

REPORTE DE CASO

Terapia ocupacional en el tratamiento de la disfagia del paciente Covid-19: a propósito de un caso

Occupational therapy in the treatment of Covid-19 patient dysphagia: a case

Antonio Carmona-Espejo¹, Raquel González-Villén²

RESUMEN

La terapia ocupacional supone un aspecto fundamental en la rehabilitación de cualquier paciente ingresado en una unidad hospitalaria; su uso ha demostrado aportar grandes beneficios en la recuperación de los pacientes y en su adaptación a la vida cotidiana. Entre estas actividades se encuentra la alimentación, por lo que el tratamiento de la disfagia supone un pilar fundamental en el restablecimiento de las actividades básicas de la vida diaria.

Palabras clave. Terapia ocupacional, trastornos de deglución, infecciones por coronavirus.

DOI: <http://doi.org/10.28957/rcmfr.v31n1a9>



ABSTRACT

Occupational therapy is a fundamental aspect in the rehabilitation of any patient admitted to a hospital unit. Its use has shown great benefits in the recovery of patients and in their adaptation to daily life. Among these activities is feeding, so that the treatment of dysphagia is a fundamental pillar in the restoration of the basic activities of daily life.

Key words. Occupational therapy, deglutition disorders, coronavirus infections

DOI: <http://doi.org/10.28957/rcmfr.v31n1a9>



INTRODUCCIÓN

La terapia ocupacional es aquella especialidad del cuidado de la salud centrada en el paciente que se ocupa de promover la salud y el bienestar a través de la actividad. El objetivo principal de la terapia ocupacional es permitir que las personas participen en las actividades de la vida cotidiana o actividades básicas de la vida diaria. Los terapeutas ocupacionales logran este resultado trabajando con el paciente y con la comunidad, para mejorar su capacidad de ejercer las tareas que desean, necesitan o se espera que realicen, o modificando la ocupación

o el entorno para apoyar mejor su compromiso ocupacional¹.

Los servicios de terapia ocupacional se brindan con el propósito de promover la salud y el bienestar en quienes tienen o están en riesgo de desarrollar una enfermedad, lesión, trastorno, condición, impedimento, discapacidad, limitación de actividad o restricción de participación.

La terapia ocupacional aborda los aspectos físicos, cognitivos, psicosociales, sensoriales y otros aspectos del desempeño en una variedad

Autores:

¹Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario San Cecilio, Servicio Andaluz de Salud, Granada, España.

²Facultativo Especialista Adjunto. Hospital Universitario San Cecilio, Servicio Andaluz de Salud, Granada, España.

Correspondencia:

Antonio Carmona Espejo
a_carmon@hotmail.com

Recibido: 14 de mayo de 2021

Aceptado: 04 de agosto de 2021

Citación:

Carmona-Espejo, A., & González-Villén, R. (2021). *Terapia ocupacional en el tratamiento de la disfagia del paciente Covid-19: a propósito de un caso*. Rev Col Med Fis Rehab. 2021;31(1):85-90.

<http://dx.doi.org/10.28957/rcmfr.v31n1a9>

Conflictos de interés:

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de intereses.

de contextos para apoyar la participación en actividades cotidianas que afectan la salud, el bienestar y la calidad de vida. Entre estas actividades básicas figuran la *alimentación* como entidad propia que incluye las fases de preparación, proceso y ejecución.

El objetivo fundamental es realizar las intervenciones y procedimientos necesarios para promover o mejorar la seguridad y el rendimiento en actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y participación social, los cuales incluyen:

1. Uso terapéutico de ocupaciones, ejercicios y actividades.
2. Capacitación en autocuidado, autogestión, administración del hogar y reintegración comunitaria o laboral.
3. Desarrollo o compensación de las funciones físicas en caso de deterioro de las mismas, lo cual incluye funcionalidades cognitivas, neuromusculares, sensoriales y de comportamiento.
4. Uso terapéutico de la personalidad, las percepciones y los juicios racionales, como parte del proceso terapéutico.
5. Educación y formación de individuos, incluidos familiares, cuidadores y otros.
6. Coordinación de la atención, de gestión de casos y de otros servicios.
7. Servicio de consulta a grupos, programas, organizaciones o comunidades, en caso de que sea necesario.
8. Modificación de los entornos (hogar, trabajo, escuela o comunidad) si fuera necesario y adaptación de los diferentes procesos.
9. Evaluación, diseño, fabricación, aplicación, ajuste y capacitación en tecnología de asistencia, dispositivos adaptativos y dispositivos ortopédicos, así como

capacitación en el uso de dispositivos protésicos.

10. Evaluación, recomendación y entrenamiento en técnicas para mejorar la movilidad funcional, incluido el manejo de sillas de ruedas.
11. Entrenamiento en procedimientos terapéuticos específicos, como las técnicas de terapia manual orientadas a mejorar la realización de actividades básicas diarias.
12. Manejo de la alimentación y la deglución, o tratamiento de la disfagia, para permitir un adecuado desempeño de la función de la ingesta alimentaria².

CASO CLÍNICO

Paciente de 54 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresó en planta de Medicina Interna por insuficiencia respiratoria hipoxémica en contexto de neumonía por Covid-19 (Figura 1). Pese al tratamiento prescrito, a lo largo de su estancia presentó empeoramiento progresivo, con disnea y disminución del nivel de conciencia, por lo que precisó ingreso en unidad de cuidados intensivos, con necesidad de intubación orotraqueal asociada a ventilación mecánica.

Tras 21 días se decidió proceder a la extubación, pero precisó de reintubación por edema laríngeo a pesar de haber sido tratado con corticoides en altas dosis. Esta situación se prolongó en el tiempo de manera que fue necesario realizar traqueotomía en T, con colocación de válvula fonadora asociada para facilitar la comunicación del paciente.

Como consecuencia de la estancia prolongada presentó debilidad generalizada, en contexto de una polineuropatía del paciente crítico; por este motivo fue valorado por el facultativo de rehabilitación quien instauró tratamiento fisioterápico y de terapia ocupacional. Dentro de la terapia ocupacional se comenzó a realizar

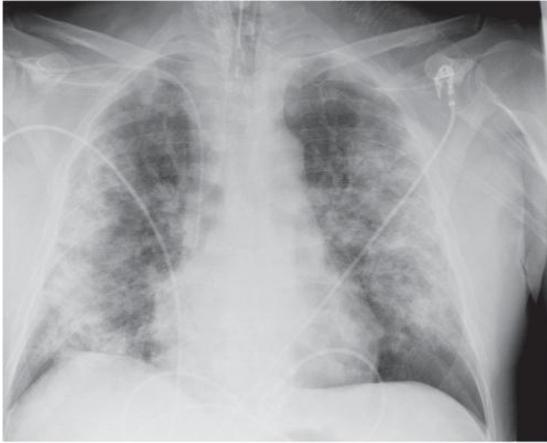


Figura 1. Radiografía de tórax al ingreso en unidad de hospitalización.

trabajo enfocado a la realización de actividades básicas de la vida diaria y entrenamiento para realizar transferencias y volteos asistidos.

Como parte de la exploración generalizada se realizó una evaluación de la deglución, mediante el siguiente procedimiento:

1. Se verificó la existencia de los dos reflejos imprescindibles para la deglución, como son el reflejo de deglución y el reflejo tusígeno (tos).
2. Detección de disfagia orofaríngea con el uso de la herramienta test MECV-V o Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (Figura 2).

Durante la realización de dicho test se observó una adecuada tolerancia a la textura néctar, pero en el siguiente pasó se comprobó que existía alteración de la seguridad ante la ingesta de la textura líquida. A partir de aquí se definió como ‘disfagia a líquidos’.

En este momento el terapeuta ocupacional comenzó a trabajar la optimización de la deglución mediante el siguiente procedimiento:

1. Adaptación de la dieta: se comenzó con dieta sólida triturada para evitar aspiraciones, así como la prohibición de cualquier ingesta de textura líquida.

2. Higiene bucal: el momento de la higiene bucal es muy importante en la terapia orofacial, pues supone una estimulación táctil-propioceptiva y gustativa de la lengua muy favorable para la función oral. En nuestro caso se comenzó con palillos de algodón gruesos mojados en solución bucal, realizado siempre de forma supervisada.
3. Adaptación del entorno: consiguiendo un ambiente relajado, con correcto posicionamiento de la persona antes de empezar a comer y evitando la comunicación con el paciente mientras come. También se pretendía lograr un tamaño del bocado adecuado a las capacidades de la persona. Después de la ingesta, la persona permanecía sentada entre 20 y 30 minutos, con el fin de evitar reflujo gastroesofágico y consiguiente broncoaspiración.
4. Estrategia postural: recuperar el control postural es uno de los objetivos del terapeuta como parte del tratamiento de la disfagia. En nuestro caso se situó al paciente sentado, en cama hospitalaria, erguido pero relajado, con la cadera en flexión de 90° y la cabeza en la línea media del cuerpo y ligeramente flexionada.
5. Maniobras deglutorias: se diseñan para modificar la fisiología de la deglución y situar bajo control voluntario ciertos aspectos de la misma. Se uso, por ejemplo, la maniobra de Mendelsohn.
6. Terapia facio-oral: tiene como objetivo la restauración de la función motora y sensorial que se haya alterado. Incluye movilización del cuello, estimulación de la mímica, activación de mejillas, labios, encía, lengua, paladar y mandíbula con la preparación para la masticación. Aquí se incluye también la estimulación de los reflejos orales normales.

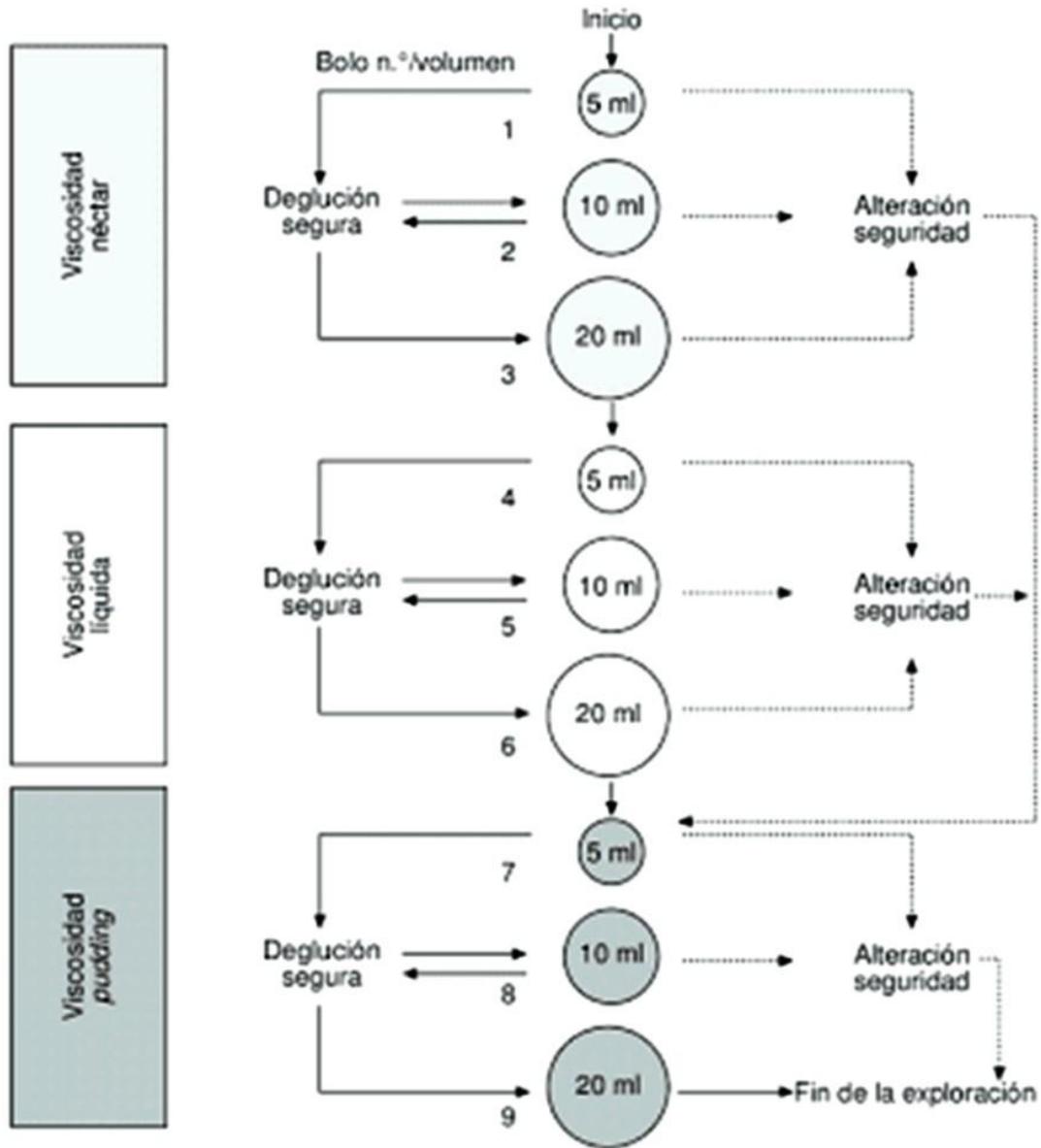


Figura 2. Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECVV). Tomado de: Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutr. Clín. Med. 2007;1(3):174-202. Disponible en: <https://xsemanageriatrica.files.wordpress.com/2012/09/revic3b3n-disfagia.pdf>

RESULTADOS

El paciente actualmente ha mejorado desde el punto de vista respiratorio, presentando buena tolerancia al taponamiento temporal de la traqueotomía. Desde el punto de vista motor ha mejorado el balance muscular de sus miembros inferiores. Con respecto a la deglución está tolerando bien la textura néctar sin alteracio-

nes de la seguridad, por lo que se espera tolere la textura líquida en algunos días.

DISCUSIÓN

La valoración de la disfagia en el paciente crítico ha demostrado ser una herramienta muy útil, ya que su detección temprana minimiza el

riesgo de aspiración y reduce las tasas de neumonía asociadas. Esto sugiere que el procedimiento de detección de disfagia debe realizarse rutinariamente en todos los pacientes con cierto riesgo. Hay numerosas medidas disponibles para la evaluación de la disfagia en los pacientes críticos³.

La evidencia muestra que para el tratamiento de la disfagia, especialmente en pacientes en unidades de cuidados intensivos, esta se debe basar en tres pilares principales: i) modificaciones en la textura de la dieta, ii) cambios posturales, y iii) intervenciones destinadas a mejorar la función de deglución.

Según diversos estudios, realizar terapia intensiva de tratamiento de disfagia, con cinco sesiones semanales, parece ser el método más efectivo en la fase aguda de la disfagia³.

Se reporta que la estimulación eléctrica faríngea constituye una nueva modalidad de tratamiento, para la cual se utiliza un catéter de estimulación similar a un tubo de alimentación gástrica para mejorar la estimulación faríngea neuromuscular, un tratamiento totalmente individualizado⁴. Otro estudio reciente demostró una mejor remisión de la disfagia que resulta después de la decanulación temprana en el 75% de los pacientes tratados con estimulación eléctrica faríngea, frente al 20% de pacientes decanulados no tratados con dicha estimulación⁵.

CONCLUSIONES

En pacientes con ingreso prolongado y necesidad de intubación orotraqueal se debería descartar siempre cualquier alteración de la deglución, ya que la disfagia posterior a la deglución afecta un número importante de pacientes y suele extenderse más allá del ingreso en cuidados intensivos.

Por lo tanto, se deben establecer protocolos para detección mediante programas de cribado que permitan una rápida detección de la disfagia, ya que las intervenciones terapéuticas precoces en el tratamiento de esta condición han demostrado tener una utilidad clínica fundamental.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos que puedan identificar a las personas que respondieron la encuesta; así mismo, se contó con la aprobación de los encuestados para divulgar los datos.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no ha habido fuente de financiación para la publicación del manuscrito.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores contribuyeron con la recolección de datos y redacción de este trabajo.

REFERENCIAS

1. World Federation of Occupational Therapists [WFTO] [Internet]. About Occupational Therapy; 2020 [citado junio 12 de 2020]. Disponible en: <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>
2. World Federation of Occupational Therapists [WFTO] [Internet]. Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations; 2020 [updated June 2017, citado junio 12 de 2020]. Disponible en: <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>
3. Zuercher P, Moret CS, Dziewas R, Schefold JC. Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Critical Care*. 2019;23(1):103. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s13054-019-2400-2>
4. Suntrup S, Marian T, Schroder JB, Suttrup I, Muhle P, Oelenberg S, et al. Electrical pharyngeal stimulation for dysphagia treatment in tracheotomized stroke patients: a randomized controlled trial. *Intensive Care Med*. 2015;41(9):1629-1637. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00134-015-3897-8>
5. Dziewas R, Stellato R, Van der Tweel I, Walther E, Werner CJ, Braun T, et al. Pharyngeal electrical stimulation for early decannulation in tracheotomised patients with neurogenic dysphagia after stroke (PHAST-TRAC): a prospective, single-blinded, randomised trial. *Lancet Neurol*. 2018;17(10):849-859. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(18\)30255-2](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(18)30255-2)