

Swallowing Dysfunction After Critical Illness

Madison Macht¹, MD; S. David White², CCC-SLP; and Marc Moss¹, MD

¹Division of Pulmonary Sciences and Critical Care Medicine, University of Colorado Denver

²Rehabilitation Therapy, University of Colorado Hospital, Aurora, CO

CHEST 2014; 146 (6): 1681 – 1689

El artículo propuesto es una revisión sobre el abordaje de los trastornos de la deglución en el paciente crítico.

La decisión de cuándo iniciar la tolerancia oral a líquidos y sólidos tras la extubación de un paciente crítico es complicada por dos razones: la alta prevalencia de trastornos deglutorios en estos casos, y las dificultades para su diagnóstico y tratamiento.

Los autores abordan el tema mediante la formulación de diferentes preguntas.

¿Cuál es la frecuencia de los trastornos de la deglución en los pacientes críticos?

Existen pocos estudios en pacientes críticos que evalúen este aspecto. Una estimación conservadora sugiere que al menos el 20% de los supervivientes a la extubación tras un fallo respiratorio agudo sufren disfagia. En algunos estudios esta cifra aumenta hasta el 51% utilizando métodos de evaluación de la disfagia a pie de cama, y hasta el 44% con evaluación endoscópica.

¿Cuánto tiempo persisten los trastornos de deglución en estos pacientes?

La duración de la disfunción dependerá del mecanismo responsable de la alteración deglutoria. Así por ejemplo las pequeñas alteraciones sensoriales a nivel de la laringe causadas por edema local suelen resolverse rápidamente, a diferencia de la disfunción neuromuscular laríngea que puede persistir durante más tiempo.

En un estudio con endoscopia realizado en ancianos, existía aspiración en el 40% de los sujetos a los 5 días y en el 14% a los 14 días de la extubación. En otro estudio realizado con electromiografía submentoniana se observaba mejoría de la deglución a los 7 días de la extubación. En un estudio retrospectivo se comprobó que las alteraciones de la deglución en pacientes extubados persistían en el 35% de los casos en el momento del alta hospitalaria.

¿Qué características específicas de la aspiración influyen en la evolución clínica del paciente?

En pacientes con ictus, la presencia de aspiración en la evaluación de la disfagia a pie de cama se relaciona con peores resultados clínicos, como la neumonía aspirativa. La asociación entre aspiración y neumonía ocurre tanto en pacientes con clínica de aspiración (por ejemplo, con tos), o sin ella (aspiración silente).

Se desconoce el motivo por el que los enfermos críticos desarrollan con más frecuencia neumonía aspirativa. Se ha postulado que una causa podría ser la alteración de la flora, con

mayor cantidad de bacterias patógenas Gram negativas. Por ese motivo se utilizan técnicas de descontaminación bacteriana orofaríngea y en el tracto digestivo.

Asimismo, se desconoce cuál de los siguientes mecanismos es clínicamente más importante: el reflujo y aspiración del contenido gástrico, o la aspiración del contenido oral (saliva, líquidos, alimentos, pastillas). Igualmente, se desconoce si el compromiso respiratorio es mayor en pacientes con microaspiraciones frecuentes o en aquellos con macroaspiraciones episódicas.

Tampoco se conoce cuál es la mejor forma de iniciar la tolerancia en los pacientes extubados, si de forma precoz para ayudar a la rehabilitación de esta función, ni el tipo de consistencia de los líquidos.

¿De qué herramientas disponemos para el diagnóstico de los trastornos de la deglución?

El test más usado en el diagnóstico de la disfagia en los pacientes críticos es la evaluación a pie de cama, que comprende una entrevista con el paciente, un examen físico y la búsqueda de signos potenciales de aspiración durante la deglución (tos, voz húmeda). Este test generalmente se realiza por profesionales entrenados como logopedas o enfermeras. Las limitaciones de este test son su baja especificidad y su poca sensibilidad para determinar la gravedad de la alteración y su pronóstico.

Una variante de este test sería el Método de Exploración Clínica Volumen Viscosidad (MECV-V) que permite explorar la eficacia y la seguridad de la deglución y establecer pautas de recomendación de alimentación.

El test del agua utilizado en pacientes no críticos tiene también una baja especificidad y una gran variabilidad inter e intraobservador.

Los tests más empleados en el diagnóstico definitivo de la disfagia en los pacientes críticos, que nos pueden dar información sobre su gravedad y su pronóstico son: la videodeglución con fluoroscopia y la evaluación endoscópica. Otros tests menos empleados son la manometría, la electromiografía y los métodos isotópicos.

La videodeglución es un método sensible y específico, con una razonable variabilidad interobservador, si bien tiene el inconveniente de que necesita que el enfermo se traslade a la sala de radiología.

La evaluación de la deglución con un nasofaringoscopio permite determinar la presencia y la gravedad de la aspiración o penetración. Tiene la ventaja de poderse realizar a pie de cama del enfermo, permitiendo una visualización directa de las secreciones, una exploración de la función sensorial laríngea, del movimiento de la faringe y la glotis, cuerdas vocales y tráquea proximal. Existen algunas limitaciones de esta técnica, como el uso de lidocaína, que puede exacerbar los trastornos de la deglución, algunas zonas difíciles de explorar que requieren visualización posterior con video y la necesidad de personal cualificado para realizar esta técnica.

Los autores proponen un algoritmo de actuación en los pacientes críticos tras la extubación comenzando por la evaluación a pie de cama de la disfagia, seguida de la videodeglución o exploración endoscópica de la disfagia en casos de duda, según la disponibilidad de los centros.

¿Cuáles son los tratamientos actuales para los pacientes críticos con alteraciones de la deglución?

Los tratamientos disponibles son la modificación de la textura de la dieta, ejercicios de rehabilitación y la estimulación eléctrica. Cuando la deglución no se considera segura con los tratamientos anteriores habrá que recurrir a la nutrición enteral por sonda nasogástrica o gastrostomía. En los pacientes críticos será importante minimizar la sedación y el delirium para que no interfieran con la ingesta.

Para modificar la textura de la dieta se utilizan los espesantes que se pueden añadir a los líquidos, obteniendo la textura más adecuada para cada paciente.

La rehabilitación de la deglución requerirá de la participación de personal cualificado, como los logopedas, que le enseñarán al paciente maniobras seguras durante la deglución como flexionar el cuello o girar la cabeza hacia un lado. Las maniobras compensatorias están encaminadas a realizar la deglución con cantidades pequeñas de comida, realizando varias degluciones seguidas, tosiendo después de cada deglución, o manteniendo la laringe en posición superior con ayuda de la mano (maniobra de Mendelson).

La estimulación neuromuscular eléctrica transcutánea consiste en la colocación de electrodos en la piel que liberan una corriente eléctrica a la musculatura orofaríngea. Existen actualmente pocos estudios randomizados que avalen su utilidad en la rehabilitación de la disfagia.

Conclusiones

Los trastornos de la deglución ocurren en la menos el 20% de los pacientes críticos tras la extubación. Es necesario que exista un abordaje multidisciplinar con un protocolo establecido para el diagnóstico y manejo de la disfagia en estos pacientes. Se debería investigar más profundamente el papel preventivo de la descontaminación orofaríngea y el empleo de los métodos endoscópicos en el diagnóstico de esta entidad. Existe todavía mucha incertidumbre sobre los protocolos de tratamiento, en cuanto a su utilidad y duración.