

N18

Cuaderno Lares

LA IMPORTANCIA DE MANTENER UN BUEN ESTADO NUTRICIONAL EN LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Con la colaboración de:



Subvencionado por



Índice

Introducción.....	3
Objetivo.....	5
Consideraciones previas.....	6
Personal.....	10
Medidas informativas.....	11
Medidas preventivas.....	12
Medidas generales.....	15
Aspectos a tener en cuenta.....	18
Cartelería para los centros.....	27
Anexo.....	32

Autores:

Grupo de alimentación Lares en colaboración con Danone-Nutricia

INTRODUCCIÓN

El documento sobre la importancia de mantener un buen estado nutricional en las personas mayores en situación de dependencia, permite sensibilizar a las personas de la importancia de mantener y conseguir un estado nutricional adecuado en este grupo de población, que viven en sus domicilios o en centros sociosanitarios.

Además, no podemos olvidar que las personas mayores han sido las más afectadas en esta situación de pandemia. Con una elevada mortalidad y complicaciones asociadas secundarias, tanto las personas infectadas por **Covid-19**, como las que han sufrido las medidas obligadas que se han establecido durante la pandemia (aislamiento, restricción de visitas...).

En el contexto de la pandemia COVID- 19, el tratamiento nutricional ha cobrado un papel fundamental en la recuperación de los pacientes infectados por SARS-CoV-2.

La **pérdida de masa magra muscular** puede conllevar un impacto importante en su salud, incluyendo una función inmune deteriorada y mayores tasas de mortalidad.

Según los expertos, es fundamental contemplar **el tratamiento nutricional para la recuperación funcional del músculo** en los diferentes tipos de pacientes desnutridos o en riesgo de desnutrición, que sufren pérdida de masa muscular ocasionada por el virus.

Por otro lado, también hay que tener en cuenta que, el **confinamiento/aislamiento** de los mayores puede haber tenido un impacto negativo en su funcionalidad y estado nutricional.

Se ha observado, además, una elevada prevalencia de disfagia post covid y la pérdida de gusto y olfato, como otro de los efectos secundarios derivados de la infección del virus que han tenido un impacto directo en la reducción de la ingesta alimentaria.

Este documento ha sido elaborado gracias al trabajo en equipo y la colaboración de Lares federación.

OBJETIVO

Este documento tiene como objetivo:

1. Concienciar a los profesionales y residentes de la importancia de mantener un adecuado estado nutricional de los usuarios.
2. Conseguir o mantener un adecuado estado nutricional del residente y personas en situación de dependencia, atendiendo las señales de alarma de forma precoz.
3. Incidir en el diagnóstico y tratamiento de la disfagia, una correcta hidratación y otros aspectos que puedan influir en el estado nutricional de los usuarios.
4. Garantizar los derechos de las personas y asegurar la mayor calidad de vida posible.
5. Promover que, además de un adecuado cribado nutricional, se sigan recogiendo otros parámetros importantes del residente.
6. Concienciar al servicio nacional de salud y autoridades sanitarias de la importancia de la nutrición y el impacto de la desnutrición en personas mayores en situación de dependencia que se han visto especialmente afectadas en la pandemia .
7. Entender la legislación existente referente a la prescripción de productos nutricionales. (Consultar ANEXO I).

1. Edad y patología

La población es cada vez más longeva (4,77% octogenarios) y ello supone un incremento de las enfermedades crónicas y del gasto sanitario.

Hay una estrecha relación entre la edad, la enfermedad y la desnutrición; es lo que se define como **desnutrición relacionada con la enfermedad**.

Las consecuencias de la desnutrición relacionada con la enfermedad son transversales, con implicaciones clínicas, sociales, emocionales y económicas.

Tiene un fuerte impacto en la calidad de vida de los pacientes, provocando un empeoramiento de la **funcionalidad** y un incremento de la **dependencia**.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de julio de 2021 había 9.356.985 **personas mayores** (65 y más años), **un 19,77% sobre el total de la población. Los octogenarios**; representan actualmente el **4,77% de toda la población**. Según la proyección del INE, si se mantuvieran las tendencias demográficas actuales, la población de 65 años y más, supondría el 26,5% del total en el año 2035.

Se estima que en 2050 España será el segundo o tercer país más envejecido del mundo, lo que conllevará un aumento progresivo de las enfermedades crónicas y, por consiguiente, una mayor utilización de los servicios sanitarios (SEMI 2019).

La enfermedad crónica es una constante en nuestra población. La proporción de pacientes y el número de enfermedades crónicas aumenta especialmente a partir de los 60 años. Se calcula que las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria. La prevalencia de pluripatología se puede estimar en un 1,38% de la población general o un 5% en mayores de 65 años de edad.

Anciano frágil: Tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar, con una mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud y pérdida de función, discapacidad o dependencia¹.

Paciente pluripatológico: a convivencia de al menos dos patologías (co-morbilidad), es altamente prevalente, especialmente en el ámbito hospitalario².

En Atención Primaria, hasta el 40% de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está poli-medicado, el 34% presenta un Índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo.

La **prevalencia de pluripatología** se puede **estimar** en un 1,38% de la población general o un **5% en mayores de 65 años de edad**.

1 Baztán, 2006; 2.—Baztán, 1997; 3.—Whitson, 2007.

2 (ESPEN, 2017).

2. Desnutrición y riesgo de desnutrición

El impacto económico de la desnutrición en el sistema nacional de salud es muy elevado.

El **estudio PREDyCES**³ puso números a la desnutrición relacionada con la enfermedad en España:

- **Uno de cada cuatro pacientes hospitalizados** está en riesgo de desnutrición o desnutrido.
- En los **mayores de 70 años** aumenta al **37%**.
- Hay una mayor incidencia de complicaciones, **mayor duración de la estancia hospitalaria**, y un sobrecoste asociado de hasta el 50% adicional respecto a los pacientes no desnutridos, con un gasto adicional asociado de 5829€ por paciente.

Según el **estudio SeDREno** (el mayor estudio multicéntrico reportado en Europa en el que se utilizan los criterios GLIM) se observó que la desnutrición hospitalaria en los pacientes es del 29,7%, y en aquellos mayores de 70 años, del 34,8%. Es decir, 1 de cada 3.

Asimismo, las condiciones clínicas asociadas significativamente con una mayor prevalencia de desnutrición fueron: La disfagia (con un 47,6%), el deterioro cognitivo (con un 43,4%), el cáncer (con un 39,1%), las enfermedades gastrointestinales (con un 37,7%), la diabetes (con un 34,8%) y la patología cardiovascular (con un 33,4%)

3. Implicación económica

Solo la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad Crónica tiene un coste de 1143 millones de€ en hospitales + coste de la discapacidad asociada lo que supone más del 1,8% del presupuesto total del SNS.

3 PREDyCES study, Álvarez-Hernández et al., 2012

Además, la inclusión del dietista-nutricionista en el SNS, optimizaría las inversiones en sanidad, mejorando la relación coste-efectividad. Se debe resaltar, que las intervenciones dietéticas en la población son eficaces y coste-efectivas, y se justifica su inclusión porque aumenta la eficiencia de las intervenciones sin representar un coste adicional en el SNS; la inversión en el profesional se ve reembolsada por el sistema⁴.

Concurre en circunstancias de evidencia científica sobre su amplia actuación en la seguridad y la eficacia clínica. Su contribución eficaz a la prevención, el tratamiento o la curación de las enfermedades, está ampliamente documentada y su representación bajo un colegio profesional, evita la multiplicación de organizaciones o personas con planteamientos paracientíficos. Al mismo tiempo, al incorporar al dietista-nutricionista a equipos multidisciplinares de actuación sanitaria, especialmente desde salud pública y atención primaria permitiría abaratar el gasto sanitario⁵.

En este contexto, la postura de la AED-N y de los colegios profesionales de dietistas-nutricionistas, es que la inclusión de los servicios del dietista-nutricionista en el marco de las diferentes áreas del Sistema Nacional de Salud, contribuirá a la mejora de la atención en la salud de los ciudadanos de nuestro país, así como a la optimización de los recursos⁶.

Actualmente, Canadá, Estados Unidos y varios países de Europa, ya tienen incorporada la profesión de dietista-nutricionista desde hace años en su sistema sanitario.

-
- 4 Aguilar E., Aguilar L., Baladía E., Buhning K., Garroz R., Marqués ME, et al. Documento de postura del Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas- Nutricionistas y la Academia Española de Nutrición y Dietética y evaluación del impacto y coste-beneficio de la inclusión de dietistas-nutricionistas en equipos interdisciplinares del Sistema Nacional de Salud; 2018.
 - 5 Baladía E, Basulto J. Grupo de Revisión y Posicionamiento de la Asociación España de Dietistas-Nutricionistas (GREP/AED-N). El dietista-nutricionista en atención primaria de salud. Act Diet, 34 (2007), pp. 24-38
 - 6 Comisión de trabajo de la AED-N. Propuesta de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AED-N) para la incorporación efectiva del y de la dietista-nutricionista al Sistema Nacional de Salud.

El personal implicado es:

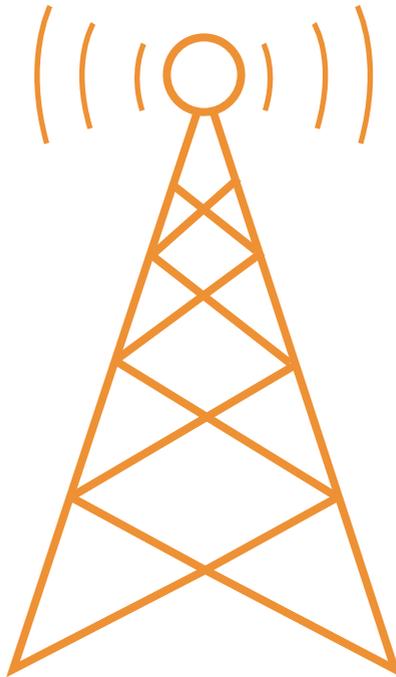
- Dietista-Nutricionista.
- Personal sanitario (médicos, enfermeras...).
- Administraciones.

Es fundamental una información y comunicación fluida con los trabajadores, para lograr integrar los aspectos del estado nutricional de los usuarios, como parte de la metodología de trabajo.



MEDIDAS INFORMATIVAS

1. Carteles informativos sobre el impacto de la desnutrición y los aspectos a tener en cuenta. Avisar al departamento médico para valoración.
2. Carteles informativos sobre abordaje de la disfagia.
3. Carteles informativos sobre hidratación.
4. Carteles informativos sobre ejercicios de resistencia recomendados.
5. Actividades formativas y de sensibilización (webinars, presenciales, on-line, píldoras...).



MEDIDAS PREVENTIVAS

Es importante establecer una serie de medidas preventivas y prestar atención a los signos de iniciales de desnutrición y hacer así un diagnóstico precoz para poder realizar un adecuado abordaje.

La desnutrición, es un tema de especial preocupación y uno de los temas olvidados desde el sistema público de salud. Se define como el estado de **deficiencia calórica, proteica** o de **otros nutrientes** específicos, que produce un cambio cuantificable en la función corporal y se asocia a un **empeoramiento de los efectos de las enfermedades**, al tiempo que puede **revertirse** específicamente mediante el apoyo nutricional.

Queremos poner de manifiesto que son varias las causas de la desnutrición y que están relacionadas con la ingesta, el metabolismo y la enfermedad, causas todas ellas muy vinculadas a la edad. Las personas mayores son más susceptibles de padecer desnutrición.

El impacto de la desnutrición es transversal y abarca a varios aspectos de la vida del paciente, no solo clínicos sino también anímicos, sociales y económicos.

DESNUTRICIÓN*. CONSECUENCIAS

- Reduce la fuerza muscular, genera fatiga y morbilidad.
- Incrementa la morbilidad y mortalidad.
- Mayor riesgo de complicaciones (úlceras por presión e infecciones respiratorias).
- Disminuye la respuesta del sistema inmune.
- Más visitas al Médico de Atención Primaria y al Hospital.

(*ver infografía en la página 27).

- Impacta en las actividades como comprar, cocinar, autocuidado...
- Apatía, depresión, disminución de la calidad de vida.

SIGNOS DE ALARMA DE DESNUTRICIÓN

Síntomas de inicio:

- Apetito disminuido.
- Aversión por la carne - Reducción del consumo de carne.
- Ingesta nutricional reducida en 1/3 de las necesidades diarias.
- Apatía.
- Leve - moderada fatiga, permanecer sin periodos de recuperación.
- Movilidad reducida.

Síntomas tardíos:

- Pérdida de apetito.
- Se reduce la ingesta nutricional en $\frac{3}{4}$ de las necesidades diarias.
- Debilidad y desgaste muscular
- Intensa y permanente fatiga sin periodos de recuperación.
- Piel seca, fina y agrietada.
- Pérdida de peso significativa (5-10 % en los últimos 6 meses).
- Inmovilidad, postración en cama e incapacidad de salir de casa
- Alto riesgo de úlceras por presión, contracturas, neumonía y delirium.
- Dependencia y hospitalización.

Es muy importantes el **registro de peso y los cribados nutricionales**.

Solicitud precoz de valoración nutricional cuando hay signos de riesgo nutricional > soporte nutricional adecuado e individualizado (nuevas guías). Es importante llevar a cabo la valoración nutricional en aquellos pacientes que tras el cribado dan positivo, ello nos permitirá una intervención nutricional temprana minimizando las consecuencias colaterales, mayor estancia hospitalaria, más reingresos, etc.

OTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS

- **Realizar ejercicio en la medida de lo posible.**
- **Tomar el sol** 15-30 min (antebrazos, cara y cuello) para favorecer la síntesis de vitamina D.
- **Tablas de ejercicios realizables y adaptados.** El ejercicio físico de resistencia con cargas bajas, junto con la ingesta de proteína, favorece la síntesis de proteína muscular⁷.
- **Mejorar el estado de ánimo para mejorar ingestas:** música, ejercicios en grupos...
- **Implicar a los residentes** en las elaboraciones de comida: talleres de cocina, celebraciones, vídeos para redes sociales...
- **Estimulación cognitiva y emocional:** mantener actividades de ocio con la misma logística (residencias pequeñas vs residencias grandes).
- Importancia de **adaptar bien las texturas en paciente con disfagia**, con mayor frecuencia en el caso de pacientes con infecciones respiratorias.

⁷ Agergaard J, et al. Effect of light-load resistance exercise on postprandial amino acid transporter expression in elderly men. *Physiol Rep*. 2017 Sep;5(18).

MEDIDAS GENERALES

CRITERIOS GLIM

Existen unas nuevas guías que permiten diagnosticar la desnutrición y la severidad de la misma. Es la primera vez que se tiene en cuenta la masa muscular, con gran impacto en la funcionalidad, y la carga inflamatoria.

Diagnóstico de desnutrición con al menos 1 criterio fenotípico y 1 criterio etiológico

Criterios fenotípicos		
Pérdida de peso (%)	Bajo índice de masa corporal (kg/m ²)	Reducción de la masa muscular
>5% en los últimos 6 meses ó >10% más allá de los 6 meses	<20 si <70 años, o <22 si >70 años	Reducido por técnicas de medición de la composición corporal validadas.

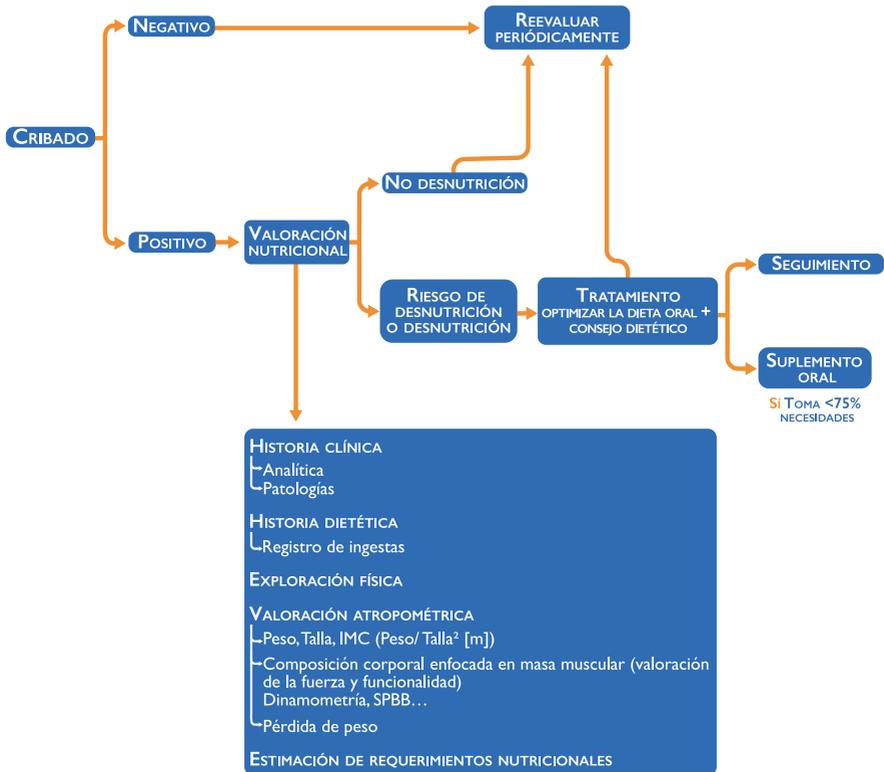
Criterios etiológicos	
Reducción de la ingesta o asimilación de alimentos	Inflamación
≤50% de los requerimientos energéticos > 1 semana, o cualquier reducción durante >2 semanas, o cualquier afección gastrointestinal crónica que afecte negativamente la asimilación o absorción de alimentos.	Enfermedad/lesión aguda o enfermedad crónica relacionada.

Criterios fenotípicos			
	Pérdida de peso (%)	Bajo índice de masa corporal (kg/m ²)	Reducción de la masa muscular
Desnutrición moderada (Requiere 1 criterio fenotípico que cumpla con este grado).	5-10% en los últimos 6 meses o 10-20% más allá de 6 meses	<20 si <70 años, o <22 si >70 años	Déficit leve a moderado.
Desnutrición severa (Requiere 1 criterio fenotípico que cumpla con este grado).	>10% en los últimos 6 meses o >20% más allá de los 6 meses	<18,5 si <70 años, o <20 si >70 años	Déficit severo.

Se precisa de una Intervención Integral:

- **Abordaje Nutricional:**
 - » Optimización de la dieta.
 - » Suplemento Nutricional Oral.
- **Ejercicio físico*** de resistencia.

CRIBADO NUTRICIONAL



(*ver infografía en la página 31).

TRATAMIENTO. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

1. Intervención nutricional. Optimización de la dieta

- » Cuidar la **presentación, la textura y la variedad** de los platos, utilizando colores atractivos y variando sabores y olores.
- » **Varias comidas** al día muy nutritivas y de poco volumen.
- » La opción de **plato único** es útil siempre que esté representado el primero y segundo plato y se asegure la presencia de proteína.
- » Podemos **enriquecer** los platos añadiendo algunos alimentos:
 - ~ Añadir a los **purés, verduras, arroces y pastas**: queso, huevo duro, carne, pescado, frutos secos, frutas desecadas, leche en polvo, nata, aceite de oliva virgen extra...
 - ~ En **postres** añadir: miel, mermelada, leche en polvo, frutos secos, yogur o compota de fruta.

2. Intervención nutricional. Suplementos nutricionales orales

Si con la optimización de la dieta no es posible se valorará la intervención nutricional con suplementos nutricionales orales.

Los suplementos nutricionales orales son Alimentos para Usos Médicos Especiales destinados a cubrir necesidades nutricionales concretas y son prescritos por el médico en casos específicos y justificados.

Pueden estar compuestos, entre otros, por proteínas y nutrientes calóricos para aumentar el aporte calórico-proteico de la dieta habitual.

Hay diferentes tipos de suplementos nutricionales en función de la composición y especificidad para diferentes situaciones clínicas.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

1. Ansiedad, depresión y anorexia

- » Los trastornos del estado de ánimo, como la ansiedad y la depresión, son poderosos inhibidores del apetito. La anorexia del envejecimiento, con sus consecuencias negativas sobre el peso y la masa muscular, es un factor de riesgo para el desarrollo de la fragilidad y es importante su detección, ya que la intervención temprana es clave para revertir esta condición debilitante⁸.
- » La anorexia en el anciano conduce a la malnutrición proteico-energética, a una mayor pérdida de peso y a complicaciones secundarias (sarcopenia, fragilidad, comorbilidades y, finalmente, a un aumento de la mortalidad)⁹.

2. Disfagia*

La **disfagia** es un síntoma que está infradiagnosticado y se define como la dificultad para tragar. **Las consecuencias son:** cuadros de desnutrición, deshidratación, neumonías por aspiración y mortalidad.

Por ello el primer paso es detectarla. Síntomas como: **tos, atragantamiento, babeo, presencia de residuos en la boca, cambios en la voz, febrículas frecuentes, neumonías o infecciones respiratorias de repetición o pérdidas de peso**, nos alertan de una posible disfagia.

La prevalencia de las enfermedades aumenta con la edad, y la disfagia es una comorbilidad asociada a muchas de ellas y/o sus tratamientos. Los adultos mayores se muestran más vulnerables a la disfagia por la incidencia de otros factores de estrés adicionales, tales como las enferme-

8 [Anorexia of aging and its role for frailty. Sanford AM. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2017 Jan.].

9 [Mechanisms of the anorexia of aging-a review. Wysokiński A, Sobów T, Kłoszewska I, Kostka T. Age (Dordr). 2015 Aug.].

(*ver infografía en la página 28).

dades agudas, ciertos medicamentos y problemas de masticación que dificultan una deglución eficiente. El estado de la boca, incluyendo el número de piezas dentales, la fuerza de masticación y el flujo de saliva, afectará a la masticación, que se deteriora inevitablemente en las personas de edad con el edentulismo, la xerostomía, la disminución de la fuerza masticatoria y los ciclos de masticación más largos^{10 11}. Varios estudios han demostrado que la masticación se altera en las personas que usan prótesis dentales removibles, y que esto puede aumentar el riesgo de aspiración. La presencia de tales factores de estrés puede marcar la sutil línea divisoria que separa la presbifagia de la disfagia declarada. Es esencial que los profesionales de la salud sean capaces de diferenciar y diagnosticar ambos cuadros clínicos para tratar cada caso de la manera más adecuada¹².

La prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes neurológicos es en lctus: 55%¹³, esclerosis lateral amiotrófica 80%¹⁴, demencia avanzada 80%¹⁵, parkinson 82%¹⁶, esclerosis múltiple 38%¹⁷, pacientes oncológicos cabeza y cuello 73% tras tratamiento¹⁸.

- 10 Baijens LW, Clavé P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb GF, Leners JC, Masiero S, Mateos-Nozal J, Ortega O, Smithard DG, Speyer R, Walshe M. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clin Interv Aging*. 2016 Oct 7;11:1403-1428. eCollection 2016.
- 11 Berretin-Felix G, Machado WM, Genaro KF, Nary Filho H. Efects of mandibular fixed implant-supported prostheses on masticatory and swallowing functions in completely edentulous elderly individuals. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2009 Jan-Feb;24(1):110-7.
- 12 Robbins J, Hamilton JW, Lof GL, Kempster GB. Oropharyngeal swallowing in normal adults of different ages. *Gastroenterology*. 1992;103(3):823-829.
- 13 Bray BD, et al. The association between delays in screening for and assessing dysphagia after acute stroke, and the risk of stroke-associated pneumonia. *J Neurol Neurosurg Psy*. 2017;88(1):25-30.
- 14 Erdem NS, et al. The interaction between breathing and swallowing in amyotrophic lateral sclerosis. *Acta Neurol Belg*. 2016;116(4):549-56.
- 15 Burgos R, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. *Clin Nutr*. 2018;37(1):354-96.
- 16 Alali D, et al. The frequency of dysphagia and its impact on adults with multiple sclerosis based on patient-reported questionnaires. *Mult Scler Relat Disord*. 2018 Oct;25:227-231.
- 17 Kalf JG, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Park Relat Disord*. 2012;18(4):311-5.
- 18 Crowder SL, et al. Nutrition impact symptoms and associated outcomes in post-chemoradiotherapy

Mayores independientes 30.40%, hasta un 47% en mayores hospitalizados y un 60% en mayores institucionalizados¹⁹.

Tratamiento de la disfagia

Una vez diagnosticada (con distintos métodos de detección), debe ser tratada SIEMPRE con el claro objetivo de evitar sus fatales consecuencias y de asegurar una alimentación segura sin riesgos de aspiración.

Adaptación de los sólidos y de los líquidos

- » **Modificación de líquidos.** Mediante el uso de espesantes comerciales conseguimos distintas texturas del líquido dependiendo del grado de disfagia que presente la persona.
- » **Modificación sólidos.** Igualmente, dependiendo del grado de disfagia existen dietas de fácil masticación, blanda mecánica (donde precisan de una mínima masticación) y dieta triturada.

Existen una serie de alimentos de riesgo que, en personas con disfagia, debemos evitar.

- » Purés con grumos, pieles, hebras, huesecillos, espinas.
- » Dobles texturas en el mismo plato: (sopa de fideos, leche con cereales o galletas que no tengan una consistencia homogénea).
- » Alimentos que se peguen al paladar.
- » Aquellos que no formen un bolo cohesivo en la boca (Arroz, legumbres, habas...).
- » Alimentos que se resbalan (mejillones, almejas, uvas, guisantes...).
- » Alimentos se desmenuzan o fragmentan.

head and neck cancer survivors: a systematic review. J Cancer Surviv. 2018;12(4):479-94.

19 Baijens LW, et al. European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clin Interv Aging. 2016;11:1403-28.

- » Alimentos que desprenden jugo al morderse (ej: naranja...).
- » Gelatinas comerciales.

Recomendaciones generales para la persona con disfagia

- » Que la persona esté despierta, alerta y acompañada.
- » Comer despacio y en pequeñas cantidades.
- » Fomentar la autonomía en la ingesta, si no es posible esperar a que la boca esté vacía antes de dar la siguiente cucharada y administrarle el alimento por debajo de su nivel.
- » Que la persona esté sentada y erguida durante las comidas y al menos 30 minutos después de comer. (Si no es posible mantener esta postura, incorporar a la persona 45°).
- » Postura de seguridad (la barbilla ligeramente hacia el pecho, evitando en todo momento la hiperextensión del cuello para minimizar el riesgo de aspiración) Ayudarse de los medios necesarios para mantener esta postura (cojines, almohadillas cervicales, etc.).
- » Evitar utilizar pajitas y jeringas por incrementar el riesgo de aspiración.
- » Cuidar la higiene bucal para evitar infecciones.

3. Hidratación*

La **deshidratación** se produce cuando el organismo sufre la pérdida de agua y sales minerales sin que se repongan.

Entre el 32-96 % de las personas mayores institucionalizadas tienen una ingesta insuficiente de agua.

Es muy importante prevenir la deshidratación en las personas mayores y sus consecuencias, atendiendo a los síntomas.

4. Situaciones con aumento de los requerimientos nutricionales

4.1. Úlceras por presión

Los pacientes con desnutrición calórico-proteica y pérdida involuntaria

(*ver infografía en la página 30).

de peso sufren el riesgo de retraso en el proceso de curación y desarrollo de infecciones²⁰. El complejo proceso de curación de heridas, requiere un soporte nutricional adecuado con un mayor aporte de calorías y proteínas.

4.2. Fractura de cadera

La fractura de cadera conlleva un estrés catabólico tres meses después de la cirugía. A veces, es insuficiente con la dieta y una intervención nutricional puede ser de gran utilidad para alcanzar los requerimientos proteicos (1,2-1,5 g proteínas/kg/día) para evitar pérdida de masa muscular y contribuir a una mejor recuperación de la capacidad funcional.²¹

4.3. Cáncer

La prevalencia de desnutrición asciende exponencialmente conforme va avanzando el cáncer, siendo del 80% en los estadios finales de la enfermedad, asociada a etapas de caquexia cancerosa refractaria.

La pérdida de masa muscular se acelera en el cáncer debido a un desequilibrio entre las proteínas musculares degradación e ingesta insuficiente de proteínas²². Se recomienda aumentar la ingesta de proteínas para apoyar el mantenimiento de la masa muscular.²³

4.4. Enfermedades neurológicas

Las alteraciones conductuales, la dificultad en la coordinación de movimientos, pérdida de autonomía, las conductas negativas hacia la ingesta, el rechazo de los alimentos o la elevada prevalencia de disfagia,

20 Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE, et al. Evidence-based recommendations for optimal dietary protein intake in older people: a position paper from the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc*. 2013; 14:542-59.

21 Ruiz-López MD, Artacho R. Nutrición y envejecimiento. En: Gil Hernández ed. Tratado de Nutrición. *Nutrición humana en el estado de salud*. Tomo III, Madrid: Acción médica, 2005; pp. 433-66.

22 Fearon et al, *Nat Rev Clin Oncol*. 2013.

23 Arends J et al. *Clin Nutr* 2017;36:1187-1196.

entre otros, son situaciones que se dan en muchas de las enfermedades neurológicas y, por tanto, la prevalencia de desnutrición es más elevada. Adaptar la dieta y asegurar un adecuado estado nutricional es fundamental a la hora de abordar estas patologías, ya que además de esto debe tenerse en cuenta que, en muchos de los casos, los requerimientos nutricionales se encuentran aumentados.²⁴

4.5 Pluripatológico convaleciente

Se define paciente pluripatológico²⁵ (polimórbido) aquel que tiene al menos dos enfermedades crónicas coexistentes o un índice de comorbilidad de Charlson^{26 27} mayor de (1,5). Se define convalecencia (del latín, convalescentia: “cobrar fuerzas”) como el periodo de recuperación gradual de la salud tras sufrir una enfermedad, accidente o intervención quirúrgica. El 70% de los pacientes hospitalizados son pluripatológicos y se asocian con una alta mortalidad y carga sanitaria. Otras consecuencias de la pluripatología son discapacidad, deterioro de la funcionalidad, baja calidad de vida y elevados costes sanitarios.

Existen múltiples estudios que demuestran que la continuación del soporte nutricional al alta mejora la evolución del paciente. Entre ellos destacan el de Feldblum y cols,²⁸ en el que el tratamiento nutricional durante y al alta hospitalaria mejoró el estado nutricional y redujo la mortalidad.

24 *Manual de recomendaciones nutricionales en pacientes geriátricos.*

25 Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, Fletcher J, Laviano A, Norman K, Poulia KA, Ravasco P, Schneider SM, Stanga Z, Weekers CE, Bischoff SC. ESPEN guidelines on Nutritional support for polymorbid internal medicine patients. *Clin Nutr* 2018; 37 (336-353).

26 Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*; 40: 373-383.

27 Charlson ME, Charlson RE, Peterson JC, Marinopoulos SS, Briggs WM, Hollenberg JP. The Charlson comorbidity index is adapted to predict costs of chronic disease in primary care patients. *J Clin Epidemiol* 2008; 61: 1230-1240.

28 Feldblum I, German L, Castel H, Harman-Boehm I, Shahar DR. Individualized Nutritional intervention during and after hospitalization: the Nutrition intervention study clinical trial. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 10-17.

La recomendación es que en el paciente pluripatológico desnutrido o en riesgo de desnutrición mayor de 65 años, debe considerarse continuar al alta hospitalaria con suplementos orales o intervención nutricional individual, con el fin de reducir la mortalidad.

4.6 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

El bajo peso y la pérdida de masa muscular son dos factores determinantes de la severidad clínica y el pronóstico de la enfermedad, independientemente de la afectación pulmonar.

La afectación del estado nutricional es una de las comorbilidades más frecuentes de la EPOC. Se estima que entre 10-45% de los pacientes presentan desnutrición, que puede alcanzar el 63% en pacientes con EPOC moderado-severo. En los pacientes ingresados la malnutrición afecta al 30-60% y en ambulatorios al 10-45%.²⁹

En el abordaje nutricional la adaptación de la alimentación oral es siempre la primera medida a considerar. Los suplementos nutricionales orales (SNO) pueden emplearse de forma complementaria a la alimentación vía oral en aquellos pacientes que no cubran sus requerimientos con la alimentación "tradicional".

En los pacientes con malnutrición y/o sarcopenia una intervención nutricional precoz e integrada en los programas de rehabilitación global puede mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente EPOC.

4.7 Insuficiencia cardiaca (IC)

Se sabe que el fallo cardiaco como enfermedad crónica afecta al estado nutricional de los pacientes y la desnutrición afecta a la evolución natural de la enfermedad. El empeoramiento del fallo cardiaco lleva a una pérdida de peso y de masa muscular. Incluso en fases avanzadas de la

29 Schools A, Ferreira I, Franssen F, y col. Nutritional Assessment and therapy in COPD: a European Respiratory Society statement. *Eur Respir J* 2014; 44: 1504-1520.

IC hay malabsorción debida a la congestión hepática y esplácnica, que conlleva una mayor desnutrición, lo que desemboca inevitablemente en la caquexia cardiaca, con una prevalencia del 15% de los pacientes³⁰.

Asimismo, la desnutrición se ha postulado como factor predictivo independiente para mortalidad³¹.

Hay muchos estudios que concluyen que la desnutrición se relaciona con el pronóstico clínico de los pacientes con IC, y que un tratamiento dirigido a la optimización dietética, incluyendo la suplementación oral, se asocia a una disminución de la mortalidad y de la tasa de reingresos a largo plazo.

4.8 Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica es un importante problema de salud pública, tanto por la repercusión que tiene en la calidad de vida del paciente, como por el impacto que supone desde el punto de vista de coste sanitario.

Se ha estimado que existe malnutrición energético-proteica (MEP) en aproximadamente el 30-70% de los pacientes con ERCA, dependiendo del método de evaluación que se utilice.

La malnutrición energético-proteica puede deberse a diferentes causas, incluyendo la ingesta insuficiente de nutrientes en la dieta, el hipercatabolismo propio de la diálisis, la acidosis metabólica, la inflamación crónica y las alteraciones hormonales.

Se han publicado múltiples estudios en los que se ha demostrado que el soporte nutricional es efectivo para revertir el catabolismo asociado a la hemodiálisis. Así, la suplementación nutricional oral es una intervención

30 Bonilla-Palomas JL, Gamez-Lpez AL, Moreno-Conde M, et al. La desnutrición detectada durante la hospitalización incrementa el riesgo de reingreso en pacientes con insuficiencia cardiaca (abstract). *Rev Esp Cardiol* 2011; 64(Suppl 3): 116.

31 Kalantar-Zadeh KI, Anker SD, Horwich TB, Fonarow GC. Nutritional and antiinflammatory interventions in chronic heart failure. *Am J Cardiol*.2008;101(11A): 89E103E. doi:10.1016/j.amjcard.2008.03.007.

nutricional anabólica, capaz de revertir el estado de desnutrición.³² Además, la administración de suplementos nutricionales orales durante la diálisis (nutrición oral intradiálisis) puede tener ventajas, ya que supone un mejor cumplimiento del tratamiento y además, es en ese momento cuando el catabolismo es mayor.

Se puede concluir, con los estudios existentes, que la malnutrición en pacientes en prediálisis y diálisis es muy frecuente y multifactorial, siendo la principal causa de mortalidad de los pacientes de diálisis. La suplementación nutricional oral es una estrategia excelente para prevenir y tratar las alteraciones nutricionales en la población con enfermedad Renal crónica avanzada.

32 Kalantar-Zadeh K, Cano NJ, Budde K et al. Diets and enteral supplements for improving outcomes in chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol*; 7(7). doi:10.1038/nrneph.2011.60.

CARTELERÍA PARA LOS CENTROS

DESNUTRICIÓN

¿Sabes que la desnutrición tiene un efecto negativo en la autonomía y la inmunidad?

1/3 Personas de edad avanzada están en riesgo de desnutrición



¿Cuáles son las señales que nos alertan de la desnutrición?

- Comer menos
- Pérdida de peso involuntaria
- Fatiga
- Más adormilado y menos alerta

¿Qué situaciones tienen mayor riesgo de malnutrición?

- Demencias, ictus, disfagia, úlceras por presión, cáncer
- Convalecencias, fractura de cadera...

¿Cómo actuamos?

Si con la adaptación de la dieta no es suficiente, podemos ayudarnos del uso de suplementos nutricionales orales

CONSEJOS PARA LA TOMA DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

Agitarlo antes de tomar

No mezclar con la medicación

No son sustitutos de comidas

Tomarlo a pequeños sorbos

Se puede tomar frío, templado o a temperatura ambiente. No calentar en exceso

Cada persona debe tomar el suplemento que se le ha prescrito, ya que es parte de un tratamiento.

Si existen problemas de adherencia o tolerancia comuníquelo a su médico.

1. Cederholm T, Jensen GL, Corcos M et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. Clin Nutr. 2019;38:1-2. Cruz-Jentoft AJ, Bahar L et al. Sarcopenia revisited: European consensus on definition and diagnosis. Age Ageing. 2019;48:16-31. 2. Fried LP, Tangen CM, Walston L et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56:161-168. 3. Eklöv M, Nilsson L, C. Combating Malnutrition: Recommendations for action. Report from the Advisory Group on Malnutrition led by BARFON. BARFON. 5. Schneider SM et al. Br J Nutr. 2004; 92: 105-111.



DISFAGIA



51%

dependientes en centros residenciales¹



SALVEMOS *idas*

Dificultad para tragar producida por distintas patologías

- ▶ **NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN**
 - ▶ Mortalidad de hasta un 45%²
- ▶ **DESHIDRATACIÓN**
- ▶ **DESNUTRICIÓN**

Signos/Síntomas de alarma

- Atragantamiento o tos
- Babeo
- Presencia de residuos en cavidad bucal
- Ronquera/Afonía
- Pérdida de peso
- Fiebre e infecciones respiratorias recurrentes

Adaptación de texturas

MODIFICACIÓN DE LA VISCOSIDAD DE LOS LÍQUIDOS CON ESPESANTE



Néctar

Cae formando un hilo fino



Miel

Cae formando gotas espesas



Pudding

Cae formando bloques

TIPOS DE TEXTURAS PARA ALIMENTOS SÓLIDOS

Dieta fácil masticación

Alimentos blandos y jugosos



Dieta blanda mecánica

Mínimamente masticados



Dieta triturada

Puré homogéneo, sin grumos
No precisa masticación
Se recomienda añadir un espesante



Recomendaciones

Entorno tranquilo



Sentarse erguido, barbilla hacia abajo



Posición erguida al menos 30 minutos tras las comidas



No utilizar pajitas ni jeringas



Comer despacio, pequeñas cantidades



Correcta higiene bucal



Alimentos de riesgo

Purés con grumos



Dobles texturas: sopa con fideos, leche con cereales, panes de semillas, naranja...



Que se peguen al paladar: caramelos, bollería...



Que se resbalan: mejillones, guisantes, uvas...



Arroz, legumbres, habas...



Gelatinas



Si se desmenuzan o fragmentan: tostadas, quesos secos...



☎ Servicio telefónico para paciente con disfagia: 900 866 870

Lares
Asociación

NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION

@ Web para pacientes y cuidadores: www.disfagia-nutricion.es

COMPROMETIDOS CON LA DISFAGIA

¹ Burgos R, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. Clin Nutr 2017; Sep 22 pii: S0264-1616(17)30318-7. doi: 10.1016/j.clnu.2017.09.003 ² Mark PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. Chest. 2003; 124(12):328-36. Review.

¿CÓMO USAR EL ESPESANTE?

NUTRICIA
Espesante **Nutilis**
Clear

1 cazo () = 5 g
Volumen 200 ml

CONSISTENCIA
NÉCTAR 

CONSISTENCIA
MIEL 

CONSISTENCIA
PUDDING 



Añadir la cantidad recomendada de espesante en un recipiente.



Verter el líquido y remover con un tenedor durante 15-30 segundos.



Dejar reposar durante un minuto o hasta que se haya conseguido la consistencia deseada. Remover suavemente durante 5 segundos y servir.

¿CÓMO TOMAR UN SUPLEMENTO ORAL ESPESADO PARA PACIENTES CON DISFAGIA Y DESNUTRICIÓN?



Agitar bien antes de utilizar



Se recomienda tomarlo frío



Se puede verter el contenido en un vaso y tomarlo con cuchara



Tomar lentamente



Una vez abierto conservar en nevera máx 24h.

RECOMENDACIONES POSTURALES



Si es posible, **comer sentado**. Fomentar autonomía en ingesta



Si no es posible, **mantener una postura erguida**.



Flexión anterior del cuello (barbilla hacia abajo). Ayudarse de los **medios necesarios** para mantener esta postura (cojines, almohadillas cervicales, etc.)



Comer despacio, en **pequeñas cantidades**.



Administración del alimento por debajo de su nivel.



Evitar utilizar pajitas y jeringas.



Correcta higiene bucal.

ALIMENTOS DE RIESGO



Purés con grumos, pieles, hebras, hueseitos, espinas...



Dobles texturas en el mismo plato



Que se peguen al paladar



Arroz, legumbres, habas...



Que se resbalan: mejillones, almejas, guisantes, uvas



Si se desmenuzan o fragmentan



Gelatinas comerciales



Que desprenden jugo al morderse

1. Clavé R, et al. Opinión de expertos. Guía práctica del Hospital de Mataró, Cataluña, España, 2020. 2. Fernández-Camona A, et al. Med Intensiva. 2012;34(6):423-33. 3. Hermans G, et al. Crit Care [Internet]. 2015;19(1):1-9. 4. Madhi M, et al. Crit Care. 2011;15(5):R231. doi:10.1186/cc10472. Epub 2011 5 sep 29.
Nutilis es una gama de alimentos para usos médicos especiales y debe administrarse bajo supervisión médica. Material para uso del profesional sanitario.

TRUCOS, CONSEJOS Y RECETAS PARA DISFRUTAR COMIENDO CON DISFAGIA

 www.disfagia-nutricion.es

 900211088

 @nutricia_disfagia

 @Nutricia_es

 NUTRICIA | PROFESIONALES

 www.nutriciaprofesionales.nutricia.es

HIDRATACIÓN

SALVEMOS VIDAS

COMPROMETIDOS CON LA HIDRATACIÓN

El **32-96%**

DE LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS TIENEN UNA INGESTA INSUFICIENTE DE AGUA.¹

SÍNTOMAS

- Somnolencia
- Confusión
- Hipotensión
- Disminución salivación
- Micciones escasas, orina oscura

CONSECUENCIAS

Irritabilidad
Deterioro cognitivo

Estreñimiento
Infecciones urinarias y respiratorias

Mayor toxicidad medicamentos
Daño renal

Caídas
ICTUS

Hospitalizaciones
MORTALIDAD

¿POR QUÉ SE DESHIDRATAN LAS PERSONAS MAYORES?



Reducción del agua corporal y de la sensación de sed



Disminución de la retención de agua por deterioro de la función renal



Dificultad para el acceso al agua
Disminución de las capacidades:
• Motoras
• Cognitivas
• Sensoriales



Efecto diurético o laxante de medicamentos



Aumento de las pérdidas de líquidos (fiebre, incontinencia...)

PASEMOS A LA ACCIÓN

¿QUÉ BEBER?



MEJOR OPCIÓN:
AGUA

¿CUÁNTO BEBER?



ENTRE 6 Y 8
VASOS DE
AGUA AL DÍA

¿CUÁNDO HAY QUE BEBER MÁS?

- HERIDAS
- FIEBRE
- VÓMITOS, DIARREA
- EN VERANO
- ACTIVIDAD FÍSICA

TODOS IMPLICADOS



LLEVAR SIEMPRE UNA BOTELLA Y BEBER A PEQUEÑOS SORBOS



CONSUMIR FRUTAS



CON LA MEDICACIÓN BEBER EL VASO DE AGUA ENTERO



CONVERTIR LA HIDRATACIÓN EN RUTINA



EN CASO DE DISFAGIA ADAPTAR LA CONSISTENCIA



ESTIMULAR A BEBER EN ACTIVIDADES DE OCIO Y TERAPÉUTICAS



— COMPROMETIDOS CON LA HIDRATACIÓN —



¹ Mark PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. Chest. 2003 Jul;124(1):328-36. Review.

EJERCICIOS

Prepare sus músculos para el ejercicio
(tiempo estimado 5 minutos)

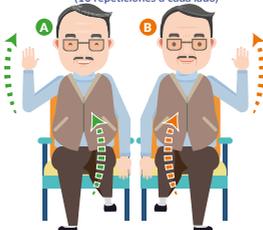
1

Gire la cabeza a izquierda y derecha
(10 repeticiones a cada lado)



2

Eleve la rodilla y el brazo contrario de forma alterna
(10 repeticiones a cada lado)



3

Eleve y baje los hombros
(10 repeticiones)



Ejercicios básicos con brazos y piernas
(tiempo estimado 15 minutos)

4

Eleve los brazos agarrando 2 botellitas de agua o latas de refresco
(10 repeticiones)



5

En una silla, estire la pierna lo que pueda durante unos segundos
(10 repeticiones con cada pierna)



6

Eleve los antebrazos agarrando 2 botellitas de agua o latas de refresco
(10 repeticiones)



7

En una silla, levántese y volver a sentarse lentamente
(poco a poco sin ayudarse de los brazos sólo si es posible)
(10 repeticiones)



8

Eleve lateralmente el brazo sin doblarlo

(opcionalmente puedes agarrar una botellita de agua o lata de refresco)
(10 repeticiones con cada brazo)



9

Con ayuda de una silla o mesa, levanta la pierna unos segundos
(10 repeticiones con cada pierna)



Relajación después del ejercicio
(tiempo estimado 2 minutos)

En una silla, eche los brazos hacia atrás mientras coge aire para una respiración larga y llévelos a su abdomen mientras expulsa el aire
(10 repeticiones)



JUNTOS PARA UNA MEJOR RECUPERACIÓN

EJERCICIO FÍSICO³

- Favorece una mayor y mejor recuperación funcional
- Mejora la autonomía
- Reduce el riesgo de caídas y fracturas
- Retrasa el deterioro cognitivo



NUTRICIA Fortimel Advanced

Para la recuperación nutricional y funcional

Proteína **30g**
Energía **208**
Fibra **28g**

Los expertos recomiendan combinar la ingesta de proteína y aminoácidos con ejercicio físico para mejorar la recuperación muscular¹

LEGISLACIÓN EXISTENTE REFERENTE A LA PRESCRIPCIÓN DE PRODUCTOS NUTRICIONALES

Los alimentos para usos médicos especiales (en adelante, AUME), son aquellos que han sido elaborados en estrecha colaboración con los profesionales de la salud, que se destinan a pacientes desnutridos o aquejados por enfermedades, trastornos o afecciones específicas que les impiden o dificultan mucho satisfacer sus necesidades nutricionales tomando otros alimentos³³. Se administran bajo supervisión médica o en caso necesario con la asistencia de otros profesionales sanitarios competentes. Podemos encontrar AUME en alimentación infantil, en nutrición médica enteral o en alimentos para tratar determinados déficits, como la fenilcetonuria, la epilepsia refractaria a medicamentos o el deterioro cognitivo leve.

La composición de los AUME puede variar mucho en función, entre otras cosas, de la enfermedad, trastorno o afección específicos a los que el producto está destinado, de la edad del paciente y el lugar en que recibe atención sanitaria, y del uso previsto del producto. Los AUME se clasifican en tres categorías distintas. Dos corresponden a alimentos que pueden ser nutricionalmente completos -según sea su formulación normal o específica para ciertas enfermedades o trastornos- aunque también pueden utilizarse como complemento de la dieta del paciente. La tercera categoría son alimentos que no son adecuados para servir como única fuente de alimento.

En la actualidad, con el objetivo de armonizar actuaciones con la Unión Europea, sólo es necesaria una comunicación de puesta en el mercado con un ejemplo del di-

³³ Reglamento Delegado (UE) 2016/128 de la Comisión de 25 de septiembre de 2015 que complementa el Reglamento (UE) no 609/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a los requisitos específicos de composición e información aplicables a los alimentos para usos médicos especiales. [L_20160225ES.01003001.xml](https://eur-lex.europa.eu/eli/reg/2016/128/20160225ES.01003001.xml) (europa.eu).

seño del envase y sus textos. Esto le equipara en parte al modo de comunicar la comercialización de los Complementos Alimenticios, pero no le exime de disponer de un dossier suficientemente sólido que justifique el porqué el alimento es un AUME y el beneficio o uso para el que está indicado. Las Autoridades competentes a las que remitir la comunicación de puesta en el mercado en España son las correspondientes en cada CC.AA. Y es en el Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos donde se encuentra el detalle de los AUME registrados actualmente³⁴.

En lo que respecta a la financiación de AUME por el Sistema Nacional de Salud (en adelante S.N.S.), no todos los AUMEs son financiables³⁵.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del S.N.S. recoge, entre las prestaciones del S.N.S., la prestación con productos dietéticos³⁶. Dicha ley indica que la prestación con productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para las personas que, a causa de su situación clínica, no pueden cubrir sus necesidades nutricionales con alimentos de uso ordinario.

La inclusión de AUME contemplados en la Oferta tuvo su primera regulación en el año 2006. En el año 2010 se publicó la Orden SPI/2958/2010, por la que se establece el procedimiento para la inclusión de los AUME en la Oferta (prestación) de productos dietéticos del S.N.S. y para la aplicación de los importes máximos de

34 https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subdetalle/alimentos_usos_medicos.htm.

35 Guía descriptiva de la prestación con productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Online) 042015_GuiaProdDiet_2ed.PDF (sanidad.gob.es).

36 Definición productos dietéticos: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>. Artículo 18. Prestación de productos dietéticos. La prestación de productos dietéticos comprende la dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario. Esta prestación se facilitará por los servicios de salud o dará lugar a ayudas económicas, en los casos y de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por parte de las Administraciones sanitarias competentes.

financiación. Asimismo, se publicó la Orden SSI/2366/2012, por la que se establece el factor común de facturación de la prestación con productos dietéticos. Posteriormente, se publicó la Orden SSI/1329/2014, por la que se modifican la cartera común suplementaria de prestación con productos dietéticos y las bases para la inclusión de los alimentos dietéticos para usos médicos especiales en la Oferta de productos dietéticos del S.N.S. y para el establecimiento de los importes máximos de financiación, que incluyó nuevos tratamientos y modificó algunos aspectos en relación a la clasificación de los tipos de productos de las fórmulas con aminoácidos esenciales. Se conoce como "Nomenclátor" al listado completo de AUME incluidos en la Oferta de productos dietéticos del S.N.S., con los que se hace efectiva la cartera común suplementaria de prestación con productos dietéticos del S.N.S. El Nomenclátor se renueva con periodicidad mensual. Actualmente la Oferta incluye más de 1000 referencias.

Por otro lado, además de lo anterior, la Comunidad de Madrid en el año 2018, con el objetivo de racionalizar y actualizar la prestación, amplió el visado de producto dietéticos a las siguientes patologías: paciente EPOC severo, paciente con cardiopatía severa, insuficiencia renal crónica en adultos, enfermo pluripatológico convaleciente, enfermo oncológico en tratamiento quimioterápico o radioterápico activo y fractura de cadera, siempre que se cumplan las premisas de desnutrición según cribado MUST o MNA (Mini Nutricional Assesment) y siga una revisión periódica por el especialista.

Por último es necesario hacer una reflexión al respecto de que tanto con el fin de cubrir las necesidades sanitarias de los diferentes colectivos de pacientes como para mejorar la calidad de vida, sería necesaria una actualización de la norma española, que se ha quedado atrás en algunos avances científicos y alternativas que no existían en el momento de su elaboración para posibilitar la incorporación de nuevas prestaciones a la cartera común de servicios y de homogeneizar y concretar las ya existentes.

LARES AL SERVICIO DE LAS PERSONAS MAYORES

RED LARES



LARES NACIONAL

Sede Social: C/Ríos Rosas 11-4°

28003 · Madrid

lares@lares.org.es

LARES ANDALUCÍA

lares@laresandalucia.com

LARES ARAGÓN

secretariatecnica@laresaragon.es

LARES ASTURIAS

direccion@patronatodesanjose.org

LARES ILLES BALEARES

felixtorresribas@hotmail.com

LARES CANARIAS

tomasvillar@hogarsantarita.com

LARES CANTABRIA

direccion@sancandido.es

LARES CASTILLA Y LEÓN

larescyl@larescyl.org

ACESCAM

acescam@acescam.org

CENTROS SOCIOSANITARIOS CA- TÓLICOS DE CATALUÑA

csscc@csscc.org

LARES EUSKADI

euskadi@lares.org.es

LARES EXTREMADURA

extremadura@lares.org.es

ACOLLE

secretaria@acolle.org

LARES MADRID

secretaria@laresmadrid.org

LARES MURCIA

sguillengarcia@diagrama.org

LARES NAVARRA

info@laresnavarra.org

LARES LA RIOJA

ralfaro@reyardid.org

LARES COMUNIDAD VALENCIANA

mar.soriano@larescvalenciana.org

QUI DAMOS COM PASIÓN



 @laresmayores

 @laresmayores

 @Laresmayores

 @laresmayores