



II Jornada ATDOM

Síntomes complexos a domicili: DISFÀGIA I MALNUTRICIÓ

M Pilar Enseñat Grau

Infermera Clínica Territorial GAPIC Esquerra-Litoral

Francisco Cegri Lombardo

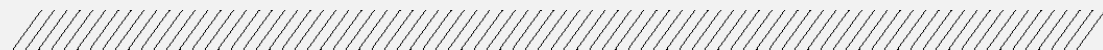
Infermer de Família i Comunitària

Membres del GdT ATDOM

Barcelona, 06 de juny de 2025

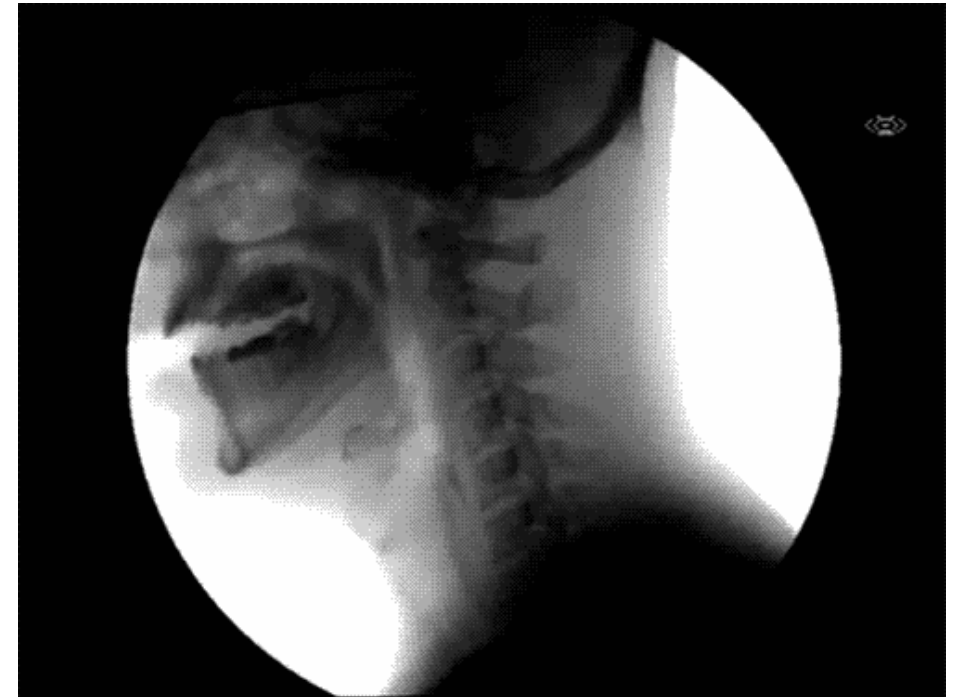


DISFÀGIA



- La disfàgia és la dificultat per empassar o deglutir els elements líquids i/o sòlids per afectació d'una o més fases de la deglució.
- L'afectació es pot presentar en la preparació oral del bolus o en el desplaçament de l'aliment des de la boca fins a l'estómac.

Font: OMS



Imatge: Videofluoroscòpia de la deglució

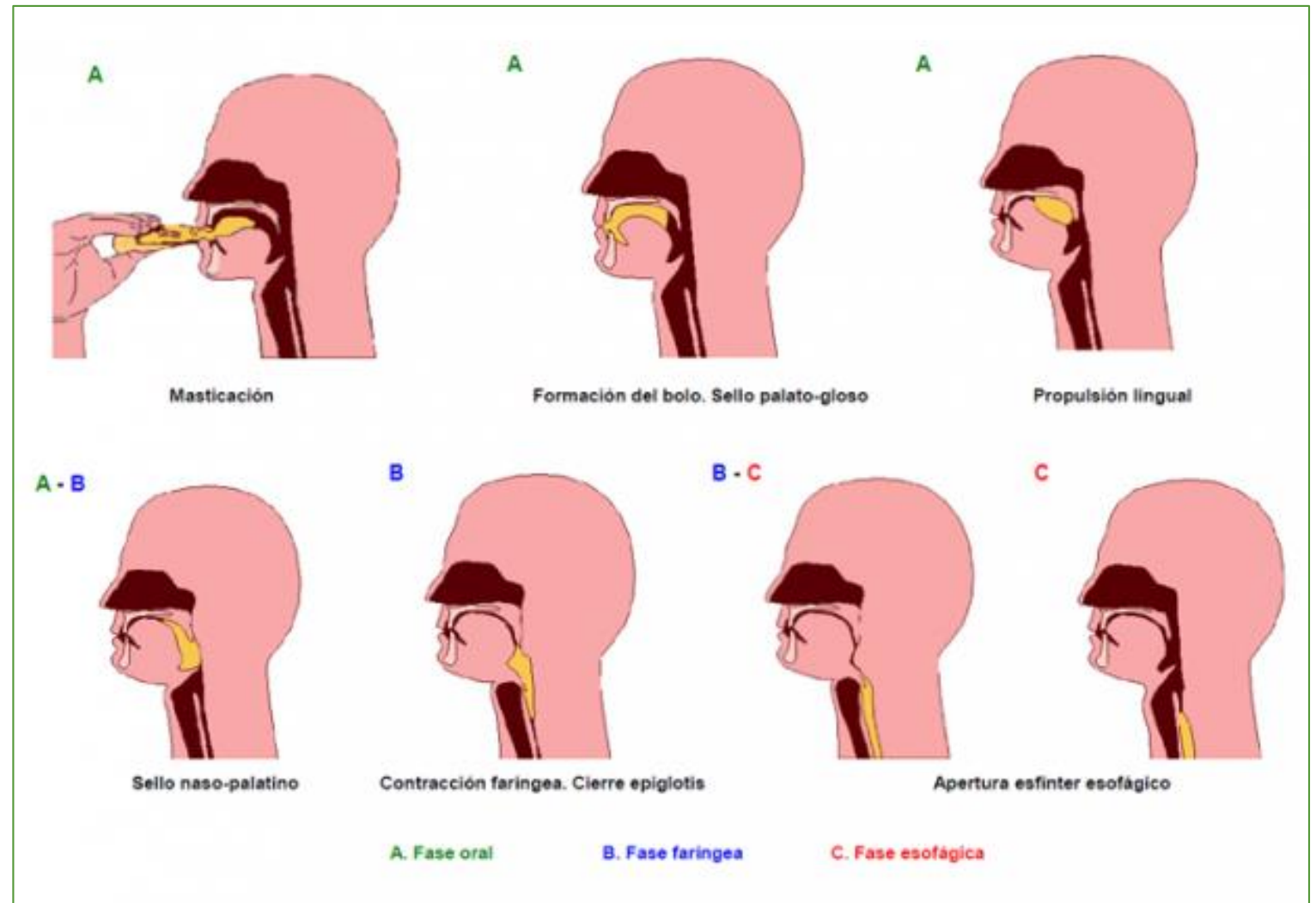
Etapa deglució	Mecanisme fisiològic
Fase oral	• Els aliments ingressen a la cavitat oral • Masticació i formació del bolus
Fase orofaríngia	• El paladar tou s'eleva per segellar la nasofaringe • La laringe i els ossos hioïdeus es mouen cap endavant i cap amunt • L'epiglotis es mou cap enrere i baix per al tancament • L' esfínter esofàgic superior es relaxa i s'obre • La llengua aclariant la faringe i tancant l'esfínter superior • Es reobre la laringe
Fase esofàgica	• L'esòfag es contrau en seqüència • L'esfínter esofàgic inferior es relaxa • El bolus arriba a l'estómac

Guia Disfagia. Organización Mundial de Gastroenterología, 2014



VIDEO:

https://medlineplus.gov/spanish/ency/videos/mov/200089_esp.mp4



El 90% de les 2.000.000 persones amb disfàgia
no està diagnosticat
ni tractat correctament

Impacte negatiu en la qualitat de vida de les persones:
pèrdua de pes, deshidratació, desnutrició, aspiracions
respiratòries, mort

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF), 2023

[Home](#) > [Dysphagia](#) > [Article](#)

A Systematic Evaluation for Oropharyngeal Dysphagia in Non-institutionalized Elderly Patients with Home Care-based in the Community

 Original Article | Published: 23 September 2024
 (2024) [Cite this article](#)

[Dysphagia](#)
[Aims and scope](#) →

[Submit manuscript](#) →

Lorena Montero, Àngela Fauró, Gemma Gómis, Rocío Rodríguez-Romero, Susana Santos-Ruiz, Miriam Aguilar, Alicia Alcaraz, Meritxell Devant-Altimir, Nuria I. García, Elena Gómez, Noelia García, Lucía Guerrero, Alejandro Lascorz, Eva Martínez, María T. Muntalà, Jana Pujol, Amaya Serna, Laura Sibelo, Melba Vázquez, Silvia Roura-Rovira & Luis González-de Paz ✉

469 Accesses 15 Altmetric 2 Mentions [Explore all metrics](#) →

Abstract

Oropharyngeal Dysphagia (OD) increases the risk of hospitalization and the use of health services; however, it is often detected and studied in institutionalized patients with limited attention given to the community. The aim of this study was to determine the prevalence of OD and its associated factors after conducting a program consisting of a systematic assessment of OD for in patients living independently in their dwellings and requiring home-based care. We conducted a cross-sectional study involving a systematic assessment of disabled and elderly patients enrolled in a home-based primary care program at three urban centers (Barcelona, Spain). OD was assessed using the Volume-Viscosity Swallow Test. Data on morbidity, incontinence, functional independence, pressure sore risk, brain deficit, social risk, nutritional status, and healthcare utilization were collected. Prevalence was determined, and differences between OD and non-OD patients were analysed using independent tests. Associations between OD and hospital admissions, emergency department visits, emergency home ambulance use, and consultations with family physicians or primary care nurses were examined using logistic regression models adjusted for covariates. We included 1,002 patients with a mean age of 88.75 years old (SD = 8.19), 73.05% of whom were female. The prevalence of OD was 25.95% (95% CI 23.26%–28.78%). OD was associated with past pneumonia episodes (adjusted OR: 5.09, 95% CI: 2.2–11.79), increased frequency of cough and common cold (adjusted OR: 1.11, 95% CI: 1.05–1.18), and more family physician consultations (adjusted OR: 1.07, 95% CI: 1.03–1.10). These findings highlight that OD remains an underdiagnosed geriatric syndrome in the community setting. Implementing systematic OD diagnoses assessments, especially among home care-based patients could reduce the incidence of secondary pneumonia, decrease cough episodes, and lower the frequency of clinician consultations.

7 de cada 10 persones grans amb disfàgia no estan diagnosticades

Incluïmos a 1002 pacientes con una edad media de 88,75 años (DE = 8,19), el 73,05% de los cuales eran mujeres. La prevalencia de la DO fue del 25,95% (IC del 95%: 23,26%–28,78%). La DO se asoció con episodios previos de neumonía (OR ajustado: 5,09; IC del 95%: 2,2–11,79), mayor frecuencia de tos y resfriado común (OR ajustado: 1,11; IC del 95%: 1,05–1,18) y más consultas con el médico de familia (OR ajustado: 1,07; IC del 95%: 1,03–1,10). Estos hallazgos resaltan que la DO sigue siendo un síndrome geriátrico infradiagnosticado en el ámbito comunitario. Implementar evaluaciones sistemáticas del diagnóstico de DO, especialmente entre pacientes que reciben atención domiciliaria, podría reducir la incidencia de neumonía secundaria, disminuir los episodios de tos y disminuir la frecuencia de las consultas médicas.

Font: Montero, L., Fauró, À., Gómis, G. *et al.* A Systematic Evaluation for Oropharyngeal Dysphagia in Non-institutionalized Elderly Patients with Home Care-based in the Community. *Dysphagia* (2024).

- Persones amb malalties musculars.
- Persones que han patit un accident cerebrovascular.
- Persones amb demència.
- Persones amb Parkinson.
- Persones grans (canvis en les fases de la deglució associats a l'edat).

La prevalença és molt variable:

- 28-73% post accident cerebrovascular.
- 84% en persones amb demència.
- 52% en persones amb malaltia de Parkinson.
- 38-60% de la població anciana sana.
- 56-78% de les persones institucionalitzades.

Gran infradiagnòstic

- Situacions que afavoreixen la disfàgia
 - Processos neurològics del sistema nerviós central o dels nervis cranials.
 - Processos neuromusculars (distròfies, hipo/hipertiroïdisme...).
 - Trastorns bucodentals (baveig, xerostomia, manca de peces dentals o incorrecta fixació de les pròtesis...).
 - Utilització de psicofàrmacs.
 - Trastorns del nivell de consciència.
 - Broncoaspiracions prèvies (s'estima que un 48% de les aspiracions poden ser silents).
 - Situacions de deshidratació o desnutrició.
 - Presència de síndromes geriàtriques...

- Conseqüències de la disfàgia:
 - Risc d'obstrucció de la via respiratòria i aspiracions pulmonars que poden ocasionar **pneumònies i infeccions de les vies respiratòries baixes**.
 - Ingesta deficient de nutrients i de líquids que acabarà ocasionant **desnutrició i deshidratació**.
 - Alteració de la vida social de la persona, **dependència, aïllament social**, càrrega per a les persones cuidadores i institucionalització.
 - Necessitat en alguns casos d'utilització de mitjans de nutrició artificial.

- **Disfàgia orofaríngea**
 - La dificultat es troba a l'inici de la deglució, el bolus no pot arribar a l'esòfag.
 - *Síntomes*: tos, regurgitació nasofaríngea, baveig o xerostomia, deglució fraccionada, disàrtria, asfíxia i fins i tot aspiració d'aliment a la via aèria.
- **Disfàgia esofàgica**
 - El bolus s'atura a l'esòfag i no arriba a l'estómac.
 - *Síntomes*: nus retroesternal, regurgitació de l'aliment, intents repetits de deglució, tos i asfíxia amb la deglució o disfonia.

DISFÀGIA OROFARÍNGIA		DISFÀGIA ESOFÀGICA
Localització	Coll	Coll i/o regió esternal
Clínica	• Dificultat per a masticació. • Deglució fraccionada i/o repetida. • Baveig, s'escapa menjar per la boca. • Disàrtria, disfonia, aspiració (asfíxia, tos). • Regurgitació nasal/oral immediata.	• Pirosi. • Dolor toràcic. • Regurgitació tardana.
Malalties sistèmiques acompanyants	• Neurològiques (Parkinson, demència, ictus, etc.). • Musculars (distròfies, polimiositis, etc.).	• Malaltia per reflux gastroesofàgic (ERGE).

- Disfàgia funcional
 - Sensació d'un trànsit anormal del bolus en l'esòfag.
 - *Criteris de Roma IV*, es defineix com la sensació de dificultat o detenció del bolus alimentari a l'esòfag, sense que hi hagi alteracions estructurals, reflux gastroesofàgic, esofagitis eosinofílica o trastorns motors majors.
 - Aquesta disfàgia millora amb el temps. S'aconsella menjar a poc a poc i mastegar bé i, en casos més intensos, es poden beneficiar d'ansiolítics, antagonistes del calci, anticolinèrgics o antidepressius.

EINES D'AVALUACIÓ DE LA DISFÀGIA

EAT-10 Cribratge de la disfàgia

- Escala autoadministrada de 10 ítems (rang de l'escala de 0 a 40).
- Utilitat: valorar la intensitat de la disfàgia inicial i monitoritzar la resposta al tractament.
- Es puntua cada pregunta de 0-4, sent 0 l'absència de problemes i 4 un problema molt seriós.
- Una puntuació de 3 punts o més es considera indicativa de disfàgia.
- A partir de 15 punts prediu el risc d'aspiració

Font: <https://www.nestlehealthscience.es/eat-ten-test>

FECHA			
APELLIDOS	NOMBRE	SEXO	EDAD
OBJETIVO			
El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar. Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.			
A. INSTRUCCIONES			
Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos. ¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?			
1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso	6 Tragar es doloroso		
0 = ningún problema	0 = ningún problema		
1	1		
2	2		
3	3		
4 = es un problema serio	4 = es un problema serio		
2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa	7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar		
0 = ningún problema	0 = ningún problema		
1	1		
2	2		
3	3		
4 = es un problema serio	4 = es un problema serio		
3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra	8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta		
0 = ningún problema	0 = ningún problema		
1	1		
2	2		
3	3		
4 = es un problema serio	4 = es un problema serio		
4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra	9 Toso cuando como		
0 = ningún problema	0 = ningún problema		
1	1		
2	2		
3	3		
4 = es un problema serio	4 = es un problema serio		
5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra	10 Tragar es estresante		
0 = ningún problema	0 = ningún problema		
1	1		
2	2		
3	3		
4 = es un problema serio	4 = es un problema serio		
A. PUNTUACIÓN			
Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros. Puntuación total (máximo 40 puntos)			
C. QUÉ HACER AHORA			
Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.			
Referencia: Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology. 2008; 117 (12):919-24. Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Congreso Nacional SENPE 2011.			

Proves per avaluar la disfàgia orofaríngia

- Videofluoroscòpia (Gold estàndard en la disfàgia orofaríngea).
- Endoscòpia alta (Gold estàndard causes estructurals).
- Fibroscòpia de la deglució.
- Manometria faringoesofàgica d'alta resolució.
- Manometria de impedància automatitzada.
- **Test de volum-viscositat MECV-V**

Proves per avaluar la disfàgia esofàgica

- Esofagograma baritat
- Manometria esofàgica
- Manometria d'alta resolució
- Esofagoscòpia transnasal
- PHmetria de 24h
- Impedanciometria intraluminal
- Endoscòpia

Test de volum-viscositat (MECV-V)

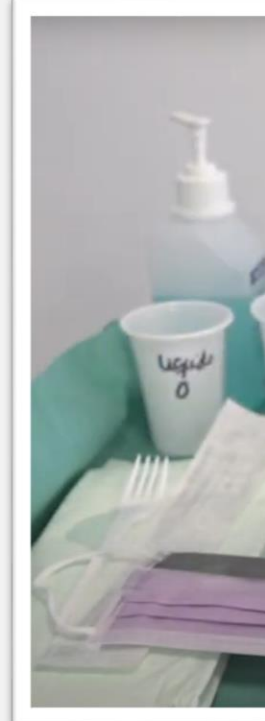
- Consisteix a administrar bolus de 5, 10 i 20 ml amb diferents viscositats (líquida, nèctar i púding) mentre s'efectua un monitoratge continu d'oxigen amb el pulsioxímetre.
- La sensibilitat diagnòstica és superior al 85% i l'especificitat del 69%.
- Existeix una versió adaptada per a persones amb demència: MECV-V-G (s'utilitzen volums de 5ml i 10ml amb dos tipus de culleres).

Material:

- Aigua a temperatura ambient (300ml)
- Espessidor amb sabor neutre
- Tres gots de 100ml
- Xeringa de 50ml
- Cullereta o depressor
- Pulsioxímetre
- Pitet

Mètode:

- Preparació de les textures nèctar i púding: 100ml d'aigua + dosi d'espessidor segons les instruccions de la marca comercial
- Líquid: 100 ml d'aigua

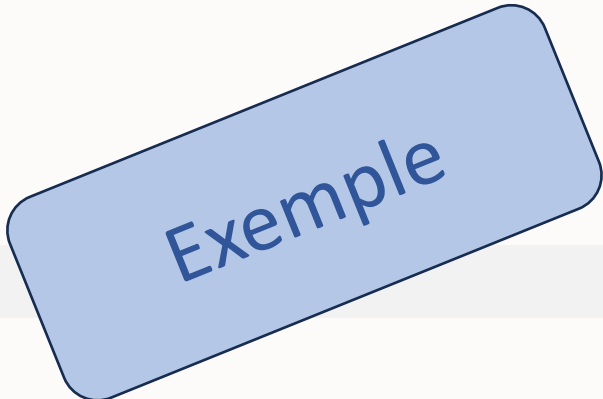


Dosificació (por vaso de 200 ml)

Espesante **xxxxxxx** espesa todos los líquidos y triturados fríos o calientes con una única dosificación:

- Néctar: 2 cacillos
- Miel: 4 cacillos
- Pudín: 6 cacillos

Cada bote contiene un cacillo de 1,2 g

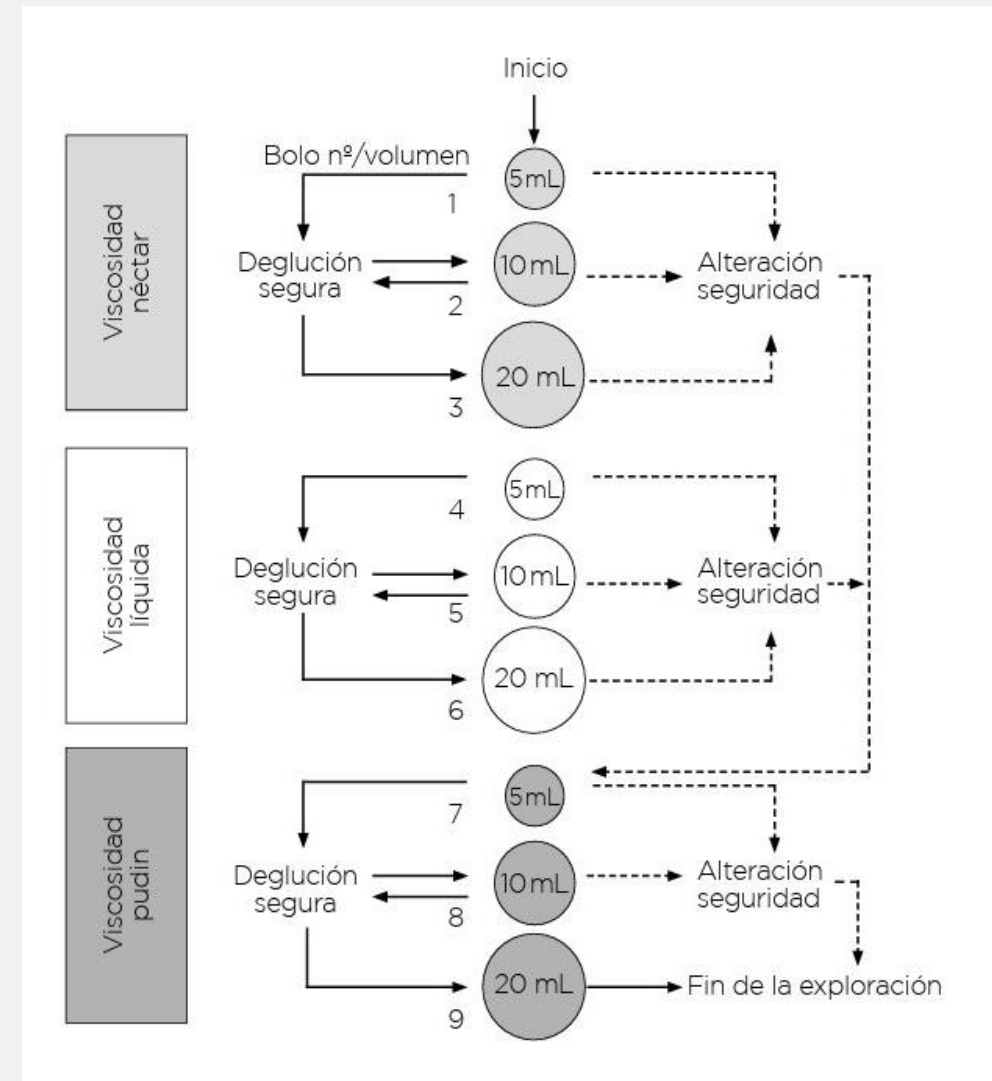


Exemple

Recomendaciones

- **El tiempo de espera puede variar** entre 30 segundos (agua) a varios minutos en función del líquido a espesar (líquidos ricos en proteínas y/o calorías o líquidos muy fríos).
- **Para espesar suplementos nutricionales** es recomendable el uso de **coctelera**. Se alcanzará la viscosidad deseada transcurridos unos 10 a 15 minutos.
- **No se recomienda añadir espesante a la bebida ya espesada** con el fin de evitar grumos.
- Una vez preparada la bebida espesada **puede calentarse**; evitar ebullición.

- S'inicia el test amb la viscositat nèctar a 5ml-10ml-20ml sempre que no es detecti cap alteració en la seguretat (canvi de veu, disminució de la saturació o tos)
- Si no es detecta cap alteració es canvia a viscositat líquida i si no hi ha alteracions de seguretat es canvia a viscositat púding
- En el cas d'alteracions de la seguretat en la viscositat nèctar, s'atura la sèrie i es passa a la viscositat púding
- En cas d'alteracions de la seguretat en la viscositat líquida, s'ha d'aturar la sèrie i passar a la viscositat púding



Font: Clavé P et al (2007)

Alteració seguretat en la deglució

Canvi de veu

Es demana al pacient que digui el seu nom o emeti un so per avaluar to i timbre.

Disminució de la saturació O2

Es considera disminució de la saturació si es produeix una baixada igual o superior al 3% del seu valor.

Tos

Alteració d'eficàcia en la deglució

Segell labial

Incapacitat de mantenir el bol dins la boca.

Residu oral

Hi ha restes alimentaris sota la llengua i a les genives, en finalitzar la deglució.

Deglució fraccionada

Necessitat de realitzar varies deglucions per un bol.

Residus faringis

Sensació de tenir residus a la gola, estossecc.

Registre a la HCAP-ECAP

El punt de finalització ens marca quin són els valors de les viscositats i volums de deglució segura per a la persona:

i	Nombre de caigudes darrer any	☐		
i	Adequació de la llar	☐		
i	MNA cribratge	☐		+
i	MNA resultat avaluació	☐		+
i	Cribratge disfàgia (EAT-10)	☐		+
	Estat nutricional: valorar	☐		
	Consulta infermera nutricionista: sol·li	☐		
i	Valoració Risc Nafres (BRADEN)	☐		+
i	Fràgil-VIG - Puntuació total	☐		+
i	NECPAL v 4.0	☐		+
i	HexCom-Red	☐		+
i	Test de Volum Viscositat (MECV-V)	☐		
i	Escala de femta de BRISTOL	☐		+
	HOSPITAL DE DIA	☐		
i	Pregunta sorpresa	☐		+
i	Escala Analògica Visual del Dolor	☐		
i	Cansament (ESAS-r)	☐		+
i	Cansament (ESAS-r)	☐		+

Valors de la variable

Buscar %

Valors	Descripció
Liq05ml	Viscositat líquida volum baix (5ml)
Liq10ml	Viscositat líquida volum mig (10ml)
Liq20ml	Viscositat líquida volum alt (20ml)
Nec05ml	Viscositat nèctar volum baix (5ml)
Nec10ml	Viscositat nèctar volum mig (10ml)
Nec20ml	Viscositat nèctar volum alt (20ml)
Pud05ml	Viscositat púding volum baix (5ml)
Pud10ml	Viscositat púding volum mig (10ml)
Pud20ml	Viscositat púding volum alt (20ml)

Buscar Aceptar Cancelar

VALORACIÓN COMPLETA DE DISFAGIA OROFARÍNGEA
CRIBADO, VALORACIÓN Y MECV-V

<https://www.youtube.com/watch?v=FFvQFIpWbUY&autouser=0>

MECV-V.
VARÓN CON DISFAGIA OROFARÍNGEA A LÍQUIDOS

<https://youtu.be/b3dZPkIE-Yg>

Font: Pàgina web: **Grupo Enfermería, Nutrición y Dietética de Murcia**

<https://www.youtube.com/@grupoenfermerianutricionyd6876>

alícia



Imatge: Triturat a base de llegum amb salses

Font: <https://alicia.cat/>

alícia

- Menjar i beure ConGusto: una guia per a pacients afectats d'ELA i dificultats de deglució.
- Receptari tradicional basc per a persones amb disfàgia.
- Guia Pràctica de Gastronomia Triturada.

Font: <https://alicia.cat/publicacions-tag/disfagia/>

Font: <https://alicia.cat/>

- **Dietètiques:** textura, volum i viscositat segons les possibilitats de masticació i de deglució i també la velocitat d'administració.
- **Posturals:** sedestació i flexió anterior del cap durant la ingesta. També modificacions ambientals (evitar distraccions, parlar...).
- **Formatives:** instrucció a les persones cuidadores sobre postura durant els àpats, textures, volums, viscositat, dentadura i pròtesis, higiene oral, registre dels aliments i líquids si cal.

Font: <https://alicia.cat/>

Consisteix a modificar la textura de l'alimentació utilitzant els aliments de consum habitual, cuinant-los, seguint les receptes tradicionals i transformant-los segons les necessitats (puré espès, líquid o molt líquid).

- **Espeïdors:** adapten la consistència de tot tipus de líquids i purés, segons les necessitats del pacient i sense modificar el sabor dels aliments o de les begudes. La seva composició està formada per midons o dextrinomaltesos.
- **Begudes espeïdes:** són begudes de textura mel, que es comercialitzen a punt per ser consumides. Ajuden a hidratar la persona amb disfàgia i, a més, aporten energia.
- **Aigua gelificada:** beguda de textura mel o púding en sabors diferents. Ajuda a hidratar la persona amb disfàgia, prevé la deshidratació i és útil per facilitar la ingesta de medicaments; també n'hi ha d'aptes per a diabètics.

- **Gelatina:** és una de les formes més utilitzades d'hidratació dels pacients amb disfàgia. Però, si se substitueix l'aigua per derivats lactis, es pot millorar tant la hidratació com l'aportació energètica. Poden utilitzar-se altres components en l'elaboració, com ara mòduls de proteïnes, carbohidrats, fibra, etc., en funció dels objectius i necessitats.
- **Gelificants:** permeten preparar fàcilment postres de diferents sabors i textures adaptades. Es presenten en forma de pols i n'hi ha aptes per a diabètics.

- S'ha d'utilitzar la **via enteral/oral** per donar l'**aportació de nutrients** mentre el **tracte gastrointestinal sigui funcional** (longitud i funció suficient per permetin una absorció de nutrients adequada).
- Per triar la via d'accés es tindrà en compte:
 - L'opinió de la persona.
 - La situació clínica de la persona.
 - El temps de tractament previst i de la presència de reflux gastroesofàgic.
- Les més comunes són **la nasogàstrica, la nasoduodenal i la nasojejunal**.
- Quan la previsió sigui a llarg termini (> 4-6 setmanes), caldria contemplar la col·locació d'una sonda de gastrostomia, preferiblement per via endoscòpica percutània (PEG).
- Les més comunes són la sonda per gastrostomia, jejunostomia o ileostomia.

Per a la nutrició enteral a mitjà/llarg termini, les **PEG** tenen avantatges davant de les sondes nasointernals (SNI):

- Ser més còmodes, permanents i reversibles.
- Ser més estètiques i tolerades pel pacient en estar ocultes.
- Evitar les lesions nasals (escanes, sinusitis, hemorràgies, etc.).
- Evitar la irritació faríngia i esofàgica.
- Facilitar la mobilització activa del pacient.
- Millorar la qualitat de vida del pacient.

A la **revisió Cochrane de 2015**, la PEG es va associar amb el procediment endoscòpic **més efectiu i segur en comparació amb la SNI** i no es va trobar diferència significativa en mortalitat ni en episodis de pneumònies entre totes dues (Claudio, 2015).

- **Intermitent**
 - És la més freqüent i semblant a l'alimentació habitual.
 - S'administren de 300-500 ml de fórmula de tres a vuit vegades al dia en funció de les necessitats calòriques.

Existeixen 3 sistemes per a l'administració intermitent:

1. **Xeringa**: mètode molt utilitzat en nutrició enteral domiciliària per la senzillesa. Es recomana una infusió lenta, 100 ml/5 min. Això requereix molta dedicació i, si escau amb més rapidesa, sol presentar les complicacions pròpies d'una administració ràpida (diarrees, nàusees, dolor i distensió abdominal, etc.).
2. **Goteig gravitatori**: mètode més lent i molt ben tolerat que permet graduar la velocitat d'infusió i minimitza complicacions.
3. **Bomba d'infusió**: permet administrar pautes de nutrició molt precises. Útil a l'administració de volums elevats, infusió a dejuni, pacients amb mal control metabòlic o quan s'utilitzen sondes molt fines o fórmules molt viscoses.

- **Continua**
 - Administració per **degoteig continu durant 12-16 h**. D'aquesta manera, es respecta el descans nocturn de la persona.
 - Indicada quan **la nutrició s'administra en duodè o jejú**.
 - Es pot administrar per degoteig gravitatori o mitjançant bomba d'infusió.

- Per a l'administració de fàrmacs, també és utilitzada la SNE, però per garantir l'eficàcia del tractament cal emprar la forma farmacèutica més adequada, així com les incompatibilitats i les interaccions del seu ús.
- **Cal conèixer la localització de l'extrem distal de la SNE:**
 - Estómac:** poden administrar-se fàrmacs sòlids triturats o bé la pols continguda en càpsules dissoltes o suspeses en aigua.
 - Jejú:** s'administrarà en solució.
- L'administració del **fàrmac dins del preparat nutricional no és recomanable** per les possibles complicacions (obstrucció de la sonda o alteració a l'absorció del fàrmac).
- Per minimitzar les interaccions fàrmac-fàrmac o fàrmac-preparat nutricional es **recomana administrar per separat cada medicament rentant la sonda amb 10 ml d'aigua tèbia abans i després de l'administració.**

Algunes **formes farmacèutiques** que per les seves característiques galèniques no han de ser triturades ja que es modifica la seva eficàcia i/o seguretat del fàrmac, com:

- **Cobertes entèriques:** el problema es troba quan la sonda està col·locada a l'estómac si el fàrmac s'inactiva amb el pH àcid, que necessitarà el canvi del fàrmac o la col·locació de la sonda a l'alçada del duodè o el dejuni.
- **Formes d'alliberament retardat:** amb la trituració d'aquests preparats, es perd l'efecte sostingut del fàrmac. S'ha de canviar el medicament per un alliberament normal i adaptar la dosificació i la freqüència d'administració. Alguns preparats retardats es presenten en forma de microgrànuls recoberts continguts en càpsules; en aquest cas es podrà obrir la càpsula i administrar-ne el contingut sense triturar en forma de suspensió aquosa i sense perdre's l'efecte retardat.
- **Càpsules de gelatina tova o líquids encapsulats:** se n'ha d'extreure el contingut i administrar-lo prèvia dilució amb aigua.
- **Comprimits efervescents:** cal dissoldre'ls en aigua i esperar a ser administrats quan hagi desaparegut l'efervescència. Per minimitzar les interaccions fàrmac-fàrmac o fàrmac-preparat nutricional es recomana administrar per separat cada medicament rentant la sonda amb 10 ml d'aigua tèbia abans i després de l'administració.



https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/guiadisfagia/Guia_disfagia2021_v4_interac_DEF.pdf

Textura recomendada : _____

Medicamentos prescritos y modo de administración:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

CONSEJOS GENERALES



- No todos los medicamentos se pueden triturar.
- No todos los medicamentos se pueden mezclar con alimentos.
- No se debe utilizar leche ni derivados lácteos para administrar medicamentos ya que el calcio que contienen puede quelar y disminuir el efecto farmacológico. Algunos fármacos tampoco se deben dar con las comidas ya que disminuye el efecto. Un ejemplo es la metil dopa (Sinemet®).
- Si el medicamento no se puede mezclar con alimentos una opción es agua espesada o gelificada. Comprobar tras añadir el medicamento la textura del líquido, en ocasiones puede licuarse tras la administración del fármaco.
- No se deben utilizar zumos de cítricos ya que estimulan la salivación y riesgo de aspiración.
- La administración de medicamentos debe darse uno a uno y no mezclarlos en un bol o plato de comida ya que si no se toma todo el contenido se pierde medicamento. Se puede mezclar en una cuchara de puré, compota o crema.

 **Hospital Central de la Cruz Roja
San José y Santa Adela**

RECOMENDACIONES A PACIENTES CON DISFAGIA

GRUPO DE DISFAGIA

**En caso de duda puede
contactar con el S. de Farmacia**

Atención Farmacéutica Servicio de Farmacia:

Lunes a viernes de 8:30h a 15.30h.

Tlf. 914536540

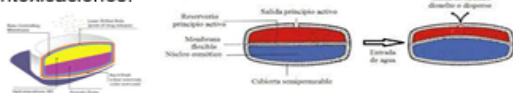


La disfagia es una alteración o dificultad para tragar que afecta a alimentos, líquidos y fármacos.

Los medicamentos deberían tomarse sin manipular pero si es necesario a causa de la disfagia su farmacéutico puede informarle si es posible triturar o no el medicamento, también le puede informar si es posible administrarlo con alimentos o no por posibles interacciones que pueden alterar su efectividad. Consultad prospecto.

Comprimidos que no se deben triturar:

Comprimidos de liberación retardada: que suelen identificarse con las palabras: retardado, retard, liberación prolongada, retardada, sostenida o controlada. Al triturar estos comprimidos se liberan rápidamente al organismo y puede producir intoxicaciones.



Comprimidos de cubierta entérica: esta cubierta se utiliza porque los principios activos o bien no resisten la acidez del estómago o bien son erosivos para la mucosa gástrica, también se utiliza en fármacos que deben hacer su acción en el intestino. La alteración de la cubierta puede afectar negativamente a su acción farmacológica.

Cápsulas con microesferas o microgránulos: no se pueden triturar aunque sí se puede abrir la cápsula y tragar los microgránulos enteros sin manipular.



Comprimidos sublinguales: se absorben bajo la lengua sin necesidad de tragarlos.

En los comprimidos efervescentes: disolver en unos 20 ml de agua, hay que dejar que se disuelva y desaparezcan todas las burbujas, luego se puede añadir el espesante si fuera necesario.



¿Cómo tomar la medicación si tengo disfagia a líquidos?

Si se puede triturar o abrir la cápsula, una opción es administrar los comprimidos triturados o el contenido de las cápsulas mezclados con líquidos espesados o gelificados según disfagia, para facilitar la deglución. También se puede mezclar con purés, compota o crema, si no hay incompatibilidad con los alimentos (ver nota abajo).

¿Si tengo disfagia a sólidos?

Se pueden buscar alternativas de presentaciones líquidas (jarabes, soluciones, gotas, polvos para diluir) o formas sólidas que se disuelvan fácilmente como como efervescentes, bucodispersables o sublinguales.

¿Si tengo disfagia a sólidos y líquidos?

Mezclar los medicamentos en una textura semisólida sería correcto. (puré, compota, cremas, líquidos espesados).

Algunos medicamentos son incompatibles con los alimentos, consultar prospecto o consulte al farmacéutico/médico/enfermera.

Si se han de administrar sin alimentos una solución es con agua gelificada o agua espesada con espesantes específicos que se pueden conseguir en farmacia.

NOTA: Si es necesario y el medicamento lo permite, se pueden pulverizar los comprimidos o abrir las cápsulas y administrar con alimentos blandos como purés, compotas y cremas como se ha indicado anteriormente, evitar lácteos: leche, yogures, ya que el calcio que contienen es incompatible con algunos medicamentos y evitar cítricos ya que pueden aumentar la salivación y el riesgo de aspiración.

¿Cómo triturar los medicamentos?

Si finalmente hay que triturar un comprimido es preferible hacerlo con un triturador o pulverizador como el de la imagen a continuación que se puede adquirir en farmacias



Si tiene que triturar varios medicamentos hágalo de uno en uno y adminístrelos también por separado. No los disperse en un vaso lleno o mezclado en todo el bol de alimento, sino en una cucharada, ya que si no tomara toda la ración, se perdería parte del medicamento. No utilice productos lácteos.



En caso de duda puede contactar con el Servicio de Farmacia:

Lunes a viernes de 8:30h a 19h.
Tlf. 914536540



Quan el tracte digestiu no es pugui utilitzar, s'administrarà la nutrició parenteral (NP) per via intravenosa .

La NP es pot classificar:

- **Segons via d'accés:**

- Perifèrica: s'administren els nutrients per via perifèrica. S'utilitza quan es prevegi una durada inferior a 7-10 dies, i com a alimentació complementària o de transició.
- Central: s'administren els nutrients per una via central. La via escollida només s'ha d'utilitzar per l'alimentació i així evitar problemes de contaminació de la nutrició o de compatibilitat de fàrmacs.

- **Segons la fórmula:**

- Total: aporta el total dels requeriments de nutricionals de la persona.
- Parcial: aporta part dels requeriments totals de la persona.

- La disfàgia és la dificultat per realitzar una adequada deglució i afecta uns dos milions d'espanyols, dels quals **només un 10% estan diagnosticats correctament i tractats**.
- Encara que hi ha canvis associats a l'edat que poden afectar totes les fases de la deglució (presbifàgia), no s'ha de considerar que la disfàgia és una part natural del procés d'envelliment. En el **80% dels casos és orofaríngia**, considerant-se **una síndrome geriàtrica amb elevada prevalença a partir de els 70 anys**.
- Davant d'un pacient amb disfàgia, és important **distingir entre orofaríngia i esofàgica**, saber quin aliment la produeix, la seva progressió en el temps, la presència de altres símptomes i si es produeix en el context d'alguna malaltia sistèmica.

- La **disfàgia orofaríngia (DO)** sol ser una manifestació clínica de malalties **sistèmiques i neurodegeneratives** (ictus, alzheimer, Parkinson) augmentant la seva prevalença en **persones institucionalitzades**. Es **caracteritza per la dificultat per a la masticació, deglucions fraccionades, baveig, regurgitacions nasals/orals immediates i tos durant o immediatament després de la deglució**.
- La **disfàgia esofàgica** pot ser deguda a trastorns de la motilitat (acalàsia, espasme esofàgic difús) o obstrucció mecànica (neoplàsies, estenosi pèptiques, reflux gastroesofàgic). **S'acompanya de piroxi, dolor toràcic atípic i regurgitacions tardanes**.

- Hi ha diversos tests validats per al cribratge de la disfàgia, sent l'**Eating-Assessment Tool 10 (EAT-10)** el més senzill i ràpid per utilitzar a la consulta d'AP, i que **detecta la disfàgia amb una puntuació ≥ 3** i amb predicció del **risc d'aspiració a partir de >15 punts**.
- Pel que fa al diagnòstic clínic, el test més utilitzat és el **Mètode d'Exploració Clínica Volum-Viscositat (MECV-V)**, útil per detectar alteracions tant de l'eficàcia com de la seguretat de la deglució, i que es pot aplicar en ancians, malalties neurodegeneratives i ictus.
- Com a **diagnòstic instrumental**, l'**endoscòpia és de primera elecció** si se sospita malignitat (presa de biòpsia, citologia, cultiu, estudi histopatològic), permet dilatar les estenosis, col·locar pròtesis en neoplàsies i extreure cossos estranys impactats a l'esòfag.

- Altres proves complementàries utilitzades a la pràctica actual, especialment a la **DO són la videofluoroscòpia (gold standard)**.
- El principal **objectiu del tractament** anirà encaminat a assegurar-ne una **correcta hidratació i nutrició i minimitzar les complicacions**.
- Entre les estratègies de **rehabilitació deglutòria**, destaquen els canvis posturals (flexió cervical anterior), estratègies d'increment sensorial (estimulació mecànica de pilars o llengua), praxis neuromusculars (exercicis de Shaker) i maniobres deglutòries específiques (deglució supraglòtica).

- Entre les **tècniques intervencionistes** més utilitzades destaquen la **miotomia del cricofaringi** i la **injecció de toxina botulínica** sobre el múscul cricofaringi, la miotomia ± suspensió/resecció del diverticle de Zenker, i tècniques dirigides a solucionar la incompetència dels esfínters glòtic i velopalatí.
- L'**adaptació de les textures dels sòlids i la viscositat dels líquids** considera actualment la intervenció més senzilla, valuosa i amb gran eficàcia terapèutica ja que minimitza les aspiracions. La reducció del volum i l'augment de la viscositat del bolus milloren la seguretat, sent la prevalença d'aspiracions màxima amb líquids i disminuint amb nèctar, mel i púding (per aquest ordre).

- Alcalde S, Rodríguez R. Guía de disfagia. Manejo de la disfagia en AP. SEMERGEN. 2020.
- Fundació Alicia. URL: <https://alicia.cat/>
- Cribratge de la Disfàgia orofaríngia en pacients amb ictus agut mitjançant el tes de volum viscositat (MECV-V). Parc Salut Mar.
https://www.parcdesalutmar.cat/media/upload/arxius/infermeria/qualitat/protocol_valoracio_disfagia.pdf
- Ferrero López I, Ashbaugh Enguïdanos R, Arreola García V. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Editorial Glosa. 3ªed. [Internet] 2015. 10: 125-135. https://www.nestlehealthscience.es/sites/default/files/2020-04/guia_de_diagnostico_tratamiento_nutricional_y_rehabilitador_de_la_disfagia_orofaringea.pdf
- ARES Primària. Pla de cures: Disfàgia. Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya. https://ics.gencat.cat/web/.content/Assistencia/ares_primaria/plans/PC0015-disfagia-inf.pdf

- Guía para la administración de medicamentos a pacientes con problemas de deglución. Hospital Universitario de La Paz. 2021.
https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/guiadisfagia/Guia_disfagia2021_v4_interac_DEF.pdf
- Disfagia orofaríngea: Soluciones multidisciplinarias. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Anexo I: Higiene bucal. Pàg 241-245 del pdf Ejercicios orofaciales no deglutorios. Pàg 255-268 del pdf.
<https://senpe.com/documentacion/disfagia-orofaringea-soluciones-multidisciplinarias-con-36-recetas-elaboradas-en-el-hospital-universitario-principe-de-asturias/>
- Disfàgia i productes disponibles per espessir els líquids. Gencat. Medicaments i farmàcia.
<https://medicaments.gencat.cat/ca/professionals/cedimcat/documents-divulgatiu-delcedimcat/disfagia-productes-disponibles-per-espessir-els-liquids/>
- Proyecto disfagia. Fundación de investigación en gasterologia (vídeos). <http://furega.com/disfagia/que-es-la-disfagia/>
- Guía para pacientes con disfagia orofaríngea. Parc de Salut Mar.
https://www.parcdesalutmar.cat/media/upload_web/pdf/guia_disfagia_CAST_editora_21_9_759_2.pdf
- Administración de medicamentos por sonda. Servicio de farmacia Hospital Central de la Cruz Roja 2010.
<https://www.comunidad.madrid/hospital/cruzroja/sites/cruzroja/files/2024-02/Guia%20por%20sonda%20%20JULIO-2010.pdf>

Plans de cures disponibles a:



ARES primària: https://ics.gencat.cat/ca/Professionals/coneixement-assistencial/cures-infermeres/cures-atencio-primaria/ares_primaria/index-ap.html

❑ PC0015 Disfàgia

https://ics.gencat.cat/web/.content/Assistencia/ares_primaria/plans/PC0015-disfagia-inf.pdf

«El menjar és il·lusió i fantasia. Cal treballar perquè les persones que pateixen aquest trastorn recuperin les ganes de menjar amb plats adaptats però atractius».

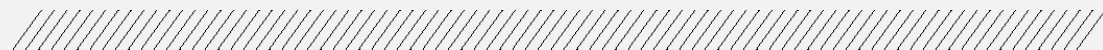
Carme Rusalleda



Una taula ben parada,
una bona companyia...



DESNUTRICIÓ



"El trastorn corporal produït per un desequilibri entre l'aportació de nutrients i les necessitats de l'individu, motivat per una dieta inapropiada o perquè l'organisme utilitza defectuosament els nutrients"

Pot ser per excés, per defecte o per desequilibri.

Quan és per defecte= Desnutrició

La desnutrició s'associa a un risc més alt de mortalitat, taxes d'infecció més grans, augment del nombre de caigudes i fractures i estades hospitalàries més llargues.

- És l'aportació diària **insuficient** de les calories, glúcids, greixos, proteïnes, vitamines i minerals necessaris per cobrir les despeses energètiques
- **Criteris de desnutrició:**
 - MNA amb una puntuació inferior a 17 i/o un criteri fenotípic més un criteri etiològic.
 - Fenotípics: Índex de massa corporal (IMC kg/m²) < 20 (si < 70 anys) o < 22 (si > 70 anys), Pèrdua de pes: >5% en els últims 6 mesos, o >10% a partir de 6 mesos o pèrdua de massa muscular.
 - Etiològics: disminució de la ingesta o assimilació de nutrients, situació patològica o d'inflamació



- Prevalença: **60% de les persones ingressades en institucions/residències i el 40% de les persones hospitalitzades** (principalment són persones grans, amb patologies neoplàsiques, respiratòries o cardiovasculars) i al voltant del 5% de la població general.
- Prevalença població atesa al **programa ATDOM a Barcelona centre**: la prevalença de desnutrició segons el Mini Nutritional Assessment (MNA) va ser: un 20,2% de desnodrits; un 51,9% en risc de desnutrició, i només un 27,9% de persones estaven ben nodrides.

Document de consens per a l'abordatge comunitari de la desnutrició relacionada amb la malaltia crònica en persones amb complexitat clínica. Generalitat de Catalunya. 2020.
https://www.codinuc.cat/wp-content/uploads/2021/01/desnutricio-gent-gran_compressed.pdf

Desnutrició calòrica o marasme

- Està ocasionada per la reducció mantinguda en l'aportació general de nutrients i/o l'aprofitament insuficient dels mateixos.
- Es caracteritza per la pèrdua de pes, massa muscular i greix, mantenint sovint les proteïnes viscerals normals. Té un desenvolupament gradual.
- A l'exploració física s'observen pèl trencadís, i pell freda i seca, sense elasticitat i amb taques marrons.

Desnutrició proteica o kwashiorkor

- Es deu a una ingesta deficient en proteïnes. Es caracteritza per un inici i desenvolupament ràpids; es produeix una disminució dels dipòsits de proteïna visceral. No sempre suposen pèrdua de pes i fins i tot pot donar-se un guany per la retenció hídrica secundària.
- Cursa amb hipoalbuminèmia i descens del nombre i la funció dels limfòcits.
- A l'exploració física s'observen edemes, lesions cutànies, despigmentació, ventre protuberant, alopècia, cabells fins, secs i trencadissos.

Desnutrició mixta

- Subjectes que prèviament presenten un grau de desnutrició calòrica i que pateixen un procés agut que provoca una desnutrició caloricoproteica per no poder fer front als requeriments proteics.
- És la més freqüent entre els ancians amb pluripatologia davant de qualsevol estrès agut.
- Presenta característiques clíniques dels dos tipus de desnutrició.

- La desnutrició és conseqüència de múltiples factors que interactuen entre si i que tenen a veure amb el procés mateix de l'envelliment i amb altres factors associats físics, psíquics, socials i econòmics, a més de les malalties concomitants.
 - Factors socials: institucionalització, problemàtica socio-econòmica, nivell cultural baix, soledat.
 - Factors funcionals: pèrdua d'autonomia per a les ABVD, impossibilitat per auto alimentarse.
 - Factors físics i mèdics: mal estat de la boca o problemes amb la deglució, fàrmacs, polifarmàcia, alcohol, malalties (MPOC, hipertiroidisme, mala absorció, càncer, artritis reumatoide...).
 - Factors psicològics, cognitius i socials: depressió, viduitat, deteriorament cognitiu.

Es considera que 2/3 parts dels casos de desnutrició es deuen a causes reversibles.

- Reducció de la massa magra (1% anual): és proporcional al nivell d'activitat física i determina la reducció de les necessitats calòriques.
- Augment de la massa greixosa: té una progressió més lenta, pot produir guany de pes total amb la mateixa ingesta.
- Disminució del gust per pèrdua de papil·les gustatives i de l'olfacte: els menjar resulten més insípid.
- Reducció de la secreció de saliva: risc de problemes periodontals i dificultat de formació del bol alimentari.

- Reducció de la secreció gàstrica: pot dificultar l'absorció d'àcid fòlic, ferro, calci i vitamina B12, i alentir el buidatge gàstric, amb sacietat precoç.
- Alentiment del trànsit del còlon: facilita el restrenyiment.
- Dèficit adquirit de lactasa: produeix intolerància a la llet.
- Disminució de l'absorció de vitamina D: afavoreix l'osteoporosi.
- Predomini d'hormones anorexígenes: col·lecistocinina i amilina.

- Malalties el tractament de les quals obliga a restriccions i modificacions de la dieta habitual: diabetis, hipertensió, dislipèmies, etc.
- Infeccions i malalties cròniques: insuficiència cardíaca, bronquitis crònica severa, etc.
- Presència de símptomes desencadenats per la ingesta: dolor, nàusees i vòmits, ennuegaments, diarrea, restrenyiment, etc.
- Alteracions bucals: pèrdua de peces dentàries o mal ajustament de pròtesis.
- Alteració de la musculatura orofaríngea: incapacitat per mastegar o empassar aliments (ictus, demència, malaltia de Parkinson, esclerosi lateral amiotròfica, malalties de l'esòfag, la laringe o la cavitat oral).

Causes patològiques

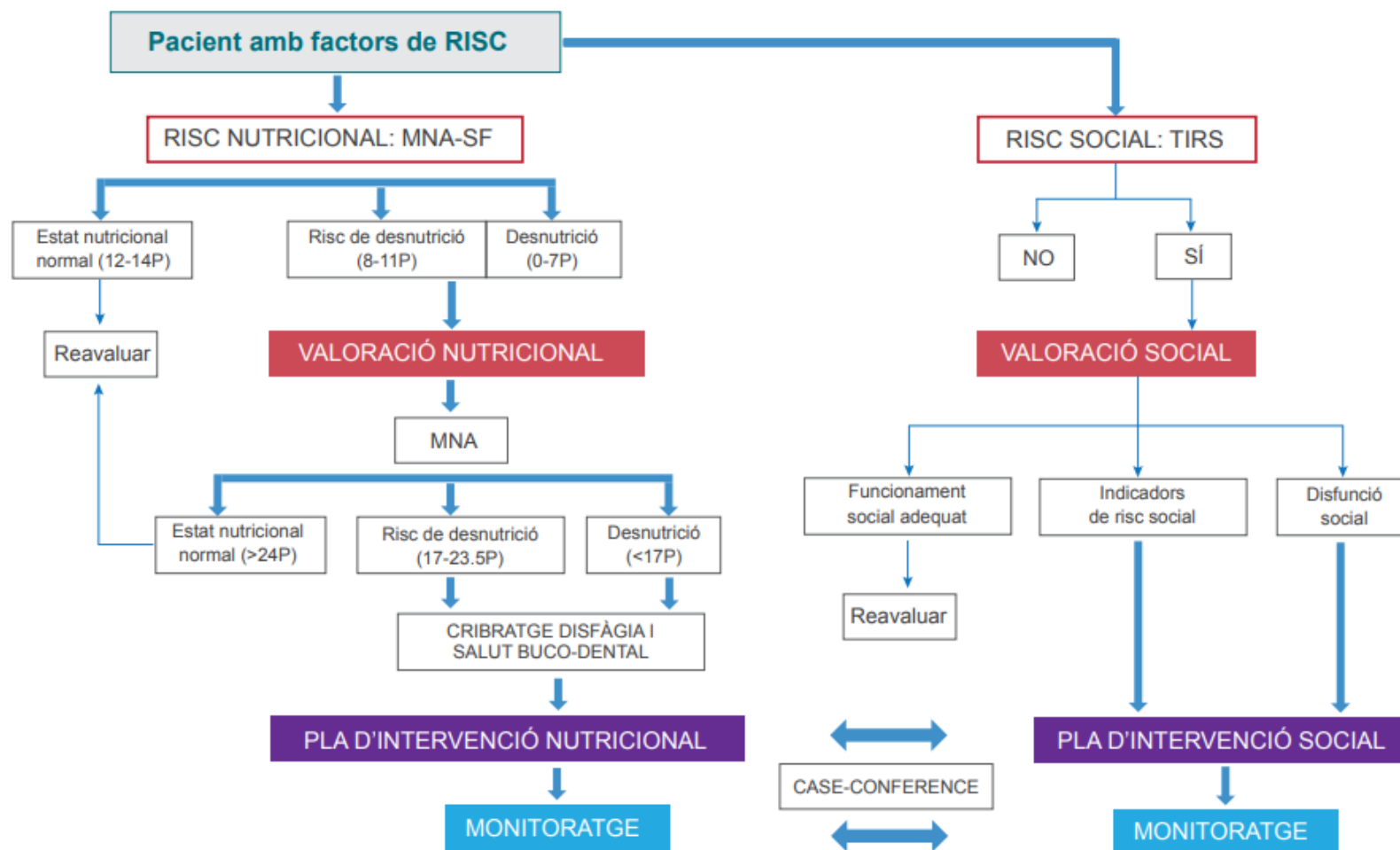
- Malalties digestives, hepàtiques, pancreàtiques i biliars.
- Hipercatabolisme i augment de necessitats: sepsis, post-traumatisme, càncer, hipertiroidisme, etc.
- **Hospitalització:** dejunis per a exploracions, dietes inadequades, manca d'ajuda per a l'alimentació, horaris inadequats, polifarmàcia, etc.
- **Fàrmacs:** anticolinèrgics, antiinflamatoris, analgèsics, antiàcids i anti-H2, antiarítmics, anticonvulsivants, antidepressius, antineoplàstics, antibiòtics, ansiolítics, bisfosfonats, β -bloquejants, calcioantagonistes, digoxina, laxants, levodopa, IECA, metformina, opiacis, potassi i teofilina. Produeixen anorèxia, malabsorció i diarrea, interacció amb nutrients, disgèusia i boca seca, nàusees, disfàgia, deprivació i somnolència.

Incapacitat de comprar, preparar i servir menjars adequats degut a:

- Problemes de mobilitat, alteracions sensorials: visuals, auditives o de la comunicació.
- Trastorns psíquics: depressió, demència, paranoia, mania, alcoholisme.
- Problemes socials: solitud, viduïtat, ingressos insuficients, impossibilitat de transport, barreres arquitectòniques de l'habitatge, mals hàbits dietètics, manca d'ajuda o cuidador incompetent.

VALORACIÓ NUTRICIONAL

Abordatge de la desnutrició



Guia pràctica sobre l'abordatge de la desnutrició en la gent gran i en pacients amb cronicitat
<https://www.aifcc.cat/wp-content/uploads/2019/07/malnutricio.pdf>

- La valoració nutricional inclourà una història clínica detallada adreçada a la troballa dels signes i símptomes clínics més freqüents associats als dèficits nutricionals, així com una exploració física exhaustiva orientada a la detecció dels símptomes i signes més freqüents en estats de malnutrició.

- Hi ha fórmules que estimen el pes quan és impossible obtenir-lo d'una altra manera; aquestes es construeixen a partir del perímetre del braç (PB) i el perímetre del panxell (PP):

En homes: pes = [(PB [cm] × 2,31) + (PP [cm] × 1,5)] - 50,1

En dones: pes = [(PB [cm] × 1,63) + (PP [cm] × 1,4)] - 34,4

- El PB es mesura a la línia mitjana acromial-radial del braç no dominant, que deixi el braç penjant, relaxat i estès al costat del cos, es col·loca la cinta mètrica al punt mitjà del braç i s'ajusta bé, evitant una pressió excessiva.
- El PP es mesura a la secció més ampla de la distància entre el turmell i el genoll, a la zona dels bessons, amb una cinta mètrica evitant una pressió excessiva.

Estat nutricional segons el percentatge de pèrdua de pes involuntària:

- Normopès: 96-109%.
- Desnutrició lleu: 85-95%.
- Desnutrició moderada: 75-84%.
- Desnutrició severa: < 75%.

També caldrà tenir en compte la velocitat de la pèrdua de pes.

Magnitud i velocitat de pèrdua percentual de pes.

- S'estableix una pèrdua significativa de pes:
 - 1-2% en 1 setmana
 - 5% el darrer mes
 - 7,5% en 3 mesos
 - 10% en 6 mesos.
- Índex de massa corporal (IMC). Es calcula amb la fórmula següent:

$$\text{IMC} = \text{pes (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$$

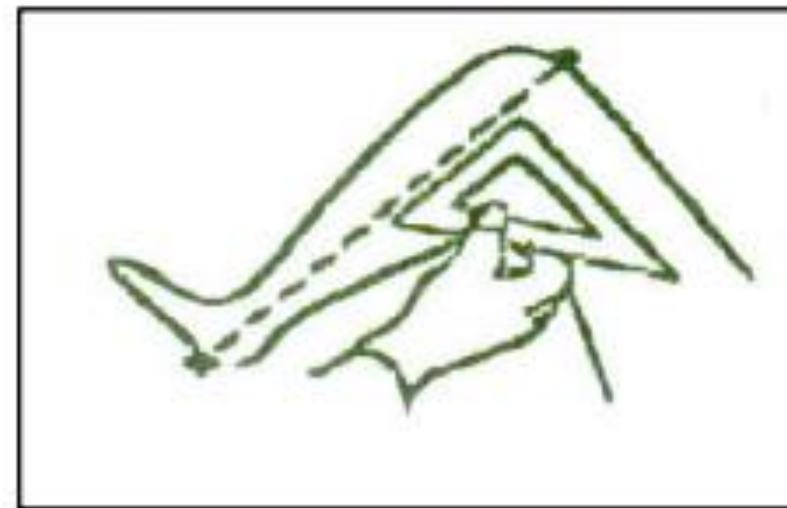
L'IMC ideal en persones més grans de 65 anys hauria d'estar entre 22,1 i 26,9.

Índex de massa corporal (IMC) en persones majors de 65 anys

- Normopès: 22,1-26,9
- Baix pes: 18,5-22
- Desnutrició lleu: 17-18,4
- Desnutrició moderada: 16,1-16,9
- Desnutrició severa: < 16

Càlcul talla (Fórmula de Chumlea)

Quan hi ha dificultats per obtenir la talla per dificultats de moviment, deformitats importants de la columna vertebral o quan estan enllitats o en cadires de rodes, hem d'estimar la talla per mitjà de fórmules que ens aproximïn el més exacte possible a aquesta dada i que es basen en la premissa que els ossos llargs mantenen la longitud d'adult a l'edat anciana.

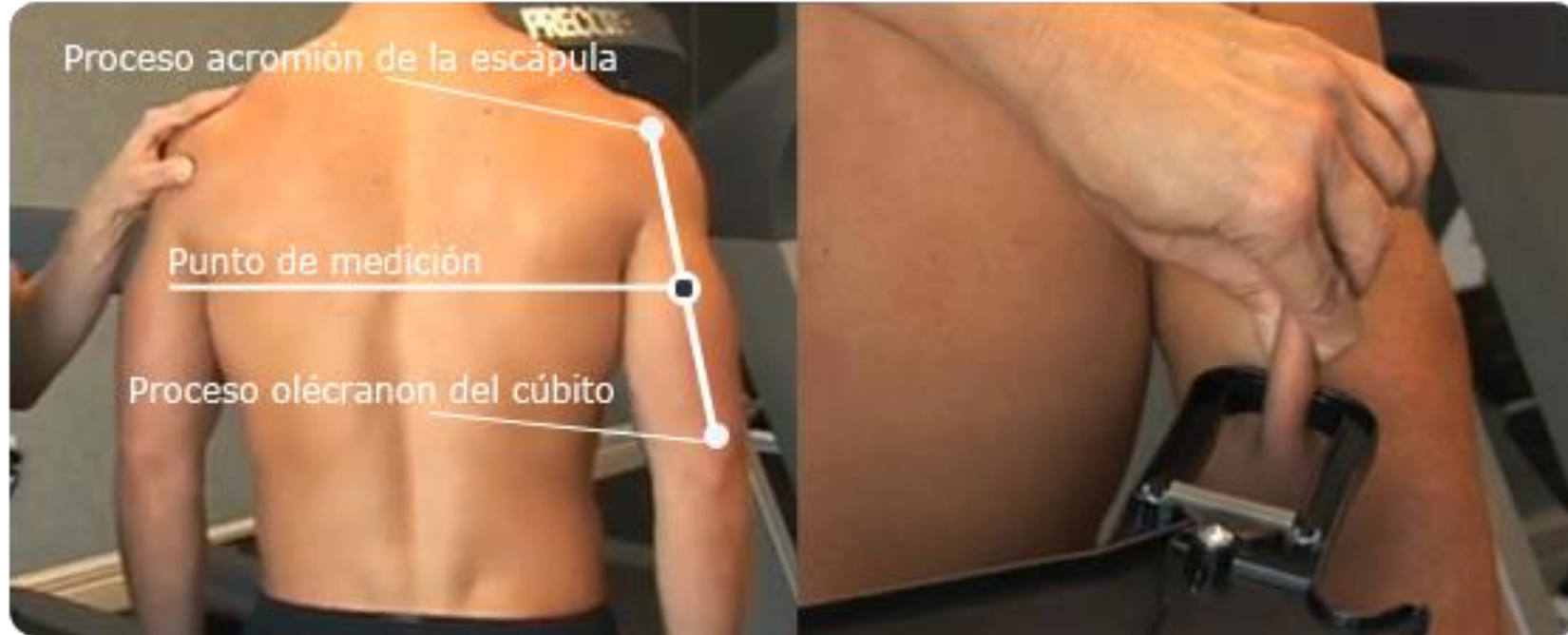


En homes: talla = $[(2,02 \times \text{altura taló-genoll en cm}) - (0,04 \times \text{edat})] + 64,19$

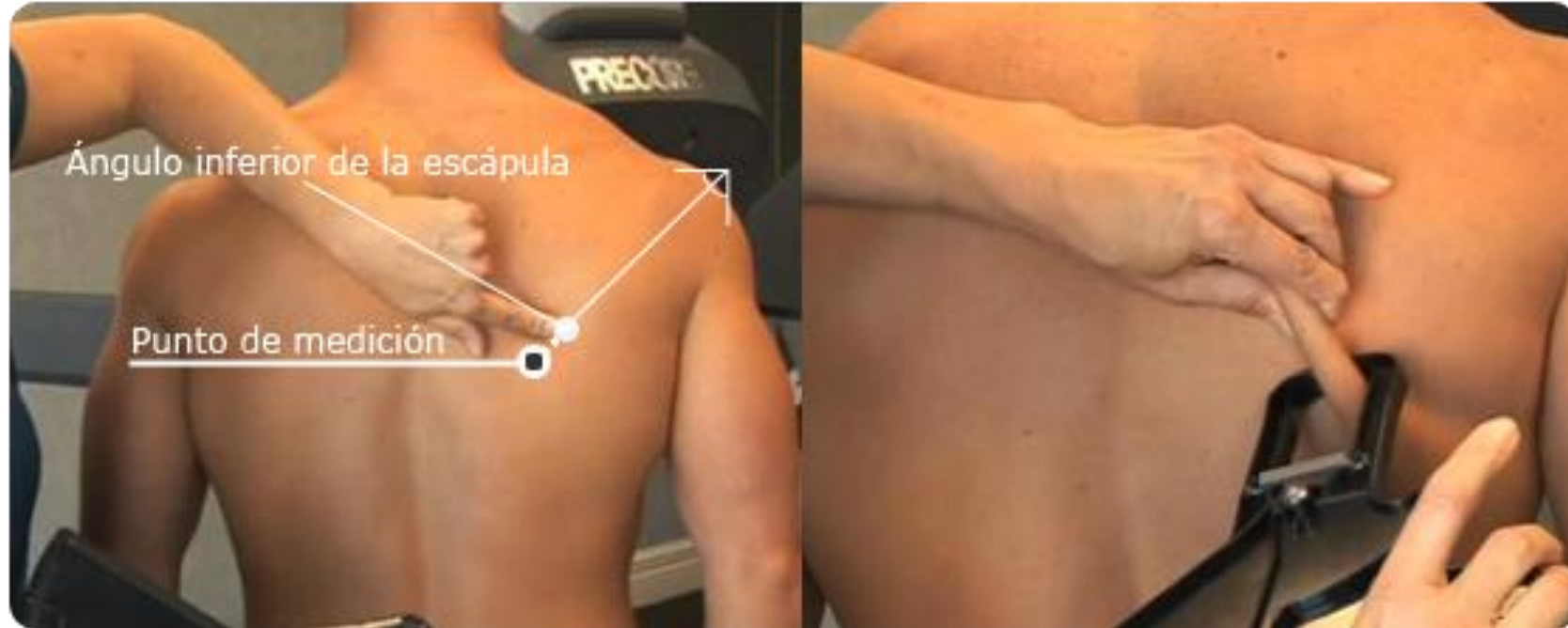
En dones: talla = $[(1,83 \times \text{alçada taló-genoll en cm}) - (0,24 \times \text{edat})] + 84,88$

- La seva mesura serveix per a quantificar el teixit adipós subcutani.
- Es mesuren amb un lipocalíper/plicòmetre.
- Els més utilitzats en la valoració nutricional són el tricipital, el suprailíac i el subescapular.









Procediment:

Per al **mesurament del plec tricipital**, es demana a la persona que flexioni el braç no dominant pel colze en angle recte, amb el palmell de la mà cap amunt.

Es mesura la distància entre la superfície acromial de l'omòplat (la protuberància òssia de la part superior de l'espatlla) i l'apòfisi olecraniana del colze (punta òssia del colze) per la part del darrere i es marca el punt mig entre tots dos amb un llapis.

El plec es pren amb els dits polze i índex de la mà esquerra a la marca assenyalada sobre la regió posterior del braç que anomenem «línia mitjana acromial-radial».

Per al mesurament, el braç hauria d'estar relaxat i l'articulació de l'espatlla amb una lleu rotació externa i el colze s'ha estès al costat del cos.

El resultat obtingut ens permet classificar la persona segons el seu estat nutricional, per a > 65 anys estableix la desnutrició en $\geq 6,26$ mm en homes i $\geq 11,28$ mm en dones.

Grau de desnutrició segons el plec tricipital (mm) en majors de 65 anys

Sexe	Normal	Desnutrició lleu	Desnutrició moderada	Desnutrició severa
Home	12,52	$\geq 6,26$	6,26-3,75	$< 3,75$
Dona	22,36	$\geq 11,28$	11,18-6,7	$< 6,7$

Grau de desnutrició segons el perímetre braquial (cm) en majors de 65 anys

Sexe	Normal	Desnutrició lleu	Desnutrició moderada	Desnutrició severa
Home	28,22	$\geq 22,85$	22,85-20,03	$< 20,03$
Dona	24,71	$\geq 20,01$	20,01-17,54	$< 17,54$

Circumferència braquial

Pel que fa a la tècnica de mesurament, es marca la línia mitjana acromial-radial del braç no dominant, com hem vist en el mesurament del plec del tricipital. Es demana al pacient que deixi el braç penjant, relaxat i estès al costat del cos, es col·loca la cinta mètrica al punt mitjà del braç i s'ajusta bé, evitant una pressió excessiva.

El resultat obtingut ens permet classificar la persona segons el seu estat nutricional, per a > 65 anys s'estableix el risc de desnutrició si CB <22,85 cm (**dones <22 cm i homes <23 cm**).

Perímetre del panxell

S'ha demostrat que el perímetre del panxell en els ancians és una mesura més sensible a la pèrdua de teixit muscular que la del braç, especialment quan hi ha una disminució de l'activitat física. Un resultat **inferior a 31 cm** es considera un indicador de sarcopènia i desnutrició (López, 2016).

Tant els paràmetres bioquímics com els immunològics seran valorats tenint en compte la possible existència d'altres patologies que poguessin disminuir-los sense ser signe de desnutrició.

	Albúmina¹ (g/dl)	Prealbúmina² (mg/l)	Transferrina³ (mg/dl)	Colesterol (mg/dl)	Linfocitos (células/mm³)
Normal	3,6-4,5	20-40	200-400	150-200	1.500-3.000
Desnutrición leve	2,8-3,5	15-19	150-199	130-149	1.200-1.499
Desnutrición moderada	2,1-2,7	10-14	100-149	100-129	800-1.199
Desnutrición severa	< 2,1	< 10	< 100	< 100	< 800

1.L'albúmina té una vida mitjana llarga, de 14-21 dies.

2.La prealbúmina té una vida mitjana curta, de 2-3 dies.

3.La transferrina té una vida mitjana curta, de 8-9 dies.

Permet conèixer la dieta habitual de la persona mitjançant:

- **Mètodes prospectius com el mètode de diari** en què se sol·licita a la persona que registri a temps real tots els aliments i begudes ingerits durant un període que pot anar de 1 a 7 dies.
- **Mètodes retrospectius com el record de 24 hores** o de 3 dies, si bé aquests estan més influïts per la pèrdua de memòria en pacients ancians.

El recordatori de 24 h és el mètode més utilitzat per la senzillesa i la rapidesa.

El registre de les frequències de consum d'aliments també és un mètode retrospectiu.

Característica	Retrospectiva	Prospectiva
Tiempo evaluado	Pasado	Presente / Futuro inmediato
Requiere memoria	Sí	No
Precisión de cantidades	Menor	Mayor
Alteración del hábito	No	Posible
Requiere disciplina	Menor	Alta

- En els darrers anys s'està recomanant la utilització del test reduït del Mini Nutritional Assessment (MNA-SF), validat. **Sensibilitat (96%) i especificitat (98%)**, i fiable per utilitzar en gent gran (Vrdoljak, 2015).
- És la primera part del MNA (la de cribratge), però inclou la possibilitat d'utilitzar el PP quan no és possible obtenir l'IMC del pacient.
- Considera les **sis variables** següents:
 1. Antecedent de disminució en la ingestió d'aliments en els darrers 3 mesos.
 2. Pèrdua de pes en els darrers 3 mesos.
 3. Grau de mobilitat.
 4. Presència de malaltia aguda o estrès en els darrers 3 mesos.
 5. Presència de demència o depressió.
 6. IMC.

MNA-SF I MNA

La puntuació màxima del MNA-SF és de 14 punts.
Classifica els ancians en tres grups segons:
Es triga uns 4-5 minuts a completar el qüestionari.

Puntuación indicadora de desnutrición (máx. 14 puntos)

12-14	puntos:	estado nutricional normal
8-11	puntos:	riesgo de desnutrición
0-7	puntos:	desnutrición

Si la puntuació és menor a 11 punts, hi ha risc de desnutrició i, per tant, s'haurà d'efectuar el **MNA d'avaluació** (www.mna-elderly.com).

MNA avaluació considera dades bioquímiques, antropomètriques, una enquesta dietètica i una valoració subjectiva. Té 12 ítems, la puntuació màxima és de 16 punts. i es triga uns 10-15 minuts a fer el qüestionari complet.

Finalment es sumen les dues parts per obtenir l'índex de desnutrició

- ≥ 24 punts: normal o bon estat nutricional.
- 17-23 punts: risc de desnutrició.
- <17 punts: desnutrició.

MNA

- Es recomana repetir el MNA **anualment en persones ateses ambulatòriament i cada 3 mesos en persones institucionalitzades** o aquells que hagin estat identificats com a desnodrits o en risc de malnutrició, o quan hi hagi qualsevol canvi en la situació clínica de la persona.
- Un cop completat el Cribratge (preguntes de A-F) es pot continuar amb les preguntes restants per completar la versió llarga del MNA® i obtenir informació addicional sobre alguns factors que poden impactar l'estat nutricional. Cal completar sempre les preguntes restants si es detecta risc de desnutrició o desnutrició al cribratge.

Nota: Si heu completat el MNA®-SF utilitzant el Perímetre del Panxell, llavors no podeu utilitzar el MNA®, ja que el Perímetre del Panxell, que apareix també a la pregunta R del MNA®, seria redundant i portaria a una mala interpretació de l'Indicador de Desnutrició.

Guia per emplenar el formulari Mini Nutritional Assessment (MNA®) i MNA-SF®: <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-spanish.pdf>

Recomanacions segons MNA



1. Milne AC, et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;2:CD003288

2. Gariballa S, et al. *Am J Med.* 2006;119:693-699

MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)

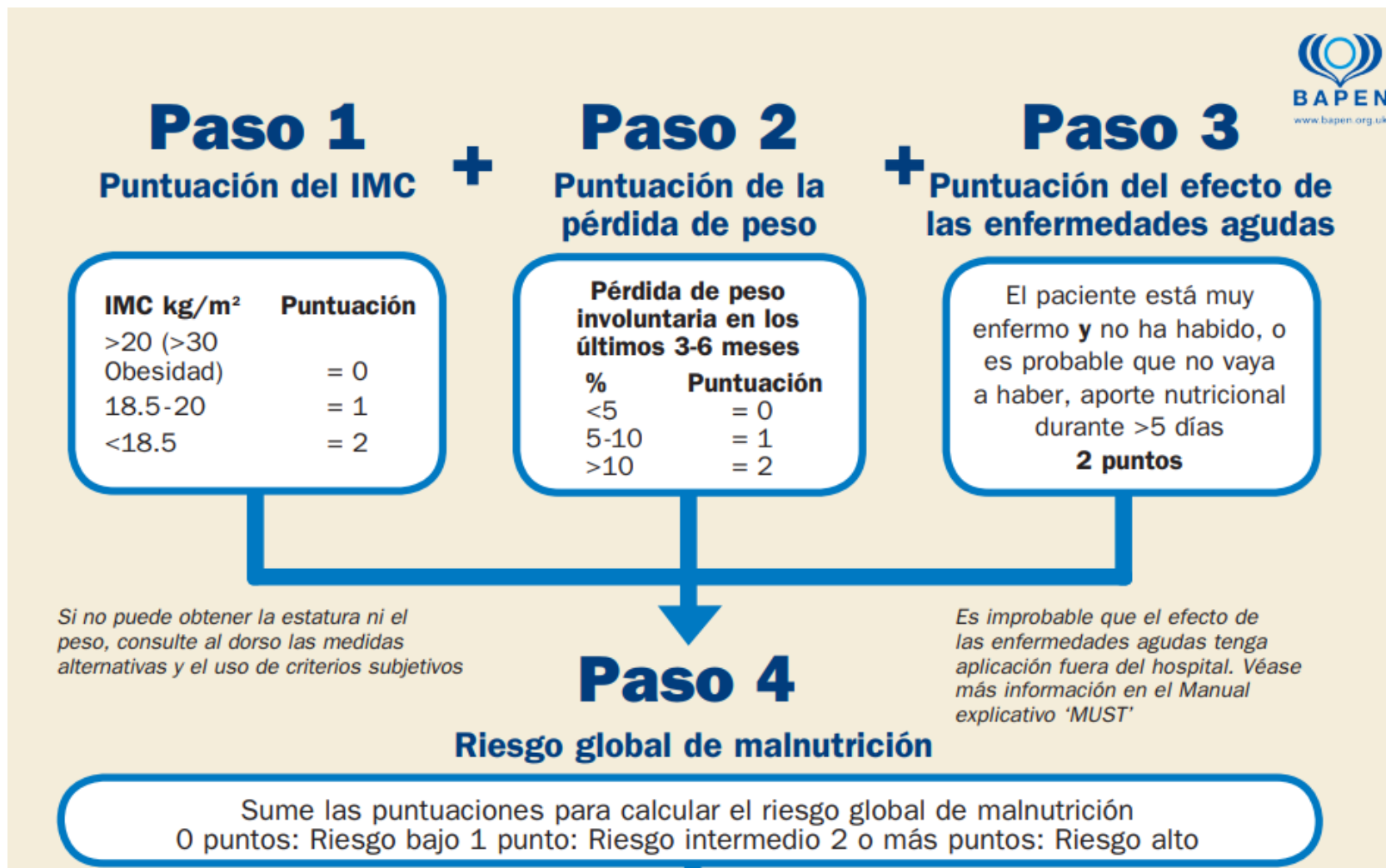
El "MUST" és un instrument de cribratge de 5 passos, per a identificar adults malnodrits, amb risc de malnutrició (desnutrició) o obesos.

Inclou a més, unes directrius de tractament.

Es pot utilitzar en hospitals, centres d'atenció primària i altres centres d'atenció sanitària. Pot ser utilitzat per tots els professionals sanitaris.

<https://www.bapen.org.uk/must-and-self-screening/must-toolkit/must-espanol/>

<https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-toolkit.pdf>





En el Manual explicativo 'MUST' se recogen más detalles y el Informe 'MUST' contiene datos de apoyo.

Suplements nutricionals.

- Són preparats o fórmules per a usos nutricionals específics, químicament modificats, complets o no quant a la seva composició de nutrients, que complementen una dieta oral insuficient.
- Amb els suplements nutricionals aconseguim evitar o corregir la desnutrició (o el risc de la mateixa) en pacients incapaços d'assolir dos terços dels requeriments energètics diaris amb la seva dieta habitual.
- En la **revisió Cochrane de 2009**, en què es valorava persones grans tant hospitalitzats com residents a la comunitat, es conclou que **els suplements nutricionals produeixen un lleu però sostingut guany de pes** en els ancians, que la **mortalitat pot reduir-se** sobretot en els pacients amb desnutrició i hospitalitzats.

Els suplements nutricionals es poden classificar segons el tipus de nutrient, la presentació del suplement i la composició. En prescriure suplements nutricionals en ancians s'haurà de tenir en compte:

- La indicació temporal (1-2 mesos) dels suplements, i si s'aconsegueixen resultats positius, es poden prolongar més temps.
- Explicar a la persona la finalitat que es pretén aconseguir i motivar-la perquè accepti el suplement, tenint presents les seves preferències pel que fa a sabors.
- Es donaran entre àpats i, de vegades, abans de ficar-se al llit, ja que, en cas contrari, poden reduir les ingestes.
- La ingesta de cada suplement nutricional no durarà més de 30 min (en glops).
- Fixar objectius realistes: inicialment de 400 kcal/dia i, si l'acceptació és bona, augmentar a les 600 kcal/dia.

- Sempre que sigui possible, les deficiències nutricionals i d'ingesta dietètica seran tractades amb un **increment de la ingesta dels aliments convencionals**, que a més serà la forma més simple, segura i barata per proporcionar una nutrició adequada.
- Es recomana reduir la mida de les racions de dinar i sopar, però incrementant la seva aportació energètica.

Quins són els aliments que podem utilitzar per enriquir la dieta?

- **Llet i derivats:** en pols o líquida. És una font de proteïnes d'alt valor biològic, greixos i lactosa, útils per afavorir una microbiota intestinal beneficiosa i millorar l'absorció del calci. A més contenen múltiples vitamines, minerals i altres micronutrients. Els lactis fermentats inclouen probiòtics naturals.
- **Ou:** és una font de proteïnes d'alt valor biològic, vitamines, greixos i colesterol. El rovell és especialment rica en greixos i la clara en proteïnes.
- **Fruites i fruits secs:** Les fruites madures contenen més hidrats de carboni, són prebiòtics naturals i font de fibra. Els fruits secs tenen alta concentració energètica, són rics en proteïnes i són font d'àcids grassos poliinsaturats, minerals, vitamines i fibra dietètica.
- **Oli d'oliva** i altres greixos: confereixen més quantitat d'energia que els hidrats de carboni, són font de vitamines liposolubles i d'àcids grassos essencials.

Quins són els aliments que podem utilitzar per enriquir la dieta?

- **Cereals i pa:** aporten hidrats de carboni fonamentalment. Poden ser útils per espessir salses.
- **Carns i peixos:** els peixos blaus són rics en greixos poliinsaturats. Les carns blanques tenen menys contingut en greix i són més fàcils de pair.

Font: Enriquecimiento natural de la dieta. Sociedad Española de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. <https://www.seghnp.org/familias/enriquecimiento-natural-de-dieta>

- La desnutrició s'associa a un risc més alt de mortalitat, taxes d'infecció més grans, augment del nombre de caigudes i fractures i estades hospitalàries més llargues.
- Criteri diagnòstic: MNA amb una puntuació < 17 i/o 1 criteri fenotípic +1 criteri etiològic.
- Prevalença malnutrició: 60% de les persones ingressades en institucions/residències i el 40% de les persones hospitalitzades. Persones incloses en ATDOM 20,2%.
- Es disposa de diferents paràmetres per a poder calcular el pes d'una persona: PB o CB,PP i també per estimar l'alçada d'aquesta.
- L'IMC ideal en persones més grans de 65 anys hauria d'estar entre 22,1 i 26,9.

- És imprescindible fer una enquesta nutricional.
- Els factors econòmics i socials també tenen una gran repercussió en l'aparició de la desnutrició, per això cal un abordatge integral de la persona.
- Els resultats analítics són també necessaris per establir un diagnòstic de desnutrició.
- MNA-SF indica 8-11punts: risc de desnutrició, 0-7 punts: desnutrició.
- MNA indica 17-23 punts: risc de desnutrició i <17 punts: desnutrició.
- Els suplementos nutricionals poden ser útils en determinades circumstàncies i amb objectius ben definits.
- Hi ha aliments naturals que poden enriquir els àpats de manera fàcil i bé de preu: llet i derivats, fruits secs, oli, fruites, cereals, carns i peixos.

- Castro-Vega I, Veses Martín S, Cantero Llorca J, Barrios Marta C, Monzó Albiach N, Bañuls Morant C et al. Prevalencia de riesgo de desnutrición y desnutrición establecida en población ambulatoria, institucionalizada y hospitalizada en un departamento de salud. Nutr. Hosp. [Internet]. 2017 ; 34(4): 889-898.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112017000400020
- Velázquez Alva MC, Irigoyen Camacho ME, Lazarevich I, Delgadillo-Velázquez J, Acosta-Domínguez P, Cogordan Ramírez A. Evaluación de la masa muscular a través de 2 indicadores antropométricos para la determinación de sarcopenia en ancianas. Cienc Clín [Internet]. 2014;15(2):47–54. <https://www.elsevier.es/es-revista-ciencias-clinicas-399-articulo-evaluacion-masa-muscular-traves-2-S1665138315000178>
- Pulido Trias V. Calidad de la nutrición en el adulto mayor institucionalizado. 2022. <http://hdl.handle.net/11201/157958>
- Iglesias L, Bermejo JC, Vivas A, León R, Villacieros M. Estado nutricional y factores relacionados con la desnutrición en una residencia de ancianos. 2020.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000200004
- Luis Pérez C, Hernández Ruiz A, Merino López C, Niño Martín V. Factores de riesgo asociados a desnutrición en personas mayores que viven en la comunidad: una revisión rápida. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2021; 166-176 . DOI: 10.1016/j.regg.2021.02.008. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-factores-riesgo-asociados-desnutricion-personas-S0211139X2100041X>

Enllaços d'interès

Guia per emplenar el formulari Mini Nutritional Assessment (MNA®) i MNA-SF®:

<https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-spanish.pdf>

Plans de cures disponibles a:



ARES primària: https://ics.gencat.cat/ca/Professionals/coneixement-assistencial/cures-infermeres/cures-atencio-primaria/ares_primaria/index-ap.html

q PC0033 Risc de dèficit nutricional

https://ics.gencat.cat/web/.content/Assistencia/ares_primaria/plans/PC0033-risc-de-deficit-nutricional-info.pdf

q PC0034 Dèficit nutricional

https://ics.gencat.cat/web/.content/Assistencia/ares_primaria/plans/PC0034-deficit-nutricional-info.pdf

- Guia pràctica sobre l'abordatge de la desnutrició en la gent gran i en pacients amb cronicitat. AIFICC. <https://www.aificc.cat/wp-content/uploads/2019/07/malnutricio.pdf>
- Qüestionari MUST.
<https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-toolkit.pdf>
<https://www.seen.es/nutricion-interactiva/must.asp>
- Recomendaciones para enriquecimiento nutricional en personas con pérdida de apetito por infección. Sociedad española de Endocrinología y Nutrición.
https://www.seen.es/ModulGEX/workspace/publico/modulos/web/docs/apartados/925/260320_043625_1352296268.pdf

