

[ r e v i s i ó n ]

# Cuidado nutricional en el domicilio del paciente con COVID-19

María Victoria Fernández<sup>1</sup>, Pilar Zarco<sup>2</sup>, Rocío Vázquez<sup>3</sup>, Pilar Garancho<sup>3</sup>, Mercedes López-Pardo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. <sup>2</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla. <sup>3</sup>UGC de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. <sup>4</sup>Comité Científico de la Asociación Española de Enfermeras de Nutrición y Dietética (ADENYD).

## Palabras clave

Cuidado nutricional, COVID-19, desnutrición relacionada con la enfermedad, normas higiénicas, confinamiento

## >> RESUMEN

Esta revisión, tiene como objetivo principal facilitar a través de los cuidados nutricionales, la recuperación en pacientes con COVID-19 que se encuentran en su domicilio tras el alta hospitalaria o porque no han requerido hospitalización por la enfermedad. Tendremos que ocuparnos del paciente y de su entorno familiar. Hemos realizado una selección de cuidados nutricionales en forma de protocolos y procedimientos que se realizaran en equipo, siendo la referencia principal la enfermera especialista de la Unidad de Nutrición de referencia. Es necesario prevenir la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) para lo cual se debe realizar una valoración del estado nutricional

y de la posible presencia de disfagia muy frecuente en COVID-19. Establecer los requerimientos nutricionales y aplicar algún sistema de alimentación que pueda asegurar una ingesta adecuada. No existe una dieta específica que cure o prevenga el COVID-19, pero una dietoterapia adecuada es el coadyuvante necesario para poder superar este problema de salud en el menor tiempo y con los mínimos efectos secundarios posibles. En esta situación clínica será de gran ayuda utilizar suplementos orales nutricionales. La dieta familiar durante el confinamiento para la población sana deberá ser la base para realizar las adaptaciones a la dietoterapia del paciente con COVID-19. Como parte del tratamiento se reflejan las normas higiénicas para el paciente en aislamiento domiciliario.

*Nutr Clin Med* 2020; XIV (1): 26-42

DOI: 10.7400/NCM.2020.14.1.5087

## Key words

Nutritional care, COVID-19, disease-related malnutrition, hygiene rules, confinement

## >> ABSTRACT

The target of this review is to facilitate the recovery of COVID-19 patients through nutritional care, It is addressed to those who have been discharged and are eventually at home or those who did not require any hospitalization. We will have to take care of the patient and his/her family environment. We have come up with a series of nutritional cares in the shape of protocols and procedures carried out by a team, with an expert nurse commanding the Nutrition Unit. A prevention of the malnutrition linked to the disease is

needed, so for that purpose every nutritional condition has to be assessed, as well as the possible

## Correspondencia

María Victoria Fernández.  
Email: vitoferruz8@hotmail.com

dysphagia, likely to exist as a symptom of COVID-19. Setting up the nutritional requirements and follow a diet system which is capable of assuring a proper ingestion. There is no specific diet to prevent or cure the COVID-19, but an adequate therapy is the necessary supply to be able to get over this health issue as soon as possible, highly reducing the side effects at the same time. At this point it might help the usage of oral nutritional supplements. The ordinary diet for healthy population during the confinement will work as a basis for the adapted therapy-diet of a COVID-19 patient. As part of the treatment, hygiene rules are also taken into account for a patient in home isolation.

*Nutr Clin Med* 2020; XIV (1): 26-42

DOI: 10.7400/NCM.2020.14.1.5087

## >>INTRODUCCIÓN

Una de las responsabilidades de los profesionales sanitarios es informar y formar a la población para mejorar su calidad de vida. Ante la actual situación epidemiológica nacional e internacional en relación con la infección por coronavirus (COVID-19) es importante trabajar para controlar las comorbilidades que se derivan de cualquier situación de enfermedad aguda/grave, mediante la adquisición de hábitos saludables. Esto es fundamental en todas las situaciones y más en ésta, de evidente riesgo sanitario<sup>1</sup>.

La Antropóloga y eminente profesora de enfermería francesa M<sup>e</sup> Françoise Collière, dice textualmente: “A todos, les pido centrarse sobre las fuerzas de la vida, la movilización de sus recursos vitales en el respeto de la persona y de la humanidad, para promover los cuidados y promover la vida”.

En este caso nos vamos a centrar en los cuidados nutricionales en el paciente a domicilio, cuando no está en la fase grave de su enfermedad y por tanto no necesita hospitalización. Por tanto, tendremos que ocuparnos del enfermo y de su entorno familiar.

Conociendo la complejidad del estado nutricional en el que se han encontrado los pacientes con COVID-19, sobre todo los más graves, es importante la monitorización en aquellos que han recibido el alta hospitalaria y se recuperan en sus domicilios. Estas personas, ya no necesitan los cuidados hospitalarios, pero no deben perder el contacto con los especialistas, para mantener el control de su estado de salud<sup>1-2</sup>.

Los cuidados en nutrición (CN) se definen como: “la prestación de servicios enfermeros,

profesionales y competentes, al individuo, familia o comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad, relacionados con el estado nutricional”<sup>1</sup>.

Los cuidados nutricionales aplicados a estos pacientes serán la herramienta que les permita una rápida y correcta recuperación.

## >>OBJETIVO

Esta revisión, tiene como objetivo principal facilitar a través de los cuidados nutricionales (CN), la recuperación en pacientes con COVID-19 que se encuentran en su domicilio tras el alta hospitalaria o porque no han requerido hospitalización por la enfermedad. Persigue garantizar un estado nutricional óptimo, que evite secuelas o mala evolución de la enfermedad o de otras patologías subyacentes, durante el proceso de recuperación.

## >>PLANIFICACIÓN

El COVID-19 genera distintos tipos de pacientes; cada uno de ellos precisa de unos CN distintos. Los entornos familiares y las características de los cuidadores también van a ser diferentes, por lo cual la primera premisa será realizar recomendaciones que puedan adaptarse a todas estas circunstancias.

Es importante conocer la situación clínica relacionada con la comorbilidad asociada a distintas enfermedades, entre las que destacan por su incidencia en el pronóstico de gravedad con COVID-19: hipertensión, obesidad, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, nefropatías, los estados de inmunosupresión y la demencia<sup>2</sup>.

Resulta fundamental conocer el grado de dependencia, para lo que pueden ayudarnos las Escalas de Barthel, Pfeiffer y Norton entre otras<sup>2-3</sup>.

El entorno familiar, es otro de los factores principales que indicaran las diferentes posibilidades a las que tendremos que adaptarnos para conseguir el cumplimiento de la terapéutica nutricional y la adherencia al tratamiento a más largo plazo.

Desde el primer momento marcaran la diferencia la presencia de un cuidador principal y las características del resto de los integrantes de la familia. El apoyo familiar es imprescindible para garantizar la realización de los cuidados prescritos de una forma óptima para el paciente.

Hemos realizado una selección de CN en forma de protocolos y procedimientos, pensando en aquellos que resulten más útiles y mejor se adaptan a esta situación. Muchos de ellos necesitarán la colaboración de otros miembros del equipo sanitario, siendo la referencia principal la enfermera especialista de la Unidad de Nutrición de referencia.

1. Prevención de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) por COVID-19.
2. Valoración del estado nutricional.
3. Disfagia por COVID-19.
4. Normas higiénicas para el paciente en aislamiento domiciliario/institucionalizado.
5. Dieta terapia en COVID-19 en domicilio.
  - a) Recomendaciones para la fase aguda no hospitalaria.
  - b) Recomendaciones para la fase de recuperación.
6. Nutrición artificial suplementaria en COVID-19.
7. Dieta durante en el confinamiento para la población sana.

## >>PREVENCIÓN DE LA DRE POR COVID-19

Las secuelas de esta enfermedad se conocen poco, pero sí lo son las de la desnutrición relacionada

con ella. Se observa ya en un grupo numeroso de pacientes la pérdida de peso importante a expensas de la masa muscular y no de la masa grasa. Por tanto, no debemos de fiarnos del peso del paciente que puede ser o no elevado con respecto a su talla, pero no indica el estado de la masa ósea o la masa muscular, ni de su sistema inmunitario<sup>2</sup>.

No existe una dieta específica para curar o prevenir el COVID-19, pero si podemos decir que estos pacientes tienen múltiples problemas de salud que inciden en su gasto calórico/proteico y su capacidad de alimentarse. La manera de prevenir que estas circunstancias adversas no deriven en un estado de DRE es valorar, evaluar y reevaluar el estado nutricional de los pacientes, tanto en el hospital como en el domicilio. Posteriormente una vez analizados los resultados planificar un plan de cuidados nutricionales que incluya una terapéutica nutricional adaptada a esta nueva situación de salud<sup>3-4</sup>.

Uno de los efectos adversos que más influye en el estado nutricional es que en un buen número de pacientes la capacidad de tragar se ve comprometida generando una disfagia de mayor o menor grado que es imprescindible evaluar<sup>5</sup>. También esta alterada la capacidad de masticación. Masticar y ejercitar la deglución precisa de un mayor esfuerzo que en situaciones normales. Los enfermos respiratorios, se cansan y se sacian más precozmente<sup>6</sup>. Por tanto, será necesario evaluar cuanto antes el estado nutricional, la capacidad de alimentarse correctamente por sí mismo y establecer el tratamiento dieto terapéutico precozmente. Es posible que el paciente COVID-19 no logre ingerir todos los nutrientes necesarios con alimentación natural por lo que se debe establecer cuanto antes el soporte nutricional adecuado<sup>6-7</sup>.

## >>VALORACIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES COVID-19 EN DOMICILIO

En todo paciente COVID-19 debe de realizarse cribado nutricional para detectar precozmente desnutrición/riesgo de desnutrición, que como ya se ha comentado es elevado en estos pacientes. La ESPEN<sup>2</sup> se hace eco de esta realidad, sugiriendo en sus últimas recomendaciones que la identificación de pacientes con desnutrición debe de ser

una tarea prioritaria en las estrategias de control de la infección. Debe emplearse una herramienta de cribado adecuada, que idealmente debe incluir características como la edad, peso/índice de masa corporal (IMC), pérdida de peso, disminución o no de ingesta y más específicamente datos sobre: ageusia, anosmia, anorexia, presencia de disfagia, taquipnea, posible situación de inflamación o cualquier situación o circunstancia que pueda modificar el gasto energético y/o la ingesta de alimentos. Asimismo, idealmente debe ser una herramienta que se preste a cribado no sólo presencial, sino también telemático o por teléfono, sobre todo en comunidades rurales con gran dispersión geográfica (en las que es difícil abarcar toda la población) y/o en cupos de pacientes de elevado volumen o que por sus circunstancias deben permanecer en confinamiento prolongado.

En este sentido, y siguiendo las recomendaciones ESPEN<sup>2</sup> ya mencionadas, se sugieren varias posibilidades y escalas de valoración, que deben ser adaptadas a la realidad asistencial de cada equipo<sup>8</sup>. Las principales son:

- a) MUST modificado para pacientes con COVID-19: Según ESPEN<sup>2</sup>, es la escala recomendada para pacientes en la comunidad. Una de las principales ventajas del MUST es su sencillez y facilidad para realizar de forma telemática o telefónica, no requiriendo adiestramiento especial. Es por ello que se suele preferir como herramienta de cribado, aunque como ya hemos comentado hay otras posibilidades.
- b) NRS-2002: Recomendada para pacientes hospitalizados. Es una escala de mayor complejidad, que puede ser más difícil de cumplimentar de forma telemática. Aunque puede emplearse, no aporta mayores ventajas sobre MUST en este contexto de alarma COVID-19 en el ámbito domiciliario y/o residencia de mayores<sup>8</sup>. La infección COVID-19 puede presentarse clínicamente como asintomática o con síntomas moderados o severos/graves, se valorará como criterio etiológico si tiene cualquier síntoma.
- c) Los criterios GLIM<sup>8,9</sup>, fruto de una reciente conferencia de consenso, se caracterizan por ser sencillos, fáciles de recabar de forma telemática (excepto el criterio fenotípico de reducción de masa muscular por técnicas validadas) e incluyen la ingesta, como ventaja sobre el MUST. En este sentido, es una escala más completa, y creemos que puede ser empleada en este contexto de forma efectiva<sup>10</sup>.
- d) Mini-Nutritional Assessment (MNA)<sup>11</sup>: Es una escala útil para pacientes de edad avanzada, mayores de 70 años y en paciente frágil. Se puede realizar en la mayoría de los pacientes de manera telemática.
- e) Valoración subjetiva global (VSG) : Nos permite distinguir entre pacientes bien nutridos y aquellos que están en riesgo de desnutrición, sin necesidad de utilizar medidas antropométricas sofisticadas o pruebas de laboratorio, con una sensibilidad y especificidad aceptables, una vez que el personal que la va a realizar ha sido capacitado. La VSG es una prueba relativamente fácil de realizar, rápida y reproducible (concordancia inter-observador del 91%). Es barata, y podría ser posible su realización por vía telemática si pudiésemos ver al paciente por algún método de imagen sobre todo para la valoración de la pérdida de masa o la presencia de edemas. Otro aspecto importante es que está validada para población geriátrica institucionalizada o no. En lo que se refiere a los puntos adversos de VSG, destaca el hecho de que su exactitud depende de la experiencia del examinador<sup>11</sup>.
- f) Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ)<sup>12</sup>: Es un test de cribado validado para población adulta y geriátrica, útil de forma telemática ya que valora la condición de riesgo nutricional y la necesidad de intervenir considerando las respuestas a tres preguntas relacionadas con la pérdida de peso no intencionada, parámetros antropométricos y apetito/funcionalidad.

Las personas mayores de 60 años y las que presentan comorbilidades como obesidad, síndrome de intestino corto, diabetes mellitus, hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), etc., constituyen un grupo de particular riesgo para la evolución tórpida en caso de infección por COVID-19, y muchas de estas patologías se asocian además a desnutrición. Las escalas anteriores pueden (y

deben) usarse en estos pacientes, pero recordando que pueden ser grupos de alto riesgo nutricional de base y a veces no es preciso cribar dado que ya cumplen criterios de desnutrición y de intervención nutricional<sup>13</sup>.

Según resultados de los test de cribado, valoraremos la intervención nutricional más adecuada (oral, suplemento nutricional oral (SON), nutrición enteral (NE)). Calcularemos requerimientos según peso ajustado (si obesidad o bajo peso) y en función de la evolución se realizarán los ajustes pertinentes. Puede plantearse en casos concretos analítica en coordinación con su Equipo de Atención Primaria, sobre todo en aquellos pacientes que por sus características puedan presentar déficit de micronutrientes o de otros elementos que puedan beneficiarse de suplementación.

Para finalizar, queremos comentar un estudio pendiente de publicar que hemos realizado en nuestro hospital de valoración nutricional de pacientes COVID-19 en domicilio de forma telemática. En este estudio se han aplicado 3 test de cribado: el GLIM, MUST y SNAQ, a un total de 122 pacientes, de los cuales solo se han podido obtener datos completos a 86 de estos pacientes. El tiempo empleado para realizar estos test de forma telemática es 2-3 minutos.

Según el análisis estadístico realizado los mejores resultados obtenidos han sido a través del test de cribado SNAQ, pero como ya hemos comentado, están pendiente de publicar estos resultados.

## >>DISFAGIA POR COVID-19

La disfagia se define como la dificultad para la deglución, es decir problemas para hacer llegar el alimento y los líquidos desde la boca hasta el estómago, de una manera segura y eficaz<sup>14</sup>. La seguridad hace referencia a que este proceso se realice sin invasión del sistema respiratorio y la eficacia que sea capaz de cumplir su misión, es decir, hidratarlos y nutrirlos. La disfagia, no es una enfermedad, es un síntoma, que acompaña a muchas alteraciones estructurales (orofaríngeas o esofágicas) o a alteraciones funcionales.

Autores como Lancaster la han definido como la alteración de la deglución que puede resultar de una penetración o aspiración de comida, líquidos o medicación en la vía aérea<sup>14</sup>.

Desde el punto de vista anatómico, se dividen en dos grandes grupos:

1. Disfagia orofaríngea (DOF) cuando el origen de las alteraciones de la deglución es a nivel orofaríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior (80%).
2. Disfagia esofágica (DE) cuando las alteraciones de la deglución se sitúan desde el esófago superior hasta los cardias (20%)<sup>15</sup>.

La DOF es muy prevalente en enfermedades neurológicas como ictus, demencias, Parkinson, Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas que provocan alteraciones neuromusculares causando debilidad o incoordinación en la deglución, además la DOF es un síntoma relacionado con el envejecimiento, estando reconocida como síndrome geriátrico<sup>5-16</sup>.

La etiología de la DOF en esta población geriátrica incluye muchos factores de riesgo concomitantes con procesos neurogénicos y neurodegenerativos, debilidad muscular y sarcopenia. La fisiopatología incluye déficits mecánicos en la respuesta de deglución (principalmente el retraso del tiempo de cierre del vestíbulo laríngeo y el empuje débil de la lengua), la sensibilidad faríngea reducida y las alteraciones sensoriales/motoras del sistema nervioso central<sup>5</sup>.

La DOF puede causar complicaciones graves como desnutrición, deshidratación, infecciones respiratorias, neumonía por aspiración, y aumento de los reingresos hospitalarios y de la morbimortalidad<sup>3</sup>. Además, representa una gran sobrecarga social y emocional, reduciendo la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores.

Presenta una prevalencia muy alta en personas de edad avanzada, entre 30-40% en mayores de 65 años, aunque hay datos que reflejan hasta un 60% en pacientes institucionalizados<sup>16-17</sup>.

En los pacientes con COVID -19 se ha detectado tres tipos de fenotipos de pacientes con disfagia<sup>6</sup>:

- Pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en los que hay DOF asociada a la intubación/ventilación mecánica/traqueostomía.
- Pacientes ingresados en planta con neumonía/infección respiratoria que necesitan alta concentración de oxígeno o ventilación mecánica no invasiva.
- Pacientes post-agudos dados de alta que han desarrollado una disfagia asociado a mayor fragilidad por causa de la enfermedad<sup>17</sup>.

**Diagnóstico**<sup>5-18</sup>

Disponemos de varias herramientas para diagnosticar la DOF, como son los cuestionarios de cribado EAT-10, o métodos exploración a pie de cama (MECV-V), además de pruebas complementarias como video-fluoroscopia o videolaringoscopia (que en estos momentos al ser técnicas generadoras de aerosoles no se deben de realizar).

El MECV-V nos indica viscosidad y volumen tolerado por el paciente, evaluando tanto la eficacia como la seguridad de la deglución.




**Tratamiento de la DOF**<sup>6</sup>

1. Modificación de la viscosidad de los líquidos.
2. Modificación de la textura de los alimentos.
3. Recomendaciones higiénico/posturales.

**1. Modificación de la viscosidad de los líquidos**<sup>18-19</sup>

Para cambiar la viscosidad de los líquidos tenemos que utilizar espesantes para todos los líquidos que el paciente vaya a ingerir. Los espesantes son macromoléculas que, al agregarse a una mezcla, aumentan su viscosidad sin modificar sustancialmente otras propiedades como el sabor.

Los espesantes son los grandes aliados de los pacientes con disfagia, se agregan a las bebidas

TABLA I. ADAPTACIÓN DE VISCOSIDADES DE LOS LÍQUIDOS		
Descripción	Características	Ejemplos
Líquidos Líquidos espesos de forma natural	Viscosidad: de 1-50 cP Al decantarla fluye con rapidez	Agua, infusión, café
Viscosidad tipo néctar Suavemente espeso 	Puede sorberse con pajita Puede beberse en taza Al decantarlo deja un flujo rápido y puede dejar una película como residuo en el vaso Viscosidad: de 50-350 cP	Néctar comercial de frutas, crema de leche
Viscosidad tipo miel Moderadamente espeso 	No puede sorberse con pajita Se puede beberse desde una taza o tomar con cuchara aunque no mantiene su forma Viscosidad: de 351-1 750 cP	Líquidos espesados hasta la textura de la miel fluida o del yogur
Viscosidad tipo pudín Extremadamente espeso 	Solo puede tomarse con cuchara, mantiene su forma y al decantarlo, cae en bloques No puede beberse Viscosidad: 1 750 cP	Líquidos espesados hasta la textura de un puré

para ralentizar la velocidad de flujo del bolo durante la deglución.

Actualmente la industria nos proporciona dos tipos de espesantes:

1. Los de primera gama: son de almidón de maíz modificado o maltodextrina deriva del maíz, pueden llevar mezclado alguna goma. Mezclados con líquidos claro dan un aspecto turbio y textura ligeramente granulosa. El líquido espesado es capaz de mantener textura homogénea y viscosidad adecuada durante la ingesta, la formación del bolo y la deglución, permitiendo una deglución correcta.
2. Los de segunda gama: se componen exclusivamente de gomas. Se necesita menos concentración de producto para conseguir la misma viscosidad deseada, son más seguros, más estables en el tiempo y no dejan ni color ni sabor<sup>7-19</sup>.

Los líquidos deben de espesarse dependiendo del grado de gravedad de la DOF, siendo las viscosidades más comunes para los líquidos: néctar, miel y pudding.

## 2. Modificación de la textura de la dieta<sup>6-19</sup>

Al igual que pasa con los líquidos, para los alimentos también hay varias texturas dependiendo de la discapacidad deglutoria que tenga el paciente (grado de disfagia, capacidad de masticación...).

Para los sólidos se establecen diferentes niveles /descriptores:

- Licuada o moderadamente espesa: se puede beber en vaso o tomarse con cuchara, pero no con tenedor. No necesita masticación, puede deglutirse directamente.
- Puré estremadamente espeso: normalmente se toma con cuchara, pero también es posible hacerlo con tenedor. No puede beberse en un vaso, no requiere masticación. No tiene grumos, no es pegajosa y el líquido no se separa del sólido.
- Picada y humeda: puede comerse con tenedor y con cuchara. Es blanda, húmeda, sin líquido

fino aparente y contiene pequeños grumos que se pueden aplastar con la lengua.

- Suave y tamaño bocado: puede comerse con tenedor y no es necesario el cuchillo para cortarlo. Puede ser aplastado, requiere masticación. Es suave, blanda y húmeda, sin líquido fino aparente.
- Normal: cualquier alimento de textura variada según edad cronológica y desarrollo del individuo.

La dieta del paciente con disfagia hay que individualizarla, además de adecuar la viscosidad y la textura según el grado de disfagia, hay que tener en cuenta alimentos o preparaciones se deben de evitar ya que comprometen la seguridad en la deglución como son:

- Alimentos con textura mixta (sopa de arroz, fideos).
- Alimentos que desprenden líquidos (frutas carnosas).
- Alimentos desmenuzables (hojaldres, galletas).
- Alimentos que se funden (helados, gelatinas comerciales).
- Alimentos pegajosos (leche condensada, pan de molde).
- Alimentos resbaladizos (cocoas, guisantes).

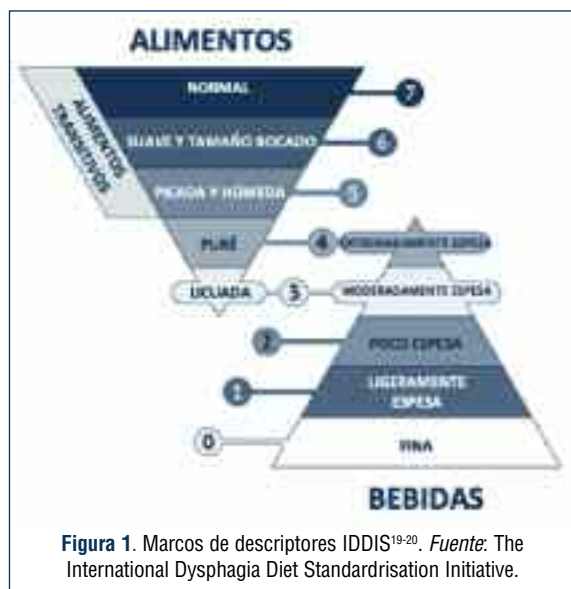


Figura 1. Marcos de descriptores IDDSI<sup>19-20</sup>. Fuente: The International Dysphagia Diet Standardisation Initiative.

## Recomendaciones higiénico/posturales<sup>6-19</sup>

Además de cambio en la viscosidad de los líquidos y de la textura de los alimentos, el paciente con DOF (sea cual sea la causa que la ha provocado) tiene que llevar a cabo una serie de medidas a la hora de la ingesta, como son:

- A la hora de la ingesta debe tener un nivel de alerta/consciencia adecuado. No dar de comer, ni de beber si el paciente esta con bajo nivel de consciencia o agitado.
- Ambiente tranquilo y agradable, sin distracciones y sin prisas.
- Comer sentado, si el paciente estuviera encamado adoptar la postura de sentado ayudado por cojines o cama articulada.
- Cuidar la postura, la espalda correctamente alineada y apoyada sobre el respaldo. Evitar la hiperextensión del cuello.
- Tras realizar la ingesta debe permanecer al menos 30 minutos sentado, no tumbado.
- No utilizar pajitas, ni jeringas para dar de comer.
- Utilizar el tenedor o la cuchara siguiendo las recomendaciones de viscosidad, textura y volumen tolerado.
- No sobrepasar los 30-40 minutos de duración de la comida.
- Dieta variada y equilibrada.
- Cuidar la presentación y la temperatura.
- Aumentará el número de ingestas, de pequeño volumen para prevenir el cansancio.
- Mantener una correcta higiene bucal antes (para estimular la deglución) y tras la ingesta.
- Si el paciente tiene prótesis dental, debe estar limpia y bien adaptada.
- Si el paciente puede masticar es conveniente que lo siga haciendo para evitar la atrofia muscular de los muscos linguales y masticatorios.

Los pacientes en domicilio con disfagia por COVID-19 precisan de una reevaluación continua, ya que si con la nutrición oral adaptada al grado de disfagia no consiguiera cubrir sus requerimientos habría que plantear la suplementación oral (completa o de módulos proteicos) o bien vías alternativas a la vía oral<sup>6-20</sup>.

## >> RECOMENDACIONES HIGIÉNICAS PARA EL PACIENTE EN AISLAMIENTO DOMICILIARIO/INSTITUCIONALIZADO

### Recomendaciones generales

1. El paciente deberá permanecer preferiblemente en una estancia o habitación de uso individual o, en caso de que esto no sea posible, en un lugar en el que se pueda garantizar una distancia mínima de 2 metros con el resto de los convivientes<sup>21-22</sup>.

Se recomienda que el paciente si puede utilizarlo, tenga un teléfono dentro de la habitación y en caso de pacientes muy dependientes o que tengan alteradas las habilidades instrumentales, es conveniente que dispongan en la habitación de un intercomunicador (como los utilizados en la vigilancia de los bebés) para comunicarse con el resto de los familiares o escuchar las necesidades de este. La puerta de la habitación deberá permanecer cerrada hasta la finalización del aislamiento<sup>22</sup>.

La habitación deberá tener una ventilación adecuada directa a la calle. No deben existir corrientes forzadas. Las zonas comunes también deberán mantenerse bien ventiladas.

2. Si es necesaria la prestación de cuidados, se ha de procurar que sea una única persona la que proporcione atención. En caso de paciente institucionalizado procurar que sea el mismo equipo asistencial el que siempre tenga asignado a los mismos pacientes<sup>21-22</sup>.
3. Si es posible, se dispondrá de un baño para su uso exclusivo o en su defecto, deberá ser limpiado con lejía doméstica tras cada uso. Cada vez que el paciente salga al baño, realizará un lavado de manos y se podrá mascarilla.



4. Se recomienda disponer utensilios de aseo de uso individual y de productos para la higiene de manos como jabón o solución hidroalcohólica<sup>22-23</sup>.

En el interior de la estancia o habitación deberá colocarse un cubo de basura, con tapa de apertura de pedal, y en su interior una bolsa de plástico con cierre para depositar los residuos.

5. Minimizar entradas y salidas innecesarias de la habitación de aislamiento.

El cuidador de paciente institucionalizado que precise equipo de protección individual (EPI), se lo colocará fuera de la habitación y una vez que inicie el cuidado no saldrá con el equipo puesto a espacios compartidos. La retirada del equipo lo hará dentro de la habitación donde el paciente cumple aislamiento.

El EPI (para la prevención de microorganismos por gotas y por contacto) constará de<sup>22</sup>:

- Bata de protección abierta por detrás.
- Mascarilla quirúrgica o si se dispone de FFP2.
- Gorro.
- Protección ocular o pantalla de protección facial.
- Guantes.

Todo el equipo desechable se tirará dentro del cubo de basura de dentro de la habitación y aquel material que sea reutilizable se sacará de la habitación en bolsa hermética y se desinfectará con limpiador que contenga lejía<sup>21-22</sup>.

#### Recomendaciones específicas para personas responsables de los cuidados<sup>22-23</sup>

1. Se evaluará de forma individual que las personas responsables de los cuidados de los pacientes no tengan factores riesgo de complicaciones para el COVID-19: enfermedades crónicas cardíacas, pulmonares, renales, inmunodepresión, diabetes, embarazo..., estando muy alerta a los posibles síntomas de alarma.

2. Deberá lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón o solución hidroalcohólica después de cualquier contacto con el enfermo o su entorno inmediato.

3. Llevar las uñas cortadas, limpias y sin esmaltes, pelo recogido. No llevar anillos, pulseras, ni relojes.

4. Si el cuidado requiere una aproximación a una distancia inferior a un metro, el paciente llevará una mascarilla quirúrgica.

5. Evitar contacto directo con fluido corporales, especialmente orales o secreciones respiratorias.

6. El cuidador de paciente muy dependiente/ institucionalizado que precise equipo de protección individual (EPI), se lo colocará fuera de la habitación y una vez que inicie el cuidado no saldrá con el equipo puesto a espacios compartidos. La retirada del equipo lo hará dentro de la habitación donde el paciente cumple aislamiento.

#### Medidas para el paciente<sup>21-22</sup>

1. Se deben extremar las medidas de higiene (paciente, habitación, aseo). El paciente deberá realizar aseo corporal completo a diario y lavarse frecuentemente las manos.

2. La ropa personal, ropa de cama, toallas, etc. deberán ser de uso exclusivo y se cambiarán frecuentemente.

3. En caso de que el paciente haga uso de espacios comunes, deberá realizar higiene de manos antes y después de salir de la habitación y utilizar mascarilla.

4. La persona enferma deberá seguir en todo momento las medidas de higiene respiratoria: cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar con el codo flexionado o pañuelos desechables que se depositarán en el cubo de basura dispuesto dentro de la habitación tras su uso<sup>21-22</sup>.

#### Manejo de residuos

- Los residuos del paciente, incluido el material desechable utilizado por la persona enferma

(guantes, pañuelos, mascarillas), se han de eliminar en una bolsa de plástico (Bolsa 1) en un cubo de basura dispuesto en la habitación, preferiblemente con tapa y pedal de apertura, sin realizar ninguna separación para el reciclaje<sup>21</sup>.

- La bolsa de plástico (Bolsa 1) debe cerrarse adecuadamente e introducirla en una segunda bolsa de basura (Bolsa 2), al lado de la salida de la habitación, donde además se depositarán los guantes y mascarilla utilizados por el cuidador y se cerrará adecuadamente antes de salir de la habitación.
- La Bolsa 2, con los residuos anteriores, se depositará en la bolsa de basura (Bolsa 3) con el resto de los residuos domésticos.
- La Bolsa 3 también se cerrará adecuadamente. Inmediatamente después se realizará una completa higiene de manos, con agua y jabón, al menos 40-60 segundos.
- La Bolsa 3 se depositará exclusivamente en el contenedor de fracción resto (Contenedor de Basura General).

PROHIBIDO DEPOSITARLOS EN  
CONTENEDORES PARA RECICLAJE<sup>21</sup>.

### Limpieza<sup>21-22</sup>

- Lavar la ropa de cama, toallas, etc. de las personas enfermas con jabones o detergentes habituales a 60-90° C y dejar que se seque completamente. Esta ropa deberá colocarse en una bolsa con cierre hermético hasta el momento de lavarla. No sacudir la ropa antes de lavarla.
- Los cubiertos, vasos, platos y demás utensilios reutilizables se lavarán con agua caliente y jabón o preferiblemente en el lavavajillas.
- Las superficies que se tocan con frecuencia (mesitas de noche, muebles del dormitorio...), el baño y el inodoro deberán ser limpiadas y tratadas diariamente con un desinfectante doméstico que contenga lejía diluida (1 parte de lejía doméstica al 5% en 50 partes de agua) preparado el mismo día que se va a utilizar<sup>22</sup>.
- La persona encargada de la limpieza deberá protegerse con guantes y mascarilla (si está disponible).

- Tras realizar la limpieza se deberá realizar higiene de manos.

Si las condiciones clínicas del paciente empeoran, el equipo de atención domiciliaria valorará la derivación al hospital<sup>21-22</sup>.

## >>DIETOTERAPIA EN COVID-19 EN DOMICILIO

La desnutrición asociada con una enfermedad, en este caso COVID-19, se debe a la combinación de una ingesta o asimilación reducida de alimentos y diversos grados de inflamación, que producen una alteración de la composición corporal que afecta de forma importante a la capacidad funcional debido a la pérdida de masa magra<sup>3-4</sup>.

Sabemos que estos pacientes tienen altos requerimientos nutricionales causado por una situación inflamatoria aguda grave. A esto se le suma la disminución de su capacidad para alimentarse por los síntomas de la enfermedad. Los más significativos relacionados con su estado nutricional son<sup>3</sup>:

- Hiporexia y anorexia.
- Disminución de la ingesta por disnea.
- Diarrea.
- Fiebre.
- Náuseas y vómitos.
- Anosmia y ageusia.
- Bajo estado de ánimo.

Si se dan todos o algunos de estos síntomas y se objetiva que la persona está desnutrida o situación de riesgo se debe de establecer un plan de cuidado nutricional, que incluya al paciente y a la familia, y que contemplen su entorno económico y social.

Es necesario establecer los requerimientos nutricionales y aplicar algún sistema de alimentación que pueda asegurar una ingesta adecuada. Los requerimientos nutricionales estimados son 25-30 kcal/kg de peso y 1,5 g proteínas/kg/día<sup>11</sup>.

Si esta es insuficiente será de gran ayuda utilizar Suplementos Orales Nutricionales.

Desde su centro de salud se deberá llevar un plan para evaluar el efecto de la intervención, seguido de un ajuste del plan si éste se demuestra inefectivo o inadecuado. Se recomienda reevaluar semanalmente.

El sistema más sencillo y de gran utilidad de evaluación y registro de la ingesta es utilizar un

plato y calcular por cuartiles la cantidad de alimentos ingeridos. Es perfectamente realizable por cualquier miembro de la familia o por el propio paciente<sup>4</sup>.

### Recomendaciones para la fase aguda no hospitalaria

Es fundamental mantener una dieta hipercalórica e hiperproteica hasta la completa recuperación del proceso de salud.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Tipo de dieta a realizar** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Basado en que los requerimientos habituales de los pacientes oscilan entre 1800-2200 kcal y 80-120 g de proteínas.

1 punto equivalente a - 200 kcal y 10 g de proteínas.

Desayuno					
	2	1,5	1	0,5	0
Comida					
	4	3	2	1	0
Cena					
	4	3	2	1	0
Extras					
	1	0,75	0,5	0,25	0

Rodee con un círculo en cada comida la opción que se adapte mejor a la ingesta del paciente (todo el menú, mitad, un cuarto, nada)

Valoración de la ingesta por puntos: TOTAL: .....puntos

8 puntos o más	Ingesta adecuada
5 puntos o más	Ingesta moderada
4 puntos o menos	Ingesta pobre

Figura 2. Hoja de valoración de la cantidad de ingesta en el paciente.

Si aparece *Hiporexia* o *anorexia* (pérdida de apetito) provocado por la infección, habrá que aumentar el aporte calórico proteico. No aumentando el volumen de las raciones, sino la cantidad de nutrientes en las mismas y siendo estas más pequeñas. También se puede aumentar el número de tomas al día (más de 6 en pequeños volúmenes). Tratando de aumentar el aporte de calorías y proteínas sin que se sienta saciado, En estos casos es importante comenzar a tomar los alimentos proteicos. La forma de comer también nos ayudara, por eso es aconsejable que sea en un ambiente relajado y sin presión, masticando bien y comiendo despacio. Si el paciente se cansa o le cuesta trabajo respirar mientras come, habrá que valorar si hay que chafar o triturar los alimentos para que no *disminuya la ingesta por disnea*. No podemos basar la alimentación en caldos o sopas que solo aportan líquido y no nutrientes. Si presenta *diarrea* es necesario realizar una dieta astringente hiperproteica de fácil digestión, pero solo durante los días que duren los síntomas. En el caso de presentar *fiebre* es importante aumentar el aporte de líquidos en forma de agua como principal fuente de hidratación. También podemos utilizar infusiones tipo (manzanilla, menta, jengibre con limón, manzana con canela y rooibos...), caldos desgrasados (verduras, carne o pescado), leche y zumos naturales. Se recomienda un aporte de agua entre 6 a 8 vasos al día y siempre fuera de las comidas (30 a 60 minutos) antes o después de las mismas<sup>24-25</sup>.

Para evitar *las náuseas y los vómitos* es importante tener en cuenta el reparto de las tomas; debemos masticar despacio y no tomar colaciones copiosas repartiendo durante el día los nutrientes necesarios. Se deben realizar tres comidas principales (desayuno, comida y cena) y dos tomas entre comidas (media mañana y merienda) también se puede realizar una última (colación nocturna). Es importante aumentar las calorías, pero no el volumen de las raciones. evitar los alimentos muy condimentados o con aroma intenso. Tomar alimentos suaves, blandos y de fácil digestión. Evitar los alimentos calientes o tibios. No beber durante las comidas y fomentar la ingesta de agua a pequeños sorbos durante el día.

Para mejorar la ingesta cuando el paciente tenga *anosmia* (alteración del olfato) o *ageusia* (alteración de gusto), hay que extremar la higiene bucal antes y después de las comidas y así quitarse el sabor de las mismas. Podemos ayudar a eliminar los

sabores extraños con limonada o té con menta, se pueden utilizar salsas suaves y hierbas aromáticas para potenciar el sabor de los alimentos (albahaca, orégano, eneldo, perejil, tomillo, romero...) o especias (curry, pimentón, pimienta, cúrcuma, jengibre, nuez moscada...), y adobar las carnes y pescados con limón o vinagre<sup>24</sup>.

Si hay alimentos que adquieran distintos sabores, se pueden cambiar por otros del mismo grupo (carnes rojas por blancas) o pescados o huevos. Es útil el contraste de alimentos dulces con salados ejemplo carnes con salsa de frutas (compota de manzana o mermeladas o crema de castañas...). También se puede probar el contraste de alimentos calientes y fríos o acompañar las comidas bebidas con infusiones con menta o limón.

Si es el agua la que altera el sabor, puede añadirle zumo de limón o añadir trozos de fruta al agua para que tome el sabor de ellas (fresas, manzana, limón, naranja...).

*El bajo estado de ánimo* está muy relacionado con la desnutrición, pues la falta de energía puede confundirse con tristeza o potenciar esta. El compartir el mismo menú que el resto de la familia y que este sea agradable y cercano a sus gustos, colaborara a que la sensación de aislamiento disminuya<sup>26</sup>. Como nos comentaba Brillant Savarin "El placer de la mesa es de todas las edades, de todas las condiciones, de todos los países y de todos los días. Puede asociarse a todos los demás placeres y es el único que nos queda para consolarnos de la pérdida de los demás" .

### Recomendaciones para la fase de recuperación

En cualquier estado ya sea salud o enfermedad, mantener buenos hábitos alimentarios es la mejor manera de prevenir enfermedades, mejorar la salud durante la etapa de convalecencia y compartir con la familia un placer común que nos ayudara a pasar esta etapa con la mejor salud física y mental<sup>27</sup>.

### Como aumentar el aporte calórico/ proteico en la dieta

Es importante aumentar las calorías, pero no el volumen de las raciones.

*Lácteos enteros:* es fácil cocinar con lácteos (cuajada con miel, yogur con miel o frutos secos, natillas o flanes caseros, arroz con leche casero, pudín con frutas o pan, batidos caseros, leche en polvo, queso añadido a purés o salsas...).

*Frutas:* mezclar con otros alimentos (yogur o con leche en forma de batidos, con frutos secos...), también podemos utilizar las frutas secas (orejones, ciruelas, dátiles, higos...). Es importante que al elegir las haya una variación en el colorido.

*Cereales y harinas:* es aconsejable tomarlos integrales, arroz, pan multicereales o de semillas, pasta integral, avena, copos de avena, tapioca, boniato, patata; (para cremas, acompañamiento de platos, añadir a los lácteos, bechamel...).

*Legumbres:* garbanzos, lentejas, guisantes, alubias etc. (con verduras, carnes o pescados y añadiéndole huevo duro picado).

*Verduras:* importante que sean de colorido diferente (purés con leche entera o en polvo o frutos secos, con bechamel, revueltos con queso, jamón o gambas, en tortilla...). Es recomendable tomar una ración al día que sea en crudo.

*Carnes, pescados, huevos o mariscos:* realizar recetas y rellenar con frutos secos, verduras en salsa, con sofritos, en los guisos etc. Son fundamentales para conseguir el aporte proteico.

*Aceites y grasas:* la más recomendable es el aceite de oliva virgen extra y las que nos aportan los frutos secos o el aguacate que las podemos utilizar en sofritos o en salsas.

También el uso de hierbas aromáticas y especias son importantes; además de aportarnos antioxidante, mejora la palatabilidad de los alimentos y nos ayuda a bajar el consumo de sal.

Las técnicas culinarias son las mismas que para la población en general predominando los guisos de fácil masticación, pero en este caso se pueden recomendar aquellas que nos aportan mayor contenido calórico, como sofritos para los guisos, empanados, rebozados etc., siempre que se realicen con grasas saludables como el aceite de oliva virgen extra.

## >> NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA

La suplementación está indicada siempre que el paciente no pueda cubrir sus requerimientos nutricionales con la dieta habitual y mantenga la capacidad de la ingesta oral y adaptándolos siempre a la textura que el paciente tolere según su situación<sup>3</sup>.

Una vez estos pacientes estén en su domicilio, debe tener un seguimiento tanto por Atención Primaria (A.P.) como por el especialista de referencia en su Unidad de Nutrición (por A.P. en unos 7 días presencial y unos 15 días por la Unidad de Nutrición telefónicamente al principio). Ello se recomienda para comprobar la buena respuesta del tratamiento y si no volver a valorar.

### Forma de tomar el soporte nutricional vía oral

Se deben de tomar fuera del horario de las comidas, dependiendo de las pautas prescritas por el especialista en nutrición. Estas pueden ser (1 c/12 h, 1 c/8 h...). Bien a media mañana, merienda o recena.

Es importante agitar energicamente antes de abrir para tomar.

Debe tomarse a pequeños sorbos y poco a poco para una mejor tolerancia y absorción.

Si lo prefiere templado se hará al Baño María, pues si se calienta en el microondas o en el fuego podría hervir y alterar las propiedades organolépticas y de biodisponibilidad de los nutrientes.

Los envases abiertos se deben conservar en el frigorífico y consumir antes de 24 h. Transcurrido este tiempo pueden estar contaminados.

Los envases no abiertos deben de conservarse a temperatura ambiente, evitando lugares húmedos de fuentes donde haga calor. Es importante prestar atención a la fecha de caducidad.

Con los suplementos se pueden realizar diferentes técnicas culinarias y así resultara más variado y se aceptara mejor.

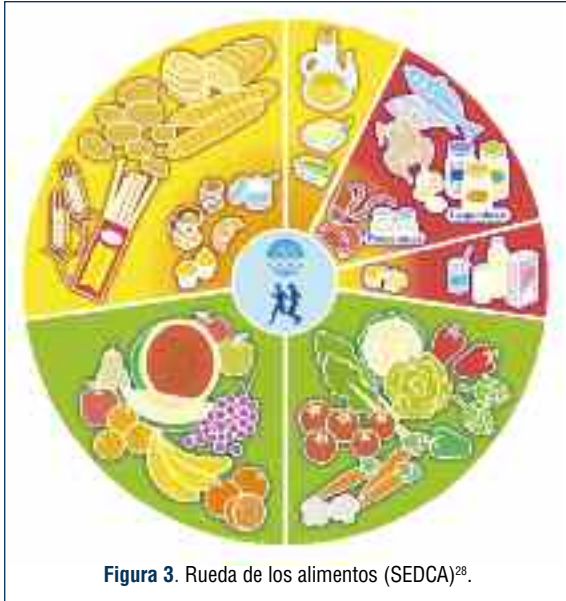


Figura 3. Rueda de los alimentos (SEDCA)<sup>28</sup>.

Los suplementos pueden utilizarse para enriquecimiento de platos salados como dulces y así en menos volumen podemos aportar mayor cantidad de nutrientes.

### Micronutrientes

En población vulnerable con mayor riesgo sobre todo los mayores, el consejo del comité Científico de la Sociedad Española de Inmunonutrición es incrementar la ingesta de ciertos micronutrientes a través de suplementos, en particular, zinc (30 mg-220 mg/día), vitamina E (134 mg-800 mg/día), vitamina C (200 mg-2 g/día) y especialmente, para aquellos que presentan bajos los niveles de vitamina D, se recomienda una ingesta de 10 µg-100 µg/día. Estos micronutrientes son capaces de mejorar la inmunidad específica, precisamente la encargada de generar más anticuerpos<sup>9</sup>.

### >> DIETA DURANTE EL CONFINAMIENTO PARA LA POBLACIÓN SANA

El confinamiento puede llevarnos a aumentar el consumo de alimentos procesados, por la industria o por nosotros mismos con alto contenido en azúcares, grasas y sal. Por lo que hay que tener



Figura 4. Plato de Harvard<sup>29</sup>.

cuidado, evitando aquellos que son ricos en grasas saturadas y muy calóricos<sup>27-28</sup>.

Ahora más que nunca la alimentación debe ser saludable, suficiente, segura, completa, equilibrada, sostenible, asequible y satisfactoria, que pueda adaptarse a cada persona y a su entorno. La rueda de los alimentos sigue siendo una buena guía para que no nos falte ninguno de ellos y consumirlos en su justa medida.

Para distribuir de forma fácil el contenido de nuestro plato es suficiente dividirlo en cuatro partes,

medio plato para las verduras y frutas, algo más de un cuarto de plato para las carnes, pescados y huevos y un cuarto de plato para cereales, legumbres y hortalizas ricas en glúcidos como patata o boniato. El plato de Harvard es una forma visual y fácil de orientarse y se adapta perfectamente al estilo de alimentación de dieta mediterránea<sup>29</sup>.

La Federación Española de Sociedades de Nutrición ha publicado unas recomendaciones alimentarias que sirven de orientación en este periodo o en cualquier otro en que tengamos disminuida la actividad física y la deportiva<sup>30</sup>.

**TABLA II. RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS DURANTE LA CUARENTENA. FESNAD 2020<sup>30</sup>**

1. Consume todos los grupos de alimentos.
2. Disminuye drásticamente el consumo de productos procesados ricos en hidratos de carbono simples (ej. bollería, pastelería y zumos).
3. Incrementa el consumo de verduras, legumbres y frutas ricas en fibra para mejorar la motilidad intestinal. Prioriza la compra de frutas y verduras frescas con mayor vida útil (naranjas, mandarinas, manzanas, plátanos, puerros, zanahorias).
4. Consume 1,5-2 litros de agua diariamente disminuyendo el consumo de refrescos azucarados.
5. Disminuye el consumo de bebidas ricas en compuestos excitantes, sustitúyelas por infusiones o agua aromatizada con frutas.
6. Si consumes alimentos ricos en hidratos de carbono complejos (ej. pan, pasta o arroz), preferiblemente, elígelos integrales.
7. Disminuye las frituras y consume productos a la plancha, asados al horno o hervidos. El cocinado de los alimentos debe llegar a un mínimo de 65° C.
8. Ahora dispones de más tiempo, destínalo a compartir con tus familiares recetas culinarias basadas en alimentos frescos. Las recetas de cuchara de nuestros padres y abuelos son muy interesantes.
9. Evita el picoteo, pero si vas a hacerlo, dispones de alimentos con un muy bajo aporte energético y saciantes como los encurtidos.
10. Antes de salir de casa para realizar la compra, planifícala para no dilatar el tiempo en el establecimiento. Intenta comprar para varios días.
11. No hagas acopio de gran cantidad de alimentos en casa, están todos disponibles en los mercados.
12. Cuando adquieras alimentos en el punto de venta sigue cumpliendo las normas de higiene, tocando solo los alimentos que vayas a comprar. Si puedes, lleva carros y bolsas reutilizables propios.
13. Revisa las fechas de caducidad y consumo preferente cuando compres, para evitar cualquier desperdicio alimentario. Refrigerar y congelar rápidamente, al llegar a casa.
14. Lava bien los alimentos que consumes en fresco.
15. En general, haz una alimentación lo más saludable posible, como está indicado en estas recomendaciones.
16. Presta especial atención a la hidratación y alimentación de tus mayores, se les debe ofrecer ingesta de líquidos con frecuencia y fraccionar sus comidas, al menos 5 tomas al día.
17. En tu domicilio, siempre que vayas a manipular alimentos, lávate las manos y evita utilizar los mismos utensilios para productos frescos y cocinados.
18. Si puedes, utiliza el lavavajillas con una temperatura superior a los 60° C.
19. En tu domicilio realiza actividad física, dispones de diversas plataformas para realizarla con elementos que tenemos en nuestros domicilios o trabajando con nuestro propio cuerpo.
20. Minimiza el uso de billetes y monedas en los puntos de venta. Mejor, paga con tarjeta.

## >>CONCLUSIONES

La declaración de Cartagena en 2019<sup>1</sup> une a distintas sociedades científicas para solicitar que se reconozca el derecho al cuidado nutricional como un derecho humano emergente que se relaciona con el derecho a la salud ya la alimentación y a que se garantice a todas las personas, especialmente a los enfermos con o en riesgo de desnutrición, acceso al cuidado nutricional y en particular a la terapia nutricional óptima y oportuna. Además de impartir cuidados, una de las responsabilidades de los profesionales sanitarios es informar y formar a la población para mejorar su calidad de vida y conseguir la mayor autonomía frente a la enfermedad. Educar al paciente y a su familia en materia de alimentación es un reto complejo, pero enormemente útil para conseguir una buena calidad de vida para todo el entorno.

El primer cuidado que tenemos que aplicar siempre, es conocer al paciente. Hay que determinar cuál es su situación clínica y el estado nutricional para detectar precozmente la desnutrición o el riesgo de padecerla. Esto hace necesario contar con métodos de cribado y valoración nutricional fáciles de realizar y fiables y repetirlos tantas veces como sea necesario para reevaluar la situación y adaptar el tratamiento nutricional a la fase de la

enfermedad o convalecencia en la que se encuentre<sup>11</sup>. Uno de los síntomas de esta enfermedad es la posibilidad de cursar con disfagia orofaríngea por lo que tendemos que detectarla cuanto antes para poder tomar las medidas pertinentes de seguridad y realizar los cambios dietéticos oportunos<sup>15</sup>.

No existe una dieta específica que cure o prevenga el COVID-19, pero una dietoterapia adecuada es el coadyuvante necesario para poder superar este problema de salud en el menor tiempo y con los mínimos efectos secundarios posibles. Es necesario establecer los requerimientos nutricionales y aplicar algún sistema de alimentación que pueda asegurar una ingesta adecuada. Si esta es insuficiente será de gran ayuda utilizar Suplementos Orales Nutricionales.

Mantener al paciente en su entorno domiciliario siempre es deseable y con la ayuda profesional adecuada de diversos agentes de salud expertos se consigue con el consiguiente ahorro sanitario y el aumento de la calidad real y percibida de los pacientes y familiares<sup>26</sup>.

### Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses respecto al contenido del artículo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cárdenas D, Bermúdez C, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L, et al. Declaración de Cartagena. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2019 Ago [citado 2020 mayo 14]; 36 (4): 974-980. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S021216112019000400031&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021216112019000400031&lng=es). Epub 17-Feb-2020. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02701>.
2. Barazzoni, et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. Disponible en: <https://duckduckgo.com/?q=1.%09Barazzoni+et+al.+ESPEN+expert+statements+and+practical+guidance+for+nutritional+management+of+individuals+with+SARS-CoV-2+infection.+Clinical+Nutrition.+2020&t=ffnt&ia=web>.
3. Cuestionarios test e índices para la valoración del paciente. Junta de Andalucía. [http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/95/pdf/cuestionario\\_com](http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/95/pdf/cuestionario_com)
4. López Mongil R, López Trigo JA, Hernández Rui A. Cuaderno Numero 5.2018 Alianza Masnutridos. <http://www.alianzamasnutridos.es/uploads/cuadernos/pdf/811ba35b670d439c9a3eb2ee5fb2ed20.pdf>.
5. Ortega O, Martín A, Clavé P. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia among Older Persons, State Of the Art. *Jam Med Dir Assoc.* 2017 Jul 1; 18 (7): 576-582. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2841216>
6. Pere Clavé, Viridiana Arreola, Alberto Martin, Alicia costa, Weslania Nascimento, Silvia Carrión, Omar Ortega, Antonio Schindler. Procedimientos Básicos para Evaluar y Tratar la Disfagia Orofaríngea en Pacientes con Infección por COVID-19. Opinión experta y guía práctica del Hospital de Mataró, Cataluña. 6/4/2020.
7. Rioja R, De la Torre MJ. Tengo disfagia, pero como en familia Vol. 2. Grupo Nurse. ADENyD. Disponible en: <https://www.picuida.es/ciudadania/tengo-disfagia-pero-como-en-familia-22-recetas-tipicas-andaluzas-adaptadas/>
8. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética, UGC Endocrinología y Nutrición, H.U.V.R. Sevilla. Protocolo de Manejo Nutricional en COVID-19. abril 2020.



9. Idnut.Cienut. Posición de expertos sobre el manejo nutricional del coronavirus. COVID -19. Sección 3-4. Abril 2020. Disponible en: [https://cienut.org/comite\\_internacional/declaraciones/pdf/declaracion2.pdf](https://cienut.org/comite_internacional/declaraciones/pdf/declaracion2.pdf)
10. Martindale R, et al. Nutrition Therapy in the patient with COVID 19 disease requiring ICU care. 2020. Disponible en: <https://www.sccm.org/getattachment/Disaster/Nutrition-Therapy-COVID-19-SCCM-ASPEN.pdf>
11. Ballesteros MD, et al. Abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) en pacientes hospitalizados con COVID-19. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición 2020. Recuperado [cited 28 April 2020]. Disponible en: [https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/923/260320\\_040233\\_14522\\_07369.pdf](https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/923/260320_040233_14522_07369.pdf)
12. Oliveira Fuster G, et al. Manual de Nutrición Clínica y Dietética. 2016. Capítulos 7-9: Fernández García-Salazar, R. y García Almeida, JM. Valoración del estado nutricional y concepto de desnutrición. En: Gabriel Oliveira Fuster. Manual de nutrición clínica y dietética. 3ª Edición. España: Díaz de Santos; 2016, págs. 179-214.
13. Martínez Teijelo D. Evaluación de la Herramienta de Cribado Nutricional SNAQ R c comparándola con el Cribado MNA en el centro residencial Griatros Ferrol. Curso 2016/17. Anexo II Cuestionario SNAQ Rc, pág. 37.
14. Liverpool Drug interaction Group. Experimental COVID-19 therapies, administration in case of swallowing difficulties. 2020. Disponible en: [covid19-druginteraction.org](https://covid19-druginteraction.org). [https://liverpool-covid19.s3.eu-west-2.amazonaws.com/landing-page/Covid\\_Swallowing\\_2020\\_Mar13.pdf](https://liverpool-covid19.s3.eu-west-2.amazonaws.com/landing-page/Covid_Swallowing_2020_Mar13.pdf)
15. Lancaster J. Dysphagia: its nature, assessment and management. *Br J Community Nurs*. 2015 Jun-Jul; Suppl. Nutrition: S28-32. doi: 10.12968/bjcn.20120.Sup6a.S28
16. Benito M, Ashbaugh RA. Nutrición en la Disfagia Orofaríngea. En Álvarez J. Disfagia orofaríngea. Soluciones multidisciplinares, Madrid, diciembre 2018 Grupo Aula Médica, S. L., para esta edición, 2018, págs. 80-124. Disponible en: [https://senpe.com/libros/01\\_DISFAGIA\\_INTERACTIVO.pdf](https://senpe.com/libros/01_DISFAGIA_INTERACTIVO.pdf)
17. Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, et al. European Society for Swallowing Disorders -European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*. 2016 Oct 7; 11: 1403-1428. e-Collection 2016. Review. <https://www.dovepress.com/european-society-for-swallowing-disorders-ndash-european-union-geriatr-peer-reviewed-article-CIA>
18. Irlés Rocamora JA, Sánchez-Duque MJ, de Valle Galindo PB, Bernal López E, Fernández Palacín A, Almeida González C, Torres Enamorado D. [A prevalence study of dysphagia and intervention with dietary counselling in nursing home from Seville]. *Nutr Hosp*. 2009 Jul-Aug; 24 (4): 498-503. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19721932> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19721932>
19. Ashbaugh RA, Álvarez J. Todo lo que debes saber sobre los espesantes. En Álvarez J. Disfagia orofaríngea. Soluciones multidisciplinares, Madrid, diciembre 2018 Grupo Aula Médica, S. L., para esta edición, 2018, págs. 112-131. Disponible en: [https://senpe.com/libros/01\\_DISFAGIA\\_INTERACTIVO.pdf](https://senpe.com/libros/01_DISFAGIA_INTERACTIVO.pdf)
20. Clavé Civit P, García Peris P. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Ed. Glosa, 2011.
21. Manejo Domiciliario del COVID-19. Ministerio de Sanidad (Versión del 17 de marzo de 2020) Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo\\_domiciliario\\_de\\_COVID-19.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_domiciliario_de_COVID-19.pdf)
22. Procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos de COVID-19 en Asturias Versión 4.0: 11 de mayo de 2020 Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/1002704/Procedimiento+de+atención+y+seguimiento+domiciliario+de+casos+confirmado+COVID19.pdf/57a088d2-e672-39fd-0537-5185d1b>
23. Coronavirus SARS-CoV-2: información y protocolos asistenciales. Junta de Andalucía. 2020. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/recursos-para-profesionales/salud-publica/coronavirus-sars-cov-2-informacion-y-protocolos-asistenciales>
24. De la Torre MJ, López-Pardo M. Pon corazón al ejercicio y la alimentación. Guía de hábitos cardiosaludables. Grupo NURSE. ADENyD. 2019. <http://www.adenyd.es/wp-content/uploads/2019/11/Pon-coraz%C3%B3n-al-ejercicio-y-la-alimentaci%C3%B3n.-Recetas.pdf>
25. Como alimentarse bien en tiempos del coronavirus. SEDCA disponible en: <https://nutricion.org/como-alimentarse-bien-en-tiempos-de-coronavirus/>
26. De Torres Aured ML, Francés Pinilla M. Dieta equilibrada. Guía para enfermeras de Atención Primaria. Edita: SEDCA. 2007. <https://revista.nutricion.org/PDF/NUTRICION-31-1.pdf>
27. Guía de la alimentación saludable para Atención primaria y colectivos ciudadanos. SENC2019. Editorial planeta S.A. Disponible en: <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/guia-alimentacion-saludable-ap>
28. La rueda de los alimentos. Una herramienta para alimentarse mejor y más fácilmente. 2019. SEDCA. <https://nutricion.org/la-rueda-de-los-alimentos/>
29. Escuela de Salud Pública de Harvard. El Plato para Comer Saludable (Spanish). <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish/>
30. Decálogo FESNAD. Recomendaciones alimentarias durante la cuarentena FESNAD 2020 <https://www.fesnad.org/index.php?seccion=dinamico&subSeccion=noticia&idN=221>