

Experiencias de las Fonoaudiólogas
en el abordaje de la disfagia en
pacientes adultos post COVID-19,
fortalezas y debilidades de los
tratamientos implementados en la
provincia de Buenos Aires entre los
años 2020-2021

Gabriela Margarita Gimenez

Tutora: Moscardi Graciela.

Asesoramiento Metodológico: Dra. Minnaard
Vivian, Lic. Gonzalez Mariana, Lic. Bravo
Carla.

*“Trata a un ser humano como es y seguirá siendo lo que es.
Trata a un ser humano como puede llegar a ser
Y se convertirá en lo que puede llegar a ser”*

Johann Wolfgang von Goethe (s.f)

A Dios, a mi Mamá, mi Papá, mi Esposo y a mi
amiga Lidia compañera de todo este trayecto.

A Dios porque me ha dado fuerzas para seguir.

A mis papás, que siempre me impulsaron a superarme y a ser una persona independiente.

A mi esposo, mi compañero de vida que me apoya en todos mis proyectos y me alienta en todo momento.

A la Universidad FASTA por abrir esta oportunidad a los recibidos de Institutos Superiores.

A la Directora de la carrera, la Licenciada Noemí Colacilli, gran persona y excelente guía en todo este trayecto.

A mi tutora la Licenciada Graciela Moscardi.

A la Doctora Vivian Minnaard, la Licenciada Mariana Gonzalez y la Licenciada Carla Bravo.

La disfagia es una alteración funcional en la deglución. En la actualidad a raíz del virus SARS CoV-2, ha cobrado protagonismo debido a la alta incidencia en pacientes que presentaron los cuadros más graves de la enfermedad y requirieron asistencia mecánica respiratoria.

Objetivo: Analizar las experiencias de las Fonoaudiólogas en el abordaje de la disfagia en pacientes adultos post COVID-19, fortalezas y debilidades de los tratamientos implementados en la provincia de Buenos Aires entre los años 2020-2021.

Materiales y métodos: Investigación descriptiva, no experimental y transversal. Se trabajó sobre una muestra conformada por 13 profesionales Fonoaudiólogas que rehabilitan disfagia en pacientes adultos pos COVID-19 de la provincia de Buenos Aires, mediante una entrevista online con preguntas abiertas.

Resultados: Las profesionales Fonoaudiólogas que respondieron la entrevista online, trabajan en su mayoría en equipo de trabajo interdisciplinario para el abordaje de los pacientes adultos con disfagia pos COVID. El tipo de modalidad de atención depende del grado de severidad. En relación a la sintomatología, la misma es similar a la observada en otros tipos de disfagia de diferente etiopatogenia, a excepción de los pacientes en estado crítico.

Acerca de las debilidades en el tratamiento al inicio de la pandemia, se mencionó la falta de visitas de familiares, impactando negativamente en la evolución y el ánimo del paciente. En la actualidad, se destaca la posibilidad de ingreso de los familiares en el área de internación, mencionándose como una fortaleza, junto con la disponibilidad de mayor información.

Conclusión: La experiencia en el abordaje de pacientes con disfagia pos covid es positiva ya que en su mayoría presentaron una rápida recuperación.

Palabras Clave: Disfagia; COVID-19; Extubados; Fonoaudiología; Rehabilitación.

Dysphagia is a functional disorder in swallowing. Currently, as a result of the SARS CoV-2 virus, it has gained prominence due to the high incidence in patients who have presented the most serious pictures of the disease and required mechanical respiratory assistance.

Objective: To analyze the experiences of Speech Therapists in addressing dysphagia in post-COVID-19 adult patients and the strengths and weaknesses of the treatment implemented in the city of Buenos Aires between the years 2020-2021.

Materials and methods: Descriptive, non-experimental and cross-sectional research. We worked on a sample made up of 13 Speech Therapists who rehabilitate dysphagia in adult patients after COVID-19 in the province of Buenos Aires, through an online interview with open questions.

Results: The speech and language professionals who responded to the online interview mostly work in an interdisciplinary team to address adult patients with post-COVID dysphagia. The type of care modality depends on the degree of severity. Regarding the symptoms, it is similar to that observed in other types of dysphagia of different etiopathogenesis, with the exception of critically ill patients.

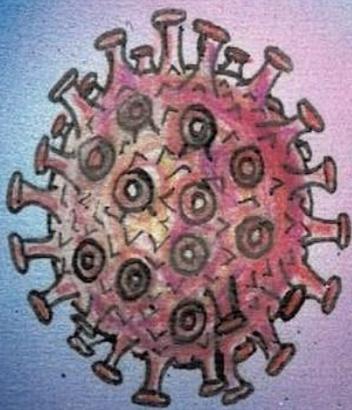
Regarding the weaknesses in the treatment at the beginning of the pandemic, the lack of family visits was mentioned, negatively impacting the evolution and the mood of the patient. At present, the possibility of admission of relatives in the hospitalization area stands out, being mentioned as a strength, together with the availability of more information.

Conclusions: The experience in dealing with patients with post-covid dysphagia is positive, since most of them had a quick recovery.

Key Words: Dysphagia; COVID-19; Extubated; Speech Therapy; Rehabilitation.

| | |
|----------------------------------|----|
| Introducción..... | 1 |
| Capítulo I | |
| Disfagia y COVID-19..... | 3 |
| Capítulo II | |
| Rehabilitación y telesalud | 14 |
| Diseño Metodológico..... | 25 |
| Análisis de datos..... | 30 |
| Conclusiones..... | 55 |
| Bibliografía..... | 57 |

Introducción



La Fonoaudiología es una disciplina que se funda en las Ciencias Biológicas y Humanísticas, comprometida con la vida y el bienestar de los seres humanos de manera integral. Desde su creación en Argentina, alrededor de la década de 1950 como Fonoaudiología, comprende tres áreas de acción: Voz, Audición y Lenguaje. Sin olvidar, que en sus inicios fue una disciplina auxiliar de la medicina (Herrera, 2018: 19-20)¹. Además, es importante señalar los saberes que intervienen en el conocimiento Fonoaudiológico: Saber clínico, Saber educacional, Saber legal y Saber científico. Es decir, el saber es uno y deben operar de manera conjunta en cada acción profesional. (Serra, 2007: 28)².

En la actualidad la Fonoaudiología tiene diferentes áreas de especialidad. El artículo 2° de la Ley 27568 del ejercicio profesional, considera ejercicio profesional de la fonoaudiología a las siguientes actividades: promoción, prevención, estudio, exploración, investigación, evaluación por procedimientos subjetivos y objetivos que permitan el diagnóstico, pronóstico, seguimiento, tratamiento, habilitación y rehabilitación de las patologías de la comunicación humana en las áreas de: lenguaje, habla, audición, voz, fonoestomatología entendida como funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución para el tránsito de la saliva y las relacionadas con la ingesta de la alimentación, e intervención temprana entendida como acciones de neurohabilitación para desarrollar las funciones que sustentan la comunicación y el lenguaje. (Ley 27568, Ejercicio profesional de la Fonoaudiología, 2020)³. Dicho con otras palabras, se podrá desempeñar en las áreas de atención primaria, secundaria y terciaria de la salud.(Leavell y Clark, 1965)⁴. Cabe destacar, que es una disciplina que ha progresado mucho desde sus inicios, volviéndose cada vez más específica y necesaria, y que actualmente tiene un papel central en la rehabilitación de pacientes pos COVID-19.

El área de la fonoestomatología ha cobrado relevancia a raíz del virus SARS CoV-2, y esto se debe a su campo de acción: disfunciones estomatognáticas, disfagia y trastornos deglutorios. (Trovato, 2018: 21)⁵. Ya que se ha observado una alta incidencia de disfagia en pacientes post COVID 19.

¹ La Lic. Herrera escribió el prólogo del libro, Manual de Fonoestomatología de Mónica Helena Trovato, María Isabel Rosa y Gabriela Brozman.

² Silvana Serra en su libro Fonoaudiología. Aproximaciones logopédicas y audiológicas realiza un recorrido por la historia de la fonoaudiología, los paradigmas que la atravesaron, los saberes y el quehacer del profesional fonoaudiólogo, entre otros.

³ La presente Ley tiene por objeto establecer el marco general del ejercicio profesional de la Fonoaudiología en el ámbito Nacional y en el de las jurisdicciones que adhieran a la misma. Fue publicado en el boletín oficial el 27 de octubre del 2020.

⁴ En el concepto de Leavell y Clark, la medicina preventiva es la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prologar la vida, promover la salud y la eficiencia física y mental. El profesional Fonoaudiólogo puede trabajar en la atención primaria brindando por ejemplo talleres, a nivel secundario diagnosticando y dando un tratamiento acorde y a nivel terciario rehabilitando.

⁵Trovato ha abordado el área de fonoestomatología desde diversas disciplinas especializadas de la salud, en todas las etapas de la vida, capacitando al profesional en métodos de evaluación y posibles diagnósticos.

La disfagia, se manifiesta generalmente en los pacientes que desarrollaron cuadros graves de la enfermedad y requirieron ventilación mecánica invasiva por períodos largos de tiempo, ocasionando alteraciones en estructuras, fuerza, función muscular, sensibilidad, coordinación y demás. (Álvarez et al., 2020, 1311-1321)⁶.

Hoy en día se conocen algunas características que tiene el virus, como ser la presencia de fiebre, tos, fatiga, disnea, pérdida de la sensación del gusto y del olfato, odinofagia, entre las más observadas. La sintomatología varía, desde asintomáticos, leves y graves⁷, pudiendo en algunas ocasiones llevar a la muerte. (Pérez et al., 2020)⁸.

El problema de investigación será el siguiente:

¿Cuáles son las experiencias de las Fonoaudiólogas en el abordaje de la disfagia en pacientes adultos post COVID-19, fortalezas y debilidades de los tratamientos implementados en la provincia de Buenos Aires entre los años 2020-2021?

El objetivo general es:

Analizar las experiencias de las Fonoaudiólogas en el abordaje de la disfagia en pacientes adultos post COVID-19 y las fortalezas y debilidades de los tratamientos implementados en la provincia de Buenos Aires entre los años 2020-2021.

Los objetivos específicos son:

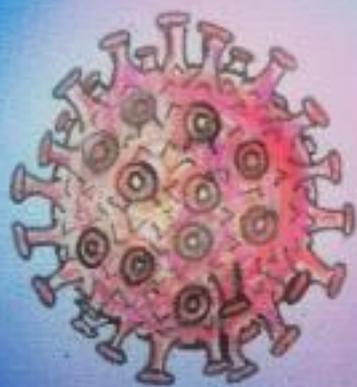
- Sondear las experiencias de las Fonoaudiólogas en el abordaje de la disfagia en pacientes adultos post COVID-19.
- Caracterizar sintomatología, tipo y grado de disfagia que refieren las fonoaudiólogas que tuvieron los pacientes con Covid
- Indagar las fortalezas del tratamiento implementado de la disfagia en pacientes adultos post COVID-19.
- Identificar las debilidades del tratamiento implementado de la disfagia en pacientes adultos post COVID-19.

⁶Las alteraciones que se producen como consecuencia de la intubación ponen en riesgo la alimentación y la vida del paciente.

⁷ Los casos graves se relacionan con el síndrome respiratorio agudo.

⁸ La vía de transmisión puede ser directa o indirecta.

Capítulo I



La alimentación es un factor esencial en la vida de las personas. El acto de comer es un proceso fisiológico complejo, que relaciona dos factores, estructura y función, y a esto se suman dos componentes, uno es el emocional y el otro es el social.

La deglución se reconoce como una secuencia de acciones neuromusculares, que actúan de manera coordinada y cuya finalidad es la propulsión del alimento o líquidos de la cavidad oral al estómago⁹. Las estructuras involucradas son: la cavidad oral, faringe, laringe y esófago. Dichas estructuras son compartidas a su vez por el sistema respiratorio, digestivo, y el fonoarticular del lenguaje. La respiración comparte con la deglución la encrucijada aéreo-digestiva, región anatómica crucial por su actividad, proteger a la vía aérea evitando la penetración y/o aspiración del alimento¹⁰. Para su mejor abordaje, la deglución se divide en fases: oral¹¹, faríngea y esofágica. El control neurológico de la misma involucra: la corteza cerebral, tronco encefálico, núcleos grises subcorticales, cerebelo, nervios craneanos, y los sistemas simpáticos y parasimpáticos.(Trovato, 2018: 519-531)¹².

Cabe aclarar que, si alguna de las estructuras se altera por variada etiología o hay alguna modificación en el control neurológico, se va a producir una alteración en la deglución. Esto ocurre en el caso de la disfagia, en la cual se presenta una alteración de la seguridad y la eficacia¹³, que deriva en una dificultad para poder tragar¹⁴, causando deshidratación, desnutrición, riesgo de penetración, neumonía por aspiración, complicando aún más el pronóstico y la vida del paciente. Se pueden distinguir tres tipos de disfagia según la etapa de la deglución afectada: oral, faríngea y esofágica¹⁵, siendo la de mayor prevalencia la disfagia orofaríngea.(Venegas et al.,2020: 50-64)¹⁶. Asimismo, según el nivel de afectación se identifican diferentes grados de severidad.

⁹ Se pueden distinguir dos momentos, en principio un control voluntario y luego un segundo momento totalmente involuntario.

¹⁰ Penetración: entrada de material hasta el nivel de las cuerdas vocales; Aspiración: entrada de material a tráquea. Puede ocurrir antes, durante o después de realizada la deglución.

¹¹ Se divide en fase preparatoria y propiamente dicha.

¹² La corteza cerebral regula aspectos voluntarios; los núcleos grises subcorticales aseguran el automatismo; el tronco encefálico, el control automático-reflejo; el cerebelo, la coordinación; los sistemas simpáticos y parasimpáticos, la inervación autónoma de faringe y laringe; y los nervios craneanos aportan inervación sensitiva y motora a los músculos involucrados.

¹³En cuanto a los parámetros de una deglución segura, seguridad es cuando no existen falsas vías; Eficacia es cuando se puede mantener un estado nutricional y de hidratación adecuados; competencia es la sincronización de las válvulas de la deglución, y confortabilidad hace referencia a una alimentación que no genere incomodidad en la persona. (Bacco,2014).

¹⁴ Dificultad para tragar alimentos o líquidos y que afecta también la reconfiguración orofaríngea.

¹⁵En la disfagia oral, la alteración se produce en la etapa preparatoria y oral propiamente dicha, se manifiesta en una dificultad para formar o mover el alimento o líquido desde la cavidad oral hacia la faringe; en la disfagia faríngea, la alteración se presenta después de la deglución; en la disfagia esofágica, la dificultad puede ir desde la apertura del esfínter esofágico superior, los movimientos peristálticos hasta el estómago.

¹⁶La disfagia orofaríngea es una dificultad funcional en la movilidad de los músculos que participan en la formación y propulsión del bolo, la reconfiguración orofaríngea y la apertura del esfínter cricofaríngeo.

La disfagia se puede evaluar de manera clínica e instrumental. La evaluación clínica consiste en el estudio de la historia clínica, la exploración física, la descripción de los síntomas, evaluación de la actividad refleja, la aplicación de test como el del agua, el de viscosidad y el uso de cuestionarios de cribado, como por ejemplo el EAT-10. Lo que se obtiene de esta evaluación es un diagnóstico clínico de la función de la deglución, pudiendo llegarse a distinguir el tipo de disfagia. En caso de dudas con respecto al diagnóstico clínico se aplican pruebas instrumentales. La evaluación instrumental, utiliza pruebas objetivas como la videofluoroscopia, videoradioscopia. (Rofes et al., 2014:1256-1265)¹⁷.

Retomando el tema de la prevalencia de la disfagia orofaríngea¹⁸, es conveniente resaltar el grupo población en el que su incidencia es alta. Aquí se encuentran las personas mayores, ancianos, personas con enfermedades neurológicas, neurodegenerativas, las que han sufrido un accidente cerebro vascular, las que han recibido tratamiento quirúrgico por tumores que se localizan en las estructuras que participan de la deglución, entre otras.(Baijens et al.,2016:1403-1428)¹⁹.En la actualidad se suman los pacientes que han tenido COVID 19, en particular personas adultas que han recibido asistencia mecánica respiratoria invasiva.

El virus que causa el COVID-19 es el SARS CoV-2²⁰, un patógeno altamente contagioso, que afecta directamente al sistema respiratorio. Tuvo su origen en China, más precisamente en Wuhan, a finales del año 2019. Primero se pensó que se trataba de un brote²¹, luego la Organización Mundial de la Salud declara la pandemia²² el 11 de marzo del 2020. Debido al modo de transmisión de la enfermedad ²³, muchas fueron las recomendaciones que se dieron para prevenirla, entre las que se pueden destacar, el uso del barbijo, el lavado de manos, uso de alcohol, distanciamiento social, y en casos más extremos

¹⁷La videofluoroscopia, que consiste en deglución de bario modificado, es una exploración radiológica dinámica que permite observar las estructuras anatómicas y las funciones en tiempo real. Consiste en tomar secuencias de perfil mientras el paciente ingiere un alimento, en distintos volúmenes y texturas que fueron mezclados con bario. La videoradioscopia es una prueba que utiliza radiografías en tiempo real, esto permite obtener un registro activo y objetivo de las fases de la deglución.

¹⁸ Existen reflejos que deben estar presentes en la deglución, a saber: el reflejo deglutorio se produce cuando el bolo tiene contacto con los pilares anteriores del istmo de las fauces, el reflejo tusígeno se activa por el contacto de partículas de algún sólido o líquido con la mucosa laríngea y el reflejo nauseoso es una reacción normal para proteger las vías aéreas. En la disfagia orofaríngea, el reflejo tusígeno puede estar retrasado o ausente, en cuyo caso se producen aspiraciones, antes, durante o después de la deglución.

¹⁹ El envejecimiento es un factor a tener en cuenta en las alteraciones de la deglución, se denomina presbifagia y refiere a una disminución natural de la función, es importante aclarar que no todo adulto mayor tendrá presbifagia.

²⁰Síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2.

²¹El brote de una enfermedad ocurre cuando se presentan un gran número de casos en un período de tiempo corto y en un área determinado.

²² Enfermedad epidémica que ataca a muchos países.

²³ Aerosoles producidos por una persona portadora de la enfermedad al toser, estornudar, hablar o por contacto con superficies contaminadas.

el aislamiento²⁴. Los pacientes que contraen la enfermedad²⁵, tienen diferentes niveles de gravedad clínica con la presencia de síntomas asociados como fiebre, tos, dolor muscular, dolor de garganta, cefaleas, disneas y pérdida del olfato y del gusto. Los casos más graves requieren intubación²⁶ prolongada o ventilación mecánica. Asimismo, se ha observado la presencia de disfagia en pacientes que fueron hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. La valoración de la disfagia en personas hospitalizadas se realiza mediante la evaluación clínica de la deglución, de los nervios craneales, de los reflejos tusígeno y nauseoso y de la aplicación de pruebas instrumentales como el FEES²⁷, manometría esofágica, endoscopia transnasal, videofluoroscopia y videoradioscopia.(Miles et al., 2021: 170-182)²⁸.

Además, se ha establecido la relación que existe entre la disfagia post intubación en pacientes críticos y la duración de la ventilación mecánica, ya que genera debilidad muscular severa, traumatismo orofaríngeo²⁹ y laríngeo³⁰, alteración de la mucosa y de las estructuras que participan en la deglución, trastornos de la voz, alteración de la sensibilidad y de la respuesta motora, de los reflejos, del ciclo respiratorio, entre otras, complicando de esta manera la posibilidad de la ingesta oral y prolongando la estadía en el hospital. Existen factores que aumentan el riesgo de disfagia pos intubación, como ser la edad, el grado de trastorno de la voz y el padecer un desorden en la deglución previo al desarrollo de la enfermedad. (Frajkova et al.,2020: 549–557)³¹.

Como se mencionó en un principio, uno de los mayores riesgos que corre una persona con disfagia es padecer neumonía por aspiración³², que en el caso de los pacientes postCOVID-19 puede ser mortal. La aspiración se reconoce como la acción mediante la cual ingresa líquido, saliva, alimento o contenido gástrico a la laringe y el tracto respiratorio inferior. A su vez la neumonía por aspiración es causada por la inhalación de patógenos³³ del

²⁴ En Argentina se decretó el aislamiento preventivo y obligatorio en marzo del 2020, la cual se extendió por un período de 9 meses. En la actualidad se volvió a tomar la misma medida, pero por períodos cortos.

²⁵ Hay casos de personas asintomáticas, es decir, son portadoras de la enfermedad, pero la misma no se manifiesta en ellos.

²⁶ La intubación puede ser oro-traqueal o una traqueotomía.

²⁷ FEES: evaluación endoscópica flexible de la deglución.

²⁸ Para la evaluación de la disfagia se requiere que el paciente tenga un nivel cognitivo y de consciencia que le permitan realizar las acciones que el Profesional le solicite.

²⁹ Relacionado con la fase oral y faríngea de la deglución.

³⁰ Paresia de las cuerdas vocales, lesión del nervio laríngeo superior e inferior y edema.

³¹ Según el tipo de intubación que se le realice al paciente y la duración, se pueden determinar las posibles alteraciones.

³² Factores que influyen, cantidad, frecuencia y respuesta del huésped. No obstante, hay casos de aspiración silente y microaspiraciones.

³³ Frecuentemente *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*.

tracto respiratorio superior³⁴, por tal motivo es importante una adecuada higiene oral, nutrición, hidratación y no fumar. (Cichero,& Clavé, 2011: 18-23)³⁵.

Por todo lo expuesto hasta el momento, se puede apreciar cómo repercute en la salud alguna alteración de la deglución, como es el hecho de la disfagia y el impacto que produjo el virus del SARS CoV-2 propiciando su aparición. Se debe mencionar dentro de las secuelas producto de contraer COVID-19, las disfunciones sensoriales olfativas y gustativas que resultan en ausencia del olfato³⁶ y del gusto³⁷ y la disfunción sensorial faringolaríngea. Dichas funciones sensoriales son particularmente valiosas en la fase oral y faríngea de la deglución, como así también en el disfrute y el apetito. En la actualidad son varias las hipótesis³⁸ que se manejan en torno a estas disfunciones, aunque es sabido que esta situación torna a los pacientes más vulnerables a desarrollar disfagia e infecciones respiratorias.(Vergara et al.,2020)³⁹.

Igualmente, no sólo se debe prestar atención a las posibles alteraciones en la deglución que puede llegar a presentar el paciente, sino que además siempre se debe mantener una visión integral del mismo y es en este aspecto que entran en juego otras cuestiones como, por ejemplo, el impacto que genera el haber estado hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, puesto que la disfagia es una secuela prevalente en este tipo de situaciones. La UCI se ha desarrollado mucho en las últimas décadas. La atención de los profesionales expertos en la disciplina y la aplicación de nuevas tecnologías han disminuido en gran medida el número de morbimortalidad⁴⁰.El ingreso de un paciente a esta área responde al seguimiento de un protocolo y en la actualidad por cuestiones de la pandemia algunos hospitales del mundo se han visto colapsados, teniendo en cuenta que en la historia de la terapia intensiva jamás se vivió algo parecido. Aquellos pacientes que manifestaron las formas más severas de la enfermedad necesitaron ser hospitalizados en la UCI por períodos de tiempo considerables y en la mayoría de los casos, en una posición prono. Se sabe que las secuelas devienen de la inmovilidad, el reposo prolongado y la intubación orotraqueal o traqueostomía⁴¹, las cuales perduran por un largo plazo, impactando nocivamente en sus vidas. La inmovilidad puede generar cambios a nivel neurológico⁴², cardiovascular⁴³,

³⁴Nasofaringe y orofaringe.

³⁵En algunos casos puede haber ausencia de síntomas, hasta insuficiencia respiratoria.

³⁶ Anosmia.

³⁷Ageusia.

³⁸Se mencionan daño y/o inflamación del epitelio olfatorio y gustativo, lesiones del bulbo olfatorio o incluso lesiones en el Sistema Nervioso Central.

³⁹ Estas disfunciones pueden servir como predictores de disfagia.

⁴⁰ Conjunto de enfermedades mortales que afecta en un tiempo y lugar determinado.

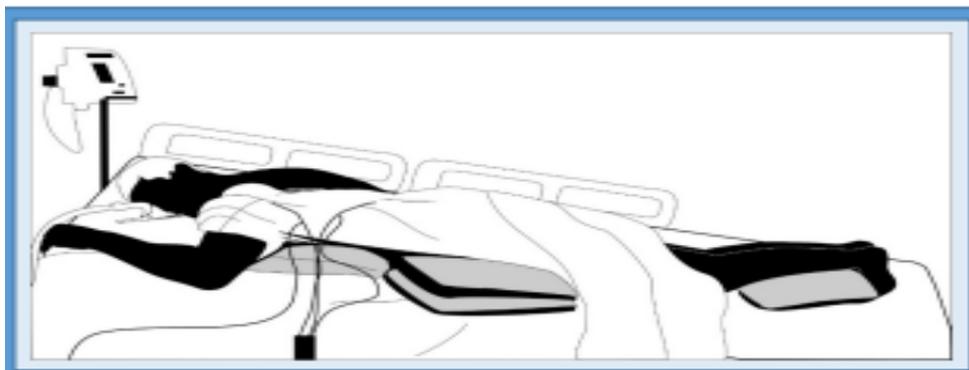
⁴¹ Estenosis traqueal, disfonía y disfagia.

⁴² Alteración del equilibrio, ansiedad, depresión.

⁴³ Estasis venosa, trombosis, atrofia miocárdica.

respiratorio⁴⁴, digestivo⁴⁵, óseo⁴⁶ y musculoesquelético⁴⁷. Por todo lo dicho se torna imperiosa la rehabilitación intrahospitalaria, con el objetivo de adaptar el desacondicionamiento⁴⁸ físico y ayudar a la recuperación. Además algunas personas desarrollan el síndrome post cuidados intensivos⁴⁹, que consiste en un deterioro físico, cognitivo⁵⁰ y psicológico⁵¹, que puede llegar a persistir hasta 5 años después del alta, afectando no sólo al paciente sino también a las personas que lo rodean.(Ortiz & Páez, 2020)⁵².

Imagen N° 1: Paciente en prono



Fuente: Ortiz & Páez (2020)⁵³

Las situaciones que se viven en la UCI despiertan diferentes emociones, más aún en estos tiempos que vive el mundo, predominan el miedo y el dolor en el paciente, familiares y equipo profesional. Es por ello que ya en el año 2014 se propuso el proyecto de investigación internacional llamado, Humanizando los Cuidados Intensivos. Allí se propuso centrar la atención en la persona, comprendiendo que es un ser único, resguardando su dignidad y valores, utilizando todos los recursos disponibles, haciendo parte a la familia del proceso, teniendo presente que la salud es un derecho humano y restituyendo a los profesionales la vocación y el sentido de su labor. Para su implementación se propusieron 8 líneas⁵⁴ estratégicas, expresando en cada una objetivos y dejando espacio para futuras variables propias de cada comunidad. Hoy por hoy el proyecto, Humanizando los Cuidados

⁴⁴ Disminución de la movilidad torácica, hipoxemia.

⁴⁵ Anorexia, reflujo gastroesofágico.

⁴⁶ Aumento de reabsorción ósea.

⁴⁷ Debilidad muscular, y contractura.

⁴⁸ Cambios fisiológicos provocados por la inmovilidad y el extenso reposo.

⁴⁹ Existen factores predisponentes, adultos mayores, sexo femenino, larga estancia hospitalaria, patología de base, ente otros.

⁵⁰ Va de leve a moderado y puede afectar la memoria, funciones ejecutivas, atención, procesamiento y capacidad verbal.

⁵¹ Estés postraumático.

⁵² Debido a la reciente aparición del COVID-19, no se disponen de estudios a largo plazo que detallen las secuelas.

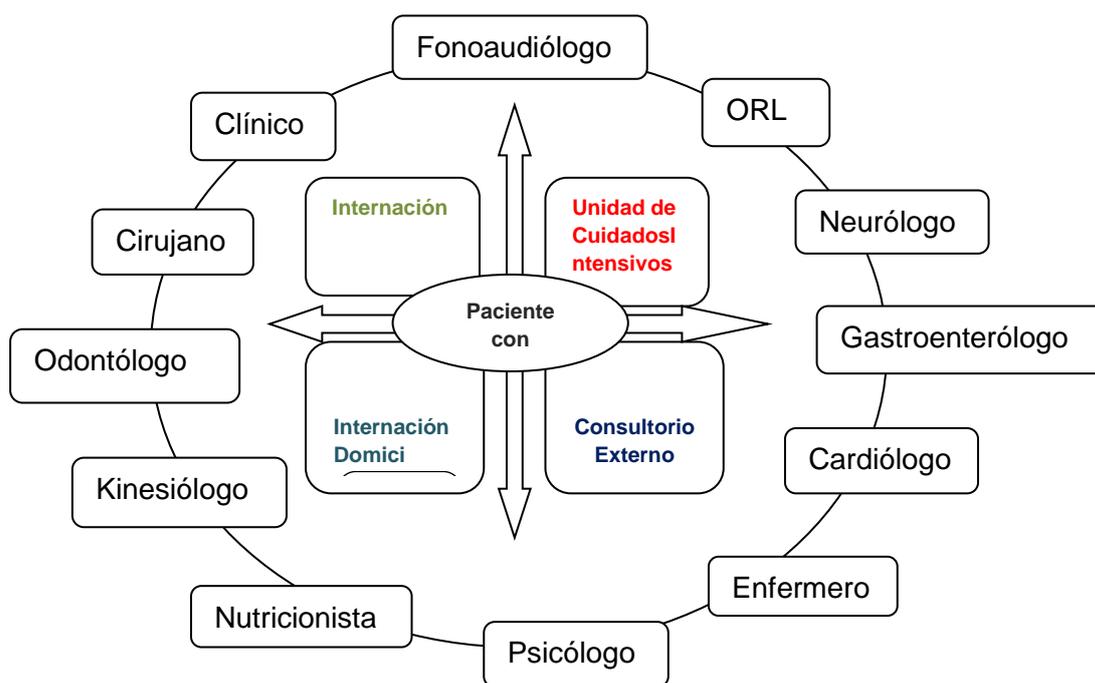
⁵³En determinadas circunstancias, los pacientes se benefician del posicionamiento en prono durante gran parte del día.

⁵⁴Las mismas son: UCI de puertas abiertas, comunicación, bienestar del paciente, presencia y participación de familiares, cuidados al personal, prevención, manejo y seguimiento del síndrome post-uci, infraestructura humanizada y cuidados al final de la vida.

Intensivos⁵⁵, cobra importancia en los tiempos que se viven, puesto que impacta positivamente en la clínica, revalorizando el trabajo de los profesionales y dignificando al paciente, familia y al personal sanitario. (Rojas, 2019: 120-125)⁵⁶.

Generalmente la rehabilitación de la disfagia en los casos graves post COVID-19 se inicia en el ámbito intrahospitalario y consta de un trabajo multidisciplinario.(Martinez et al., 2020)⁵⁷.

Diagrama N° 1: Equipo multidisciplinario encargado de la evaluación y el tratamiento de la disfagia



Fuente: Adaptado de Trovato (2018)⁵⁸

El trabajo que desempeña el Fonoaudiólogo en la UCI tuvo mayor repercusión con la llegada de la pandemia. Dentro de las actividades que realiza están la de detección, evaluación, rehabilitación temprana de las funciones fono-deglutorias, lenguaje y comunicación (Lacombe, 2011)⁵⁹.

En Argentina son pocos los Fonoaudiólogos que se desempeñan en la terapia intensiva, tal es así que las evaluaciones de la deglución por lo general están a cargo de un Kinesiólogo. Además, en el país no hay un protocolo de detección de alteraciones en la deglución para pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos. (Catini et

⁵⁵No se circunscribe sólo a la UCI, sino que debe incluir a todo el hospital.

⁵⁶ Contempla un modelo holístico de la unidad de cuidados intensivos, al cual se debería adherir todo el hospital.

⁵⁷ En su mayoría, son las personas mayores quienes más precisan la rehabilitación.

⁵⁸ A partir de la interconsulta se realiza la evaluación clínica e instrumental de la deglución.

⁵⁹ En los pacientes con diagnóstico de disfagia, las indicaciones se determinan según este en condiciones o no de alimentarse por vía oral.

al.,2020)⁶⁰.Pero no hay que olvidar, que el COVID-19 es una enfermedad reciente, y las acciones que se llevan adelante están basadas en otras enfermedades con características similares, en cuanto a los efectos que causan a nivel del sistema respiratorio, digestivo, cardiovascular, entre otros, y a todos los aportes y avances que día a día se publican. (Martinez et al., 2020)⁶¹.

En relación a este tema y en el marco de la pandemia, la Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento⁶² del Ministerio de Salud de la Nación, se encargó de la organización y la gestión del trabajo de los profesionales en salud y detectó 4 problemas a resolver: escasez de profesionales en áreas críticas, vulnerabilidad del personal de salud, distribución desigual del conocimiento y falta de evidencia científica sobre el COVID-19. En cuanto a la escasez de profesionales en áreas críticas, se dificulta aún más en algunas regiones o provincias del país. Se habla de la vulnerabilidad del personal de salud en relación al agotamiento y al riesgo de contagio que incrementan la necesidad de profesionales capacitados. Además, la distribución desigual del conocimiento en relación a la formación de los profesionales pone en peligro la adecuada atención de los pacientes COVID-19. Esto se corresponde con desigualdades en la experiencia, capacitación y entrenamiento en las distintas áreas, sumado aquellos profesionales se contagian y son reemplazados por otros que no tienen la experiencia en terapia intensiva. Y por último, la falta de evidencia científica sobre el SARS-CoV-2 debido a su reciente aparición.(Silberman et al., 2020)⁶³.

Es evidente que las funciones que desempeña el Fonoaudiólogo en el área son necesarias para un adecuado diagnóstico y una posterior elección de tratamiento, en especial lo que refiere a la respiración y la alimentación, pues los cambios que experimenta el paciente antes de la intubación, durante y después son muy variados y dependen en gran medida de la presencia de factores de riesgo, al igual que el tiempo en la UCI. Por ejemplo durante el período de intubación el paciente recibe alimentación por vía enteral⁶⁴ y en los casos que no lo tolera, se procede a la alimentación parental⁶⁵, siendo este factor significativo al momento de llevar cabo el desacondicionamiento físico a nivel nutricional, ya que el paciente puede sufrir micro aspiraciones o penetración del alimento. (Matos et al., 2021)⁶⁶

⁶⁰ Queda a cargo de cada equipo profesional el desarrollo de un protocolo de detección precoz de la disfagia.

⁶¹ El SARS-CoV2 es un virus que cambia rápidamente en su evolución, sus síntomas y consecuencias.

⁶²DNTHyC corresponde a la abreviatura de Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento.

⁶³ Las acciones desarrolladas por la DNTHyC en la emergencia están focalizadas en paliar la escasez de profesionales con formación en la terapia intensiva.

⁶⁴ Alimentación por medio de una sonda que llega al estómago o al intestino delgado.

⁶⁵ Se inserta una sonda en la vena y los nutrientes ingresan a la sangre directamente.

⁶⁶ Siempre se debe priorizar la condición nutricional de los pacientes con COVID-19, en especial en los adultos mayores.

Una vez superada la fase aguda de la enfermedad, se lleva a cabo la evaluación de la deglución en donde se pueden observar posibles síntomas de disfagia. (CamporayFalduti, 2014)⁶⁷.

Cuadro N°1: Síntomas de disfagia

| Síntomas | Posibles causas |
|--|--|
| *Presencia de babeo | -Déficit del esfínter bucal anterior. -Parálisis facial. |
| *Dificultad para abrir la boca | -Trastornos de la articulación temporo-mandibular. -Hipertonía de los músculos masticadores. |
| *Dispersión en la boca | -Parálisis facial y déficit del buccinador. -Apraxia lingual. -Parálisis lingual (lesión del par XII) |
| *Alimento expulsado de la boca | -Thrusting = empuje postero-anterior de la lengua. -Mal cierre bucal. |
| *Reflujo nasal, nariz sucia, estornudo, flujo nasal | -Insuficiente elevación del paladar= fugas alimentarias hacia la nasofaringe. |
| *Presencia de tos antes, durante o después de la deglución | -Revela penetración laríngea o un absceso faríngeo debido a una estasis, descoordinación del sistema, esfínter bucal posterior inadecuado, mala protección laríngea. |
| *Dolor o molestia en la garganta | -Dificultad en el vaciamiento vólcular. -Dificultad del esfínter esofágico superior. |
| *Impresión de bloqueo de los alimentos | -Trastorno del peristaltismo faríngeo o esofágico, o de ambos. -Falta de apertura del esfínter esofágico superior. |
| *Voz húmeda | -Presencia de secreciones en la glotis |
| *Otros síntomas | -Desaturación, carraspeo, disnea durante o después de la deglución, vómito, regurgitaciones, cianosis, excesiva duración de la etapa oral preparatoria, posición de la mandíbula |

Fuente: Adaptado de Bleeckx (2004)⁶⁸

⁶⁷En algunas situaciones no se detecta la disfagia, de allí la importancia de una correcta evaluación clínica y la aplicación de estudios complementarios.

⁶⁸El proceso de la deglución puede afectarse por múltiples variables. En el cuadro se destacan las más frecuentes.

Además, es necesario contemplar las alteraciones en la respiración, el gusto y el olfato, ya que inciden en el proceso deglutorio y de ser necesario se llevarán adelante pruebas instrumentales. Con todos estos registros se plantea la rehabilitación de forma interdisciplinaria. En el caso de la disfagia el tratamiento tendrá como objetivo mantener o recuperar el estado nutricional y/o de hidratación y prevenir infecciones respiratorias, para lo cual se aplicarán ciertas medidas posturales, higiénicas, dietéticas, y de soporte nutricional. (García et al., 2012)⁶⁹.

La rehabilitación⁷⁰ intrahospitalaria⁷¹ es de gran ayuda para los servicios de salud, porque reduce el reingreso a la UCI de los pacientes por complicaciones relacionadas con el síndrome post cuidados intensivos, ya que potencia la recuperación, reduce la discapacidad e intenta restablecer en la medida de lo posible la independencia que tenían previo a la enfermedad, considerando que las secuelas en los casos más graves de la enfermedad son muy variadas y que en su mayoría son personas mayores las que padecieron esta situación⁷². Acorta la estadía hospitalaria, siendo un factor importante en estos momentos en los que la demanda de camas es muy alta, ya que prepara al paciente en cuanto al alta, a los cuidados y a la continuidad de la asistencia. Y por último, reduce el riesgo de posibles reingresos ya que los orientan para no deteriorarse luego del alta⁷³. Esto implica, que los prestadores de servicios de salud deben aumentar la capacidad del personal y preparar⁷⁴ a sus equipos para la creciente demanda, en particular las áreas relacionadas con la etapa aguda y sub aguda de la enfermedad. (OPS y OMS, 2020)⁷⁵.

Hay que indicar, que la separación del paciente de su vínculo familiar es abrupta, absoluta y prolongada, afectando negativamente en la recuperación y la rehabilitación. Esto genera en el paciente y la familia mayor riesgo de padecer estrés post-traumático, aumento de la ansiedad e incremento en la estadía hospitalaria, pues la presencia física de la familia genera en el paciente mayor seguridad, tranquilidad y esperanza. En consecuencia, hoy en día la forma que se adoptó para hacer participar simbólicamente a la familia en el tratamiento,

⁶⁹Dentro de las posibilidades del paciente, siempre se debe tratar de mantener una ingesta oral, ya sea parcial o total.

⁷⁰ Debe estar contemplada en todas etapas de la atención, es decir, desde el período agudo, subagudo, el alta y la rehabilitación ambulatoria.

⁷¹ Los profesionales que se encargan de la rehabilitación, a su vez, también atienden a otros grupos de pacientes que no tuvieron COVID-19, pero cuyo bienestar a nivel de la salud dependen de la asistencia y de la continuidad de las terapias brindadas por los mismos profesionales. Esto quiere decir, que se deben garantizar los servicios de rehabilitación, de manera que no se produzcan hospitalizaciones a causa de este factor, comprometiendo aún más al sistema sanitario.

⁷² En el caso de las personas mayores la preexistencia de patologías de base complica aún más el cuadro.

⁷³ Se debe de asegurar la continuidad de la rehabilitación, ya sea ambulatoria o domiciliaria.

⁷⁴ Se debe actualizar en todo momento la información respecto al brote, brindando el equipo de protección necesario, facilitando al personal y a la familia el acceso a los test del COVID-19, fijando protocolos para la prevención y el control de casos sospechosos o positivos y brindando capacitación.

⁷⁵A fin de reducir los riesgos de re infección y siempre que las posibilidades del paciente así lo permitan, se puede aplicar la telesalud como una herramienta para continuar la rehabilitación.

es a través de los mensajes de voz y videollamadas⁷⁶(Azoulay et al., 2020)⁷⁷. Esta situación también impacta negativamente en el personal de salud que atiende a esta población, ya que la exposición a la muerte de los pacientes sin la presencia de sus familiares sobrecarga aún más la labor de los mismos y los expone a factores de riesgo psicosocial en el trabajo. (Ministerio de Salud de Chile, 2013)⁷⁸. Lo mismo ha ocurrido en otros lugares del mundo, como por ejemplo en Wuhan⁷⁹ los trabajadores de la salud han vivido mucha presión en sus labores día a día, ocasionándoles problemas a la salud mental como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor. (Kang et al., 2019)⁸⁰. En Italia⁸¹, el personal médico ha descrito cansancio físico y mental, dificultad y sufrimiento a la hora de tomar decisiones difíciles y dolor ante la pérdida de pacientes, colegas, sin olvidar el riesgo constante de infección (Lancet, 2020)⁸².

En Turquía se llevó a cabo un estudio basado en una entrevista semi-estructurada y un cuestionario, con el objeto de examinar la salud mental de 10 enfermeras que estuvieron en contacto directo con pacientes enfermos por COVID-19. Luego de analizar la información se llegó a la conclusión de que las participantes se encontraban estresadas y tristes a causa de los fallecimientos presenciados y la incertidumbre que les generaba el destino de la pandemia, sumado al elevado cansancio producto de las extensas jornadas laborales, debido a la falta de personal como consecuencia de un elevado número de personas y profesionales infectados. Se encontró que además sufrían de ansiedad y miedo. (Kacking et al., 2020)⁸³.

Se puede observar que las situaciones y las consecuencias que experimentan las personas que conforman el personal de salud, son similares independientemente del país del que se esté hablando. Se torna una necesidad y una obligación llevar adelante intervenciones que cuiden la salud emocional y mental del personal, esto debe incluir también a las personas que, si bien no están en contacto con directo con los pacientes, contribuyen al funcionamiento de los centros de salud, ya sean públicos o privados. (Arias y Pacheco, 2021)⁸⁴.

⁷⁶ Se denominan visitas virtuales y sólo se aplica en pacientes que están conscientes. Y las visitas presenciales se organizan para los pacientes que han empeorado su cuadro y se teme fallezcan.

⁷⁷ Es una prioridad mantener informada a la familia.

⁷⁸ Se ha registrado una alta incidencia de síntomas psicológicos en el personal de la salud que está orientado al trabajo en epidemias.

⁷⁹ Provincia de China.

⁸⁰ Estos síntomas afectan la atención, comprensión y la toma de decisiones.

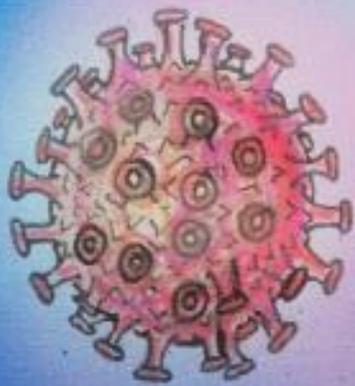
⁸¹ Considerado uno de los países más afectados por el COVID-19.

⁸² Es necesario que los gobiernos velen por la salud y el bienestar de los trabajadores de la salud.

⁸³ Las participantes relataban que se fueron de sus hogares para no exponer a sus seres queridos. De esta forma la soledad es otra situación que impacta negativamente en la salud mental.

⁸⁴ El descanso y el sueño son factores necesarios para preservar la salud mental.

Capítulo II



Argentina es uno de los países de América Latina que más invierte en salud, pero esto no se traduce en una mejor atención, ya que al tener un sistema sanitario muy fragmentado⁸⁵ no hay una distribución equitativa de la cobertura y acceso a los servicios⁸⁶. Además, a esta situación se suma la fragmentación a nivel territorial, que trae como consecuencia, que en un mismo país la cobertura no sea igual en función de la ubicación geográfica. (Cetrángolo, 2014)⁸⁷.

La irrupción del COVID-19, ha provocado que se visibilizaran algunas cuestiones, como ser el estado de los hospitales públicos, el acceso a la salud, la importancia de la creación y aplicación de medidas para la prevención y la promoción de la salud en particular para aquellos grupos etarios vulnerables a contraer el virus, entre otras cuestiones. (Cendali et al., 2020)⁸⁸. Es necesario avanzar en el fortalecimiento de la salud pública, de la atención primaria de la salud⁸⁹ y de los sistemas de vigilancia epidemiológica⁹⁰. (Shokoohi et al. 2020: 436–438)⁹¹.

A finales del 2020, se implementó la campaña de vacunación⁹², con el objetivo de reducir la transmisión, atenuar los síntomas y evitar el desarrollo de los cuadros graves de la enfermedad. Se estableció un orden de prioridades⁹³ en función del riesgo, exposición, función estratégica y enfermedades previas, ya que la vacunación se llevó a cabo de manera gradual. Se inició con el personal médico, seguridad, personal docente y no docente y adultos mayores. (Ministerio de Salud de la Nación, 2020)⁹⁴.

Es en este contexto, que el profesional Fonoaudiólogo debe dar tratamiento a los pacientes post COVID-19 que así lo requieran, debido a la relación que existe entre la disfagia post intubación en pacientes críticos y la duración de la ventilación mecánica, ya que genera debilidad muscular severa, traumatismo orofaríngeo y laríngeo, alteración de la mucosa y de las estructuras que participan en la deglución, trastornos de la voz, alteración de la sensibilidad y de la respuesta motora, de los reflejos, del ciclo respiratorio, entre otras, complicando de

⁸⁵Se encuentra el subsector público, de la seguridad social y privado.

⁸⁶ Esto se debe a que los tres subsectores tienen diferentes fuentes de financiación, coberturas y órganos de fiscalización.

⁸⁷ Los gobiernos provinciales tienen autonomía en cuanto a la provisión y las políticas de salud.

⁸⁸ El COVID-19 puso en la agenda pública al sistema de salud.

⁸⁹ Función de las APS: promoción, protección y prevención de la salud.

⁹⁰ Son acciones que se realizan para detectar la aparición de enfermedades nuevas o no, o el aumento repentino de una enfermedad.

⁹¹ La implementación de estrategias basadas en la comunidad para descubrir casos asintomáticos y reducir la transmisión comunitaria se considera esencial en el control de las enfermedades infecciosas de rápida propagación.

⁹² En el país el órgano que regula la seguridad y eficacia de los medicamentos, vacunas, dispositivos médicos, es la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, la cual tiene competencia a nivel nacional.

⁹³ Se consideró un marco bioético fundado en los principios de igualdad y dignidad de derechos, equidad, beneficio social y reciprocidad.

⁹⁴ La vacuna fue provista por el Estado Nacional.

esta manera la posibilidad de la ingesta oral. (Frajkova et al.,2020: 549–557)⁹⁵. Dentro de las alteraciones funcionales, se pueden mencionar, disminución de la elevación laríngea⁹⁶ producto de la cánula que limita el movimiento de las estructuras involucradas y alteración del cierre glótico por disfunción de la sensibilidad (Alvo& Olavarría, 2014)⁹⁷. Asimismo se investigó en un estudio de cohorte prospectivo, efectuado por Krisciunas(2020)⁹⁸, la asociación entre el tamaño del tubo endotraqueal y la aspiración en supervivientes de insuficiencia respiratoria aguda. Se examinaron más de 200 pacientes⁹⁹ que ingresaron a la UCI y requirieron ventilación mecánica por más de 48 horas. En el curso de las 72 horas luego de la extubación, a los pacientes se les realizó una evaluación endoscópica flexible de la deglución. Las conclusiones obtenidas fueron que cuanto mayor sea el tubo endotraqueal más riesgo de aspiración y tejido de granulación laríngea. Los tubos endotraqueales de menor tamaño pueden disminuir el riesgo de aspiración post extubación. (Krisciunas et al., 2020)¹⁰⁰.

Además en relación con la disfagia y la intubación, se ha realizado un análisis clínico observacional prospectivo, desarrollado por Schefold(2017)¹⁰¹, en la cual se evaluó la disfagia en pacientes UCI con ventilación mecánica, la incidencia de la misma, su evolución en el tiempo y la relación con los resultados clínicos. Analizaron los ingresos primarios a la UCI, y la muestra la conformaron 933 individuos a los que se les realizó un seguimiento por el lapso de 90 días. Algunos de los resultados obtenidos fueron los siguientes, el cribado fue positivo en un 12, 4%, después de la extubación. Al momento del alta de la UCI, la incidencia de disfagia fue del 10,3%, de los cuales 60,4% continuó positivo hasta el alta hospitalaria. Las conclusiones que arrojó la investigación fueron que la disfagia luego de la extubación es frecuente, además generalmente suele mantenerse hasta el alta hospitalaria y fue un predictor independiente de muerte.(Schefold et al., 2017)¹⁰².

Por otra parte, en su mayoría los pacientes post COVID- manifiestan secuelas¹⁰³ objetivas y subjetivas que van más allá de lo descrito y que se extienden por semanas o meses, llamado síndrome post-COVID¹⁰⁴. Entre las alteraciones que se describen figuran el

⁹⁵ La deglución es parte del campo de acción del Fonoaudiólogo.

⁹⁶ Es un mecanismo de protección del árbol respiratorio, que consiste en la elevación vertical de la laringe gracias a los músculos suprahioides, de esta forma se produce un acortamiento de la faringe, descenso de la epligotis y apertura del esfínter esofágico superior.

⁹⁷ No es común que los pacientes presenten una parálisis cordal bilateral en posición paramediana. Por lo general la movilidad es normal o está disminuida.

⁹⁸ Además de la duración y el tamaño del tubo, se debe tener en cuenta el sexo, la edad, números de intentos y lesiones anteriores.

⁹⁹ Edad promedio 18 años.

¹⁰⁰El tamaño del tubo endotraqueal fue seleccionado por el médico tratante.

¹⁰¹ La debilidad muscular en los pacientes críticos es un predictor independiente de alteración faríngea.

¹⁰²La disfagia luego de la extubación puede no ser diagnosticada.

¹⁰³La incidencia es del 72%en pacientes que fueron ingresados a la unidad de cuidados intensivos.

¹⁰⁴ Se siguen analizando las diferencias con el síndrome post cuidados intensivos.

dolor torácico, tos, disnea, anosmia, ageusia, dificultad para realizar inspiraciones profundas, mala calidad del sueño, depresión, ansiedad, palpitaciones (Bouza et al., 2021)¹⁰⁵.

Es el Fonoaudiólogo el profesional encargado de rehabilitar a los pacientes con disfagia, dado que ayuda al restablecimiento de una deglución¹⁰⁶ segura y eficaz, atendiendo al contexto que lo rodea y a las secuelas que lo aquejan. (Monney et al., 2020)¹⁰⁷. Si bien el tratamiento se adecua a las necesidades y características de cada persona¹⁰⁸, por lo general la rehabilitación de la disfagia orofaríngea consta de distintas técnicas, como estrategias posturales, incrementos sensoriales, praxias neuromusculares y maniobras deglutorias.

Las estrategias posturales, son aquellas mediante las cuales se modifican las características físicas de la vía digestiva superior, protegiendo de esta manera la vía aérea. Los cambios en la postura cráneo cervical permiten reducir aspiraciones, tal es el caso de la flexión cervical anterior¹⁰⁹, inclinación cefálica, extensión cervical¹¹⁰ y la rotación cefálica que se utiliza en los casos donde se observa un cierre glótico incompleto, o una alteración motora unilateral de la región faringolaríngea. Dentro de los ejercicios, se puede aplicar de manera complementaria la electroestimulación muscular, es un procedimiento no invasivo que se realiza por medio de diferentes tipos de electrodos de superficie, los cuales se ubican sobre los músculos del cuello¹¹¹ y a través de pequeños impulsos eléctricos se induce la contracción muscular. (Herrera et al., 2020)¹¹².

Las estrategias de incremento sensorial son útiles cuando hay un desequilibrio entre los receptores sensoriales y la respuesta deglutoria. Esta técnica se basa en la aplicación de diferentes estímulos, como mecánicos a la altura del cuerpo y la base de la lengua, al incorporar el alimento en la boca con la cuchara se aplica presión en el dorso de la misma. También se realizan modificaciones del bolo en cuanto al volumen, temperatura y sabor, aplicando diferentes consistencias y texturas. La estimulación con frío de los pilares faríngeos¹¹³, se basa en estimular con hielo o con algún instrumento metálico frío los pilares faríngeos. La estimulación gustativa, utiliza alimentos con sabores ácidos a distintas temperaturas. Además, la percepción del olor¹¹⁴ es otro factor que contribuye a disparar el reflejo deglutorio y el fomentar la autoalimentación genera un estímulo sensorial adicional.

¹⁰⁵ Es necesario estudiar la patogenia de los síntomas.

¹⁰⁶ Su alteración repercute psicológica y emocionalmente.

¹⁰⁷ Remarca la importancia del trabajo interdisciplinario entre el Fonoaudiólogo y el Kinesiólogo.

¹⁰⁸ Comorbilidad, nivel cognitivo, motivación, sostén familiar.

¹⁰⁹ Empuja la base de la lengua y la aproxima a la pared de la faringe.

¹¹⁰ Realiza un movimiento contrario a la flexión cervical anterior, la condición es que el paciente no debe presentar fallas en la seguridad.

¹¹¹ La piel no debe presentar lesiones, ni inflamación.

¹¹² Los ejercicios y la aplicación de la corriente eléctrica se realizan al mismo tiempo.

¹¹³ Se aplica por lo general cuando hay un retraso en el disparo del reflejo faríngeo.

¹¹⁴ Uno de los síntomas del COVID-19 que suele persistir por un período de tiempo considerable es la pérdida del olfato.

(Enguítanos et al., 2014)¹¹⁵. Tal es así, que en un estudio efectuado por Martín(2018)¹¹⁶se analizó el efecto de una intervención mínima masiva en pacientes mayores hospitalizados con disfagia orofaríngea. De la misma participaron 186 adultos mayores que estaban hospitalizados, de los cuales 117tenían diagnóstico de disfagia orofaríngea. De los 186 pacientes, en 62 se realizó la intervención mínima masiva¹¹⁸, agrupados por edad, sexo, funcionalidad, comorbilidades e índice de masa corporal. El grupo de control no recibió la intervención mínima masiva. Los resultados obtenidos arrojaron, una mejora en el estado nutricional, la funcionalidad y una disminución de los reingresos hospitalarios de los pacientes que recibieron la intervención mínima masiva y además, hubo un aumento de la supervivencia a los 6 meses. La conclusión es que la intervención mínima masiva podría ser una estrategia simple y rentable para prevenir las complicaciones de la disfagia orofaríngea en los pacientes geriátricos ingresados en un hospital general. (Martín et al., 2018)¹¹⁹.

En cuanto a las praxias neuromusculares, su aplicación tiene como objetivo mejorar las sinergias de los músculos que participan en la deglución, su coordinación y sincronismo. Los ejercicios involucran estructuras como labios, lengua, mejillas, músculos masticatorios, músculos supra e infra hioideos, del velo del paladar, entre otras. (Cámpora&Falduti,2012)¹²⁰.

Cuadro Nº 2: Maniobras deglutorias

| | Maniobra deglutoria | Aplicación | Explicación |
|---|------------------------------|---|--|
| Maniobras de protección de la vía aérea | Deglución supra-glótica | *Reducción del cierre de las cuerdas vocales. *Retraso en el disparo del reflejo faríngeo. | El mantenimiento voluntario de la apnea cierra las cuerdas vocales antes y durante la deglución. |
| | Deglución super-supraglótica | Disminución del cierre de la vía aérea. | El mantenimiento forzado de la apnea bascula los aritenoides hacia delante y cierra la vía aérea antes y durante la deglución. También aumenta la retracción de la base de la lengua. |
| | De Mendelsohn | *Disminución de la movilidad laríngea *Descoordinación en la deglución. | *Se realiza una elevación laríngea prolongada de forma voluntaria. *Mejora la coordinación y el tiempo de deglución faríngea, incluido la retracción de la base de la lengua hacia la pared faríngea. |

¹¹⁵ La disfagia es un trastorno deglutorio indoloro.

¹¹⁶ La disfagia orofaríngea es un síndrome geriátrico.

¹¹⁷ En promedio mayores de 70 años.

¹¹⁸ Se basó en la modificación de la textura y consistencia de los alimentos y líquidos, suplementos nutricionales, higiene y salud bucal.

¹¹⁹ Los resultados obtenidos sugieren que la intervención mínima masiva mejora la calidad y la expectativa de vida, de los pacientes geriátricos hospitalizados con disfagia orofaríngea.

¹²⁰Esto aumenta el tono, potencia, fuerza, resistencia o estiramiento de los grupos musculares que tienden a afectarse por el desuso.

| | | | |
|---|-------------------|--|---|
| Maniobras de fortalecimiento del disparo deglutorio | De Masako | Disminución de la contracción de la pared posterior de la faringe. | Dirige la pared posterior de la faringe hacia delante durante la deglución mientras se sujeta la lengua. |
| | Deglución forzada | Reducción del movimiento posterior de la base de la lengua | El esfuerzo aumenta el movimiento posterior de la base de la lengua y reduce el residuo en la valécula después de la deglución. |

Fuente: Adaptado de Trovato (2018)¹²¹ y Bascuñana y Koslowski (2003)¹²²

En los casos de acumulación de saliva o de residuos a nivel oral o faríngeo se pueden aplicar maniobras de aclaramiento, como una deglución alterna con líquido¹²³ o una doble deglución. (Trovato et al., 2018)¹²⁴.

Más allá de las técnicas utilizadas, se debe planificar la rehabilitación teniendo en cuenta la neuroplasticidad cerebral, puesto que el sistema nervioso tiende a reorganizarse después de una lesión neurológica, estructural, respiratoria. Partiendo de esta concepción, se utilizan una serie de principios a considerar en el momento de pensar la rehabilitación, estos incluyen, el uso, es decir por la inactividad de la función deglutoria los músculos pierden la fuerza o se atrofian, generándose también el deterioro del sistema neuronal que la regula¹²⁵. La repetición es necesaria para generar modificaciones permanentes en la función. La intensidad¹²⁶ se aplicará de forma gradual y ha de ser superior a lo utilizado habitualmente en la actividad. Es preciso delimitar la especificidad de la tarea, función o grupo muscular que se desea rehabilitar. La dificultad se debe llevar a cabo de manera progresiva y la transferencia es una característica de la plasticidad para provocar cambios en una función a partir del ejercicio de funciones relacionadas. (Acevedo et al., 2018)¹²⁷.

Asimismo, el Fonoaudiólogo debe preparar a la familia del paciente, en cuanto a medidas higiénicas y posturales al momento de la ingesta. Esto implica una serie de cuidados, por ejemplo asegurarse que la persona esté bien despierta al momento de comer, caso contrario no se le debe suministrar ningún alimento, el ambiente debe ser tranquilo y sin ruidos, ni distractores como la televisión, radio, celular, ya que con esto se trata de que la persona se concentre en la acción que está realizando, por eso también se pide que el paciente no hable mientras come, tratar de evitar la fatiga al comer, pues es preferible que

¹²¹ Se aconseja que durante las maniobras deglutorias el paciente coloque su mano en la garganta y perciba los movimientos que realiza.

¹²² Estas maniobras deben practicarse primero con la propia saliva del paciente.

¹²³ O alterna con líquido frío.

¹²⁴ La presencia de residuos a nivel faríngeo puede ser causada por una hipomotilidad de los músculos.

¹²⁵ El entrenamiento muscular, no sólo ayuda a restablecer la fuerza, resistencia o la potencia, sino que también impacta sobre la representación cortical del movimiento y eso dependerá de lo que se quiera fortalecer.

¹²⁶ La inactividad muscular trae aparejada debilidad muscular y aumento de la fatiga.

¹²⁷ La rehabilitación implica un reaprendizaje motor.

realice pequeñas ingestas varias veces en el día, implementar una correcta higiene bucal¹²⁸ para evitar infecciones en caso de aspiración, entre otros cuidados (García-Peris et al., 2012)¹²⁹. Todas estas indicaciones generan un desgaste físico y mental en los cuidadores, desarrollando en algunas ocasiones el síndrome de Burnout. (Boltz et al., 2015)¹³⁰.

Frecuentemente la disfagia y las alteraciones en la voz se desarrollan en conjunto. Esto se debe a la relación anatómica y fisiológica que las conectan. Las estructuras que participan de la fonación se pueden dividir en 3 partes para su estudio, vibrador compuesto por la laringe, portador de los pliegues vocales y cuya función es principalmente esfinteriana, el fuelle regula la presión de aire y los resonadores son cavidades que amplifican y modifican el sonido. (Torres Gallardo, 2015)¹³¹.

Las alteraciones más comunes son la voz húmeda, lo cual indica presencia de residuos por encima de la glotis, que luego pueden ser aspirados. La voz soplada o áfona es característico de las parálisis laríngeas, esto provoca que los pliegues vocales no contacten en la línea media, generando un riesgo constante de aspiración. La voz agravada y monotonal, se asocian a un movimiento reducido de la laringe en cuanto a la elevación y adelantamiento de la misma, a su vez se encuentra afectado el movimiento de báscula dejando la glotis sin protección. (Dalton, 2013)¹³².

Se debe considerar, que los pacientes que han recibido el alta hospitalaria usualmente continúan con algún tratamiento farmacológico que se debe adaptar a las posibilidades de ingesta, ya que esto implica una adecuada coordinación en la deglución. El formato se determinará en función de la alteración, tal es así que en los casos de disfagia a líquidos se optará por presentaciones en comprimidos acompañado de líquidos espesados. Cuando la disfagia es con sólidos, se elegirán formas líquidas como los jarabes, los efervescentes son otra opción porque se desintegran en una pequeña cantidad de agua, los comprimidos buco dispersables no necesitan de agua pues se disuelven con la saliva y comprimidos sublinguales. En los casos de disfagia para sólidos y líquidos, se pueden utilizar texturas semisólidas, si es posible se las incluirá en algún alimento, o se las disolverá en agua y luego con el espesante se les da la textura adecuada. También existen parches transdérmicos, aunque no siempre los medicamentos vienen en este tipo de presentaciones. Cabe aclarar que no todos los comprimidos pueden ser triturados (Cortés, 2020)¹³³.

¹²⁸ La acumulación de residuos en la lengua y el paladar reducen la sensibilidad. La higiene debe incluir piezas dentarias, lengua y paladar.

¹²⁹ Se recomienda que el paciente siempre esté en compañía al momento de la ingesta.

¹³⁰ Producto del estrés crónico.

¹³¹ Las bandas ventriculares forman un nivel más de protección de la vía aérea.

¹³² El análisis de la voz sirve para evaluar la deglución.

¹³³ Los medicamentos de liberación retardada no deben triturarse. Lo ideal es optar por formatos orales, transdérmicos o rectales.

Con respecto a la atención presencial de los pacientes, la misma ha sufrido algunas modificaciones a causa de las restricciones y de las medidas de prevención que fueron implementadas a raíz de la pandemia. En los casos en los que sea posible, se aplica la telesalud¹³⁴ (Miles et al., 2020)¹³⁵. La Organización Mundial de la Salud definió la telemedicina como

“la prestación de servicios de atención de salud, cuando la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, y para la educación continua de proveedores de atención de salud, todo ello para la promoción de la salud de los individuos y sus comunidades”. (World Health Organization, 1998,10)¹³⁶.

En Argentina¹³⁷ en el año 2019 la Secretaría de gobierno de salud de la Nación emitió la resolución 21/2019, el Plan Nacional de Telesalud 2018-2024, estableciendo un marco institucional¹³⁸ para la prestación del servicio, mediante la utilización de tecnologías de la información y comunicación destinadas a la promoción, prevención y asistencia de los usuarios. La telesalud está compuesta por tareas relacionadas con la salud, los servicios y los procedimientos que se implementan a distancia por medio de la utilización de tecnologías de la información y comunicación. Abarca la telemedicina, teleducación, telegestión y teleinvestigación. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019)¹³⁹. En cuanto a su aplicación se presentan una serie de problemas éticos a tener en cuenta, como el principio de igualdad de acceso y capacitación informacional, de protección de datos personales, seguridad, honestidad, confidencialidad, transparencia, pluralismo, diversidad digital, autodeterminación informativa¹⁴⁰, información y diálogo y protección de los derechos de imagen (De ortúzar, 2012)¹⁴¹. Además, se debe evitar la deshumanización de la salud. (González y Herrera, 2007)¹⁴².

Cuadro Nº 3: Ventajas y desventajas de la telemedicina

¹³⁴ Dentro de su amplia gama incluye la telerehabilitación.

¹³⁵ La telesalud es una herramienta que se ha utilizado en los casos de emergencia y desastres de salud pública.

¹³⁶ En el año 2005, reconoce la contribución de las tecnologías de la información y comunicación para la salud y la gestión de los sistemas de salud.

¹³⁷ Impulsa a la telesalud y la telemedicina como instrumentos para vencer las barreras y asegurar el acceso a la salud para toda la población, a través de las tecnologías de la información y comunicación. Aminora la distribución desigual de los profesionales y los centros de salud a lo largo del país.

¹³⁸ Aunque en el país no hay un marco legal específico para dicho tipo de atención.

¹³⁹ Se privilegia la atención primaria de la salud y se adecua a las necesidades que vayan surgiendo.

¹⁴⁰ Por ejemplo, derecho a rechazar el tratamiento.

¹⁴¹ Nunca se debe olvidar la importancia del componente humano y social.

¹⁴² De allí la importancia de la formación humanística del personal de salud.

| Ventajas | Desventajas |
|---|--|
| Pacientes | |
| <ul style="list-style-type: none"> *Reducción de las desigualdades por accesibilidad. * Diagnósticos y tratamientos más rápidos. * Facilitar la continuidad. * Evitar traslados. | <ul style="list-style-type: none"> *Privacidad y confidencialidad en la relación médico-paciente, importante en países desarrollados. * Implicaciones ético-legales, fundamental en países del primer mundo. * Seguridad en el manejo de los datos. |
| Aumento en el uso de Internet y las nuevas tecnologías | |
| <ul style="list-style-type: none"> *Limitación acceso temporo-espacial a los servicios. * Nuevos modelos de relación. * Participación mayor en el proceso de salud. | <ul style="list-style-type: none"> *Acceso bajo a las tecnologías en poblaciones más necesitadas o desfavorecidas. |
| Profesional | |
| <ul style="list-style-type: none"> * Mejor manejo de la incertidumbre en entornos más aislados. * Más elementos de juicio para las decisiones. * Evitar desplazamientos a otro nivel asistencial. * Mayor confianza por la imagen de innovación. * Mayor satisfacción de los usuarios. * Nuevo acceso a entrenamiento y educación médica. * Aumento en el uso de las nuevas tecnologías. *Acceso a la información/formación más fácil, rápida, barata y actualizada a través de las nuevas tecnologías. | <ul style="list-style-type: none"> * Falta de formación y uso de nuevas tecnologías. *Falta de disponibilidad tecnológica. * Mala adaptación de las tecnologías, por ejemplo, red lenta. * Requiere normalización en rutinas de trabajo y procesos. * Requiere tiempo, sobre todo en su inicio. *Requiere cambio de modelo de relación con los pacientes y en la toma de decisiones. |

Fuente: Adaptado de Castillejo (2013)¹⁴³

En lo que concierne al tratamiento de la disfagia, lo que se trabaja por telerehabilitación son maniobras, praxias neuromusculares y manejos de la postura. (Acevedo et al., 2018)¹⁴⁴. Existen situaciones en las que el paciente requiere de la atención presencial, ya sea en el

¹⁴³La aplicación de la telemedicina requiere del desarrollo de una infraestructura adecuada y de inversión en tecnología.

¹⁴⁴Sería conveniente que primero se conozcan de manera presencial el paciente y el profesional a fin de generar un vínculo.

consultorio o en el domicilio, para estos casos el Colegio de Fonoaudiólogos de la provincia de Buenos Aires elaboró un protocolo de atención. (Cofoba, 2020)¹⁴⁵. Una investigación realizada en base a un análisis de revisión bibliográfica, elaborado por Nordio (2018)¹⁴⁶, analizó los efectos de la telerrehabilitación en la disfagia, como alternativa a la atención presencial. Las búsquedas se efectuaron en diferentes bases de datos y publicaciones escritas en inglés hasta diciembre del 2016. Se estableció un criterio de inclusión, el cual estableció la selección de estudios que utilizaron la telerrehabilitación en pacientes afectados por disfagia. Se excluyeron aquellos estudios en pacientes con deglución atípica y maloclusión. La conclusión es que la revisión bibliográfica no proporcionó evidencia sobre la eficacia de la telerrehabilitación en la rehabilitación de la disfagia. (Nordio et al., 2018)¹⁴⁷.

A partir de la aparición del COVID-19, se elaboró una revisión de literatura sobre el uso de la telesalud para la rehabilitación de la disfagia en el marco de la pandemia, la misma fue desarrollada por Malandraki (2020)¹⁴⁸. Se analizaron las adaptaciones de la telesalud durante el COVID-19. La búsqueda de la literatura se llevó a cabo entre julio del 2020 y agosto del 2020, para la cual se consultó en diferentes bases de datos. Se elaboró un criterio de inclusión en base a textos escritos en inglés, información sobre telesalud y manejo de la disfagia/deglución, relación directa con la pandemia por COVID-19, que se haya realizado en sujetos de cualquier edad, entre otras. Se excluyeron a los que sólo incluían animales y no fueron escritos en inglés. Es necesario resaltar que solamente un artículo se centró en el manejo de la telesalud y la disfagia durante el COVID-19. Los demás artículos mencionaban la telesalud y la disfagia de manera más general durante la pandemia. Las conclusiones a las que se arribaron, fueron que la literatura publicada en relación al tema investigado es extremadamente limitada, esto parece responder a falta de infraestructura y capacitación, otras cuestiones como las restricciones de reembolso delegó a la telesalud como una prestación de segundo nivel para la disfagia. Es necesario realizar más investigaciones de tipo experimental en las condiciones actuales, desarrollar capacitaciones especializadas y promoción para brindar más herramientas en esta dirección. La pandemia generó oportunidades para que este campo creciera y se adaptara. (Malandraki et al., 2020)¹⁴⁹.

¹⁴⁵ Se recomienda realizar un triage vía telefónica previo a la atención. La finalidad es verificar que el paciente o acompañante no presenten síntomas compatibles con el COVID-19, priorizar los primeros horarios para las personas de riesgo.

¹⁴⁶ Se considera más motivador realizar la rehabilitación en el entorno del paciente.

¹⁴⁷ La telemedicina es un servicio adecuado para aquellos pacientes que necesitan períodos de tratamiento intensivo.

¹⁴⁸La alta contagiosidad del COVID-19, ha afectado la capacidad para controlar la disfagia.

¹⁴⁹ La literatura analizada es prudente a la hora de avalar la telesalud.

Asimismo Vargas García (2017)¹⁵⁰ plantea las repercusiones que ocasiona la disfagia a nivel social y que impactan negativamente en la vida del paciente, afectando su desarrollo en sociedad. Aparte el acto de comer al estar limitado marca psicológicamente a la persona, generando síntomas físicos o psicosomáticos. De la misma manera la adaptación del alimento, desde el aspecto de la seguridad inquieta a la persona y su familia, provocando el aislamiento, evitando alimentarse por miedo, y evadiendo cualquier situación que implique comer en presencia de otras personas. A su vez las vías de alimentación alternativas profundizan lo descrito e inciden a nivel emocional, causando sentimientos de vergüenza y ansiedad. Las repercusiones a nivel económico es otro factor a tener en cuenta ya que representan un costo elevado para la familia, la selección de los alimentos¹⁵¹, espesantes, utensilios adaptados. Más allá de las consecuencias negativas de la disfagia a nivel de la salud, tanto el paciente como la familia prefieren la ingesta oral ya que lo relacionan con una mejoría del cuadro. Además, ya se ha mencionado que no sólo la función deglutoria se encuentra afectada, sino que también se registran alteraciones a nivel vocal, por ende, la comunicación podría verse afectada. En vista de todo lo expuesto se deja en evidencia la importancia de la intervención multidisciplinaria con diferentes áreas de la salud, como por ejemplo la psicología para ayudar al paciente y la familia a transitar el proceso de rehabilitación y todos los cambios que esto significa, atendiendo a un abordaje físico, psíquico y social.

¹⁵⁰Vargas García hace referencia en esta temática citando a los siguientes autores, La Donna; Anis; Brandão y Mangilli. Si usted desea ampliar la información se sugiere consultar <https://revistas.ecr.edu.co/index.php/RCR/article/view/63/68>

¹⁵¹En el caso de las vías alternativas el costo de los preparados nutricionales.



Diseño
Metodológico

La investigación se plantea como descriptiva, busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de la experiencia de las Fonoaudiólogas en la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19. El diseño es no experimental, ya que la investigación se realiza sin la manipulación deliberada de las variables, transversal, pues se recolectan datos en un solo momento.

La población sujeta a estudio está formada por todas las fonoaudiólogas que rehabilitan disfagia en pacientes adultos pos COVID-19 de la provincia de Buenos Aires, entre los años 2020-2021. La muestra de 12 profesionales Fonoaudiólogas se realizó por muestreo no probabilístico por conveniencia. La unidad de análisis es cada una de las fonoaudiólogas que rehabilitan disfagia en pacientes adultos pos COVID-19 de la provincia de Buenos Aires, entre los años 2020-2021.

Lista de variables sujetas a análisis son:

- Opinión sobre la experiencia de los Fonoaudiólogos en el abordaje de la disfagia en pacientes adultos pos COVID.
- Síntomas de disfagia que identifica en los pacientes pos COVID que rehabilita.
- Tipo de disfagia
- Grado de disfagia
- Debilidades identificadas en el tratamiento.
- Fortalezas del tratamiento.

Definición de variables:

Opinión sobre la experiencia de los Fonoaudiólogos en el abordaje de la disfagia en pacientes adultos pos COVID

-Definición conceptual: Percepción sobre la experticia en el tratamiento de pacientes pos Covid que han manifestado alteraciones en la deglución por parte de los Fonoaudiólogos.

-Definición operacional: Percepción sobre la experticia en el tratamiento de pacientes pos Covid que han manifestado alteraciones en la deglución por parte de los Fonoaudiólogos de la provincia de Buenos Aires entre los años 2020 y 2021. El dato se obtuvo mediante entrevista online con pregunta abierta. Se consideran como dimensiones antigüedad en la rehabilitación de los pacientes con disfagia, capacitaciones asociadas a rehabilitación de disfagia en pacientes pos COVID, modalidad de atención de los pacientes con disfagia pos COVID.

Síntomas de disfagia que identifica en los pacientes pos COVID que rehabilita

-Definición conceptual: Manifestación de la alteración en la deglución que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad subyacente.

-Definición operacional: Manifestación de la alteración en la deglución que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad subyacente referidas por los Fonoaudiólogos de la provincia de Buenos Aires, entre los años 2020 y 2021, que atienden pacientes con diagnóstico de disfagia pos COVID. El dato se obtuvo mediante entrevista online con pregunta abierta.

Tipo de disfagia

-Definición conceptual: Variedad en la dificultad para tragar alimentos sólidos, semisólidos o líquidos que el paciente puede manifestar antes del trago, durante la preparación del bolo o después de la deglución.

-Definición operacional: Variedad en la dificultad para tragar alimentos sólidos, semisólidos o líquidos que el paciente puede manifestar antes del trago, durante la preparación del bolo o después de la deglución, según Fonoaudiólogas que trabajaron en la rehabilitación de pacientes con disfagia pos COVID-19 de la provincia de Buenos Aires, entre los años 2020 y 2021. El dato se obtuvo mediante entrevista online con pregunta abierta.

Grado de disfagia

-Definición conceptual: Nivel del trastorno de la deglución que el paciente presenta al momento de alimentarse.

-Definición operacional: Nivel del trastorno de la deglución que el paciente presenta al momento de alimentarse, según Fonoaudiólogas que trabajaron en la rehabilitación de pacientes con disfagia pos COVID de la provincia de Buenos Aires, entre los años 2020 y 2021. El dato se obtuvo mediante entrevista online con pregunta abierta.

Debilidades identificadas en el tratamiento

-Definición conceptual: Factores que influyen negativamente en un abordaje terapéutico y no permiten que se desarrolle de la manera esperada.

-Definición operacional: Factores que influyen negativamente en un abordaje terapéutico y no permiten que se desarrolle de la manera esperada, según Fonoaudiólogos que trabajaron en la rehabilitación de pacientes con disfagia pos COVID de la provincia de Buenos Aires, entre los años 2020 y 2021. El dato se obtuvo mediante entrevista online con pregunta abierta.

Fortalezas del tratamiento

-Definición conceptual: Factores que potencian un abordaje terapéutico y ayudan a que se desarrolle de la manera esperada

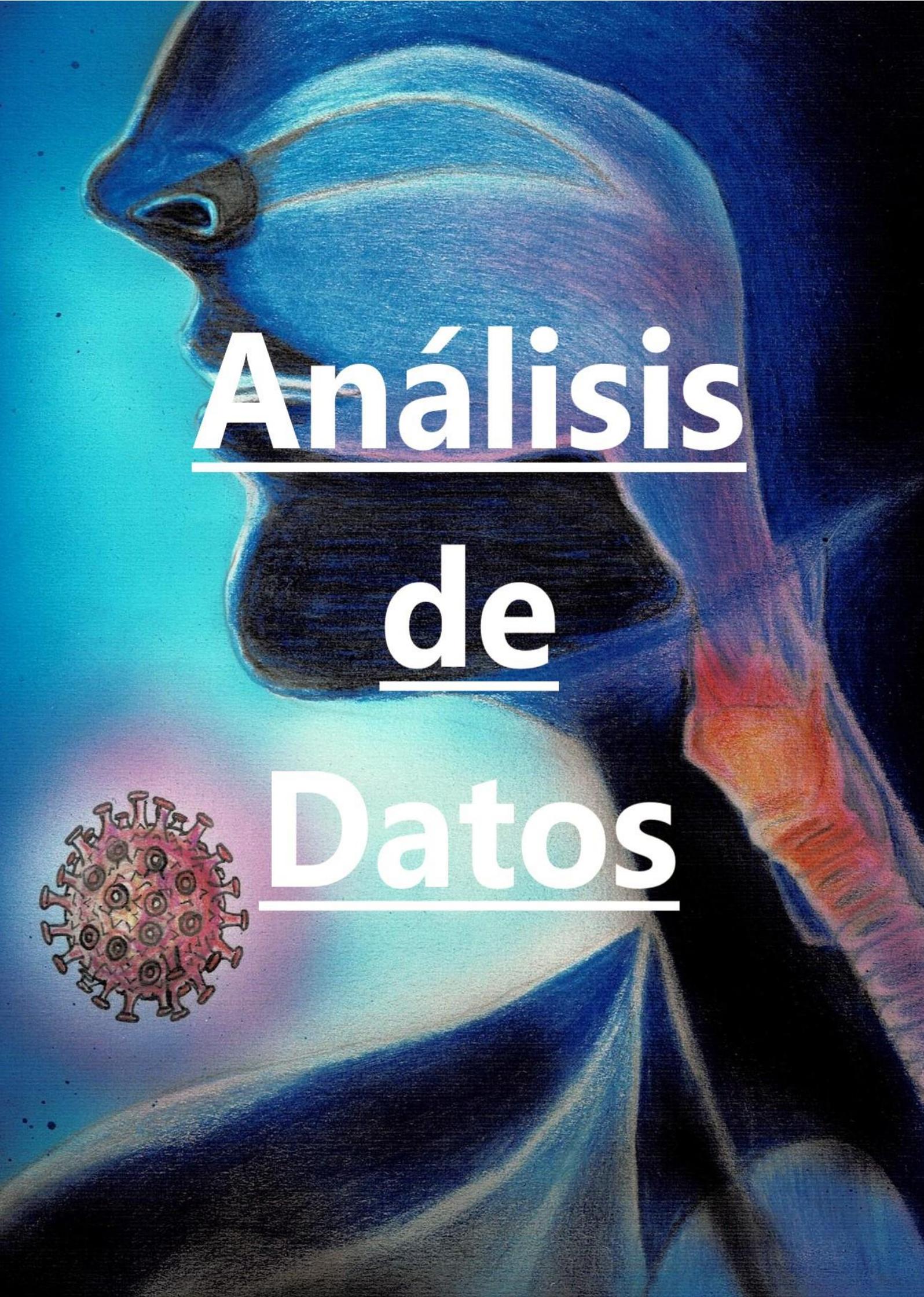
-Definición operacional: Factores que potencian un abordaje terapéutico y ayudan a que se desarrolle de la manera esperada, según Fonoaudiólogos que trabajaron en la rehabilitación de pacientes con disfagia pos COVID de la provincia de Buenos Aires, entre los años 2020 y 2021. El dato se obtuvo mediante entrevista online con pregunta abierta.

Se presentan el consentimiento informado y el instrumento de recolección de datos:

| | |
|--|--|
| <p>Consentimiento informado</p> <p>La presente investigación es denominada, experiencias de las Fonoaudiólogas en el abordaje de la disfagia en pacientes adultos post COVID-19, y las fortalezas y debilidades de los tratamientos implementados en la provincia de Buenos Aires entre los años 2020-2021, es desarrollada por Gimenez Gabriela Margarita, estudiante de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Universidad FASTA, Mar del Plata; Argentina. El objetivo de la misma es analizar las experiencias de las Fonoaudiólogas en el abordaje de la disfagia en pacientes adultos post COVID-19, y las fortalezas y debilidades de los tratamientos implementados.</p> <p>Usted fue seleccionada/o dado que resume todas las condiciones para poder llevar a cabo el siguiente cuestionario, ya que ha rehabilitado a pacientes adultos con disfagia post COVID-19. La selección fue por método no probabilístico por conveniencia. Los datos que usted brinde contribuirán a aumentar el conocimiento existente sobre esta temática. Se asegura el secreto estadístico de los datos que usted proporcione. Los resultados de la investigación, podrán ser publicados en congresos y/o revistas académicas.</p> <p>Dado que el formulario se envía online si usted lo responde es que da su consentimiento. Se agradece la colaboración.</p> | |
|--|--|

| | |
|---|---|
| <p>Entrevista a Fonoaudiólogas</p> | |
| P1 | <p>¿Cuántos años hace que se dedica a rehabilitar pacientes con disfagia?</p> <p>.....</p> |
| P2 | <p>¿Cómo fue su experiencia al atender pacientes con disfagia post COVID?</p> <p>.....</p> |
| P3 | <p>¿En qué momento inició la rehabilitación de los pacientes con disfagia post COVID, dentro del hospital o después de que fueron dados de alta?</p> <p>.....</p> |
| P4 | <p>En el abordaje de pacientes con disfagia pos COVID, ¿forma parte de algún equipo o trabaja sola?</p> <p>.....</p> |
| P5 | <p>¿Cuál es por lo general el tipo de disfagia post COVID que más ha tratado?</p> |

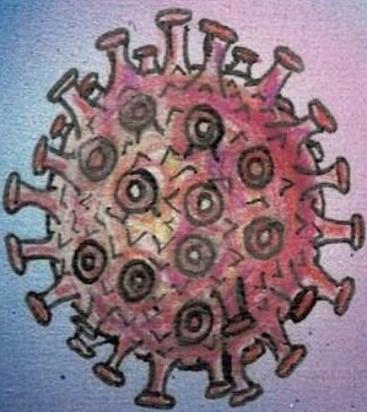
| | |
|-----|---|
| | |
| P6 | ¿Cuál es el grado de severidad de disfagia pos COVID que más frecuentemente ha tratado? |
| P7 | ¿Qué síntomas presentan con mayor frecuencia en los pacientes con disfagia post COVID? |
| P8 | ¿Cuál es su experiencia en la rehabilitación de pacientes con disfagia post COVID que no fueron hospitalizados? |
| P9 | ¿Cómo fue la modalidad de atención de los pacientes: de manera presencial, online o una combinación de ambas? |
| P10 | Desde su punto de vista, ¿Qué debilidades observó en el tratamiento de los pacientes con disfagia pos COVID? |
| P11 | ¿En qué aspectos considera que mejoró el tratamiento de los pacientes con disfagia pos COVID, desde que comenzó la pandemia, hasta hoy en día? |
| P12 | ¿Qué capacitaciones ha realizado con respecto a la rehabilitación de disfagia en pacientes que han tenido COVID? |
| P13 | ¿Una disfagia post COVID, es igual que una disfagia con otra etiopatogenia? |
| P14 | De no ser así, ¿qué diferencias puede mencionar? |
| P15 | ¿Puede mencionar diferencias en la rehabilitación de pacientes con disfagia pos COVID con respecto a las disfgias por otra etiopatogenia? |
| P16 | ¿Cómo piensa que impactó la pandemia en el abordaje de la disfagia? |



Análisis

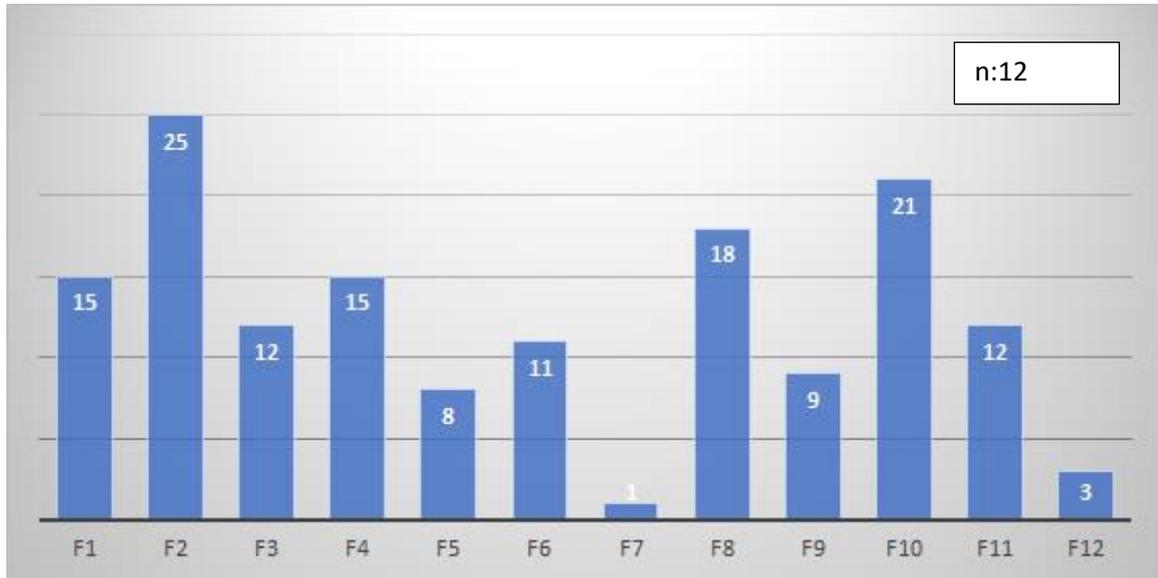
de

Datos



A continuación, se presentan las respuestas obtenidas a través de la entrevista de formato online, aplicado a las Fonoaudiólogas que se encuentran actualmente rehabilitando pacientes adultos con disfagia pos COVID.

Gráfico N°1: Antigüedad profesional en la atención de pacientes con disfagia



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En el gráfico superior se puede observar que la antigüedad de las Fonoaudiólogas en la rehabilitación de la disfagia es en su mayoría superior a 10 años y en promedio es de 12.5 años.

Nube de palabras N° 1: Opinión sobre la experiencia al atender pacientes con disfagia pos
COVID



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En la nube de palabras N°1 se puede observar, que más allá de los riesgos y de las restricciones que plantea la pandemia todas las Fonoaudiólogas que conformaron la muestra tuvieron una experiencia alentadora, positiva en el abordaje de pacientes con disfagia pos Covid.

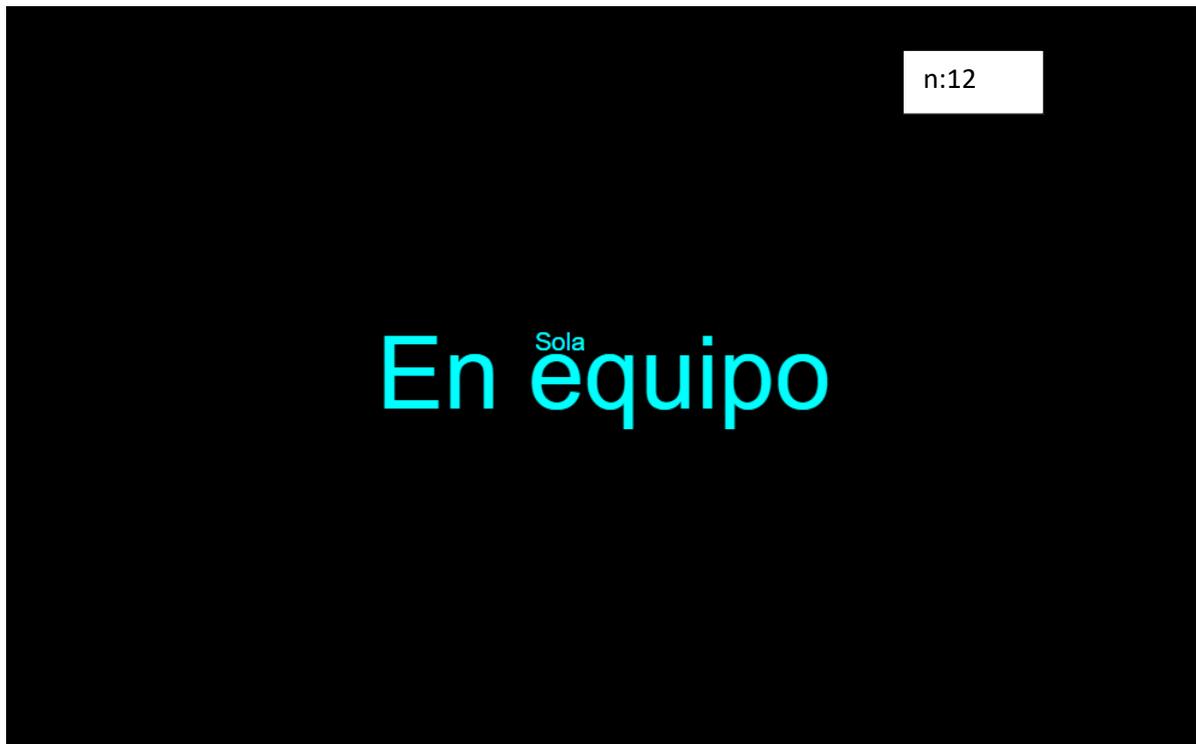
Nube de palabras N° 2: Momento de inicio de la rehabilitación de los pacientes con disfagia pos COVID



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Las Fonoaudiólogas que conforman la muestra se desempeñan tanto a nivel hospitalario, como en consultorios externos. Además, el trabajo de las Fonoaudiólogas en la UCI adquirió mayor repercusión con la llegada de la pandemia, ya que como indica Lacombe (2011), dentro de las actividades que realizan las profesionales en la UCI están la detección, evaluación, rehabilitación temprana de las funciones fono-deglutorias, lenguaje y comunicación.

Nube de palabras N°3: Modalidad de abordaje de pacientes con disfagia pos COVID



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Las profesionales que conforman la muestra en su mayoría coinciden con Martínez (2020) en que generalmente la rehabilitación de la disfagia en los casos graves post COVID-19 se inicia en el ámbito intrahospitalario y consta de un trabajo interdisciplinario. Solo dos profesionales respondieron que realizan el abordaje de los pacientes con disfagia pos COVID solas.

Nube de palabras N° 4: Tipo de disfagia pos COVID más frecuentemente abordado



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

Desde su experiencia en la rehabilitación de la disfagia pos COVID las Fonoaudiólogas entrevistadas coincidieron con Venegas (2020) en que el tipo de disfagia más prevalente es la orofaríngea. Además, una Fonoaudióloga coincide con Schefold (2017) en la presencia de disfagia post extubación.

Tabla N°1: Grado de disfagia pos COVID que asistieron las Fonoaudiólogas, n:12.

| | LEVE | MODERADO | SEVERO |
|-----|-------------|-----------------|---------------|
| F1 | | | |
| F2 | | | |
| F3 | | | |
| F4 | | | |
| F5 | | | |
| F6 | | | |
| F7 | | | |
| F8 | | | |
| F9 | | | |
| F10 | | | |
| F11 | | | |
| F12 | | | |

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación

En la tabla N°1 se puede observar que las Fonoaudiólogas que conforman la muestra, han rehabilitado pacientes con disfagia pos COVID de diferentes grados de severidad, señalando que generalmente es de tipo leve. Álvarez (2020) afirma que la disfagia se manifiesta generalmente en los pacientes que desarrollaron cuadros graves de la enfermedad y requirieron ventilación mecánica invasiva por períodos largos de tiempo, siendo este un factor importante al momento de determinar la severidad.

Tabla N°2: Síntomas más frecuentes en los pacientes con disfagia pos COVID, n:12.

| | Fraccionamiento del trago | Penetración | Pérdida de presión subglótica | Abundante secreciones | Allteración del cierre glótico | Aspiración | Incoordinación deglución-respiración |
|-----|---------------------------|-------------|-------------------------------|-----------------------|--------------------------------|------------|--------------------------------------|
| F1 | | | | | | | |
| F2 | | | | | | | |
| F3 | | | | | | | |
| F4 | | | | | | | |
| F5 | | | | | | | |
| F6 | | | | | | | |
| F7 | | | | | | | |
| F8 | | | | | | | |
| F9 | | | | | | | |
| F10 | | | | | | | |
| F11 | | | | | | | |
| F12 | | | | | | | |

Fuente: Elaborado sobre datos de investigación.

Tabla N°2: Síntomas más frecuentes en los pacientes con disfagia pos COVID, n:12.

| | Odinofagia | Sensación de ahogo | Alteración del reflejo deglutorio | Alteración del reflejo tusígeno | Debilidad muscular | Alteración del peristaltismo | Cambios en la voz |
|-----|------------|--------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------|------------------------------|-------------------|
| F1 | | | | | | | |
| F2 | | | | | | | |
| F3 | | | | | | | |
| F4 | | | | | | | |
| F5 | | | | | | | |
| F6 | | | | | | | |
| F7 | | | | | | | |
| F8 | | | | | | | |
| F9 | | | | | | | |
| F10 | | | | | | | |
| F11 | | | | | | | |
| F12 | | | | | | | |

Fuente: Elaborado sobre datos de investigación.

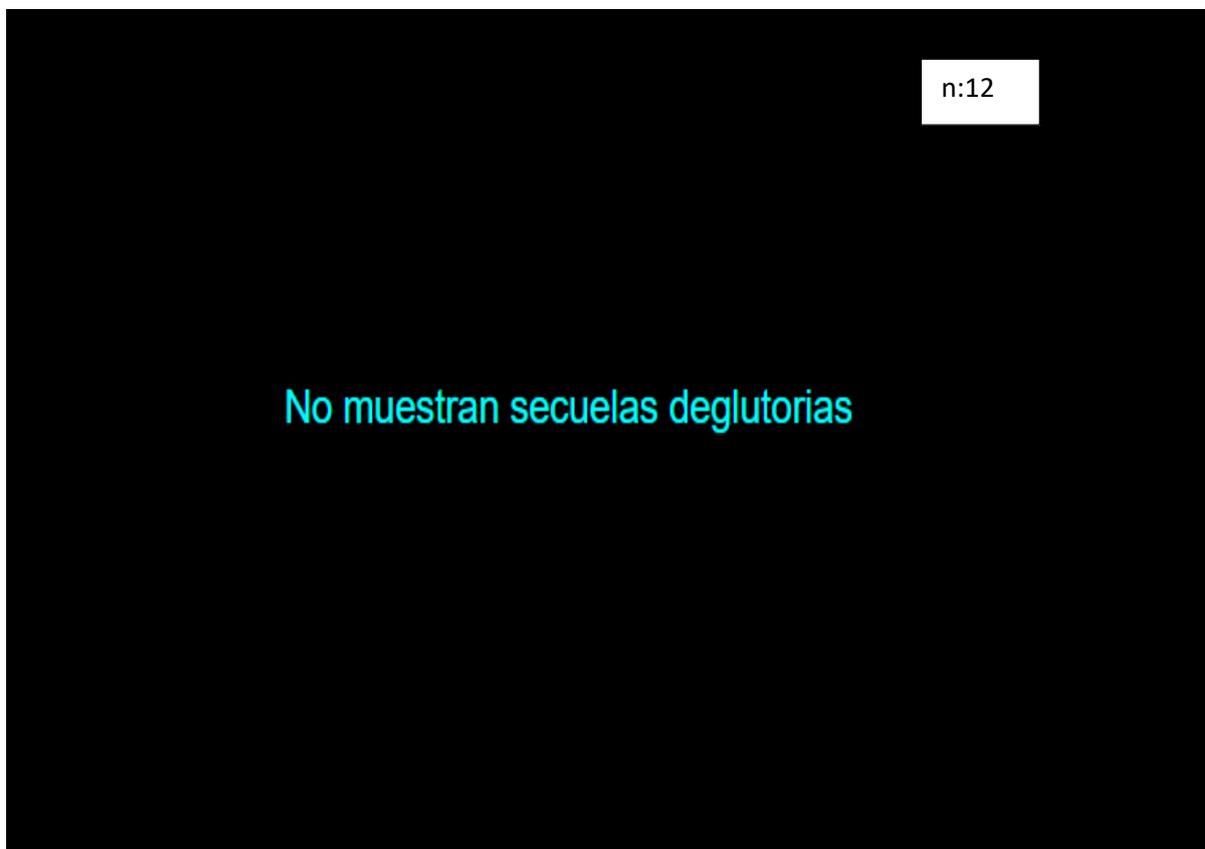
Tabla N°2: Síntomas más frecuentes en los pacientes con disfagia pos COVID, n:12.

| | Retención valecular | Retención en senos piriformes | Alteración de las contracciones hipofaríngeas | Tos | Babeo | Tensión muscular en el cuello |
|-----|------------------------|-------------------------------------|--|-----|-------|--|
| F1 | | | | | | |
| F2 | | | | | | |
| F3 | | | | | | |
| F4 | | | | | | |
| F5 | | | | | | |
| F6 | | | | | | |
| F7 | | | | | | |
| F8 | | | | | | |
| F9 | | | | | | |
| F10 | | | | | | |
| F11 | | | | | | |
| F12 | | | | | | |

Fuente: Elaborado sobre datos de investigación.

Según las tablas de arriba, los síntomas que identifican las Fonoaudiólogas en sus pacientes coinciden con Frajkova (2020) en los trastornos de la voz, la alteración de la sensibilidad y de la respuesta motora, de los reflejos, del ciclo respiratorio, entre otras. También concuerdan con Bleeckx (2004) en la dificultad en el vaciamiento valecular, trastorno del peristaltismo faríngeo o esofágico, o de ambos, presencia de secreciones en la glotis.

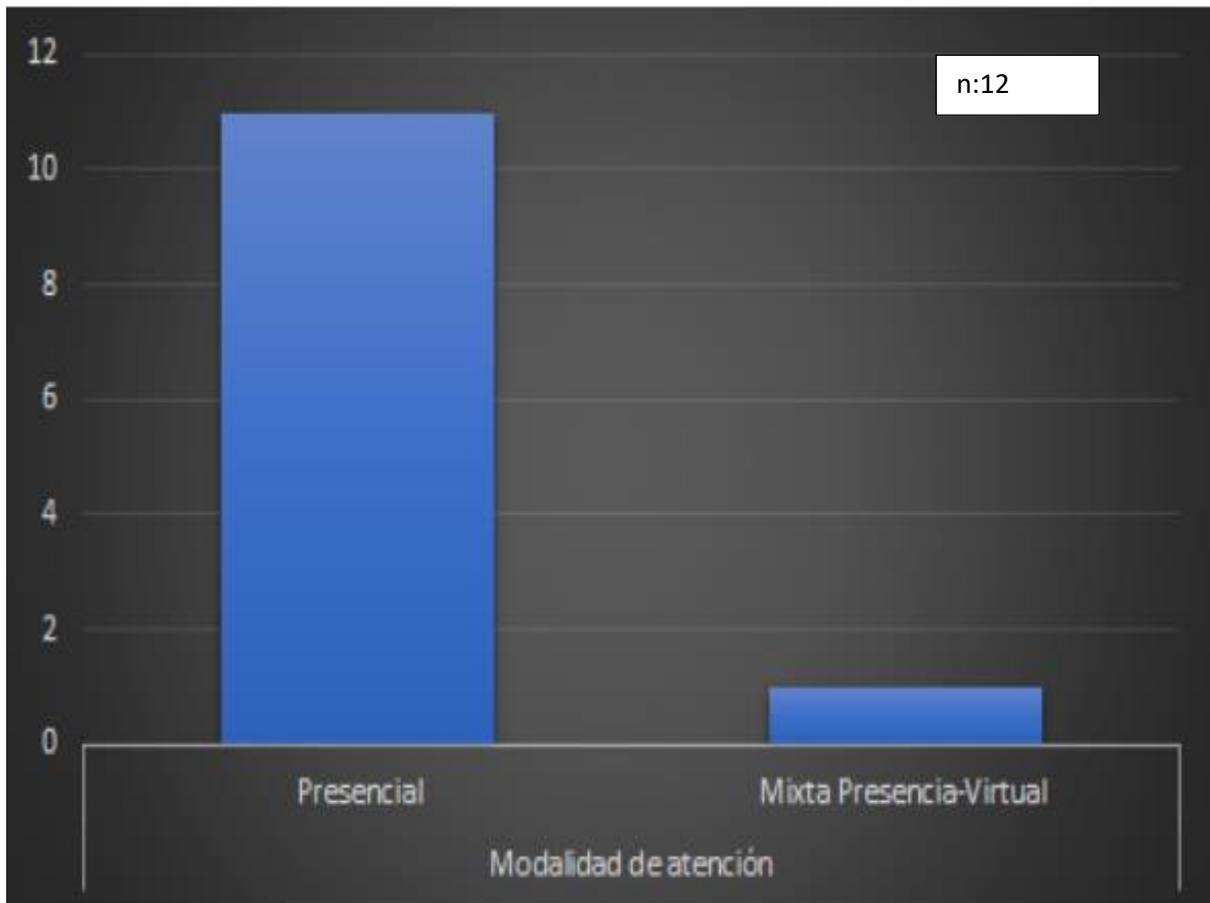
Nube de palabras N° 5: Experiencia de las Fonoaudiólogas en la rehabilitación de pacientes con disfagia pos COVID que no fueron hospitalizados



Fuente: Elaborado sobre datos de investigación

Al indagar sobre la presencia de secuelas deglutorias en los pacientes pos COVID que no fueron hospitalizados, todas las Fonoaudiólogas coinciden en que por lo general en su práctica diaria no han registrado pacientes con alteraciones en la deglución, esto coincide con lo que dice Miles (2021) que las alteraciones se relacionan con los pacientes que desarrollaron cuadros graves de la enfermedad y requirieron ser intubados.

Gráfico N° 3: Modalidad de atención



Fuente: Elaborado sobre datos de investigación.

Al analizar la modalidad de atención, se destaca que sólo una profesional utiliza una combinación de virtualidad y presencialidad. Las demás profesionales destacan la necesidad de trabajar de manera presencial en la rehabilitación de pacientes con disfagia. Malandraki (2020) realizó una investigación en la cual expone la poca información que se dispone en relación a la telesalud para la rehabilitación de la disfagia en el contexto de pandemia.

Nube de palabras N° 6: Debilidades que las Fonoaudiólogas observaron en el tratamiento de los pacientes con disfagia pos COVID



Fuente: Elaborado sobre datos de investigación.

Al indagar sobre las debilidades que las Fonoaudiólogas observaron en el tratamiento, coinciden con lo que dice Azoulay (2020) en que la separación del paciente de su vínculo familiar es abrupta, absoluta y prolongada, afectando negativamente en la recuperación y la rehabilitación.

Tabla N°3: Aspectos que consideran que mejoraron en el tratamiento de la disfagia pos COVID, desde que comenzó la pandemia hasta hoy

| Debilidades | Fortalezas |
|--|--|
|  <p>Falta de visitas familiares</p> |  <p>n:12</p> <p>Ingreso de los familiares</p> <p>Mayor información</p> <p>Compromiso del equipo</p> <p>Derivación temprana</p> |

Fuente: Elaborado sobre datos de investigación.

Como se puede observar, los aspectos que las Fonoaudiólogas indican que mejoraron en la rehabilitación de los pacientes con disfagia pos COVID desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad, se relacionan con el restablecimiento del vínculo entre el paciente y sus familiares, que en un principio fue una debilidad en el tratamiento, la información que hoy en día se maneja con respecto al virus SARS CoV-2 es más precisa y la detección y derivación temprana de los pacientes con sospecha de disfagia, que disminuye el riesgo de complicaciones a futuro.

Nube de palabras N°7: Capacitaciones realizadas por las Fonoaudiólogas en la rehabilitación de pacientes con disfagia pos COVID



Fuente: Elaborado sobre datos de investigación

Al consultar sobre las capacitaciones, las profesionales coincidieron en que la Asociación Argentina de Disfagia ha brindado muchos aportes en cuanto a cómo proceder con los pacientes con sospecha de disfagia pos COVID.

Tabla N° 3: Similitudes y diferencias entre una disfagia pos COVID y una disfagia de diferente etiopatogenia, n:12.

| | Es igual | Es diferente |
|-----|----------|---|
| F1 | | |
| F2 | | En pacientes críticos tiene otras particularidades. |
| F3 | | |
| F4 | | Depende de las comorbilidades presentes. |
| F5 | | |
| F6 | | |
| F7 | | |
| F8 | | Depende si hay un cuadro neurológico involucrado. |
| F9 | | |
| F10 | | |
| F11 | | |
| F12 | | |

Fuente: Elaborado sobre datos de investigación.

A partir de su experiencia en la rehabilitación de pacientes con disfagia pos COVID, cuatro Fonoaudiólogas que conformaron la muestra indicaron que una disfagia como consecuencia de haber padecido COVID es diferente a otro tipo de disfagia, ya que en el primer caso se puede presentar alteración del sistema nervioso central, interferencia del delirio, entre otras. Es por esto que al momento de plantear la rehabilitación de dichos pacientes, las cuatro Fonoaudiólogas lo realizan de manera diferente en comparación con otro tipo de disfagia. En cambio las demás Fonoaudiólogas coinciden con Martínez (2020) en que el COVID-19 es una enfermedad reciente, y las acciones que se llevan adelante en la rehabilitación están basadas en otras enfermedades con características similares, en cuanto a los efectos que causan a nivel del sistema respiratorio, digestivo, cardiovascular, entre otros.

Nube de palabras N° 8: Percepción de las Fonoaudiólogas en relación al impacto que produjo la pandemia en el abordaje de pacientes con disfagia



Fuente: Elaborado sobre datos de investigación.

Al indagar sobre el impacto que las Fonoaudiólogas percibieron en el abordaje de la disfagia con la llegada de la pandemia, la modalidad de atención fue la más perjudicada, aunque resaltan la importancia que se generó acerca del rol del Fonoaudiólogo en la rehabilitación, además del crecimiento en la demanda de profesionales.

A continuación, se presentan los datos obtenidos de las entrevistas a cada fonoaudiólogo:

Cuadro N°1: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 1

La profesional indica que tiene una antigüedad de 15 años en rehabilitar pacientes con disfagia y que la experiencia ha sido positiva. Inició la rehabilitación de los pacientes con disfagia post COVID, después de que fueron dados de alta en la mayoría de los casos y la misma lo realizó junto con un equipo de trabajo. Generalmente el tipo de disfagia que más ha rehabilitado, es orofaríngea, cuyo grado fue leve y los síntomas que observó fueron fraccionamiento del trago y penetración de líquidos. En cuanto a los pacientes que no fueron hospitalizados, su experiencia ha demostrado que son pocos los que registran secuelas a nivel deglutorio. La modalidad de atención que utilizó fue presencial. Cuando se consulta si observó debilidades en el tratamiento y qué aspectos considera que mejoró desde que comenzó la pandemia hasta hoy, la Fonoaudióloga no respondió. Para el abordaje de los pacientes con disfagia, no ha realizado ninguna capacitación. En su práctica profesional no observó diferencias entre una disfagia post COVID, en relación a otra de diferente etiopatogenia, pues en ambos casos presentaban las mismas características, como ser déficit respiratorio marcado y disminución de fuerza muscular, por ese motivo la rehabilitación la llevó a cabo como en otras disfgias. Desde su percepción la pandemia impactó en el abordaje de la disfagia, porque no fue del todo favorable el haber trabajado desde la virtualidad en este tipo de tratamientos, ya que la atención presencial es lo óptimo en todo lo relacionado con la disfagia.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Cuadro N°2: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 2

La profesional indica que tiene una antigüedad de 25 años en rehabilitar pacientes con disfagia y que la experiencia ha sido desafiante. Inició la rehabilitación de los pacientes en el hospital, desde la unidad de cuidados intensivos, formando parte de un equipo interdisciplinario. Generalmente el tipo de disfagia pos COVID que más ha rehabilitado, es la post extubación y post UCI, siendo el grado de afectación muy severo y cuyos síntomas más frecuentes fueron las abundantes secreciones, mal manejo de las mismas, alteraciones del cierre glótico, pérdida de la presión subglótica y aspiraciones silentes. En cuanto a los pacientes que no fueron hospitalizados, su experiencia ha sido escasa, pues se desempeña en el área de internación. La modalidad de atención que utilizó fue presencial. La debilidad que observó al inicio de la pandemia en el abordaje de los pacientes, fue la falta de visitas de los familiares debido a las restricciones implementadas por el gobierno. Actualmente considera que el tratamiento ha mejorado, pues se permite el ingreso de sus seres queridos. Para el abordaje de los pacientes, ha realizado capacitaciones en la Sociedad Argentina de Medicina, la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva y la Asociación Argentina de Disfagia. En su práctica profesional en el tratamiento de la disfagia pos COVID, pudo observar en el paciente crítico ciertas particularidades, que lo diferencian de otro tipo de disfagia, como ser la afectación de varios niveles del sistema nervioso, por ende, la rehabilitación es distinto a otras disfgias, ya que se suma la interferencia del delirio, de la medicación y del estado respiratorio. Desde su percepción la pandemia impactó fuertemente en el abordaje de la disfagia, generando mucha demanda de atención de los profesionales fonoaudiólogos.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Cuadro N°3: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 3

La profesional indica que tiene una antigüedad de 12 años en rehabilitar pacientes con disfagia y que la experiencia ha sido positiva. Inició la rehabilitación de los pacientes con disfagia post COVID, después de que fueron dados de alta, formando parte de un equipo de trabajo. Generalmente el tipo de disfagia que más ha rehabilitado es orofaríngea, cuyo grado de afectación en su mayoría fue leve y los síntomas que observó fueron alteración de los reflejos, penetración, incoordinación. En cuanto a los pacientes que no fueron hospitalizados, al momento de evaluarlos no registraron alteraciones en la deglución. La modalidad de atención que utilizó fue presencial. Cuando se consulta si observó debilidades en el tratamiento la Fonoaudióloga no contesta. Actualmente considera que el tratamiento ha mejorado, ya que se tiene más conocimientos sobre el tema. Para el abordaje de los pacientes con disfagia pos COVID, ha realizado seminarios y ateneos online. En su práctica profesional no observó diferencias entre una disfagia post COVID, en relación a otra de diferente etiopatogenia, pero en el primer caso al momento de iniciar la rehabilitación, es necesario contemplar la fatiga que persiste más allá del alta. Desde su percepción la pandemia impactó en el abordaje de la disfagia, principalmente en la modalidad de atención.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Cuadro N°4: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 4

La profesional indica que tiene una antigüedad de 15 años en rehabilitar pacientes con disfagia y que la experiencia ha sido muy motivadora. Inició la rehabilitación de los pacientes pos COVID en algunos casos en el hospital, en otros casos al ser decanulados y otros cuando fueron dados de alta. El abordaje lo realiza con un equipo interdisciplinario. Generalmente el tipo de disfagia que más ha rehabilitado es orofaríngea, de grado leve- moderado, con capacidad rápida de recuperación, sólo un caso ha sido severo comprometiéndose el peristaltismo secundario y terciario. Los síntomas más frecuentes fueron odinofagia, sensación de ahogo, aspiración. En cuanto a los pacientes que no fueron hospitalizados, la profesional no posee experiencia, ya que siempre se desempeñó dentro del hospital. La modalidad de atención que utilizó fue presencial dentro del hospital y luego del alta en algunos casos online. No encontró debilidades en el tratamiento. Actualmente considera que la rehabilitación ha mejorado, pues se presta más atención, hay mayor compromiso sanitario y se realizan las derivaciones oportunamente. Para el abordaje de los pacientes con disfagia, ha realizado capacitaciones en forma online en Universidades de Colombia y Chile. Desde su práctica profesional indica que no es igual una disfagia pos COVID, en relación a otra de diferente etiopatogenia, pues en el primer caso va a depender de las comorbilidades presentes, es por este motivo que al plantear la rehabilitación se realiza un esquema terapéutico donde hay diferentes instancias, la cual tiene como objetivo la seguridad y eficacia de la deglución. Desde su percepción la pandemia impactó positivamente en el abordaje de la disfagia.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Cuadro N°5: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 5.

La profesional indica que tiene una antigüedad de 8 años en rehabilitar pacientes con disfagia y que la experiencia ha sido positiva. Inició la rehabilitación de los pacientes pos COVID en el hospital, formando parte de un equipo interdisciplinario. Generalmente el tipo de disfagia que más ha rehabilitado es orofaríngea, de grado leve, cuyos síntomas más frecuentes fueron falta de eficacia del disparo deglutorio, reflejo tusígeno e incoordinación. En cuanto a los pacientes que no fueron hospitalizados, la profesional no posee experiencia, ya que siempre se desempeñó dentro del hospital. La modalidad de atención que utilizó fue presencial. La debilidad que observó en el tratamiento al inicio de la pandemia fue la pronta fatiga. Actualmente considera que el tratamiento ha mejorado, pues existe mayor información y experiencia al respecto. Para el abordaje de los pacientes, ha realizado capacitaciones en forma online, a partir de casos, experiencia de colegas y fundamentalmente de otros países. En su práctica profesional no observó diferencias entre una disfagia post COVID, en relación a otra de diferente etiopatogenia, pues en ambos casos presentaban las mismas características, por ende, la rehabilitación la llevó a cabo de la misma manera. Desde su percepción la pandemia impactó en el abordaje de la disfagia, ya que debido al riesgo de contagio se requiere mayor equipo de protección al momento de la rehabilitación, dado que es una situación que predispone a la generación de aerosoles, lo cual representa un mayor riesgo. Además, el temor al contagio, obligó a realizar la atención de los pacientes de forma virtual, lo cual considera que perjudicó la evolución de los tratamientos.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Cuadro N°6: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 6

La profesional indica que tiene una antigüedad de 11 años en rehabilitar pacientes con disfagia y que la experiencia ha sido un desafío. Inició la rehabilitación de los pacientes pos COVID después del alta y trabaja en equipo. Generalmente el tipo de disfagia que más ha rehabilitado es orofaríngea, de grado leve, cuyos síntomas más frecuentes fueron fallas en el reflejo tusígeno, micro aspiraciones y debilidad muscular. En cuanto a los pacientes que no fueron hospitalizados, al momento de evaluarlos no registraron alteraciones en la deglución. La modalidad de atención que utilizó fue presencial. Cuando se consulta si observó debilidades en el tratamiento y qué aspectos considera que mejoró desde que comenzó la pandemia hasta hoy, la Fonoaudióloga no contesta. Para el abordaje de los pacientes ha realizado jornadas de capacitación virtual. En su práctica profesional no observó diferencias entre una disfagia post COVID, en relación a otra de diferente etiopatogenia, pues en ambos casos presentaban las mismas características, por ende, la rehabilitación la llevó a cabo de la misma manera. Desde su percepción, la pandemia evidenció la importancia de las profesionales Fonoaudiólogas en la rehabilitación de la disfagia.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Cuadro N°7: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 7

La profesional es residente en un hospital de Agudos, indica que tiene una antigüedad de 1 año en rehabilitar pacientes con disfagia y no ha definido cómo fue su experiencia en el abordaje de la disfagia en pacientes pos COVID, pues comenzó su trabajo después de haberse declarado la pandemia. Inició la rehabilitación de los pacientes en el hospital, formando parte de un equipo interdisciplinario. Generalmente el tipo de disfagia que más ha rehabilitado es orofaríngea, de grado severo, cuyos síntomas más frecuentes fueron alteración del reflejo tusígeno, cambios en la voz, caída anticipada. En el caso de los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva lo que más observó fue aspiraciones de tipo silente. En cuanto a los pacientes que no fueron hospitalizados, la profesional no posee experiencia, ya que siempre se desempeñó dentro del hospital. La modalidad de atención que utilizó fue presencial. La debilidad que observó al inicio de la pandemia en el abordaje de los pacientes fue que una vez que recibieron el alta hospitalaria, pocos continuaron atendiéndose por consultorios externos. En lo que refiere a mejorías en el tratamiento, desde que comenzó la pandemia hasta la actualidad, no emitió opinión ya que inició su trabajo una vez empezada la pandemia. Para el abordaje de los pacientes, no ha realizado ninguna capacitación específica. En su práctica profesional no observó diferencias entre una disfagia pos COVID, en relación a otra de diferente etiopatogenia, pues en el primer caso son causadas por el uso prolongado del respirador en la unidad de cuidados intensivos, siendo la manifestación de los síntomas igual en ambos casos. Aunque los pacientes traqueostomizados requieren una atención permanente para la descomplejización gradual y paulatina de la vía respiratoria. Desde su percepción la pandemia impactó en el abordaje de la disfagia, ya que en el hospital donde trabaja en un primer momento se intensificó la atención de los pacientes internados, pero se discontinuó la atención de pacientes externos.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Cuadro N°8: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 8

La profesional indica que tiene una antigüedad de 18 años en rehabilitar pacientes con disfagia y que la experiencia fue todo un aprendizaje. Inició la rehabilitación de los pacientes pos COVID en el hospital, en terapia intermedia y en otros casos luego del alta, formando parte de un equipo interdisciplinario. Generalmente el tipo de disfagia que más ha rehabilitado, es orofaríngea, de grado leve en la mayoría de los casos y cuyos síntomas más frecuentes fueron alteraciones con líquidos, semisólidos con retención en valéculas y senos piriformes. En su experiencia los pacientes que no fueron hospitalizados tuvieron buena recuperación y muy pocos presentaron alteración de la deglución. La modalidad de atención que utilizó fue presencial y online. No encontró debilidades en el tratamiento, menciona que los pacientes fueron muy predispuestos y colaboradores. Actualmente considera que el tratamiento ha mejorado, ya que hay un mayor conocimiento de la enfermedad y la práctica. Para el abordaje de los pacientes, ha realizado capacitaciones de manera virtual, además de cursos nacionales e internacionales. En su práctica profesional observó que en los casos de disfagia pos COVID se debe tener en cuenta que etapa de la deglución está alterada y si hay un cuadro neurológico involucrado. Por otra parte, para llevar adelante la rehabilitación es necesario que el paciente tenga un buen nivel de estado de alerta y comprensión. Desde su percepción el impacto que generó la pandemia en el abordaje de la disfagia, se reflejó en la dificultad para que los pacientes reciban tratamiento inmediato, en especial los de grado severo. Igualmente obtuvo buenos resultados con la tele-asistencia en los casos leves.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Cuadro N°9: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 9.

La profesional indica que tiene una antigüedad de 9 años en rehabilitar pacientes con disfagia y que la experiencia ha sido positiva. Inició la rehabilitación de los pacientes pos COVID después del alta y trabaja en equipo. Generalmente el tipo de disfagia que más ha rehabilitado es orofaríngea, de grado leve, cuyos síntomas más frecuentes fueron odinofagia y disminución del peristaltismo faríngeo. En cuanto a los pacientes que no fueron hospitalizados, al momento de evaluarlos en su mayoría no registraban alteraciones en la deglución. La modalidad de atención que utilizó fue presencial. Cuando se consulta si observó debilidades en el tratamiento y qué aspectos considera que mejoraron desde que comenzó la pandemia hasta hoy, la Fonoaudióloga no respondió. Para el abordaje de los pacientes con disfagia, ha realizado seminarios y charlas online. En su práctica profesional no observó diferencias entre una disfagia post COVID, en relación a otra de diferente etiopatogenia, pues en ambos casos presentaban características similares, por ende, la rehabilitación la llevó a cabo de la misma manera. Desde su percepción, la pandemia obstaculizó el abordaje de la disfagia, debido a la generación de aerosoles que el paciente produce durante la evaluación y el tratamiento.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Cuadro N°10: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 10

La profesional indica que tiene una antigüedad de 21 años en rehabilitar pacientes con disfagia y que la experiencia fue desafiante. Inició la rehabilitación de los pacientes en el hospital y en otros casos luego del alta, formando parte de un equipo interdisciplinario. Generalmente el tipo de disfagia pos COVID que más ha rehabilitado, es orofaríngea, siendo el grado de afectación moderado, y cuyos síntomas más frecuentes fueron incoordinación deglución-respiración y alteración de las contracciones hipofaríngeas. Cuando se consulta su experiencia en la rehabilitación de los pacientes que no fueron hospitalizados, la Fonoaudióloga decide no contestar. La modalidad de atención que utilizó fue presencial. No observó debilidades en el tratamiento. Cuando se pregunta qué aspectos considera que ha mejorado el tratamiento de los pacientes, la Fonoaudióloga decide no responder. Para el abordaje de los pacientes, ha participado de ateneos organizados por la Asociación Argentina de Disfagia. Desde su práctica profesional indica que una disfagia pos COVID es parecida en algunos aspectos a la disfagia por EPOC y también a las que son producto de enfermedades neuromusculares, aunque remarca que, en el primer caso a diferencia de otras disfgias, se agrega la afectación del gusto y del olfato y que estos factores deben tenerse en cuenta al momento de la rehabilitación. Desde su percepción el impacto que tuvo la pandemia en el abordaje de la disfagia fue que amplió la mirada.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Cuadro N°11: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 11

El profesional indica que tiene una antigüedad de 12 años en rehabilitar pacientes con disfagia y que la experiencia fue muy buena y enriquecedora. Inició la rehabilitación de pacientes pos COVID, en dos casos luego de la extubación y los demás luego del alta. El abordaje de los pacientes lo realizó sólo. Generalmente el tipo de disfagia que más ha rehabilitado, es orofaríngea, siendo el grado de afectación en la mayoría de los casos leves, y cuyos síntomas más frecuentes fueron tos, babeo, tensión en músculos del cuello, dificultad al tragar y sensación de ahogo. En cuanto a los pacientes que no fueron hospitalizados, su experiencia es poca. La modalidad de atención que utilizó fue presencial. La debilidad que observó en el tratamiento al inicio de la pandemia fue el temor de los pacientes a ahogarse. Actualmente considera que el tratamiento ha mejorado, en lo referente a la respiración, fonación y deglución. Para el abordaje de los pacientes, no ha realizado ninguna capacitación. Desde su práctica profesional indica que una disfagia pos COVID, no es igual a otra de diferente etiopatogenia, pues en el primer caso observó mucho temor en el paciente y una tendencia a no querer comer, por ende, la rehabilitación es diferente. Desde su percepción la pandemia impactó en el abordaje de la disfagia, dejando mucho por aprender, además es necesario que otras profesiones conozcan el campo de acción de la Fonoaudiología.

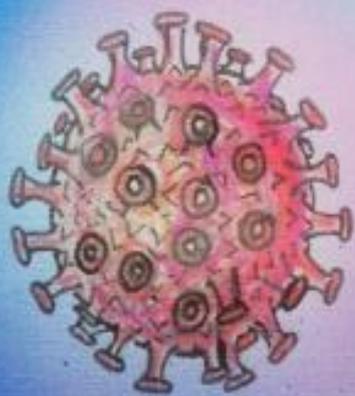
Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Cuadro N°12: Caracterización de la percepción sobre la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, de la fonoaudióloga 12.

La profesional indica que tiene una antigüedad de 3 años en rehabilitar pacientes con disfagia y que la experiencia fue positiva. Inició la rehabilitación de los pacientes pos COVID luego de la externación, en un hospital de rehabilitación. El abordaje de los pacientes lo realizó sola. Generalmente el tipo de disfagia que más ha rehabilitado es oral, siendo el grado de afectación en la mayoría de los casos leves, y cuyo síntoma más frecuente fue la debilidad de la musculatura orofacial. En cuanto a los pacientes que no fueron hospitalizados, la profesional no posee experiencia, ya que siempre se desempeñó dentro del centro de rehabilitación. La modalidad de atención que utilizó fue presencial. La debilidad que observó en el tratamiento al inicio de la pandemia, fue la falta de motivación del paciente. Actualmente considera que la rehabilitación ha mejorado, ya que hay un mayor conocimiento de los efectos secundarios de la enfermedad. Para el abordaje de los pacientes, no ha realizado ninguna capacitación. En su práctica profesional no observó diferencias entre una disfagia pos COVID, en relación a otra de diferente etiopatogenia, pues en ambos casos presentaban las mismas características, por ende la rehabilitación la llevó a cabo de la misma manera. Desde su percepción, el impacto que generó la pandemia en el abordaje de la disfagia, se reflejó en la atención presencial.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Conclusiones



A partir de la siguiente investigación sobre la experiencia de las Fonoaudiólogas en el abordaje de la disfagia en pacientes adultos pos COVID-19, queda expuesto que las profesionales han tenido una experiencia alentadora, positiva, más allá del contexto en que debieron prestar servicio.

Acerca de las debilidades del tratamiento al inicio de la pandemia, se destaca que dentro de las disposiciones del Ministerio de Salud, la restricción que obligaba a la ruptura de los lazos familiares perjudicaba emocional y psicológicamente al paciente. Según el análisis de las respuestas obtenidas en las entrevistas, se observa que, en cuanto a las fortalezas del tratamiento, desde que comenzó la pandemia hasta la actualidad, el restablecimiento del vínculo entre el paciente y su familia ha sido positivo para la rehabilitación, al igual que el nivel de conocimiento que hoy en día se maneja en relación al virus del SARS CoV-2.

Respecto al abordaje de los pacientes, fue llevado a cabo por las Fonoaudiólogas en conjunto con un equipo interdisciplinario. En cuanto al tipo de disfagia pos COVID que las Fonoaudiólogas más han rehabilitado, se encuentra la disfagia orofaríngea, cuyo grado de afectación generalmente fue leve, aunque han observado algunas diferencias en los pacientes críticos. En relación a la sintomatología, la misma es compatible con las descritas en disfgias de diferente etiopatogenia, excepto en los pacientes críticos. La rehabilitación fonoaudiológica que se aplicó en los pacientes fue la misma que se realiza en disfgias con síntomas similares.

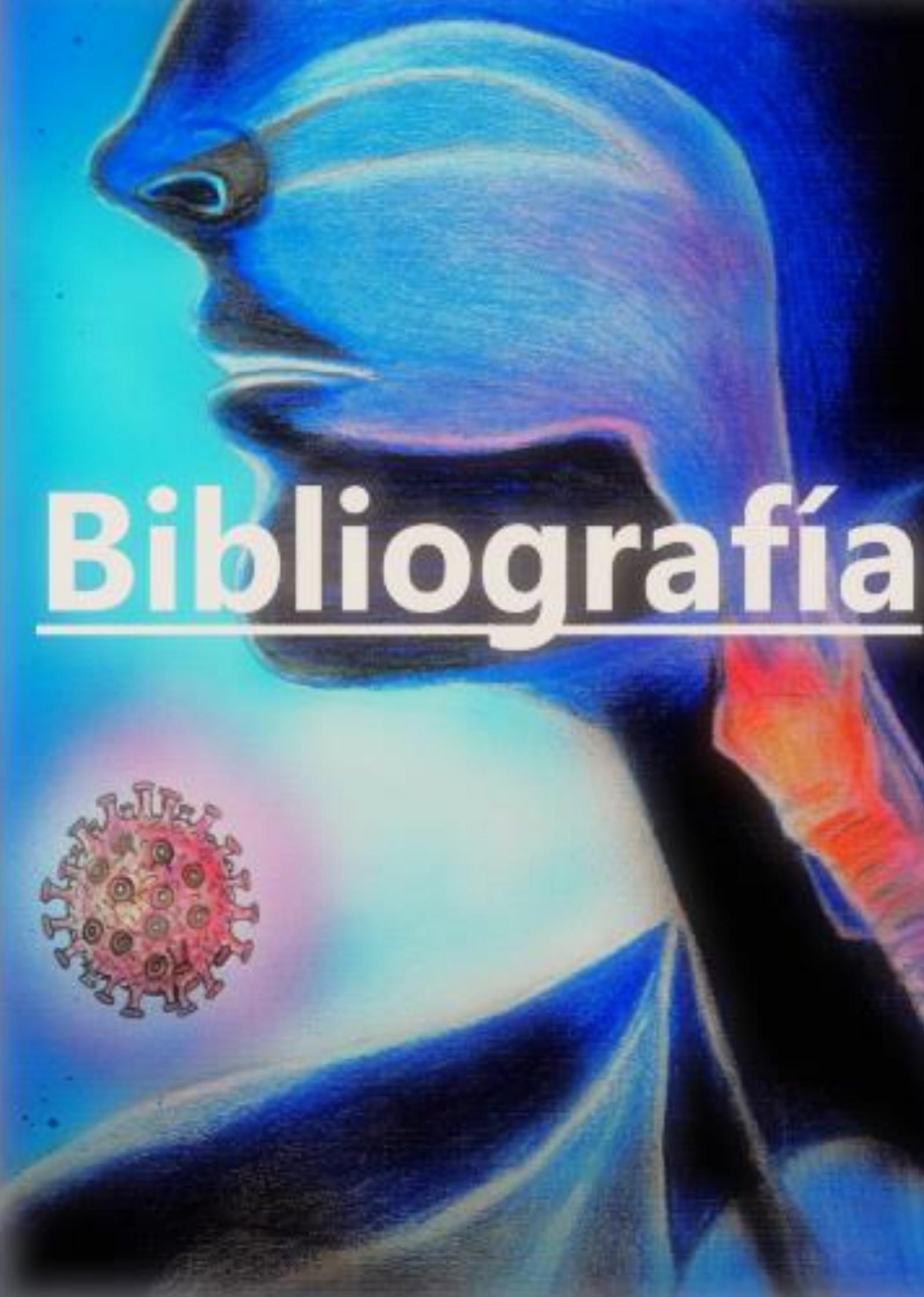
Asimismo, mencionan que los pacientes pos COVID que desarrollaron cuadros leves de la enfermedad y no requirieron ser hospitalizados generalmente no presentan alteraciones a nivel deglutorio.

Con respecto a la modalidad de atención que se implementaron en este contexto de pandemia, es evidente que la atención presencial es lo ideal para este tipo de pacientes.

Al momento de la entrevista las profesionales manifestaron haberse capacitado de manera virtual para el abordaje de los pacientes con disfagia pos COVID.

En base a los datos obtenidos en este trabajo, surgen los siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

- ✓ ¿Cuál es la incidencia de disfagia, en pacientes adultos pos COVID que desarrollaron cuadros graves de la enfermedad, pero no requirieron intubación?
- ✓ ¿Cuál es la percepción que tienen los profesionales de la UCI en relación a la labor del Fonoaudiólogo en la rehabilitación de pacientes con disfagia pos COVID?
- ✓ ¿Qué nivel de información poseen los habitantes de la provincia de Buenos Aires con respecto al trabajo de las Fonoaudiólogas en la rehabilitación de la disfagia?



Bibliografía

- Acevedo M. N. R, Lago P. V., Paz T. G., San juás A. Q., Cortés M. J. G. (2018). *Disfagia orofaríngea: actualización y manejo en poblaciones específicas*. Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial.
- Álvarez, J., La Ilena, S., & Bernal, M. (2020). Nutrition and the COVID-19 pandemic. *Medicine*, 13(23), 1311-1321. DOI: [10.1016 / j.med.2020.12.013](https://doi.org/10.1016/j.jmed.2020.12.013)
- Alvo, A., & Olavarría, C. (2014). Decanulación y evaluación de la deglución del paciente traqueotomizado en cuidados intensivos no-neurocríticos. *Acta otorrinolaringológica española*, 65(2), 114-119.
- Anis, M., Abid, S., Jafri, W., Abbas, Z., Shah, H., Hamid, S., & Wasaya, R. (2006). Acceptability and outcomes of the Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) tube placement-patients' and care givers' perspectives. *BMC Gastroenterology*, 6 (37).
- Arias, E. M. y Pacheco, T. T. (2021). Impacto psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia COVID-19. *Revista Cuadernos de Crisis*, 20 (1), 72-89. https://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2021/numero20vol1_2021_impacto_psicologico.pdf
- Azoulay, E., Chousterman, B., Degos, V., Dessap, A., Mira, J. P. & Monnet X. (2020). Propuesta para mantener el vínculo entre los pacientes hospitalizados por COVID-19 en reanimación y sus familiares. *Assistance Hospitalaux*, 1(27). http://ageps.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/272/files/2020/04/es_Reanimation_Visites-proches_20200327-converti.pdf
- Baijens, L.W, Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G.F., Leners, J.C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D.G., Speyer, R. y Walshe, M. (2016). Libro blanco de la Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea: disfagia orofaríngea como síndrome geriátrico. *Intervenciones clínicas en el envejecimiento*, 11, 1403-1428. <https://doi.org/10.2147/CIA.S107750>
- Bascuñana Ambrós, H., & Gálvez Koslowski S. (2003). Tratamiento de la disfagia orofaríngea. *Rehabilitación*, 37(1).
- Boltz, M., Chippendale, T., Resnick, B., & Galvin, J. (2015). Anxiety in Family Caregivers of Hospitalized Persons With De-mentia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 29(3), 236-241.
- Bouza E., Cantón M. R., De Lucas R. P., García-Botella A., García-Lledó A., Gómez-Pavón J., González Del Castillo J., Hernández-Sampelayo, T., Martín-Delgado, M.C., Martín Sánchez, F. J., Martínez-Sellés, M., Molero García, J.M., Moreno Guillén, S., Rodríguez-Artalejo, F.J., Ruiz-Galiana, J., De Pablo Brühlmann, S., Porta Etessam, J. y Santos Sebastián, M. (2021). Síndrome post-COVID: Un documento de reflexión y opinión. *Revista Española de Quimioterapia*, 34(4), 269.

- Bleeckx, D. (2004). *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. McGraw – Hill Interamericana.
- Brandão, A., Godoy, J., Santos, D. D., Lehn, C., & Dedivitis, R. (2007). Autopercepção da desvantagem vocal (VHI) e qualidade de vida relacionada à deglutição (SWAL-QOL) de pacientes laringectomizados totais. *Rev. Bras. Cir. CabeçaPesçoço*, 36(1), 32-37.
- Cámpora, H., & Falduti, A. (2012). Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Revista americana de medicina respiratoria*, 12(3), 98-107.
- Cámpora H., Falduti, A. (2014). *Deglución de la A a la Z, Fisiopatología, Evaluación, Tratamiento*. Journal.
- Castillejo, J. A. P. (2013). Telemedicina, una herramienta también para el médico de familia. *Atención primaria*, 45(3), 129. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6985703/>
- Catini, M. E., FADUTI, A., & Chiappero, G. (2020). Evaluación de la deglución en el paciente internado en Terapia Intensiva: una encuesta nacional. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 37(3).
- Cendal, F., Lohigorry, J., Marzoaa, C., Quelle, A., & Villalba, N. (2020), La pandemia que puso en agenda de los gobiernos a la salud pública. *Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 7(2), 12-17. <http://ri.unlu.edu.ar/xmlui/handle/rediunlu/742>
- Cetrángolo, O. (2014). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista De Economía Política De Buenos Aires*, (13), 38. <http://157.92.136.232/index.php/REPBA/article/view/785>
- Cichero, J., & Clavé, P. (2011). Los peldaños para vivir bien con disfagia. *Revista Nestle Nutrition Institute Workshop Series*, 4(12) 18-23.
- Cortés A. C. (2020). *Disfagia. Guía de identificación, diagnóstico, tratamiento nutricional y adaptación de la textura de los alimentos*. Cadis Huesca.
- Dalton M.M. (2013). Disfagia y Voz. Alteración de la voz como parámetro de evaluación de la seguridad en la deglución y alteraciones de la voz relacionados. *Revista Logopedia*, 68.
- De Ortúzar, Gabriela M. (2012). Hacia la Telemedicina en Mercosur. *Revista Salud Nueva*, 8 (30), 1-17.
- Enguídanos, R. A., Neila J. M., Blázquez S. G., Fonseca R. G., Mongil R. L., Trigo J.A., Burgui C. M., Cordero P. R. (2014). *Envejecimiento y nutrición. Intervención nutricional del paciente con disfagia*. International marketing y communication, S.A.
- Frajkova, Z., Tedla, M., Tedlova, E., Suchankova, M. y Geneid, A. (2020). Disfagia posintubación durante el brote de COVID-19-Revisión contemporánea. *Disfagia*, 35 (4), 549–557. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10139-6>

- García-Peris, P., Velasco, C., & Soriano, L. F. (2012). Manejo de los pacientes con disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 5(1), 33-40. <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226797004.pdf>
- González Fraga, M. J., & Herrera Rodríguez, O. N. (2007). Bioética y nuevas tecnologías: Telemedicina. *Revista Cubana de enfermería*, 23(1).
- Herrera Vasquez, K. S., Guzmán Rojas, A. V. & Villegas Villa, S. A. (2020). Electroestimulación neuromuscular aplicada en disfagia. *Revista Científica de Salud UNITEPC*, 7(2), 34-46.
- Kackin, O., Ciydem, E., Sema, O. y Yasemin, F. (2020). Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-10.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, BX, Wang, Y., Hu, J., Lai, J., Ma, X., Chen, J., Guan, L., Wang, G., Ma, H. y Liu, Z. (2020). La salud mental de los trabajadores médicos en Wuhan, China, que se enfrentan al nuevo coronavirus de 2019. *TheLancetPsychiatry*, 7 (3),14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Krisciunas, G. P., Langmore, S. E., Gómez-Taborda, S., Fink, D., Levitt, J., McKeehan, J. , McNally, E., Scheel, R., Rubio, A. , Siner, J. M., Vojnik, R. , Warner, H. , White, S. D. y Moss, M. (2020). La asociación entre el tamaño del tubo endotraqueal y la aspiración (durante la evaluación endoscópica flexible de la deglución) en supervivientes de insuficiencia respiratoria aguda. *Medicina de cuidados intensivos*, 48 (11), 1604 -1611.
- Lacombe, P. (2011). Rol de Fonoaudiología en Emergencia y Trauma. *Revista Científica del Hospital de Urgencias de Córdoba*, 2.
- Lacombe, P. (2020). La fonoaudiología en unidades de cuidados críticos. Colegio de Fonoaudiólogos de Córdoba. <http://www.cfc-cordoba.org/novedad/lafonoaudiolog%C3%ADa-en-unidades-de-cuidados-cr%C3%ADticos/84>
- La Donna, K., Koopman, W., Ray, S., & Venance, S. (2016). Hard to Swallow: A Phenomenological Exploration of the Experience of Caring for Individuals With Myotonic Dystrophy and Dysphagia. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48 (1), 42-51.
- Lancet, T. (2020). COVID-19: protecting health-care workers. *TheLancet*, 395(10228), 922. Doi: [10.1016 / S0140-6736 \(20\) 30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9)
- Leavell, H. & Clark, E. (1958). *Prevent Medicine for the Doctor in his Community. AnEpidemiologicApproach*. MacGraw Hill Book Co.
- Ley N° 27568 de 2020. Ejercicio profesional de la Fonoaudiología. 27 de octubre del 2020. D.O. N° 50341/20 <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27568-343561>

- Malandraki, G.A., Arkenberg, R.H., Mitchell, S.S. y Malandraki, J.B. (2021). Telesalud para la disfagia a lo largo de la vida: uso de la experiencia y la evidencia contemporáneas para guiar la práctica clínica durante y después del COVID-19. *Revista estadounidense de patología del habla y el lenguaje*, 30 (2), 532-550.
- Mangilli, L., Moscato, M., Nobuko, I., Brandão, A., & Carrara-de-Angelis, E. (2008). Voz, deglutição e qualidade de vida de pacientes com alte-ração de mobilidade de prega vocal unilateral pré e pós-fonoterapia. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.*, 13(2), 103-112.
- Marino, J., & Johns, M. (2014). The epidemiology of dysphonia in the aging population. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 22(1), 455–459.
- Martín, A., Ortega, O., Roca, M., Arús, M. y Clavé, P. (2018). Efecto de una intervención mínima masiva en pacientes mayores hospitalizados con disfagia orofaríngea: un estudio de prueba de concepto. *J Nutr Health Aging*, 22, 739–747.
- Martínez, J. R. D., Higuera, N. F. O., Gil, J. C. G., Herrera, L. F. C., Ruíz, J. A. D., Rodríguez, J. N. M., & Zambrano, L. E. R. (2020). Rehabilitación intrahospitalaria en el paciente con Covid-19. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 30(Supl), 41-61. <https://revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/245/247>
- Matos, A. A., Navas, V. S., Villareal, A. Q., Méndez, C., Petterson, K., Vergara, J., Castillo, J.C & Arroyo, M.(2021). Recomendaciones para la terapia nutricional de pacientes con COVID-19. *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo*, 21(2), 193-203. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0122726221000045>
- Miles, A., Connor, N.P., Desai, R.V., Jadcherla, S., Allen, J., Brodsky, M., Garand, K.L., Malandraki, G.A., McCulloch, T.M., Moss, M., Murray, J., Pulia, M., Riquelme, L.F. y Langmore, S.E. (2021). Atención de la disfagia a lo largo del proceso continuo: Informe del grupo de trabajo multidisciplinario de la Sociedad de Investigación sobre Disfagia sobre la prestación de servicios durante la pandemia mundial COVID-19. *Disfagia*, 36 (2), 170-182. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10153-8>
- Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo* <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e039772356757886e040010165014a72.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2020). *Boletín integrado de vigilancia n°491 - SE 12/2020* [Internet]. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_491_se12.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2020). *Lineamientos técnicos para la Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19*. (2020).

- Mooney, B., Lawrence, C., Johnson, E. G., Slaboden, A., & Ball, K. (2020). How COVID-19 Patients Were Moved to Speak: A Rehabilitation Interdisciplinary Case Series. *HSS Journal*, 1-8.
- Nordio, S., Innocenti, T., Agostini, M., Meneghello, F. y Battel, I. (2018). La eficacia de la telerrehabilitación en pacientes disfágicos: una revisión sistemática. *Acta otorhinolaryngologica Itálica*, 38(2), 79–85.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19*. OPS. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52104/OPSNMHHMCOVID-19200010_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Ortiz Calderón, M. V., & Páez Pineda, O. D. (2020). *Prevención y manejo del desacondicionamiento físico en el paciente hospitalizado por COVID-19*. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. <http://repositorio.uptc.edu.co/handle/001/3237>
- Pérez Abreu, M. R., Gómez Tejeda, J. J., & Dieguez Guach, R. A. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000200005
- Resolución N° 21/2019. [Ministerio de Salud y Desarrollo Social]. 1° Recomendación para el uso de la telemedicina: encuentro entre el profesional de la salud y el paciente utilizando las tecnologías de la información y comunicación en tiempo real. Publicada en el Boletín Nacional del 13/09/2019. Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/216549/20190913>
- Rofes, L., Arreola, V., Mukherjee, R. y Clavé, P. (2014). Sensibilidad y especificidad de la herramienta de evaluación de la alimentación y la prueba de deglución por volumen y viscosidad para la evaluación clínica de la disfagia orofaríngea. *Neurogastroenterology and motility: the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, 26 (9), 1256-1265. <https://doi.org/10.1111/nmo.12382>
- Rojas, V. (2019). Humanización de los cuidados intensivos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(2), 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.03.005>
- Santos, D., Godoy, J., Aparecido, R., Neutzling, C., & Brandão, A. (2009). Swallowing and quality of life after total laryngectomy and pharyngolaryngectomy. *Braz J Otorhinolaryngol.*, 75(4), 556-564.
- Serra, S. (2007). *Fonoaudiología. Aproximaciones logopédicas y audiológicas*. Editorial Brujas.
- Silberman, P., Medina, A., Bazán, J. D., López, E., & Dursi, C. (2020). Políticas de planificación y gestión del talento humano del Ministerio de Salud de Argentina durante la pandemia

- de COVID-19. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12, 6-6. <https://ojsrasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/71>
- Schefold, J. C., Berger, D., Zürcher, P. , Lensch, M. , Perren, A. , Jakob, S. M. , Parviainen, II. , Takala, J. (2017). Disfagia en pacientes de UCI con ventilación mecánica (DYnAMICS): un ensayo observacional prospectivo. *Medicina de cuidados intensivos*, 45(12), 2061-2069.
- Torres Gallardo, B. (2015). La voz y nuestro cuerpo: un análisis funcional. *Revista De Investigaciones en Técnica Vocal*, 1, 40-58.
- Trovato, M., Rosa, M. y Brotzman G. (2018). *Manual de Fonoestomatología. Clínica de las Alteraciones en la Deglución-Alimentación en Niños y Adultos*. Editorial Akadia.
- Vargas-García, M. (2017). Repercusiones sociales de la disfagia: revisión sistemática. *Revista Colombiana De Rehabilitación*, 16(1), 32-39.
- Venegas, M., Navia, R., Fuentealba, I., de Medina, M. D., & Kunstmann, P. (2020). Manejo hospitalario de la persona mayor con disfagia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 50-64. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.09.005>
- Vergara, J., Lirani-Silva, C., Brodsky, M.B., Miles, A., Clavé, P., Nascimento, W. y Mourão, L.F. (2020). Influencia potencial de las disfunciones sensoriales olfativas, gustativas y faringolaríngeas en la fisiología de la deglución en COVID-19. *Otorrinolaringología – Cirugía de cabeza y cuello*. <https://doi.org/10.1177/0194599820972680>
- WHO, A. (1998). Health Telematics Policy: Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics. WHO.

EXPERIENCIAS DE LAS FONOAUDIÓLOGAS EN EL ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN PACIENTES ADULTOS POST COVID-19, FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LOS TRATAMIENTOS IMPLEMENTADOS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ENTRE LOS AÑOS 2020-2021.

INTRODUCCIÓN

La disfagia es una alteración funcional en la deglución. En la actualidad a raíz del virus SARS CoV-2, ha cobrado protagonismo debido a la alta incidencia en pacientes que presentaron los cuadros más graves de la enfermedad y requirieron asistencia mecánica respiratoria.

OBJETIVO

Analizar las experiencias de las Fonoaudiólogas en el abordaje de la disfagia en pacientes adultos post COVID-19, fortalezas y debilidades de los tratamientos implementados en la provincia de Buenos Aires entre los años 2020-2021.

MATERIALES Y MÉTODO

Investigación descriptiva, no experimental y transversal. Se trabajó sobre una muestra conformada por 13 profesionales Fonoaudiólogas que rehabilitan disfagia en pacientes adultos pos COVID-19 de la provincia de Buenos Aires, mediante una entrevista online con preguntas abiertas.

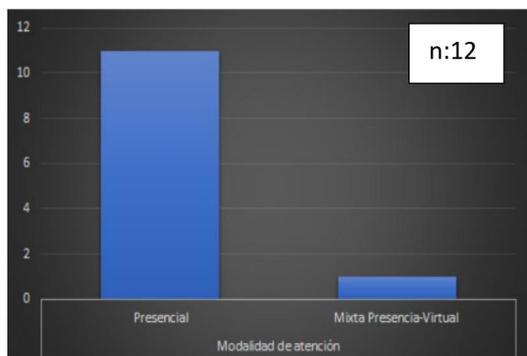
RESULTADOS

Las profesionales Fonoaudiólogas que respondieron la entrevista online, trabajan en su mayoría en equipo de trabajo interdisciplinario para el abordaje de los pacientes adultos con disfagia pos COVID. El tipo de modalidad de atención depende del grado de severidad. En relación a la sintomatología, la misma es similar a la observada en otros tipos de disfagia de diferente etiología, a excepción de los pacientes en estado crítico. Acerca de las debilidades en el tratamiento al inicio de la pandemia, se mencionó la falta de visitas de familiares, impactando negativamente en la evolución y el ánimo del paciente. En la actualidad, se destaca la posibilidad de ingreso de los familiares en el área de internación, mencionándose como una fortaleza, junto con la disponibilidad de mayor información.

CONCLUSIONES

La experiencia en el abordaje de pacientes con disfagia pos covid es positiva ya que en su mayoría presentaron una rápida recuperación.

Modalidad de atención



Fuente: Elaborado sobre datos de investigación

Grado de disfagia pos COVID que asistieron las Fonoaudiólogas, n:12.

| | LEVE | MODERADO | SEVERO |
|-----|------|----------|--------|
| F1 | | | |
| F2 | | | |
| F3 | | | |
| F4 | | | |
| F5 | | | |
| F6 | | | |
| F7 | | | |
| F8 | | | |
| F9 | | | |
| F10 | | | |
| F11 | | | |
| F12 | | | |

Fuente: Elaborado sobre datos de investigación



Tesis de Licenciatura

Fga. Gabriela Margarita Gimenez

2021