

ALIMENTACIÓN EN LA PERSONA CON ENFERMEDAD AVANZADA Y TERMINAL



**Autoría:**

Miguel Duarte Rodríguez

**Edita:**

Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

Red De Cuidados Paliativos de Andalucía.

[www.redpal.es](http://www.redpal.es)

[Licencia de Creative Commons](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)Este documento está bajo licencia de Creative Commons:

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Internacional.

ÍNDICE

[Alimentación en la persona con enfermedad avanzada y terminal. 4](#_Toc532731284)

[1. Importancia social 4](#_Toc532731285)

[2. Relevancia Clínica 4](#_Toc532731286)

[2.1. Anorexia 5](#_Toc532731287)

[2.2. Caquexia 6](#_Toc532731288)

[2.3. Disfagia 6](#_Toc532731289)

[2.3.1. Disfagia: Recomendaciones de Cuidados 7](#_Toc532731290)

[3. Alimentación: Objetivo 7](#_Toc532731291)

[3.1. Objetivos nutricionales en pacientes paliativos (Urdaneta 2002) 7](#_Toc532731292)

[4. Valoración Nutricional 8](#_Toc532731293)

[4.1. Historia dietética 8](#_Toc532731294)

[4.2. Escalas de Valoración Nutricional 8](#_Toc532731295)

[5. Estrategias de Soporte Nutricionales 8](#_Toc532731296)

[5.1. Recomendaciones dietéticas generales. 9](#_Toc532731297)

[5.2. Consejo nutricional personalizado 9](#_Toc532731298)

[5.3. Enriquecedores de la Dieta 9](#_Toc532731299)

[5.4. Nutrición Enteral 10](#_Toc532731300)

[5.5. Suplementos Nutricionales 10](#_Toc532731301)

[Módulos de Espesantes 10](#_Toc532731302)

[5.6. Nutrición Enteral por Sonda 11](#_Toc532731303)

[5.7. Nutrición Enteral por Ostomías 11](#_Toc532731304)

[Complicaciones Nutrición Enteral 11](#_Toc532731305)

[Prevención de broncoaspiración 11](#_Toc532731306)

[Nutrición Enteral Domiciliaria 12](#_Toc532731307)

[5.8. Nutrición parenteral 12](#_Toc532731308)

[6. Ejemplos de preparado comercial y preparados caseros con las características nutricionales. 12](#_Toc532731309)

# Alimentación en la persona con enfermedad avanzada y terminal.

En nuestra alimentación intervienen multitud de mecanismos fisiológicos que la regulan, pero además existen situaciones emocionales y otros factores sociales y culturales que la condicionan y la modulan.

# 1. Importancia social

La alimentación no es sólo una fuente de nutrientes, sino que tiene un importante significado personal, social y cultural y es símbolo de salud y bienestar.

La enfermedad es uno de los motivos más frecuentes de preocupación y sufrimiento en los pacientes y sus familiares.

Para la familia, la comida es uno de los medios más importantes que tienen para expresar afecto al ser querido y uno de los instrumentos más eficaces para sentirse útiles en el cuidado del paciente con enfermedad avanzada.

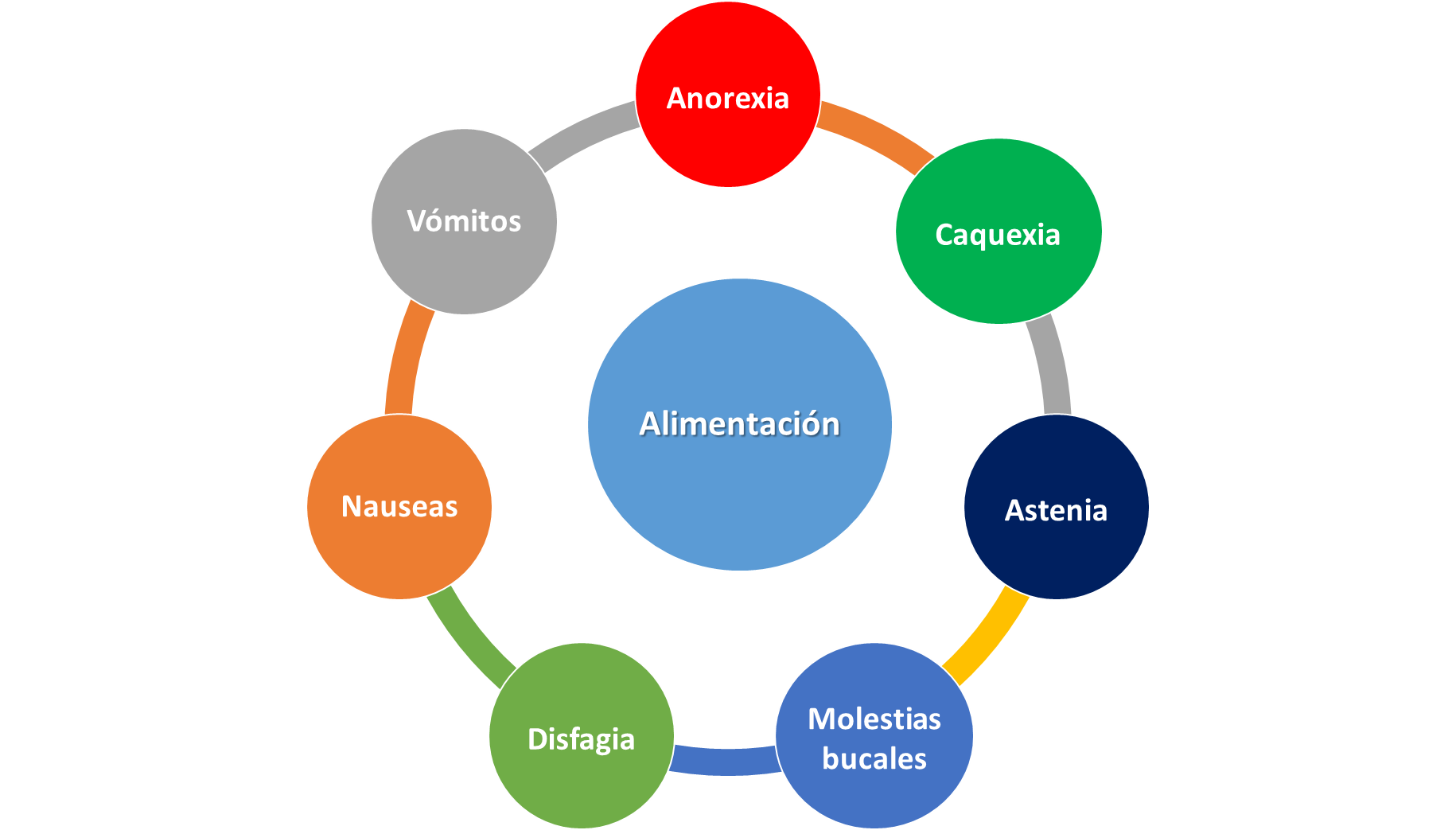
# 2. Relevancia Clínica

Existen una serie de síntomas frecuentes en las personas que padecen una enfermedad avanzada o terminal que están muy relacionados con la alimentación y pueden favorecer la aparición de desnutrición.

Son síntomas frecuentemente de difícil manejo y que suelen presagiar un mal pronóstico de la enfermedad.

Además, la nutrición al final de la vida es un tema que plantea muchas cuestiones, no solo de índole clínica sino también de toma de decisiones éticas, donde adquieren especial importancia los deseos y la voluntad del paciente.

También hay que resaltar que un buen enfoque nutricional Influye en el mantenimiento de la Calidad de Vida de los pacientes.



Algunos de estos síntomas son:

# 2.1. Anorexia

Es un síntoma que en la enfermedad avanzada es difícil de controlar y de mal pronóstico. Es uno de los síntomas que más angustian al enfermo y la familia, hasta tal punto que el paciente muchas veces se siente culpable de no poder comer ante la insistencia de la familia.

Se define tanto por la pérdida de apetito, como por la saciedad precoz al comer. Es muy frecuente en los enfermos en situación terminal, ocupando el 2º lugar tras la astenia (85%).

Hay que intentar averiguar y abordar las causas que la producen, aunque suelen ser de etiología multifactorial y no siempre conocida.

Causas frecuentes son: Náuseas, vómitos, alteraciones de la boca y del gusto, disfagia, vaciamiento lento del contenido gástrico, estreñimiento, dolor mal controlado, depresión y ansiedad, alteraciones bioquímicas, fármacos con efecto anorexígeno, deterioro cognitivo o el propio tumor en los procesos oncológicos.

La información y comunicación son fundamentales para tranquilizar y disminuir la ansiedad que la falta de apetito provoca en el paciente y, sobre todo, en la familia.

Debemos recordar que no existen actualmente evidencias que confirmen que la terapia nutricional agresiva pueda mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad avanzada.

# 2.2. Caquexia

Es otro síntoma frecuente, especialmente en la enfermedad oncológica.

Se define como un estado de malnutrición severa, no sólo debido a una disminución de la ingesta sino también a una serie de alteraciones metabólicas y hormonales.

Se caracteriza por un complejo sintomático que incluye anorexia, saciedad precoz, astenia, pérdida de peso y de masa muscular y que conduce a un progresivo deterioro funcional.

**Anorexia/Caquexia Medidas generales:**

Intentar mejorar la comprensión del paciente y la familia sobre la causa del problema.

Explicar que, en muchas ocasiones, el hecho de forzar la alimentación no va a tener unas consecuencias positivas sobre el bienestar del enfermo ni su calidad de vida, siendo una causa de sufrimiento añadido.

Prestar atención a las causas evitables que pueden producir este síndrome (micosis, aftas, alteraciones dentarias...)

**Tratamiento farmacológico:**

Los corticoides suelen mejorar este síndrome si la expectativa de supervivencia es menor de un mes, ya que actúan más rápido y la toxicidad metabólica no es muy frecuente en este tiempo.

El acetato de megestrol es eficaz y de elección si la expectativa de supervivencia supera los tres meses.

Otros fármacos que se pueden emplear son: Metoclopramida o procinéticos, dronabinol, ciproheptadina, EPA (ácido graso poliinsaturado)

# 2.3. Disfagia

Es la dificultad para la ingesta de alimentos sólidos y/o líquidos desde la boca hasta el estómago.

Este síntoma es especialmente frecuente en procesos oncológicos, AVC o ICTUS, ELA, Parkinson y aumenta significativamente en personas ancianas.

**Tratamiento**: Debe ajustarse a las expectativas de vida de la persona y, en aquellos casos en los que se prevea una terminalidad cercana, el tratamiento consistirá en:

* Dieta blanda, y si la disfagia es a líquidos, se asociarán espesantes.
* Corticoides para intentar disminuir la masa tumoral si es esa la causa.

Tratamiento de las infecciones o de las mucositis.

Si la esperanza de vida no está limitada a corto plazo se pueden plantear diferentes alternativas:

* Radioterapia esofágica paliativa.
* Prótesis o dilataciones esofágicas.
* Sonda nasogástrica.
* Gastrostomía, en pacientes con buen estado general y con un pronóstico no vital a corto plazo.
* Nutrición parenteral, aunque pocas veces está indicada en un paciente terminal, excepto si está a la espera de un tratamiento invasivo.

# 2.3.1. Disfagia: Recomendaciones de Cuidados

* Gelatina para espesar alimentos cuando la disfagia es a líquidos.
* Están contraindicados los alimentos de doble textura como el caldo con pasta o trocitos de verduras o de carne y los alimentos que se disgreguen en la boca como el arroz.
* Se pueden utilizar salsas y caldos mezclados con el alimento triturado que lubrifican y facilitan la deglución.
* Enriquecer con alimentos hipercalóricos si la ingesta es escasa.
* Raciones pequeñas y frecuentes para evitar la fatiga y saciedad precoz.
* Postura adecuada durante la ingesta. El cuerpo incorporado formando un ángulo de 90º con las piernas y la cabeza ligeramente inclinada hacia adelante
* Se recomienda no acostarse hasta una hora después de las comidas para disminuir el riesgo de reflujo o aspiración.

# 3. Alimentación: Objetivo

Hemos hablado de la importancia de la alimentación en la enfermedad avanzada y terminal y hemos visto algunos síntomas asociados a ella. Cuando nos planteamos los objetivos a conseguir debemos tener claro que la finalidad principal de las medidas terapéuticas nutricionales en pacientes en cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida y el control de síntomas.

En consecuencia, debemos tener en cuenta, por un lado, la condición clínica y el pronóstico de vida de la persona y, por otro, los intereses y la actitud del propio paciente y de su familia.

Las estrategias y objetivos irán cambiando y adaptándose a la situación de la persona y evidentemente serán distintos al comienzo del proceso de la enfermedad, cuando aparece el deterioro funcional, en la fase avanzada de la enfermedad o en el periodo de agonía.

Podemos citar algunos objetivos más concretos que nos podemos plantear en un proceso de cuidados paliativos:

# 3.1. Objetivos nutricionales en pacientes paliativos (Urdaneta 2002)

* Mantener el mejor estado nutricional posible
* Evitar el desarrollo o la instauración de desnutrición
* Aportar una ingesta proteica suficiente
* Asegurar una correcta hidratación
* Facilitar la deglución
* Evitar el estreñimiento
* Evitar las interacciones entre los fármacos y los alimentos
* Conseguir el máximo nivel de alimentación oral
* Maximizar el placer que se obtiene al comer

# 4. Valoración Nutricional

La valoración de la ingesta de alimentos y el estado nutricional son elementos esenciales para descubrir carencias y necesidades existentes o potenciales y poder planificar estrategias e intervenciones que ayuden a mejorar la calidad de vida de los pacientes de cuidados paliativos.

Deben forman parte de la valoración integral y de las estrategias de tratamiento desde el inicio del proceso asistencial.

Al realizar la Valoración Nutricional hay 4 aspectos importantes a destacar:

* Anamnesis que recoja la historia dietética
* Antropometría (talla, peso, índice de masa corporal…)
* Datos analíticos relevantes.
* Cálculo aproximado de los requerimientos nutricionales.

# 4.1. Historia dietética

* Estimación de la ingesta habitual
* Existencia o no de desequilibrios cualitativos o cuantitativos en la dieta
* Aporte de líquidos
* Tamaño de las porciones de alimento
* Horario de la alimentación
* Entorno social en las comidas
* Alergias, intolerancias…
* Agrado o desagrado de determinados alimentos o preparaciones culinarias.

# 4.2. Escalas de Valoración Nutricional

Existen una serie de escalas, test e índices que nos pueden servir de ayuda, algunas de las más conocidas y utilizadas son:

* Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
* Mini Nutritional Assessment (MNA)
* La Valoración Global Subjetiva (VGS)

# 5. Estrategias de Soporte Nutricionales

Una vez realizada la valoración nutricional tenemos diversas opciones terapéuticas que se pueden utilizar según la situación clínica y los deseos de la persona o la familia.

Las nombramos empezando por las más fáciles de poner en marcha y siguiendo con las más complejas. Recomendaciones dietéticas generales:

* Consejo nutricional personalizado
* Uso de Enriquecedores de la dieta
* Suplementos nutricionales
* Sondas nasoenterales
* Ostomías
* Nutrición parenteral

# 5.1. Recomendaciones dietéticas generales.

* Son consejos generales sobre alimentación y nutrición.
* Son útiles cuando la persona no está en riesgo o estado de malnutrición.
* En los pacientes con un proceso que tiene un enfoque paliativo, hay que intentar ser flexibles con las restricciones dietéticas.

# 5.2. Consejo nutricional personalizado

Se dará especialmente cuando haya un riesgo o exista malnutrición. Esas recomendaciones se adaptarán a la situación de la persona y se ajustarán a la progresión de la enfermedad. Existen algunas orientaciones que suelen ser útiles para la mayoría de las personas paliativas:

* Fraccionar la dieta en 6-7 tomas
* No presionar/agobiar al paciente para que coma.
* Adaptarse al gusto del paciente
* Presentar con “arte” los alimentos
* Procurar un entorno agradable y familiar en el momento de las comidas.

En la alimentación, cuanto más avanzada esté la enfermedad, más tendremos que recordar y llevar a la práctica la frase:

“Lo que quiera, cuando quiera, cuanto quiera”.

# 5.3. Enriquecedores de la Dieta

Son alimentos que, al ser añadidos en la elaboración de los platos, mejoran sus características nutricionales. Son trucos y recomendaciones útiles y fáciles de utilizar que nos ayudan a optimizar la alimentación de pacientes.

**Leche en polvo:** Se utiliza como bebida y en cocciones. Se puede añadir a la leche (10 cucharadas de leche en polvo por litro de leche). Puede utilizarse en la preparación de batidos (con fruta fresca o en almíbar), postres, sopas y purés (agregando una cucharada de leche en polvo), con cereales, con cacao en polvo o jarabes de fruta y también añadiendo salsa bechamel a platos como verduras, pastas o patatas.

**Queso:** Fundido (en tortillas, en puré de verduras, etc.), rallado (en sopas, cremas, purés, pastas, tortilla, suflés, crepes, etc.), troceado en ensaladas o en bocadillos.

**Yogur:** Se utiliza en la preparación de batidos con frutas, en desayunos con cereales, frutos secos y azúcar, también suele añadirse a salsas para ensaladas. Puede enriquecerse con leche en polvo o condensada.

**Huevo:** Troceado en ensaladas, sopas o verduras, batido en purés de patata, sopas, cremas, salsas, batidos de leche o helados. Se pueden incorporar claras batidas o huevo entero batido a rellenos de tartas de verduras, bechamel, etc., y también claras a postres como flan o natillas.

**Carne y pescado:** Troceados en platos de verdura, ensaladas, guisos, salsas o sopas. Como relleno en tortillas, patatas al horno, berenjenas, calabacines, etc. En potajes, cocidos. etc.

**Aceite y grasas:** Se utiliza nata, mantequilla, mayonesa y otras salsas y se añaden a purés de todo tipo (verduras, cereales, carne, pescados, huevos), a salsas y a postres.

**Frutos y frutas secas:** Troceados, como complemento en salsas, guisos y ensaladas.

**Azúcar y miel:** Con zumos, batidos y postres en general.

Cacao en polvo y chocolate: Agregados a batidos y postres.

**Galletas:** Se consumen enteras o troceadas principalmente en desayunos y meriendas

Hay que destacar que el consejo nutricional (incluyendo los enriquecedores de la dieta) es capaz de mejorar la ingesta calórica por término medio en 450 kcal/día, aunque esta mejoría es temporal por el avance de la enfermedad.

# 5.4. Nutrición Enteral

La nutrición enteral está indicada en pacientes que son incapaces de ingerir cantidades adecuadas de nutrientes y tienen un tracto gastrointestinal con suficiente capacidad funcional.

Deben sopesarse los objetivos, toxicidad, riesgos y valorar siempre si con ello se contribuye a aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

5.5. Suplementos Nutricionales (preparados comerciales por vía oral)

Estrategia simple y no invasiva, que tiene como propósito incrementar la ingesta de nutrientes en pacientes que no cubren sus necesidades nutricionales con las recomendaciones dietéticas.

* Necesita pacientes estables, con reflejos de deglución conservados y que cooperen con todas las indicaciones que puedan recibir.
* Se utilizarán preparados comerciales que tengan olor y sabor agradables.
* Se pueden utilizar como nutrición completa o bien para suplemento alimenticio si la ingesta es insuficiente.

# Módulos de Espesantes

Dentro de los suplementos hay que destacar los espesantes, están compuestos únicamente por almidones modificados destinados a aumentar la consistencia de los alimentos líquidos.

Están indicados en enfermos con disfagia que tienen posibilidad de ingerir alimentos sólidos sin riesgo de aspiración, pero sufren aspiración o corren riesgo de sufrirla, si ingieren alimentos líquidos.

# 5.6. Nutrición Enteral por Sonda

Es la introducción de una sonda por un orificio nasal, generalmente hasta la cavidad gástrica con el objetivo de administrar la alimentación.

En función de donde termine la sonda puede ser nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal.

La sonda nasogástrica es la más utilizada. Se recomiendan sondas de pequeño calibre, flexibles y de materiales de silicona o poliuretano.

# 5.7. Nutrición Enteral por Ostomías

Es la introducción de una sonda a través del abdomen hasta la cavidad gástrica, gastrostomía o hasta el yeyuno, yeyunostomía.

La gastrostomía o la yeyunostomía se emplean cuando se prevé que la nutrición enteral va a ser prolongada.

También cuando existen problemas locales en el área ORL, esófago o estómago que dificultan el paso de la sonda nasogástrica.

Tanto para las sondas nasoenterales como en la nutrición a través de ostomía, se utilizan Fórmulas artificiales nutricionales.

Existen numerosas tipos y marcas comerciales de fórmulas para la nutrición enteral; según la situación concreta de la persona se podrá indicar la más adecuada.

La nutrición a través de sonda u ostomía se puede administrar mediante bolos con una jeringa de alimentación, por gravedad a través de un sistema de alimentación o con una bomba de nutrición y administración continua.

# Complicaciones Nutrición Enteral

La más frecuente es la aspiración que puede dar lugar a neumonía por aspiración, también son frecuentes los problemas gastrointestinales como náuseas, vómitos o diarreas y los problemas mecánicos por obstrucción o salida de la sonda.

# Prevención de broncoaspiración

El paciente estará sentado o incorporado a más de 30 grados mientras recibe la nutrición y permanecerá como mínimo 30 minutos después de finalizada la NE.

En los pacientes con riesgo se administrará la dieta en infusión continua con bomba de infusión.

# Nutrición Enteral Domiciliaria

La NED permite al paciente permanecer en su entorno sociofamiliar, con similares garantías de seguridad y eficacia, siempre que se programe adecuadamente el tratamiento y seguimiento del paciente y se ayude a la familia con un programa de educación y entrenamiento sobre el manejo de la nutrición.

# 5.8. Nutrición parenteral

La nutrición parenteral es la administración de nutrientes por vía endovenosa.

Está indicada en aquellos pacientes en los que el aparato digestivo es anatómica o funcionalmente deficiente, o con necesidad de reposo del mismo impidiendo una alimentación enteral adecuada.

En un enfermo en situación terminal, aunque no coma, carece de sentido su empleo.

# 6. Ejemplos de preparado comercial y preparados caseros con las características nutricionales.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PREPARADOS COMERCIALES** | **Energía (Kcal)** | **Proteínas (g)** | **Hidratos carbono (g)** | **Lípidos (g)** |
| Dieta normocalórica-normoprotéica 500 ml | 522 | 18.75  (14%) | 68  (52%) | 19.5  (34%) |
| Dieta normocalórica-hiperproteica 500 ml | 610 | 33.1  (22%) | 74.1  (48%) | 20.1  (30%) |
| Dieta hipercalórica-normoproteica 500 ml | 800 | 28  (14%) | 102  (51%) | 31  (35%) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALIMENTOS NATURALES** | **Energía (Kcal)** | **Proteínas (g)** | **Hidratos carbono(g** | **Lípidos (g)** |
| 500 ml de leche entera | 340 | 17.5 | 23 | 19.5 |
| 40 g de leche desnatada en polvo (2  cucharadas soperas) | 149.2 | 15.2 | 21.2 | 0.4 |
| 20 g de azúcar  (1 cucharada sopera) | 76 |  | 19.9 |  |
| 20 g de cacao  (1 cucharada sopera) | 73.2 | 1.1 | 15.48 | 1.2 |
| **Total** | **638.4** | **33.8**  **(21%)** | **79.58**  **(50%)** | **21.1**  **(29%)** |

1. Yogur de plátano

Crema de chocolate

10 g de almendras trituradas en polvo

10 g leche descremada en polvo (una cucharada sopera)

(384 Kcal, 14% proteínas, 55% glúcidos, 31% grasas)

2. Yogur de fresa

Un plátano

2 galletas María (10 g)

20 g almendras trituradas en polvo

10 g leche en polvo descremada (una cucharada sopera)

(385 Kcal, 14% proteínas, 50% glúcidos, 36% grasas)

3. 2 petits suisse de fresa

3 - 4 fresas (60 g)

4 galletas María

(288 Kcal, 15% proteína, 51% glúcidos, 34% grasas)

4. Flan de huevo

2 galletas María

Yogur de vainilla

10 g de leche entera en polvo (una cucharada sopera)

(359 Kcal, 14% proteínas, 65% glúcidos, 21% grasas)

5. Yogur de ciruela

60 g queso fresco (una terrina pequeña)

130 g de ciruelas (2-3 piezas)

1 torrijas

(302 Kcal, 18% proteína, 52% glúcidos, 30% grasas)

6. Yogur de melocotón

20 g de cereales infantiles (dos cucharadas soperas)

20 g de almendras trituradas en polvo

10 g de leche descremada en polvo (una cucharada sopera)

(368 Kcal, 13% proteína, 48% glúcidos, 39% grasas)

7. Referencias bibliográficas utilizadas y recomendadas.

Todas estos documentos los puede encontrar (texto en pdf o enlace) en esta sección de la página web RedPAL

Guías clínicas SECPAL. [Guía clínica de soporte nutricional en cuidados paliativos](http://www.clinicahumana.es/wp-content/uploads/2017/03/Guia-practica-de-soporte-nutricional-en-Cuidados-Paliativos.-PERSAN-FARMA.pdf)

Serie Envejecimiento y nutrición. [Intervención nutricional en el paciente con disfagia](http://vegenatnutricion.es/libros/adjuntos/11/VEGENAT-Disfagia.pdf)

[Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre](https://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/guiaNED.pdf), por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud .

[Guía de nutrición enteral domiciliaria en el Sistema Nacional de Salud](https://www.msssi.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/guiaNED.pdf) 2008 MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO.

[Proceso de soporte de Nutrición Clínica y Dietética](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/procesos_soporte/nutricion/proceso_soporte_nutricion.pdf) de la consejería de Salud de la Junta de Andalucía de 2006.

[La alimentación en el enfermo oncológico paliativo: aspectos psicosociales](file:///C:\Users\MIGUEL\Desktop\Descargas%20escrtorio\Encarna%20Chisbert%20TESIS%20(1).pdf) TESIS DOCTORAL 2015 Mª Encarnación Chisbert Alapont