

Curso de Nutrición en situaciones especiales

Directora:

M.ª Luisa López Díaz-Ufano

Coordinadora del Grupo de Trabajo de Nutrición de SEMERGEN



AULAIMAYO

Aula Mayo acredita tu formación

www.aulamayo.com



Este curso está acreditado por el Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries-Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud con **3,5 créditos**

Los temas del curso y sus **casos clínicos** disponibles en: www.sietediasmedicos.com

TEMA 1	TEMA 2	TEMA 3	TEMA 4	TEMA 5	TEMA 6
Alimentación saludable	Los beneficios de una buena alimentación en el climaterio y menopausia Abril	Alimentación en las personas mayores Mayo	Nutrición en el anciano enfermo	La alimentación en el paciente crónico Octubre	Nutrición y cáncer Diciembre

Nutrición en el anciano enfermo

M.ª Antonia Rascón González

Médico de familia. Servicio Extremeño de Salud

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- **Conceptos básicos de los principales síndromes geriátricos que afectan a la nutrición en los ancianos.**
- **Valoración nutricional y abordaje especial del anciano enfermo.**
- **Manejo de dietas y complementos específicos para cada patología.**

Intervención nutricional en el paciente con disfagia (figura 1)

La disfagia se define como la dificultad o alteración en el proceso de la deglución. No es una enfermedad, sino un síntoma, y puede tener diversas etiologías. Afecta notablemente a la capacidad de alimentarse e hidratarse de forma adecuada.

Podemos diferenciar los siguientes tipos de disfagia:

- Disfagia orofaríngea, cuyo origen está en alteraciones entre la boca y el esfínter esofágico superior.
- Disfagia esofágica, por dificultades entre el esfínter esofágico superior y el inferior.
- Disfagia estructural, que impide la progresión del bolo alimenticio.
- Disfagia funcional, en la que se altera la formación del bolo en la boca, el reflejo deglutorio y la apertura de esfínteres.

La detección precoz es fundamental para evitar complicaciones como la deshidratación y la desnutrición, debidas a la dificultad para alimentarse o al paso del alimento al sistema respiratorio, que puede ocasionar una obstrucción brusca de la vía respiratoria, atragantamiento, aspiración y neumonía.

Existen una serie de signos y síntomas que deben hacer sospechar disfagia. Entre ellos destaca la tos o atragantamiento al comer o justo después, que puede producirse sólo con líquidos, sólo con sólidos o con ambos. También puede haber cambios en la voz, sialorrea, dificultad en la masticación (dentadura), tragar la comida en cantidades muy pequeñas, restos alimenticios en la boca tras la deglución, sensación de cuerpo extraño en la faringe con necesidad de realizar varias degluciones o con carraspeo, tardar excesivamente en comer, progresiva pérdida de peso con signos de desnutrición y deshidratación, picos febriles de etiología desconocida e infecciones respiratorias de repetición.

El abordaje de la disfagia es multidisciplinar (médico de familia, enfermería, internista, otorrinolaringólogo, especialista digestivo, neurólogo, rehabilitador, nutricionista...), pero para su correcto manejo es imprescindible la implicación tanto del paciente como de sus cuidadores. El tratamiento debe individualizarse, reevaluarse y adaptarse en función de la evolución del paciente (en algunos casos la disfagia puede revertir y en otros empeorar) para obtener resultados satisfactorios.

Algunos alimentos deben evitarse, ya que pueden causar complicaciones. Entre ellos figuran los alimentos que tienen texturas heterogéneas o crujientes (leche con galletas), los que se vuelven líquidos a temperatura ambiente (helados), los que desprenden líquido (sandía, naranja), los no formadores de bolo (arroz, legumbres enteras), los que se desmenuzan en la boca (tostadas, carne picada), los resbala-

dizos (habas, guisantes) y los pegajosos (leche condensada, caramelos).

Planificaremos la dieta con la textura y el volumen adecuados a la capacidad del paciente para deglutir de forma eficaz y segura. Los alimentos de sabor ácido o dulce, textura homogénea y ricos en nutrientes se tragan mejor que los líquidos, salados y tibios.

Según la capacidad deglutoria del paciente, indicaremos un tipo de dieta u otro:

- Dieta triturada homogénea: cremas o purés de todo tipo de alimentos sólidos y bien tamizados. Es la dieta más habitual, y resulta útil ante problemas dentales, dismotilidad o debilidad muscular, dificultad para formar bolo y alteración de la salivación.

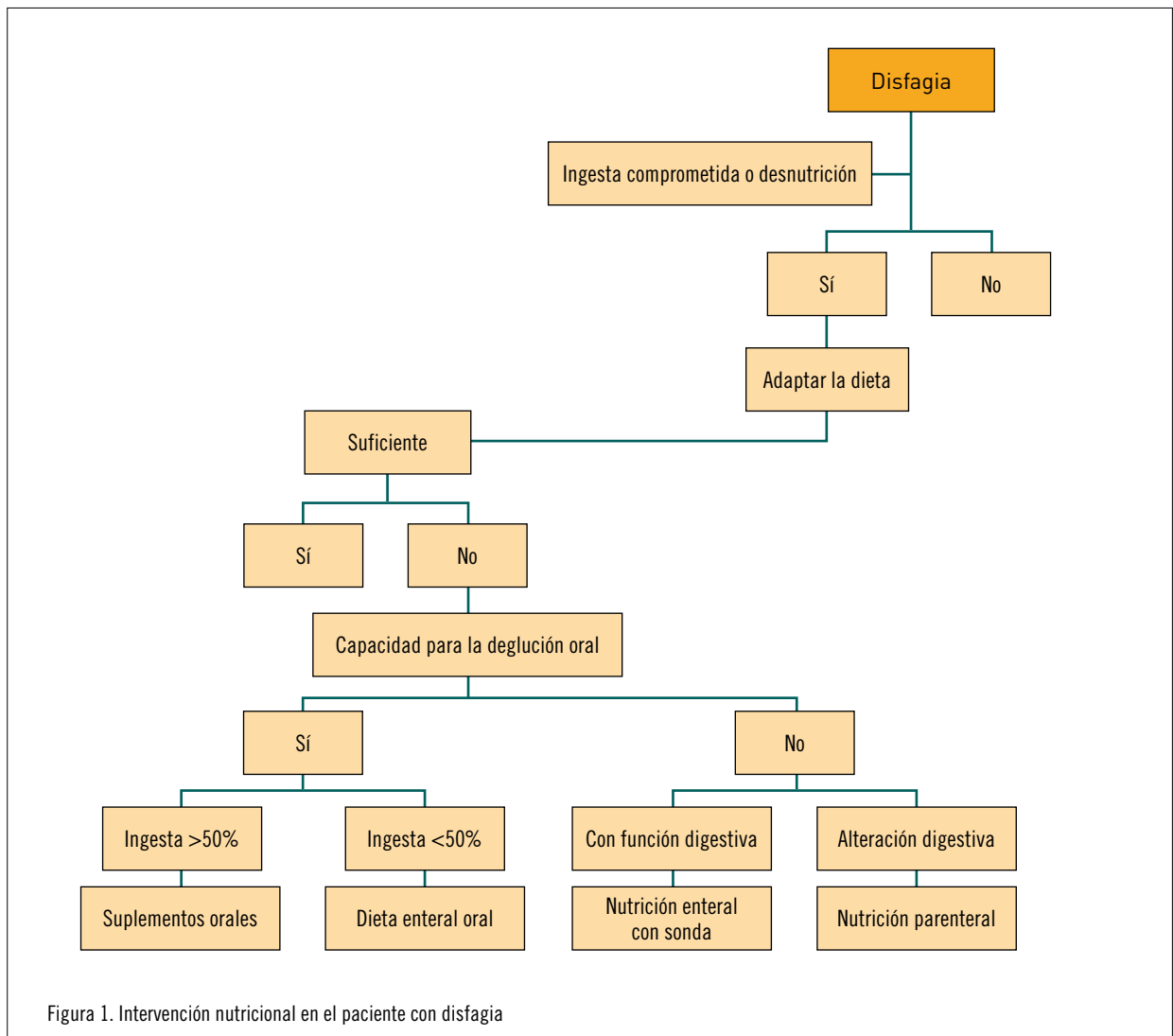


Figura 1. Intervención nutricional en el paciente con disfagia

- Dieta blanda mecánica: pudín, pastel de pescado o queso, flan... Está indicada en la hipomotilidad lingual y ante una fuerza de propulsión débil.
- Dieta de fácil masticación y deglución: alimentos enteros pero blandos, como tortilla, pescado cocido o patata cocida. Está indicada como transición a la dieta normal.

Teniendo en cuenta la fase y el grado de disfagia, cuando exista dificultad para tragar sólidos recomendamos alimentos de fácil masticación y deglución con líquidos espesos, aunque generalmente el paciente acabará precisando una dieta triturada para mayor seguridad. Si la dificultad es tragar líquidos, la textura será desde suave a espesa, dependiendo de la tolerancia. Si la masticación está conservada, pueden tomarse alimentos enteros que no desprendan líquidos y líquidos con espesante hasta la textura tolerada.

En los ancianos es habitual que se reduzca la ingesta por falta de apetito, cansancio o por dificultad para comer, por lo que con las medidas propuestas hasta ahora no podemos asegurar el aporte nutricional e hídrico óptimo. Se requerirá tratamiento nutricional para mantener o recuperar el estado nutricional y la calidad de vida y para reducir la morbimortalidad.

Empezaremos ajustando la dieta con alimentos naturales, enriqueciéndola y manteniendo la textura apropiada. Podemos utilizar la alimentación básica adaptada (ABA) como apoyo, pues son productos con una composición nutricional definida (cereales, cremas y purés, purés de fruta, aguas gelificadas, espesantes, suplementos proteicos).

Cuando el ajuste de la dieta no sea suficiente pero cubra al menos la mitad de las necesidades nutricionales, utilizaremos la nutrición oral con suplementos orales. En caso de que no se alcance ese 50%, hablaremos de nutrición enteral por vía oral completa y ajustaremos los requerimientos nutricionales según la nutrición artificial específica que necesite el paciente.

Una vez indicada la suplementación oral, elegiremos el tipo de fórmula apropiada para el déficit detectado (energético, proteico, mixto) y escogeremos la consistencia y el sabor en función del grado de disfagia y los gustos del paciente. Si el objetivo es complementar la dieta, deberemos elegir cuidadosamente cuándo tomar los suplementos para que no interfieran en la ingesta de la dieta convencional. Para conseguir una adherencia y cumplimiento adecuados, es importante explicar correctamente los objetivos del tratamiento nutricional tanto al paciente como a sus familiares o cuidadores, así como llevar a cabo un seguimiento frecuente para introducir las modificaciones necesarias y valorar la eficacia de la intervención nutricional.

Sólo en situaciones en que no sea posible cubrir la ingesta oral nos plantearemos la alimentación por vía enteral con

sonda nasogástrica, la gastrectomía (si la función digestiva está conservada) o la alimentación por vía parenteral (si el tracto digestivo no es funcional).

Alimentación en los grandes síndromes geriátricos: sarcopenia, estreñimiento, úlceras por presión

Sarcopenia (figura 2)

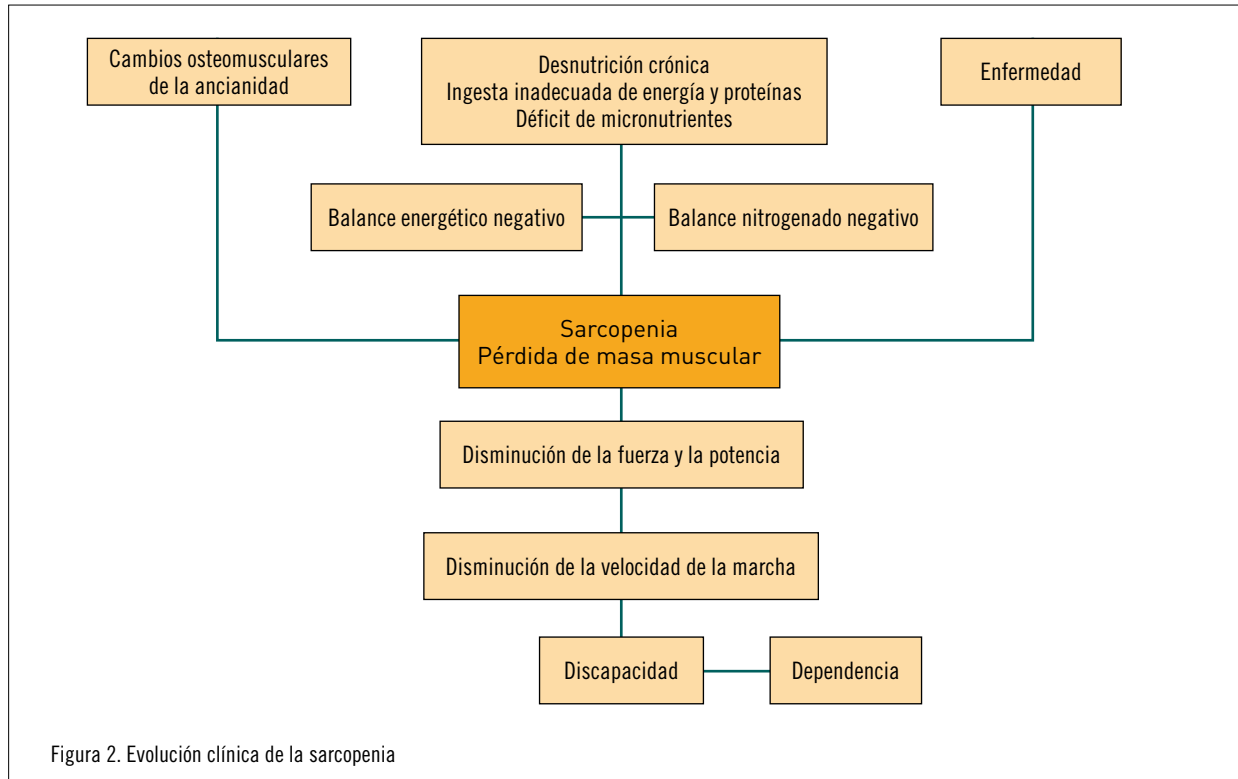
La sarcopenia es un síndrome caracterizado por una pérdida progresiva y generalizada de masa y fuerza muscular esquelética con riesgo de consecuencias negativas, como discapacidad física, peor calidad de vida y muerte. Tiene una elevada prevalencia en la población anciana mayor de 64 años (9-18%) y aún más en mayores de 80 años (11-50%). Es un importante marcador de fragilidad, ya que predispone a las caídas, el deterioro funcional, la discapacidad, un mayor uso de recursos hospitalarios y sociales, una peor calidad de vida y, finalmente, a la muerte. Además, no sólo tiene un fuerte impacto sobre la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad, sino también en el gasto sanitario; de ahí la importancia de su correcto abordaje.

El principal factor de riesgo asociado a la sarcopenia es la edad avanzada, debido a la pérdida de masa y fuerza muscular, en la que intervienen varios factores: desde el punto de vista muscular, disminuyen las fibras musculares y se daña el ADN mitocondrial; en el sistema nervioso central se reducen las motoneuronas alfa del asta anterior de la médula espinal, y hormonalmente se produce un descenso de las hormonas anabolizantes y la hormona del crecimiento y un aumento de las interleucinas. Otros factores de riesgo son una nutrición inadecuada, la falta de ejercicio físico, el género, las comorbilidades y el bajo peso al nacer.

El diagnóstico de sarcopenia en la práctica clínica se basa en la anamnesis y la exploración física. La primera debe incluir la evaluación del estado nutricional y el riesgo de malnutrición mediante escalas como el Mini Nutritional Assessment (MNA), que valora el desequilibrio entre aporte y gasto proteico-energético, y la ecuación de Harris-Benedict. La exploración física se realiza con pruebas antropométricas (por ejemplo, una circunferencia de pantorrilla <31 cm se asocia a discapacidad), bioimpedanciometría (ABI), absorciometría radiológica de doble energía (DEXA), fuerza de presión manual (dinamómetro manual), batería breve de rendimiento físico (SPPB, que evalúa el equilibrio, la marcha, la fuerza y la resistencia), prueba de velocidad de la marcha y prueba levántate y anda.

¿Cuál es la función de la nutrición en la sarcopenia en personas de edad avanzada?

Los dos pilares del tratamiento de la sarcopenia son el ejercicio físico (ejercicios de resistencia) y la nutrición (mejorar el aporte diario proteico), ya que el uso de algunos fármacos específicos (testosterona, hormona del crecimiento) cuenta con una evidencia limitada.



Tras la valoración nutricional integral, intentaremos compensar la anorexia geriátrica por falta de apetito, las conductas inadecuadas como la escasa higiene dental, la falta de dientes o los horarios desorganizados para las comidas.

El siguiente escalón es el consejo dietético. Las ingestas recomendadas en ancianos tienen una gran variabilidad: cuanto mayor es la edad, más complejos son los requerimientos y mayores son las alteraciones en la capacidad de ingerir, digerir, absorber y utilizar nutrientes. Las necesidades energéticas disminuyen con la edad (5% por década, lo que supone 300-600 kcal), por lo que es necesario garantizar un adecuado aporte de nutrientes. Una ingesta adecuada (de aproximadamente 30 kcal/kg) debe permitir realizar actividad física y mantener el peso en los límites recomendados. Ante déficits nutricionales establecidos o cuando el consejo dietético no es eficaz, se aconseja la suplementación nutricional.

¿Qué macronutrientes se necesitan en la sarcopenia o ante el riesgo de padecerla?

Es preciso aumentar el aporte de proteínas y aminoácidos, así como de metabolitos y precursores de aminoácidos: beta-hidroxi-beta-metilbutirato y ornitina alfa-cetoglutarato

¿Qué micronutrientes son importantes para la protección y formación de masa magra corporal?

Son importantes la vitamina D, los ácidos grasos omega 3, la

creatina (carne roja, atún, salmón), los antioxidantes (frutas y verduras), el selenio, la vitamina E, la vitamina C, el ácido úrsólico, los nitratos y favorecer una buena microbiota.

Estreñimiento (figura 3)

Uno de los problemas más consultados en atención primaria en relación con la salud y calidad de vida de la población anciana es el estreñimiento, motivo de preocupación constante a lo largo de la historia y objetivo de remedios ancestrales. Entre un 30 y un 50% de los ancianos toman laxantes de forma habitual. El estreñimiento es un síntoma que depende de la percepción subjetiva sobre el hábito defecatorio; de ahí la dificultad para establecer una definición.

Por consenso, las principales sociedades científicas aceptan los criterios de Roma IV (tabla 1).

La etiología del estreñimiento en adultos mayores es multifactorial; puede deberse a cambios fisiológicos intestinales, fármacos, inmovilización... Para su valoración en el anciano sano utilizaremos las escalas que usamos en el adulto (escala Bristol, criterios de Roma). El reto lo constituyen los ancianos dependientes o con deterioro cognitivo, a los que a veces diagnosticamos tarde, cuando ya han aparecido las complicaciones.

En la anamnesis comenzaremos con una historia detallada del ritmo intestinal (tiempo de evolución de los síntomas),

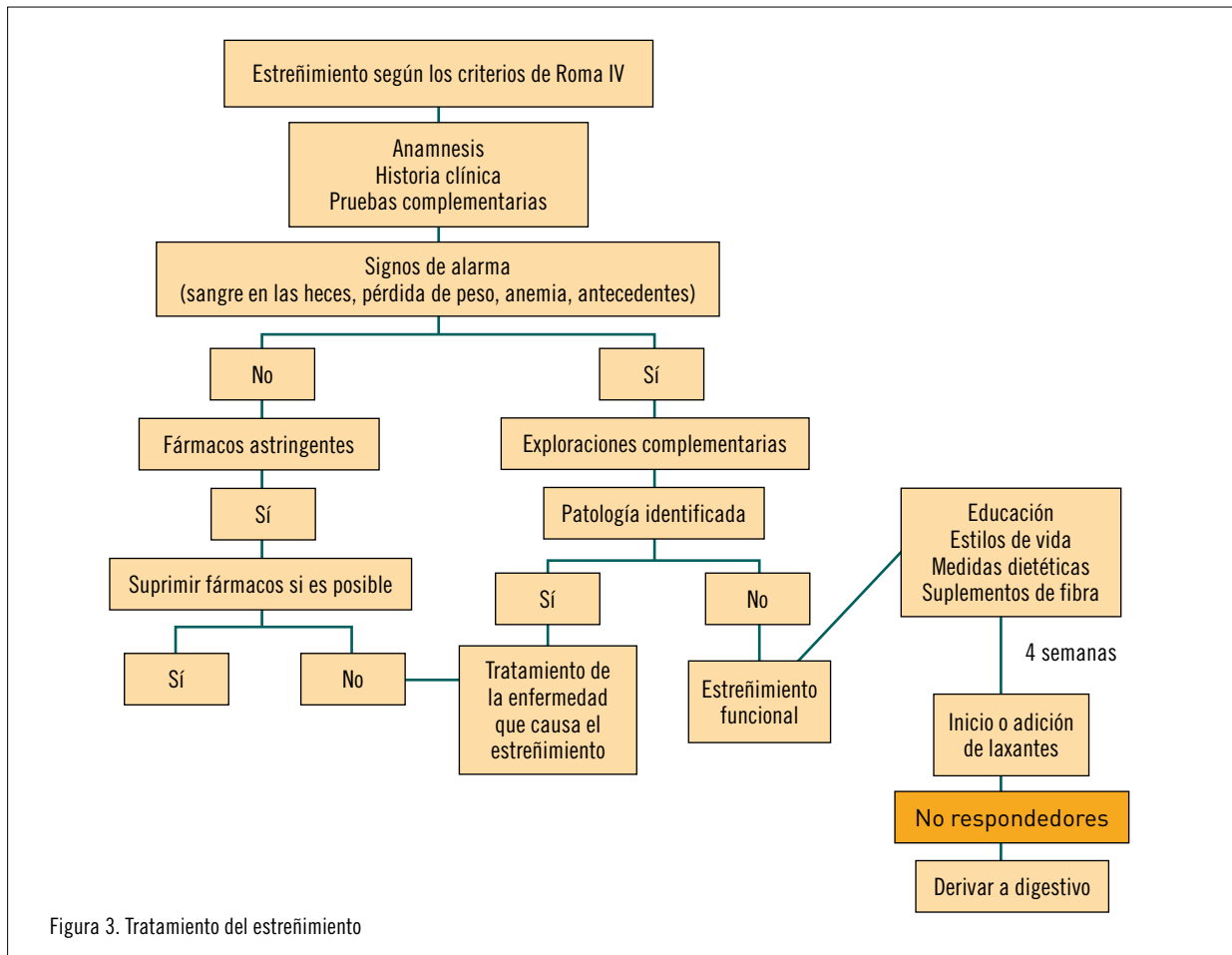


Tabla 1. Criterios de Roma IV para el diagnóstico del estreñimiento funcional*

1. Presencia de dos o más de los siguientes criterios:
 - Esfuerzo excesivo al menos en el 25% de las deposiciones
 - Heces duras al menos en el 25% de las deposiciones (tipo 1-2 de Bristol)
 - Sensación de evacuación incompleta al menos en el 25% de las deposiciones
 - Sensación de obstrucción o bloqueo anorrectal al menos en el 25% de las deposiciones
 - Maniobras manuales para facilitar la defecación al menos en el 25% de las deposiciones
 - Menos de 3 deposiciones espontáneas completas a la semana
2. La presencia de heces líquidas es rara sin el uso de laxantes
3. No deben existir criterios suficientes para el diagnóstico de síndrome del intestino irritable

Fuente: Lacy, et al.

*Los criterios deben cumplirse al menos durante los últimos 3 meses y los síntomas deben haberse iniciado como mínimo 6 meses antes del diagnóstico.

preguntaremos sobre las características de las heces (frecuencia de deposiciones, características y cambios), el esfuerzo y el tiempo de defecación, valoraremos síntomas generales como apetito, pérdida de peso, actividad física y dieta (hidratación y contenido en fibra) y mantendremos un alto índice de sospecha para otros síntomas de enfermedades asociadas al estreñimiento. Realizaremos una exploración general minuciosa, especialmente abdominal, en busca de masas o alteración de tono muscular; la inspección y el tacto rectal en reposo y esfuerzo nos ayudarán a valorar el suelo pélvico, los esfínteres y las posibles masas o prolapsos rectales. La analítica y la prueba de sangre oculta en las heces son útiles para descartar causas secundarias, así como la radiografía de abdomen en el estreñimiento agudo. Otras pruebas son la manometría anorrectal, el tiempo de expulsión del balón, el defecograma y la colonoscopia.

Inicialmente abordaremos el estreñimiento adoptando medidas no farmacológicas, aunque el paciente piense que los laxantes son esenciales, y se las explicaremos de manera comprensible para facilitar la adherencia y cumplimiento.

La reeducación en la defecación consiste en recomendar acudir al baño de forma regular, aprovechar el reflejo gastrocólico posprandial (después del desayuno) y garantizar la privacidad durante la defecación y el lugar adecuado. Hay que aumentar el ejercicio físico, y en pacientes inmovilizados mantener la sedestación y hacer ejercicios de miembros inferiores y abdominales.

En las personas mayores se recomienda beber al menos 1.500 mL de líquido. En cuanto a la dieta, la fibra dietética es importante a largo plazo: si incrementamos su ingesta hasta alcanzar los 30 g/día, conseguiremos aumentar el volumen de las deposiciones, una consistencia más blanda, un menor tiempo de tránsito en el colon y el aumento de la motilidad intestinal.

El salvado de trigo es una fuente rica en fibra (44 g/100 g), pero como algunos pacientes lo rechazan por su sabor, puede optarse por otros alimentos como los cereales (comprobando en el etiquetado el contenido porcentual de fibra, ya que hay una gran variabilidad). El pan integral, las legumbres, las verduras y las frutas (kiwis, ciruelas, pasas) también contienen una cantidad de fibra considerable.

Habrá que informar a paciente y cuidadores de que el efecto terapéutico de la fibra no es inmediato como el de los laxantes, y que puede tardar varios días, e incluso 1 mes, en hacer efecto. El aporte de suplementos de fibra debe hacerse de forma gradual, puesto que una sobrecarga inicial puede originar un cuadro transitorio de flatulencia (debido al incremento en la producción de gas por parte de las bacterias intestinales), eructos y distensión abdominal. Si previamente no se ha ofrecido una adecuada información para asegurar la adherencia a las pautas nutricionales, esos síntomas pueden llevar al abandono de los cambios dietéticos.

Revisar los tratamientos con fármacos astringentes (opioídes)

Si las medidas conservadoras no funcionan, habrá que recurrir al tratamiento farmacológico con laxantes. Se empezará con los más inocuos y que no interfieran en otros tratamientos farmacológicos, y se dará un tiempo prudencial para comprobar su eficacia antes de progresar a otro laxante (formadores de bolo, osmóticos, estimulantes, salinos, emolientes, secretagogos), probióticos, procinéticos o supositorios y enemas. En caso de impactación fecal, es preciso romper el fecaloma.

Úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP) se producen en áreas corporales expuestas a una presión prolongada y elevada, una situación muy común, prevenible y tratable en el anciano inmóvil. Tras 3 semanas de encamamiento, la prevalencia de UPP es del 7,7%.

Ya sea por encamamiento o por sedestación persistente, la inmovilidad es el principal factor desencadenante de UPP en el anciano, y se asocia a los cambios cutáneos seniles (con disminución de vascularización de la dermis, adelgazamiento de la epidermis, aplanamiento dermoepidérmico, disminución de fibras elásticas y aumento de la permeabilidad de la piel). Igual de trascendentes son los trastornos nutricionales, como la hipoproteïnemia y los déficits de cinc, hierro y ácido ascórbico. Otros factores de riesgo son la incontinencia urinaria o fecal (que multiplica por cinco el riesgo de UPP y el de fracturas), el deterioro cognitivo, las enfermedades neurológicas, la insuficiencia vascular periférica y la anemia.

Los elementos implicados en el desarrollo de lesiones en la piel son la presión, las fuerzas de cizallamiento-estiramiento-fricción y la humedad.

Clasificamos las UPP según el grado de lesión tisular. Las recomendaciones de la Agency for Healthcare Policy and Research establecen cuatro estadios:

- Estadio I: piel intacta pero eritematosa que no blanquea con la presión.
- Estadio II: pérdida parcial del espesor cutáneo, con afectación de la epidermis y la dermis; la úlcera es superficial.
- Estadio III: pérdida completa del espesor de la piel, con afectación del tejido celular subcutáneo; la lesión puede extenderse hasta la fascia subyacente, sin atravesarla.
- Estadio IV: pérdida de la piel en todo su espesor, con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión de los músculos, huesos o estructuras de soporte.

Debemos sospechar mayor afectación de la que puede indicar la lesión de la superficie cutánea, ya que el tejido muscular y el subcutáneo están más predispuestos a la lesión.

Tratamiento y medidas generales

- Movilización continua del paciente cambiando de posición cada 2 horas, sin elevar la cama más de 30° (sólo para comer). Si está sentado, levantarlo cada 10 minutos durante 10 segundos.
- Medidas antipresión: con medios estáticos (geles, espumas y camas de aire) y con medios dinámicos (camas de aire con presión alternante, sistema de soporte de baja pérdida de aire, camas de aire fluidificado y sistemas de microesferas). Reducen a menos de la mitad la incidencia de UPP en personas hospitalizadas.
- Los factores nutricionales son esenciales. Hay que instaurar una dieta rica en calorías y proteínas con suplementos vitamínicos (vitaminas A, B y C) y minerales (hierro, cinc y cobre), junto con una buena hidratación. Se ha comprobado que uno de los mejores factores de cicatrización de las úlceras es el establecimiento de un balance nitrogenado positivo.

Intervención nutricional en el anciano		
Alimentación tradicional	Equilibrada, variada y agradable	Evitar dietas restrictivas
Alimentación básica adaptada (ABA)	Adición de alimentación con alto contenido en nutrientes	Proteínas: clara de huevo, lácteos, atún de lata Calorías: aceite de oliva, frutos secos Vitaminas: fruta, ensalada
	Dieta de fácil masticación y deglución	Alimentos enteros pero blandos que puedan triturarse con tenedor como tortillas, pescado cocido, patata cocida
	Cambios en consistencia de dieta (dieta triturada)	Cremas o purés de todo tipo de alimentos sólidos, bien tamizados; no precisan masticación
	Dietas comerciales	Módulos de hidratos de carbono, proteínas, fibras o vitaminas y minerales. Purés, cremas preparados con aportes nutricionales específicos
	Modificadores de la textura	Espesantes, agua gelificada, gelatinas enriquecidas
Suplementos nutricionales	Normoproteicos (hipo, normo e hipercalóricos) Hiperproteicos (>20% proteínas normo e hipercalóricos) Fórmulas especiales: diabetes, insuficiencia renal, enfermedades neurológicas, UPP Con fibra soluble, insoluble o mixta	
Nutrición enteral	Adaptadas para SNG y gastronomía	
Nutrición parenteral	Suelen ser de administración	

- Los antibióticos por vía sistémica tienen indicación en la celulitis, la osteomielitis, la sepsis y como profilaxis de la endocarditis.
- Medidas locales: el tratamiento local (desbridamiento, curas oclusivas, apósitos húmedos, cirugía) depende de la extensión del daño tisular.

Nutrición en las enfermedades neurológicas degenerativas y no degenerativas

El deterioro progresivo de las funciones del sistema nervioso engloba una serie de enfermedades neurológicas degenerativas y no degenerativas con un denominador común: la alta prevalencia de déficits nutricionales entre los pacientes que las padecen.

La malnutrición en pacientes neurológicos se debe a alteraciones en el nivel de conciencia y en la deglución que desencadenan una ingesta inadecuada o variaciones en el gasto energético. Incluso su tratamiento farmacológico tiene repercusiones nutricionales. Mención especial merece la disfagia, que favorece las broncoaspiraciones (desencadenan infecciones respiratorias), las cuales, a su vez, acentúan la malnutrición, cerrándose así un peligroso círculo vicioso. Cuando hay desnutrición el pronóstico es más negativo, porque aumentan la morbimortalidad (infecciones, UPP), las complicaciones y la estancia hospitalaria.

Los pacientes neurológicos son de alto riesgo, por lo que es recomendable realizar un cribado de malnutrición y pruebas para valorar una posible disfagia (reflejo nauseoso, movimientos deglutorios, atragantamiento durante las comidas o después; en la práctica clínica se utiliza el test del agua).

Sus necesidades nutricionales son similares a las de la población general, salvo si sufren complicaciones como infecciones o úlceras, que incrementan considerablemente los requerimientos energéticos y proteicos.

Recomendaremos medidas posturales para una deglución segura. Algunos pacientes precisarán modificaciones en la textura de la dieta (dieta triturada, espesantes para líquidos, gelatinas, puré de patatas, féculas, maicenas...). El espesante debe añadirse muy poco a poco y, para conseguir la textura adecuada, hay que esperar 10 minutos antes de añadir más. El espesante también aporta calorías.

Asimismo, podemos recurrir a la ABA, con alimentos de textura modificada, alta densidad calórica e hiperproteicos listos para consumir sin necesidad de elaboración. Son seguros, no tienen espinas, huesos ni otros residuos peligrosos, y aportan una cantidad de macro y micronutrientes conocida. Son muy útiles en pacientes malnutridos y en pacientes con deterioro del estado nutricional, pero no aportan beneficios en caso de pacientes con un buen estado nutricional.

Si no es posible la nutrición oral, plantearemos la utilización de sonda nasogástrica para nutrición enteral, y si la situación se prolonga durante más de 1 mes puede plantearse la vía enteral por gastrostomía. La fórmula de elección será, al igual que en pacientes de su misma edad y sexo, polimérica, normocalórica y rica en fibra. Cuando mejoran el nivel de conciencia y la deglución, puede iniciarse la transición a la nutrición oral, aumentando poco a poco la cantidad que se ingiere por vía oral y disminuyendo la nutrición enteral.

Cuando se cubra el 75% de los requerimientos diarios por vía oral durante 3-5 días, podremos retirar la sonda nasogástrica según recomienda la European Society of Parenteral and Enteral Nutrition.

En la demencia hay un 70% de prevalencia de malnutrición relacionada sobre todo con la falta de autonomía para alimentarse (Eating Behavior Scale). En estos pacientes recomendaremos ingestas fraccionadas (5-6 tomas), pequeñas cantidades, con alto valor calórico y muchos nutrientes, realizadas en un ambiente tranquilo, sin distracciones y con un horario fijo. Si se precisan suplementos, serán poliméricos y normocalóricos con fibra.

En la esclerosis lateral amiotrófica la malnutrición se debe a la menor ingesta y los mayores requerimientos. Recurrirémos a alimentos altamente calóricos o a suplementos nutricionales hipercalóricos, y si hay disfagia se modificará la consistencia de la dieta mediante técnicas culinarias o espesantes. En caso de precisarse nutrición enteral, valoraremos de inicio la gastrostomía endoscópica percutánea dada la evolución. La alimentación parenteral es controvertida.

En el paciente con Parkinson debemos tener en cuenta que el contenido en proteínas de la dieta puede interferir en el tratamiento farmacológico con L-DOPA. Como la restricción proteica en la dieta puede llevar a malnutrición, recomendaremos la toma de medicación 1 hora antes de la alimentación; si persistiesen las alteraciones motoras, instauraríamos una dieta con aporte proteico diurno restringido y elevado contenido de proteínas en la cena y la recena.

En el proceso diagnóstico y terapéutico de estas enfermedades es imprescindible hacer una correcta valoración nutricional y asegurar un adecuado soporte nutricional para

mejorar el pronóstico y la calidad de vida y disminuir las complicaciones.

Bibliografía

- Calvani R, Miccheli A, Landi F, Bossola M, Cesari M, Leeuwenburgh C, et al. Current nutritional recommendations and novel dietary strategies to manage sarcopenia. *J Frailty Aging*. 2013; 2(1): 38-53.
- Cánovas Pareja C. Prevención de la fragilidad: aspectos nutricionales. *Rev Info Geriátrica*. 2011; 1.
- Clavé P, García P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Editorial Glosa, 2011.
- Cruz Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: consenso europeo sobre su definición y diagnóstico. Informe del Grupo europeo de trabajo sobre la sarcopenia en personas de edad avanzada. *Oxford University. Age and Ageing*. 2010; 39(4): 412-423.
- De Luis DA, Izaola O, De la Fuente B, Muñoz-Calero P, Franco-López A. Enfermedades neurodegenerativas; aspectos nutricionales. *Nutr Hosp*. 2015; 32(2): 951-951.
- Malafarina V, Uriz-Otano F, Gil-Guerrero L. Valoración y tratamiento nutricional de la sarcopenia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013; 48(4).
- Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Guía de Práctica Clínica: Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2016; 108(6): 332-363.
- Mínguez M, Mora F, Mas P, Garrigues V. Guía práctica de actuación diagnóstico-terapéutica en estreñimiento crónico. Valencia: Fundación Española de Aparato Digestivo, 2013.
- Monteserín R, Roberts HC, Sayer AA. Papel de los profesionales de la atención primaria en el manejo de la sarcopenia. *Atención Primaria*. 2014; 46(9): 455-456.
- Muñoz González L, Romero Vigarra JC, Silvero Y; SEMERGEN. Estudio PYCAF: «Estudio para valorar la prevalencia y las características clínicas y socio-sanitarias del anciano frágil asistido en atención primaria». SEMERGEN, 2014.
- Pibernat A. Disfagia. En: Salas-Salvadó J, Bonada A, Trallero R, Saló ME. Nutrición y dietética clínica. Barcelona: Ediciones Doyma, 2000 (cap. 61).
- Rodríguez Pérez T. Guía de recomendaciones higiénico-dietéticas dirigidas a la población para prevenir y tratar el estreñimiento y su justificación científica. Valladolid: Universidad de Valladolid, 2014.
- Ruiz Ochoa D, García Luna PP. Malnutrición en las enfermedades neurodegenerativas: prevalencia, consecuencias y posibilidades terapéuticas. *Nutr Hosp*. 2009; 2(2): 26-37.
- Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Cray MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging*. 2012; 7(7): 287-298.
- Verdejo Bravo C, coord. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Estreñimiento en el anciano. Madrid: IMC, 2014.

Acceda a
www.sietediasmedicos.com
para consultar el **caso clínico**
sobre nutrición en situaciones especiales