

COVID-19 y disfagia

Dra. Eva Perelló Camacho

Especialista en Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitari de Sant Joan. Alicante

Caso
clínico

13



Índice

01 Presentación

02 Historia clínica

03 Anamnesis

04 Exploración física
y pruebas complementarias

05 Diagnóstico y tratamiento

06 Seguimiento y evolución

07 Conclusiones

08 Bibliografía



01 Presentación

- ▶ ♂ 48 años
- ▶ Acude al Servicio de Urgencias del hospital en marzo de 2020 por presentar tos, fiebre y disnea





02 Historia clínica

- ▶ Varón de 48 años que presenta clínica de tos seca, malestar general y fiebre de hasta 39 °C de 7 días de evolución.
- ▶ En las últimas horas se acompaña de disnea intensa.
- ▶ No presenta otra sintomatología asociada.

Antecedentes personales

- ▶ No presenta alergias medicamentosas conocidas.
- ▶ Exfumador desde hace 5 años (acumulado 15 años-paquete).
- ▶ No tiene antecedentes médicos de interés.
- ▶ No se ha sometido a intervenciones quirúrgicas.
- ▶ No sigue tratamiento habitual.



03 Anamnesis

A nivel nutricional

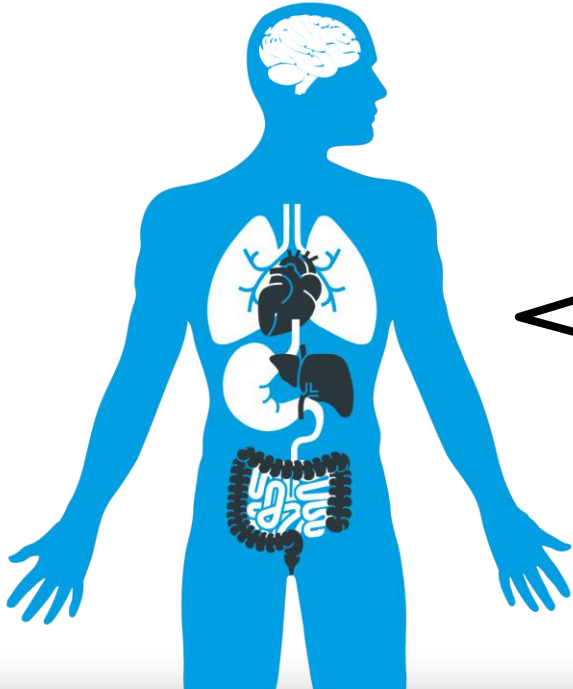
- ▶ Disminución de la ingesta en la semana previa al ingreso, desde el inicio de la sintomatología.
- ▶ No ha cuantificado pérdida de peso.
- ▶ Hábito intestinal normal. No presenta náuseas, vómitos ni sintomatología digestiva.

- ▶ A su llegada a Urgencias presenta una **saturación de oxígeno (SatO₂) del 70%**, por lo que precisa la administración de oxigenoterapia con mascarilla con reservorio, lo que mejora la SatO₂ al 96%.
- ▶ Dada la dificultad para mantener la SatO₂ y la estabilidad hemodinámica, se solicita una **valoración al Servicio de Medicina Intensiva**, que ingresa al paciente.





04 Exploración física y pruebas complementarias



- ▶ Presión arterial, 96/52 mmHg; frecuencia cardiaca, 97 lpm; SatO₂, 93% con reservorio (FiO₂ 100%); temperatura, 37,7 °C.
- ▶ Consciente y orientado. Índice de Glasgow 15.
- ▶ Auscultación cardiopulmonar:
 - ▶ Hipoventilación global, sin ruidos sobreañadidos.
 - ▶ Tonos cardiacos rítmicos, sin soplos.
- ▶ Abdomen blando y depresible, no doloroso.
- ▶ No presenta edemas en los miembros inferiores ni signos de trombosis.



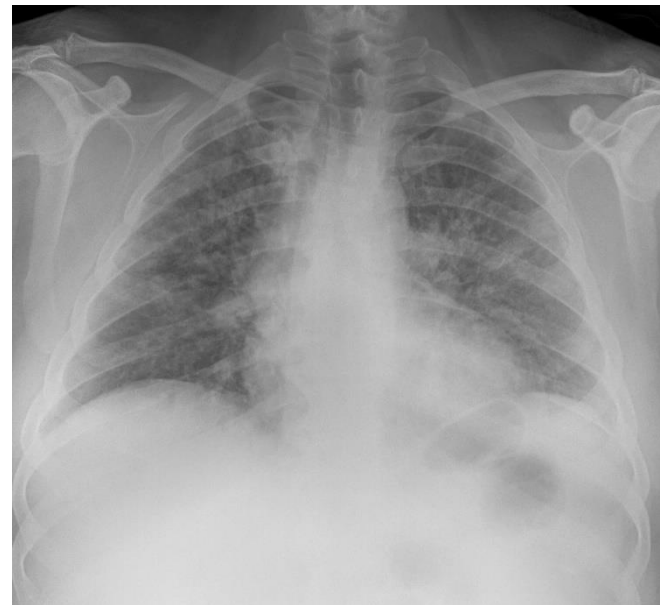
COVID y disfagia

Datos antropométricos

- ▶ Peso actual, 96 kg; talla, 172 cm; índice de masa corporal (IMC), 32,4.
- ▶ Peso habitual, 99 kg. Pérdida de peso del 3% en 1 mes.
- ▶ Peso ajustado por obesidad de 72,8 kg.

Pruebas complementarias

- ▶ **Análisis:** leucocitos, $6,4 (x10^9/L)$; linfocitos, $0,3 (x10^9/L)$; hemoglobina, 16,9 g/dL; glucemia, 137 mg/dL; albúmina, 3 g/dL; Na, 130 mEq/L; K, 4,5 mEq/L; creatinina, 0,76 mg/dL; proteína C reactiva, 11,88 mg/dL.
- ▶ **Radiografía de tórax:** opacidades pulmonares con extensa afectación difusa bilateral. Hallazgos sugerentes de afectación severa por COVID-19.
- ▶ **Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de COVID-19:** positiva.





05 Diagnóstico y tratamiento

Neumonía bilateral por COVID-19



Tratamiento

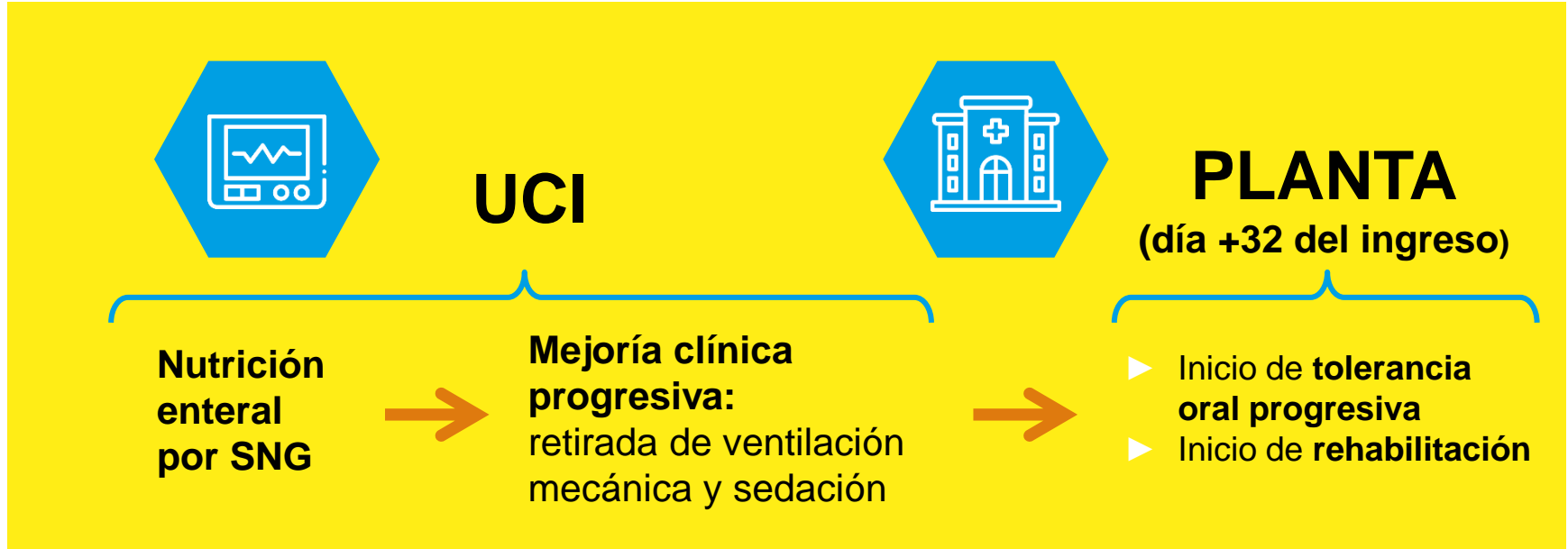
- ▶ COVID-19: hidroxiclороquina + ritonavir/lopinavir + metilprednisolona; antibioterapia con azitromicina y ceftriaxona.
- ▶ Intubación orotraqueal y ventilación mecánica + sedación con midazolam.
- ▶ Fármacos vasoactivos para mantener la presión arterial.

Tratamiento nutricional

- ▶ Dada la imposibilidad de nutrición por vía oral, se inicia a las 24 horas del ingreso nutrición enteral por SNG:
 - ▶ Administrada de manera continua a 21 mL/h, y aumentando 10 mL/h cada 12 horas hasta alcanzar sus requerimientos nutricionales a 59 mL/h (1.416 mL/día).
 - ▶ Fórmula hipercalórica hiperproteica: 1.841 kcal + 95 g de proteínas al día (adaptada a los requerimientos nutricionales).
- ▶ Buena tolerancia a la nutrición enteral durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).



06 Seguimiento y evolución





COVID y disfagia

- ▶ Se instruye a enfermería de planta para la realización del test MECV-V (método de exploración clínica volumen-viscosidad), minimizando el tiempo de exposición.



- ▶ Deglución segura y eficaz a textura miel

Dieta de disfagia + líquidos con espesante
+ suplementos textura miel 2 al día
(aporte por suplemento: 200 mL,
400 kcal + 20 g de proteínas)

Se retira la SNG. Decanulación
y cierre de traqueostomía

Revaluación nutricional (día +42 del ingreso):

- ▶ Peso actual, 94 kg; talla, 172 cm; IMC, 31,8.
- ▶ Pérdida de peso leve (2%) en el ingreso.
- ▶ Dinamometría 38 kg (percentil 10).
- ▶ Análisis: albúmina, 2,9 g/dL; prealbúmina, 17 mg/dL; proteína C reactiva, 4,2 mg/dL.
- ▶ Inicia deambulacion con andador. En seguimiento por el Servicio de Rehabilitación.

Alta hospitalaria (día +49 del ingreso):

- ▶ PCR COVID-19 ya negativa → reevaluación MECV-V en nuestras consultas: deglución segura y eficaz a cualquier textura.



Dieta basal hipercalórica hiperproteica +
2 suplementos hipercalóricos hiperproteicos
estándares (aporte por suplemento:
200 mL, 300 kcal + 20 g de proteínas)



Revaluación nutricional (1 mes tras el ingreso)

- ▶ Buena evolución, tolera la ingesta y no presenta síntomas de disfagia.
- ▶ Peso, 93 kg; talla, 172 cm; IMC, 31,4.
- ▶ Pérdida de peso del 1% en 1 mes tras el ingreso (total 6,1% en 3 meses, respecto a su peso habitual).
- ▶ Dinamometría 42 kg (percentil 20).
- ▶ Continúa seguimiento en el Servicio de Rehabilitación → deambulación normal sin andador, ejercicios diarios de resistencia, rehabilitación del pie equino post-UCI.



Se repasan las recomendaciones para la dieta hipercalórica hiperproteica
Se mantienen los suplementos nutricionales con la misma pauta

- ▶ 2 meses después del ingreso:
 - ▶ Mejoría de la ingesta de dieta (75-100%, cubriendo los requerimientos).
 - ▶ Peso estable. Albúmina, 3,8 g/dL.
 - ▶ Se retiran los suplementos nutricionales.





07 Conclusiones

- ▶ El **desarrollo de disfagia** en los pacientes con COVID-19 que precisan estancia en la UCI es frecuente y **de causa multifactorial**, entre cuyas causas destaca la necesidad de ventilación mecánica e intubación prolongada, junto con el uso de tratamientos sedantes.
- ▶ Los procedimientos utilizados para la evaluación de la disfagia se **consideran generadores de aerosoles**, por lo que son de alto riesgo de contagio de COVID-19. Por tanto, siempre debe utilizarse el EPI.
- ▶ Se priorizará la **exploración clínica**, relegando las técnicas instrumentales a los casos en que sean imprescindibles.
- ▶ Si es posible, la evaluación se realizará por el **personal de enfermería habitual** del paciente, para minimizar el riesgo de exposición de más profesionales.
- ▶ La exploración clínica puede realizarse mediante el **MECV-V**, intentando respetar la distancia de 1-2 m con el paciente y en un **tiempo máximo** de 10-15 minutos. Se evitará la exploración de los reflejos nauseoso y tusígeno.
- ▶ Si la deglución oral es posible, **debe instruirse al propio paciente** en la preparación de las texturas adecuadas, para minimizar la exposición del personal.
- ▶ En aquellos casos en los que la deglución oral no sea posible, es preferible el **uso de nutrición enteral por sonda nasogástrica** a la colocación de gastrostomía, al tratarse de un procedimiento que precisa menor exposición.
- ▶ En cualquier caso, es **fundamental la correcta evaluación y soporte nutricional**, así como la **colaboración con Rehabilitación**, puesto que se trata de pacientes con alto riesgo de desnutrición y sarcopenia.



08 Bibliografía

- Ballesteros MD, Rubio MA, Bretón I. Abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad en pacientes hospitalizados con COVID-19 (recomendaciones SEEN). 2020.
- Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, Wickramasinghe K, Krznaric Z, Nitzan D, 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. Clin Nutr. 2020; 39(6): 1.631-1.638.
- Basic procedures to assess and treat oropharyngeal dysphagia in patients with Covid-19 infection. Expert opinion practical Guidance from Hospital Mataró, Spain v1, 2020.
- Mattei A, Amy de la Bretèque B, Crestani S, Crevier-Buchman L, Galant C, Hans S, Julien-Laferrière A, Lagier A, Lobryeau C, Marmouset F, Robert D, Woisard V, Giovanni A; French Society of Otorhinolaryngology, Head, Neck Surgery (SFORL); French Society of Phoniatics, Laryngology (SFPL). Guidelines of clinical practice for the management of swallowing disorders and recent dysphonia in the context of the COVID-19 pandemic. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2020; 137(3): 173-175.
- Schindler A, Baijens LWJ, Clave P, Degen B, Duchac S, Dziejwas R, Farneti D, Hamdy S, Michou E, Pokieser P, Speyer R, Walshe M, Verin E, Rommel N. ESSD Commentary on Dysphagia Management During COVID Pandemia. Dysphagia. 2020: 1-4.
- Sociedad Valenciana de Endocrinología, Diabetes y Nutrición. Abordaje nutricional en pacientes hospitalizados con COVID. Versión 1.0, 2020.
- Vergara J, Skoretz SA, Brodsky MB, Miles A, Langmore SE, Wallace S, Seedat J, Starmer HM, Bolton L, Clavé P, Freitas SV, Bogaardt H, Matsuo K, de Souza CM, Mourão LF. Assessment, Diagnosis, and Treatment of Dysphagia in Patients Infected With SARS-CoV-2: A Review of the Literature and International Guidelines. Am J Speech Lang Pathol. 2020; 29(4): 2.242-2.253.

