



**FRESENIUS
KABI**

caring for life

Experiencias clínicas en pacientes con disfagia y COVID persistente

**¿Qué repercusiones tiene en el
proceso deglutorio?**

Nota: El contenido de los presentes artículos refleja exclusivamente la opinión profesional de sus autores, manteniendo éstos en todo momento su plena autonomía de criterio, valoración y opinión profesional. Fresenius Kabi no ha participado en la elaboración de los artículos, ni ha condicionado ni inducido a dichos autores respecto de su contenido. La publicación de tales artículos no supone ni comporta en modo alguno conformidad o coincidencia de criterios, juicios, valoraciones u opiniones entre los autores firmantes y Fresenius Kabi, reservándose Fresenius Kabi en todo momento la facultad de suscribir o compartir tales criterio, juicios, valoraciones u opiniones. Así mismo y como consecuencia de lo anterior, Fresenius Kabi declina todo tipo de responsabilidad respecto de la objetividad, adecuación para un propósito concreto, adecuación a guías clínicas o estándares comúnmente aceptados por la comunidad científica, objetividad o veracidad del contenido de tales artículos.

Fresenius Kabi España, S.A.U.
Torre Mapfre - Vila Olímpica
C/ Marina, 16-18 - 08005 Barcelona
Tel. 93 225 65 65 - Fax 93 225 65 75
www.fresenius-kabi.es

Depósito legal: B 20328-2021



Experiencias clínicas en pacientes con disfagia y COVID persistente

¿Qué repercusiones tiene en el proceso deglutorio?

Prólogo 4

Luisa Muñoz Salvador.

*Residencia El Encinar de las Cruces.
Don Benito (Badajoz).*

Reagudización de disfagia tras COVID-19 6

Dr. Jose Abuín Fernández.

*Facultativo especialista en Endocrinología y Nutrición.
Hospital Regional Universitario de Málaga.*

Disfagia orofaríngea en paciente con COVID-19 8

Laura Rey Fernández, Lucía Visiedo Rodas, Jimena Abilés Osinaga.

*Unidad de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Quirón. Marbella (Málaga).*

Disfagia orofaríngea en paciente postCOVID 10

Hugo Azaña Fernández.

*Médico Especialista en Geriátrica.
Hospital San Juan de Dios. León.*

Prólogo



Prólogo

Luisa Muñoz Salvador.

*Residencia El Encinar de las Cruces.
Don Benito (Badajoz).*

La disfagia orofaríngea (DO) es una complicación en aquellos pacientes COVID con infección respiratoria aguda, neumonía e insuficiencia respiratoria y más aún en aquellos pacientes que han estado sometidos a ventilación mecánica, intubación, traqueostomías o sondas nasogástricas^[1]. La disfagia persistente supone una especial preocupación en los pacientes mayores y frágiles que regresan a sus hogares o centros tras haber sufrido COVID-19, afectando directamente a su deglución las complicaciones sufridas y relacionadas con dicha enfermedad como por ejemplo las complicaciones neurológicas, miopatías y neuropatías^[2], la anosmia y ageusia sufrida en una alta proporción en pacientes afectados por el SARS-CoV-2 y la función sensorial faríngea alterada, lo que podría facilitar los problemas para tragar^[3,4]. La desnutrición relacionada con la enfermedad por COVID es el resultado del hipercatabolismo con un incremento de los requerimientos nutricionales junto con la presencia de un severo estado inflamatorio. A esto se le une la disfagia orofaríngea, la tos y disnea, que contribuyen a una hiporexia que dificulta la seguridad en la ingesta de

los alimentos^[5]. En el caso de las personas mayores, la disfagia persistente junto con la desnutrición contribuye a empeorar aún más el diagnóstico. Por ello es recomendable que sigan una dieta de textura modificada con alta densidad nutricional, un uso adecuado de espesantes y la ingesta de suplementos hipercalóricos e hiperproteicos que aporten al menos 18 gr de proteínas por unidad.

Durante la primera oleada de la pandemia, debido al desbordamiento por el impacto del virus, se produjeron situaciones de manejo nutricional deficiente, no siendo una práctica clínica habitual el seguimiento de síntomas como la ageusia y la anosmia y no dando recomendaciones específicas para el manejo de la disfagia y la desnutrición en los pacientes que recibieron el alta y regresaron a sus hogares o centros. Esta situación nutricional ha ido mejorando en las sucesivas oleadas de la pandemia, con la prescripción de alimentación de textura modificada, uso de espesantes y en algunos casos la indicación de la necesidad de suplementos nutricionales.

Reflexiones

Diagnosticar precozmente la desnutrición para poder tratarla eficazmente podría afectar el estado nutricional de los pacientes con COVID-19 mejorando sus resultados clínicos y supervivencia. La disfagia y la desnutrición son de importancia en los pacientes

con COVID-19 y se debería manejar desde el inicio formando parte del plan integral del tratamiento, recomendado alimentos de textura modificada, el uso de espesantes y la necesidad de un soporte nutricional adecuado.

Bibliografía

1. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest* 2003;124:328e36.
2. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, *et al*. Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol* 2020;77:683e90.
3. Vaira LA, Salzano G, Deiana G, De Riu G. Anosmia and ageusia: common findings in COVID-19 patients. *Laryngoscope* 2020;130:1787.
4. Vergara J, Lirani-Silva C, Brodsky MB, Miles A, Clave P, Nascimento W, *et al*. Potential influence of olfactory, gustatory, and pharyngolaryngeal sensory dysfunctions on swallowing physiology in COVID-19. *Otolaryngol-Head Neck Surg (United States)* 2020;164(6):1134e5.
5. Carretero Gomez J, Maf e Nogueroles MC, Garrach on Vallo F, Escudero Alvarez E, Maci a Botejara EMGJ. La inflamación, la desnutrición y la infección por SARS-CoV-2: una combinación nefasta. *Rev Clin Esp* 2020;220: 511e7.

Experiencia clínica

A stylized profile of a human head in shades of green and yellow. Inside the head, there is a diagram of the brain with a central point and concentric circles, suggesting neural activity or a specific clinical focus.

Reagudización de disfagia tras COVID-19

Dr. Jose Abuín Fernández.

*Facultativo especialista en Endocrinología y
Nutrición.*

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Descripción de la experiencia clínica

Varón de 86 años que ingresa en enero de 2021 por infección respiratoria clínica y radiológicamente compatible con COVID-19, que se confirmó mediante PCR del virus SARS-CoV-2 en las urgencias del hospital previo al ingreso. El cuadro de empeoramiento clínico con fiebre y disnea motivó el acudir a los servicios sanitarios.

Como antecedentes relevantes presenta diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y Alzheimer moderado con vida escasamente activa. Exfumador, consumo acumulado de tabaco de 50 paquetes/año. El paciente presenta una disfagia de base al no ser capaz de tomar agua con espesante al menos la mayor parte de los días (nivel 7 en la escala de Fujishima^[1]). Peso 60 kg, talla 170 cm.

Evolución tórpida durante el ingreso, con uso frecuente de oxigenoterapia y necesidad de alimentación enteral por sonda nasogástrica; no precisó ingreso en

UCI. Tras 10 días de ingreso la situación respiratoria se torna clínicamente más favorable pero el paciente se ve incapaz de deglutir comida incluso estando espesada por lo que se prolonga el ingreso unos días más para dar fisioterapia deglutoria.

Cabe destacar que durante el ingreso se demoró el inicio de la nutrición enteral por lo que hubo debilitamiento visible de la musculatura a nivel general.

El paciente presenta buena respuesta a la fisioterapia y se consigue retirar la sonda nasogástrica pero el paciente presenta marcada dificultad para ingerir alimentos muy fibrosos por lo que se decide dar la comida triturada y espesada de ahora en adelante.

Para el alta se le dieron recomendaciones para pacientes con disfagia y se pautaron suplementos aptos para dicha patología (Fresubin Thickened®).

Discusión y comentarios

La disfagia motora es una patología de causa multifactorial, muy asociada a trastornos neurodegenerativos. Dado que la deglución es un proceso tan complejo^[2], donde están presentes multitud de músculos y nervios, cualquier patología que pueda comprometer la capacidad muscular del individuo podría potencialmente empeorar el curso de la disfagia, con todo lo que conlleva a nivel nutricional y del soporte social.

El síndrome postCOVID es una entidad clínica, con bases fisiopatológicas todavía discutidas^[3], que ocurre hasta 6 meses tras padecer la infección por SARS-CoV-2 y

que engloba síntomas tan variados como cansancio, mareos, dolor articular, disnea e incluso disfagia.

Todavía son necesarios más estudios para categorizar bien los síntomas y descartar que no hayan estado presentes previamente a la infección, pero lo cierto es que se ha descrito la presencia de anticuerpos anti-ACE2^[4, 5], esto podría explicar en parte el estado proinflamatorio durante la COVID-19 ya que al actuar estos anticuerpos contra el receptor de angiotensina II sus niveles podrían aumentar creando dicho ambiente inflamatorio.

Reflexiones

En este caso, lo más probable es que el paciente haya tenido un empeoramiento de su disfagia en el contexto de su patología previa que se haya podido ver comprometida con el proceso infeccioso y el bajo aporte nutricional en los primeros días, lo que pudo conllevar una pérdida de masa muscular.

Como conclusiones sería destacable tanto el inicio temprano del soporte nutricional, especialmente en pacientes de avanzada edad y con complicaciones, el soporte por parte de fisioterapia de cara a la mejoría de la dinámica deglutoria y un adecuado seguimiento posterior para monitorizar la evolución.

Bibliografía

1. Kunieda, K., Ohno, T., Fujishima, I., Hojo, K., & Morita, T. (2013). Reliability and validity of a tool to measure the severity of dysphagia: the Food Intake LEVEL Scale. *Journal of pain and symptom management*, 46(2), 201-206.
2. Frajkova, Z., Tedla, M., Tedlova, E., Suchankova, M., & Geneid, A. (2020). Postintubation dysphagia during COVID-19 outbreak-contemporary review. *Dysphagia*, 35(4), 549-557.
3. Baig, A. M. (2020). Chronic COVID syndrome: Need for an appropriate medical terminology for long-COVID and COVID long-haulers. *Journal of medical virology*.
4. Arthur, J. M., Forrest, J. C., Boehme, K. W., Kennedy, J. L., Owens, S., Herzog, C., ... & Harville, T. O. (2021). Development of ACE2 autoantibodies after SARS-CoV-2 infection. *Plos one*, 16(9), e0257016.
5. Mohan, R., & Mohapatra, B. (2020). Shedding light on dysphagia associated with COVID-19: the what and why. *OTO open*, 4(2), 2473974X20934770.

Experiencia clínica



Disfagia orofaríngea en paciente con COVID-19

**Laura Rey Fernández, Lucía Visiedo Rodas,
Jimena Abilés Osinaga.**

*Unidad de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Quirón. Marbella (Málaga).*

Descripción de la experiencia clínica

Los pacientes con COVID-19 pueden presentar dificultades en la alimentación por distintos factores, entre los que destacan el aumento del esfuerzo respiratorio, uso de dispositivos de apoyo ventilatorio, compromiso neurológico y disfagia posextubación^[1].

Las alteraciones de la deglución ocasionan dos tipos de complicaciones: las derivadas del insuficiente aporte de nutrientes y de agua debido a una deglución ineficaz, y las derivadas del riesgo de que los alimentos y las secreciones digestivas y faríngeas alcancen las vías respiratorias y los pulmones. Todo ello conlleva un aumento de la morbilidad y mortalidad en los pacientes que la sufren^[2], si a esto le sumamos las complicaciones y riesgo de mortalidad asociados a la enfermedad por COVID, nos encontramos con un paciente muy vulnerable.

El caso que nos compete trata de una paciente mujer de 63 años, con antecedentes de HTA e hipercolesterolemia, que tras 5 días de evolución tórpida en domicilio tras PCR positiva, empeora significativamente a nivel respiratorio, saturando a 86 % con ventimask, asténica y disneica, precisando ingreso en UCI, donde llega a estar 16 días.

A su alta a planta, la paciente presenta un deterioro neurológico que la tiene desconectada del medio, porta SNG con una pauta de 80 ml/h durante 16 h de fórmula

hiperproteica-hipercalórica. Realizamos valoración nutricional, medidas antropométricas y ajustamos NE aumentando la misma de forma progresiva hasta 95 ml/h, con la que alcanza requerimientos estimados. La paciente presenta una desnutrición severa grado II según criterios GLIM.

Datos antropométricos y requerimientos estimados

Peso actual: 65 kg	Altura: 1,70 m	IMC: 22,49 kg/m ²
Peso habitual: 72 kg	% peso perdido: 9,7%	
Requerimiento kcal: 2275 kcal 78 g de proteínas		

La paciente evoluciona con mejora progresiva a nivel cognitivo, y se decide realizar test de volumen viscosidad (V-V) para garantizar una ingesta segura, siendo éste patológico a volúmenes superiores a 10 ml de líquidos. Se inicia dieta túrmix que se enriquece con liofilizados HP/HC y se pauta vo HP/HC con textura néctar. Para la ingesta de agua se pauta espesante.

Evolución favorable de la paciente con ingesta progresivamente más completa. Se repite el test pasados 20 días, sin presentar alteración de la seguridad con ningún volumen ni textura, logrando reintroducir las texturas en su dieta. Mantiene peso estable.

Reflexiones

El abordaje y tratamiento de la DO, es muy complejo, por ello su manejo eficaz precisa de un equipo multidisciplinar y coordinado para diagnosticar y tratar el trastorno y evaluar su evolución. La atención

nutricional adaptada es uno de los aspectos más importantes porque previene la desnutrición y sus complicaciones y disminuye el riesgo de aspiración^[3].

Bibliografía

1. Fernández R. Lara, Cabrera S. Natalia, Fernández O. Diego, Olcese T. Lorena. Disfagia en tiempos de COVID-19. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2020 Sep. [citado 2021 Oct 27]; 80(3): 385-394. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162020000300385&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162020000300385>.
2. Marek PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest* 2003; 124: 328-336.
3. Camarero González, E., Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria* [Internet]. 2009;2(2):66-78. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226754007>.

Experiencia clínica



Disfagia orofaríngea en paciente postCOVID

Hugo Azaña Fernández.

*Médico Especialista en Geriátría.
Hospital San Juan de Dios. León.*

Descripción de la experiencia clínica

Paciente mujer de 85 años con antecedente de HTA. Situación basal: independiente para ABVD. Vive sola en domicilio. No antecedente de deterioro cognitivo. Paciente ingreso por disnea a mínimos esfuerzos en diciembre de 2020, con diagnóstico de neumonía bilateral COVID positivo, recibió tratamiento con corticoides y dosis única de tocilizumab con buena evolución clínica. Presentó posteriormente sepsis respiratoria precisando antibióticos de amplio espectro.

La paciente presenta hiporexia y negativa a ingesta oral. Presenta peso: 45 kg; talla: 1,5 m; probable pérdida de peso de >5 kg en último mes.

Test volumen-viscosidad (MECV-V): presenta disfagia a líquidos. Cuestionario SARC-F: 8 puntos (puntuaciones

≥4, riesgo elevado de sufrir sarcopenia). De acuerdo a los criterios GLIM presenta desnutrición moderada por enfermedad aguda.

Paciente con escasa ingesta oral de dieta adaptada por lo que se administra alimentación enteral por sonda nasogástrica con fórmula polimérica hipercalórica hiperproteica, los requerimientos nutricionales se estiman en 30 kcal/kg y 1,5 gr de proteínas/kg.

Reevaluada la paciente al mes persiste negativa a ingesta oral y disfagia por lo que continua con alimentación enteral por SNG.

Discusión y comentarios

La relación entre disfagia y posectubación es muy conocida. Sin embargo, existen factores específicamente relacionados a la enfermedad por COVID-19 que pueden contribuir a la aparición de disfagia^[1]: Edad >65 años, deterioro cognitivo y debilidad muscular secundaria a prolongada hospitalización, síntomas neurológicos relacionados a SARS-CoV-2 y pobre calidad de vida o estrés durante cuarentena.

Nuestra paciente presentó una pérdida de masa y función muscular significativa, cumpliendo criterios de disfagia sarcopénica. Debido a una ingesta oral <50 % a sus necesidades precisó alimentación enteral. Los requerimientos de energía en adultos mayores recomendados por la ESPEN^[2] son de 30 kcal por kg de peso, dicho objetivo en pacientes severamente desnutridos debe lograrse lentamente debido al alto riesgo de síndrome de realimentación.

Reflexiones

En los pacientes que presenta o han presentado infección compatible con COVID-19 debe realizarse una valoración nutricional que incluya la valoración de

disfagia. El manejo de los pacientes con desnutrición y/o disfagia precisa de un equipo multidisciplinar.

Bibliografía

1. Maria Raffaella Marchese, Carolina Ausili Cefaro, Mari Giorgia, Proietti Ilaria, Carfi Angelo, Tosato Matteo, Longobardi Ylenia, D'Alatri Lucia, and "Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Team". Oropharyngeal Dysphagia After Hospitalization for COVID-19 Disease: Our Screening Results. *Dysphagia*. 2021 Jun 24: 1-7.
2. 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>.

Fresenius Kabi

te invita a descubrir los
recursos para tus pacientes

Escanea este código QR para descubrir
recetarios con nuestros productos y ofrecer
ideas a tus pacientes, recomendaciones
nutricionales, posturales, para el cuidado
de sondas, consejos, menús, etc.



Listos para descargar, imprimir y entregar
a tus pacientes.



**FRESENIUS
KABI**

caring for life