Trabajo Final de Carrera

“Disfagia secundaria a la instrumentación de vía aérea en la unidad de cuidados intensivos: métodos de evaluación para su detección y estrategias de rehabilitación.”

Alumno: *Mamana, Julieta Rocío*

Tutor: *Lic. Carnero Echegaray, Joaquín*

Lugar: *Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

Marzo 2026

Introducción: La ventilación mecánica invasiva (VMI) constituye una herramienta fundamental en el manejo del paciente crítico, aunque se asocia a diversas complicaciones, entre ellas la disfagia secundaria a la instrumentación de la vía aérea. Esta alteración funcional se vincula con un mayor riesgo de aspiración, prolongación de la internación y deterioro de la recuperación funcional, lo que resalta la importancia de su detección y abordaje oportuno en el ámbito de la unidad de cuidados intensivos.
Objetivos: Analizar, a partir de la literatura científica disponible, los métodos de evaluación y las estrategias de rehabilitación de la disfagia secundaria a la instrumentación de la vía aérea en pacientes adultos internados en unidades de cuidados intensivos.
Metodología: Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica utilizando las bases de datos PubMed y SciELO, en la que se incluyeron 27 estudios publicados entre 2010 y 2023, que abordaron métodos diagnósticos y estrategias de rehabilitación en pacientes con disfagia asociada a la vía aérea artificial.
Resultados: La evidencia analizada muestran que la disfagia asociada a la vía aérea instrumentada es una complicación frecuente en pacientes críticos y presenta una amplia variabilidad en su prevalencia según los criterios diagnósticos utilizados. La combinación de herramientas clínicas de cribado con métodos instrumentales, como la videofluoroscopía y la evaluación endoscópica de la deglución, se asocia con una evaluación más precisa del compromiso funcional, aunque su implementación se ve limitada por factores organizacionales y de recursos. El abordaje rehabilitador debe adaptarse al tipo de paciente, incorporando estrategias terapéuticas específicas, técnicas compensatorias y medidas orientadas a favorecer la recuperación funcional. Además, la movilización temprana y el entrenamiento respiratorio se identifican como componentes relevantes dentro de los programas de rehabilitación del paciente crítico.
Conclusión: La disfagia secundaria a la instrumentación de la vía aérea requiere un abordaje estructurado e interdisciplinario. La integración de herramientas diagnósticas clínicas e instrumentales, junto con estrategias de rehabilitación individualizadas, se asocia con una mayor seguridad en el proceso de recuperación de la deglución. La fisioterapia, en conjunto con el equipo interdisciplinario, desempeña un rol relevante en este proceso, contribuyendo a favorecer la recuperación funcional y a minimizar las complicaciones asociadas a la ventilación mecánica invasiva
Palabras Clave: dysphagia, oropharyngeal, mechanical ventilation, muscular weakness, trachostomy, Swallowing Dysfunction, Deglutition Disorders, Respiration, Artificial

Introducción

El propósito primario del sistema respiratorio es lograr un intercambio gaseoso efectivo, de manera segura y con un costo de energía aceptable. La ventilación mecánica invasiva (VMI) se instituye cuando dichos objetivos no pueden alcanzarse mediante estrategias ventilatorias no invasivas u otros recursos terapéuticos (1).

La VMI representa una herramienta fundamental en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para asegurar una adecuada oxigenación y ventilación en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda, alteración del estado de conciencia o diversas condiciones críticas que comprometen la función respiratoria (2). Sin embargo, la implementación de una vía aérea artificial –ya sea a través de un tubo endotraqueal (TET) o de una cánula de traqueotomía (TQT)– puede generar complicaciones asociadas, entre ellas alteraciones en la fisiología normal de la deglución (3,4).

Comer y tragar son comportamientos complejos que involucran actividades voluntarias y reflejas, es necesaria la interacción coordinada de diversas estructuras de la vía aéreo-digestiva para transportar estas sustancias sólidas y líquidas desde la boca hacia el estómago. Este mecanismo se logra gracias a fuerzas, movimientos y presiones dentro de un complejo orofaringolaríngeo cerrado al ambiente(5,6).

La alteración de la coordinación, el sincronismo y la eficacia de este proceso da lugar a la aparición de la disfagia. Las causas de esta pueden ser alteraciones de tipo estructural anatómico, neurogénica y/o enfermedades respiratorias(5).

La disfagia, clasificada en la CIE-10 como un trastorno de la deglución dentro del capítulo de síntomas y signos del sistema digestivo, no constituye una enfermedad en sí misma, sino una manifestación clínica que puede presentarse en múltiples patologías y con importantes implicancias funcionales(7,8). Se puede manifestar de forma variable, desde un retraso en la formación o transferencia del bolo alimenticio, hasta un desplazamiento patológico del mismo y paso a la vía aérea (9).

En el contexto de la UCI, su presencia se asocia a complicaciones relevantes como aspiración, neumonía, desnutrición, aumento de la morbimortalidad y prolongación de la estancia hospitalaria, afectando de manera significativa la calidad de vida de los pacientes críticos(10,11).

La prevalencia de disfagia secundaria a instrumentación de la vía aérea es ampliamente variable según la literatura. En pacientes extubados, se ha reportado una incidencia que oscila entre el 44 % y el 87 % y una incidencia de aspiración silente de 36%, mientras que en pacientes con TQT se han registrado valores entre el 11 % y el 93 % (7,12,13). Esta variabilidad puede deberse a diferencias en los criterios diagnósticos, los tiempos de instrumentación, las características clínicas de los pacientes y la heterogeneidad en los métodos de evaluación empleados. Estudios clínicos realizados en poblaciones críticas han demostrado que un alto porcentaje de pacientes presenta algún grado de alteración de la deglución luego de la extubación o durante la permanencia de una TQT, lo que resalta la magnitud del problema en la práctica diaria de la UCI (7,10,14,15).

Los mecanismos fisiopatológicos que explican la aparición de disfagia en estos pacientes incluyen la alteración del disparo del reflejo deglutorio por desensibilización mucosa, los cambios en la biomecánica del cierre laríngeo, la pérdida de la presión subglótica y la debilidad muscular relacionada con la propia enfermedad crítica y la inmovilización prolongada(14,16–19).

En presencia de un TET o TQT, la función laríngea y la coordinación orofaríngea pueden verse comprometidas. Así mismo, retirada del dispositivo no garantiza la recuperación inmediata de la función deglutoria, lo que subraya la necesidad de evaluaciones sistemáticas y tempranas (7,10,14,20–22).

Dado el impacto funcional y pronóstico de este trastorno, la detección precoz de la disfagia en pacientes críticos con vía aérea artificial es esencial. El reconocimiento oportuno permite establecer estrategias de vigilancia, adaptar la vía de alimentación y planificar intervenciones terapéuticas interdisciplinarias que favorezcan la recuperación y disminuyan complicaciones como la aspiración y la desnutrición (1,7,14,16,23).

Sin embargo, persiste falta de consenso respecto de los métodos diagnósticos óptimos y del momento adecuado para la evaluación, especialmente en el contexto de pacientes extubados recientemente o con TQT(21–23).

En este marco, y considerando las variaciones en la práctica clínica y la necesidad de estandarización, el presente trabajo tiene como objetivo describir los métodos diagnósticos utilizados para la detección de la disfagia en pacientes con vía aérea artificial y las estrategias de rehabilitación reportadas en la literatura, aportando una síntesis actualizada y clínicamente relevante de la evidencia disponible.

METODOLOGÍA

El presente trabajo corresponde a una revisión narrativa de la literatura científica, cuyo objetivo es analizar y describir los métodos de evaluación y las estrategias de rehabilitación de la disfagia secundaria a la instrumentación de la vía aérea en pacientes adultos internados en unidades de cuidados intensivos.

ETRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda de información se realizó de manera sistemática y estructurada en las bases de datos PubMed y SciELO. Se utilizaron términos en español e inglés relacionados con la temática de estudio, tales como: disfagia, vía aérea artificial, ventilación mecánica invasiva, post-extubation dysphagia, tracheostomy, swallowing disorders y critical care. Los descriptores fueron combinados mediante operadores booleanos AND y OR, con el objetivo de optimizar la sensibilidad y especificidad de la búsqueda.

La búsqueda se limitó a artículos publicados entre los años 2010 y 2023, disponibles en idioma español, inglés y portugués. De manera complementaria, se realizó una búsqueda manual a partir de las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados, con el fin de identificar estudios adicionales relevantes.

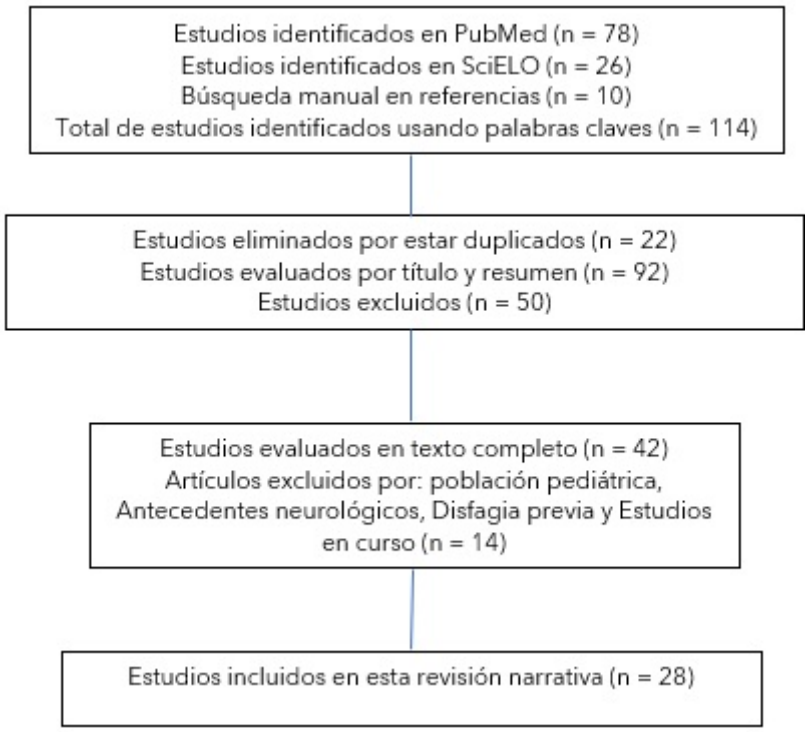
Los artículos obtenidos fueron analizados en una primera instancia mediante la lectura de títulos y resúmenes, descartándose aquellos que no se ajustaban a los objetivos del trabajo. Posteriormente, se realizó la lectura completa de los textos potencialmente elegibles para determinar su inclusión final.

Criterios de inclusión: Se incluyeron estudios realizados en población adulta (mayores de 19 años) con requerimiento de ventilación mecánica invasiva mediante intubación orotraqueal o traqueostomía, que presentaran disfagia durante la internación en la unidad de cuidados intensivos o posterior a la extubación. Asimismo, se consideraron publicaciones que describieran métodos de evaluación clínica y/o instrumental de la deglución y/o estrategias de rehabilitación. Se incluyeron revisiones y estudios observacionales o experimentales.

Criterios de exclusión: Se excluyeron estudios realizados en población pediátrica, artículos que incluyeran pacientes con antecedentes de enfermedades neurológicas o disfagia previa a la internación, investigaciones en curso o publicaciones sin resultados completos, así como artículos duplicados entre las bases de datos consultadas.

El proceso de búsqueda, selección y exclusión de los estudios se resume en el diagrama de flujo (Figura 1), donde se detallan las etapas de identificación de registros, evaluación por título y resumen, lectura de texto completo y selección final de los estudios incluidos en la revisión.

Figura Nº 1 Diagrama de flujo de búsqueda



DESARROLLO

A partir de la estrategia de búsqueda realizada, se seleccionaron 28 estudios publicados entre el 2010 y 2023 que abordaron los métodos de evaluación y el abordaje rehabilitador de la disfagia secundaria a la instrumentación de la vía aérea en pacientes adultos internados en unidades de cuidados intensivos. Los artículos incluidos comprendieron revisiones narrativas, revisiones integrativas y estudios observacionales, con poblaciones de pacientes extubados y con TQT.
Los resultados se organizaron en dos ejes principales: **métodos de evaluación de la disfagia** y **estrategias de rehabilitación**, considerando las particularidades según el tipo de instrumentación de la vía aérea.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA EN PACIENTES CON VÍA AÉREA INSTRUMENTADA

La literatura analizada señala que la evaluación clínica de la deglución al pie de la cama constituye el primer nivel de detección de disfagia en pacientes críticos. Estas evaluaciones son utilizadas como herramientas de cribado debido a su accesibilidad, bajo costo y factibilidad de aplicación en el entorno de la UCI (1,14,16). Sin embargo, la mayoría de los autores señalan que este tipo de evaluación presenta limitaciones diagnósticas, particularmente en la detección de aspiraciones silentes, por lo que recomiendan su complementación con métodos instrumentales ante la sospecha de alteraciones deglutorias (7,23).

Entre las herramientas de cribado más reportadas se encuentran la prueba de deglución de agua, que evalúa de manera rápida la presencia de signos clínicos de aspiración durante la ingesta de líquidos; el Gugging Swallowing Screen (GUSS) adaptado para UCI, que combina la evaluación indirecta y directa de la deglución mediante la valoración del estado de alerta y la función protectora de la vía aérea y la administración progresiva de diferentes consistencias, el test volumen-viscosidad (V-VST), que permite analizar la seguridad y eficacia de la deglución a través de la modificación controlada del volumen y la viscosidad del bolo, la Mann Assessment of Swallowing Ability (MASA), escala clínica estructurada que valora múltiples componentes neurológicos y orofaciales relacionados con la deglución, y el Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST©), orientado a la detección temprana del riesgo de aspiración mediante pruebas de voz y deglución. Estas escalas han demostrado una sensibilidad elevada para la detección de disfagia postextubación cuando son adaptadas al contexto del paciente crítico, aunque presentan variabilidad en su especificidad diagnóstica, lo que limita su capacidad para identificar aspiraciones silentes en determinados grupos de pacientes, por lo que deben ser complementadas con evaluaciones instrumentales cuando la situación clínica lo requiera. (7,16,23–25). Si bien muchas de estas escalas fueron originalmente desarrolladas y validadas en población con patología neurológica, especialmente en el contexto de accidente cerebrovascular, su uso se ha extendido al ámbito del paciente crítico. En este contexto, han demostrado ser útiles como métodos de cribado inicial, particularmente cuando son aplicadas de manera adaptada a las condiciones clínicas del paciente en la unidad de cuidados intensivos.
Asimismo, los estudios destacan la importancia de complementar el cribado con una evaluación clínica integral que incluya la valoración del estado neurológico, respiratorio y funcional general, el control postural, la efectividad de la tos, la movilidad orofacial y la presencia de signos clínicos indicativos de aspiración, recomendando su realización de manera sistemática y por profesionales entrenados (1,14).

Evaluación instrumental

En relación con los métodos instrumentales para la evaluación de la deglución, la videofluoroscopía es considerada el estándar de referencia para el análisis dinámico de todas las fases deglutorias, permitiendo detectar alteraciones biomecánicas, penetración laríngea, aspiración y residuos postdeglución en pacientes con vía aérea instrumentada (14,20,26). No obstante, los estudios señalan limitaciones para su implementación en el contexto de la UCI, principalmente debido a la necesidad de traslado del paciente, la exposición a radiación y la disponibilidad de recursos (23,26,27). Por otro lado los autores destacan que la evaluación endoscópica de la deglución (FEES) presenta ventajas operativas significativas en la UCI, al ser un examen portátil, reproducible y que no implica exposición a la radiación, y al permitir el análisis del manejo de secreciones y la detección directa de eventos de penetración o aspiración, especialmente en pacientes con TQT (14,20,22,26,27).
Otros métodos instrumentales, como la manometría faringoesofágica, son reportados con menor frecuencia en el ámbito de cuidados intensivos y se reservan para casos específicos con sospecha de alteraciones del esfínter esofágico superior (14).

Momento de la evaluación de la deglución post instrumentación de la vía aérea

Los estudios incluidos evidencian heterogeneidad en relación con el momento óptimo para la evaluación de la deglución luego de la extubación o en pacientes con TQT. Algunos autores recomiendan la realización de evaluaciones tempranas dentro de las primeras 24 horas postextubación, mientras que otros no reportan diferencias

clínicas significativas entre evaluaciones tempranas y diferidas (13,21,22). Esta variabilidad refleja la ausencia de consenso clínico y pone de manifiesto la necesidad de individualizar el momento de evaluación según el estado clínico y funcional del paciente (13,23).

ESTRATEGIAS DE ABORDAJE REHABILITADOR

El objetivo inicial de la rehabilitación es la deglución segura con protección de la vía aérea, para luego lograr la alimentación vía oral, el objetivo final será la decanulación (retirada de la vía aérea artificial), y en pacientes en los que no sea posible, por diferentes motivos, alcanzar la retirada de la cánula de TQT, conseguir la alimentación oral y la fonación (22).

Pacientes extubados

La evidencia analizada muestra que la disfagia postextubación constituye una complicación frecuente en pacientes críticos, con una prevalencia variable según el método diagnóstico empleado. Las guías clínicas recomiendan la evaluación formal de la deglución antes del reinicio de la alimentación oral en pacientes con factores de riesgo, con el objetivo de reducir la aspiración y otras complicaciones asociadas (7,16,23).

Los estudios incluidos reportan la utilización de ejercicios dirigidos a la musculatura cervical, laríngea y faríngea, así como maniobras deglutorias orientadas a mejorar la protección de la vía aérea. La evidencia sugiere que la implementación precoz de estas intervenciones se asocia con una recuperación funcional más rápida y con una menor dependencia prolongada de nutrición enteral (14,16,23).

Pacientes con cánula de traqueostomía

En pacientes con TQT, artículos destacan que el abordaje rehabilitador se orienta a restablecer el flujo aéreo transglótico, recuperar la presión subglótica y estimular la sensibilidad laríngea, las cuales se asocian con mejoras en la seguridad de a deglución y reducción del riesgo de aspiración (14,20).

Estudios resaltan que la rehabilitación de estos pacientes comienza con la elección de la cánula, que cuente con un catéter subglótico, que permita la aspiración del contenido que se encuentra por encima del balón de la cánula de TQT y por otro, la aplicación de aire a través de dicho catéter para estimular la sensibilidad de la encrucijada aerodigestiva y provocar el cierre glótico, la presión generada por debajo de las cuerdas vocales estimula los mecanorreceptores localizados en la región subglótica de la laringe, que están implicados en la deglución (9).

Entre las estrategias más reportadas se encuentran el desinflado progresivo del balón, el uso de válvulas fonadoras unidireccionales y la insuflación de aire subglótico. Estas intervenciones han demostrado mejorar la seguridad de la deglución y reducir la aspiración en pacientes seleccionados, siempre que se implementen bajo criterios clínicos estrictos y evaluación interdisciplinaria (14,20,22).

Ejercicios terapéuticos y enfoque interdisciplinario

La evidencia analizada respalda la utilización de ejercicios específicos de fortalecimiento de la musculatura suprahioidea, maniobras deglutorias y entrenamiento muscular respiratorio como parte del abordaje rehabilitador integral de la disfagia en pacientes críticos (16,18,19). Entre las estrategias con mayor respaldo se incluyen el entrenamiento de resistencia lingual contra el paladar, el entrenamiento de fuerza muscular espiratoria, el ejercicio Shaker, el chin tuck contra resistencia (CTAR) y ejercicios orientados a la apertura mandibular. Estos abordajes han

demostrado mejoras en la fuerza de la musculatura suprahioidea, el desplazamiento hiolaríngeo, la apertura del esfínter esofágico superior y la eficiencia del transporte del bolo, así como reducción de residuos faríngeos y disminución del riesgo de aspiración(29).

Con respecto al entrenamiento muscular respiratorio, particularmente el entrenamiento de fuerza muscular espiratoria (EMST), ha mostrado efectos positivos sobre la protección de la vía aérea, al incrementar la presión espiratoria máxima y favorecer una tos más efectiva, contribuyendo a mejorar los mecanismos de defensa de la vía aérea en pacientes con compromiso deglutorio(29).

Estudios comparativos recientes han evaluado específicamente el efecto del ejercicio Shaker y del CTAR sobre la función deglutoria. Ambos abordajes demostraron mejoras en el desplazamiento hiolaríngeo, la apertura del esfínter esofágico superior y la reducción de residuos faríngeos, asociándose con una mayor seguridad durante la deglución. Sin embargo, el CTAR presentó ventajas funcionales relevantes, al generar una mayor activación selectiva de la musculatura suprahioidea, menor sobrecarga de la musculatura cervical superficial y mejor tolerancia por parte de los pacientes. Además, se destaca su mayor factibilidad clínica, ya que puede realizarse en posición sentada y con menor demanda postural, lo que lo convierte en una alternativa terapéutica especialmente útil en poblaciones con debilidad muscular y compromiso funcional (30).

Por último autores destacan la importancia de la movilización temprana y de la rehabilitación física global para prevenir la debilidad adquirida en UCI, condición estrechamente asociada a la persistencia de alteraciones deglutorias (18,19).

Finalmente los trabajos analizados destacan la importancia de un enfoque interdisciplinario, que integre el accionar médico, fonoaudiológico y kinésico como estrategia para optimizar la recuperación funcional del paciente crítico (1,14,23).

DISCUSIÓN/ CONCLUSIÓN

La disfagia asociada a la instrumentación de la vía aérea representa una complicación clínica relevante en pacientes críticos, con impacto sobre la morbilidad, el tiempo de internación y la recuperación funcional posterior al alta hospitalaria(23). Los resultados de esta revisión muestran que, si bien este fenómeno se encuentra ampliamente documentado en la literatura, persiste una marcada variabilidad tanto en la incidencia reportada como en las prácticas clínicas relacionadas con su evaluación y abordaje terapéutico.

El amplio rango de prevalencia observado en pacientes extubados (44–87%) y con TQT (11–93%) pone en evidencia la heterogeneidad entre los estudios, así como la falta de estandarización en los métodos diagnósticos y protocolos sistematizados en el ámbito de las unidades de cuidados intensivos (UCI) (7,14,20). Esta variabilidad dificulta la comparación directa entre investigaciones y refuerza la necesidad de desarrollar estrategias de evaluación más uniformes y reproducibles en la práctica clínica.

En relación con el abordaje diagnóstico, la evidencia respalda el uso combinado de evaluaciones clínicas sistemáticas y herramientas de cribado, como GUSS, MASA y V-VST, junto con métodos instrumentales como la videofluoroscopía y la evaluación endoscópica de la deglución (FEES), para lograr una valoración más precisa del compromiso funcional (13,16,21,22). Sin embargo, distintos autores señalan que la implementación rutinaria de estas prácticas continúa limitada por la disponibilidad de recursos técnicos, la necesidad de equipamiento específico y la formación especializada del personal de salud, especialmente en contextos de alta demanda asistencial como la UCI(4).

Respecto al abordaje rehabilitador, autores destacan la importancia de un enfoque interdisciplinario temprano, adaptado a la condición clínica del paciente y al tipo de instrumentación de la vía aérea. La literatura reporta beneficios asociados al uso de ejercicios dirigidos a la musculatura suprahioidea, maniobras deglutorias, estrategias compensatorias y a la recuperación del flujo aéreo transglótico en pacientes con TQT, mediante intervenciones como el uso de válvulas fonadoras o la insuflación subglótica. Estas estrategias se asocian con mejoras en la seguridad y eficiencia de la deglución en pacientes seleccionados, siempre que se apliquen bajo criterios clínicos adecuados y evaluación interdisciplinaria (14,16,18–20).

En relación con las intervenciones basadas en ejercicio terapéutico, la evidencia sugiere que los mayores beneficios funcionales se observan cuando los programas de rehabilitación son estructurados, progresivos y aplicados con una frecuencia adecuada. Los protocolos reportados con mejores resultados incluyen esquemas de entrenamiento de al menos cinco sesiones semanales durante períodos mínimos de cuatro a seis semanas, lo que pone de manifiesto la importancia de una adecuada dosificación terapéutica en la recuperación de la función deglutoria(29).

Estos hallazgos refuerzan el rol de la rehabilitación activa dentro del abordaje interdisciplinario de la disfagia, particularmente en pacientes críticos, donde la debilidad muscular generalizada y el desacondicionamiento funcional constituyen factores determinantes en la persistencia del trastorno. No obstante, debe considerarse la heterogeneidad metodológica en los protocolos utilizados, limita la comparación directa entre estudios y evidencia la necesidad de continuar desarrollando investigaciones que permitan estandarizar parámetros de intensidad, duración y frecuencia de intervención(29).

Asimismo, se destaca el rol fundamental de la movilización temprana y del entrenamiento muscular respiratorio en la prevención de la debilidad adquirida en UCI, condición estrechamente vinculada con la persistencia de alteraciones deglutorias y el retraso en la rehabilitación global del paciente crítico. La integración de estas intervenciones dentro de programas de rehabilitación temprana se presenta como un componente clave para optimizar la recuperación funcional(18,19).

Finalmente, debe considerarse que la evidencia disponible presenta limitaciones asociadas a la heterogeneidad de diseños de estudio, variabilidad en los métodos diagnósticos utilizados y las diferencias en los protocolos de intervención, lo que resalta la necesidad de continuar generando mayor evidencia relacionada al abordaje de la disfagia asociada a la instrumentación de la vía aérea.

La disfagia secundaria a la instrumentación de la vía aérea constituye una complicación frecuente y multifactorial en pacientes críticos, que requiere un abordaje diagnóstico y terapéutico estructurado e interdisciplinario. La evidencia disponible sugiere que la aplicación sistemática de herramientas de cribado, la confirmación diagnóstica mediante métodos instrumentales cuando se encuentran disponibles, y la implementación de estrategias de rehabilitación funcional dirigidas, se asocian con una mejor detección temprana de las alteraciones deglutorias y con una mayor seguridad en el proceso de reinicio de la alimentación oral.

La fisioterapia, en conjunto con el equipo interdisciplinario, desempeña un rol relevante en la evaluación funcional, la indicación de ejercicios musculares específicos, el entrenamiento respiratorio y el acompañamiento en el proceso de recuperación progresiva hacia una deglución segura. Asimismo, la literatura destaca que el inicio precoz de la rehabilitación, junto con la movilización temprana y el diseño individualizado de las intervenciones terapéuticas, constituye un componente importante dentro de los programas de rehabilitación del paciente crítico.

En síntesis, el presente trabajo pone de manifiesto la importancia de integrar los conocimientos anatomo-fisiológicos, clínicos e instrumentales en un modelo de atención centrado en el paciente, orientado a minimizar las complicaciones asociadas a la ventilación mecánica invasiva y a favorecer la recuperación funcional de la deglución y la comunicación en el contexto de la internación en cuidados intensivos.

REFERENCIAS

1. SATI. Ventilación mecánica. 3.ª ed. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Terapia Intensiva; 2018.

2. Walter JM, Corbridge TC, Singer BD. Invasive Mechanical Ventilation. Southern Medical Journal. diciembre de 2018;111(12):746-53. doi:10.14423/SMJ.0000000000000905

3. Cocoros NM, Klompas M. Ventilator-Associated Events and Their Prevention. Infectious Disease Clinics of North America. diciembre de 2016;30(4):887-908. doi:10.1016/j.idc.2016.07.002

4. Brodsky MB, Nollet JL, Spronk PE, González-Fernández M. Prevalence, Pathophysiology, Diagnostic Modalities, and Treatment Options for Dysphagia in Critically Ill Patients. Am J Phys Med Rehabil. diciembre de 2020;99(12):1164-70. doi:10.1097/PHM.0000000000001440

5. Cámpora H, Falduti A. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. Vol. 12. 2012;12:10.

6. Lugaro MC. Trastornos deglutorios luego de la extubación en Terapia Intensiva. 2018.

7. Skoretz SA, Flowers HL, Martino R. The Incidence of Dysphagia Following Endotracheal Intubation. Chest. marzo de 2010;137(3):665-73. doi:10.1378/chest.09-1823

8. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, 2010 ed. Geneva: World Health Organization.

9. Cámpora C, Alejandra F. Planificación de la rehabilitación de la vía aérea superior y la función de la deglución en el paciente con cánula de traqueostomía. Vol. 20. 2020;20.

10. Moraes D, Sassi F, Mangilli L, Zilberstein B, De Andrade C. Clinical prognostic indicators of dysphagia following prolonged orotracheal intubation in ICU patients. Crit Care. 18 de octubre de 2013;17(5):R243. doi:10.1186/cc13069

11. Chiappero G. Detección de la disfagia en el paciente adulto con vía aérea artificial en Terapia Intensiva. Revisión narrativa y recomendaciones de expertos intersocietarias.

12. Skoretz SA, Riopelle SJ, Wellman L, Dawson C. Investigating Swallowing and Tracheostomy Following Critical Illness: A Scoping Review. Critical Care Medicine. febrero de 2020;48(2):e141-51. doi:10.1097/CCM.0000000000004098

13. McIntyre M, Doeltgen S, Dalton N, Koppa M, Chimunda T. Post-extubation dysphagia incidence in critically ill patients: A systematic review and meta-analysis. Australian Critical Care. enero de 2021;34(1):67-75. doi:10.1016/j.aucc.2020.05.008

14. Fernández-Carmona A, Peñas-Maldonado L, Yuste-Osorio E, Díaz-Redondo A. Exploración y abordaje de disfagia secundaria a vía aérea artificial. Medicina Intensiva. agosto de 2012;36(6):423-33. doi:10.1016/j.medin.2011.09.006

15. Martha Mayoral VA, Castro Serrano A, Sumano Gotoo A, Martínez Díaz BA, Aguirre Sánchez JS. Evaluación del riesgo de disfagia orofaríngea postextubación en terapia intensiva. Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.).

16. Sassi FC, Medeiros GCD, Zambon LS, Zilberstein B, Andrade CRFD. Avaliação e classificação da disfagia pós-extubação em pacientes críticos. Rev Col Bras Cir. 23 de julio de 2018;45(3). doi:10.1590/0100-6991e-20181687

17. Clarett M, Andreu MF, Salvati IG, Donnianni MC, Montes GS, Rodríguez MG. Efecto de la insuflación de aire subglótico sobre la presión subglótica durante la deglución. Medicina Intensiva. abril de 2014;38(3):133-9. doi:10.1016/j.medin.2013.01.003

18. Kress JP, Hall JB. ICU-Acquired Weakness and Recovery from Critical Illness. N Engl J Med. 24 de abril de 2014;370(17):1626-35. doi:10.1056/NEJMra1209390

19. Nydahl P, Sricharoenchai T, Chandra S, Kundt FS, Huang M, Fischill M, et al. Safety of Patient Mobilization and Rehabilitation in the Intensive Care Unit. Systematic Review with Meta-Analysis. Annals ATS. mayo de 2017;14(5):766-77. doi:10.1513/AnnalsATS.201611-843SR

20. Garuti G, Reverberi C, Briganti A, Massobrio M, Lombardi F, Lusuardi M. Swallowing disorders in tracheostomised patients: a multidisciplinary/multiprofessional approach in decannulation protocols.

21. Marvin S, Thibeault S, Ehlenbach WJ. Post-extubation Dysphagia: Does Timing of Evaluation Matter? Dysphagia. abril de 2019;34(2):210-9. doi:10.1007/s00455-018-9926-3

22. Leder SB, Warner HL, Suiter DM, Young NO, Bhattacharya B, Siner JM, et al. Evaluation of Swallow Function Post-Extubation: Is It Necessary to Wait 24 Hours? Ann Otol Rhinol Laryngol. julio de 2019;128(7):619-24. doi:10.1177/0003489419836115

23. Macht M, Wimbish T, Clark BJ, Benson AB, Burnham EL, Williams A, et al. Diagnosis and treatment of post-extubation dysphagia: Results from a national survey. Journal of Critical Care. diciembre de 2012;27(6):578-86. doi:10.1016/j.jcrc.2012.07.016

24. Troll C, Trapl-Grundschober M, Teuschl Y, Cerrito A, Compte MG, Siegemund M. A bedside swallowing screen for the identification of post-extubation dysphagia on the intensive care unit – validation of the Gugging Swallowing Screen (GUSS)—ICU. BMC Anesthesiol. 13 de abril de 2023;23(1):122. doi:10.1186/s12871-023-02072-6

25. Jiang Y, Chi Y, Pan R, Zhang D, Huang S, Ju H, et al. Advancing stroke patient care: a network meta-analysis of dysphagia screening efficacy and personalization. Front Neurol. 6 de agosto de 2024;15:1380287. doi:10.3389/fneur.2024.1380287

26. Chuhuaicura P, Álvarez G, Lezcano MF, Arias A, Dias FJ, Fuentes R. Patrones de Deglución y Metodología de Evaluación. Una Revisión de la Literatura. Int J Odontostomat. diciembre de 2018;12(4):388-94. doi:10.4067/S0718-381X2018000400388

29. Sepúlveda-Contreras J, Jarpa-Muñoz F. Efectividad de ejercicios para rehabilitar la disfagia orofaríngea posterior a un accidente cerebrovascular: una revisión integradora. Rev Investig Innov Cienc Salud. 5 de febrero de 2022;4(1):73-91. doi:10.46634/riics.81

30. Gao J, Zhang HJ. Effects of chin tuck against resistance exercise versus Shaker exercise on dysphagia and psychological state after cerebral infarction. Eur J Phys Rehabil Med. junio de 2017;53(3). doi:10.23736/S1973-9087.16.04346-X