

REVISIONES CIENTÍFICAS DE COMITÉ

Rol del kinesiólogo en la atención del paciente con trastornos de la deglución y disfagia en la Unidad de Cuidados Intensivos#

[Role of the kinesiologist in the care of patients with swallowing disorders and dysphagia in the Intensive Care Unit]

LIC. MARÍA EUGENIA CATINI,^{A*} LIC. HORACIO CÁMPORA,^B LIC. ALEJANDRA FALDUTI,^A LIC. RUBÉN CASTAÑO,^C LIC. MARCELA CUIÑA,^D LIC. NÉSTOR ROSENDO^E

^a Servicio de Kinesiología y Fisiatría, Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^b Kinesiología, FLENI (sede Belgrano), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^c Servicio de Kinesiología y Rehabilitación, Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

^d Servicio de Kinesiología, Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Alberto E. Balestrini", Ciudad Evita, Buenos Aires, Argentina

^e Unidad de Kinesiología, Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica", La Plata, Buenos Aires, Argentina

* Correspondencia: mariaeugeniakatini@gmail.com

Recibido: 26 febrero 2024. Aceptado: 22 agosto 2024

Resumen

Los trastornos de la función deglutoria son frecuentes en los enfermos críticos. En la Unidad de Cuidados Intensivos, pueden ocurrir luego de la extubación orotraqueal, en pacientes con cánula de traqueostomía, en aquellos sin vía aérea artificial, debido a la fragilidad clínica o a las comorbilidades que caracterizan a esta población. La disfagia se asocia con consecuencias clínicas desfavorables, como desnutrición, deshidratación, aumento de los días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos y el hospital, deterioro de la calidad de vida y aumento de la morbimortalidad, y también con un incremento de los costos sanitarios. De esta manera, un grupo de kinesiólogos expertos en los trastornos de la deglución y la disfagia elaboramos este documento con el objetivo de describir las competencias y el rol de la kinesiólogía en esta área de la profesión, promoviendo estrategias de evaluación y planificación del tratamiento, como así también la importancia de la detección temprana de los trastornos deglutorios en poblaciones de riesgo, mediante pruebas específicas para el cribado de la disfagia, a fin de evitar o prevenir complicaciones futuras.

Palabras clave: Deglución; trastornos de la deglución; cuidados críticos; extubación traqueal; traqueostomía; kinesiólogía.

Abstract

Swallowing disorders are common in critically ill patients. In the Intensive Care Unit, they can occur after orotracheal extubation, in patients with a tracheostomy tube, as well as in those without an artificial airway, due to the clinical fragility and/or comorbidities that characterize this patient population. Dysphagia is associated with unfavorable clinical consequences, such as malnutrition, dehydration, increased length of stay in the Intensive Care Unit and hospital, worsening quality of life and increased morbidity and mortality, leading to an increased health costs. In this way, a group of kinesiologists expert in swallowing disorders and dysphagia prepared this document with the aim of describing the skills and role of kinesiology in this area of the profession; promoting evaluation and treatment strategies, as well as the importance of early detection of swallowing disorders in at-risk populations, through specific tests for dysphagia screening, in order to avoid or prevent future complications.

Keywords: Swallowing; swallowing disorders; critical care; airway extubation; tracheostomy; kinesiology.

Este documento cuenta con el aval de: la Asociación Argentina de Kinesiología (AAK), la Sociedad Argentina de Kinesiología Cardiorrespiratoria (SAKICARE), la Carrera de Especialista en Kinesiología y Fisiatría Intensivista de la Universidad de Buenos Aires (Resolución Consejo Superior N° 886/06), el Capítulo de Kinesiología de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI), el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires (COKIBA), el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Río Negro, el Colegio de Kinesiólogos, Fisioterapeutas y Terapistas Físicos de la Provincia de Santa Fe, el Colegio de Kinesiólogos de Santa Fe (segunda circunscripción), el Colegio de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de Catamarca, el Colegio de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de Mendoza, la Asociación de Kinesiólogos de Tierra del Fuego (AKTDF), la Asociación de Fisioterapeutas y Kinesiólogos de la Provincia de Salta, el Colegio de Kinesiólogos de La Pampa (COKILPA), el Colegio de Kinesiólogos de Entre Ríos (CKER), la Asociación de Kinesiólogos de Entre Ríos (AKER), la Asociación Pampeana de Kinesiólogos y Fisioterapeutas, el Círculo de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de Mendoza (COKIMEN), el Círculo de Kinesiólogos de Mar del Plata, el Círculo de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de Formosa (CKF), la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE), la Asociación de Unidades Académicas de Kinesiología y Fisiatría de la Argentina (AUAKYFA).

Introducción

La Kinesiología Intensivista es una disciplina que se encuentra en una transformación permanente, construyendo su espacio dentro del equipo de salud. La Sociedad Argentina de Terapia Intensiva definió el perfil del kinesiólogo intensivista como un profesional que forma parte del equipo de trabajo de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) junto a médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud participando en el manejo integral del paciente crítico. En tal sentido, se definió dentro de las competencias específicas del kinesiólogo intensivista la evaluación y rehabilitación de los trastornos de la deglución en la UCI.¹

Por lo tanto, un grupo de profesionales de la kinesiología expertos en trastornos de la deglución y la disfagia elaboramos este documento con el objetivo de desarrollar, en profundidad, específicamente el rol y las competencias kinésicas en esta área de la profesión, teniendo en cuenta la importancia del abordaje multidisciplinario que esta entidad requiere (médico intensivista, otorrinolaringólogo, gastroenterólogo, neumonólogo, neurólogo, enfermeros, fonoaudiólogo, nutricionista).

Deglución, disfagia y encrucijada aerodigestiva

La deglución es la función que permite el transporte de alimentos y saliva desde la boca hacia el estómago. El mecanismo de transporte del alimento se logra gracias a fuerzas, movimientos y presiones que se desarrollan dentro del complejo orofaringolaríngeo. Además, es en la zona de la encrucijada aerodigestiva donde se producen los mecanismos de protección de la vía aérea durante la fase faríngea de la deglución. En este sector, se comparten diferentes funciones: ventilatoria, deglutoria y fonatoria.²

La deglución se divide para su estudio en varias etapas (oral preparatoria, oral, faríngea y esofágica);

la coordinación y el sincronismo de la etapa faríngea en la encrucijada aerodigestiva garantizan la eficacia y la seguridad de la deglución. En términos de eficacia, se debe lograr la correcta nutrición e hidratación del individuo y, en términos de seguridad, evitar el pasaje de alimentos a la vía respiratoria (previniendo episodios de penetración/aspiración).³

Se denomina disfagia a las alteraciones en la formación y el transporte del bolo alimenticio. Es una enfermedad prevalente reconocida por la Organización Mundial de la Salud dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades.⁴

Los trastornos de la deglución y las alteraciones en la seguridad de la vía aérea son frecuentes y actualmente les competen a varias especialidades de la salud, por lo cual hablamos siempre de un enfoque multidisciplinario para su diagnóstico y rehabilitación.

La disfunción deglutoria puede clasificarse en orofaríngea o esofágica y requiere de este enfoque multidisciplinario para lograr el diagnóstico de forma oportuna y un tratamiento eficaz. Muchas veces, es un síntoma de una enfermedad conocida y, en ocasiones, es la enfermedad en sí misma. Algunas etiologías primarias de la disfagia incluyen trastornos neurológicos, lesiones cerebrales traumáticas, enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de cabeza y cuello, lesión de la columna cervical y accidente cerebrovascular.⁵

Además, la función de la deglución disminuye con el envejecimiento normal, cuadro conocido como presbifagia que puede ocasionar complicaciones si no es detectada a tiempo.⁶

En el enfermo crítico, la disfagia puede aparecer a causa de una vía aérea artificial (VAA), como un tubo orotraqueal (TOT) o una cánula de traqueostomía (TQT). Se asocia a consecuencias desfavorables en la evolución clínica de los pacientes, como así también en el compromiso de la calidad de vida. De esta manera, la complejidad de los pacientes internados en la UCI requiere que el kinesiólogo garantice el máximo

nivel de cuidados, basándose en la mejor evidencia científica disponible resumida en protocolos, guías de evaluación y tratamiento, con el objetivo de minimizar los errores y la variabilidad en la práctica clínica.⁷

La retirada del TOT o extubación es un proceso habitual en la UCI, suele acompañar al éxito de la prueba de respiración espontánea y liberación de la asistencia respiratoria mecánica. Una vez retirado el TOT se plantea el momento óptimo para valorar la alimentación oral. El kinesiólogo intensivista debe conocer los métodos de cribado (*screening*), la evaluación clínica y los estudios objetivos de la disfagia posextubación.⁷

Por otro lado, la presencia de una cánula de TQT impacta sobre las estructuras y funciones de la encrucijada aerodigestiva, modificando la eficacia y la seguridad de la deglución. La pérdida de flujo de aire translaringeo conlleva a una disminución/alteración de la sensibilidad, una pérdida de la presión subglótica (con aumento del riesgo de estasis en la región supraglótica), la disminución del reflejo tusígeno (alterando la protección de la vía aérea), la disminución del reflejo aductor de las cuerdas vocales y el retraso de la respuesta motora orofaríngea, entre otras consecuencias desfavorables.⁸ De esta manera, los pacientes traqueostomizados pueden sufrir complicaciones, entre ellas, trastornos de la deglución y dificultad para comunicarse efectivamente por ausencia de fonación; por ello, la importancia del equipo multidisciplinario en la toma de decisiones tanto para detectar las complicaciones como para el tratamiento posterior.

Asumimos que la planificación de la rehabilitación se debe abordar desde el momento en que se decide realizar la traqueostomía, eligiendo el tipo de cánula según la enfermedad del paciente, los cuidados y la estimulación que se realizará en la búsqueda de la rehabilitación.⁹

Impacto de la disfagia en el paciente crítico: actividad profesional del kinesiólogo intensivista

Los trastornos en la función deglutoria son prevalentes en los enfermos críticos. En la UCI, pueden aparecer luego de la extubación orotraqueal, en pacientes con cánula de TQT, como así también en aquellos que no requirieron VAA, debido a la fragilidad clínica o a las comorbilidades que caracterizan a esta población de pacientes. La incidencia global de disfagia posextubación se estima en aproximadamente el 40%, según la última revisión sistemática y metanálisis sobre el tema; alrededor del 36% de estos pacientes tiene aspiración silente, es decir, sin síntomas clínicos que puedan detectarse mediante una evaluación clínica.¹⁰ En el estudio de Lugaro et al realizado en la Argentina sobre 31 pacientes que requirieron ven-

tilación mecánica por más de 48 horas, la incidencia de los trastornos deglutorios luego de la extubación fue del 58% determinada mediante fibroendoscopia de la deglución (*fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, FEES*).¹¹

Específicamente la población de pacientes neurocríticos tiene una alta tasa de falla de la extubación (38%), la cual está relacionada con las alteraciones en los mecanismos de protección de la vía aérea (seguridad de la deglución) y la disfagia posextubación;¹² incluso el 32-45% de los casos requiere traqueostomía.¹³ Por lo tanto, a estos pacientes se los considera una población en riesgo de sufrir disfagia y que requieren especial atención kinésica en el cribado de la disfagia posextubación para prevenir la falla de la extubación.

La disfagia posextubación está asociada a consecuencias desfavorables, como desnutrición, deshidratación, aumento de los días de estancia en la UCI y el hospital, deterioro de la calidad de vida, aumento de la morbilidad, y un incremento de los costos de salud.¹⁴

Esto determina la presencia dentro del equipo multidisciplinario de la UCI de profesionales kinesiólogos expertos en el conocimiento del mecanismo fisiopatológico de la disfagia posextubación y de los métodos de cribado, la evaluación clínica e instrumental disponibles, para poder detectar precozmente pacientes en riesgo de padecer disfagia, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos.¹⁵

La frecuencia de los trastornos deglutorios en los pacientes traqueostomizados varía entre el 11% y el 93%. Según el motivo de ingreso, los rangos son diferentes: 12-77% (quemaduras), 18-90% (cirugía cardiotorácica), 11-93% (afecciones médicas), 18-83% (enfermedades neurológicas). Esta variabilidad se debe principalmente a la heterogeneidad de los métodos empleados para la evaluación y el diagnóstico de la disfagia.¹⁶

En un estudio realizado en la Argentina sobre una cohorte de 32 pacientes con COVID-19, la incidencia de disfagia evaluada mediante FEES en el momento de la descanulación fue del 65%.¹⁷ Esto subraya la importancia de la intervención temprana mediante un abordaje integral de las funciones de la vía aérea superior; el motivo por el cual el paciente fue traqueostomizado, las enfermedades previas y los diferentes tipos de cánula de TQT determinan que no todos los pacientes traqueostomizados se comporten de la misma manera, lo que nos lleva a organizar la rehabilitación desde diferentes puntos de vista: el estructural (cánula de TQT) y el clínico (disfunción en la encrucijada aerodigestiva).⁹

Además, alrededor del 20% de los pacientes de la UCI tiene disfagia en el momento del alta hospitalaria.¹⁷ Por lo tanto, es importante implementar un programa de seguimiento y atención de los pacientes con disfagia debido a las complicaciones y al impacto en la calidad de vida.

En el consenso de expertos GEDYN publicado en 2023, se recomienda que, en los pacientes con elevado riesgo de disfagia, especialmente aquellos >70 años, se realice una búsqueda proactiva periódica y oportunita del riesgo de aspiración. Los signos de alarma reconocidos que pueden indicar un trastorno deglutorio son: alteración del nivel de conciencia, disartria, voz húmeda o disfonía, tos voluntaria débil, tos posdeglución, cambios en la voz o carraspeo con la ingesta de alimentos.⁴

Por lo tanto, conocer y comprender las pruebas para la detección de la disfagia es esencial a fin de identificar precozmente pacientes en riesgo, minimizar las complicaciones y preservar la nutrición e hidratación del paciente de la UCI.

La deglución es una función susceptible de ser rehabilitada, por lo que es importante planificar la rehabilitación conociendo la biomecánica y la fisiología de cada etapa deglutorias, el tipo de fibra muscular que interviene en el proceso deglutorio y utilizar los principios de entrenamiento muscular, como uso, repetición, intensidad, especificidad, dificultad, transferencia, poniéndolos en práctica en cada estrategia de rehabilitación.¹⁸

Competencias específicas del rol profesional

Las competencias específicas del profesional dedicado a la kinesiólogía con formación en la evaluación y rehabilitación de los trastornos deglutorios comprenden aquellos conocimientos y habilidades que debe adquirir a través de una formación específica y de la práctica profesional, de tal manera que logre alcanzar un profundo conocimiento del área y sea experto en la implementación de procedimientos, la redacción de protocolos de trabajo, guías y técnicas de evaluación, el tratamiento y en la toma de decisiones.¹

a. Cuidados de VAA

Durante el período de intubación orotraqueal, se tiene especial cuidado en el posicionamiento del TOT dentro de la cavidad orofaríngea, procurando realizar cambios frecuentes del TOT sobre posibles zonas/puntos de apoyo, como labios, comisura labial y lengua, con el fin de evitar compresiones prolongadas de estas estructuras que puedan originar lesiones por decúbito que posteriormente comprometan las fases orales y faríngea de la deglución.²

Se realiza el control periódico de la presión del manguito de neumotaponamiento tanto del TOT como de la cánula de TQT para evitar una lesión de la mucosa traqueal.¹

b. Higiene oral

La antisepsia orofaríngea con gluconato de clorhexidina utilizada para realizar la higiene oral se incluye dentro de los paquetes de medidas para pre-

venir la neumonía asociada a la ventilación mecánica. Sin embargo, es recomendable realizarla con extrema precaución a fin de evitar microaspiraciones, ya que podrían estar relacionadas con un aumento de la mortalidad según algunos estudios publicados sobre el tema.¹⁹

La higiene oral resulta, entonces, fundamental no solo para prevenir la neumonía asociada a la ventilación mecánica (junto a otros paquetes de medidas), sino para mantener una adecuada humectación de la cavidad oral que evite lesiones de la mucosa por sequedad, favoreciendo, de esta manera, la deglución espontánea de saliva. Para esto el kinesiólogo realiza la higiene oral con un colutorio antiséptico en la zona oral: paladar blando y duro, mejillas, lengua y piezas dentarias de manera manual o con diferentes dispositivos diseñados para tal fin.²⁰

c. Mantener la permeabilidad de la vía aérea

El control de la permeabilidad de la VAA es ejecutado por el kinesiólogo que realiza la aspiración de secreciones por el TOT o la cánula de TQT según técnica que, junto con una elección apropiada de la humificación, permiten un adecuado *clearance* de secreciones y mantener una VAA permeable.¹

d. Cuidados posturales

Se procura mantener una adecuada alineación de la cabeza y el cuello con respecto a la posición del resto del cuerpo, en cada cambio de decúbito que se genere sobre el paciente. Se evitan posturas de hiperflexión o hiperextensión, como así también la rotación y las inclinaciones viciosas con el objetivo de prevenir retracciones de cadenas musculares que puedan impactar negativamente en la movilidad del complejo hiolaríngeo y el resto de las estructuras involucradas en la función deglutoria.^{1,3}

e. Estimulación temprana para mantener la funcionalidad del complejo orofaringolaríngeo

Se utilizan diferentes técnicas y estrategias para mejorar la movilidad temporomandibular, la estimulación de praxias faciales y orolinguales, la movilización del complejo hiolaríngeo, evaluando cada caso de manera particular, independientemente de la presencia de una VAA.²¹ En el paciente traqueostomizado, además, se efectúa una estimulación laríngea sensorio-motriz mediante técnicas de restitución del flujo de aire translaríngeo (administración de aire a través de un catéter subglótico, utilización de válvula fonatoria o tapón, ventilación mecánica a fuga).²² De esta manera, el adecuado posicionamiento de la cabeza y el cuello respecto del resto del cuerpo, sumado a una correcta higiene oral favorecen la deglución espontánea de saliva, evitando la atrofia muscular por desuso y favoreciendo la protección de la vía aérea

en el período posextubación o durante el proceso de descanulación.

f. Elección y cuidados de la cánula de TQT

Se selecciona el tipo de cánula de TQT según el paciente se encuentre en el período de asistencia respiratoria mecánica, durante el proceso de destete o en el período de descanulación.^{1,23} Es importante el posicionamiento de la cánula de TQT para que quede alineada respecto a la cabeza y el cuello del paciente mediante una fijación adecuada. Además, en pacientes con ventilación mecánica, es necesario el uso de soporte para las tubuladuras para evitar tracciones que generen movimiento de la cánula dentro de la vía aérea con el objetivo de minimizar las lesiones en la mucosa traqueal.

Asimismo, se realiza la higiene y el control del os toma para prevenir lesiones e infecciones.

g. Evaluación de la función respiratoria

La función respiratoria se evalúa durante todo el ciclo de ventilación mecánica. Teniendo en cuenta la evolución de la función respiratoria en el momento de la extubación o durante el proceso de descanulación, el kinesiólogo realiza mediciones de ventilometría, de presiones estáticas máximas (presión inspiratoria máxima y presión espiratoria máxima), de pico flujo espiratorio y pico flujo tosido utilizando diferentes dispositivos y siguiendo las técnicas de procedimientos descritas para tal fin.¹

En los pacientes con tos débil o ineficaz, se utilizan técnicas de entrenamiento de asistencia de la tos. Estas comprenden la enseñanza de técnicas, como *huffing*, compresión toracoabdominal, el uso de presión positiva intermitente con bolsa de resucitación, *air stacking* (técnica de apilado de volúmenes), la utilización de dispositivos, como el *cough assist*. Estas técnicas garantizan una tos efectiva que permite la protección de la vía aérea.²⁴

La manometría de las presiones traqueales permite elegir la colocación de válvula fonatoria, tapón traqueal o disminución del calibre de la cánula de TQT, como así también la indicación de un estudio instrumental para descartar lesiones de la vía aérea.²⁵

h. Retirada de la VAA

La implementación y el desarrollo de guías y protocolos para la retirada del TOT (extubación), de cambios o retirada de la cánula de TQT (descanulación)¹ minimiza el riesgo de falla del procedimiento.

i. Evaluación de la deglución

Los pacientes de la UCI que sufren cuadros con riesgo de padecer disfagia, pacientes posextubación y con cánula de TQT serán abordados mediante métodos de cribado, pruebas clínicas e instrumentales para la evaluación de los trastornos deglutorios.^{7,8,14,15}

j. Rehabilitación de la deglución

Se planificará la rehabilitación según la etapa de la deglución afectada, mediante ejercicios y maniobras que involucran la musculatura orolinguo facial, suprahióidea, faríngea y laríngea basados en los principios de entrenamiento, estimulación sensorial y estrategias dirigidas a reestablecer la coordinación y el sincronismo de las estructuras que competen a la encrucijada aerodigestiva.^{9,18,21}

Como objetivo final se busca restablecer un patrón deglutorio seguro y eficaz, para lo cual se selecciona la consistencia, la textura, la viscosidad y los volúmenes de alimento.^{9,18}

k. Seguimiento del paciente con disfagia

Resulta fundamental definir el tipo de alimentación del paciente al alta de la UCI, no solo para prevenir complicaciones respiratorias y nutricionales, sino para la administración segura y eficaz de medicamentos. Esta decisión se toma de manera multidisciplinaria y contempla la elección de la consistencia y el volumen del alimento, el nivel de asistencia y la postura óptima del paciente a la hora de la alimentación, como así también el entrenamiento del familiar o cuidador en la preparación de alimentos (por ejemplo, uso de espesantes comerciales para líquidos) y pautas de alarma.^{2,3}

Aquellos pacientes con disfagia al alta de la UCI deben recibir un seguimiento kinésico en las diferentes salas de internación para continuar con la rehabilitación de la función deglutoria fuera del área crítica. Esto incluye la reevaluación periódica, la redefinición de objetivos de tratamiento según la evolución clínica, la toma de decisiones para solicitar estudios complementarios FEES/videofluoroscopia de la deglución para diagnóstico o tratamiento, y finalmente la progresión de la dieta en volumen y viscosidad hasta la resolución de la disfagia. De esta manera, se acompaña a la transición alimentaria hasta el retiro de la sonda nasogástrica.

Los pacientes que persisten con disfagia al ser dados de alta hospitalaria pueden tener un seguimiento ambulatorio para continuar el tratamiento de rehabilitación.¹⁷ De esta manera, el paciente con trastornos deglutorios es abordado en las diferentes etapas o momentos de su internación (guardia, UCI, salas de internación, ambulatorio).

l. Asistencia en el procedimiento de estudios complementarios

El kinesiólogo realiza la asistencia en los procedimientos de endoscopia de la vía aérea, FEES y en cambios de cánulas dificultosas.¹ También, participa en la decisión del traslado del paciente a la sala de radiología para una evaluación exhaustiva de la biomecánica deglutoria y las técnicas de seguridad implementadas

en la rehabilitación de la disfagia, mediante el estudio dinámico de la deglución.

Competencias transversales del rol profesional

Como parte del equipo multidisciplinario, el rol de la kinesiología en esta área de la profesión es involucrarse activamente en la toma de decisiones de la retirada de VAA (extubación y descanulación), en el proceso de evaluación y rehabilitación de los trastornos deglutorios y en el comienzo de la alimentación oral eligiendo un nuevo patrón deglutorio que sea seguro y eficaz, además de sugerir la viscosidad, textura y consistencia de los alimentos según la *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI)*.²⁶

Dentro del área de docencia e investigación participa junto a otros profesionales del equipo de salud en el desarrollo de guías y protocolos de trabajo mediante la interpretación adecuada de la evidencia científica disponible para el diagnóstico y tratamiento de la disfagia.²⁷⁻³⁰

Además, desarrolla proyectos de investigación o puede formar parte de equipos multidisciplinarios destinados a la investigación de la disfagia en la UCI.

Conclusiones

La Kinesiología Intensivista argentina se encuentra en un desarrollo permanente. Este documento define el rol y las competencias del kinesiólogo en el abordaje integral de la disfagia en el paciente crítico para lo cual resulta imprescindible la formación específica y la práctica clínica profesional.

Como parte del equipo multidisciplinario, la kinesiología en esta área de la profesión aporta sus estrategias para la detección oportuna de la disfagia mediante herramientas de cribado, de evaluación clínica e instrumental y para la planificación del tratamiento de rehabilitación de los trastornos deglutorios.

Los autores no declaran conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Fredes S, Tiribelli N, Setten M, et al. Definición del rol y las competencias del kinesiólogo en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Arg de Ter Int [Internet]* 2018; 35(4). Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/592>
2. Fernández-Carmona A, Peñas-Maldonado L, Yuste-Osorio E, Diaz-Redondo A. Exploración y abordaje de la disfagia secundaria a la vía aérea artificial. *Med Intensiva* 2012; 36(6): 423-433. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2011.09.006>
3. Cámpora H, Falduti A. *Deglución de la A a la Z. Fisiopatología, evaluación, tratamiento*, 2ª ed. Buenos Aires; Ediciones Journal; 2019.
4. Rebollo Pérez MI, Rabat Restrepo JM, Diaz Borrego P, et al. Abordaje integral del paciente con disfagia orofaríngea. Consenso de expertos GEDYN. *Terapia médica nutricional y tratamiento rehabilitador. Nutr Clin Med* 2023; XVII: 1-13. <https://doi.org/10.7400/NCM.2023.17.1.5118>
5. McCarty BE, Chao TN. Dysphagia and swallowing disorders. *Med Clin North Am* 2021; 105(5): 939-954. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.05.013>
6. Feng HY, Zhang PP, Wang XW. Presbyphagia: Dysphagia in the elderly. *World J Clin Cases* 2023; 11(11): 2363-2373. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v11.i11.2363>
7. Brodsky MB, Nollet JL, Spronk PE, Gonzalez-Fernandez M. Prevalence, pathophysiology, diagnostic modalities, and treatment options for dysphagia in critically ill patients. *Am J Phys Med Rehabil* 2020; 99: 1164-1170. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000001440>
8. 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>
9. Cámpora H, Falduti A. Planificación de la rehabilitación de la vía aérea superior y la función de la deglución en el paciente con cánula de traqueostomía. *Rev Am Med Respir [Internet]* 2020; 2: 171-180. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2020000200014
10. McIntyre M, Doeltgen S, Dalton N, Koppa M, Chimunda T. Post-extubation dysphagia incidence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care* 2021; 34(1): 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.05.008>
11. Lugaro MC, Riso-Vázquez A. Trastornos deglutorios luego de la extubación en Terapia Intensiva. *Rev Arg de Ter Int [Internet]* 2018; 35(3): 43-54. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/581>
12. Suntrup-Krueger S, Schmidt S, Warnecke T, et al. Extubation readiness in critically ill stroke patients. *Stroke* 2019; 50(8): 1981-1988. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.118.02464313>
13. Battagliani D, Siwicka Gieroba D, Brunetti I, et al. Mechanical ventilation in neurocritical care setting: A clinical approach. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2021; 35(2): 207-220. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.09.001>
14. Zuercher P, Moret CS, Dzielwas R, Schefold JC. 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>
15. Perren A, Zürcher P, Schefold JC. Clinical approach assessment post extubation dysphagia (PED) in the critically ill. *Dysphagia* 2019; 34(4): 475-486. <https://doi.org/10.1007/s00455-019-09977-w>
16. Skoretz SA, Riopelle SJ, Wellman L, Dawson C. Investigating swallowing and tracheostomy following critical illness: a scoping review. *Crit Care Med* 2020; 48: e141e51. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004098>
17. Falduti AK, Chiappero GR, Catini ME. Estudio de prevalencia de lesiones laríngeas y disfagia en pacientes críticos traqueostomizados por COVID-19. *Rev Am Med Resp* 2022; 22: 198-208. <https://doi.org/10.56538/OSJZ9738>
18. Burkhead LM, Sapienza CM, Rosenbek JC. Strength-training exercise in dysphagia rehabilitation: principles, procedures, and directions for future research. *Dysphagia* 2007; 22(3): 251-265. <https://doi.org/10.1007/s00455-006-9074-z>
19. Cantón-Bulnes ML, Garnacho-Montero J. Antisepsia orofaríngea en el paciente crítico y en el paciente sometido a

- ventilación mecánica. *Med Intensiva* 2019; 43(S1): 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.06.011>
20. Zhao T, Wu X, Zhang Q, et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 12(12): CD008367. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367>.
 21. Catini ME, Falduti A. Maniobras deglutorias utilizadas en el tratamiento de la disfagia orofaríngea. *Argentinian Journal of Respiratory & Physical Therapy* 2020; (2): 3. <https://doi.org/10.58172/ajrpt.v2i3.135>
 22. Zaga CJ, Chao C, Cameron TA, et al. Multidisciplinary approach to verbal communication interventions for mechanically ventilated adults with a tracheostomy. *Respir Care* 2023; 68(5): 680-691. <https://doi.org/10.4187/respcare.10511>
 23. Villalba D, Lebus J, Quijano A, et al. Retirada de la cánula de traqueostomía. Revisión bibliográfica. *Rev Arg de Ter Int [Internet]* 2014; (31): 1. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/365>
 24. Fernández-Carmona A, Olivencia-Peña L, Yuste-Ossorio ME, Peñas-Maldonado L, y Grupo de Trabajo de Unidad de Ventilación Mecánica Domiciliaria de Granada. Ineffective cough and mechanical mucociliary clearance techniques. Tos ineficaz y técnicas mecánicas de aclaramiento mucociliar. *Med Intensiva* 2018; 42(1): 50-59. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.05.003>
 25. Johnson DC, Campbell SL, Rabkin JD. Tracheostomy tube manometry: evaluation of speaking valves, capping and need for downsizing. *Clin Respir J* 2009; 3(1): 8-14. <https://doi.org/10.1111/j.1752-699X.2008.00100.x>
 26. www.idssi.orgf
 27. Chiappero G, Falduti A, Cámpora H, et al. Detección de la disfagia en el paciente adulto con vía aérea artificial en Terapia Intensiva. Revisión narrativa y recomendaciones de expertos intersocietarias. *Rev Arg de Ter Int [Internet]* 2020; 37(1): 20-35. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/674>
 28. Cámpora H, Costilla M, Estol C, et al. Consenso de diagnóstico y tratamiento de los trastornos deglutorios y nutricionales de los pacientes con accidente cerebrovascular. *Rev Arg de Ter Int [Internet]* 2018; 35(2S). Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/610>
 29. Catini ME, Falduti A, Chiappero G. Evaluación de la deglución en el paciente internado en Terapia Intensiva: una encuesta nacional. *Rev Arg de Ter Int [Internet]* 2020; 37(3): 1-13. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/709>
 30. Chiappero G, Falduti A, Catini ME. Traqueostomía y deglución en tiempos de pandemia. Revisión narrativa. *Rev Arg de Ter Int [Internet]* 2021; 38: e789.26072021. Disponible en: <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/789>

Cómo citar este artículo: Catini ME, Cámpora H, Falduti A, et al. Rol del kinesiólogo en la atención del paciente con trastornos de la deglución y disfagia en la Unidad de Cuidados Intensivos. *RATI*. 2024;41:e907.22082024.

