

Influencia de la Covid-19 en pacientes con disfagia

Trabajo de Fin de Grado de Logopedia

Autoras: Paula González Hernández y Laura Martín González

Tutores: Alberto Domínguez Martínez y Adelina Estévez Monzó

Resumen

Esta revisión teórica pretende conocer la importancia de la intervención logopédica en pacientes diagnosticados de Covid-19 que presentan disfagia postextubación. Para lograr este objetivo, se siguió el método PRISMA realizando una búsqueda en tres bases de datos (Google Scholar, PubMed y SciELO). En el procedimiento se utilizaron una serie de criterios de inclusión como la fecha de publicación entre 2019 y 2022. Se analizaron diferentes artículos relacionados con la influencia de la Covid-19 en pacientes que han desarrollado disfagia orofaríngea tras una intubación prolongada. Se ha llegado a la conclusión de que, el motivo principal que ha ocasionado la disfagia en los pacientes estudiados en esta revisión bibliográfica es la intubación prolongada. No obstante, no se han encontrado hallazgos significativos que demuestren una relación directa entre el aumento en los casos de disfagia y aquellos pacientes que padecen el SARS-CoV-2. Sin embargo, a raíz de la pandemia se ha incrementado el número de pacientes intubados, aumentando así los casos de disfagia.

Palabras clave: covid-19, disfagia y logopedia

Abstract

This theoretical review aims to know the importance of the speech therapy intervention in patients diagnosed with Covid-19, who present post-extubation dysphagia. In order to fulfill this goal, the PRISMA method was followed, carrying out a search in 3 different databases (Google Scholar, PubMed and SciELO). As a part of the procedure, several inclusion criteria were utilized, including a release date between 2019 and 2022. A handful of articles related with the influence of Covid-19 in patients with oropharyngeal dysphagia after a lengthy intubation were analyzed. In conclusion, the main cause of dysphagia in the patients investigated in this theoretical review is the prolonged intubation. However, any meaningful finding regarding a direct connection between the rise of dysphagia cases and the patients that suffer from SARS-CoV-2 was discovered. Nevertheless, due to the pandemic, the number of intubated patients has been increased, causing a rise of the amount of dysphagia cases

Keywords: covid-19, dysphagia and speech therapy

Introducción

La alimentación es una función básica, un proceso primordial y necesario para los seres humanos que nos permite tanto la supervivencia, como el desarrollo y el crecimiento. Para asegurar un funcionamiento eficiente es necesario el trabajo conjunto de los órganos, sistemas y tejidos, así se garantiza que el proceso de alimentación sea correcto (Martínez, 2012).

La disfagia se define como la dificultad para deglutir debido a una afectación en una o más fases de la deglución, dificultando la llegada del bolo alimenticio desde la boca al estómago (Rodríguez, 2020). Su prevalencia oscila entre un 30-60% en enfermos neurológicos y ancianos (Velasco y García-Peris, 2009). La gravedad de la disfagia puede verse afectada por alteraciones orales y/o faríngeas, llegando a provocar en el paciente distintas consecuencias, entre ellas podemos encontrar la dificultad a la hora de alimentarse, puesto que impide ingerir ciertos alimentos (Daniels, 2006). Esto puede desencadenar desnutrición, deshidratación y/o infecciones respiratorias. (Alcalde, 2020).

La disfagia guarda estricta relación con la deglución, por ello, es importante conocer en qué consiste este proceso.

La deglución es un proceso neuromuscular, en el que se traslada saliva y sustancias sólidas o líquidas desde la cavidad oral hacia el estómago, mediante la coordinación de estructuras orofaríngeas (Munyo et al. 2020).

Para llevar a cabo un análisis más detallado, Rodríguez (20200), afirma que la deglución consta de cuatro fases que abarcan respuestas voluntarias e involuntarias:

En primer lugar, la fase oral preparatoria en la que, gracias al sellado labial, saliva, lengua y mandíbula, se produce la masticación y formación del bolo alimenticio de manera voluntaria.

En segundo lugar, se produce la fase oral de transporte, se trata de un proceso voluntario, en el que mediante un movimiento lingual se transporta el bolo alimenticio hacia la faringe.

A continuación, la fase faríngea, que es involuntaria y comprende varios procesos desde el paso a través del istmo de las fauces (comunicación entre la cavidad bucal y la bucofaringe), hasta que el bolo traspasa el esfínter esofágico superior (EES).

Por último, se produce la fase esofágica, donde debido a las ondas peristálticas producidas por la contracción de las capas musculares esofágicas, el bolo alimenticio pasa desde el EES hasta el estómago.

La deglución debe cumplir dos requisitos. En primer lugar, debe ser eficaz, permitiendo ingerir calorías y agua para un buen estado de hidratación y nutrición. Además, debe ser seguro, para no provocar complicaciones respiratorias (Alcalde y Rodríguez, 2020).

Existen varios tipos de disfagia y, según Daniels (2006), se pueden catalogar de diferentes maneras: según su localización anatómica, su origen o según la etapa de la deglución que se vea afectada.

Rodríguez, 2020 clasifica los tipos de disfagia en orofaríngea y esofágica. La disfagia orofaríngea ocurre al inicio de la deglución, pues supone la dificultad de la llegada del bolo alimenticio al estómago. Compone casi el 80% de las disfgias diagnosticadas.

Por otro lado, la disfagia esofágica ocurre una vez que el bolo alimenticio llega al esófago, dando la sensación de que se detiene en este lugar. Los trastornos de la propulsión, el compromiso peristáltico, las lesiones circunferenciales y la inhibición de la deglución esofágica, son algunas de las causas de la disfagia esofágica. A diferencia de la orofaríngea, este tipo de disfagia supone el 20%.

La fisiopatología de la disfagia puede dividirse en dos tipos, la disfagia orgánica, en la que se presentan alteraciones de la anatomía de la zona aerodigestiva, llegando a producir obstrucciones internas o externas. Por otro lado, la disfagia funcional, en la que se presentan alteraciones neuromusculares que entorpecen la realización y coordinación de la variedad de movimientos que intervienen en la deglución. (Daniels 2006).

Cabe destacar que la disfagia se considera una sintomatología presente en diversas enfermedades. Por consiguiente, las causas pueden ser tanto anatómicas o estructurales (20%) como derivadas de enfermedades neuromusculares (80%) (Carrillo y Gárate, 2018).

Según Carrillo y Gárate (2018), las causas anatómicas o estructurales comprenden alteraciones congénitas, tumores orales, faríngeos, laríngeos y esofágicos, patologías cervicales y estenosis laríngea posquirúrgicas o radioterápicas. Sin embargo, las causas derivadas de enfermedades neuromusculares pueden ser: enfermedades del sistema nervioso central, enfermedades aisladas de los nervios craneales, enfermedades de la musculatura lisa o estriada de la deglución y alteraciones del esfínter esofágico superior como disfunción cricofaríngea.

La disfagia puede ocasionar dos tipos de complicaciones. En primer lugar, la disminución de la eficacia de la deglución puede producir malnutrición y/o deshidratación. Otra de las complicaciones es, la disminución de la seguridad de la deglución, lo que provocaría un atragantamiento, además de alteraciones, como la obstrucción de la vía aérea superior, que puede ocasionar neumonía en el 50% de los casos (Veitía, 2009).

El diagnóstico de la disfagia depende del trabajo multidisciplinar entre profesionales, como médicos de diferentes especialidades, enfermeras, logopedas, dietistas y cuidadores. Los objetivos de este equipo deben ser la detección temprana de los pacientes en riesgo de presentar disfagia con o sin aspiración, diagnosticar cualquier alteración médica, quirúrgica, e incluso estructural, que pueda ser responsable de ocasionar disfagia y que tenga un tratamiento específico para poder así seleccionar las estrategias terapéuticas más adecuadas para conseguir

una deglución segura y eficaz, e incluso indicar una alimentación alternativa a la oral (Velasco et al. 2012).

El tratamiento de la disfagia es abordado por diferentes profesionales, pues muchas veces tiene un componente quirúrgico o farmacológico, además del componente logopédico, este es muy común en los pacientes que sufren esta patología (Oriol, 2017).

Oriol (2017), afirma que, dentro de las herramientas del logopeda para tratar la disfagia, encontramos:

- Ejercicios miofuncionales y de control respiratorio
- Electroestimulación y vendaje neuromuscular
- Técnicas deglutorias y de incremento sensorial, como el análisis acústico de los sonidos de la deglución
- Maniobras posturales

Además, es importante conocer de forma complementaria las adaptaciones que se deben aplicar en la dieta.

Disfagia y Covid-19

La aparición de la Covid-19 ha provocado grandes inconvenientes en la sanidad, siendo uno de ellos el efecto que tiene sobre la incidencia de la disfagia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Covid-19 como una dolencia infecciosa causada por el SARS-CoV-2, un virus descubierto recientemente, tras el brote iniciado en Wuhan (China), en el año 2019.

Los síntomas principales encontrados en pacientes leves positivos de Covid-19, pueden ser fiebre, tos, disnea, escalofríos, dolor de garganta, diarrea, vómitos y otros síntomas respiratorios (Madrigal, 2021).

A pesar de que la Covid-19 provoca diferentes síntomas, mencionados anteriormente, el más común es el síndrome de dificultad respiratoria aguda, por lo que la mayoría de los pacientes hospitalizados requieren asistencia respiratoria, intubación endotraqueal, ventilación mecánica y nutrición enteral (Madrigal et al. 2021). La gran parte de las hospitalizaciones causadas por la Covid-19, se deben a una afectación grave, condicionada por la edad del paciente, así como por la existencia de patologías previas como pueden ser enfermedades respiratorias, cardiovasculares o diabetes (Lima Araújo et al, 2020).

Lima Araújo et al. (2020) afirman que la transmisión de la Covid-19 deriva del contacto con secreciones orales, nasofaríngeas y respiratorias, en las que se incluye la saliva, el esputo, la mucosidad y los aerosoles, siendo estos los agentes de mayor desprendimiento viral en la etapa inicial del síndrome respiratorio, afectando al tracto respiratorio superior.

Mao et al. (2020) exponen que la deglución depende de una extensa red neuronal, afirmando que los pacientes con Covid-19 pueden presentar disfagia debido a diferentes factores que afecten a esta red neuronal y sus efectores. Existen tres causas importantes que provocan disfagia orofaríngea a pacientes intubados por Covid-19 hospitalizados en unidades de cuidados intensivos: el diagnóstico, las comorbilidades previas y el tratamiento en UCI que puede originar disfagia postextubación (Dziewas y Warnecke, 2020).

La compresión del nervio laríngeo recurrente por el balón del tubo endotraqueal, que produce la reducción de habilidades del paciente para manejar sus secreciones, proteger la vía aérea y deglutir, es una de las causas de la disfagia postextubación. El trauma orofaríngeo y/o laríngeo, la neuromiopatía del paciente crítico, el reflujo gastroesofágico, el compromiso de conciencia, la reducción de la sensibilidad faringolaríngea y la disincronía entre la respiración y la deglución, también son causantes de la disfagia postextubación (Fernández et al. 2020).

Según Fernández et al. (2020), generalmente, los casos de Covid-19 de alta gravedad, son inmovilizados e intubados, estas acciones pueden provocar disfagia. Sin embargo, también

se puede originar disfagia en los casos menos graves que no requieren una intubación, pero sí inmovilización, teniendo en cuenta la edad y las patologías previas.

Dziewas et al. (2020) afirman que, alrededor del 5% de los pacientes con Covid-19 requieren tratamiento en la unidad de cuidados intensivos (UCI), a su vez, una alta proporción de ellos necesitan ventilación mecánica prolongada, como hemos comentado anteriormente, se puede producir disfagia después de la extubación. Esta dificultad afecta a más del 10% de los pacientes y aproximadamente, la mitad de ellos continúan sufriendo disfagia tras el alta hospitalaria.

Debido a la incrementación del número de casos de disfagia producidos durante la pandemia de SARS-CoV-2, este trabajo pretende comprobar la importancia de la intervención logopédica en pacientes con Covid-19 que presentan disfagia tras una extubación.

Cabe destacar que, se trata de un tema de actualidad del que aún no existen numerosos estudios, sin embargo, hay diversas investigaciones que afirman que la pandemia ha creado nuevas necesidades en el desarrollo de la actividad asistencial logopédica (Chadd et al. 2021; Bolton et al. 2020; Lima Araujo et al. 2020; Rouse and Regan, 2021).

Por lo tanto, los logopedas tienen un rol fundamental frente a la Covid-19 y aquellos pacientes que sufren disfagia, en sus manifestaciones y niveles de gravedad (Talleda et al. 2020).

El objetivo general de este estudio es realizar una revisión teórica sobre la importancia de la intervención logopédica en pacientes con Covid-19 que presentan disfagia.

En esta revisión bibliográfica, se busca de manera específica:

- Conocer la evaluación de la disfagia tras una intubación prolongada.
- Identificar las diferentes evaluaciones que se llevan a cabo en pacientes que presentan disfagia post Covid-19.

Método

La metodología de este estudio se basó en el método PRISMA, utilizado para realizar revisiones sistemáticas (Moher et al. 2009).

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la relación existente entre la Covid-19 y la disfagia. La búsqueda se hizo a través de las siguientes bases de datos: Google Scholar, PubMed y SciELO. Las palabras clave utilizadas fueron “Covid-19, Dysphagia and Speech Therapy” en inglés y “Covid-19, Disfagia y Logopedia”, en español.

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Artículos publicados entre los años 2019 y 2022, exceptuando cinco estudios que sirvieron para completar el marco teórico.
- Artículos escritos en inglés y en español.
- Artículos de acceso gratuito.
- Artículos que cumplan con el objetivo de nuestro estudio.

Así mismo, los criterios de exclusión fueron:

- Artículos publicados antes del año 2019.
- Artículos en idiomas que no fueran inglés o español.
- Artículos con acceso restringido.
- Artículos que no cumplieran el objetivo de esta revisión.

A continuación, se realizó una preselección de los artículos de las diferentes bases de datos. Concretamente, podemos hablar de 9 artículos encontrados en SciELO, 217 artículos hallados en PubMed y por último 655 artículos que pertenecen a Google Académico. Por lo tanto, los artículos preseleccionados suman un total de 881.

Tras una comprobación inicial filtrada por el título, fueron eliminados 831 artículos. De los 50 restantes, se realizó una lectura del abstract y se seleccionaron 30 artículos y se eliminaron otros 20 ya que no cumplían con los criterios establecidos. Posteriormente, se

eliminaron 10 artículos que no tenían acceso al texto completo, quedando 20 para su lectura completa y análisis.

Finalmente, una vez leídos los 20 artículos a texto completo se excluyeron 12 artículos, quedando 8 para la extracción de datos y análisis

A continuación, se detalla el proceso de selección de los artículos, mediante un diagrama de flujo.

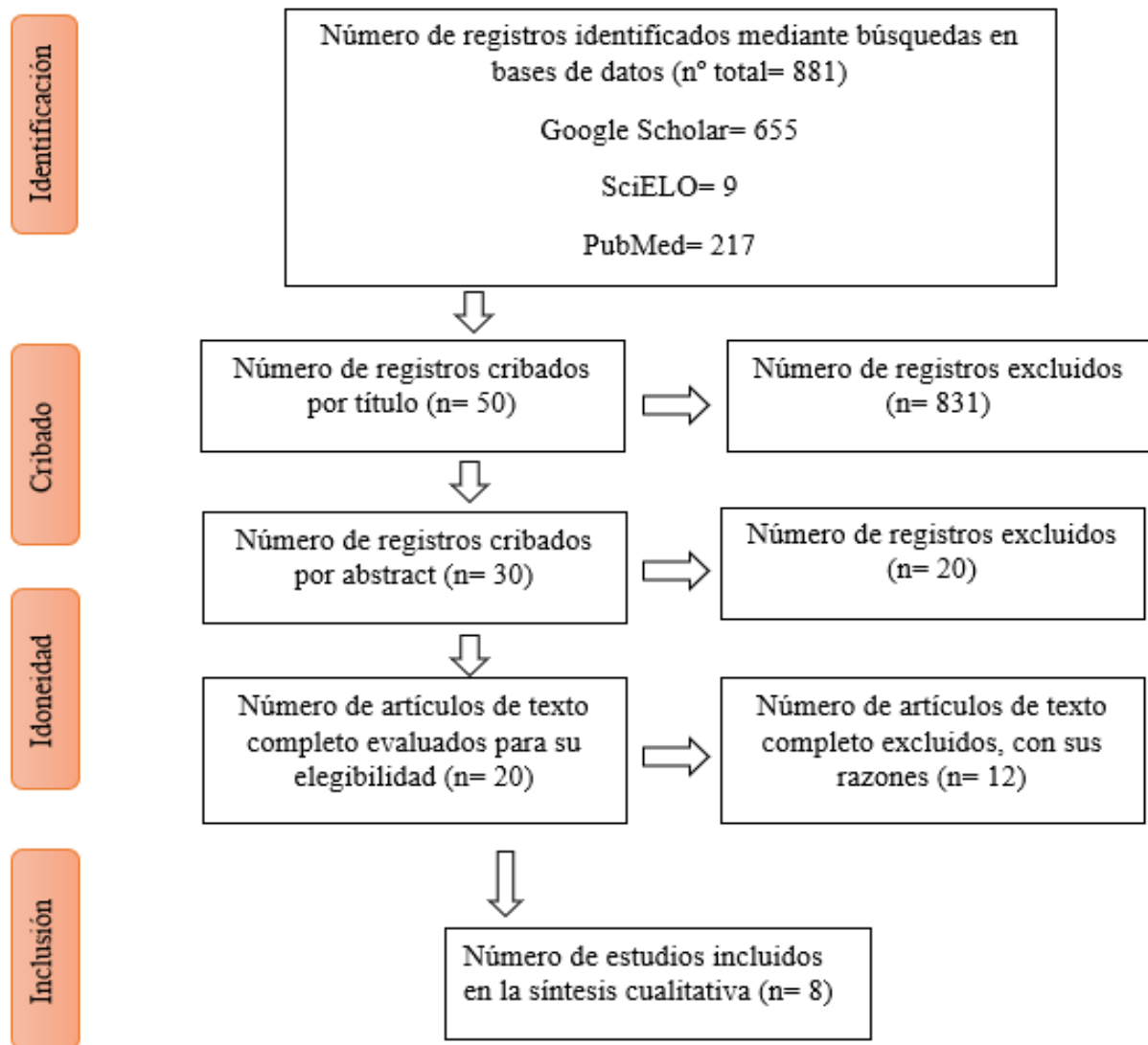


Figura 1

Procedimiento de revisión sistemática (diagrama de flujo)

Se extrajo información detallada de cada uno de los ocho artículos utilizando un cuadro de extracción de datos (véase en *cuadro 1*).

Resultados

Se han identificado 8 artículos en los que se desarrollan, las causas de sufrir disfagia orofaríngea tras una intubación prolongada, así como las consecuencias de la misma, teniendo en cuenta el punto de vista logopédico.

El cuadro 1 se organiza en siete columnas. En la primera, se reflejan los autores y el año de publicación de los artículos seleccionados, en la segunda columna, podemos observar el tipo de estudio, pudiendo ser una revisión bibliográfica, un estudio de un caso único o un estudio observacional. En tercer lugar, se expone el tipo de muestra que tienen los artículos, cabe destacar que, algunos de ellos no contienen muestra. En la cuarta columna, se refleja la relación existente entre la disfagia y la intubación por Covid-19. En quinto lugar, se enumeran las diferentes evaluaciones realizadas en los diferentes estudios. Posteriormente, se muestran los resultados obtenidos y, por último, se desarrollan las conclusiones.

Tabla 1*COVID-19 Y DISFAGIA POSTEXTUBACIÓN*

AUTOR (AÑO)	TIPO DE ESTUDIO	TIPO DE MUESTRA	DISFAGIA POSTEXTUBACIÓN	EVALUACIÓN LOGOPÉDICA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Vergara et al. (2020)	Revisión bibliográfica	-	La ventilación mecánica invasiva, como la intubación orotraqueal prolongada, pueden provocar lesiones laríngeas y/o disfagia hasta en el 94 % de los casos. También puede ocasionar traqueotomía, uno de los factores de riesgo para la disfagia.	Evaluación clínica de la deglución Evaluación instrumental Evaluación fibroendoscópica flexible de la deglución	La investigación realizada en el Hospital Mataró de Cataluña, expone que el 50% de los pacientes hospitalizados por Covid-19 sufren disfagia.	No se encontraron artículos científicos relacionados con el tratamiento de los pacientes con disfagia y Covid-19. Cabe destacar que la evaluación clínica es crucial para llegar a un diagnóstico claro de disfagia

De Lima et al. (2020)	Estudio observacional	Existen dos muestras, una perteneciente a 101 pacientes con intubación diagnosticados de Covid (66 hombres y 35 mujeres). Por otro lado, 150 pacientes con intubación sin diagnóstico de Covid (82 hombres y 68 mujeres).	Teniendo en cuenta que debe existir coordinación entre la deglución y la respiración se considera que los pacientes diagnosticados de Covid-19 tienen riesgo de disfagia.	Protocolo de evaluación del riesgo de disfagia (DREP) Escala ASHA NOMS (escala de 7 niveles para la evaluación de la severidad de la disfagia)	En cuanto a los pacientes con Covid-19, se encuentran 20 personas entre los niveles 1 y 3; 54 personas entre los niveles 4 y 5; y 71 personas entre los niveles 6 y 7, de la escala ASHA. Por otro lado, los pacientes sin Covid-19, se encuentran 60 personas entre los niveles 1 y 3; 39 personas entre los niveles 4 y 5; y 78 personas entre los niveles 6 y 7, de la escala ASHA.	La disfagia afecta a los pacientes con diagnóstico de Covid-19 hospitalizados e intubados en la UCI, sin encontrar diferencias significativas, entre estos pacientes y los que no sufren Covid-19. Los pacientes con Covid-19 permanecieron intubados más tiempo y necesitaron menos sesiones de rehabilitación de la deglución para volver a una alimentación oral segura.
-----------------------	-----------------------	---	---	--	--	---

<p>Dziewas et al. (2020)</p>	<p>-</p>	<p>Más del 10% de los pacientes hospitalizados sufren disfagia después de la extubación. Una vez recibida el alta hospitalaria, aproximadamente, la mitad de ellos continuaron sufriendo disfagia. Alrededor del 5% de los pacientes con Covid-19 requieren tratamiento en la UCI y una alta proporción necesitan ventilación mecánica prolongada, por ello, tras la extubación se produce disfagia.</p>	<p>Evaluación instrumental Evaluación fibroendoscópica de la deglución (FEES)</p>	<p>Más del 10% de los pacientes con Covid-19 sufren disfagia tras la extubación.</p>	<p>Tras evaluar la disfagia y llevar a cabo las intervenciones pertinentes, es recomendable brindar un tratamiento personalizado a cada paciente.</p>
------------------------------	----------	--	---	--	---

Aoyagi et al. (2020)	Caso único	Hombre de 70 años con disfagia y neumonía por aspiración durante la recuperación de la Covid-19.	Este estudio, analiza el primer caso de disfagia orofaríngea asociada a la Covid-19.	Evaluación fibroendoscópica de la deglución (FEES) Videofluoroscopia (VFS)	Se encontró aspiración silente, disfunción contráctil del mesofaringe y una alteración de la sensibilidad faringolaríngea.	La disfagia fue consecuencia de una lesión neurológica provocada por la Covid-19. Sin embargo, la intubación prolongada pudo agudizar la dificultad. No se relaciona con una lesión musculoesquelética.
----------------------	------------	--	--	--	--	---

Frajkova et al. (2020)	Revisión bibliográfica	-	<p>La intubación endotraqueal aumenta el riesgo de disfagia.</p> <p>Un tercio de los pacientes intubados padecen disfagia tras la Covid-19.</p> <p>La disfagia postextubación se asocia al tiempo que pasa el paciente con la ventilación mecánica.</p>	<p>Evaluación fibroendoscópica flexible de la deglución (FEES).</p>	<p>A pesar de que, los datos sobre la incidencia y los riesgos de disfagia asociados a la Covid-19 aún no estaban disponibles en el momento de la investigación, los autores suponen que estos pacientes tienen un alto riesgo.</p> <p>La aparición de disfagia tras Covid-19 se debe a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismos orofaríngeos y laríngeos - Debilidad neuromuscular - Reducción de la sensibilidad laríngea 	<p>El riesgo de sufrir disfagia se debe a la intubación y la ventilación mecánica.</p> <p>Un tercio de los pacientes intubados por la Covid-19 continuaban sufriendo disfagia tras el hospitalaria.</p> <p>En la evaluación de la deglución tras la extubación, el riesgo de disfagia se asoció, principalmente, con el babeo, la deglución múltiple, la tos y el cambio de voz durante la deglución.</p> <p>Es necesario evaluar la deglución antes de la primera ingesta oral, en los pacientes que han sufrido intubación prolongada.</p> <p>Es aconsejable emplear las pautas utilizadas por el servicio</p>
------------------------	------------------------	---	---	---	--	--

- Alteración de la sensibilidad médico, para evaluar la disfagia.
- Reflujo gastroesofágico Es necesario utilizar una sonda nasogástrica, en caso de que el paciente no sea capaz de alimentarse oralmente.
- Alteración de la coordinación entre la respiración y la deglución Es imprescindible limitar el uso de FEES y VFS en pacientes positivos en Covid-19 debido a la generación de aerosoles. Únicamente debe realizarse la VFS, en pacientes con alto riesgo de aspiración o malnutrición.

Fernández et al. (2020)	Revisión bibliográfica	-	<p>La incidencia de la disfagia tras una extubación oscila entre el 3 y el 62%.</p> <p>La intubación prolongada en una unidad de cuidados intensivos (UCI) aumenta el riesgo de desarrollar disfagia.</p>	<p>Evaluación clínica</p> <p>Evaluación instrumental mediante videofluoroscopia</p> <p>Evaluación fibroendoscópica de la deglución.</p> <p>Evaluación de higiene oral</p> <p>Evaluación nutricional</p> <p>Obtener información sobre los síntomas del paciente a través de la escala eating assessment tool-10 (EAT-10), y evaluar la cognición y comunicación.</p>	<p>El 25% de los pacientes sufren aspiración silente postextubación.</p> <p>En un estudio realizado en Brasil, un 18% de los pacientes necesitaron una vía alternativa de alimentación. Sin embargo, un 53% tuvo una deglución segura, con medidas compensatorias tras la extubación</p>	<p>Es posible que los pacientes afectados por el virus sufran disfagia, debido a la afectación que produce la Covid-19 en diferentes factores de la red neuronal.</p> <p>Los pacientes con patologías respiratorias y/o que han sido sometidos a ventilación mecánica, incluidos los pacientes con Covid-19, sufren alteraciones en la coordinación respiración-deglución.</p>
-------------------------	------------------------	---	---	---	--	--

De Vicentis et al. (2021)	Caso único	Hombre de 66 años, desarrolló una disfagia severa durante su hospitalización por Covid-19.	<p>La posibilidad de sufrir disfagia tras la extubación se encuentra entre el 3 y el 62%.</p> <p>La duración de la intubación aumenta la prevalencia de la disfagia.</p> <p>El tubo endotraqueal puede desencadenar traumatismos en la faringe y/o laringe.</p> <p>La intubación puede provocar atrofia muscular por desuso debido a la sedación prolongada.</p>	<p>Evaluación específica de deglución.</p> <p>Evaluación del manejo de secreciones.</p> <p>Evaluación diaria en el almuerzo.</p> <p>Evaluación instrumental</p>	<p>Después de recibir el alta hospitalaria, el paciente comenzó una alimentación normal, sin ninguna restricción.</p> <p>El logopeda propuso una serie de ejercicios para que el paciente los realizara diariamente.</p> <p>Dos meses después de recibir el alta hospitalaria, el otorrinolaringólogo autorizó la extracción de la gastrostomía endoscópica percutánea.</p>	<p>El estudio de este caso muestra que la disfagia tras Covid-19 no siempre es leve y puede causar complicaciones graves.</p> <p>Por lo tanto, este estudio recomienda no depender únicamente de una sola evaluación y pruebas de detección, sino asistencia de rehabilitación logopédica, monitoreando el desempeño de las comidas, especialmente en pacientes con alto riesgo de disfagia.</p> <p>Además, es importante empezar un tratamiento rehabilitador de manera precoz.</p>
---------------------------	------------	--	--	---	---	--

González et al. (2021)	Estudio observacional analítico	28 pacientes hospitalizados por Covid-19, que fueron trasladados al departamento de patología del habla y del lenguaje, tras una ventilación mecánica invasiva.	Es frecuente sufrir disfagia tras una intubación o ventilación mecánica. La ventilación mecánica invasiva y la duración de la intubación son factores de riesgo cruciales para la disfagia. La frecuencia de disfagia oscila entre el 3 y el 62%	Evaluación de la deglución en la cama Escala funcional de ingesta oral (FOIS) Evaluación endoscópica flexible de la deglución o videofluoroscopia	Al inicio del estudio, el 71% de los pacientes presentaba disfagia debido a una ventilación mecánica invasiva, además, eran personas mayores con mayor incidencia de hipertensión. Se encontró una relación negativa entre la alteración de la deglución y el número de días en la UCI.	La disfagia en pacientes con Covid-19 está relacionada con la ventilación mecánica invasiva y al número de días en la UCI.
------------------------	---------------------------------	---	--	---	---	--

Discusión

El objetivo principal de este estudio es recoger información sobre la importancia de la intervención logopédica en pacientes con Covid-19 que presentan disfagia. Para ello, se ha realizado una búsqueda de diversos artículos, con evidencia científica, relativos a la aparición de disfagia orofaríngea en pacientes diagnosticados de Covid-19. Cabe destacar que, son numerosas las investigaciones realizadas sobre el SARS-CoV-2, sin embargo, el número de artículos sobre la disfagia post Covid-19 en el área de logopedia, es reducido.

Los artículos analizados en esta revisión bibliográfica tienen en común que los pacientes propensos a la disfagia se encuentran en un estadio avanzado del virus y se encuentran intubados en la unidad de cuidados intensivos.

El artículo de Dziejewas et al. (2020), afirma que alrededor del 5% de los pacientes con Covid-19 necesitan tratamiento en la unidad de cuidados intensivos. Asimismo, un alto porcentaje requiere ventilación mecánica prolongada, causando así, el 10% de los casos de disfagia orofaríngea postextubación.

El artículo de Fernández et al. (2020) obtiene los siguientes resultados: el 25% de los pacientes presenta aspiración silente postextubación. Además, el estudio cuenta con una muestra de 101 sujetos, en la que el 18% de los pacientes necesitó una vía alternativa de alimentación después de la extubación. Por otra parte, el 53% de los sujetos tuvieron una deglución segura, sin embargo, necesitaron sesiones logopédicas para adquirir medidas compensatorias deglutorias.

Hemos analizado el artículo de Vergara et al. (2020), observando que, según un estudio realizado en Cataluña, existe una prevalencia, superior al 50%, de disfagia entre los pacientes hospitalizados por la Covid-19, como consecuencia directa de la intubación. Cabe destacar que,

debido a la intubación orotraqueal prolongada en pacientes post Covid-19, la presencia de complicaciones laríngeas puede afectar la protección de las vías respiratorias y disminuir la sensibilidad laríngea.

El artículo de Frajkova et al (2020), revela los mecanismos o causas más frecuentes que interfieren en la aparición de la disfagia post Covid-19 tras la extubación, en las que se encuentran el traumatismo laríngeo-faríngeo, la debilidad neuromuscular, la reducción de la sensibilidad laríngea, el reflujo gastroesofágico y el deterioro de la sincronización de la respiración y la deglución.

El artículo de Fernández et al. (2020), expone una idea muy parecida a la de los autores anteriores, sobre las causas más frecuentes de la alteración en la mecánica deglutoria, añadiendo nuevas causas como el trauma orofaríngeo y/o laríngeo, el reflujo gastroesofágico, compromiso de conciencia (por la patología y/o sedación), la reducción de la sensibilidad faringolaríngea, la disincronía respiración/deglución como consecuencia de la ventilación mecánica y la compresión del nervio laríngeo recurrente.

Concluyendo de forma general que, según estos artículos las intubaciones prolongadas ocasionarán en estos pacientes:

- Patologías faríngeas, laríngeas y traqueales.
- Cambios significativos en la función motora y entrada sensorial a la faringe y laringe.
- Retraso en el disparo deglutorio.

Una conclusión muy importante que expone De Vicentis et al (2021) es, que, si no identificamos a tiempo la presencia de disfagia en un paciente grave de una patología pulmonar, y el paciente presenta alteraciones de la seguridad durante la deglución, las consecuencias de una neumonía aspirativa sobre un pulmón dañado, pueden ser devastadoras, aumentando la estadía hospitalaria y la mortalidad.

A diferencia de los artículos previos, en el artículo de Aoyagi et al. (2020), la etiología de la disfagia en un paciente diagnosticado de Covid-19, está relacionada con una lesión neurológica provocada por este virus. Sin embargo, el largo periodo de intubación podría haber agravado esta afección.

Por otra parte, las evaluaciones logopédicas realizadas con pacientes que presentan disfagia por Covid-19 suelen ser complejas, como específica el estudio de Fernández et al. (2020), emplean técnicas de evaluación como la evaluación clínica, evaluación instrumental mediante videofluoroscopia, la evaluación fibroendoscópica de la deglución, y por último evaluación de higiene oral y nutricional. Para llevar a cabo la rehabilitación, Fernández et al. (2020), sugiere obtener información del paciente sobre sus síntomas aplicando escalas como la eating assessment tool-10 (EAT-10), además de evaluar la cognición, comunicación y su estatus de ingesta actual.

La investigación de González et al (2021), emplea en su estudio diferentes técnicas de rehabilitación logopédica como la Evaluación de la deglución al lado de la cama, la Escala funcional de ingesta oral (FOIS) y la evaluación endoscópica flexible de la deglución o videofluoroscopia, además de recomendaciones ofrecidas por el logopeda en cuanto a la ingesta oral de alimentos (dieta oral).

Por último, a diferencia de los pacientes intubados sin diagnóstico Covid-19, según De Lima et al (2020), aquellos que sí estuvieron intubados por Covid-19, tendrán una rehabilitación logopédica diferente. Se recomienda no utilizar tratamientos activos, por el riesgo de generación de aerosoles, implicando, por tanto, no realizar estimulación sensorial, ni maniobras que puedan generar tos, como la deglución supraglótica, o que requieran coordinación respiración-deglución. Exceptuando lo mencionado anteriormente, se utilizarán métodos y técnicas iguales para ambos casos.

Conclusión

En esta revisión teórica se analizan diferentes artículos sobre la influencia de la Covid-19 en pacientes que han desarrollado disfagia orofaríngea tras una intubación prolongada. Se ha llegado a la conclusión de que existe un incremento del número de casos de disfagia producidos durante la pandemia de SARS-CoV-2.

Los diversos estudios hacen referencia a que, un alto porcentaje de los pacientes hospitalizados por la Covid-19 presentan disfagia a consecuencia de una intubación prolongada en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Cabe destacar que, la mayoría de los artículos mencionan los mecanismos y causas más frecuentes que contribuyen a la aparición de la disfagia post Covid-19 tras la extubación, en las que podemos encontrar el reflujo gastroesofágico, el traumatismo laríngeo-faríngeo, la reducción de la sensibilidad laríngea, la debilidad neuromuscular y el deterioro de la sincronización de la respiración y la deglución.

Tras analizar los diferentes artículos, destacamos que no existen diferencias significativas entre aquellos pacientes intubados diagnosticados de Covid-19 y los pacientes intubados sin este diagnóstico. Concluyendo que, la causa de la disfagia recae en la intubación prolongada, descartando la Covid-19 como causante de esto. Sin embargo, como consecuencia de la pandemia de SARS-CoV-2, se ha producido un mayor número de intubaciones, incrementando así el número de casos de disfagia respectivamente.

Existen numerosos estudios científicos relacionados con la Covid-19, sin embargo, es fundamental seguir investigando sobre la relación que existe entre este virus y la logopedia.

Para finalizar, tras analizar la información recogida, decidimos sintetizar una serie de recomendaciones para llevar a cabo la intervención con estos pacientes:

El tratamiento de la disfagia se basa en conseguir una deglución segura y eficaz. Para determinar esto, es recomendable realizar una correcta valoración del grado de disfagia del paciente, mediante una serie de pruebas específicas (Alcalde y Rodríguez, 2020).

Debemos adaptar la rehabilitación a estos pacientes con Covid-19, por esto surgen algunas modificaciones en el tratamiento con estos usuarios. Destacando ciertos cambios en la duración y frecuencias de las sesiones de tratamiento, el tipo de intervención ofrecida y algunas modificaciones en el ambiente de la terapia.

En primer lugar, se recomienda una revisión en profundidad del historial clínico del usuario, es decir, su estado actual en relación a la Covid-19 y el informe hospitalario.

A continuación, se aconseja la observación del número de degluciones que hace el usuario, los cambios de la calidad vocal y su frecuencia respiratoria. Además de llevar a cabo una evaluación de la deglución, siendo prudentes y comenzando con consistencias seguras para evitar la tos (Talleda et al., 2020). Es por esto que, se recomienda utilizar estrategias compensatorias, en lugar de estrategias agresivas cuando corresponda (p. líquidos sólidos, alimentos de diferentes texturas, apoyo nutricional, cambios de postura, etc.) ya que estas pueden reducir el riesgo de transmisión.

Por último, se recomienda evitar aquellos métodos de rehabilitación activa, ya que muchos de estos métodos exponen directamente el tracto aerodigestivo superior y sus secreciones y esto puede considerarse procedimientos que generan aerosoles, lo que provocará un aumento de transmisión.

Referencias bibliográficas

- Alcalde, S. y Rodríguez, R. (2020). *Guía de disfagia -Manejo de la disfagia en AP-*. Semergen. <https://www.semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf>
- Aoyagi, Y., Ohashi, M., Funahashi, R., Otaka, Y. and Saitoh, E. (2020). Oropharyngeal dysphagia and aspiration pneumonia following coronavirus disease 2019: A case report. *Dysphagia*, 35 (4), 545-548. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00455-020-10140-z>
- Carrillo Erique, C.E., y Gárate Rugel, D.C. (2018). *Incidencia de disfagia en el adulto mayor de los centros geriátricos urbanos de Cuenca 2017-2018* [Tesis de licenciatura, Universidad de Cuenca, Ecuador] <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30873/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
- Daniels, S. (2006). Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing. *GI Motility online*. <https://doi:10.1038/gimo34>
- De Lima, M.S., Sassi, F.C., Medeiros, G.C., Ritto, A.P. and De Andrade, C.R. (2020). Preliminary results of a clinical study to evaluate the performance and safety of swallowing in critical patients with Covid-19. *Clinics (Sao Paulo)*, 75. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7279627/>
- De Vincentis, G., Ferrari, C. and Guerini Rocco, D. (2021). Severe oropharyngeal dysphagia following COVID-19: a case report. *Clinical Case Reports*, 9 (3), 1539-1543. <https://doi.org/10.1002/ccr3.3819>
- Dziewas R, Warnecke T. ICU-related dysphagia. En: Ekberg, *Dysphagia: diagnosis and treatment*. 2nd edition. 2019:157-64.
- Dziewas, R., Warnecke, T., Zürcher, P. and Schefold, J.C. (2020). Dysphagia in Covid-19-multilevel damage to the swallowing network? *European Journal of Neurology*, 27 (9), 46-47. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ene.14367>

- Fernández, L., Cabrera, N., Fernández, D. y Olcese, L. (2020). Disfagia en tiempos de COVID-19. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 80, 385-394. <https://www.scielo.cl/pdf/orl/v80n3/0718-4816-orl-80-03-0385.pdf>
- Frajkova, Z., Tedla, M., Tedlova, E., Suchankova, M. and Geneid. A. (2020). Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak- Contemporary Review. *Dysphagia* 35, 549-557. <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10139-6>
- Gonzalez Lindh, M., Mattsson, G., Koyi, H., Blom Johanssonio, M., Razmi, R. and Palm, A. (2021). Swallowing Function in COVID-19 Patients After Invasive Mechanical Ventilation. American Congress of Rehabilitation Medicine. <https://doi.org/10.1016/j.arrct.2021.100177>
- Lima Araújo, B.C., Ramos Domenis, D., De Pontes Ferreira, T. H., De Albuquerque Merelles, C.L., Correira de Melo Lima, T. R. (2020). COVID-19 and dysphagia: practical guide to safe hospital care. *Audiology Communication Research*. <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2020-2384>
- Madrigal, N. (2021). *Efectos de la covid-19 y su relación con la logopedia*. [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid] Uvadoc. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/48149/TFG-M-L2365.pdf?sequence=1>
- Madrigal-Rojas, J. P., Quesada-Loría, M., García-Sánchez, M. y Solano-Chinchilla, A. (2020). SARS CoV-2, manifestaciones clínicas y consideraciones en el abordaje diagnóstico de COVID-19. *Revista Médica de Costa Rica*, 85(629). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2020/rmc20629e.pdf>
- Mao L, Jin H, Wang M, et al. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology* 77(6),683-690. <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2764549>
- Martínez, P. (2012). *Abordaje de la disfagia en paciente con ACV agudo*. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Zaragoza] Zagan. <https://zagan.unizar.es/>
- Munyo, A., Palermo, S., Castellano, L. y Heguerte, V. (2020). Trastornos de la deglución en recién nacidos, lactantes y niños. Abordaje fonoaudiológico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91(3). <http://dx.doi.org/10.31134/ap.91.3.6>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Coronavirus*. Organización Mundial de la Salud.

https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1

Oriol, N. (2017). *Tratamiento logopédico de la disfagia orofaríngea. Nuevas técnicas en el tratamiento de la disfagia*. [Universidad de Málaga] Riuma.

<https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/13121>

Royal College of Speech and Language Therapists. (2020). *Guidance produced in response to Covid-19*. Royal College of Speech and Language Therapists.

<https://www.rcslt.org/learning/COVID-19/rcslt-guidance/>

Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. (2021). *Información coronavirus*. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias.

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/home.htm>

Talleda, N., Badell, A., Clemente, I., Fina, N. y López, C. (2020). Pautas para logopedas en la atención a la persona con SARS-CoV-2/Covid-19. Consejo General de Colegios de Logopedas y Colegio de Logopedes de Catalunya.]

<https://www.clc.cat/pdf/publicacions/documents/es/Pautas-para-logopedas-en-la-atencion-a-la-persona-con-SARS.pdf>

Veitía, G. (2009). Disfagia orofaríngea. *Gen*, 63(4), 302-307.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032009000400014&lng=es&tlng=es

Velasco, M., Arreola, V., Clavé, P. y Puiggrós, C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*, 1(3), 174-202.

<https://xsemanageriatrica.files.wordpress.com/2012/09/revisic3b3n-disfagia.pdf>

- Velasco, M. y García-Peris, P. (2009). Causas y diagnóstico de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 2(2), 56-65. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226754006>
- Vergara, J., Skoretz, S.A., Brodsky, M.B., Miles, et al. (2020). Assessment, diagnosis and treatment of dysphagia in patients infected with SARS-CoV-2: A review of the literature and international guidelines. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29 (4), 2242-2253. https://pubs.asha.org/doi/10.1044/2020_AJSLP-20-00163?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed