

Disfagia Post-intubación durante la pandemia de COVID-19. Revisión Contemporánea

Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak-Contemporary Review

Zofa Frajkova, Miroslav Tedla, Eva Tedlova, Magda Suchankova, Ahmed Geneid.

Dysphagia <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10139-6>.

Link de acceso libre a artículo original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255443/>.

RESUMEN

La enfermedad COVID-19 se caracteriza por insuficiencia respiratoria progresiva e incluso la muerte en una minoría de pacientes infectados. La progresión de la enfermedad hacia formas graves está frecuentemente asociada con el desarrollo del Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo (SDRA) y puede requerir alguna forma de soporte respiratorio, incluyendo intubación endotraqueal, ventilación mecánica y nutrición enteral a través de una sonda nasogástrica. Estas condiciones aumentan el riesgo de disfagia, aspiración y neumonía por aspiración.

El cuidado de pacientes con disfagia post intubación y COVID-19 tiene sus propias particularidades.

El objetivo de esta revisión es resumir la información y recomendaciones disponibles sobre el diagnóstico y manejo de la disfagia post intubación en pacientes con COVID-19.

Los mecanismos que causan el desarrollo de disfagia post intubación son los siguientes:

1. Traumatismos orofaríngeo y laríngeo.
2. Debilidad neuromuscular, la cual puede ser consecuencia de: a) prolongada falta de uso de estructuras durante la intubación de largo plazo, b) sedoanalgesia prologada, c) uso a largo plazo de bloqueantes neuromusculares.
3. Sensibilidad laríngea reducida, lo cual interfiere con los reflejos de protección de la deglución, y puede durar aproximadamente siete días luego de la extubación.
4. Alteración del sensorio, relacionado al desarrollo de delirium y/o atribuible al efecto residual de medicación narcótica y ansiolítica.
5. Reflujo gastroesofágico, cuyo riesgo de desarrollo se ve aumentado por la presencia de sonda para alimentación enteral, el decúbito, altas dosis de sedación, y el uso de agentes paralizantes.
6. Sincronización alterada de la respiración y la deglución.

Algunas medidas diagnósticas y terapéuticas de la disfagia se consideran procedimientos que generan aerosoles, por lo tanto, se recomienda modificar los procedimientos particulares limitando el uso de exámenes instrumentales de deglución. La videofluoroscopia sólo debería realizarse en pacientes con alto riesgo de aspiración/malnutrición en donde la alimentación por vía de excepción sea posible. El paciente se alimentará a sí mismo durante el examen.

Es necesaria la detección precoz de la disfagia post intubación para reducir la incidencia de complicaciones. No está establecido aun cuándo realizar este screening. Un estudio demostró que cuando el cribado se realizó 24 hs. después de la extubación, la penetración y la aspiración se redujeron significativamente. Esto sugirió que la función de la deglución mejoró significativamente durante el primer día después de la extubación.

En pacientes con COVID-19 se recomienda continuar utilizando luego de la extubación la herramienta de screening que se venía utilizando de acuerdo a las políticas de la UCI. Si no existiese una herramienta, recomendamos la prueba validada de Johnson et al¹.

El screening debería indicar la necesidad de mayor evaluación clínica o instrumental de la deglución. Como las pruebas instrumentales no están recomendadas en este escenario, podría realizarse una evaluación clínica por profesionales expertos, utilizando para ello el Equipo de Protección Personal (EPP) en todo momento, manteniendo la distancia de 2 metros siempre que sea posible, y evitando la palpación laríngea y la evaluación del reflejo tusígeno. Si el paciente no se encuentra en condiciones de comer vía oral, la recomendación es la colocación de una sonda nasogástrica y no una gastrostomía.

COMENTARIOS

Este artículo describe con claridad las causas de la disfagia post intubación. Explica la necesidad de evaluar a todo paciente que estuvo intubado, independientemente el tiempo de intubación. No aclara con precisión cuantas horas o días se debe esperar para realizar la evaluación deglutoria posterior a la extubación, pero sí que es mejor esperar al menos 24hs post intubación para realizarla. Indica la necesidad de utilización del EPP, y de que la evaluación se realice mediante pruebas clínicas y no instrumentales por su elevada generación de aerosoles. Recomienda que el screening sea realizado por una enfermera o profesional de la salud cercano al paciente mediante la prueba de detección validada de Johnson et al.¹ o con alguna otra herramienta de screening de uso habitual en la institución.

La atención del paciente con COVID-19 plantea un escenario de múltiples desafíos para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la disfagia. Tal como lo indican las guías ESPEN sobre manejo nutricional en pacientes con infección por SARS-CoV-2 , en los pacientes críticos en general “los trastornos deglutorios post-intubación podrían prolongarse por hasta 21 días, principalmente en los ancianos y luego de intubación prolongada, lo cual hace que esta complicación sea particularmente relevante para los pacientes con COVID-19”. De esta manera, es esperable una elevada incidencia de disfagia post-intubación en estos pacientes.

La imposibilidad de someter a los pacientes con riesgo de disfagia detectado por el tamizaje a una evaluación instrumental de la deglución es una limitante para obtener un diagnóstico certero de la severidad y grado de compromiso del trastorno deglutorio. Asimismo, en lo referido a la evaluación clínica de la deglución, la misma depende de profesionales con alto grado de expertice en la técnica, cuya disponibilidad puede no ser suficiente en todas las instituciones, sin mencionar que algunos procedimientos están no recomendados por el elevado riesgo de contagio que pueden implicar.

Resulta esencial una apropiada valoración del riesgo de disfagia en estos pacientes, y una correcta evaluación de la severidad y características de la misma en aquéllos en quienes se detecte. Subestimar la severidad del trastorno deglutorio puede implicar un aumento del riesgo de penetración, aspiración y neumonía aspirativa por provisión de alimentación con características inapropiadas; una sobreestimación de la severidad puede traducirse en una limitación innecesaria de las posibilidades de ingesta del paciente, con el consiguiente riesgo aumentado de malnutrición, en pacientes con un estado nutricional probablemente menoscabado durante su estancia en la UTI.

Las dificultades para una óptima atención del paciente por parte de profesionales que no forman parte del equipo esencial de salud constituyen otro desafío, sobre todo en los casos en que la teleatención no es posible, por falta de recursos tecnológicos o por incapacidad del paciente de participar en esa modalidad de comunicación. De esta manera, los profesionales de la salud encargados de la recuperación nutricional de estos pacientes debemos estar preparados para manejar un gran volumen de pacientes con

trastornos deglutorios y estado nutricional vulnerado, a quienes en muchos casos no podremos asistir en forma directa, y desarrollar alternativas de comunicación, apelando para ello al trabajo mancomunado con otros miembros del equipo de salud esencial.

Los miembros del equipo de salud esencial deben ser capaces de reconocer el rol irremplazable que tiene un correcto soporte nutricional en la recuperación de estos pacientes doblemente vulnerados, por la enfermedad crítica y por su trastorno deglutorio, independientemente de la vía por la cual se alimenten.

Las instituciones de salud deben estar preparadas para ofrecer alimentos y líquidos con textura modificada que ofrezcan alto valor nutricional y sean aceptables para los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

Miles A, et al. Dysphagia Care Across the Continuum: A Multidisciplinary Dysphagia Research Society Taskforce Report of Service-Delivery During the COVID-19 Global Pandemic. *Dysphagia*, <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10153-8>.

Barazzoni R, Bischoff SC, Krznaric Z, Pirlich M, Singer P, endorsed by the ESPEN Council, Espen expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with sars-cov-2 infection, *Clinical Nutrition*, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.022>.

Carretero Gómez J, Mafé Nogerole M, Garrachón Vallo F, Escudero Álvarez E, Maciá Botejara E, Miramontes González J, La inflamación, la desnutrición y la infección por SARS-CoV-2: una combinación nefasta, *Revista clínica española* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.07.007>.

Clavé P, et al. Procedimientos básicos para evaluar y tratar la disfagia orofaríngea en pacientes con infección por Covid-19. Opinión de expertos, guía práctica del Hospital de Mataró, Catalunya, España. V1 6 de abril 2020. https://furega.com/disfagia_covid-19/?lang=es.

Johnson KL, et al. Validation of a postextubation dysphagia screening tool for patients after prolonged endotracheal intubation. *American Journal of Critical Care*, March 2018, Volume 27, No. 2.

Lic. Ferreira María Laura

Lic. Freijo María Soledad

Lic. Rainieri María Daniela

Grupo Estudio Disfagia AANEP

¹ Herramienta de screening validada que puede ayudar a las enfermeras a determinar la capacidad de un paciente extubado para tragar después de una intubación endotraqueal prolongada.