

Abordaje de la disfagia y el estado nutricional en el ictus

BORMUJOS, 7 DE JUNIO DE 2019

FERNANDO GARRACHÓN VALLO

UNIDAD DE MEDICINA PERIOPERATORIA Y CONSULTIVA. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

EQUIPO DE SOPORTE NUTRICIONAL

HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA



“PAPA: PUPA”

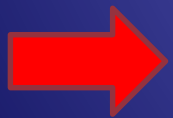
**ICTUS QUE NO TRAGA,
LA VIDA SE LE APAGA.**

¿QUÉ PORCENTAJE DE PACIENTES CON ICTUS NECESITAN NUTRICIÓN?

☐ 30%

☐ 50%

☐ 70%

 ☐ 100%

EL OBJETIVO ES NUTRIR AL PACIENTE

Medidas indispensables

- **Evaluar** estado nutricional y despistaje de Disfagia
- **Registrar** en la historia
- **Tratar** si es necesario, o avisar a Nutrición
- **Reevaluar** periódicamente, y en función del estado del paciente:
- **Corregir**

Con distintos niveles de profundidad,
pero los 5 son factibles

iii PROCESO CONTINUO !!!

GLIM

Global
Leadership
Initiative
on
Malnutrition

Risk screening



Diagnostic
Assessment



Diagnosis



Severity
Grading

At risk for malnutrition

- Use validated screening tools



Assessment criteria

- **Phenotypic**
 - Non-volitional weight loss
 - Low body mass index
 - Reduced muscle mass
- **Etiologic**
 - Reduced food intake or assimilation
 - Disease burden/inflammatory condition



Meets criteria for malnutrition diagnosis

- Requires at least 1 Phenotypic criterion and 1 Etiologic criterion



Determine severity of malnutrition

- Severity determined based on Phenotypic criterion

Algoritmo Manejo nutricional



CRIBADO NUTRICIONAL

- ¿Cuándo?

EN EL PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE

- ¿Cómo?

Test de screening nutricional

- MNA-SF, MUST, VGS, NRS 2002, SNAQ ...
- No hay un “Gold Standard” universalmente reconocido
- El que mejor pueda implementarse

NRS 2002

- Recomendada por ESPEN, excepto para mayores
- La de mejor rendimiento
- No requiere datos analíticos
- Puede usarse circunferencia del brazo
- Incluye referencia a patología o procedimiento

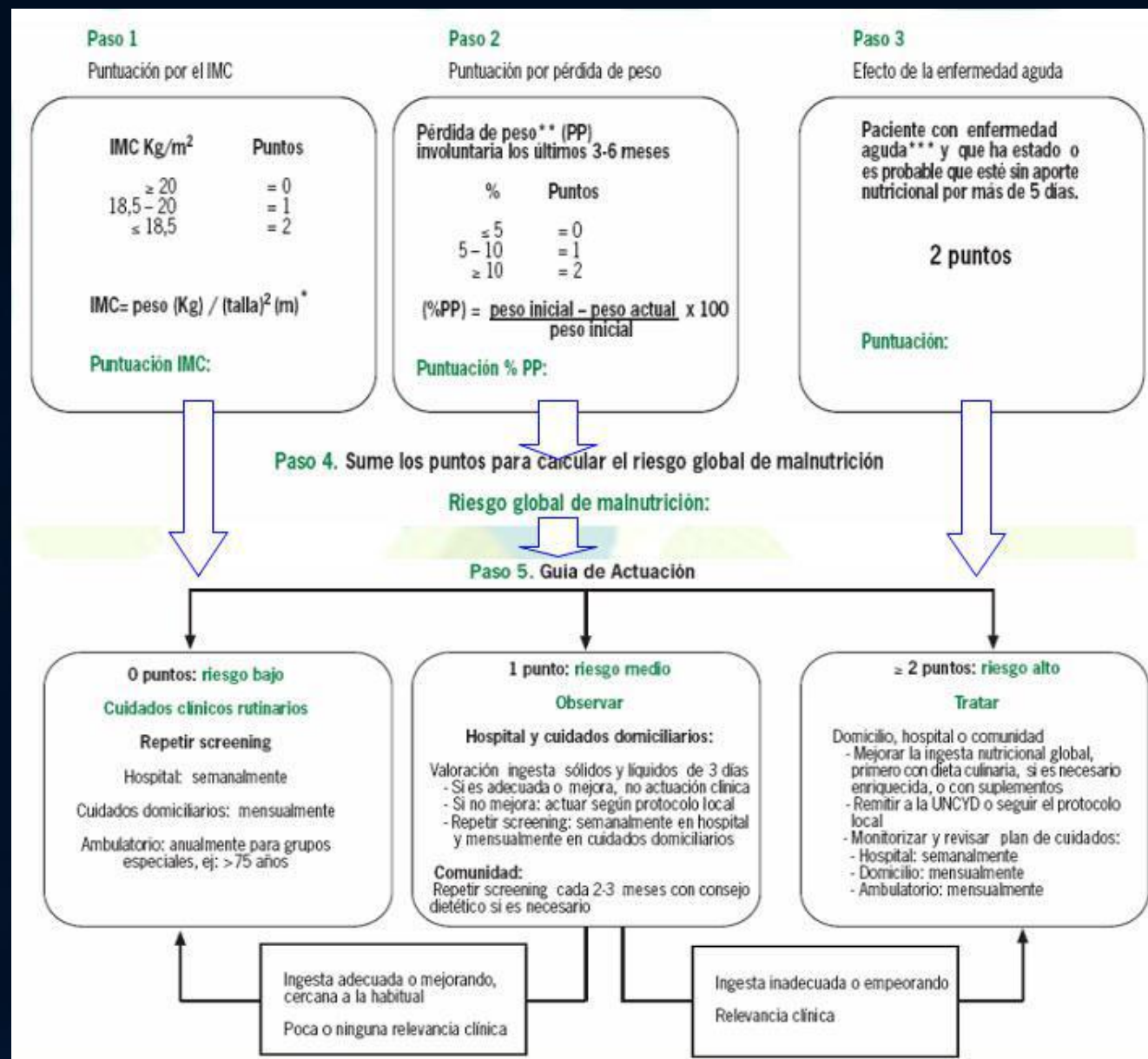
Primera fase o Cribaje inicial	Sí	No
¿Es el IMC < 20,5?		
¿Ha perdido peso en los últimos 3 meses?		
¿Ha reducido la ingesta de alimentos en la última semana?		
¿Tiene una enfermedad grave?		
En caso de contestar sí a alguna pregunta se ha de continuar con la segunda parte del cribado En caso de contestar no a todas las preguntas reevaluar al ingreso en el hospital, pero si ha de ingresar para una intervención de cirugía mayor se tendría que establecer un plan de tratamiento nutricional por el riesgo asociado que representa la cirugía		

Segunda fase o Cribaje final			
Deterioro estado nutricional		Severidad enfermedad	
Estado nutricional normal	Ausente 0 puntos	Requerimientos nutricionales normales	Ausente 0 puntos
Pérdida peso > 5% en los últimos 3 meses, o Ingesta < 50-75% de requerimientos habituales en la semana anterior	Leve 1 punto	Fractura de cadera*. Pacientes crónicos con descompensaciones agudas: cirrosis*, EPOC*, etc. <i>Pacientes en HD, diabetes u oncológicos</i>	Leve 1 punto
Pérdida peso > 5% en los últimos 2 meses, o IMC 18,5-20,5 + deterioro estado general, o Ingesta < 25-50% de requerimientos habituales en la semana anterior	Moderado 2 puntos	Cirugía mayor digestiva*, AVC, Neumonía severa, Enfermedades hematológicas malignas	Moderada 2 puntos
Pérdida peso > 5% en los últimos 2 meses, o IMC < 18,5 + deterioro estado general, o Ingesta < 0-25% de requerimientos habituales en la semana anterior	Severo 3 puntos	Traumatismos craneoencefálicos*, Trasplante de médula ósea* <i>Pacientes en UCI (APACHE > 10)</i>	Severa 3 puntos
Ajuste edad: añadir 1 punto a la puntuación total en los pacientes mayores de 70 años			1 puntos
Puntuación total = suma puntos del deterioro estado nutricional + severidad enfermedad + ajuste edad			

Puntuación: ≥3: el paciente se encuentra en riesgo nutricional y es necesario iniciar un plan de soporte nutricional.

Puntuación <3: se debe realizar un cribado semanal, en caso que el paciente tenga programada una intervención quirúrgica mayor, se debe considerar un aporte nutricional preventivo con el fin de evitar cualquier condición de riesgo asociada.

MUST



www.bapen.org.uk

MNA-SF

- Los datos son recogidos de la historia clínica habitual
- No requiere datos analíticos
- Si no es posible pesar y tallar, puede usarse otra medida antropométrica (Circunferencia máxima de la pantorrilla)
- Muy rápida
- Puede usarse para el seguimiento
- Discrimina con facilidad



Mini Nutritional Assessment MNA®

Apellidos:		Nombre:	
Sexo:	Edad:	Peso, kg:	Talla, cm:
Fecha:			

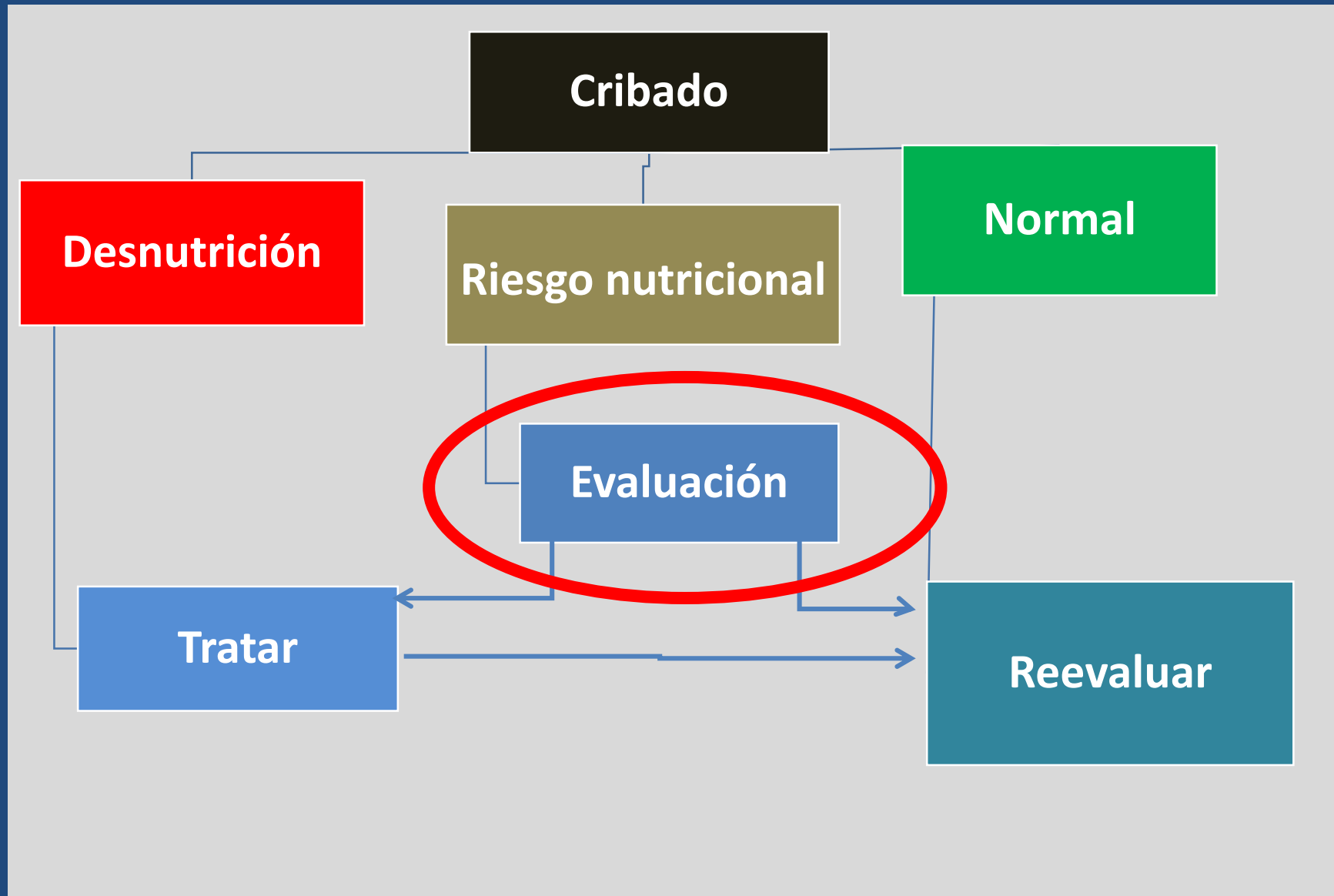
Responda al cuestionario eligiendo la opción adecuada para cada pregunta. Sume los puntos para el resultado final.

Cribaje	
A Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual	☐
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	☐
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	☐
D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	☐
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos	☐
F1 Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	☐

SI EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL NO ESTÁ DISPONIBLE, POR FAVOR SUSTITUYA LA PREGUNTA F1 CON LA F2. NO CONTESTE LA PREGUNTA F2 SI HA PODIDO CONTESTAR A LA F1.

F2 Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 3 = CP ≥ 31	☐
Evaluación del cribaje (max. 14 puntos)	☐ ☐
12-14 puntos: estado nutricional normal 8-11 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición	

Algoritmo Manejo nutricional



GLIM

Global
Leadership
Initiative
on
Malnutrition

Risk screening



Diagnostic
Assessment



Diagnosis



Severity
Grading

At risk for malnutrition

- Use validated screening tools



Assessment criteria

- **Phenotypic**
 - Non-volitional weight loss
 - Low body mass index
 - Reduced muscle mass
- **Etiologic**
 - Reduced food intake or assimilation
 - Disease burden/inflammatory condition



Meets criteria for malnutrition diagnosis

- Requires at least 1 Phenotypic criterion and 1 Etiologic criterion



Determine severity of malnutrition

- Severity determined based on Phenotypic criterion

¿Qué preguntar, qué medir?

Ingesta o asimilación de alimentos reducida

- Salud oral
- Efectos secundarios de la medicación
- Depresión
- Disfagia orofaríngea o esófágica
- Molestias gastrointestinales
- Anorexia
- Soporte nutricional inadecuado
- Malabsorción
 - Intestino corto
 - Insuficiencia pancreática
 - Cirugía bariátrica
- Gastroparesia
- Pseudo-obstrucción intestinal
- Otros síntomas
 - Diarrea
 - Estreñimiento
 - Vómitos
 - Disfagia

¿Qué preguntar, qué medir?

Enfermedad / inflamación

- Inflamación severa
 - Infecciones
 - Quemaduras
 - Trauma
 - TCE
- Inflamación moderada
 - Insuficiencia cardíaca
 - EPOC
 - Artritis reumatoide
 - ERC
 - Hepatopatía crónica
 - Cáncer

Factible utilizar como apoyo al diagnóstico:

PCR

Prealbúmina

Albúmina

¿Qué preguntar, qué medir?

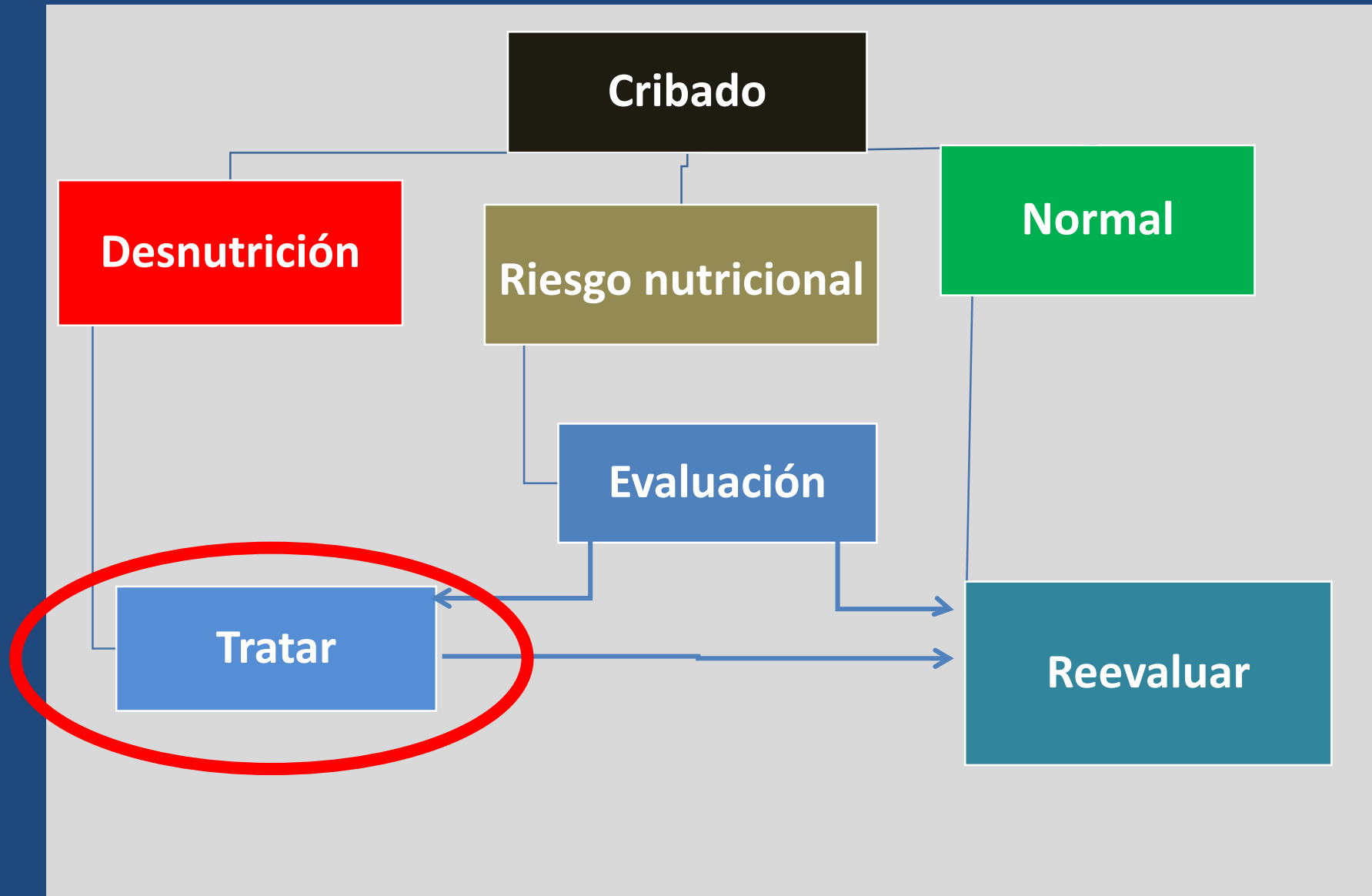
- Pérdida involuntaria de peso
- Bajo IMC (*)
- Masa muscular reducida
 - DEXA
 - BIA
 - Ultrasonidos
 - TC
 - RMN
 - *Antropometría: circunferencia de la pantorrilla, del brazo*
 - *Fuerza de prensión*

Entre el 8% y el 48% de los pacientes con ictus están en riesgo nutricional

Se mueren más, están más tiempo en el hospital y cuestan más

Si se trata la desnutrición, mejoran los parámetros nutricionales, el estado funcional y la calidad de vida

Algoritmo Manejo nutricional



SOPORTE NUTRICIONAL

¿**QUÉ** administrar?

¿**CUÁNTO** administrar?

¿**CÓMO** administrarlo?

¿**DURANTE** cuánto tiempo?

¿Cómo **EVALUAR** la respuesta?

Calcular necesidades (inicio y seguimiento)

Energía: GEB + Factor corrector actividad-stress

- Mifflin StJeor
- Harris Benedict
- OMS
- 25-35 Kcal/día (aprox. 27-28 Kcal/día)

Proteínas:

- Habitualmente 1.2-1.5 g/Kg

Dificultades

- ¿Qué peso usar para los cálculos?
 - Peso habitual/actual en normonutridos y desnutridos
 - Peso ajustado en obesos
 - Para el cálculo de proteínas, no está definido:
 - 1.2-1.5 Kg/Kg peso actual
 - 2-2.5 g/Kg peso ideal en obesos
- Cálculo de stress:
 - Utilizar las recomendaciones de la ecuación.

REEVALUAR PERIÓDICAMENTE Y REAJUSTAR

SOPORTE NUTRICIONAL

¿QUÉ administrar?

¿CUÁNTO administrar?

¿CÓMO administrarlo?

¿DURANTE cuánto tiempo?

¿Cómo EVALUAR la respuesta?

Vías de administración de alimentos

- Oral
- Enteral
- Parenteral
- ~~Endovenosa~~ ~~Equival~~
- ~~Transcutánea~~





Todos los pacientes necesitan nutrirse...

...pero la Disfagia Orofaríngea puede dificultarlo o generar riesgo de complicaciones

La disfagia en el ictus...

- Es frecuente

- Es inconstante

- 23 % - 78 % (~ 50%)

- Suele mejorar en las dos primeras semanas (73%-86%)
- A los 6 meses sólo un 10% de los pacientes la presentan
- Puede empeorar si hay recurrencia del ictus

...así que hay que descartarla activa e
insistentemente

Síntomas o signos que pueden hacer sospechar Disfagia

- ▶ Tos o aclaramientos antes, durante y después
- ▶ Atoramientos
- ▶ Regurgitación nasal
- ▶ Disnea antes o después
- ▶ Cambio de voz tras la deglución
- ▶ Sensación de residuo oral o faríngeo
- ▶ Dificultad para manejar saliva o secreciones
- ▶ Deglución fraccionada
- ▶ Falta de sello labial
- ▶ Tos voluntaria débil
- ▶ Picos febriles no aclarados

Alertar a cuidadores

- ▶ Negativa a comer o beber
- ▶ Rechazo a determinados alimentos
- ▶ Miedo a comer solo

Características del ictus que favorecen disfagia

- ▶ Disartria
- ▶ Afasia
- ▶ Parálisis facial
- ▶ Deterioro cognitivo
- ▶ Nivel de alerta disminuido
- ▶ Severidad ictus (proporcional)

Manejo de la disfagia en el ictus



CRIBADO de disfagia en el ictus

- Lo antes posible, siempre antes de dieta oral
- A todos los pacientes
- Test del agua, si positivo: MECV-V, FEES
- Repetir periódicamente, más frecuencia si cambios clínicos

Test del agua (descarta problemas de seguridad)

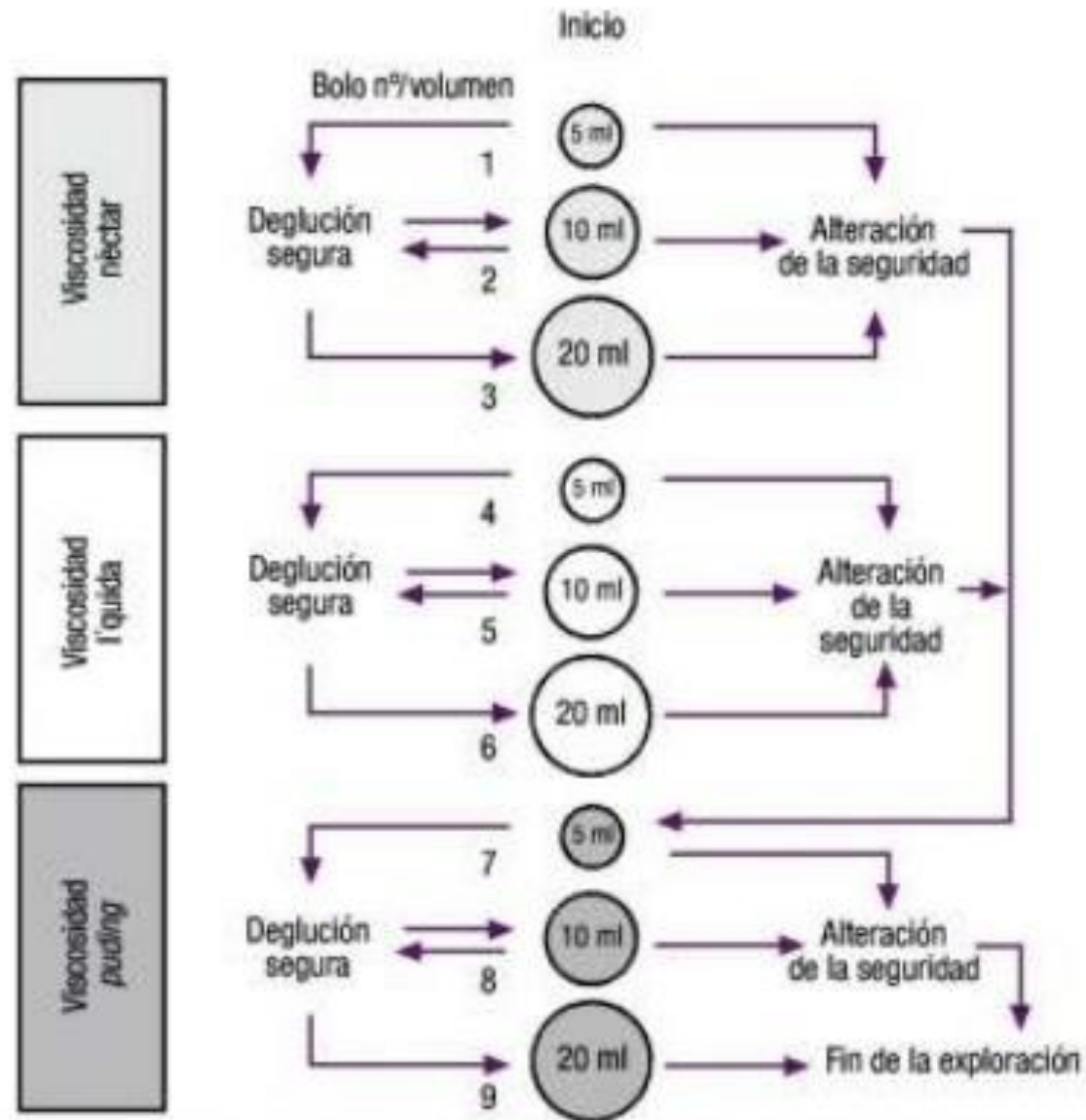
10 ml x 4

- Sello labial
- Tos
- Cambios en la voz
- Desaturación

50 ml

- Sello labial
- Tos
- Cambios en la voz
- Desaturación

TEST DE VISCOSIDAD MECV-V



Viscosidades:

- Líquida (agua)
- Néctar
- Miel
- Pudding

La viscosidad se mide en centipoises (cp). Los rangos de las diferentes texturas en los líquidos serían, según la National Dysphagia Diet publicada en 2002 por la Asociación Americana de Dietética.

1. Líquidos finos	1-50 centiPoise (cP)
2. Néctar:	51-350 cP
3. Miel	351-1,750 cP
4. Pudding	>1,750 cP

SENTADO

SatO2

Seguridad

- Tos
- ↓SatO2 3 puntos
- Voz húmeda

Eficacia

- Sello labial
- Residuos
- Fraccionamiento

Evaluación

FEES (*Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*)

- De elección en el ictus
- Realizable a pie de cama
- Requiere poca colaboración del paciente
- Su uso reduce la aparición de neumonías



Un soporte nutricional individualizado:

- Ayuda a cubrir los requerimientos de energía
- Previene la pérdida de peso
- Ayuda a mejorar el estado funcional
- Mejora la calidad de vida

Soporte nutricional: modalidades

Si no se
alcanza el
aporte
deseado,
descender
en la
escala

1. Consejo técnica alimentación
2. Modificaciones de la dieta, consistencia
3. SNO, espesado o no
4. Nutrición enteral total
5. Nutrición parenteral parcial o total

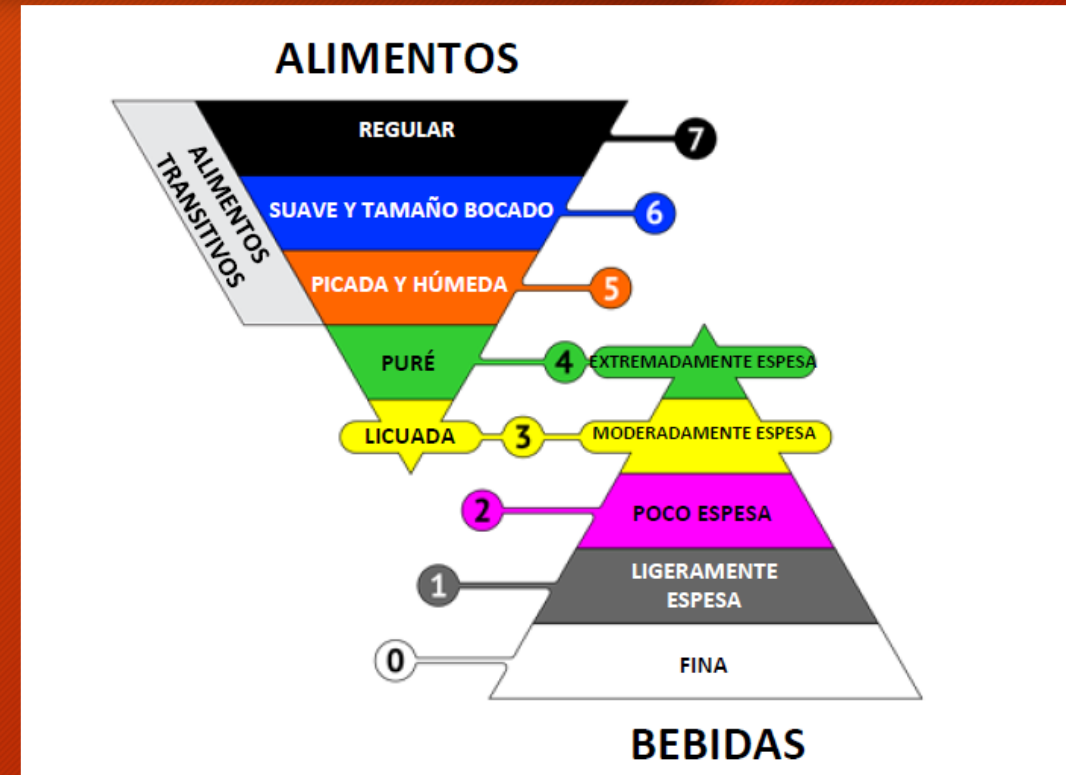
Medidas generales y ambientales para la disfagia neurógena

- ▶ — Evitar elementos de **distracción** durante el tiempo de la alimentación.
- ▶ — Mantener **postura erguida** sentado con ligera flexión anterior del cuello, preferiblemente en silla, si es en la cama elevar ligeramente las rodillas con almohada. Mantener la postura hasta pasados 20 minutos tras la ingesta.
- ▶ — Realizar una adecuada **limpieza bucal** pre y postingesta.
- ▶ — Iniciar con **cantidades pequeñas**. Permitir oler y probar.
- ▶ — Instruir al paciente para que **no reprima la tos**, dar **tiempo** suficiente para compensar los déficit motores orales y el retraso del inicio del reflejo deglutorio.
- ▶ — **Seleccionar los alimentos** en textura, sabor (mejor condimentados y cítricos), consistencia (no mezclar líquidos y sólidos como sopa o cereales) y temperatura (mejor iniciar con alimentos fríos). Intentar acercarse a las preferencias del paciente.
- ▶ — Dedicar un tiempo específico a la **instrucción** a familiares y cuidadores

Modificaciones en la textura

- Mejoran la ingesta y el status nutricional
- No parece que mejoren aspiración (vs. líquido + chin-down)

**MEJOR EFICACIA
SIN CAMBIOS SEGURIDAD**



IDDSI

International Dysphagia Diet
Standardization Initiative

Líquidos espesados

MEJOR SEGURIDAD
PEOR EFICACIA

- Prescribir tras adecuada evaluación
- Reducen el riesgo de aspiración
- Pueden aumentar la adherencia
- Pueden mejorar la hidratación
- Disminuyen el riesgo de deshidratación
- Rechazan los microbios
- La mejor opción es la más espesa
- (Líquidos espesados con almidón y ácidos menos residuos)

Evaluar estado de hidratación y nutricional

Sonda enteral - PEG

- **SONDA ENTERAL**

- Cuando sea imposible nutrición oral
- No dificulta la rehabilitación de la deglución
- Precozmente si se requiere (<72 horas): reduce mortalidad

- **PEG**

- Cuando sea imposible sonda nasointestinal
- Cuando se requiera nutrición enteral largo tiempo (4 semanas)

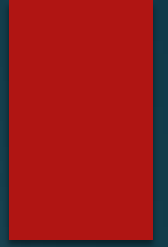
OJO: para prevenir aspiraciones, transpilórica o yeyunal

Tratar simultáneamente la disfagia: sólo especialistas

Shaker head lift

Entrenamiento fuerza musculatura espiratoria

Flexión cervical (chin-down)



Las condiciones del paciente
pueden variar (a mejor o a peor)

REPETIR EL CRIBADO



ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA DISFAGIA Y TERAPIA NUTRICIONAL EN EL ICTUS AGUDO

Unidad de Ictus
Hospital Universitario
Rey Juan Carlos
SaludMadrid

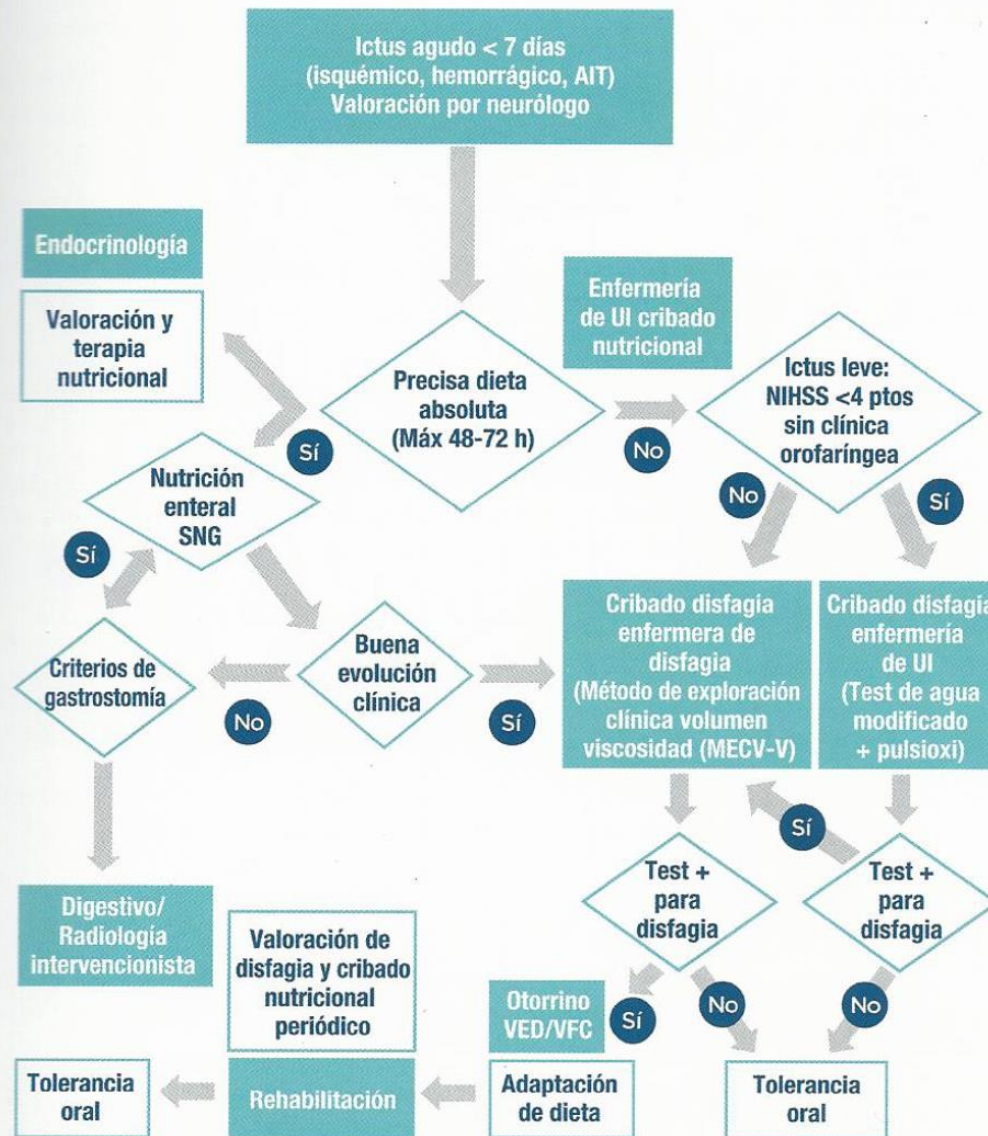


FIG. 1. DIAGRAMA DE FLUJO PROCEDIMIENTO DISFAGIA Y NUTRICIÓN EN LA UNIDAD DE ICTUS HOSPITAL UNIVERSITARIO REY JUAN CARLOS

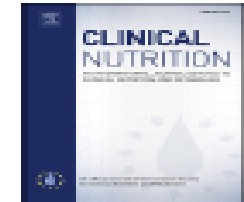
6-7 de Junio 2019
Campus Docente y Hospital S. Juan de Dios del Aljarafe
Bormujos, Sevilla



Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/clnu>



ESPEN guideline clinical nutrition in neurology



Rosa Burgos ^{a,*}, Irene Bretón ^b, Emanuele Cereda ^{c,d}, Jean Claude Desport ^e,
Rainer Dziewas ^f, Laurence Genton ^g, Filomena Gomes ^h, Pierre Jésus ^e,
Andreas Leischker ⁱ, Maurizio Muscaritoli ^j, Kalliopi-Anna Poulia ^k, Jean Charles Preiser ^l,
Marjolein Van der Marck ^m, Rainer Wirth ⁿ, Pierre Singer ^o, Stephan C. Bischoff ^p

Wirth et al. *Experimental & Translational Stroke Medicine* 2013, **5**:14
<http://www.etsmjournal.com/content/5/1/14>



EXPERIMENTAL & TRANSLATIONAL
STROKE MEDICINE

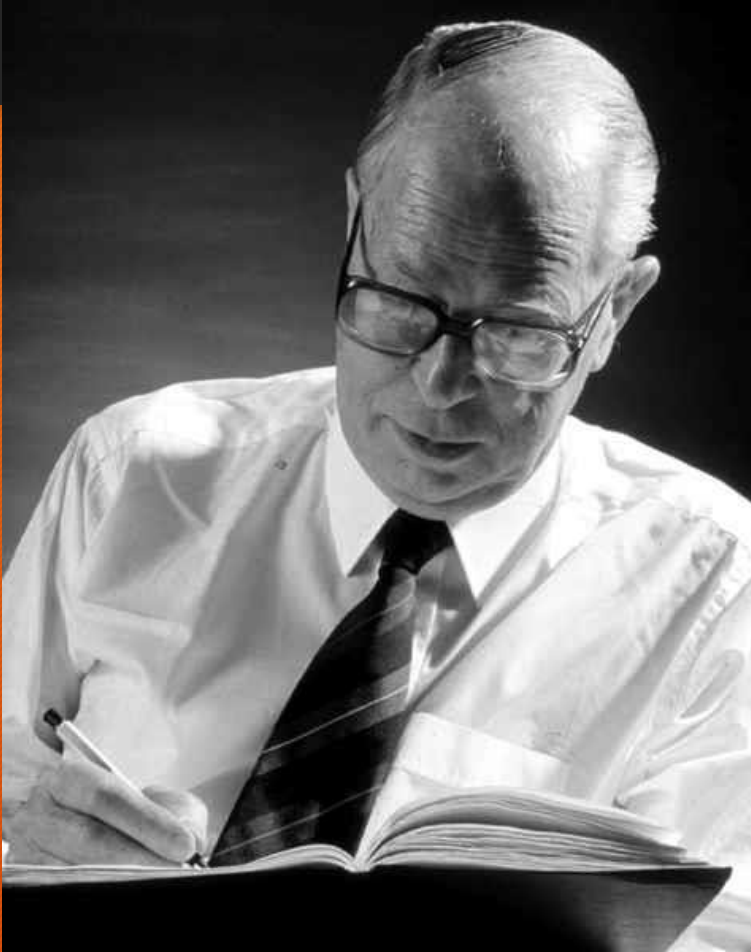
REVIEW

Open Access

Guideline clinical nutrition in patients with stroke

Rainer Wirth^{1,2*}, Christine Smoliner¹, Martin Jäger³, Tobias Warnecke⁴, Andreas H Leischker⁵, Rainer Dziewas⁴
and The DGEM Steering Committee*

Arvid Wretling (1919-2002)



- “La desnutrición en una sociedad es signo de pobreza. Es un hospital, es signo de ignorancia.”
- “No te preguntes si debes tratar la desnutrición; pregúntate cómo.”

**El soporte
nutricional no es
una opción: es una
obligación**

Muchas gracias

