

PROCEDIMENTS BÀSICS PER L'AVALUACIÓ I TRACTAMENT DE LA DISFÀGIA OROFARÍNGIA EN PACIENTS AMB MALALTIA COVID-19

ORIENTACIÓ PRÀCTICA DE L'HOSPITAL DE MATARÓ, CATALUNYA, ESPAÑA,
OPINIÓ DELS EXPERTS
V1, 6 d' Abril, 2020

Pere Clavé, Viridiana Arreola, Alberto Martín, Alicia Costa, Weslania Nascimento, Silvia Carrión,
Omar Ortega, Antonio Schindler.

- *Centro de Investigación Biomédica en Red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd), Instituto de Salud Carlos III, Barcelona, Spain.*
- *Laboratori de fisiologia gastrointestinal, Departament de Cirurgia, Hospital de Mataró, Universitat Autònoma de Barcelona, Mataró, Spain. pere.clave@ciberehd.org*

Objectiu: Proporcionar la opinió dels experts i orientacions pràctiques amb 10 punts per assessorar i orientar a professionals sanitaris (PS) - logopedes, infermeres, metges, dietistes-nutricionistes, etc en l'avaluació i el tractament de pacients amb disfàgia orofaríngia (DO) / sospita de DO / amb risc de DO i provada infecció per COVID-19 / sospita clínica d'infecció per COVID-19 / pacients que hagin estat en contactes amb persones amb infecció provada per COVID-19.

Aquestes recomanacions seran actualitzades regularment d'acord a la nova evidència disponible.

Hi han tres nous fenotips de pacients amb DO relacionada amb la malaltia COVID-19:

- a) UCI. Pacients en/post UCI amb DO associada a intubació/ventilació mecànica o DO associada a traqueotomia o tub nasogàstric (codi: lila).
- b) Planta d'hospitalització. Pacients amb infecció respiratòria/pneumònia/insuficiència respiratòria, alguns d'ells amb malaltia severa i que necessiten altes concentracions d'oxigen o ventilació mecànica no invasiva (codi: vermell/taronja).
- c) Pacients amb COVID-19 post-aguts donats d'alta de l'hospital a centres de rehabilitació, residències geriàtriques o altres unitats medicalitzades com hotels, etc. (codi: groc/verd).

L'avaluació i maneig de la DO en pacients amb infecció per COVID-19 és una situació d'alt risc pels PS i s'ha de considerar com a un procediment generador d'aerosols. D'altra banda, els PS han de garantir pràctiques amb risc zero de propagar la infecció als pacients.

Degut a que la provisió d'Equipament de Protecció Individual (EPI) està restringida, et recomanem compartir la tasca del maneig clínic de la DO en els pacients COVID-19 amb els professionals de l'equip multidisciplinari (metges, infermers, auxiliars d'infermeria...) que ja estan formats i qualificats en portar EPIs i que ja treballen a les sales d'hospitalització de pacients amb COVID-19.

NORMES DE SEGURETAT. LA TEVA SEGURETAT PRIMER.

1. **Estat COVID.** Confirma l'estat COVID del pacient. Considera com a positius aquells pacient amb sospita clínica de COVID-19 o que han estat en contacte estret amb malalts amb COVID-19 i pren les mateixes mesures de protecció.
2. **Equipament de Protecció Individual (EPI).** Per explorar o avaluar a un pacient amb DO o amb risc de DO, heu de conèixer i estar específicament formats/acreditats en la manera d'utilitzar els equips de protecció personal (EPI), equips essencials per a treballadors sanitaris durant la pandèmia COVID-19. Això inclou la certificació tant de la seguretat de l'equip com de la formació específica acreditada sobre com utilitzar-lo de manera segura i com evitar l'auto-contaminació.

La gestió dels procediments generadors d'aerosols realitzats en pacients amb COVID-19 requereix d'un entrenament per utilitzar-los: mascareta N95 o FFP2/3 estàndard, o equivalent, vestit a prova de líquid (impermeable) o davantal complet, guants, gorro i protecció ocular tancada o pantalla de protecció facial.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331498/WHO-2019-nCoV-IPCPE_use-2020.2-eng.pdf

<https://www.rcslt.org/-/media/docs/Covid/RCSLT-PPE-guidance-27-March-2020.pdf?la=en&hash=22F876E1C13587A0904D34149D02D7ECFEC15FBC>

Si les mesures de precaució no estan disponibles (no hi ha equip EPI ni formació acreditada), no exploreu el pacient, el risc d'infecció és extremadament alt.

3. Maneig dels aerosols produïts per els pacients (tos, esternuts, etc.)

La millor manera és col·locar una mascareta quirúrgica al pacient per protegir-nos dels aerosols durant el procediment. Però això rarament és factible quan es valora la DO. Opció: utilitzar els EPIs i un protector transparent col·locat entre l'explorador i el pacient durant el procediment.

Si no podeu controlar i minimitzar la vostra exposició als aerosols produïts per els pacients durant el procediment, no el valoreu. El risc d'infecció és molt elevat.

CONSELLS PER L'AVALUACIÓ DE LA DO

4. Ajornar temporalment totes les avaluacions i procediments electius de DO no urgents. Durant la pandèmia COVID recomanem valorar clínicament els pacients amb DO i evitar totes les exploracions instrumentals (FEES, VFS, manometria). Netegeu acuradament els instruments amb desinfectants viricides. Els procediments generadors d'aerosols en una instal·lació mèdica poden produir partícules aerosolitzades infeccioses que poden romandre a l'aire durant hores i en algunes superfícies durant dies.

5. Avaluar la DO només a pacients conscients, completament desperts en una situació respiratòria estable i òptima PaO₂ / FiO₂ (consensuar amb els metges de l'equip mèdic). Explori al pacient en la posició correcta. Retiri les mascaretes Monaghan, les d'oxigen i utilitzi cànules nasals (2-3 L/min) per proporcionar oxigenoteràpia. Utilitzi el pulsioxímetre durant el *Mètode d'Exploració Clínica Volum – Viscositat* (MECV-V) per controlar els signes vitals del pacient durant el procediment.

6. Avaluació clínica de DO amb observació clínica i MECV-V.

- **PRIMER, OBSERVI** si el pacient refereix o presenta signes o símptomes clínics de DO. Sigui conscient de que la tos espontània en context de la infecció podria interferir amb la avaluació de la DO. Respecti la distància de seguretat de 2 m amb el pacient i utilitzi l'EPI.
- **SI ÉS NECESARI, EXPLORI.** Utilitzeu el MECV-V per a explorar la seguretat i l'eficàcia de la deglució i seleccioneu el volum i la viscositat del bolus més adequat per a cada pacient amb risc de DO. El MECV-V és una eina d'avaluació clínica validada que utilitza diferents volums (5, 10 i 20 ml) i viscositats (nèctar, líquid i pudin) per avaluar els signes clínics d'alteració de l'eficàcia i la seguretat de la deglució. La sensibilitat diagnòstica i l'especificitat per DO son 0,94 i 0,88 respectivament, i la confiança de MECV-V també és alta amb un valor de Kappa de 0,628 (IC 95% = 0,45-0,78).
- Si us plau, centris en la seguretat de la deglució del pacient i en la seguretat de l'explorador, utilitzeu els EPIs i feu la prova el més curta possible.
- Valoració clínica de la DO amb observació clínica i V-VST.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4282313/pdf/nmo0026-1256.pdf>
- La DO post-extubació pot afectar fins a 1/3 dels pacients intubats amb COVID-19 i produir complicacions greus com ara pneumònia aspirativa, reintubació i mortalitat. Exploreu els pacients post- extubació amb símptomes / signes de DO des del primer dia mitjançant MECV-V i repetiu la prova en diferents moments de l'estada del pacient.
- El pacient COVID + que s'ha sotmès a traqueostomia hauria de portar una cànula de traqueostomia amb baló i no fenestrada. L'exploració clínica de la deglució per DO amb MECV-V s'ha de realitzar sempre amb el baló inflat per minimitzar la tos i la generació d'aerosols. Considereu també l'ús d'un colorant al bolus per millorar el diagnòstic d'aspiració.

7. Avalueu l'estat nutricional, l'estat de salut bucodental, la dentició i la funció masticatòria segons la història clínica, l'anamnesi i les escales (MUST, NRS, MNA-sf, OHIs, TOMASS). Observeu i valoreu clínicament la ingesta, la coordinació de la respiració-deglució i la fatiga durant la ingesta.

- Es recomana fer cribratges nutricionals (MUST -per adults-, NRS 2002 – per pacients hospitalitzats, o MNA-sf -per a persones grans-) a les 48 hores posteriors a l'ingrés a l'hospital per a tots els pacients.
- Els pacients que romanen a la unitat de cures intensives (UCI) durant més de 48 hores han de considerar-se amb risc de desnutrició i els dietistes-nutricionistes han d'estar implicats precoçment a l'equip multidisciplinar i en la teràpia nutricional individualitzada que se'ls ofereix.
https://www.espen.org/files/Espen_expert_statements_and_practical_guidance_for_nutritional_management_of_individuals_with_sars-cov-2_infection.pdf

CONSELLS PER AL TRACTAMENT DE LA DO

8. No es recomanen tractaments actius per a la DO durant la pandèmia de COVID-19. No impliqueu professionals sanitaris (logopedes, metges, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, infermeres, etc.) en cap tractament actiu ja que el risc de generació i infecció per aerosols és elevat.

9. Apliqueu estratègies compensatòries en comptes de tractaments actius a tots els pacients amb DO. Responen a dues preguntes principals: Puc millorar la seguretat i l'eficàcia de la deglució per a beure aigua / líquids alimentaris i menjar aliments sòlids? Seguiu el procediment d'intervenció mínima massiva, que inclou:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29806864>

- Postura correcta durant els àpats, flexió cervical anterior quan calgui. Si la situació clínica del pacient ho permet, retireu les mascaretes Monaghan, les d'oxigen i utilitzeu cànules nasals (2 - 3 L/min) per proporcionar oxigenoteràpia durant els àpats i els períodes d'hidratació.
- Afavoriu l'autoalimentació del pacient i animeu el pacient a ser autònom per menjar i beure. Si el pacient necessita ajuda per menjar o beure, el PS haurà de protegir-se amb un EPI i un protector transparent situat entre ell i el pacient.
- Hidratació i líquids alimentaris: utilitzeu la viscositat òptima segons el MECV-V; seleccioneu 250 o 800 mPa.s per a cada pacient.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6852432/pdf/NMO-31-na.pdf>

- Dietes de textura modificada. Adapteu els aliments sòlids a tots els pacients amb DO segons la triple adaptació (textura, contingut calòric i proteic, palatabilitat). Seleccioneu la textura òptima (puré espès o que es pot triturar amb forquilla) d'acord amb la capacitat de masticació i deglució dels pacients i el contingut calòric i proteic segons el MNA-sf en persones grans o el MUST o el NRS en adults.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6412386/pdf/nutrients-11-00425.pdf>

- Si fos necessari, acordeu amb el dietista-nutricionista i l'equip mèdic els requeriments calòrics i proteics i feu servir suplementos nutricionals o nutrició enteral per la fase aguda si fos precís.

https://www.espen.org/files/Espen_expert_statements_and_practical_guidance_for_nutritional_management_of_individuals_with_sars-cov-2_infection.pdf

Si fos necessari, l'inici de la nutrició enteral, no seria recomanable combinar-la amb l'alimentació oral en pacients amb infecció per COVID-19 per un alt risc en la generació d'aerosols. En aquest cas, la sonda nasogàstrica seria la via recomanada, posposant la PEG.

- Higiene oral: s'ha de recomanar als pacients raspallar les dents i fer servir col·lutoris després de cada ingesta. Si el pacient no és autònom, el PS protegit amb un EPI hauria de fer la higiene oral. Si no es possible controlar o minimitzar l'exposició del PS a aerosols durant el procediment i el risc d'infecció és molt alt, no realitzar la higiene oral al pacient.

10. OD, COVID-19 i Traqueostomies.

- El pacient COVID + que s'ha sotmès a traqueotomia hauria de portar un tub de traqueotomia amb baló i cànula no fenestrada.

- L'exploració clínica de la DO amb MECV-V s'ha de realitzar sempre amb el globus inflat. Considereu l'ús d'un colorant al bolus per valorar l'aspiració.
- El baló només s'ha de desinflar quan desapareix el risc de que el pacient generi aerosols (tos, etc.); o en pacients amb traqueotomia autònoms per a l'alimentació, es pot desinflar el baló durant els àpats.
- Els pacients amb traqueotomia que necessiten encara suport respiratori intens o ventilació mecànica no han de ser alimentats per via oral. Quan s'ha d'eliminar la traqueotomia? Només quan el pacient tolera el tub de traqueotomia tancat sense problemes de respiració i pot gestionar secrecions, discutir-ho amb l'equip mèdic.

Aquesta declaració d'opinió d'experts està avalada per:

- 1) Ciberehd. Instituto de Salud Carlos III. Acció Estratègica en Disfàgia Orofaringia. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas. <https://www.ciberehd.org/>
- 2) Societat Catalana de Digestologia. Pla Estratègic en Disfàgia Orofaringia. <http://www.scdigestologia.org/>
- 3) Hospital de Mataró. Consorci Sanitari del Maresme. <https://www.csdm.cat/>