



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

BiblioM@il

DISFAGIA

Resumen de las últimas publicaciones destacadas sobre el soporte nutricional enteral del **paciente adulto con disfagia**

Dra. Cristina de la Cuerda Compes

SEPTIEMBRE 2020





ÍNDICE



COVID-19
Postintubation Dysphagia During COVID-19
Outbreak-Contemporary Review

3

La **autora** de la búsqueda bibliográfica y contenido de **BiblioM@il Disfagia** es la **Doctora Cristina de la Cuerda Compes**, médico especialista en Endocrinología y Nutrición en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.



Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak-Contemporary Review

Zofia Frajkova, Miroslav Tedla, Eva Tedlova,
Magda Suchankova, Ahmed Geneid

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

Este artículo es una revisión sobre la disfagia en pacientes con COVID-19 que han requerido intubación endotraqueal. Aunque en estos momentos se desconoce la prevalencia real de disfagia en estos pacientes, se extrapolan datos de otros pacientes críticos, resaltando entre las causas generales de aparición de la disfagia y algunas causas específicas de estos pacientes como son los síntomas respiratorios y la baja función pulmonar.

Además, los autores establecen recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la disfagia en estos pacientes, basadas en el riesgo de contagio de la enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La infección por SARS-CoV-2 puede producir insuficiencia respiratoria grave en un porcentaje de pacientes que hace necesaria la ventilación mecánica y la intubación endotraqueal. Tanto la intubación como la ventilación mecánica se asocian a un mayor riesgo de disfagia. En pacientes con SDRA intubados se sabe que alrededor de un tercio presentan disfagia al fin de su hospitalización. Además, la disfagia aumenta la morbilidad y disminuye la calidad de vida de los pacientes.

Los factores predictivos de disfagia tras la extubación son, un tiempo de la ventilación mecánica mayor a 7 días, la edad, la presencia de cambios de voz y de disfagia previa.

CAUSAS DE LA DISFAGIA POSTINTUBACIÓN

Los 6 mecanismos que contribuyen a la disfagia postextubación son:

1. Trauma orofaríngeo y laríngeo

El proceso de intubación, la duración de la misma y las características del tubo influyen en el desarrollo de disfagia. La lesión orofaríngea puede afectar a las fases oral y faríngea de la deglución. La lesión en labios puede afectar al sello labial, puede haber pérdida de piezas dentales. Es frecuente que exista sequedad en la mucosa oral tras la intubación que impide la formación del bolo oral. La fase faríngea de la deglución puede verse afectada con alteración de la elevación de la hipofaringe y del cierre del esfínter laríngeo, debido a edema o lesiones estructurales (hematoma, ulceración, subluxación de los cartílagos aritenoides, lesión del nervio recurrente, etc). La parálisis de las cuerdas vocales puede ocurrir como consecuencia del tipo del tubo, tamaño del mango y la presión, calidad y duración de la intubación.

2. Debilidad neuromuscular

La deglución es un complejo mecanismo en el que intervienen más de 30 músculos y 6 pares craneales. La debilidad neuromuscular puede aparecer como consecuencia de la no movilización de estructuras durante la intubación prolongada, la sedoanalgesia utilizada y el uso de bloqueantes neuromusculares, entre otras causas.

La intubación puede causar atrofia de los músculos implicados en la deglución y mantiene abierta la glotis, inhibiendo los movimientos de los músculos faríngeos y laríngeos. La debilidad neuromuscular produce además descoordinación entre los músculos y nervios durante la deglución, que facilita la disfagia.

3. Disminución de la sensibilidad laríngea

La disminución de la sensibilidad laríngea y la disminución de las secreciones de la hipofaringe interfieren con los reflejos protectores de la deglución. Se producen alteraciones en los quimiorreceptores y mecanorreceptores del tracto respiratorio alto que pueden durar hasta 7 días tras la extubación. Esta alteración del impulso aferente retrasa el reflejo deglutorio y puede producir aspiración predeglutoria.

4. Alteración del nivel de conciencia

La alteración del nivel de conciencia y el delirio es otro mecanismo que puede conducir a la disfagia y a la aspiración. A ello contribuye el efecto residual de los narcóticos y ansiolíticos.

Los pacientes con alteración del nivel de conciencia tienen un 31% más de posibilidades de presentar aspiración.

5. Reflujo gastroesofágico

La aparición de reflujo gastroesofágico (RGE) se ve favorecida por la colocación de sonda nasogástrica que mantiene abierto el esfínter esofágico superior e inferior, posición en decúbito supino, dosis altas de sedación y uso de bloqueantes neuromusculares. El reflujo afecta la función del esfínter laríngeo y favorece la aspiración. Los pacientes con RGE crónico pueden presentar mayor riesgo de disfagia postintubación.

6. Alteración de la sincronización entre la respiración y la deglución

La respiración y la deglución están altamente coordinadas. Durante la deglución se interrumpe momentáneamente la respiración, debido al cierre de la laringe, la elevación del paladar blando, la inversión de la epiglotis, y la supresión a nivel del tronco encefálico. Al beber líquidos, la deglución se produce durante la exhalación y se produce una pausa respiratoria de unos 0,5-1,5 segundos. La ingesta de sólidos también cambia el ritmo respiratorio, reduciéndose el ciclo respiratorio durante la masticación. La deglución se produce también durante la exhalación pero la pausa respiratoria es más larga. La taquipnea favorece la disfagia. La disfagia se favorece por la descoordinación del cierre laríngeo, pausa de apnea y la apertura del esfínter esofágico superior.

La duración de la disfagia dependerá del mecanismo fisiopatológico predominante en cada caso. Generalmente las lesiones en la orofaringe y laringe se normalizan en unos días. Sin embargo, la debilidad neuromuscular puede persistir mucho tiempo. En los pacientes mayores el tiempo de recuperación suele ser más prolongado.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA DISFAGIA POSTINTUBACIÓN EN LA COVID-19

Además de los mecanismos de disfagia descritos, los pacientes con la COVID-19 presentan una reducida función pulmonar que limita la actividad física en la fase inicial de la rehabilitación. Algunos desarrollan fibrosis pulmonar, más grave en las personas mayores.

El diagnóstico y tratamiento de la disfagia debe hacerse evitando aquellos procedimientos que pueden generar aerosoles; por ejemplo, la evaluación con endoscopio flexible de la deglución debe evitarse. La videofluoroscopia sólo debería realizarse si hay grave riesgo de aspiración y desnutrición/deshidratación debido a la presencia de

disfagia e imposibilidad de nutrición artificial.

RECOMENDACIONES PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA POSTINTUBACIÓN EN PACIENTES CON LA COVID-19

- La disfagia es una complicación frecuente en los pacientes con intubación prolongada. En general se considera que un 56% de los pacientes presentarán disfagia tras 48 h de intubación endotraqueal.
- No se disponen todavía de datos sobre la prevalencia de disfagia postintubación en pacientes con la COVID-19. Sin embargo, es previsible que exista disfagia a corto y largo plazo debido a que este virus disminuye la función pulmonar y produce fibrosis en algunos pacientes.
- En estos pacientes, la valoración de la disfagia tendrá en cuenta el riesgo de contagio, por lo que se debe limitar el contacto directo con estos pacientes. Siempre que sea viable se hará un diagnóstico remoto y se darán recomendaciones generales para el manejo de la disfagia.
- Los tests de cribado de disfagia deberían ser realizados por enfermería.
- Se debería recoger información de la historia clínica del paciente o mediante la telemedicina para evitar el contacto físico con el paciente.
- Se debería utilizar el test de cribado de disfagia habitual de la Unidad, también en los pacientes con la COVID-19.
- En los pacientes con disfagia tras el cribado se recomienda utilizar sonda nasogástrica en lugar de gastrostomía endoscópica percutánea, por su simplicidad y el menor riesgo para el paciente y los profesionales sanitarios.
- Se recomienda utilizar equipos de protección individual, mantener 2 metros de

distancia con el paciente siempre que sea posible durante los procedimientos. Se debe evitar la palpación de la laringe y el reflejo tusígeno.

- Los tests diagnósticos instrumentales como la evaluación con endoscopio flexible de la deglución y la videofluoroscopia deberían limitarse por el riesgo de contagio al generar aerosoles, en este último caso es preferible que el propio paciente se administre las tomas durante la prueba.

