



La COVID-19 es ya una pandemia mundial con miles de personas contagiadas y miles de personas fallecidas. En este tiempo transcurrido desde el inicio de la pandemia, y con la experiencia de los países que la han sufrido antes que nosotros, se ha observado que este virus afecta especialmente a las personas mayores.

Esta pandemia se produce en el contexto de una población envejecida que es la población que presenta una mayor susceptibilidad a la infección y a las formas más graves de la misma (1).

Las personas mayores y las que padecen afecciones médicas previas como hipertensión arterial, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes o cáncer tienen más probabilidades de presentar cuadros graves. Sin embargo, cualquier persona puede contraer la COVID-19 y caer gravemente enferma (2).

Aunque la mayoría de los casos presentan cuadros leves o sin complicaciones de la COVID-19, se estima que en alrededor de 14% de los casos se presenta infección respiratoria aguda grave, que puede requerir hospitalización y oxigenoterapia, en tanto que en 5% de los casos se requiere ingreso en una unidad de cuidados intensivos (3).

La COVID-19 se asocia con numerosas secuelas que afectan fundamentalmente al aparato respiratorio (4) y entre estas secuelas se encuentra la disfagia.

Más allá de las consecuencias propias de la enfermedad (tos, malestar, fiebre...) el aislamiento social, indicado por las autoridades, para evitar la propagación del virus ha hecho que las personas mayores permanezcan en su domicilio.

Una de las consecuencias de este aislamiento social es que las personas mayores tengan menos actividad física lo que puede provocar, entre otras

cosas, pérdida de fuerza y de masa muscular, esto conlleva algunos riesgos: de caídas, de disfagia, de mayor fragilidad, de aumento de la dependencia, etc.

La situación actual de pandemia sobrecarga el sistema sanitario y medidas de confinamiento para reducir la expansión del virus suponen un reto para el mantenimiento de la actividad asistencial no relacionada con la COVID-19.

Entre los pacientes de edad avanzada, los que están institucionalizados comprenden un grupo que es extremadamente vulnerable por varias razones, especialmente cuando las residencias con frecuencia están aisladas debido a brotes de COVID-19 y experimentan un gran número de muertes debido a la infección (5).

En España hay 5.358 centros residenciales con 372.985 plazas, de los que 2.609 (el 48,7%) son centros de menos de 50 plazas en las que viven 72.573 personas (el 19,5%) y donde el aislamiento en unidades puede ser imposible (6).

Total residencias	<25 plazas	25-49 plazas	50-99 plazas	>100 plazas	Total
En número de centros	1.130	1.479	1.520	1.229	5.358
% por tamaño	21,1%	27,6%	28,4%	22,9%	100%
En plazas	18.770	53.803	108.645	191.767	372.985
% por plazas	5,0%	14,4%	29,1%	51,4%	100,0%
Tamaño medio en plazas	17	36	71	156	70

Existen distintos motivos de especial vulnerabilidad a la infección por la COVID-19 en residencias geriátricas (1):

- Habitualmente los residentes tienen alguna enfermedad de base o comorbilidades.
- Suelen ser personas de edad avanzada.
- Los residentes suelen presentar síndromes geriátricos (fragilidad, deterioro cognitivo, dependencia, disfagia...)

- Hay contacto estrecho con los cuidadores de la residencia y otros residentes.
- Acostumbran a pasar mucho tiempo en entornos cerrados con población igualmente vulnerable.
- Pueden tener síntomas atípicos y, en ocasiones, dificultad para la sospecha y el diagnóstico.

Clasificación de los casos en residencias según la Orden SDN/265/2020, de 19 de marzo:

- Residentes asintomáticos y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- Residentes asintomáticos, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- Residentes con síntomas compatibles con COVID-19 o casos confirmados de COVID-19.
- Casos confirmados de COVID-19.

Las personas con enfermedades crónicas tienen mayor riesgo de experimentar la infección por COVID-19 en su forma más severa. Las condiciones de salud subyacentes en mayores, la edad avanzada y la cohabitación de residentes, personal y visitantes, sitúan a las personas mayores institucionalizadas en un riesgo de morbilidad grave y muerte. Las residencias de ancianos son lugares especialmente vulnerables a la infección (7).

El aumento de déficits secundarios propios de la enfermedad por COVID-19, el incremento de déficit funcionales en pacientes a quienes se les ha dejado de atender y el impacto del descenso en la actividad física por el confinamiento en personas de más edad, frágiles o con discapacidades (8) tienen diferentes consecuencias entre ellas la disfagia.

Una persona mayor afectada de la COVID-19, en su forma sintomática, puede presentar disfagia como consecuencia de una intubación oro-traqueal, una



traqueostomía, miopatía del enfermo crítico, delirium e inmovilidad a causa del aislamiento social, entre otras (9).

Natalia Talleda, logopeda especialista en geriatría para centros y familias, comenta que para estas personas, es imprescindible una correcta evaluación del riesgo de disfagia orofaríngea y malnutrición, asociadas a la severidad clínica de los diferentes síndromes Covid-19 que han desarrollado y a las necesidades médicas que han requerido.

Para las personas mayores no afectadas por la COVID-19 o afectadas en su forma asintomática que presentan pérdida de masa muscular e inmovilidad causadas por la falta de actividad física por el aislamiento social debemos tener presente que en geriatría la disfagia tiene una gran relevancia, ya que se considera un síndrome geriátrico (10), así pues, se debe hacer una evaluación de la deglución para valorar posibles déficits deglutorios causados por la pérdida de masa muscular e inmovilidad.

Ahora más que nunca una nutrición óptima y adaptada a las necesidades de la persona debe ser prioritaria en estos tiempos, donde el tratamiento y la recuperación dependen de ello.

Por ello, según Romina Polo nutricionista en *Campofrío Health Care*, es importante que el global de la comida tenga presente algunos puntos clave:

- **Adaptación de los fluidos:** la preparación de dietas conlleva tener un buen control de las texturas y las viscosidades, sobre todo a lo que respecta la hidratación. Acción vital, ya que tan importante es el aporte calórico-nutricional como una buena hidratación.
- **La percepción de sed:** la sed es un estímulo que se ve mermado con la edad. A medida que avanza la edad, esta sensación, disminuye y la



posibilidad de que la persona pueda sufrir deshidratación es muy alta, lo que nos lleva a unos efectos adversos que hay que sumar a los ya existentes por la COVID-19, de ahí que la pérdida de apetito, estreñimiento, cansancio, dolores de cabeza, pérdida de concentración se suman a los ya existentes.

Si el nivel de deshidratación llega al 7% la deshidratación es más severa y esto supone una pérdida de un 40 % de su capacidad mental así como cómo una serie de consecuencias y síntomas como mareos, aumento de la temperatura y de la frecuencia cardiaca dificultad para respirar y habla e incluso a espasmos musculares y fallo renal, lo que en muchos casos complica severamente la situación del paciente o el residente.

Pese a lo expuesto, la dietista Romina Polo, considera que el protagonismo que se le da a la hidratación y su correcta textura es escaso y por ello hay que sensibilizar a las personas mayores, así como a los cuidadores y a los agentes de salud.

A pesar de que el control de puntos críticos, como los aportes nutricionales en los últimos años siempre ha estado presente, ahora más que nunca la rigurosidad en la preparación de los platos y sus valores nutricionales o enriquecimientos adecuados, son vitales.

Junto con la relevancia de una textura adecuada, para las personas con disfagia y post COVID-19 también lo es el enriquecimiento proteico para poder sucumbir la sarcopenia (efecto colateral de sufrir ingresos largos, e inmovilizaciones por aislamientos) así como la máxima seguridad higiénico dietética para evitar cualquier intoxicación que podría ser fatídica para personas donde su debilidad inmunológica y composición corporal puede estar disminuida debido a la pandemia.

- (1) Bonanad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F. J., Díez-Villanueva, P., Ayesta, A., Forés, J. S., ... & Martínez-Sellés, M. (2020). Coronavirus: la emergencia geriátrica de 2020. Documento conjunto de la Sección de Cardiología Geriátrica de la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. *Revista Española de Cardiología*.
- (2) <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.
- (3) Organización Mundial de la Salud. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim Guidance, v1.2. 2020; número de referencia de la OMS: WHO/2019-nCoV/ clinical/2020.4
- (4) <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-sanidad-admite-3-tipos-de-posibles-secuelas-no-respiratorias-3557>.
- (5) Bonanad, C., García-Blas, S., Tarazona-Santabalbina, F. J., Díez-Villanueva, P., Ayesta, A., Forés, J. S., ... & Manuel, M. S. (2020). Coronavirus: the geriatric emergency of 2020. Joint document of the Section on Geriatric Cardiology of the Spanish Society of Cardiology and the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*.
- (6) Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Ayala García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019 Indicadores estadísticos básicos.
- (7) García, J. M. P. (2020). COVID-19 en residencias de mayores: una asignatura pendiente. *Enfermería Clínica*.
- (8) de Murieta, E. S., & Supervía, M. (2020). Covid19 y cronicidad. Una oportunidad de reinventar los servicios de medicina física y rehabilitación.
- (9) Pautes per a logopedes per al maneig de la persona amb SARS-CoV-2/COVID-19. Col·legi de Logopedes de Catalunya. 22 de maig de 2020.
- (10) Baijens, L. W., Clave, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F. [et al.]. (2016). European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical interventions in aging*, 11, 1403.
- (11) Estudio sobre las actitudes y comportamientos saludables de la gente mayor en su hidratación. Observatorio del comportamiento: Sociedad y consumo ESADE. Fundación-Instituto Edad y Vida. Noviembre 2010.

