica, voz traqueoesofágica y uso de laringe electrónica. El fracaso terapéutico con la adquisición de la voz esofágica es muy grande.

El mejor método para el desarrollo de la voz alaríngea es la voz traqueoesofágica. La rehabilitación de estos individuos comienza con un conocimiento adecuado de los aspectos quirúrgicos y los medios diagnósticos son fundamentales, ya que permiten comprender el fenómeno de la producción de la fonación alaríngea, ayudando a dilucidar los factores que influyen en la comunicación oral del paciente laringectomizado. El éxito de la competencia en la fonación traqueoesofágica depende de la distensión del segmento faringoesofágico. La existencia de anomalías en el segmento cricofaríngeo, inherentes a la reconstrucción y a la posible variación de tono por espasmos o hipertonidad o hipotonidad de la transición faringoesofágica, impide la fluidez de la fonación.

La rehabilitación con la voz traqueoesofágica utilizando la prótesis traqueoesofágica (PTE) debe comenzar con la guía del terapeuta y la comprensión del paciente de los aspectos anatómicos antes y después de la laringectomía total, tipo de reconstrucción faríngea, disección del cuello, realización del traqueostoma, motivación del paciente y del equipo multidisciplinar, además de las particularidades relacionadas con el TEP, especialmente con relación a su resistencia y mantenimiento. Esencialmente, la evolución terapéutica de la voz traqueoesofágica depende de la anatomía y morfología del segmento faringoesofágico posquirúrgico.

El programa de rehabilitación del paciente con laringectomía total mediante TEP, debe incluir: pautas anatomofuncionales e higiénicas para la prótesis traqueoesofágica y entrenamiento para el dominio de la fonación. Para los casos de inserción primaria de la prótesis traqueoesofágica, es decir, en el acto de la laringectomía total, la terapia de fonoaudiología se inicia después de la cicatrización completa de la herida quirúrgica, aproximadamente 10 días después de la laringectomía total con inserción de la prótesis, siempre previa autorización médica. En los casos de inserción secundaria, el inicio de la terapia puede ocurrir al quinto o séptimo día de la colocación del PTE, o según la recomendación del médico.

El entrenamiento realizado en el Servicio de Fonoaudiología del Hospital das Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo - HCFMRP-USP comienza con la emisión sonora prolongada de /raaaaa/, que en español correspondería al fonema fricativo velar sorda /xaaa/, seguida de su variación con vocales y posteriormente aumentando el tiempo fonación máxima hasta que el paciente sea capaz de entrenar la fluidez del sonido en la producción del habla. Se recomienda que el esfuerzo sea aire-pulmonar y nunca haya compresión de la prótesis con la columna cervical. El siguiente paso del programa terapéutico, después de la emisión sonora con aumento del tiempo máximo de fonación, es el entrenamiento de la coordinación pneumofonoarticulatoria, con el uso de pausas para la fluidez del sonido. El Fonoaudiólogo debe monitorear la presión de oclusión digital y el tiempo de oclusión, además de contribuir al entrenamiento de la respiración y fonación contando números, automatismos y posteriormente, sumando frases cortas hasta evolucionar al habla espontánea. La variación de tono se puede trabajar con ejercicios de voz como sonidos vibrantes, fricativas, sonidos hiperagudos, todos con modulación de frecuencia.

Posteriormente, *se* trabaja la entonación e inflexión con el tono, mediante preguntas interrogativas, afirmativas y negativas, contrastes de palabras, es decir, las que se escriben igual, pero su sonido se modifica por acentuación, además de canto, como propuesta para incrementar la extensión vocal y la modulación de los sonidos del habla. La flexibilidad articulatoria y la velocidad del habla se realizan con emisión de vocales con foco en el gesto motor de los labios y lengua de cada uno de los sonidos a producirse con la máxima apertura de boca.

Es importante destacar la importancia de considerar otros aspectos que pueden influir en el tipo de voz alaríngea, como la forma de oclusión y el tamaño de la estoma, el tamaño de la prótesis y el ruido respiratorio. Estos aspectos pueden influir en la inteligibilidad del habla de los pacientes laringectomizados. Se recomienda prestar atención a la calidad de la emisión sonora y la articulación de los fonemas, pues la claridad de la comunicación es fundamental para la comprensión del oyente, principalmente cuando se trata de una voz alaríngea, cuya nueva fuente sonora necesita adaptarse a tal función, una vez que la estructura anatomofuncional sirve al tracto digestivo. Para los fonoaudiólogos, se debe tener en cuenta la repercusión del habla alaríngea en la vida diaria del

paciente laringectomizado total, conociendo la aceptabilidad, en cuanto a lo agradable que es la calidad vocal y la entonación natural; así como, la articulación de palabras que permite la inteligibilidad de la comunicación, que a su vez se relaciona con la claridad, identificación y comprensión de las palabras por parte del oyente, contribuyendo a la funcionalidad de su comunicación en el ámbito personal, social y profesional.

Flga. Lílían Neto Aguiar-Ricz Msc. Phd

Fonoaudióloga, Magister y Doctora en Ciencias Médicas del Departamento de Oftalmología, Otorrinolaringología e Cirugía de Cabeza y Cuello de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo – Brasil. Docente del curso de pregrado de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina – Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Es orientadora de maestría y doctorado en el programa de posgrado del Departamento de Oftalmología, Otorrinolaringología e Cirugía de Cabeza y Cuello de la Facultad de Medicina – Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo desde 2008. Es coordinadora del Laboratorio de Investigación de Voz y de Habla del Curso de Fonoaudiología de la Facultad de Medicina – Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Actúa en el área de Voz (Clínica y Comunicación profesional), disfagia mecánica orofaríngea, fononcología (voz y cuidados paliativos). Actualmente tiene como línea de investigación: 1. Estudios clínicos del comportamiento vocal, 2. Estudio de acústica de la voz y del habla, 3. Morfofisiología de la laringe y segmento faringoesofágico.

Atuação fonoaudiológica em laringectomizados totais mediante voz traqueoesofágica

Lilian Neto Aguiar-Ricz Fga. PhD.

Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de cabeça e Pescoço, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo.

A fala é característica intelectual que separa o homem de outras espécies, e a perda da comunicação oral implica na completa reorganização do indivíduo. Para o tratamento do câncer avançado da laringe, apesar dos avanços tecnológicos, dos meios diagnósticos e terapêuticos e das numerosas propostas de tratamentos associando a radioterapia e a quimioterapia, a laringectomia total ainda é amplamente utilizada, tendo por finalidade a erradicação da doença e a preservação da vida. Embora a sobrevivência após o tratamento seja relativamente alta, o laringectomizado total tem como consequência a separação do trato digestivo e respiratório e a perda da produção da voz. Após a remoção cirúrgica da laringe, a faringe, a transição faringoesofágica e o esôfago passam a exercer não só a função digestiva como também são estimulados a assumirem a produção da voz e da fala, que é uma função extremamente refinada. O desenvolvimento efetivo da comunicação é o maior avanço na reabilitação social dos laringectomizados totais, especialmente nos países em desenvolvimento. Os métodos tradicionais de reabilitação da comunicação oral são: voz esofágica, voz traqueoesofágica e uso de laringe eletrônica. O insucesso terapêutico com a aquisição da voz

esofágica é muito grande. O melhor método para o desenvolvimento da voz alaríngea é a voz traqueoesofágica. A reabilitação destes indivíduos se inicia com um adequado conhecimento sobre os aspectos cirúrgicos e os meios diagnósticos são fundamentais, pois, permitem compreender o fenômeno da produção da fonação alaríngea, auxiliando na elucidação dos fatores que influenciam a comunicação oral do laringectomizado. O sucesso da proficiência da fonação traqueoesofágica depende da complacência do segmento faringoesofágico. A existência de anomalias do segmento cricofaríngeo, inerentes à reconstrução e à possível variação do tônus por espasmos ou hipertonidade ou hipotonidade da transição faringoesofágica, impossibilita a fluência da fonação. A reabilitação com a voz traqueoesofágica utilizando a prótese traqueoesofágica (PTE) deve iniciar com a orientação do terapeuta e a compreensão pelo paciente à respeito dos aspectos anatômicos antes e após a laringectomia total, tipo de reconstrução faríngea, esvaziamento cervical, confecção do traqueostoma, motivação do paciente e da equipe multidisciplinar, além das particularidades relacionadas à PTE, especialmente em relação à sua resistência e manutenção. Essencialmente, a evolução terapêutica da voz traqueoesofágica depende da anatomia e morfologia do segmento faringoesofágico após a cirurgia. O programa de reabilitação do laringectomizado total usuário da PTE, deve incluir: orientações anatomofuncionais e de higienização da prótese traqueoesofágica e o treinamento para proficiência da fonação. Para os casos de inserção primária da prótese traqueoesofágica, ou seja, no ato da laringectomia total, a terapia fonoaudiológica se inicia após completar cicatrização da ferida operatória, aproximadamente 10 dias após a laringectomia total com inserção da prótese, sempre mediante a liberação médica. Nos casos de inserção secundária, o início da terapia pode ocorrer no quinto ou sétimo dia da colocação da PTE, ou de acordo com a recomendação do médico. O treinamento realizado no serviço de Fonoaudiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP começa com a emissão do som prolongado do /Raaaaa/, seguido pela sua variação com vogais e posteriormente aumentando o tempo máximo de fonação até que o paciente tenha condições de treinar a fluência do som na produção da fala. Recomenda-se que o esforço seja aéreo-pulmonar e nunca haja compressão da prótese com a coluna cervical. O próximo passo do programa terapêutico, após a emissão do som com aumento do tempo máximo de fonação, é o treino da coordenação

pneumofonoarticulatória, com a utilização de pausas para a fluência do som. O fonoaudiólogo deve monitorar a pressão de oclusão digital e o tempo de oclusão, além de contribuir com o treinamento da respiração e fonação por meio da contagem de números, automatismos e posteriormente, acrescentar sentenças curtas até evoluir para a fala espontânea. A variação do *pitch* pode ser trabalhada com técnicas vocais tais como os sons vibrantes, fricativos sonoros, hiperagudo, todos com modulação de frequência. Posteriormente, trabalha-se com a entonação e a inflexão com o *pitch*, por meio de questões interrogativas, afirmativas e negativas, contrastes de palavras, ou seja, aquelas que se escrevem iguais, porém o seu som é modificado pela acentuação, e canto, como proposta para aumentar a extensão da frequência e modulação do som da fala. A flexibilidade articulatória e velocidade de fala é realizado com emissão das vogais com o foco no gesto motor dos lábios e da língua de cada um dos sons a serem produzidos com o máximo de abertura bucal. Convém ressaltar a importância de considerarmos outros aspectos que podem influenciar a tipo de voz alaríngea como a forma de oclusão e tamanho do estoma, tamanho da prótese e ruído respiratório. Estes aspectos podem influenciar na inteligibilidade da fala dos laringectomizados. Recomenda-se a atenção à qualidade da emissão sonora e a articulação dos fonemas, pois a clareza da comunicação é essencial para a compreensão do ouvinte, principalmente quando se trata de voz alaríngea, cuja nova fonte sonora precisa se adaptar a tal função, uma vez que a estrutura anatomofuncional serve ao trato digestivo. Para a alta fonoaudiológica tem que ser levado em consideração a repercussão da fala alaríngea na vida diária do laringectomizado total, saber da aceitabilidade, referente ao quanto a qualidade vocal é agradável e a entonação natural; e a articulação das palavras permitem a inteligibilidade da comunicação alaríngea, que por sua vez relaciona-se à clareza, identificação e entendimento das palavras pelo ouvinte, contribuindo com a funcionalidade da sua comunicação no âmbito pessoal, social e profissional.

Flga. Lílían Neto Aguiar-Ricz Msc. PhD

Fonoaudióloga, Mestre e Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Atuou na Comissão de Criação do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

e desde 2006 é docente deste Curso. É credenciada, desde 2008, como orientadora de mestrado e de doutorado no Programa de Pós-Graduação do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Participou em 2009 da criação e desde então é tutora titular do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Integral à Saúde da FMRP-USP, na área da Fonoaudiologia. É coordenadora do Laboratório de Investigação de Voz e da Fala do Curso de Fonoaudiologia da FMRP-USP. Atua na área de Voz (Clínica e Comunicação Profissional), Disfagia mecânica orofaríngea e fononcologia. E tem como linha de pesquisa: (1) Estudo Clínico do comportamento vocal, (2) Estudo da acústica da voz e da fala e (3) Morfofisiológica da laringe e segmento faringoesofágico

Correio eletrônico: liricz@fmrp.usp.br

Octava conferencia / Oitava conferência

Actuación fonoaudiológica en cuidados paliativos en cáncer de cabeza y cuello

Telma Kioko Takeshita Monaretti Flga, MsC, PhD.

Fonoaudióloga Hospital das Clínicas, Facultad de Medicina de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo (FMRP-USP).

Correo electrónico: telmakioko@yahoo.com.br

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, “Los Cuidados Paliativos son un enfoque que promueve la calidad de vida de los pacientes y sus familias, que enfrentan enfermedades que amenazan la continuidad de la vida, mediante la prevención y alivio del sufrimiento. Requiere una identificación, evaluación y tratamiento tempranos del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.

Los avances en la medicina y los tratamientos del cáncer para el manejo de pacientes con cáncer de cabeza y cuello recurrente han brindado la oportunidad de extender la vida siempre que sea posible. Sin embargo, este aumento en la supervivencia puede no ser clínicamente significativo si los pacientes no experimentan simultáneamente beneficios paliativos, como reducir los síntomas y mejorar su calidad de vida en general (Nilsen y Johnson, 2017).

Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello son un grupo en el que se recomiendan especialmente los cuidados paliativos y de apoyo especializados, independientemente de la intención del tratamiento sea curativa o no, ya que

la enfermedad y sus tratamientos conllevan una enorme carga de morbilidad a corto y largo plazo. Además de los síntomas físicos, estos pacientes suelen tener comorbilidades muy importantes, entre las que se incluyen la dependencia del tabaco y el alcohol y problemas psicosociales complejos (Cocks et al., 2016), lo que demuestra la necesidad de un abordaje interdisciplinario.

En diferente medida, a lo largo de su historia natural, la progresión del cáncer de cabeza y cuello puede estar asociada con una carga creciente de síntomas, alterando la capacidad para tragar, hablar y respirar (Bonomo et al., 2019). En este escenario cobra relevancia el papel del fonoaudiólogo, cuyo objetivo general será desarrollar estrategias para maximizar el confort y la calidad de vida del paciente, colaborando con familiares o incluso con otros profesionales de la salud en la atención al paciente (Pollens, 2004). Faltan estudios que involucren la actuación del fonoaudiólogo en los cuidados paliativos.

Actualmente, la educación en cuidados paliativos no es un componente central de la educación universitaria en logopedia ni parte de la formación de posgrado, incluso para aquellos logopedas que trabajan en cuidados paliativos. Un mayor acceso y adopción de la educación en cuidados paliativos para los Fonoaudiólogos sería invaluable para contribuir a la capacidad de brindar apoyo para la comunicación y la deglución en los cuidados paliativos (Ashleigh et al., 2018).

Por consiguiente, es incuestionable la importancia de la fonoaudiología en los cuidados paliativos en el cáncer de cabeza y cuello, considerando los potenciales impactos anatómo fisiológicos en las funciones de deglución y comunicación, debido al tumor, procedimientos quirúrgicos, efectos de la radioterapia y quimioterapia, además de los signos y síntomas. refractario a largo plazo. A pesar de ello, faltan estudios por parte de Fonoaudiología centrados en la elaboración del plan de cuidados que se proponga a estos pacientes, incluyendo metas y estrategias terapéuticas, según la etapa de cuidados paliativos.

Referências

- Pollens, R. Role of the Speech-Language Pathologist in Palliative Hospice Care. *Journal of Palliative Medicine* 2004; 7(5): 694-702.
- Nilsen, ML; Johnson, JT. Potential for low-value palliative care of patients with recurrent head and neck câncer. *Lancet Oncol* 2017; 18: e284–89.

- Cocks, H; As-See, K; Capel, M; Taylor, P. Palliative and supportive care in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology* 2016, 130 (Suppl. S2), S198–S207.
- Bonomo, P; Paderno, A; Mattavelli, D; Zenda, S; Cavalieri, S; Bossi, P. Quality Assessment in Supportive Care in Head and Neck Cancer *Front Oncol.* 2019; 9: 926.
- Ashleigh Pascoe, A; Breen, LJ; Cocks, N. What is needed to prepare speech pathologists to work in adult palliative care? *Int J Lang Commun Disord*, 2018,1–8

Flga. Telma Takeshita Monaretti MsC. PhD

Fonoaudióloga egresada de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo – Brasil. Entrenamiento en Voz y Oncología de cabeza y cuello por el Hospital das Clinicas, Especialista en Voz por el Consejo Federal de Fonoaudiología. Magister y Doctora en Ciencias por el Departamento de Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello de la Facultad de Medicina – Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo – Brasil. Posgrado en Cuidado Paliativos del Instituto Paliu Latino América – Argentina. Tutora – Suplente del Área de Fonoaudiología de la Residencia Multiprofesional en atención al cáncer del Hospital das Clinicas. Fonoaudióloga asistente del Hospital das Clinicas de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo – Brasil en las áreas de voz, disfagia en adultos, extensión para cuidados paliativos.
Correo eletrônico: telmakioko@yahoo.com.br

Atuação fonoaudiológica em cuidados paliativos no câncer de cabeça e pescoço

Telma Kioko Takeshita Monaretti Flga, MsC, PhD.¹

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual”.

Avanços na medicina e tratamentos oncológicos para o manejo de pacientes com recorrência de câncer de cabeça e pescoço possibilitou a oportunidade de se prolongar a vida sempre que possível. No entanto, esse aumento na sobrevida pode não ser clinicamente significativo se os pacientes não experimentarem simultaneamente benefícios paliativos, como redução dos sintomas e melhora na sua qualidade de vida geral (Nilsen e Johnson, 2017).

Os pacientes com câncer de cabeça e pescoço são um grupo no qual os cuidados paliativos e de suporte especializados são especialmente recomendados, independentemente de a intenção do tratamento ser curativa ou não, uma vez que a doença e seus tratamentos resultam em um enorme fardo de morbidade a curto e longo prazo. Além dos sintomas físicos, esses pacientes costumam ter comorbidades muito significativas, incluindo dependência de tabaco e álcool e questões psicossociais complexas (Cocks et al., 2016), o que mostra a necessidade de uma atuação interdisciplinar.

Em uma extensão variável, ao longo de sua história natural, a progressão do câncer de cabeça e pescoço pode estar associada a uma carga cada vez maior de sintomas, alterando a capacidade de deglutição, fala e respiração (Bonomo et al., 2019). Nesse cenário, o papel da Fonoaudiologia se mostra relevante, cujo objetivo geral será desenvolver estratégias para maximizar o conforto e qualidade de vida do paciente, colaborando com familiares ou mesmo com outros profissionais de saúde na assistência ao paciente (Pollens, 2004). Faltam estudos envolvendo a atuação da Fonoaudiologia em Cuidados Paliativos.

Atualmente, a educação em cuidados paliativos não é um componente central de ensino universitário de Fonoaudiologia ou parte do treinamento de pós-graduação, mesmo para aqueles fonoaudiólogos que trabalham em cuidados paliativos. O aumento ao acesso e a adoção da educação em cuidados paliativos para os fonoaudiólogos seriam inestimáveis para contribuir com a capacidade de oferecer suporte para a comunicação e deglutição em cuidados paliativos (Ashleigh et al., 2018).

É inquestionável a importância da atuação fonoaudiológica em cuidados paliativos no câncer de cabeça e pescoço, considerando os potenciais impactos anatomofisiológicos nas funções de deglutição e comunicação, em decorrência do tumor, procedimentos cirúrgicos, efeitos da radioterapia e quimioterapia, além dos sinais e sintomas refratários em longo termo. Apesar disso, faltam estudos fonoaudiológicos focados na elaboração de plano de cuidados a serem propostos a esses pacientes, incluindo-se as metas e estratégias terapêuticas, conforme o estágio de atenção paliativa.

Referências

- Pollens, R. Role of the Speech-Language Pathologist in Palliative Hospice Care. *Journal of Palliative Medicine* 2004; 7(5): 694-702.
- Nilsen, ML; Johnson, JT. Potential for low-value palliative care of patients with recurrent head and neck câncer. *Lancet Oncol* 2017; 18: e284-89.
- Cocks, H; As-See, K; Capel, M; Taylor, P. Palliative and supportive care in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology* 2016, 130 (Suppl. S2), S198-S207.
- Bonomo, P; Paderno, A; Mattavelli, D; Zenda, S; Cavalieri, S; Bossi, P. Quality Assessment in Supportive Care in Head and Neck Cancer *Front Oncol.* 2019; 9: 926.

Ashleigh Pascoe, A; Breen, LJ; Cocks, N. What is needed to prepare speech pathologists to work in adult palliative care? *Int J Lang Commun Disord*, 2018,1–8

Fga. Telma Takeshita Monaretti MsC. PhD

Fonoaudióloga assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Atua nas áreas de Voz, Disfagia em Adultos e Cuidados Paliativos. Mestre e Doutora em Ciências pela FMRP-USP. Pós-graduação em Cuidados Paliativos pelo Instituto Pallium Latino América – Argentina. Especialista em Voz pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia.

Correio eletrônico: telmakioko@yahoo.com.br

Agradecimientos

Agradecemos a la Dirección académica de la Universidad del Rosario en el marco de la convocatoria Virtual Exchange por estimular a los profesores a presentar propuestas de formación de alto impacto para ser llevadas a cabo de manera virtual con el fin de convocar a comunidades académicas y compartir experiencias desde diferentes regiones nacionales e internacionales.

A la Profa. Dra. Lilian Aguiar Ricz de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo por haber aceptado la invitación a participar en la organización de la II Jornada de actualización en Fonoaudiología: Abordaje clínico interdisciplinario de la deglución y la voz, promovida por el programa de Fonoaudiología de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario y a los conferencistas invitados: el Prof. Dr. Hilton Ricz, Dra. Telma Takeshita, Dr. Fabricio Monaretti, Flgo. Camilo Hernández y Flga. Jennifer Borjas, por sus magníficas presentaciones.

Al equipo de trabajo de la Universidad del Rosario, Coordinación de Relacionamento, Internacionalización del Currículo, Gestora de Visibilidad de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Profesional de Logística de Eventos, Servicios Virtuales y a las presentadoras del evento, Ana Piedad Morales y Camila Joven, estudiantes de décimo semestre de Fonoaudiología.

La II Jornada de actualización en Fonoaudiología: Abordaje clínico interdisciplinario de la deglución y la voz, contó con más de 800 inscritos y 410 participantes en línea de todas las regiones de Colombia y diferentes países como Brasil, Argentina, España, México, Perú, Uruguay, Canadá, Reino Unido entre otros.

Programa de Fonoaudiología
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario

Agradecimientos

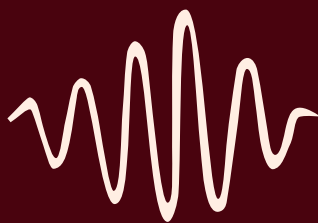
À Universidad del Rosario, no âmbito do Intercâmbio Virtual, convocou os docentes a apresentar propostas de capacitação de alto impacto a serem realizadas virtualmente, a fim de convocar as comunidades acadêmicas e compartilhar experiências de diferentes regiões nacionais e regionais. internacional.

A Prof. Dra. Lilian Aguiar Ricz da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo por ter aceitado o convite para participar da organização da II Jornada de Atualização em Fonoaudiologia: Abordagem clínica interdisciplinar da deglutição e voz, promovida pelo programa de Fonoaudiologia da Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud da Universidad del Rosario e aos palestrantes convidados o Prof. Dr. Hilton Ricz, Dra. Telma Takeshita, Dr. Fabricio Monaretti, Flgo. Camilo Hernández e Flga. Jennifer Borjas, por suas magníficas apresentações.

A equipe de trabalho da Universidad del Rosario: coordenação de relacionamento, profissional de internacionalização de currículo, Gestora de Visibilidade da EMCS, profissional de logística de eventos, serviços virtuais e as apresentadoras do evento.

II Jornada de Atualização em Fonoaudiologia: Abordagem clínica interdisciplinar da deglutição e voz, contou com mais de 800 inscritos e 410 participantes online de todas as regiões da Colômbia e de diversos países como Brasil, Argentina, Espanha, México, Peru, Uruguai, Canadá, Reino Unido entre outros.

Programa de Fonoaudiología
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Universidad del Rosario



Universidad del
Rosario