

Posicionamiento sobre los procedimientos en disfagia orofaríngea en pacientes COVID-19

Este documento con recomendaciones puede modificarse a lo largo de las semanas venideras en función de los acontecimientos y nuevos estudios que permitan actualizarlo.



Este documento y sus anexos está elaborado en base a las recomendaciones de los grupos de trabajo de disfagia orofaríngea del Hospital 12 de octubre: S^o Otorrinolaringología, S^o Rehabilitación, Logopedia, S^o Endocrinología/Nutrición. Así como recomendaciones obtenidas de: “*Fact sheet Covid-19 (version 1.3, April 4, 2020 – Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie NVFL)*” y “*Basic procedures to assess and treat oropharyngeal dysphagia in patients with covid-19 infection. Expert opinion practical Guidance from Hospital Mataró, Spain v1, April 6th, 2020*”¹¹

Servicio Otorrinolaringología

- **Dr. Ignacio Jiménez Huerta**

Servicio Endocrinología-Nutrición

- **Dra. María Maíz.**
- **Dra. M.A Valero Zanuy.**

Servicio Rehabilitación

- **Dra. Silvia Sánchez Callejas**
- **Ldas. Logopedia:** M. Durán Limas - A. Rodríguez Martín - A. Santiago Ortiz – A. Aldea Jiménez- C. Castell

Colaboración

- **Dr. Pere Clavé.** -- ciberehd/Hospital de Mataró
- **Dra. Weslania Nascimento** -- ciberehd/Hospital de Mataró

La finalidad de este documento es proporcionar una opinión experta y práctica con 10 puntos clave a todos aquellos profesionales que están relacionados de forma directa o indirecta con pacientes que sufren disfagia orofaríngea y que son sospechosos, en riesgo de o con COVID-19 confirmado.

Aproximadamente el 20% de los pacientes con coronavirus sufren síntomas severos, que requieren hospitalización y en ocasiones soporte respiratorio en unidades de cuidados intensivos¹. Pacientes con COVID-19 hospitalizados tienen muchos síntomas, especialmente respiratorios, capacidad motora reducida y alteraciones cognitivas, tanto en fases agudas como en fases de convalecencia.

Se requieren equipos multidisciplinares de disfagia en el contexto actual de pacientes hospitalizados por infección COVID-19 en todo el rango de edades, con o sin comorbilidades. Se trata de pacientes que en muchos casos están recuperándose de las actuaciones necesarias en Unidades de Cuidados Intensivos y que suelen tener afectación respiratoria, traqueotomía y alteraciones motoras y/o cognitivas como resultado de la enfermedad e inactividad física; lo que se denomina Síndrome post-unidad cuidados intensivos (PICS). Estos pacientes suelen requerir atención por los profesionales de los equipos multidisciplinares de disfagia y alteraciones de la deglución.

El coronavirus SARS-CoV-2 se disemina principalmente por las secreciones de la nariz, boca, garganta (secreciones nasales, saliva y flemas) y especialmente por los llamados **aerosoles** (gotas de flügge) durante la tos y los estornudos. Estos aerosoles también se generan durante cualquier procedimiento en la nariz, boca o faringe incluyendo terapias logopédicas⁸.

Procedimientos de muy alto riesgo, particularmente son:

- **Test de cribado con agua.**
- **Evaluación intraoral y procedimientos de higiene oral.**
- **Evaluación endoscópica deglución (FEES).**
- **Rehabilitación de la deglución. Conlleva entrenamiento en toser activamente entre otras muchas técnicas.**

La evaluación y el manejo de pacientes con disfagia orofaríngea y COVID-19 es una situación de **MUY ALTO RIESGO** para los profesionales sanitarios y debe ser considerada como **procedimiento generador de aerosoles**.

Los profesionales deben asegurar que sus prácticas no tengan ningún riesgo (“zero risk”) de contagiar o diseminar la infección covid-19 a sus pacientes.

Dado que los recursos de protección adecuados (Equipos de Protección Individual o EPI), son escasos, se recomienda contar con la colaboración para el manejo de estos pacientes con aquellos profesionales entrenados y con disponibilidad de Equipos de protección individual (EPI).

1. SITUACIÓN COVID-19

- a. Averiguar por todos los medios la situación real y actualizada del paciente. Consultar protocolos actualizados intranet Hospital 12 de octubre.¹³
- b. Considerar a aquellos pacientes con alta sospecha de infección por COVID-19 o contactos estrechos de covid-19 como COVID-19 confirmados.

2. EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

- a. Para explorar/evaluar a pacientes con covid-19 confirmado, sospechosos o contactos estrechos, debe utilizarse equipo adecuado y tener la formación y capacitación para la colocación y retirada de este. Consultar procedimientos y vídeos demostrativos de colocación y retirada de EPIs en la intranet Hospital 12 de octubre.¹²
- b. Los procedimientos generadores de aerosoles requieren EPI3 (mascarilla FPP2/3, N95. Vestimenta impermeable completa. Guantes. Gorro. Protección estanca ocular y/o pantallas protectoras faciales)

En caso de no estar disponibles dichos equipamientos o carecer de la suficiente competencia para su colocación y/o retirada, NO explorar al paciente puesto que el riesgo de infección es extremadamente alto⁹⁻¹⁰.

3. MANEJO DEL PACIENTE PRODUCTOR DE AEROSOL (TOS, ESTORNUDO, ATRAGANTAMIENTOS)

- a. La única manera de evitar el contagio y considerando inviable la evaluación de disfagia orofaríngea con mascarilla quirúrgica puesta en el paciente es la utilización de EPI3.
- b. En caso de no tener acceso a EPI3 para poder minimizar la exposición a los aerosoles del paciente durante la evaluación/procedimientos y dado que el riesgo de contagio es extremadamente alto, se recomienda NO evaluar al paciente.

4. **De forma temporal, posponer todas las evaluaciones y procedimientos que no sean urgentes.** Durante la situación de pandemia COVID-19 la recomendación es hacer evaluaciones clínicas y evitar todos los procedimientos instrumentales (FEES, VFS, Manometría-HD, etc.).

5. **Evaluar a pacientes covid-19 únicamente conscientes, completamente despiertos y en situación respiratoria estable.** Explorar a los pacientes si pueden estar en posición adecuada. Pacientes únicamente con gafas nasales a 3L/min máximo. Utilizar pulsioxímetro para monitorizar constantes/SatO₂% durante mecv-v.

6. **Evaluación clínica observacional con MECV-V (MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD)**
 - a. En primer lugar, **OBSERVAR** si el paciente tiene signos y/o síntomas de disfagia orofaríngea. Hay que considerar que pacientes COVID-19 tienen tos espontánea frecuente y puede interferir con la evaluación. Respetar la distancia de 2m todo el rato que sea posible y utilizar el EPI3.

 - b. **Si es imprescindible, EXPLORAR.** Utilizar el MECV-V para determinar la seguridad/eficacia de la deglución para así seleccionar el bolo de volumen y viscosidad óptima para cada paciente con disfagia orofaríngea³.

 - c. Centrarse en la **SEGURIDAD** de la deglución del paciente. Así mismo mantenerse muy alerta sobre la seguridad del explorador utilizando EPI3 y realizando la evaluación en el menor tiempo posible.

 - d. Disfagia orofaríngea en pacientes post-extubados COVID-19 afecta a 1/3 de los mismos y puede desembocar en complicaciones severas tales como; neumonías aspirativas, reintubaciones y éxitus. Si existen signos o síntomas de disfagia orofaríngea; **mantener alimentación enteral hasta que pueda realizarse una evaluación correcta de la deglución.**

 - e. Pacientes traqueotomizados COVID-19 deben llevar cánulas con balón y no fenestradas. La evaluación de estos pacientes, si es completamente necesaria, se realizará con balón hinchado para minimizar los accesos de tos y generación de aerosoles. Considerar realizar el test de Evans con

azul de metileno en estos pacientes para descartar aspiraciones, pero tener en cuenta que es un procedimiento generador de aerosoles y de riesgo extremadamente alto de contagio.

7. Evaluación nutricional.

- a. Se recomienda evaluación nutricional (MUST -para adultos-, NRS 2002 -pacientes hospitalizados-, MNA-sf -ancianos-), de forma preferente a aquellos pacientes que llevan ingresados más de 48hrs por COVID-19.
- b. Aquellos pacientes que han permanecido más de 48hrs en Unidades de Críticos deberán considerarse en riesgo de malnutrición⁴.

PROPUESTA SOBRE EL TRATAMIENTO EN DISFAGIA OROFARÍNGEA COVID-19

8. **No se recomienda tratamiento activo durante la pandemia COVID-19.** No involucrar ni exponer a ningún profesional en ningún tratamiento de disfagia orofaríngea por el alto riesgo de infección por aerosoles contaminantes.
9. **Intentar aplicar estrategias compensadoras en vez de tratamientos activos a todos los pacientes con disfagia orofaríngea COVID-19.** Responder a esta pregunta clave: ¿Puedo mejorar la seguridad y eficacia de las degluciones para líquidos y/o sólidos? Intentar una intervención mínima a gran escala⁵.
 - a. Control y postura correcta durante las comidas. Maniobra mentón-esternón si es necesario. Utilizar únicamente gafas nasales 2-3 L/m como terapia de oxigenación, si es posible.
 - b. Promover alimentación autónoma del paciente. Si requiere algún tipo de asistencia puntual, deberá ser con el Equipo de Protección Individual pertinente. Si un paciente COVID-19 no es autónomo para alimentarse vía oral: se propondrá vía enteral por sonda de alimentación nasogástrica.
 - c. Utilizar fluidos alimentarios e hidratación a la viscosidad adecuada en función de la evaluación realizada; seleccionar entre 250-800 mPa.s para cada paciente (viscosidades néctar-miel)⁶.

- d. Adaptación de los alimentos sólidos en los pacientes con disfagia orofaríngea según el esquema de triple adaptación reológica, nutricional y organoléptica (textura, calórico-proteico y palatal)⁷.
 - e. Si se precisa nutrición enteral, NO realizar dieta terapéutica oral-enteral porque el riesgo de aerosoles es muy elevado. Colocación de PEG en caso necesario deberá posponerse hasta curación del paciente o negativización PCR SARS-CoV-2.
 - f. Salud oral: Se debe instruir y orientar a los pacientes para cuidar para su higiene dental tras cada comida. Si esto no es posible, evitar realizar la higiene dental en estos pacientes por el muy alto riesgo de aerosol y contagio al profesional sanitario.
- g. Si el paciente no alcanza sus necesidades nutricionales con modificación de la dieta + suplementos orales o presenta alteración de la seguridad de la deglución, se debe colocar una sonda para nutrición enteral (NE).

10. Traqueotomía y disfagia orofaríngea en paciente COVID-19

- a. Los pacientes traqueostomizados deberán llevar cánula no fenestrada con balón hinchado.
 - i. Exploraciones deberán realizarse con balón hinchado (mecv-v, Evans)
 - ii. Balón sólo será deshinchado cuando el riesgo de aerosolización por parte del paciente (tos etc...) sea mínimo, o pacientes traqueostomizados pero autónomos para la deglución; pueden desinflarse el balón durante las comidas.
- b. Pacientes con traqueotomía pero que necesitan soporte ventilatorio o ventilación mecánica; NO deben alimentarse vía oral.
- c. ¿Cuándo debería decanularse al paciente traqueostomizado COVID-19? Es recomendable la evaluación por el Especialista ORL (función respiratoria adecuada, buen manejo de secreciones, situación cognitiva correcta).

REFERENCIAS

1. RIVM, (2020) – Informatie voor professionals. From: <https://www.rivm.nl/coronavirus/covid-19/informatievoor-professionals>
2. Liang T. (2020), Handbook of COVID-19 prevention and treatment. From: <https://covid-19.alibabacloud.com/>
3. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Clavé P. Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil.* 2014 Sep; 26(9):1256-65.
4. 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>.
5. Martín A, Ortega O, Roca M, Arús M, Clavé P. Effect of a Minimal-Massive Intervention in Hospitalized Older Patients with Oropharyngeal Dysphagia: A Proof of Concept Study. *J Nutr Health Aging.*
6. Bolivar-Prados M, Rofes L, Arreola V, et al. Effect of a gum-based thickener on the safety of swallowing in patients with poststroke oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterol Motil.*
7. Costa A, Carrión S, Puig-Pey M, Juárez F, Clavé P. Triple Adaptation of the Mediterranean Diet: Design of A Meal Plan for Older People with Oropharyngeal Dysphagia Based on Home Cooking. *Nutrients.*
8. Honings J., (2020) Summary of concerns about respiratory tract operations in (suspected) COVID-19 patient for ENT doctors, Version 1.1. From: <https://www.kno.nl/>
9. Rational Use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19). Interim guidance. 19 March 2020. World Health Organization. WHO.
10. Royal College of Speech&Language Therapists guidance on personal protective equipment (PPE) and COVID-19. 27 March 2020.
11. 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. Gastrointestinal Physiology Laboratory, Department of Surgery, Hospital de Mataró, Universitat Autònoma de Barcelona, Mataró, Spain. pere.clave@ciberehd.org
12. Medidas de protección para los trabajadores en función de la actividad laboral realizada en el Hospital Universitario 12 de octubre en casos en investigación o confirmados de COVID-19 (SARS-CoV-2) 02-04-2020.
13. Procedimiento de actuación en el Hospital Universitario 12 de octubre ante un caso sospechoso de enfermedad por coronavirus COVID-19 (SARSCov-2) en pacientes adultos ingresados en área de hospitalización. 06.03.2020