

ORIGINALES

# Evaluación de la deglución en el paciente internado en Terapia Intensiva: una encuesta nacional

MARIA EUGENIA CATINI,<sup>1\*</sup> ALEJANDRA FADUTI,<sup>1</sup> GUILLERMO CHIAPPERO<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Lic en Kinesiología y Fisiatría. Especialista en Kinefisiatría Respiratoria Crítica

<sup>2</sup> Medico especialista en Terapia Intensiva, Neumonología y Medicina Interna

Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

\* Correspondencia: [mariaeugeniakatini@gmail.com](mailto:mariaeugeniakatini@gmail.com)

Recibido: 14 mayo 2020. Revisión: 22 mayo 2020. Aceptado: 25 julio 2020.

## Resumen

La disfagia orofaríngea es una de las complicaciones que pueden sufrir los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva. Sus consecuencias incluyen desnutrición, deshidratación, aumento del riesgo de aspiración, neumonía por aspiración, prolongación de la estancia hospitalaria y en terapia intensiva, y morbimortalidad más alta. Es necesario detectar las alteraciones de la deglución en el paciente crítico para tomar decisiones sobre la alimentación y administración de fármacos por vía oral o por una vía alternativa. Hasta el momento, no se ha publicado información sobre la evaluación clínica de la deglución en terapia intensiva, en la Argentina. Por tal motivo, realizamos una encuesta de alcance nacional con el objetivo de conocer si es habitual realizar una evaluación clínica formal de la deglución en los pacientes críticos luego de la extubación y en aquellos con cánula de traqueostomía, si se lleva a cabo siguiendo algún protocolo y si se utiliza algún examen instrumental. Además, se buscó identificar qué miembro del equipo de salud la efectúa y, una vez detectada la disfagia, cómo se la trata. El análisis de los resultados reveló que la presencia de disfagia en el paciente internado en terapia intensiva es considerada de relevancia, aunque todavía, en la Argentina, no hay una detección protocolizada de la disfunción deglutoria, como tampoco un abordaje terapéutico de rutina.

**Palabras clave:** Deglución; disfagia; extubación; traqueostomía; prueba de pesquisa; evaluación clínica; prueba de azul; endoscopia de la deglución; videodeglución.

## Abstract

Oropharyngeal dysphagia is one of the complications that can occur in the Intensive Care Unit patient. Its consequences include malnutrition, dehydration, increased risk of aspiration, aspiration-induced pneumonia, prolonged stay in Intensive Care Unit and hospital, and increased morbidity and mortality. Detection of swallowing disorders in the critically ill patient is necessary for the decision-making process regarding feeding and administration of drugs by oral or alternative route. However, no information has been published regarding the clinical evaluation of swallowing in Intensive Care Unit in Argentina. For this reason, we carried out a national survey, with the aim of finding out whether it is usual to perform a formal clinical evaluation of swallowing in critically ill patients after extubation and in those with a tracheostomy tube, if it is performed following any protocol, and to identify which health professional performs it and once dysphagia is detected, how it is treated. The analysis of the results shows that the presence of dysphagia in those patients admitted to Intensive Care Unit is considered relevant, although there is still no protocol for the detection of swallowing disorders in Argentina, nor a routine therapeutic approach.

**Key words:** Swallowing; dysphagia; extubation; tracheostomy; screening test; clinical evaluation; blue test; fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing; videofluoroscopy.

## Introducción

Los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) sufren enfermedades graves y deterioro del estado general tanto por la causa que motivó su ingreso como por sus propios antecedentes, y desarrollan complicaciones inherentes a la estancia en la UTI y a los procedimientos realizados durante la internación.<sup>1</sup>

La disfagia orofaríngea es una de las complicaciones que puede aparecer en esta población, secundaria al uso de una vía aérea artificial (VAA). Se la considera un problema habitual en la UTI, y tiene una prevalencia del 3% al 62% en pacientes recién extubados y del 50-83% en pacientes con cánula de traqueostomía.<sup>2-4</sup>

Los mecanismos fisiopatológicos de la disfagia orofaríngea son multifactoriales e incluyen tanto causas mecánicas relacionadas con la VAA, como también secundarias al trauma orofaríngeo o laríngeo, las alteraciones en los reflejos y en la sensibilidad orofaríngea, y la debilidad muscular por desuso.<sup>5</sup>

Como factores de riesgo de disfagia se pueden mencionar la edad, el antecedente de disfagia, una enfermedad neurológica, la necesidad de más de dos días de intubación orotraqueal (IOT), la gravedad del cuadro al ingresar en la UTI (valorada con el puntaje APACHE-II) y la duración de la ventilación mecánica.<sup>2,6</sup> Algunos autores sugieren una asociación estrecha entre la gravedad del cuadro al ingresar en la UTI y los niveles funcionales de la deglución.<sup>2</sup> Además, la mayor cantidad de días de IOT se correlaciona con la presencia de disfagia posextubación y es un factor predictivo independiente de la gravedad de la disfagia.<sup>2,7</sup>

Se sugiere que los pacientes con cánula de traqueostomía con balón de neumotaponamiento tienen dificultad para deglutir debido a la alteración de la función laríngea y de la sensibilidad por la ausencia de flujo hacia la vía aérea superior, aunque, hasta el momento, la evidencia publicada es pobre.<sup>8</sup>

Algunas consecuencias de la disfagia son desnutrición o mala nutrición, deshidratación, aumento del riesgo de aspiración, neumonía por aspiración, retraso en la reanudación de la ingesta oral, prolongación de la estancia en la UTI y en el hospital, menor calidad de vida y morbilidad más alta, con los consiguientes aumentos de los costos en salud.<sup>1</sup>

Por lo tanto, es necesario detectar las alteraciones de la deglución en el paciente crítico para que la toma de decisiones sobre la alimentación por vía oral sea segura y eficaz, no solo para la ingesta de alimentos, sino también para la administración de fármacos. Hasta el momento, no se ha publicado información relacionada con la evaluación clínica y el abordaje terapéutico de la deglución en la UTI, en la Argentina.

Por tal motivo, realizamos una encuesta con el objetivo de conocer si es habitual la evaluación clínica formal

de la deglución en los pacientes críticos de la UTI luego de la extubación y en aquellos con cánula de traqueostomía, si se efectúa siguiendo algún protocolo y si se utiliza algún examen instrumental. Además, se buscó identificar qué miembro del equipo de salud la efectúa y, una vez detectada la disfagia, cómo se la trata.

## Materiales y Métodos

La encuesta fue elaborada por un médico especialista integrante de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva y kinesiólogos especialistas en cuidados del paciente crítico, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Consta de 22 preguntas con opciones de respuesta múltiple, con una sola respuesta posible y la posibilidad de marcar más de una respuesta solo en algunas preguntas, cuando se lo consideró pertinente. Los participantes fueron reclutados de la base de datos de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva que incluye no solo a los socios, sino también a profesionales de la salud que, en algún momento, se vincularon con la entidad para asistir a cursos de actualización o de especialistas.

Se indagaron los siguientes aspectos: el ámbito laboral al cual pertenecían, la presencia de kinesiólogía dentro de la UTI, las formas de evaluación clínica e instrumental de la deglución en pacientes críticos luego de la extubación orotraqueal y en aquellos con cánula de traqueostomía, además de conceptos relacionados con el tratamiento de la disfagia orofaríngea. Las preguntas y opciones de respuesta de la encuesta completa se muestran en el Anexo.

Se utilizó un formato de encuesta *online*, a través de un formulario Google Drive, se envió el vínculo por correo electrónico para ser completado por los diferentes profesionales de la salud que se encontraban registrados en la base de datos de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. La encuesta fue enviada durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2018. Se excluyeron las encuestas que fueron recibidas en blanco. Al ser un formato de encuesta de carácter voluntario y anónimo, no se requirió consentimiento informado.

## Análisis estadístico

Los datos fueron recopilados de las respuestas de los formularios de Google. Para el análisis se utilizó el programa Microsoft Excel versión 2019. Las variables categóricas y numéricas se expresaron como números absolutos y porcentajes. Se calcularon el número total y el porcentaje de respuesta de cada pregunta sobre la base del total de encuestas incluidas para el estudio.

No todos respondieron todas las preguntas de la encuesta. En este caso, el porcentaje de respuesta para cada pregunta fue calculado sobre la base del tamaño total de la muestra, inclusive el porcentaje de no respuesta.

Para las preguntas con varias opciones de respuesta se calculó la frecuencia de cada una con número absoluto y porcentaje del total de encuestas incluidas en el estudio.

## Resultados

Se recibieron 579 encuestas, 13 fueron eliminadas, porque estaban en blanco (sin respuesta). Por lo tanto, se incluyeron 566 encuestas en el análisis.

Se analizaron solo 19 de las 22 preguntas originales. Las preguntas 2, 3 y 8 no se incluyeron para

el análisis por el bajo nivel de respuesta y heterogeneidad.

En la Tabla, se detallan los resultados de todas las preguntas de la encuesta.

Con respecto a la profesión, 231 (41%) eran kinesiólogos; 219 (39%), médicos y 111 (20%), enfermeros. Las características del hospital donde más horas trabajaban eran: 214 (38%) trabajaban en el ámbito privado; 198 (35%), en el ámbito público provincial; 76 (13%), en el ámbito público municipal y 46 (8%), mayoritariamente en el ámbito público nacional.

El 71% (405 encuestados) pertenecía a terapias intensivas de tipo médico-quirúrgica; el 12% (69 profesio-

TABLA  
 Resultados de la encuesta de evaluación de la deglución en la Unidad de Terapia Intensiva

Preguntas	n = 566	%
<b>Tipo de profesión</b>		
Kinesiólogo	231	40,8
Médico	219	38,6
Enfermero	111	19,6
Fonoaudiólogo	1	0,1
Otro	3	0,5
NR	1	0,1
<b>Tipo de hospital donde más horas trabaja</b>		
Privado	214	37,8
Público provincial	198	34,9
Público municipal	76	13,4
Público nacional	46	8,13
Obra social	11	1,9
Público universitario	17	3
NR	4	0,7
<b>Tipo de terapia</b>		
Médico-quirúrgica	405	71,5
Médica	69	12,1
Especializada en respiratorio	37	6,5
Especializada en neurología/neurocirugía	34	6,1
Especializada en cardiología	13	2,3
Quirúrgica	3	0,5
NR	5	0,8
<b>Residencia</b>		
Médica	321	56,7
Kinesiología	68	12
Enfermería	39	6,8
NR	138	24,3
<b>¿Cuenta con kinesiología?</b>		
12 horas	160	28,2
24 horas	147	25,9
De planta (menos de 12 horas)	192	33,9
Por consultas	62	10,9
NR	5	0,8
<b>¿Cómo se realizan las traqueostomías?</b>		
Quirúrgicas	293	51,7
Percutáneas	270	47,7
NR	3	0,6
<b>Tipo de cánula de traqueostomía</b>		
Con puerto subglótico	266	46,9
Sin puerto subglótico	296	52,2
NR	4	0,9

TABLA (continuación)  
 Resultados de la encuesta de evaluación de la deglución en la Unidad de Terapia Intensiva

<b>¿En qué momento se indica la traqueostomía?</b>		
Antes del 7° día	28	4,9
Entre los 8 y 15 días	340	60
Entre los 16 y 21 días	148	26,1
Después de los 22 días	46	8,1
NR	4	0,7
<b>¿Con qué frecuencia considera usted que se presentan los trastornos deglutorios en la UTI?</b>		
Muy frecuentemente	90	15,9
Frecuentemente	294	51,9
Ocasionalmente	156	27,5
Raramente	25	4,4
NR	1	0,1
<b>Considera usted que la evaluación de la deglución en la UTI es:</b>		
Muy importante	420	74,2
Importante	128	22,6
Moderadamente importante	15	2,6
De poca importancia	2	0,3
Sin importancia	0	0
NR	1	0,1
<b>¿En su unidad se realiza una evaluación protocolizada de la deglución?</b>		
Sí	274	48,4
No	289	51
NR	3	0,5
<b>¿A qué pacientes indica usted la evaluación de la deglución en la UTI? (puede marcar más de una respuesta)</b>		
Solo a los pacientes que fueron extubados después de una intubación orotraqueal prolongada	155	27,3
Solo a los pacientes traqueostomizados	144	25,4
A los pacientes que requirieron una vía aérea artificial	364	64
A pacientes con patologías neurológicas	336	59,3
A pacientes con enfermedades respiratorias crónicas	121	21,3
A ningún paciente	5	0,8
<b>Si realiza la evaluación de la deglución en un paciente extubado, ¿en qué momento la hace?</b>		
Dentro de las primeras 24 h de extubado	140	24,7
Entre las 24 y 48 h de la extubación	319	56,3
Luego de las 48 h de extubado	102	18
NR	5	0,8
<b>¿Quién realiza la primera evaluación de la deglución?</b>		
Kinesiólogo	342	60,4
Médico Intensivista	101	17,8
Fonoaudiólogo	56	9,8
Enfermería	55	9,7
Otorrinolaringólogo	9	1,5
Neumólogo	2	0,3
NR	1	0,1
<b>Si realiza una evaluación protocolizada de la disfagia ¿cuáles de las siguientes pruebas son realizadas en la UTI? (puede marcar más de una respuesta)</b>		
Evaluación clínica	391	69
Prueba de azul (blue test)	381	67
Videodeglución	101	17,8
Evaluación endoscópica de la deglución	98	17,3
<b>Si su paciente presenta trastornos de la deglución: (puede marcar más de una respuesta)</b>		
Se suprime la alimentación oral siempre y se reevalúa	415	73,3
Se adecua la consistencia de los alimentos	339	59,8
Se aconsejan medidas posturales	266	46,9
<b>¿Qué conducta realiza si detecta trastornos de la deglución en la UTI?</b>		
Inicia su rehabilitación en la UTI	368	65
No cuenta con personal entrenado para rehabilitar	128	22,6
Se deriva al paciente al especialista para su rehabilitación al alta de la UTI	68	12
NR	2	0,3

TABLA (continuación)  
 Resultados de la encuesta de evaluación de la deglución en la Unidad de Terapia Intensiva

**¿Cuáles son las intervenciones que realiza para tratar la disfagia? (puede marcar más de una respuesta)**

Estimulación de praxias oro-linguo-faciales	382	67,4
Si tiene traqueostomía, estimulación con aire subglótico	306	54
Períodos con válvula fonatoria si está traqueostomizado	314	55,4
Electroestimulación de los músculos de la deglución	18	3,1

**Para la utilización de válvula fonatoria u oclusión de cánula de traqueostomía.**

**¿Cómo se evalúa el pasaje de flujo de aire hacia la vía aérea superior? (puede marcar más de una respuesta)**

Mecánica respiratoria	393	69,4
Auscultación cervical	334	59
Medición de presiones traqueales	165	29,1

NR = no responde, UTI = Unidad de Terapia Intensiva.

nales), a terapias médicas; el 6,5% (37 profesionales), a terapias con especialidad respiratoria y el 6% (34 profesionales), terapias con especialidad neurológica o neuroquirúrgica, entre otras, en donde se desarrollan principalmente residencia en medicina interna (57%, 321 casos) y kinesiología (12%, 68 casos). En cuanto a la presencia de kinesiólogos en la UTI, 192 (34%) de los participantes respondieron que cuenta con kinesiólogos de planta con menos de 12 h de permanencia diaria, 160 (28%) cuentan con kinesiología durante 12 h y 147 (26%), con kinesiología durante 24 horas.

La traqueostomía se realiza de manera percutánea, según informaron 270 (48%) de los encuestados; 147 (26%) utilizan cánulas de traqueostomía con puerto subglótico y 121 (21%), sin puerto subglótico. El 52% (293 profesionales) indicó que efectúa traqueostomía

quirúrgica: 117 (21%) con cánulas de traqueostomía con puerto subglótico y 175 (31%) sin puerto subglótico. La traqueostomía se lleva a cabo, con mayor frecuencia, entre los días 8 y 15 de IOT, según 340 (60%) encuestados y, entre los días 16 y 21, según 148 (26%). Veintiocho participantes (5%) indicaron que se realiza de manera precoz, antes del día 7 y 46 (8%), de manera tardía, luego de 22 días.

Con respecto a la frecuencia de los trastornos deglutorios en la UTI, 294 (52%) creen que se producen de manera frecuente y 90 (16%), muy frecuente. Para 156 (27,5%) encuestados se producen ocasionalmente. La evaluación de la deglución en la UTI es muy importante para 420 (74%) o importante para 128 (23%) de los participantes, y 289 (51%) no realizan evaluación protocolizada de la deglución en su unidad de trabajo (Figuras 1 y 2).

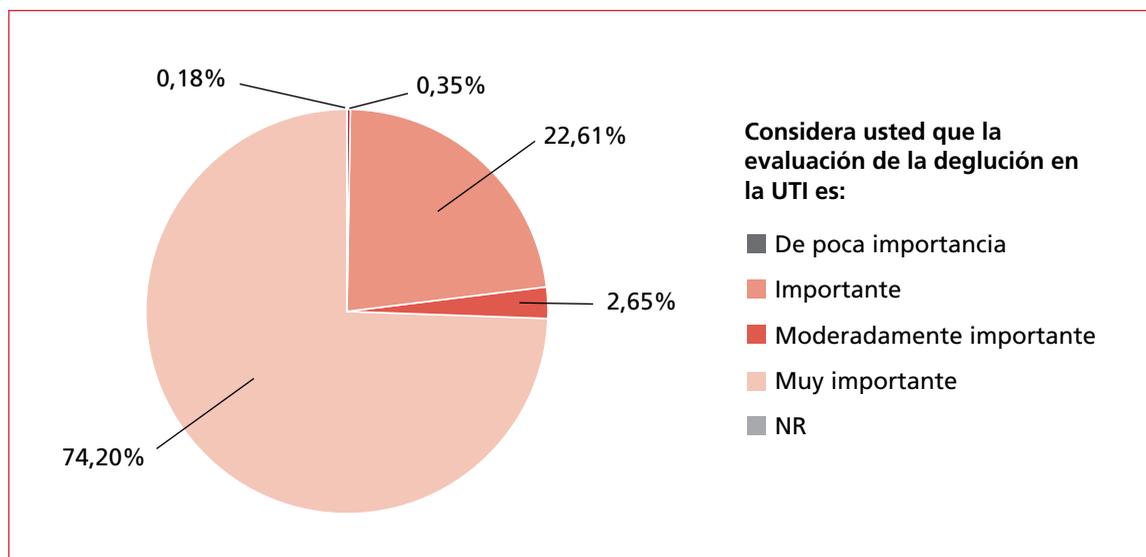


Figura 1. Pregunta 13 de la encuesta.

NR = no responde.

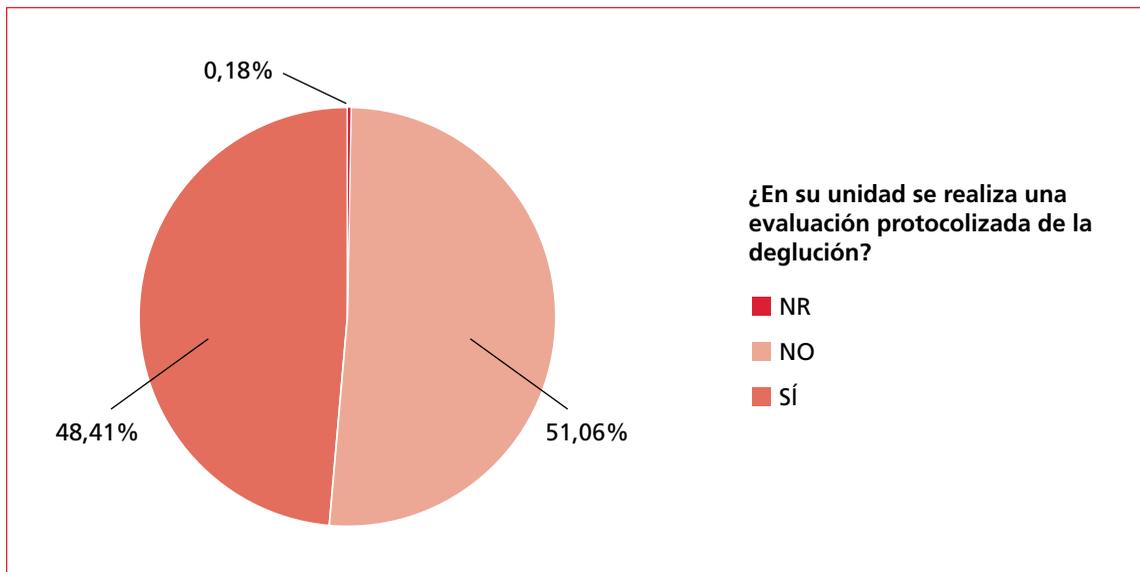


Figura 2. Pregunta 14 de la encuesta.

NR = no responde.

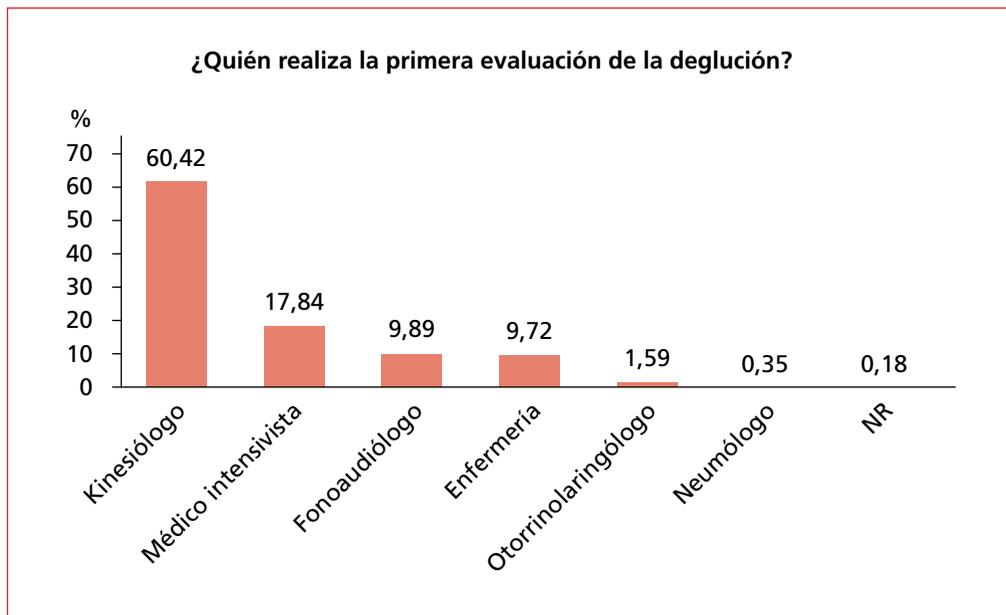


Figura 3. Pregunta 17 de la encuesta.

NR = no responde.

La evaluación de la deglución en la UTI está a cargo de kinesiólogos según 342 (60%) encuestados, seguida del médico intensivista (101, 18%), fonoaudiólogos (56, 10%) y enfermeros (55, 10%) (Figura 3).

El 64% (364 participantes) señaló que se indica la evaluación de la deglución principalmente en todos los

pacientes con VAA; el 59% (336 encuestados), cuando hay patología neurológica; el 27% (155 participantes), cuando el paciente, luego de la extubación, requiere intubación prolongada y, según el 25% (144 profesionales), solo se evalúa la deglución en pacientes con cánula de traqueostomía.

El 56% (319 encuestados) informó que la deglución del paciente extubado se evalúa a las 24-48 h de retirar el tubo orotraqueal; el 25% (140 participantes), dentro de las primeras 24 h y el 18% (102 participantes), después de las 48 h.

El 69% (391 profesionales) utiliza la evaluación clínica y el 67% (381 profesionales), la prueba de azul; estos son los métodos más usados para detectar las alteraciones deglutorias en la UTI. La videodeglución (18%, 101 participantes) y la evaluación endoscópica de la deglución (17%, 98 participantes) fueron los procedimientos mencionados para la evaluación instrumental.

Una vez detectada la disfagia, 415 (73%) encuestados respondieron que suprimen la alimentación por vía oral y reevalúan posteriormente, 339 (60%) adecuan la consistencia de alimentos y 266 (47%) aconsejan medidas posturales.

En relación con el proceso de rehabilitación de la deglución dentro de la UTI, 368 (65%) participantes comentaron que inician la rehabilitación durante la estancia en la UTI, 128 (23%) no cuentan con personal idóneo para realizarla y 68 (12%) derivan al paciente para rehabilitación al alta.

En cuanto a las intervenciones para el tratamiento de la disfagia, 382 (67%) respondieron que realizan estimulación de las praxias oro-linguo-faciales; en los pacientes con cánula de traqueostomía, 306 (54%) utilizan aire por puerto subglótico y 314 (55%), períodos de válvula fonatoria. Asimismo, 18 (3%) participantes usan electroestimulación de los músculos de la deglución.

Cuando se utiliza válvula fonatoria u oclusión de la cánula de traqueostomía, el pasaje de flujo de aire hacia la vía aérea superior es evaluado mediante la observación de la mecánica respiratoria (393 encuestados, 69%), mediante la auscultación cervical (334 encuestados, 59%) y con medición de presiones traqueales (165 encuestados, 29%).

## Discusión

Nuestra encuesta muestra que la presencia de disfagia en el paciente de la UTI es considerada de relevancia, aunque todavía, en la Argentina, no hay una detección protocolizada de la disfunción deglutoria, como tampoco un abordaje terapéutico de rutina.

En las UTI en donde trabajaban los profesionales encuestados, la técnica de traqueostomía es percutánea en el 48% de los casos y quirúrgica en el 52%. En la actualidad, se considera que la traqueostomía percutánea es un procedimiento que se realiza comúnmente junto a la cama del paciente crítico.<sup>9</sup> Es una técnica segura, se puede hacer dentro del área crítica y así se evita el traslado del paciente al quirófano y la presencia de todo un equipo quirúrgico. Se

ha reportado que el tiempo hasta la descanulación es similar en ambas técnicas y que, en el período posoperatorio temprano, la traqueostomía percutánea reduce significativamente las complicaciones, sobre todo las infecciosas, lo que la convierte en el método de elección en la UTI.<sup>8,10</sup>

Solo el 5% respondió que la traqueostomía se indica de manera temprana, antes del séptimo día de la IOT; para el 60% se realiza entre los 8 y 15 días; para el 26%, después de los 16 días y, para el 8%, luego del día 22 de IOT. El momento ideal de la traqueostomía en la UTI para pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica sigue siendo un tema controvertido. En contraposición, Khammas et al compararon la traqueostomía temprana (hasta el décimo día) frente a la tardía (luego del día 11) en 67 pacientes. La traqueostomía temprana tuvo un beneficio notable al acortar la duración de la ventilación mecánica, disminuir el tiempo de sedación y reducir, al mínimo, los riesgos de falla del destete, pero no tuvo un impacto significativo en la estancia total en la UTI ni en la incidencia de neumonía asociada a la ventilación mecánica.<sup>11</sup>

Con respecto a los trastornos deglutorios en pacientes críticos, la prevalencia reportada es muy variable. En una revisión sistemática de 2010, se informó que la incidencia de disfagia posextubación varía del 3% al 62%.<sup>7</sup> La mayoría de los estudios mencionan que la prevalencia de disfagia oscila entre el 50% y el 83%, en los pacientes traqueostomizados.<sup>12,13</sup> En una encuesta holandesa sobre su detección y manejo en la UTI, la prevalencia de disfagia luego de la traqueostomía era del 25-35% para un tercio de los encuestados y del 51-75% para el 36%.<sup>2</sup> En este sentido, la mitad de nuestros encuestados cree que los trastornos deglutorios se producen de manera frecuente (52%).

Parte de la variabilidad en la frecuencia estimada de los trastornos deglutorios en esta población, está relacionada con la falta de criterios de diagnóstico universalmente aplicados, la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas y la variación en el momento de evaluar la deglución. Un punto importante para destacar es que la alteración deglutoria como variable de resultado fue definida de diversas maneras entre los autores; mientras algunos consideraron disfagia, otros registraron aspiración, esta última es la forma más severa de disfagia y se pierde el registro de otras disfunciones importantes. Un factor adicional es considerar si la disfunción de la deglución en estos pacientes es anterior a su ingreso en la UTI, si se desarrolló como resultado de una enfermedad crítica o la presencia de una VAA.<sup>14</sup>

La evaluación de la deglución en la UTI es considerada "muy importante" por el 74% de los encuestados o "importante" para el 23%. Sin embargo, solo el 48% de ellos lleva a cabo una evaluación protocolizada de la deglución. Esto coincide con los datos publicados de los que se desprende que no hay consenso en la

forma de evaluar y detectar la disfagia orofaríngea en la UTI, aunque algunos estudios mencionan métodos de pesquisa o evaluación mediante endoscopia de la deglución.<sup>15-17</sup>

La evaluación de la deglución en la UTI está a cargo de kinesiólogos según el 60% de los encuestados, seguida del **médico** intensivista (18%), fonoaudiólogos (10%) y enfermeros (10%). En la bibliografía, se describe que las evaluaciones no instrumentales para detectar disfagia en esta población son realizadas por un especialista capacitado.<sup>1</sup> En los Estados Unidos, esta evaluación típicamente está a cargo de un fonoaudiólogo en el 83% de las UTI, mientras que, de acuerdo con la encuesta holandesa antes citada, es realizada por un otorrinolaringólogo en el 87% de los casos.<sup>2</sup> En el estudio de Omura et al, enfermería está a cargo de la detección de la disfagia, mediante un protocolo de pesquisa.<sup>3</sup> La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva a través del Capítulo de Kinesiología Intensiva considera a la evaluación de la deglución como una competencia específica del rol del kinesiólogo en la UTI.<sup>18</sup>

El 64% de los encuestados respondió que indica evaluar la deglución en todos los pacientes que requirieron una VAA. En general, se indica esta evaluación en los pacientes que estuvieron intubados más de 48 h y en aquellos traqueostomizados; para algunos autores, la evaluación deglutoria es uno de los parámetros que se tiene en cuenta al tomar la decisión de retirar la cánula de traqueostomía.<sup>15,19-22</sup>

Con respecto a la evaluación de la deglución luego de retirar el tubo orotraqueal, se realiza entre las 24 y 48 h posextubación según el 56% de los profesionales encuestados, dentro de las primeras 24 h de la extubación (25%) y a las 48 h (18%). En una encuesta, Match et al hallaron que el intervalo medio entre la extubación y la evaluación de la deglución es de 24 horas.<sup>14</sup> En el estudio de Marvin et al, no se encontraron diferencias significativas en las primeras 24 h en cuanto a los trastornos de la deglución, pero sí se halló que el riesgo de aspiración disminuye a lo largo de las primeras 24 h como resultado de la recuperación laríngea, la mejoría de la función respiratoria y del estado mental.<sup>23</sup> Por lo general, se cree que retrasar la dieta, al menos, de 12 a 24 h beneficia a los pacientes, pues evita posibles complicaciones asociadas a la aspiración.<sup>23</sup>

La mayoría de los encuestados (69%) utiliza el examen clínico como forma de evaluación, cifra que coincide con la bibliografía, y el 67% emplea la prueba de azul en los pacientes traqueostomizados.<sup>1,24</sup> En el estudio de Donzelli, se usó la prueba de azul modificada y se evaluó la presencia de aspiración mediante endoscopia. Esta prueba arrojó un 50% de resultados falsos negativos para detectar aspiración y los autores sugieren que la prueba de azul modificada debería uti-

lizarse solo como pesquisa para identificar aspiración de grandes cantidades.<sup>25</sup>

Pese a que no existe una evidencia fuerte para detectar con exactitud diagnóstica episodios de aspiración en pacientes traqueostomizados y al alto riesgo de resultados falsos negativos, es una práctica clínica que, por su sencillez, se sigue empleando en la actualidad como método de pesquisa para identificar aspiración de grandes volúmenes, como parte del seguimiento del paciente y algunos autores la consideran útil dentro del proceso de descanulación.<sup>26</sup>

Un bajo porcentaje de los encuestados (17%) realiza la evaluación instrumental de la deglución mediante videodeglución y endoscopia, sin diferencia entre los procedimientos; a pesar de que la endoscopia de la deglución en el paciente internado en la UTI es un procedimiento generalmente bien tolerado, con la ventaja de realizarse en la cabecera de la cama y se lo considera el método de preferencia para esta población, porque la videodeglución requiere del traslado del paciente a la sala de radiología.<sup>27-29</sup>

Si se detecta disfagia orofaríngea, el 73% de los encuestados suprime la alimentación oral y vuelve a evaluar; el 60% recomienda la modificación de la dieta y el 47% indica medidas posturales; estos datos coinciden con los de la encuesta llevada a cabo en los Países Bajos y publicada en 2018.<sup>2</sup>

Con respecto al tipo de tratamiento, el 67% administra estimulación de las praxias oro-linguo-faciales; en el 54% de los pacientes traqueostomizados, se indica estimulación con aire por catéter subglótico y el 55% utiliza válvula fonatoria por períodos. Solo el 3% recurre a la electroestimulación en los músculos deglutorios. En la encuesta holandesa, el 34% utilizó siempre ejercicios de fuerza y coordinación, y el 30% respondió que, a veces, los utilizaban; solo el 4% respondió que usaba “alguna vez” electroestimulación.<sup>2</sup>

En el estudio de Santana et al, se emplea la válvula fonatoria como recurso terapéutico para estimular el habla y mejorar la deglución.<sup>30</sup> Cuando se utiliza la válvula fonatoria o la oclusión de la cánula de traqueostomía, el 70% de los encuestados evalúa el pasaje de aire hacia vía aérea superior mediante la mecánica respiratoria, el 59% recurre a la auscultación cervical y el 30%, a la medición de presiones traqueales. En la publicación de Hess et al, describen la valoración de la mecánica respiratoria en el momento de ocluir la cánula de traqueostomía y la evaluación de las presiones traqueales para evaluar la permeabilidad de la vía aérea.<sup>31</sup>

Como debilidad de nuestro estudio, debemos mencionar que la formulación de algunas preguntas de la encuesta fue demasiado general. Además, hemos omitido opciones de respuesta que contemplan “otras” como posibilidad de elección. Esto podría haber influido en la interpretación de algunas preguntas y arrojar resultados diferentes.

## Conclusiones

Este es el primer estudio que realiza una encuesta en la Argentina sobre las formas de evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos deglutorios en pacientes con enfermedad crítica. La mayoría de los encuestados considera que los trastornos de la deglución se producen de manera frecuente y que la evaluación para detectar disfagia en la UTI es muy importante, pero menos de la mitad realiza una evaluación protocolizada de la deglución. La evaluación clínica, al lado de la cama del paciente, es el método más utilizado y es llevada a cabo por un kinesiólogo según el 60% de los encuestados. Con respecto a la evaluación instrumental, ambos procedimientos endoscopia de la deglución y videodeglución, se realizan en un bajo porcentaje, sin diferencia entre ellos.

Consideramos que la disfagia orofaríngea en esta población requiere un abordaje multidisciplinario y alentamos a que cada equipo de trabajo desarrolle protocolos de evaluación clínica que permitan una detección precoz de los pacientes en riesgo de sufrir disfagia, a los cuales brindarles intervenciones terapéuticas apropiadas.

---

Los autores no declaran conflictos de intereses.

## Bibliografía

- Zuercher P, Moret C, Dziewas R, Schefold J. Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Crit Care* 2019; 23: 103. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2400-2>
- Snippenburg W, Kroner A, Flim M, et al. Awareness and management of dysphagia in Dutch Intensive Care Units: A nationwide survey. *Dysphagia* 2019; 34(2): 220-228. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9930-7>
- Omura K, Komine A, Yanagigawa M, Chiba N, Osada M. Frequency and outcome of post-extubation dysphagia using nurse-performed swallowing screening protocol. *Nurs Crit Care* 2019; 24(2): 70-75. <https://doi.org/10.1111/nicc.12359>
- Pryor L, Ward E, Cornwell P, O'Connor S, Chapman M. Patterns of return to oral intake and decannulation post-tracheostomy across clinical populations in an acute inpatient setting. *Int J Lang Commun Disord* 2016; 51(5): 556-567. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12231>
- Goldsmith T. Evaluation and treatment of swallowing disorders following endotracheal intubation and tracheostomy. *Int Anesthesiol Clin* 2000; 38(3): 219-242. <https://doi.org/10.1097/00004311-200007000-00013>
- Moraes DP, Sassi FC, Mangilli LD, Zilberstein B, de Andrade CR. Clinical prognostic indicators of dysphagia following prolonged orotracheal intubation in ICU patients. *Crit Care* 2013; 17(5): R243. <https://doi.org/10.1186/cc13069>
- Skoretz SA, Flowers HL, Martino R. The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: a systematic review. *Chest* 2010; 137(3): 665-673. <https://doi.org/10.1378/chest.09-1823>
- Pauliny M, Christova E, Mackova J, Liska M. Percutaneous dilation tracheostomy versus surgical tracheostomy in critically ill patients. *Bratisl Lek Listy* 2012; 113(7): 409-411. [https://doi.org/10.4149/blt\\_2012\\_092](https://doi.org/10.4149/blt_2012_092)
- Mehta C, Mehta Y. Percutaneous tracheostomy. *Ann Card Anaesth* 2017; 20(Suppl 1): S19-S25. <https://doi.org/10.4103/0971-9784.197793>
- Raimondi N, Vial MR, Calleja J, et al. Guías basadas en la evidencia para el uso de traqueostomía en el paciente crítico. *Medicina Intensiva* 2017; 41(2): 94-115. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.12.001>
- Khammas A, Dawood MR. Timing of tracheostomy in Intensive Care Unit patients. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2018; 22(4): 437-442. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1654710>
- Garuti G, Reverberi C, Briganti A, Massobrio M, Lombardi M, Lusuardi M. Swallowing disorders in tracheostomised patients: a multidisciplinary/multiprofessional approach in decannulation protocols. *Multidiscip Respir Med* 2014; 9(1): 36. <https://doi.org/10.1186/2049-6958-9-36>
- Sharma OP, Oswanski MF, Singer D, et al. Swallowing disorders in trauma patients: impact of tracheostomy. *Am Surg* 2007; 73(11): 1117-1121. PMID: 18092644
- Macht M, Wimbish T, Clark BJ, et al. Diagnosis and treatment of post-extubation dysphagia: Results from a National Survey. *J Crit Care* 2012; 27(6): 578-586. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.07.016>
- Hafner G, Neuhuber A, Hirtenfelder S, Schmedler B, Eckel H. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in intensive care unit patients. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265(4): 441-446. <https://doi.org/10.1007/s00405-007-0507-6>
- Suiter DM, Sloggy J, Leder SB. Validation of the Yale Swallow Protocol: A prospective double-blinded videofluoroscopic study. *Dysphagia* 2014; 29(2): 199-203. <https://doi.org/10.1007/s00455-013-9488-3>
- Linhares Filho TA, Arcanjo FPN, Zanin LH, Portela HA, Braga JM, da Luz Pereira V. The accuracy of the modified Evan's blue dye test in detecting aspiration in tracheostomised patients. *J Laryngol Otol* 2019; 133(4): 1-4. <https://doi.org/10.1017/S0022215119000471>
- Gogniat E, Fredes S, Tiribelli N, et al. Definición del rol y las competencias del kinesiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Argentina de Terapia Intensiva* 2018; 35(4). <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/592>
- Rodrigues Padovani A, Furquim de Andrade C. Functional profile of swallowing in clinical intensive care. *Einstein* 2007; 5(4): 358-362. [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/687-Einstein\\_P1\\_Vol5N4\\_Miolo\\_Pag.358%20a%20362.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/687-Einstein_P1_Vol5N4_Miolo_Pag.358%20a%20362.pdf)
- Vera-González R. Disfagia post extubación en pacientes críticos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva* 2019; 34 (3): 1-8. <https://www.medicina-intensiva.cl/revista/pdf/68/6.pdf>
- Singh R, Saran S, Baronia A. The practice of tracheostomy decannulation—a systematic review. *J Intensive Care* 2017; 5: 38. <https://doi.org/10.1186/s40560-017-0234-z>
- Villalba D, Lebus J, Quijano A, Bezzi M, Plotnikow G. Retirada de la cánula de traqueostomía. Revisión bibliográfica. *Revista Argentina de Terapia Intensiva* 2014; 31(1). <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/365>
- Marvin S, Thibeault S, Ehlenbach J. Post-extubation dysphagia: does timing of evaluation matter? *Dysphagia* 2018; 34(2): 210-219. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9926-3>
- Rodrigues Padovani A, Pedroni Moraes D, Chiarion Sassi F, Furquim de Andrade C. Clinical swallowing assessment in intensive care unit. *Codas* 2013; 25(1): 1-7. <https://doi.org/10.1590/s2317-17822013000100002>
- Donzelli J, Brady S, Wesling M, Craney M. Simultaneous modified Evans blue dye procedure and video nasal endoscopic evaluation of the swallow. *Laryngoscope* 2001; 111(10): 1746-1750. <https://doi.org/10.1097/00005537-200110000-00015>

26. Béchet S, Hill F, Gilheaney O, Walsh M. Diagnostic accuracy of the modified Evan's blue dye test in detecting aspiration in patients with tracheostomy: A systematic review of the evidence. *Dysphagia* 2016; 31(6): 721-729. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9737-3>
27. Christensen M, Trapl M. Development of a modified swallowing screening tool to manage post-extubation dysphagia. *Nurs Crit Care* 2018; 23(2): 102-107. <https://doi.org/10.1111/nicc.12333>
28. Aviv E, Kim T, Thomson JE, Sunshine S, Kaplan S, Close LG. Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing with Sensory Testing (FEESST) in healthy controls. *Dysphagia* 1998; 13(2): 87-92. <https://doi.org/10.1007/PL00009561>
29. Hiss S, Postma GN. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. *Laryngoscope* 2003; 113(8): 1386-1393. <https://doi.org/10.1097/00005537-200308000-00023>
30. Santana L, Fernandes A, Brasileiro A, Abreu A. Criteria for clinical speech therapy evaluation of tracheostomized patient in hospital bed and home care. *Revista CEFAC* 2014; 16(2): 524-535. <https://doi.org/10.1590/1982-021620144712>
31. Hess D, Altobelli N. Tracheostomy tubes. *Respir Care* 2014; 59(6): 956-973. <https://doi.org/10.4187/respcare.02920>

**Cómo citar este artículo:** Catini ME, Faduti A, Chiappero G. Evaluación de la deglución en el paciente internado en Terapia Intensiva: una encuesta nacional. *RATI*. 2020;37(3)1-13.



**Anexo. Encuesta sobre la deglución del paciente en la UTI**

- 1. ¿Cuál es su profesión?**
  - a. Kinesiólogo
  - b. Médico
  - c. Enfermero
  - d. Fonoaudiólogo
  - e. Otra
  
- 2. Número total de camas en el hospital**
  
- 3. Número de camas de la UTI**
  
- 4. Describa las características del hospital donde más horas trabaja**
  - a. Público nacional
  - b. Público universitario
  - c. Público provincial
  - d. Público municipal
  - e. Privado
  - f. Obra social
  - g. Otro
  
- 5. Se trata de una terapia intensiva**
  - a. Médica
  - b. Quirúrgica
  - c. Médico-quirúrgica
  - d. Especializada en cardiología
  - e. Especializada en neurología/neurocirugía
  - f. Especializada en respiratorio
  
- 6. ¿Se desarrolla algún programa de residencia?**
  - a. Médica
  - b. Kinesiología
  - c. Enfermería
  
- 7. ¿Cuenta con kinesiología?**
  - a. De planta, menos de 12 horas
  - b. 12 horas
  - c. 24 horas
  - d. Por consultas
  
- 8. ¿Cuál es el porcentaje de pacientes ventilados en su unidad?**
  
- 9. ¿Cómo se realizan las traqueostomías?**
  - a. Quirúrgicas
  - b. Percutáneas
  
- 10. ¿En qué momento se indica la traqueostomía, en la mayoría de los pacientes?**
  - a. Antes del 7° día
  - b. Entre los 8 y 15 días
  - c. Entre los 16 y 21 días
  - d. Después de los 22 días
  
- 11. ¿Qué tipo de cánula utiliza habitualmente?**
  - a. Con puerto subglótico
  - b. Sin puerto subglótico

Anexo. Encuesta sobre la deglución del paciente en la UTI (*continuación*)

**12. ¿Con qué frecuencia considera usted que se presentan los trastornos deglutorios en la UTI?**

- a. Muy frecuentemente
- b. Frecuentemente
- c. Ocasionalmente
- d. Raramente
- e. Nunca

**13. Considera usted que la evaluación de la deglución en la UTI es**

- a. Muy importante
- b. Importante
- c. Moderadamente importante
- d. De poca importancia
- e. Sin importancia

**14. ¿En su unidad se realiza una evaluación protocolizada de la deglución?**

- a. Sí
- b. No

**15. ¿A qué pacientes indica usted la evaluación de la deglución en la UTI? (*puede marcar más de una respuesta*)**

- a. Solo a los pacientes que fueron extubados después de una intubación endotraqueal prolongada
- b. Solo a los pacientes traqueostomizados
- c. A los pacientes que requirieron una vía aérea artificial
- d. A pacientes con patologías neurológicas
- e. A los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas
- f. A ningún paciente

**16. Si realiza la evaluación de la deglución en un paciente extubado, ¿en qué momento la hace?**

- a. Dentro de las primeras 24 horas de extubado
- b. Entre las 24 y 48 horas de la extubación
- c. Luego de las 48 horas de extubado

**17. ¿Quién realiza la primera evaluación de la deglución?**

- a. Médico Intensivista
- b. Neumólogo
- c. Otorrinolaringólogo
- d. Kinesiólogo
- e. Fonoaudiólogo
- f. Enfermería

**18. Si realiza una evaluación protocolizada de la disfagia ¿cuáles de las siguientes pruebas son realizadas en la UTI? (*puede marcar más de una respuesta*)**

- a. Evaluación clínica
- b. Prueba de azul (blue test)
- c. Videodeglución
- d. Evaluación endoscópica de la deglución

**19. Si su paciente presenta trastornos de la deglución (*puede marcar más de una respuesta*)**

- a. Se suprime la alimentación oral siempre y se revalúa
- b. Se adecua la consistencia de los alimentos
- c. Se aconsejan medidas posturales

**20. ¿Qué conducta realiza si detecta trastornos de la deglución en la UTI?**

- a. Inicia su rehabilitación en la UTI
- b. No cuenta con personal entrenado para rehabilitar
- c. Se deriva al paciente al especialista para su rehabilitación al alta de la UTI

**Anexo. Encuesta sobre la deglución del paciente en la UTI (continuación)**

**21. ¿Cuáles son las intervenciones que realiza para tratar la disfagia? (puede marcar más de una respuesta)**

- a. Estimulación de praxias oro-linguo-faciales
- b. Si tiene traqueostomía, estimulación con aire subglótico
- c. Períodos con válvula fonatoria si está traqueostomizado
- d. Electroestimulación de los músculos de la deglución

**22. Para la utilización de válvula fonatoria u oclusión de cánula de traqueostomía. ¿Cómo se evalúa el pasaje de flujo de aire hacia la vía aérea superior? (puede marcar más de una respuesta)**

- a. Mecánica respiratoria
- b. Auscultación cervical
- c. Medición de presiones traqueales