

Soporte nutricional en situaciones especiales



Coordinadora:

Carmen Gómez Candela

Especialista en Endocrinología y Nutrición. Unidad de Nutrición y Dietética. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Abordaje terapéutico del paciente con disfagia orofaríngea



**Arturo Lisbona
Catalán**

Especialista en Endocrinología
y Nutrición



**Marina Morato
Martínez**

Dietista-nutricionista



**Dr. José López-Tápper
Sainz**

Servicio de Logopedia y Foniatría

Hospital Universitario La Paz. Madrid

¿Se realiza algún tipo de cribado nutricional en el paciente con disfagia? ¿Cómo detectar si el paciente con disfagia está bien nutrido e hidratado?

Como se comenta en el primer número de *Soporte nutricional en situaciones especiales* dedicado a la disfagia orofaríngea, los métodos de cribado nutricional para reconocer a los pacientes que pueden estar en riesgo de desnutrición por presentar disfagia deben aplicarse a todos los pacientes y de forma periódica. Para ello, contamos con una serie de cuestionarios sencillos y rápidos de realizar incluso por personal no necesariamente entrenado para ello. Entre los más utilizados figuran el Mini Nutritional Assessment (MNA), validado para población anciana; el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), empleado principalmente para pacientes ambulatorios, y el Subjective Global Assessment (VSG), utilizado para población hospitalizada.

Sumario

¿Se realiza algún tipo de cribado nutricional en el paciente con disfagia? ¿Cómo detectar si el paciente con disfagia está bien nutrido e hidratado?

¿Cuáles son las necesidades nutricionales específicas de un paciente con disfagia?

¿De qué estrategias disponemos para hidratar y nutrir al paciente?

¿Cuál ha sido la evolución en la forma de alimentarse del paciente con disfagia? ¿Se han producido grandes cambios en la última década?

¿Qué otras opciones tenemos cuando la vía oral no es posible por problemas de seguridad o por insuficiencia nutricional?

Puntos clave

Bibliografía

Para detectar si el paciente con disfagia está bien nutrido e hidratado, ha de hacerse una valoración nutricional completa por parte de un profesional sanitario cualificado. Dicha valoración debe constar de historia clínica completa, exploración física con datos antropométricos, historia dietética tanto de alimentos como de líquidos, funcionalidad del paciente, síntomas y datos bioquímicos; además, si fuese posible, debería completarse la valoración con técnicas de composición corporal.

¿Cuáles son las necesidades nutricionales específicas de un paciente con disfagia?

Las necesidades nutricionales de los pacientes con disfagia son semejantes a las de la población sana (de unas 25-30 kcal/kg/día, de las que el 55% debe proceder de hidratos de carbono, el 10-15% de proteínas y el 30% de grasas)¹, salvo en el caso de los pacientes desnutridos, en quienes habrá que aumentar dichos requerimientos dependiendo del tipo de desnutrición que presenten (calórica, proteica o mixta), y en el caso de los pacientes que tengan una patología de base diferente o un estado fisiológico que incremente las necesidades nutricionales.

No obstante, aunque el paciente esté bien nutrido e hidratado, debe tenerse en cuenta que la disfagia orofaríngea eleva el riesgo de desnutrición y deshidratación, por lo que hay que hacer una evaluación completa de la ingesta de alimentos y líquidos del paciente y reevaluar periódicamente para ajustar los requerimientos nutricionales.

¿De qué estrategias disponemos para hidratar y nutrir al paciente?

La vía oral es la primera opción, siempre y cuando la disfagia sea leve-moderada; en caso de que la disfagia sea severa (imposibilidad absoluta de deglutir), la forma ideal de hidratar y nutrir será el soporte nutricional artificial.

En la disfagia leve-moderada, la estrategia principal es la modificación de las texturas y consistencias tanto de los alimentos sólidos como de los líquidos, adecuándolas a la tolerancia del paciente y evitando así una posible broncoaspiración y las comorbilidades asociadas a ésta.

Para conocer la consistencia a la que el paciente puede deglutir los alimentos se emplea el método de exploración clínica volumen-viscosidad², que utiliza tres tipos de consistencia: néctar, líquido y pudín. Una vez efectuada la valoración, habrá que adecuar la dieta del paciente a la textura y consistencia que permita nutrirlo e hidratarlo de forma segura y eficaz.

Para ello, se dan pautas dietéticas específicas tanto para sólidos (por ejemplo, triturar los alimentos y pasarlos por un chino para que tengan una textura uniforme, evitando la presencia de huesecillos, espinas o filamentos) como para líquidos, utilizando espesantes a fin de evitar atragantamientos.

Actualmente, en el mercado encontramos una gran cantidad de alimentos ya preparados específicos para el paciente con problemas de deglución y que además tienen un valor nutricional ideal³. Entre ellos cabe destacar los purés que se reconstituyen en un líquido (agua, caldo o leche), los purés instantáneos para utilizar como desayunos y meriendas, y las aguas gelificadas para hidratar sin que pierdan su consistencia en la boca.

Si con las pautas dietéticas y las modificaciones en la dieta no es suficiente para cubrir las demandas energéticas, pueden añadirse suplementos nutricionales orales, cuya consistencia también estará modificada y que aportarán un extra de energía y nutrientes, completando así la alimentación del paciente y evitando la desnutrición o la deshidratación.

¿Cuál ha sido la evolución en la forma de alimentarse del paciente con disfagia? ¿Se han producido grandes cambios en la última década?

El soporte nutricional en el paciente con disfagia orofaríngea se ha basado clásicamente en la nutrición enteral, sea mediante sonda nasogástrica/nasoentérica o de ostomía (gastrostomía o yeyunostomía). Sin embargo, en los últimos años la nutrición enteral se ha reservado exclusivamente para los pacientes con disfagia grave (imposibilidad de alcanzar suficientes nutrientes o líquidos por vía oral, o con riesgo muy alto de broncoaspiración), mientras que en los casos de disfagia leve-moderada se prefiere mantener el soporte nutricional por vía oral, que es

más fisiológico, genera menos complicaciones y es mejor aceptado por el paciente.

El aumento del conocimiento sobre la modificación de texturas ha contribuido enormemente a minimizar el riesgo de broncoaspiración y a garantizar un aporte adecuado de nutrientes por vía oral.

Otro cambio importante ha sido el desarrollo creciente de nuevos suplementos nutricionales orales, con nuevas formulaciones con un mayor contenido calórico y proteico, que aseguran un adecuado aporte de nutrientes en pacientes con disfagia orofaríngea.

Por último, el problema de la disfagia para líquidos se ha resuelto gracias a la aparición de nuevos espesantes, neutros o saborizados, elaborados a base de gomas y almidones modificados que facilitan la preparación en la textura adecuada (néctar, miel o pudín, en función de la dificultad para la ingesta), ofrecen una mayor estabilidad a lo largo del tiempo y son mejor aceptados por los pacientes gracias a las mejoras organolépticas.

¿Qué otras opciones tenemos cuando la vía oral no es posible por problemas de seguridad o por insuficiencia nutricional?

En los casos de disfagia grave (cuando el proceso de deglución no es eficaz para cubrir las necesidades de agua y/o nutrientes por vía oral o cuando existen problemas de seguridad), se requiere, salvo excepciones, la nutrición enteral¹. Consiste en el aporte de agua y nutrientes (utilizando preparados comerciales con una fórmula definida) por vía digestiva (directamente al estómago o al intestino delgado) para

mantener un adecuado estado nutricional e hídrico del paciente. Se puede realizar a través de diferentes sistemas, sean sondas nasointerólicas (SNG, SNE) u ostomías (gastrostomía percutánea endoscópica tipo PEG o radiológica).

Las indicaciones de nutrición enteral en pacientes con disfagia orofaríngea se resumen en la tabla 1².

La elección de la vía de administración dependerá fundamentalmente del tiempo que se prevea que va a necesitarse la nutrición enteral, así como de la viabilidad del tracto digestivo (tabla 2)³. De este modo, cuando se estime que la nutrición enteral va a ser necesaria durante menos de 4-6 semanas, la vía de elección es la sonda nasogástrica, mientras que si el tiempo previsto excede las 4-6 semanas existe indicación de colocar una sonda de gastrostomía⁴. Las sondas de gastrostomía ofrecen ciertas ventajas sobre las sondas nasogástricas y facilitan la nutrición enteral domiciliaria

Tabla 1. Indicaciones de nutrición enteral en pacientes con disfagia orofaríngea

- Riesgo muy elevado de broncoaspiración
- Pacientes en los que la alimentación oral ha sido (o se espera que sea) insuficiente (<50-60% de los requerimientos) durante:
 - 7-10 días en pacientes bien nutridos y con escaso estrés
 - 3-5 días en pacientes desnutridos o con importante estrés
- Imposibilidad de alcanzar un adecuado aporte hídrico
- Pérdida ponderal del 5-10% del peso habitual
- Imposibilidad de tomar medicación por vía oral
- Ansiedad con la alimentación por vía oral
- En pacientes con enfermedades neurodegenerativas que cursan con deterioro de la función respiratoria, cuando la capacidad vital forzada se aproxime al 50% del valor teórico

Fuente: elaboración propia a partir de Camarero González⁴, Ballesteros Pomar y Arés Luque et al.⁵, Greenwood⁶ y Löser et al.⁷



7th ESSD Congress, Barcelona 21-22 Sept. 2017

Workshop 18-19 Sept / Precongress 20 Sept

ESSD Dysphagia Week 18-23 Sept



Tabla 2. Tipo de acceso al tracto gastrointestinal para la nutrición enteral

- Sonda nasogástrica:
 - Administración de nutrición e hidratación durante menos de 4-6 semanas y sin riesgo de reflujo gastroesofágico
- Sonda nasointestinal:
 - Indicada cuando existen alteraciones anatómicas o funcionales del estómago o un riesgo elevado de broncoaspiración
- Sonda de gastrostomía, acceso directo al estómago:
 - Vía endoscópica, radiológica o quirúrgica
 - Durante un periodo superior a 4-6 semanas
- Sonda de yeyunostomía:
 - Periodo superior a 4-6 semanas y cuando el estómago está comprometido o existe riesgo de broncoaspiración

Fuente: elaboración propia a partir de Camarero González⁴, Ballesteros Pomar y Arés Luque et al.⁵, Greenwood⁶ y Löser et al.⁷

porque son de manejo más sencillo. Presentan menor riesgo de malposición, extracción accidental, lesiones en la zona nasal, úlceras faríngeas, esofagitis, regurgitación u obstrucción de la sonda, y tienen una mejor aceptación por parte del paciente desde el punto de vista estético.

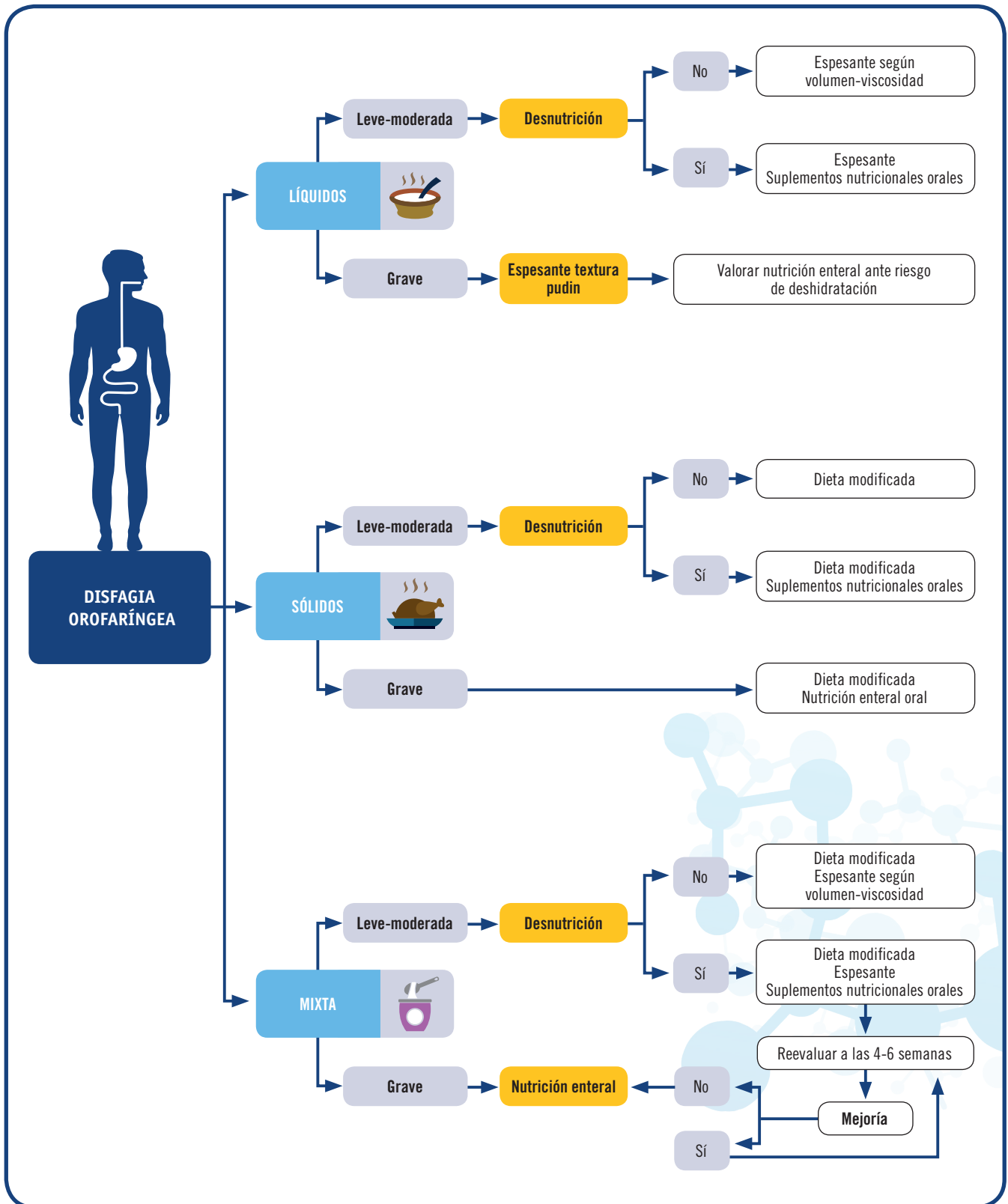
La elección de la fórmula de nutrición enteral dependerá del estado nutricional del paciente, el tipo de desnutrición, el grado de estrés, la patología y el tratamiento presente y futuro de ésta. Así, en los pacientes normonutridos se utilizarán fórmulas normocalóricas y normoproteicas, mientras que en los pacientes con desnutrición y/o sometidos a un estrés elevado, o que requieran una restricción de volumen, se emplearán fórmulas hipercalóricas e hiperproteicas.

Un punto clave a la hora de plantear la nutrición enteral a los pacientes con disfagia orofaríngea es que la presencia de sonda nasogástrica o PEG no excluye la alimentación oral. Aunque la nutrición ya no dependerá de forma fundamental de la vía oral, ésta puede mantenerse con alimentos seguros y en función de las preferencias del paciente, para no privarlo del sentido del gusto y conservar algunas funciones fisiológicas. La alimentación oral podrá aumentar a medida que mejore la situación deglutoria. Una vez se cubran las necesidades nutricionales con la alimentación oral y ésta se realice de forma segura, la sonda podrá retirarse. ●

Bibliografía

1. Peña Morant VJ, Martín Loechech I, Ruiz Santane S. Requerimientos nutricionales e ingestas dietéticas recomendadas. En: Gil Hernández A, ed. Tratado de nutrición. Tomo III. Nutrición humana en el estado de salud. Barcelona: Acción Médica, 2005; 45-79.
2. Robledo Sáenz PJ, Morato Martínez M, Palma Milla S, Gómez Candela C. Dietoterapia básica y adaptada. En: Gómez Candela C, Palma Milla S, Calvo Bruzos SC, Riobó Serván P, Robledo Sáenz PJ, eds. Alimentación, nutrición y cáncer: prevención y tratamiento. Madrid. UNED, 2016; 321-330.
3. Clavé P, Terré A, De Kraa M, Serra-Prat M. Recommendations on clinical practice. Approaching oropharyngeal dysphagia. Rev Esp Enf Dig. 2004; 96(2): 119-131.
4. Camarero González E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. Nutr Hosp. 2009; 2(2): 66-78. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226754007>
5. Ballesteros Pomar MD, Arés Luque A. Nutrición basada en la evidencia en las enfermedades neurológicas. Endocrinol Nutr. 2005; 52 Supl 2: 97-101.
6. Greenwood DI. Nutrition management of amyotrophic lateral sclerosis. Nutr Clin Pract. 2013; 28(3): 392-399.
7. Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EM, Muscaritoli M, Niv Y, et al. ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition –percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clin Nutr. 2005; 24(5): 848-861.

Algoritmo terapéutico



Puntos clave

1

La disfagia orofaríngea aumenta el riesgo de desnutrición y deshidratación. Por ello, es necesario realizar un cribado nutricional a todos los pacientes de manera sistemática para detectar precozmente a aquellos que pueden estar en riesgo de desnutrición y así poder ajustar los requerimientos nutricionales.

2

La vía oral es la primera opción para nutrir e hidratar al paciente. La estrategia principal es la modificación de las texturas y consistencias tanto de los alimentos sólidos como de los líquidos.

3

Es fundamental educar al paciente ofreciéndole unas pautas dietéticas concretas para conseguir una alimentación que le permita nutrirse e hidratarse de forma segura y eficaz.

4

Hoy en día existen en el mercado una gran cantidad de alimentos ya preparados que son específicos para el paciente con problemas de deglución y que tienen un valor nutricional ideal.

5

La nutrición enteral se reserva para los casos de disfagia grave (imposibilidad de alcanzar suficientes nutrientes o líquidos por vía oral, o riesgo muy alto de broncoaspiración), mientras que en los pacientes con disfagia leve-moderada es preferible mantener el soporte nutricional por vía oral.

6

La elección de la vía de administración de la nutrición enteral depende del tiempo que se prevea que va a necesitarse la nutrición enteral, así como de la viabilidad del tracto digestivo.

7

La elección de la fórmula de nutrición enteral debe realizarse en función del estado nutricional del paciente, el tipo de desnutrición, el grado de estrés, la patología de base y el tratamiento presente y futuro de ésta.

8

La nutrición enteral en los pacientes con disfagia orofaríngea mediante sonda nasogástrica o gastrostomía percutánea endoscópica no excluye la alimentación oral.

FontActiv®



Espesante

Modifica la textura de alimentos líquidos y semisólidos

Almidón de maíz modificado.

FontActiv® Espesante (antes Thickeners) es la **solución ideal en trastornos de deglución o disfagia** para:

- **Ayudar** a que sus pacientes **se alimenten e hidraten** de forma **segura y eficaz**.
- **Disminuir** el riesgo de **broncoaspiración, desnutrición** y **deshidratación**.

Disolución instantánea, sin grumos, que se mantiene estable durante largo tiempo

Disponible en sabor neutro

MISMO CI

1 bote x 250 g CI 504668

6 botes x 250 g CI 504669



Incluye cacito en su interior.

Descubra toda nuestra gama de productos en www.fontactiv.es