

Soporte nutricional en situaciones especiales

n.º
5

Sumario

Disfagia en la demencia, el Parkinson y el ictus: diferencias en su presentación, requerimientos nutricionales y evolución

Características diferenciales entre el paciente con disfagia por demencia, Parkinson e ictus

Estado nutricional en el momento del diagnóstico de disfagia en las tres situaciones clínicas

Requerimientos nutricionales, vías de administración de la nutrición y evolución posterior de las tres patologías

Soporte nutricional y su relación con el tratamiento farmacológico

Agentes espesantes

Bibliografía

Puntos clave



Coordinador:

Dr. Alejandro Sanz París

Unidad de Nutrición y Dietética.
Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitario Miguel Servet (Zaragoza)



**Mercedes
Giménez López**

Geriatra. Hospital San Juan
de Dios (Zaragoza)



**M.ª Carmen
Espinosa Val**

Geriatra. Hospital San Juan
de Dios (Zaragoza)



**Paul Vinueza
Buitron**

Neurólogo. Hospital San Juan
de Dios (Zaragoza)

Disfagia en la demencia, el Parkinson y el ictus: diferencias en su presentación, requerimientos nutricionales y evolución

Características diferenciales entre el paciente con disfagia por demencia, Parkinson e ictus

Las demencias y los ictus son grupos de enfermedades heterogéneas en cuanto a etiología, clínica y pronóstico, y en algún momento de su evolución pueden, al igual que la enfermedad de Parkinson, presentar disfagia como uno de sus síntomas, aunque con diferencias manifiestas.

Disfagia por demencia

La demencia está constituida por un grupo de enfermedades neurodegenerativas, y en aproximadamente un 13-57% de ellas se desarrolla disfagia a lo largo de su evolución¹, empeorando de manera paralela al deterioro cognitivo².

ORDESA

La disfagia puede presentarse en etapas tempranas, por cambios en la conducta alimentaria, o en etapas avanzadas, como sucede en la enfermedad de Alzheimer o la demencia frontotemporal^{1,2}. En la enfermedad de Alzheimer, la aparición de disfagia es consecuencia de la incapacidad para reconocer la comida, la agnosia oral y táctil y la apraxia para la deglución y la alimentación^{1,3}; en la demencia frontotemporal el patrón de alimentación es compulsivo, con bolos de gran tamaño, y en la enfermedad por cuerpos de Lewy la disfagia limita el pronóstico².

Disfagia por enfermedad de Parkinson

Más de un 80% de los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden presentar disfagia, y hasta un 50% de ellos en la fase premotora⁴. En los pacientes con esta enfermedad la disfagia es de etiología multifactorial: intervienen fenómenos relacionados con las redes neuronales corticales y subcorticales dopaminérgicas y GABAérgicas, y alteraciones neuromusculares periféricas por depósito de alfa-sinucleína^{4,5}. La deglución está afectada en todas sus fases, debido al trastorno motor de la musculatura voluntaria e involuntaria, así como los sistemas adyacentes: respiratorio, olfatorio y salival⁵. En el Parkinson la disfagia se relaciona, entre otros factores, con las neumonías, que son la principal causa de muerte en estos pacientes⁴. El gasto energético basal está aumentado por el temblor y la rigidez³.

Disfagia por ictus

La disfagia en la fase aguda del ictus afecta a un 20-80% de los pacientes^{6,7}; en el 25% de los casos el trastorno se resuelve espontáneamente en los primeros 14 días⁶ y sólo en el 11-13% de los pacientes perdura 6 meses después del ictus⁸.

La localización del ictus en la corteza frontal e insular predice una disfagia posterior prolongada, al afectar a la planificación y ejecución de la deglución o peristalsis faríngea, mientras que las lesiones en el tronco alteran la sensibilidad orofaríngea, la elevación laríngea y el tiempo de deglución faríngea⁷. A pesar de que los centros nerviosos que participan en la deglución son varios y están muy bien localizados, no se ha logrado relacionar la aparición de disfagia según la ubicación del ictus; en realidad, el factor de riesgo relacionado con su aparición es la gravedad del ictus^{7,9}.

Estado nutricional en el momento del diagnóstico de disfagia en las tres situaciones clínicas

En las enfermedades neurológicas la disfagia orofaríngea constituye un grave problema, ya que deteriora el estado

nutricional y conlleva una elevada morbimortalidad. Por ello, debe realizarse sistemáticamente una valoración precoz para poder diagnosticarla. El diagnóstico de la disfagia orofaríngea requiere un abordaje que incluye el cribado, la valoración clínica y la instrumental.

La disfagia puede disminuir la eficacia de la alimentación, su seguridad o ambas. La alteración de la seguridad da lugar a penetraciones y aspiraciones y causa infecciones respiratorias, reingresos y neumonía por aspiración. La alteración de la eficacia o la ingestión ineficiente de líquidos o nutrientes producen malnutrición o deshidratación. Por este motivo es fundamental realizar una valoración nutricional en todos estos pacientes.

Para la valoración nutricional se usan diferentes instrumentos de cribado (Mini Nutritional Assessment [MNA], Malnutrition Universal Screening Tool [MUST], valoración subjetiva global [VSG], Malnutrition Screening Tool [MST]), así como parámetros nutricionales (albúmina, prealbúmina, linfocitos, colesterol, etc.) y antropométricos (índice de masa corporal [IMC], pérdida de peso, etc.). Véase algoritmo.

Valoración nutricional en la demencia

Los pacientes con demencia tienen un elevado riesgo de malnutrición y pérdida de peso, incluso desde el inicio mismo de la enfermedad y antes de presentar disfagia orofaríngea, por lo que hay que realizar una valoración nutricional inicial y revaloraciones periódicas. Se ha propuesto el uso del MNAR.

En la demencia, la pérdida de peso puede aparecer como síntoma inicial; tiene una etiología multifactorial (neurodegeneración de ciertas áreas cerebrales, alteración del sistema olfatorio, factores inflamatorios, etc.) y se agrava con la progresión de la enfermedad porque se van asociando otros problemas¹.

Valoración nutricional en la enfermedad de Parkinson

En esta patología existe un elevado riesgo de malnutrición y pérdida de peso, por lo que debe realizarse la monitorización del estado nutricional de manera periódica a lo largo de la enfermedad. Los predictores de malnutrición son la edad avanzada en el momento del diagnóstico, unas dosis elevadas de levodopa, la ansiedad y la depresión y el vivir solo. La disfagia orofaríngea y las alteraciones de la motilidad esofágica y de la motilidad intestinal pueden empeorar el estado nutricional¹⁰.

Valoración nutricional en el ictus

En el caso del ictus, al tratarse de un evento agudo, el paciente puede estar bien nutrido antes de sufrirlo pero, a consecuencia de él, presentar luego un alto riesgo de malnutrición y de deshidratación, fundamentalmente debido a la disfagia, la disminución del nivel de alerta y la afectación cognitiva. El estado nutricional puede empeorar durante la primera semana tras el ictus, por lo que es fundamental detectar y tratar la disfagia orofaríngea e iniciar un adecuado soporte nutricional¹⁰.

Requerimientos nutricionales, vías de administración de la nutrición y evolución posterior de las tres patologías

Una vez efectuados la valoración nutricional y el cribado de la disfagia, ha de realizarse un abordaje múltiple e individualizado, que incluya los siguientes aspectos: la adaptación de la textura de la dieta y de la viscosidad de los líquidos como medida compensadora de la disfagia orofaríngea; un aporte nutricional apropiado, con administración de suplementos orales en caso necesario, para mejorar el estado nutricional, y una adecuada higiene oral, para reducir la carga bacteriana de la cavidad oral y reducir el riesgo de infecciones respiratorias¹¹.

También hay que tener especial cuidado con la postura durante la ingesta. Una recomendación general es tragar en una posición vertical (90°) y mantener esta postura después de la comida durante al menos 30 minutos¹². La postura *chin-down* (anteroflexión cervical para acercar el mentón al pecho) es fácil de realizar y tiene un nivel de evidencia A para la disminución del riesgo de penetración a la vía respiratoria¹³.

Por último, la alimentación enteral mediante sonda nasogástrica o gastrostomía endoscópica percutánea está indicada cuando la alimentación por vía oral no es posible debido a la severidad de la disfagia.

En las tablas 1-3, se resumen las recomendaciones nutricionales según las últimas guías de la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN)^{1,10} para pacientes con demencia, enfermedad de Parkinson y Alzheimer.

Soporte nutricional y su relación con el tratamiento farmacológico

En la enfermedad de Parkinson se administra toxina botulínica tipo A en las glándulas paratiroides, lo que mejora la sialorrea, aunque no reduce los episodios de aspiración. El tratamiento con levodopa tiene resultados variables en el tratamiento de la

Tabla 1. Recomendaciones nutricionales y de actuación clínica según la ESPEN: demencia

CDO	<ul style="list-style-type: none">• Sí, especialmente si se detectan signos clínicos o problemas asociados a la DO
CN	<ul style="list-style-type: none">• MNAr• Identificar las causas de la malnutrición
Peso e IMC	<ul style="list-style-type: none">• Control
DTM y/o LE	<ul style="list-style-type: none">• Sí, dependiendo de resultados del MECV-V
SO	<ul style="list-style-type: none">• Sí, ante riesgo de malnutrición o desnutrición (fuerte evidencia de que los SO tienen efectos positivos sobre el peso y el IMC)
SNG/PEG	<ul style="list-style-type: none">• No se recomienda la colocación de SNG o PEG en pacientes con demencia severa
Otros	<ul style="list-style-type: none">• Ambiente casero y agradable• Menús adaptados a sus gustos• Supervisión durante la ingesta• Educar y formar a los cuidadores• Evitar las restricciones dietéticas• No se recomienda el uso de estimulantes del apetito

CDO: cribado de disfagia orofaríngea; CN: cribado nutricional; DO: disfagia orofaríngea; DTM: dietas de textura modificada; ESPEN: Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo; IMC: índice de masa corporal; LE: líquidos espesados; MECV-V: test clínico de volumen-viscosidad; MNAr: Mini Nutritional Assessment reducido; PEG: gastrostomía endoscópica percutánea; SNG: sonda nasogástrica; SO: suplementos orales.

disfagia, desde una mejoría significativa en estados avanzados, o una mejoría relacionada con la discinesia, hasta el empeoramiento de la deglución⁵. Esto último puede relacionarse con los efectos adversos del fármaco, entre los que se incluyen xerostomía, retraso de vaciamiento gástrico, náuseas, vómitos y estreñimiento³; además, los aportes nutricionales con alto contenido proteico interactúan con la levodopa, disminuyendo la absorción de ésta³. De todas maneras, en casos de disfagia severa pueden utilizarse otras vías de administración, como la apomorfina subcutánea o el parche transdérmico de rotigotina, que probablemente mejoren la disfagia⁵.

Por último, existen múltiples métodos de estimulación cerebral profunda que han demostrado que modulan tanto la fase faríngea de la deglución como la motilidad esofágica, pero no proporcionan una mejoría clínica significativa de la disfagia⁴.

En cuanto a las demencias, los fármacos utilizados en la enfermedad de Alzheimer no modifican la disfagia *per se*. Es importante observar la interacción con los espesantes, dado que

Tabla 2. Recomendaciones nutricionales y de actuación clínica según la ESPEN: enfermedad de Parkinson

CDO	<ul style="list-style-type: none"> • Sí (cribado en la fase ON), especialmente en los pacientes que se encuentran en el estadio II de Hoehn y Yahr o superior, o que presentan pérdida de peso, IMC bajo, sialorrea, demencia o signos de DO • Realizar una valoración mediante el test del agua o el MECV-V o un cuestionario específico, para determinar el volumen indicado para deglución • Si el CDO es positivo o si se produce un rápido deterioro o una neumonía, realizar una VFS o una FEES (preferiblemente)
CN	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, recomendado MNAr
Peso e IMC	<ul style="list-style-type: none"> • Control
DTM y/o LE	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, dependiendo de resultados del MECV-V o cuestionario específico
SO	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, si criterios de desnutrición o malnutrición
SNG/PEG	<ul style="list-style-type: none"> • Dependiendo de la fase en que esté el paciente
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorización y administración de vitamina D, ácido fólico y vitamina B₁₂ si es necesario • Optimizar el tratamiento antiparkinsoniano para mejorar los síntomas motores que favorecen la DO • Monitorizar los efectos secundarios de los antiparkinsonianos y su influencia en el estado nutricional (náuseas, vómitos, dolor abdominal, dispepsia, estreñimiento, xerostomía, diarrea, anorexia y alteraciones gastrointestinales) • La levodopa produce hiperhomocisteinemia • Rehabilitación precoz de la DO • Administrar la levodopa 30 minutos antes de las comidas

CDO: cribado de disfagia orofaríngea; CN: cribado nutricional; DO: disfagia orofaríngea; DTM: dietas de textura modificada; ESPEN: Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo; FEES: fibrolaringoscopia o fibroendoscopia; IMC: índice de masa corporal; LE: líquidos espesados; MECV-V: test clínico de volumen-viscosidad; MNAr: Mini Nutritional Assessment reducido; PEG: gastrostomía endoscópica percutánea; SNG: sonda nasogástrica; SO: suplementos orales; VFS: videofluoroscopia.

su adición a estas fórmulas puede cambiar su viscosidad; así, la memantina, la galantamina y la rivastigmina la reducen, con el posible incremento del riesgo de broncoaspiración¹⁴.

En el ictus, el uso de nutrición enteral se recomienda tanto para asegurar un estado nutricional adecuado como para disponer de una vía para administrar la medicación⁶.

Tabla 3. Recomendaciones nutricionales y de actuación clínica según la ESPEN: ictus

CDO	<ul style="list-style-type: none"> • Precoz y antes de iniciar la ingesta oral • Si se detecta DO, realizar su valoración instrumental precozmente
CN	<ul style="list-style-type: none"> • MUST • Realizar el cribado en las primeras 48 horas
Peso e IMC	<ul style="list-style-type: none"> • Al ingreso y al alta
DTM y/o LE	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden reducir la incidencia de neumonía por aspiración, pero su influencia sobre la mortalidad es insuficiente • Pueden dar lugar a una baja ingesta calórica o de líquidos, por lo que deben ser monitorizados por profesionales entrenados • Los líquidos carbonatados pueden reducir el residuo faríngeo en comparación con los líquidos espesados
SO	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, ante riesgo de malnutrición o desnutrición
SNG/PEG	<ul style="list-style-type: none"> • Si la ingesta oral completa no es posible durante la fase aguda del ictus, la nutrición enteral tiene que ser preferiblemente por SNG • Si la DO es severa o en pacientes críticos con disminución del nivel de alerta, iniciar nutrición enteral precoz (primeras 72 horas) • Si la nutrición enteral es necesaria durante un periodo prolongado (>28 días), debería colocarse una PEG durante la fase de estabilidad clínica (después de 14-28 días)

CDO: cribado de disfagia orofaríngea; CN: cribado nutricional; DO: disfagia orofaríngea; DTM: dietas de textura modificada; ESPEN: Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo; IMC: índice de masa corporal; LE: líquidos espesados; MUST: Malnutrition Universal Screening Tool; PEG: gastrostomía endoscópica percutánea; SNG: sonda nasogástrica; SO: suplementos orales.

Agentes espesantes

El efecto terapéutico de los agentes espesantes depende de la viscosidad^{15, 16}. Varios estudios han demostrado que estos productos reducen las penetraciones al vestíbulo laríngeo y las aspiraciones traqueobronquiales^{16, 17}, pero el cumplimiento del tratamiento es bajo (entre el 48 y el 56%), debido al rechazo que originan las propiedades organolépticas del bolo (textura y sabor), a la necesidad de mayor esfuerzo para deglutir y al incremento de la dificultad para preparar la comida^{18,19}.

Cuanto menor sea la viscosidad, mayor es el cumplimiento, ya que los pacientes toleran viscosidades menores como la del néctar²⁰. El incremento de la viscosidad del bolo aumenta la seguridad de la deglución, pero también el residuo faríngeo¹⁶. Por otra parte, es importante controlar el volumen del bolo ya que si es elevado puede reducir la seguridad de la deglución para todas las viscosidades¹⁶.

También hay que tener en cuenta la variabilidad entre el tipo de agente espesante empleado. Tradicionalmente se usan los compuestos de almidón modificado. Estos compuestos tienen una carga iónica neutral y están indicados para la administración de medicamentos de clase III, muy utilizados en pediatría; pero estos tienen varios inconvenientes: son más inestables (porque a los 30 minutos tras su preparación o bien se licuan o bien su densidad aumenta), son peor aceptados por su sabor y textura granulada, son hidrolizados por la amilasa salival y, por lo tanto, se desglosan durante la fase oral de la deglución y, además, dejan mayor residuo faríngeo²⁰. Los espesantes a base de goma xantana se mezclan con agua, creando nuevas redes estables que mantienen la viscosidad durante más tiempo, no son degradados por la amilasa, tienen mejor palatabilidad (aunque dan una sensación “algo resbaladiza” a la cavidad oral) y no dejan residuo faríngeo²¹.

La biodisponibilidad del agua, cuando se administra con cualquier tipo de espesante no varía, por lo que su uso es seguro²². En cambio, la biodisponibilidad de ciertos fármacos sí que puede llegar a modificarse, no solo cuando se trituran, lo que ya era conocido, sino cuando se mezclan con el agente espesante, para administrarlo a los pacientes con disfagia orofaríngea²³. Por ejemplo, en el caso de un paciente al que se le prescriban fármacos de clase III (atenolol, captopril, cimetidina, aciclovir, amoxicilina y eritromicina, entre otros) se recomienda el uso de otro tipo de espesantes como goma guar hidroxipropilmetilcelulosa y almidón modificado frente a goma xantana, ya que ésta puede dificultar la disolución de estos fármacos²³. Por otra parte, e independientemente del agente espesante empleado, el incremento de la viscosidad de los líquidos suele dificultar la disolución de los fármacos, por eso es importante informar en todo momento al paciente²³ y buscar en la medida de lo posible otras formulaciones galénicas o bien otras alternativas terapéuticas y seguir las guías clínicas y las fichas técnicas de los fármacos, a la hora de recomendar que se trituren.

Bibliografía

1. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, Frühwald T, Landi F, Suominen MH, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr*. 2015; 34(6): 1.052-1.073.
2. Wirth R, Dziejwas R, Beck AM, Clavé P, Hamdy S, Heppner HJ, et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons –from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clin Interv Aging*. 2016; 11: 189-208.
3. Bretón I, Burgos R, De la Cuerda C, Cambor M, García-Peris P. Manejo nutricional en las enfermedades neurológicas crónicas. *Nutr Hosp*. 2014; 29(2): 38-46.
4. Suttrup I, Warnecke T. Dysphagia in Parkinson's disease. *Dysphagia*. 2016; 31(1): 24-32.
5. Simons JA. Swallowing dysfunctions in Parkinson's disease. *Int Rev Neurobiol*. 2017; 134: 1.207-1.238.
6. Burgos R, Seguro H, Bretón I. Soporte nutricional del paciente con ictus. *Nutr Hosp*. 2014; 29(2): 57-66.
7. Arnold M, Liesirova K, Broeg-Morway A, Meisterer J, Schlager M, Mono ML, et al. Dysphagia in acute stroke: incidence, burden and impact on clinical outcome. *PLoS One*. 2016; 11(2): e0148424.
8. González-Fernández M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB. Dysphagia after stroke: an overview. *Curr Phys Med Rehabil Rep*. 2013; 1(3): 187-196.
9. Daniels SK, Pathak S, Mukhi SV, Stach CB, Morgan RO, Anderson JA. The relationship between lesion localization and dysphagia in acute stroke. *Dysphagia*. 2017; 32(6): 777-784.
10. Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziejwas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr*. 2018; 37(1): 354-396.
11. Martín A, Ortega O, Roca M, Arús M, Clavé P. Effect of a minimal-massive intervention in hospitalized older patients with oropharyngeal dysphagia: a proof of concept study. *J Nutr Health Aging*. 2018; 22(6): 739-747.
12. Steele CM, Alsanei WA, Ayanikalath S, Barbon CE, Chen J, Cichero JA, et al. The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. *Dysphagia*. 2015; 30(1): 2-26.
13. Speyer R, Bajens L, Heijnen M, Zwijnenberg I. Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: a systematic review. *Dysphagia*. 2010; 25(1): 40-65.
14. Garin N, De Pourcq JT, Cardona D, Martín-Venegas R, Gich I, Cardenete J, et al. Cambios en la viscosidad del agua con espesantes por la adición de fármacos altamente prescritos en geriatría. *Nutr Hosp*. 2012; 27(4): 1.298-1.303.
15. Rofes L, Arreola V, Mukherjee R, Swanson J, Clavé P. The effects of a xanthan gum-based thickener on the swallowing function of patients with dysphagia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014; 39(10): 1.169-1.179.
16. Clavé P, de Kraa M, Arreola V, Girvent M, Farré R, Palomera E, et al. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006; 24(9): 1.385-1.394.
17. Rofes L, Arreola V, Romea M, Palomera E, Almirall J, Cabré M, et al. Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterol Motil*. 2010; 22(8): 851-858.
18. Rosenvinge SK, Starke ID. Improving care for patients with dysphagia. *Age Ageing*. 2005; 34(6): 587-593.
19. Matta Z, Chambers E, Garcia JM, Helverson JM. Sensory characteristics of beverages prepared with commercial thickeners used for dysphagia diets. *J Am Diet Assoc*. 2006; 106(7): 1.049-1.054.
20. Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Cray MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging*. 2012; 7: 287-298.
21. Newman R, Vilardell N, Clavé P, Speyer R. Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*. 2016; 31(2): 232-249.
22. Vilardell N, Rofes L, Arreola V, Speyer R, Clavé P. A Comparative Study Between Modified Starch and Xanthan Gum Thickeners in Post-Stroke Oropharyngeal Dysphagia. *Dysphagia*. 2016; 31(2): 169-179.
23. Cichero JA. Thickening agents used for dysphagia management: effect on bioavailability of water, medication and feelings of satiety. *Nutr J*. 2013; 12: 54.

Puntos clave

1

En el **ictus** la valoración nutricional, el cribado de disfagia orofaríngea y la intervención nutricional han de realizarse precozmente, antes de transcurridas 48-72 horas.

2

Desde el momento en que se diagnostica la **demencia**, debe realizarse una adecuada valoración nutricional que incluya el cribado de disfagia, la monitorización de la higiene oral y el estudio de la situación nutricional (existencia o no de pérdida de peso, ingesta, cribado de malnutrición).

3

Es clave detectar de manera precoz el momento en que el paciente ha entrado en el tramo final de la enfermedad, para evitar el encarnizamiento terapéutico y para asegurar un buen control sintomático.

4

Cada intervención debe favorecer y priorizar la mejora de la **calidad de vida del paciente y/o su cuidador** para incrementar la adherencia a las propuestas terapéuticas.

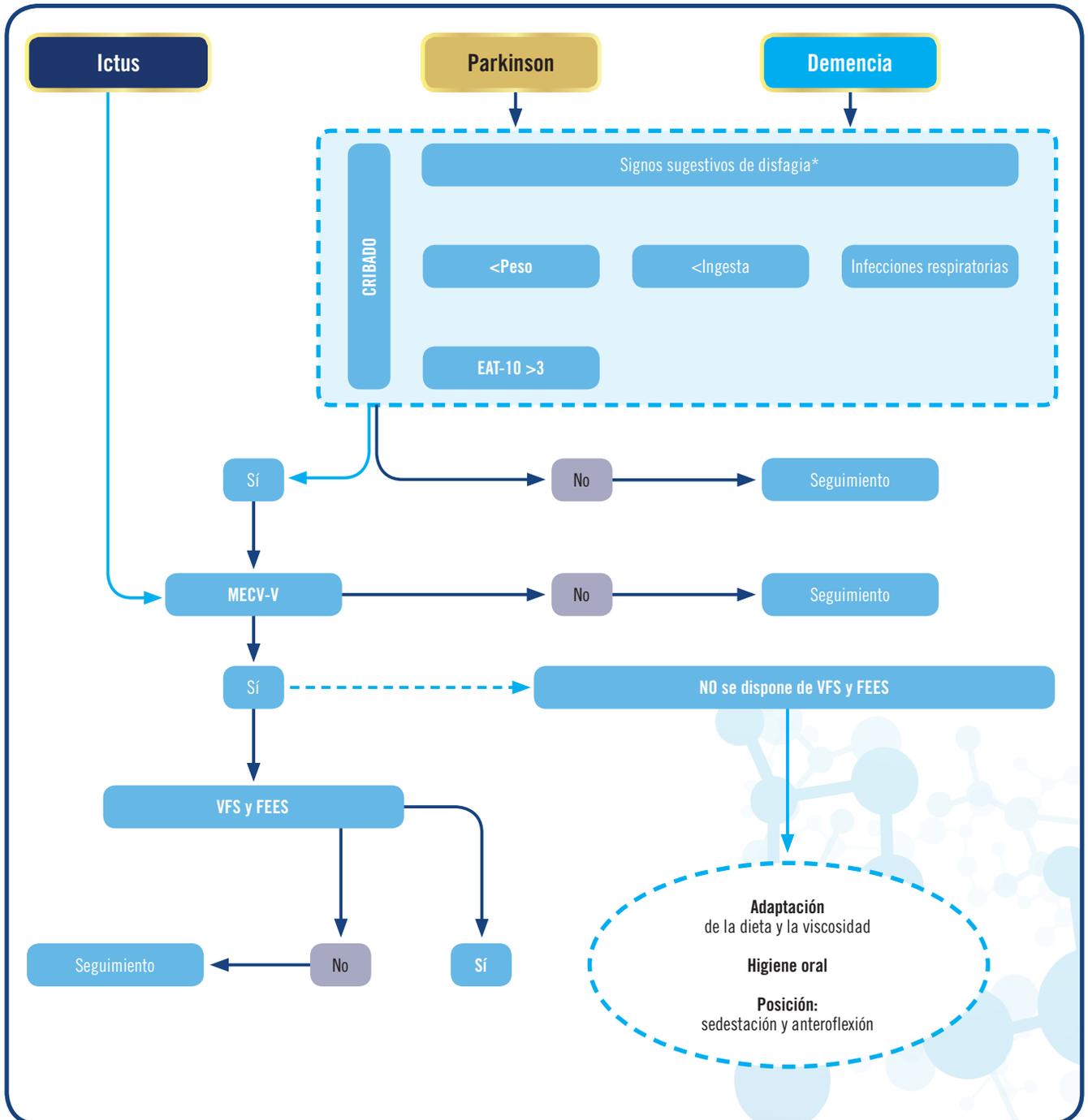
5

Los **suplementos orales** deben utilizarse si existe riesgo de malnutrición o desnutrición, dado su efecto positivo sobre el peso y el IMC.

6

Las texturas modificadas y los líquidos espesados pueden **reducir la incidencia de neumonía por aspiración**, pero también podrían dar lugar a una baja ingesta calórica o de líquidos, por lo que deben ser monitorizados por profesionales entrenados.

Algoritmo. Detección y seguimiento de la disfagia según la patología neurológica



*Signos sugestivos de disfagia: babeo, falta de propulsión del bolo, estornudos, regurgitación nasal, residuos en la boca tras la deglución, sensación de cuerpo extraño, carraspera, vómitos, cianosis y atragantamiento con la deglución, tos al deglutir, voz húmeda, neumonía por aspiración, infecciones respiratorias. EAT-10: Eating Assessment Tool-10; FEES: fibrolaringoscopia o fibroendoscopia; MECV-V: test clínico de volumen-viscosidad; VFS: videofluoroscopia.

Nuevo
con Goma Xantana

Esto es
1 vaso de agua natural del Pirineo
con 3 cucharadas de

FontActiv®
Espesante Claro



Financiable
SNS



1 bote x 250g CI 504980
6 botes x 250g CI 504981

Transparente.
No modifica el sabor ni el olor

Nuevo FontActiv® Espesante Claro a base de goma xantana proporciona una alta seguridad para el paciente con trastornos de deglución o disfagia, por su resistencia a la amilasa salival y excelente estabilidad.

Neutro y transparente, fácil de usar: 1 cucharilla por nivel de espesor. Cucharilla incluida. Sin azúcares añadidos. Sin gluten y sin lactosa.

FontActiv®
Espesante Claro



www.fontactiv.es