

PROCEDIMIENTOS BÁSICOS PARA EVALUAR Y TRATAR LA DISFAGIA OROFARÍNGEA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR COVID-19.

OPINIÓN DE EXPERTOS, GUÍA PRÁCTICA DEL HOSPITAL DE MATARÓ,
CATALUNYA, ESPAÑA
V1 6 de 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, España.*
- *Laboratorio de Fisiología Gastrointestinal, Departamento de Cirugía, Hospital de Mataró, Universitat Autònoma de Barcelona, Mataró, España. pere.clave@ciberehd.org*

Objetivo: Proporcionar una opinión experta y orientación práctica con 10 puntos básicos para asesorar y guiar a logopedas, enfermeras, médicos, dietistas y profesionales de la salud en la evaluación y tratamiento de pacientes con DO / sospecha de DO / en riesgo de DO y COVID-19 con infección comprobada / sospecha clínica de infección por COVID-19 / contactos estrechos de un caso índice con infección por COVID-19.

Estas recomendaciones se actualizarán periódicamente de acuerdo con la nueva evidencia que se va generando.

Hay tres nuevos fenotipos principales de pacientes con DO relacionados con la infección por SARS-CoV-2/COVID-19:

- a) UCI: Pacientes en / después de la UCI con DO asociada con la intubación / ventilación mecánica o DO asociada con traqueotomías o sondas nasogástricas (Código: color Púrpura).
- b) Planta de Hospitalización: Pacientes con infección respiratoria / neumonía / insuficiencia respiratoria, algunos de ellos con una enfermedad grave que necesita una alta concentración de oxígeno o ventilación mecánica no invasiva (Código: Rojo / Naranja).
- c) Pacientes post-agudos de COVID-19 dados de alta de hospitales agudos a centros de rehabilitación, residencias de ancianos o centros sociosanitarios, centros médicos, incluidos hoteles medicalizados, etc. (Código: Amarillo / Verde)

La evaluación y el manejo de DO en pacientes con COVID-19 es una situación de alto riesgo para los profesionales de la salud y debe considerarse un procedimiento generador de aerosoles. Por

otro lado, el personal sanitario debe garantizar prácticas de riesgo cero de propagar la infección a los pacientes.

Debido a que la provisión de **equipos de protección individual (EPI)** está restringida, considere que la tarea de manejo de DO en pacientes con COVID-19 debe compartirse con los profesionales del equipo multiprofesional (enfermeras, auxiliares de enfermería...) que ya están entrenados y capacitados para usar EPI y ya están trabajando en plantas de hospitalización con pacientes COVID-19.

REGLAS DE SEGURIDAD. SU SEGURIDAD PRIMERO

1. **Estado de Covid.** Confirme el estado COVID del paciente. Considere que los pacientes clínicamente sospechosos de infección por COVID-19 / y los contactos cercanos y estrechos de un caso índice con infección por COVID-19 deben ser manejados como aquellos con infección comprobada a efectos de explorar su DO.
2. **Equipo de protección individual (EPI).** Para explorar / evaluar a un paciente con DO o en riesgo de DO, debe conocer y estar específicamente capacitado / acreditado en cómo usar el *Equipo de Protección Individual (EPI)* para los trabajadores esenciales de atención sanitaria durante la pandemia de COVID-19. Esto incluye la certificación de la seguridad del equipo y la capacitación acreditada específica sobre cómo usarlo de manera segura y cómo evitar el autocontagio.

El manejo de los procedimientos generadores de aerosoles realizados en pacientes con COVID-19 requiere capacitación para usar: Respirador N95 o FFP2/3 estándar o equivalente, una bata o delantal completo a prueba de líquidos, guantes, gorro para el pelo y gafas de protección ocular cerrada o máscara.

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

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

Si no está disponible (sin equipo o sin capacitación acreditados), no explore al paciente, el riesgo de contagio es extremadamente alto.

3. **Manejo de los aerosoles producidos por el paciente (tos, estornudos, etc.).**
La mejor manera es colocar una máscara quirúrgica al paciente, para protegerlo a usted de sus aerosoles durante el procedimiento. Pero esto rara vez es factible cuando los pacientes son evaluados para DO. Opción: use el EPI y use una pantalla transparente colocada entre usted y el paciente durante el procedimiento.
Si no puede controlar y minimizar su exposición a los aerosoles del paciente durante el procedimiento, el riesgo de infección es muy alto, no evalúe al paciente.

CONSEJOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA DO

4. Posponga temporalmente todas las evaluaciones y procedimientos electivos, no urgentes. Durante la pandemia de COVID, le recomendamos evaluar clínicamente a los pacientes con DO y evitar todas las exploraciones instrumentales (FEES, VFSS, Manometría). Los instrumentos deben limpiarse cuidadosamente con desinfectantes

viricidas. Los procedimientos que generan aerosoles en una instalación médica pueden producir partículas potencialmente infectantes en aerosol que pueden permanecer en el aire durante horas y en algunas superficies durante días.

5. Evaluar la DO sólo en pacientes conscientes, completamente despiertos en una situación respiratoria estable y una óptima PaO₂ / FiO₂ (pregunte a los médicos del equipo multidisciplinar). Explore al paciente en la posición correcta. Retire las máscaras Monaghan, las máscaras de oxígeno y use cánulas /gafas nasales (2-3 L / min) para proporcionar oxigenoterapia. Utilice el pulsioxímetro durante el *Método de Exploración Clínica Volumen – Viscosidad* (MECV-V) para controlar los signos vitales del paciente durante el procedimiento.

6. Evaluación clínica de DO con observación clínica y MECV-V.

- **PRIMERO, OBSERVE** si el paciente refiere o presenta signos o síntomas clínicos de DO. Sea consciente de que la tos espontánea del paciente podría interferir con la evaluación de DO. Respete la distancia de seguridad de 2 m con el paciente y use su EPI.
- **SI ES NECESARIO, EXPLORE.** Use el MECV-V para explorar la seguridad y la eficacia de la deglución y seleccione el volumen de bolo y la viscosidad óptimos para cada paciente con / en riesgo de DO. El MECV-V es una herramienta de evaluación clínica validada que utiliza diferentes volúmenes (5, 10 y 20 ml) y viscosidades (néctar, líquido y pudín) para evaluar los signos clínicos de alteración de la eficacia y de la seguridad de la deglución. La sensibilidad diagnóstica y la especificidad para DO son 0.94 y 0.88 respectivamente, y la confiabilidad de MECV-V también es alta con un valor de Kappa de 0.628 (IC 95% = 0.45–0.78).
- Por favor, concéntrese en la seguridad de la deglución del paciente y la seguridad del explorador, use su EPI y haga la prueba lo más breve posible.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4282313/pdf/nmo0026-1256.pdf>
- La disfagia orofaríngea postextubación puede afectar hasta 1/3 de los pacientes intubados con COVID-19 y conduce a complicaciones graves como la neumonía por aspiración, reintubación y mortalidad. Hay que explorar con el MECV-V a todos los pacientes con síntomas / signos de DO posteriores a la extubación desde el primer día, repita la prueba en diferentes momentos de la estancia del paciente.
- Los pacientes COVID + con traqueostomía deben usar una cánula de traqueostomía con balón y no fenestrada; la exploración clínica de deglución para DO con MECV-V siempre debe ser realizada con el balón inflado para minimizar la tos y la generación de aerosoles. Considere también considere el uso de un colorante para mejorar el diagnóstico de aspiración.

7. Evalúe el estado nutricional, el estado de salud oral, la dentición y la función masticatoria mediante la historia clínica y la anamnesis dirigida y las escalas (MUST, NRS, MNA-sf, OHI-s, TOMASS). La observación de la ingesta, la coordinación de la respiración-deglución y la fatiga deben ser también evaluados clínicamente.

- Recomendamos la valoración nutricional (MUST -para adultos-, NRS 2002 - pacientes hospitalizados, o MNA-sf -personas mayores-) dentro de las 48 horas posteriores a la admisión hospitalaria para todos los pacientes.
- Los pacientes que permanezcan en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante más de 48 horas deben considerarse en riesgo de desnutrición y los dietistas / nutricionistas deben involucrarse desde el inicio en el equipo multidisciplinario y proporcionar una terapia nutricional individualizada.

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

CONSEJOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DO

8. No se recomiendan tratamientos activos para DO durante la pandemia de COVID-19. No involucre a profesionales de la salud (logopedas, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeras, etc.) en ningún tratamiento activo, ya que el riesgo de generación de aerosoles e infección es alto.
9. Aplique estrategias compensatorias en lugar de tratamientos activos a todos los pacientes con DO. Responda a dos preguntas principales: ¿Puedo mejorar la seguridad y la eficacia de la deglución para beber agua / líquidos alimenticios y comer alimentos sólidos? Siga el procedimiento de intervención mínima-masiva, que incluye:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29806864>
 - Postura correcta durante las comidas, con la barbilla hacia abajo cuando sea necesario. Si la situación clínica del paciente lo permite, retire las máscaras de Monaghan, máscaras de oxígeno y use cánulas / gafas nasales (2 - 3 L / min) para proporcionar oxigenoterapia al paciente durante las comidas y los periodos de hidratación.
 - Promover la autoalimentación y animar al paciente a que sea autónomo para comer y beber. Si el paciente necesita ayuda para comer o beber, el personal sanitario debe usar un EPI y una pantalla transparente colocada entre ellos y el paciente.
 - Hidratación y líquidos alimentarios: utilice la viscosidad óptima según el MECV-V; seleccione 250 o 800 mPa.s de forma individualizada para cada paciente.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6852432/pdf/NMO-31-na.pdf>
 - Nutrición y alimentos con textura modificada. Adapte los alimentos sólidos en todos los pacientes con DO según la triple adaptación (textura, contenido calórico y proteico, palatabilidad). Seleccione la textura óptima (puré espeso o chafable con tenedor) de acuerdo con la capacidad de masticación y deglución de los pacientes y el contenido en calorías y proteínas según MNAS-f en personas mayores o MUST o NRS en adultos.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6412386/pdf/nutrients-11-00425.pdf>
 - Si es necesario, discuta la ingesta calórica y proteica y el uso de suplementos nutricionales o nutrición enteral para fase aguda con el dietista/nutricionista del equipo multidisciplinar.
https://www.espen.org/files/Espen_expert_statements_and_practical_guidance_for_nutritional_management_of_individuals_with_sars-cov-2_infection.pdf
 - Si se necesita nutrición enteral, no la combine con la ingesta oral en pacientes con infección por COVID-19, ya que el riesgo de generación de aerosoles es muy alto. Recomendamos el uso de sonda nasogástrica – SNG y postponer la colocación de gastrostomía endoscópica percutánea - PEG.
 - Salud bucodental: se aconsejará a los pacientes que se cepillen los dientes y que se enjuaguen la boca después de cada comida Si el paciente no es autónomo, el personal sanitario debería estar equipado con EPI para realizar la higiene oral. Si no puede controlar y minimizar su exposición a aerosoles durante el procedimiento, el riesgo de infección es muy alto, no realizar la higiene oral al paciente.

10. DO, COVID-19 y traqueostomías.

- Los pacientes COVID-19 + traqueostomía, deben usar una cánula de traqueostomía con balón y no fenestrada:
 - la exploración clínica de DO con MECV-V debe realizarse siempre con el balón inflado, considere usar un colorante evaluar la aspiración.
 - el balón debe desinflarse sólo cuando el riesgo de aerosoles del paciente (tos, etc.) desaparece; o en pacientes con traqueotomía que son autónomos para alimentación, el balón se puede desinflar durante las comidas.

- Los pacientes con traqueotomía que todavía necesitan asistencia respiratoria o ventilación mecánica, no deben ser alimentados por vía oral. ¿Cuándo se debe decanular de la traqueostomía? Sólo cuando el paciente tolera la oclusión de la cánula de traqueostomía sin problemas respiratorios y si puede manejar las secreciones, comente el caso dentro del equipo multidisciplinar.

Esta opinión de expertos está avalada por:

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