

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

**Covid-19 e IOT - Atuação Fonoaudiológica em até 24 Horas Após Extubação
Orotraqueal Prolongada**

Isabella Silva Torres - Acadêmica do Curso de Fonoaudiologia

Aline Mansueto Mourão - Orientadora

Luiza do Carmo Costa – Coorientadora

Stela Maris Aguiar Lemos - Colaboradora

BELO HORIZONTE

2022

Resumo expandido

Introdução: a COVID-19, em sua forma grave de infecção, resulta em esforço respiratório agudo, fadiga, podendo levar à alteração grave do estado de consciência, parada respiratória ou cardiorespiratória, sendo necessário o suporte ventilatório. A intubação orotraqueal (IOT) prolongada, acontece frequentemente nesses casos. Condição que compromete a integridade das estruturas faríngeas e laríngeas, que tem seu funcionamento prejudicado devido a presença do tubo, impactando diretamente na fisiologia da deglutição. A disfagia após extubação orotraqueal prolongada afeta negativamente o prognóstico do paciente crítico, por influenciar significativamente no tempo de permanência hospitalar. Na literatura, há divergências quanto ao momento da atuação do fonoaudiólogo, após a extubação orotraqueal em diversas condições de doença. **Objetivo:** comparar as condições sociodemográficas e clínicas-assistenciais com a avaliação clínica da deglutição em pacientes com COVID-19 internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), do Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro (HMDCC) em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. A avaliação foi realizada em dois momentos (em até 24 horas e acima de 24 horas) após a extubação orotraqueal prolongada. **Métodos:** estudo observacional, analítico, de caráter retrospectivo, por meio de dados de prontuários de 60 pacientes com idade superior a 18 anos, diagnosticados com COVID-19 e que necessitaram de avaliação fonoaudiológica após IOT prolongada. Pacientes com escala de coma de Glasgow abaixo de 12 pontos; em uso de traqueostomia; submetidos a cirurgias de cabeça e pescoço ou vítimas de trauma de face foram excluídos. Os dados extraídos incluem idade; sexo; comorbidades; diagnóstico; motivo e tempo de intubação orotraqueal; uso de oxigênio de alto fluxo; registro de óbito durante a internação; momento da avaliação fonoaudiológica; se houve liberação de dieta oral; e o nível funcional de deglutição. Foi utilizado o teste de Fisher para análise de associação entre a variável dependente e as variáveis categóricas. Previamente à realização das comparações entre a variável dependente e as variáveis contínuas foi realizada análise de distribuição. Todas as variáveis apresentaram distribuição assimétrica, portanto foi utilizado o teste Mann-Whitney. **Resultados:** 53,3% dos pacientes críticos, com COVID-19, foram avaliados em até 24 horas após a extubação orotraqueal na UTI. Todas as variáveis sociodemográficas e clínicas não apresentaram diferenças significativas referentes ao momento de avaliação fonoaudiológica, mostrando que o perfil clínico dos pacientes avaliados nos dois momentos foi similar ($p>0,005$). A maioria dos pacientes necessitaram de O2 de alto fluxo, devido ao diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave. A média de tempo de IOT variou entre 8 e 9,5 dias. A maioria dos pacientes (75%) teve dieta oral liberada. **Conclusão:**

As condições sociodemográficas e clínicas-assistenciais demonstraram que é possível realizar a avaliação fonoaudiológica antes de 24 horas após extubação orotraqueal prolongada de pacientes com quadro de COVID-19 internados na UTI.

Palavras-chaves:

COVID19, Infecção Viral COVID-19, Extubação, Manuseio das Vias Aéreas, Unidades de Terapia Intensiva, Disfagia, Transtornos da Deglutição, Terapêutica.

Referências

1. França BC, Silva AES, Veloso VL, Costa DAF. Principais sinais clínicos apresentados por pacientes Covid positivo. *Revista de Casos e Consultoria*. 2021; 12(1): e25702.
2. Berlin DA, Gulick RM, Martinez FJ. Severe covid-19. *New England Journal of Medicine*. 2020; 383(25): 2451-60.
3. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *J Bras Pneumol*. Síndrome do Desconforto Respiratório Aguda. 2007; 33(2): 119-127.
4. Sassi FC et al. Avaliação e classificação da disfagia pós-extubação em pacientes críticos. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*. 2018; 45(3):1687.
5. Padovani AR, et al. Protocolo fonoaudiológico de avaliação do risco para disfagia (PARD). *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. 2007; 12(3): 199-205.
6. Kim MJ, Park YH, Park YS, Song YH. Associations Between Prolonged Intubation and Developing Post-extubation Dysphagia and Aspiration Pneumonia in Non-neurologic Critically Ill Patients. *Ann Rehabil Med*. 2015; 39(5):763-71.
7. Macht M, King CJ, Wimbish T, Clark BJ, Benson AB, Burnham EL, et al. Post-extubation dysphagia in associated with longer hospitalization in survivors of critical illness with neurologic impairment. *Crit Care*. 2013; 17(3):119.
8. Hongo T, Yamamoto R, Liu K, Yaguchi T, Dote H, Saito R, Masuyama T, Nakatsuka K, Watanabe S, Kanaya T, Yamaguchi T, Yumoto T, Naito H, Nakao A. Association between timing of speech and language therapy initiation and outcomes among post-extubation dysphagia patients: a multicenter retrospective cohort study. *Crit Care*. 2022; 26(1):98.
9. Araújo BCL, et al. COVID-19 e disfagia: guia prático para atendimento hospitalar seguro - número 1. *Audiology - Communication Research*. 2020; 25: e2384.
10. Leder SB, Suiter DM, Davis KA, Marshall PS, Brennan JJ. Evaluation of Swallow Function Post-Extubation: Is It Necessary to Wait 24 Hours? *Annals of Otolaryngology & Laryngology* 2019; 1–6.

11. Padovani AR, Moraes DP, Sassi FC, Andrade CRF. Avaliação Clínica da Deglutição em Unidade de Terapia Intensiva. *CoDAS*. 2013;25(1):1-7.
12. Macht M, Wimbish T, Clark BJ, et al. Postextubation Dysphagia is Persistent and Associated with Poor Outcomes in Survivors of Critical Illness. *Crit Care*. 2011;15(5):231.
13. Moraes DP, Sassi FC, Mangilli LD, Zilberstein B, Andrade CR. Clinical Prognostic Indicators of Dysphagia Following Prolonged Orotracheal Intubation in ICU Patients. *Critical Care*. 2013; 17(5), 243.
14. Printza A, Tedla M, Frajkova Z, Sapalidis K, Triaridis S. Dysphagia Severity and Management in Patients with COVID-19. *Curr Health Sci J*. 2021;47(2):147-156.
15. Marchese MR, Ausili CC, Mari G, Proietti I, Carfi A, Tosato M, Longobardi Y, D'Alatri L, & “Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Team”. Oropharyngeal Dysphagia After Hospitalization for COVID-19 Disease: Our Screening Results. *Dysphagia*. 2022; 37(2), 447–453.
16. Regan J, Walshe M, Lavan S, et al. Post-extubation Dysphagia and Dysphonia Amongst Adults with COVID-19 in the Republic of Ireland: A Prospective Multi-site Observational Cohort Study. *Clin Otolaryngol*. 2021;46(6):1290-1299.
17. Frajkova Z, Tedla M, Tedlova E, Suchankova M, Geneid A. Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak-Contemporary Review. *Dysphagia*. 2020;35(4):549-557.
18. Blackwood B, Alderdice F, Burns K, Cardwell C, Lavery G, O'Halloran P. Use of Weaning Protocols for Reducing Duration of Mechanical Ventilation in Critically ill Adult Patients: Cochrane Systematic Review and Meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:c7237.
19. Wakabayashi H. Presbyphagia and Sarcopenic Dysphagia: Association Between Aging, Sarcopenia, and Deglutition Disorders. *J Frailty Aging*. 2014;3(2):97-103.
20. Mehraban-Far S, Alrassi J, Patel R, Ahmad V, Browne N, Lam W, Jiang Y, Barber N, Mortensen M. Dysphagia in the Elderly Population: A Videofluoroscopic Study. *Am J Otolaryngol*. 2021;42(2):102854.