

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.*

Link de acceso libre a artículo original: https://furega.com/disfagia_covid-19/?lang=es

RESUMEN

Objetivo: Proporcionar una opinión experta y orientación práctica con 10 puntos básicos para asesorar y guiar a profesionales de la salud en la evaluación y tratamiento de pacientes con Disfagia Orofaringea (DO) y COVID-19.

En primer lugar, la guía hace referencia a las reglas de seguridad a tener en cuenta por parte de todos los profesionales de la salud, considerando que la evaluación y el manejo de la 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; y que el personal sanitario debe garantizar prácticas de riesgo cero de propagar la infección a los pacientes. En este sentido remarca la importancia de la certificación de la seguridad del Equipo de Protección Individual (EPI) y la capacitación acreditada específica sobre cómo usarlo de manera segura y cómo evitar el autocontagio. Asimismo, brinda instrucciones respecto del manejo de aerosoles producidos por el paciente. Si el EPI no está disponible (sin equipo o sin capacitación acreditados), y si no se puede controlar y minimizar la exposición a aerosoles del paciente durante el procedimiento, la recomendación es no explorar al paciente ya que el riesgo de contagio es extremadamente alto.

Aconseja observar si el paciente presenta signos o síntomas clínicos de DO, evaluar clínicamente a los pacientes con DO y evitar todas las exploraciones instrumentales (FEES, VFSS, Manometría). Recomienda usar el MECV-Vⁱ para explorar la seguridad y eficacia de la deglución, haciendo hincapié en la necesidad de evaluar con este método a todos los pacientes con signos/síntomas de DO post extubación

Recomienda realizar la evaluación nutricional, del estado de salud oral, de la dentición y de la función masticatoria mediante la historia clínica, la anamnesis dirigida y las escalas de evaluación. La observación de la ingesta, la coordinación de la respiración-deglución y la fatiga deben ser también evaluados clínicamente.

Recomienda realizar la valoración nutricional a través del MUST -para adultos-, NRS 2002 -pacientes hospitalizados-, o MNA-sf -personas mayores-, y 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 deberían proporcionar una terapia nutricional individualizada.

Para el tratamiento de la DO, los autores aconsejan:

- ✓ Aplicar estrategias compensatorias en lugar de tratamientos activos a todos los pacientes con DO.
- ✓ Postura correcta durante las comidas, con la barbilla hacia abajo cuando sea necesario.
- ✓ 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.
- ✓ Asegurar la hidratación y líquidos alimentarios mediante la viscosidad óptima según el MECV-V.
- ✓ Adaptar los alimentos sólidos en todos los pacientes con DO según la triple adaptación (textura, contenido calórico y proteico, palatabilidad). Considerar el uso de suplementos nutricionales o nutrición enteral para fase aguda con el dietista/nutricionista del equipo multidisciplinario.
- ✓ No combinar la nutrición enteral con la ingesta oral en pacientes con infección por COVID-19, ya que el riesgo de generación de aerosoles es muy alto.
- ✓ Utilizar sonda nasogástrica (SNG) y postponer la colocación de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).
- ✓ Higiene bucal después de cada comida.

Finalmente, la guía brinda orientación respecto de la exploración de la DO y la alimentación de pacientes COVID-19 con traqueotomía.

COMENTARIO

El Hospital de Mataró de Catalunya, España publicó en abril 2020 esta guía que proporciona un resumen sobre los puntos básicos a tener en cuenta, a través de la opinión de expertos, en un paciente con DO y Covid-19.

La Guía explica con claridad la necesidad de la utilización del EPI para todos los profesionales de la salud que estén en contacto con pacientes en riesgo o con COVID-19.

La evaluación nutricional de estos pacientes debe realizarse en forma precoz, dentro de las primeras 48 horas, ya que el riesgo de malnutrición es alto. Esta debe comprender herramientas como el MUST, NRS 2002 y MNA-sf para adultos mayores.

La DO en pacientes con COVID-19 puede presentarse en un 1/3 de los pacientes en UCI asociados a la intubación. También en pacientes en sala debido a infecciones respiratorias, entre otras situaciones. Es necesario observar y evaluar a estos pacientes para evitar complicaciones que conducen a neumonía por aspiración, reintubación y mortalidad. En este sentido la recomendación es que esta evaluación sea clínica, y evitar todas las exploraciones instrumentales (FEES, VFSS, Manometría).

La alimentación con textura modificada o adaptada debe ser administrada según la capacidad de masticación y deglución de los pacientes. Si hay riesgo elevado de broncoaspiración, se debería indicar nutrición enteral.

Considerar el uso de suplementos nutricionales o nutrición enteral siempre que no se llegue a cubrir los objetivos calóricos y proteicos.

La evaluación y manejo de la disfagia en pacientes con COVID-19 representa un desafío para el equipo de salud, así como para el paciente. La recomendación de no evaluar la DO en ausencia de EPI o capacitación para usarlo o imposibilidad de

minimizar la exposición a aerosoles del paciente requiere del desarrollo de procedimientos de acción claros respecto de qué hacer con la alimentación de aquellos pacientes que presentan signos y síntomas clínicos de DO o antecedentes de la misma o post intubación prolongada. En estas situaciones, en donde el abordaje nutricional podría verse forzado a ser realizado “a ciegas” en lo que a las características específicas del trastorno deglutorio se refiere, se requiere el logro de un equilibrio delicado entre la necesidad de brindar al paciente una alimentación y nutrición seguras, al tiempo que aceptables, con las menores limitaciones posibles. Sin evaluación diagnóstica mediante, las preguntas respecto de qué textura debería tener la alimentación, cuál es la viscosidad más apropiada para los líquidos, o si se debería suspenderse completamente la alimentación oral, seguramente serán de difícil respuesta. De aquí se desprende otra de las implicancias de contar con el EPI completo junto con la correcta capacitación para su uso.

Por otra parte, cobra especial valor la exploración clínica de la disfagia y la expertice profesional en las técnicas de evaluación, habida cuenta de la recomendación de evitar las pruebas instrumentales.

De especial relevancia es la recomendación de posponer los tratamientos activos para DO durante la pandemia de COVID-19, indicándose la aplicación de estrategias compensatorias. Desde el punto de vista de la alimentación y la nutrición de los pacientes con DO, esto también puede implicar, por un lado, un mayor volumen de pacientes con necesidad de alimentación con textura modificada durante períodos de tiempo más prolongados, lo que en no pocas ocasiones representará un verdadero desafío para vehicular efectivamente nutrientes suficientes en cantidad y calidad. Por otro lado, un potencial mayor volumen de pacientes con necesidad de alimentación por sonda nasogástrica también por períodos prolongados, hasta tanto se logre rehabilitar la deglución.

Finalmente, resulta llamativa la recomendación de no combinar la alimentación oral con la enteral, debido al riesgo de generación de aerosoles. Dicha práctica es ciertamente la más habitual en la etapa transicional de un modo de alimentación a otro, cuando un paciente que recibe alimentación enteral comienza a alimentarse por vía oral, y también la práctica de elección para complementar la vía oral cuando la misma es insuficiente y no se alcanzan los objetivos calórico-proteicos con la adición de suplementos nutricionales orales. Posiblemente, las alternativas a esta combinación (parenteral – oral; enteral exclusiva en pacientes con vía oral habilitada; oral suplementada exclusiva, aún sabiendo que no se cubre un mínimo de requerimientos) sean, en ocasiones, difíciles de implementar por diversos motivos. Debe considerarse que demorar la reintroducción de la vía oral en quienes la misma ha sido probada como factible puede implicar un mayor deterioro de la función deglutoria por falta de utilización. Asimismo, la alimentación es un componente de primaria importancia en la vida de las personas, de manera que resulta fundamental considerar las expectativas de cada paciente al respecto. Por otro lado, la prolongación del soporte enteral exclusivo implicará un aumento de los costos hospitalarios. Por otra parte, la suspensión precoz del soporte enteral, cuando las metas nutricionales no pueden ser cubiertas aún por la vía oral en forma exclusiva, seguramente impactará negativamente no sólo en el estado nutricional de los pacientes sino en su recuperación global.

Probablemente los profesionales de la salud debiéramos poner énfasis en el uso correcto del EPI al abordar a estos pacientes, así como, desde lo alimentario, en hacer los máximos esfuerzos para optimizar la vía oral y minimizar el tiempo de combinación

de vías de alimentación, para lo cual el uso de suplementos nutricionales hipercalóricos e hiperproteicos se muestra como una herramienta fundamental.

Consideramos que esta guía es breve, útil y clara para todos los profesionales de la salud a cargo de pacientes en riesgo o con DO y COVID-19, teniendo en cuenta el poco conocimiento y experiencia en esta pandemia.

BIBLIOGRAFIA

Miles A, et al. Dysphagia Care Across the Continuum: A Multidisciplinary Dysphagia Research Society Taskforce Report of Service-Delivery During the COVID-19 Global Pandemic. *Dysphagia*, <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10153-8>.

Barazzoni R, Bischoff SC, Krznaric Z, Pirlich M, Singer P, endorsed by the ESPEN Council, Espen expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with sars-cov-2 infection, *Clinical Nutrition*, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.03.022>.

Carretero Gomez J, Mafé Nogerole M, Garrachón Vallo F, Escudero Álvarez E, Maciá Botejara E, Miramontes González J, La inflamación, la desnutrición y la infección por SARS-CoV-2: una combinación nefasta, *Revista Clínica española* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.07.007>.

Frajkova Z, et al. Postintubation Dysphagia During COVID-19 Outbreak-Contemporary Review. *Dysphagia*, <https://doi.org/10.1007/s00455-020-10139-6>.

Lic. Ferreira María Laura

Lic. Freijo María Soledad

Lic. Rainieri María Daniela

Grupo Estudio Disfagia AANEP

ⁱ 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.