

Soporte nutricional en un paciente diabético tras un ictus isquémico

Dra. Ning Yun Wu Xiong

Especialista en Endocrinología y Nutrición.
Hospital Clínico Universitario de Valencia

Caso
clínico

3



Soporte nutricional en un paciente diabético tras un ictus isquémico

Índice

01 Presentación

02 Historia clínica

03 Anamnesis

04 Exploración física
y pruebas complementarias

05 Diagnóstico y tratamiento

06 Seguimiento y evolución

07 Conclusiones

08 Bibliografía



Soporte nutricional en un paciente diabético tras un ictus isquémico

01 Presentación

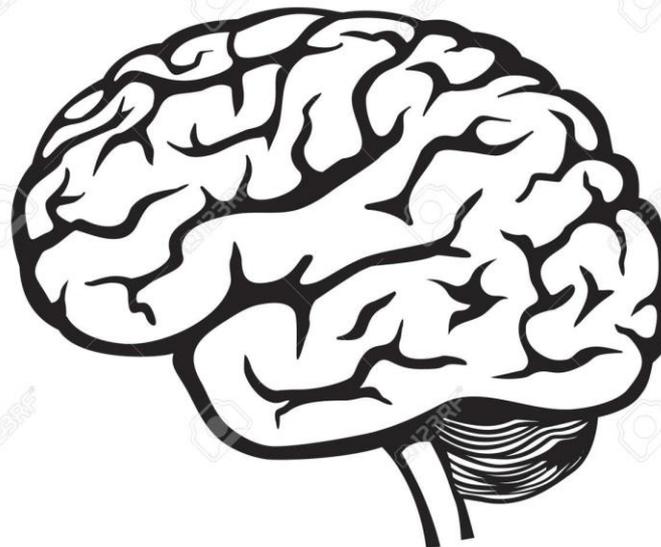
Varón de 81 años



Ingresado en planta de Neurología
debido a un ictus isquémico



Valoración de la deglución
y del soporte nutricional





02 Historia clínica

- ▶ No presenta reacciones adversas a medicamentos conocidas.
- ▶ Fumador activo de 1 paquete al día desde hace 40 años.
- ▶ Diabetes mellitus tipo 2 de 15 años de evolución.
- ▶ Hipertensión arterial.
- ▶ Hipercolesterolemia.
- ▶ Cardiopatía isquémica crónica.
- ▶ Espondiloartropatía no especificada.
- ▶ Enfermedad de Alzheimer.

Situación basal

- ▶ Vive con su esposa.
- ▶ Deterioro cognitivo leve-moderado.
- ▶ Deambula sin ayuda, pero no sale a la calle.
- ▶ Requiere ayuda para vestirse y asearse.

Tratamiento habitual

- ▶ Ácido acetilsalicílico 100 mg/día.
- ▶ Trandolapril 2 mg/día.
- ▶ Empagliflozina/metformina 5/1.000 mg/día.
- ▶ Insulina glargina 22 UI/día.
- ▶ Ezetimiba/atorvastatina 10/40 mg/día.
- ▶ Metoprolol 100 mg/día.
- ▶ Rivastigmina 3 mg cada 12 horas.





03 Anamnesis

Urgencias

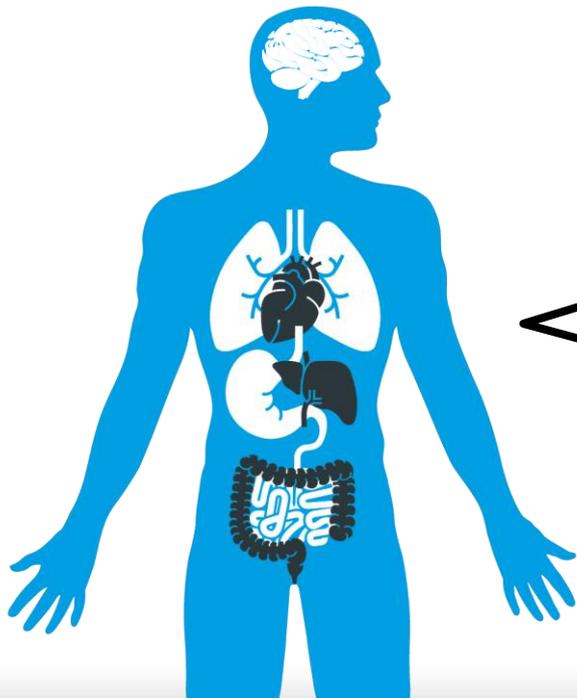
- ▶ Al despertar:
 - ▶ Disartria.
 - ▶ Discurso incoherente.
 - ▶ Desviación de rasgos faciales hacia la derecha.
- ▶ No presenta fiebre ni otra clínica infecciosa.

Información nutricional

- ▶ Peso habitual: 75 kg.
- ▶ Pérdida de peso de 5 kg en los últimos 2 meses por disminución de la ingesta.
- ▶ Refiere una buena tolerancia previa a la ingesta a todas las texturas.
- ▶ No presenta disfagia previa.



04 Exploración física y pruebas complementarias



- ▶ Consciente y colaborador.
- ▶ Mucosas normocoloreadas y ligeramente deshidratadas.
- ▶ Presión arterial (PA) 116/65 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) 86 lpm, saturación de oxígeno (SatO₂) 97%, temperatura 36,5 °C.
- ▶ Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos de interés.
- ▶ Exploración abdominal irrelevante.
- ▶ No presenta edemas en los miembros inferiores.
- ▶ Exploración neurológica:
 - ▶ Desorientado en tiempo y espacio.
 - ▶ Desvío de la comisura labial derecha.
 - ▶ Hemiparesia izquierda.
 - ▶ Reflejo de Babinski izquierdo.



Soporte nutricional en un paciente diabético tras un ictus isquémico

- ▶ **Tomografía computarizada (TC) cerebral:** área de hipoatenuación en el territorio de la arteria cerebral media derecha, en relación con un infarto isquémico subagudo en evolución.
- ▶ **Análisis:** glucosa 274 mg/dL, urea 81 mg/dL, creatinina 1,04 mg/dL, sodio 143 mmol/L, potasio 4,6 mmol/L, cloro 109 mmol/L, calcio 8,6 mg/dL, fósforo 3,8 mg/dL, magnesio 2,2 mg/dL, colesterol total 137 mg/dL, cLDL 76 mg/dL, cHDL 56 mg/dL, triglicéridos 85 mg/dL, proteínas totales 5,6 g/dL, **albúmina 3,1 g/dL**, transferrina 254 mg/dL, GOT 41 U/L, GPT 77 U/L, GGT 77 U/L, LDH 265 U/L, fosfatasa alcalina 65 mU/mL, proteína C reactiva (PCR) 28 mg/L, **prealbúmina 15 mg/dL**, **hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) 7,5%**.
- ▶ **Antropometría:**
 - ▶ Perímetro braquial: 30 cm.
 - ▶ Distancia talón-rodilla: 48 cm.
 - ▶ Perímetro muscular del brazo: 24 cm.
 - ▶ Perímetro de pantorrilla: 36 cm.
 - ▶ Peso estimado 69 kg; altura estimada 162 cm; IMC 26,29.



TC cerebral en la que se observa un área de hipoatenuación en el territorio de la arteria cerebral media derecha en relación con un infarto isquémico subagudo en evolución.



05 Diagnóstico y tratamiento

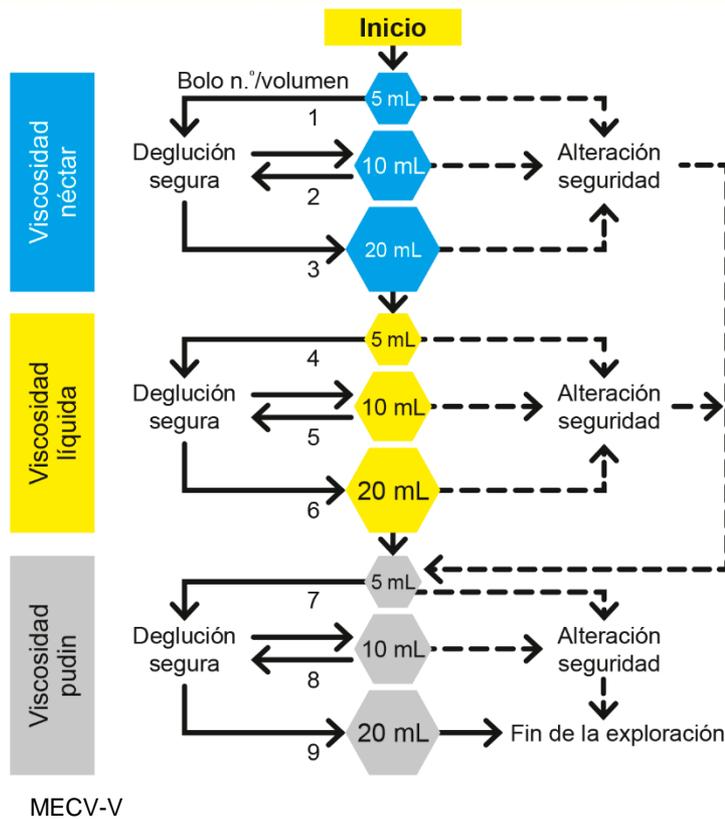
Ictus isquémico subagudo



MECV-V:

Se administran bolos de 5, 10 y 20 mL con viscosidades néctar y pudin, y no resultan seguras ni eficaces ninguna de las dos viscosidades exploradas.

No se realiza el test con viscosidad líquida (agua).





Soporte nutricional en un paciente diabético tras un ictus isquémico

Cálculo de los requerimientos nutricionales:

- ▶ 1.725 kcal/día (69 kg x 25 kcal).
 - ▶ 90 g/día de proteínas (69 kg x 1,3 g).
- Colocación de SNG y comprobación de su situación mediante radiografía de control.



Inicio de nutrición enteral con fórmula específica para pacientes con diabetes mellitus.

Optamos por fórmula hipercalórica hiperproteica: 1,5 kcal/mL, 7,5 g de proteínas por 100 mL.

Inicio a 21 mL/h (bomba), aumentando la dosis progresivamente hasta alcanzar los requerimientos nutricionales diarios del paciente (67 mL/h durante 17 h al día, con descanso nocturno).



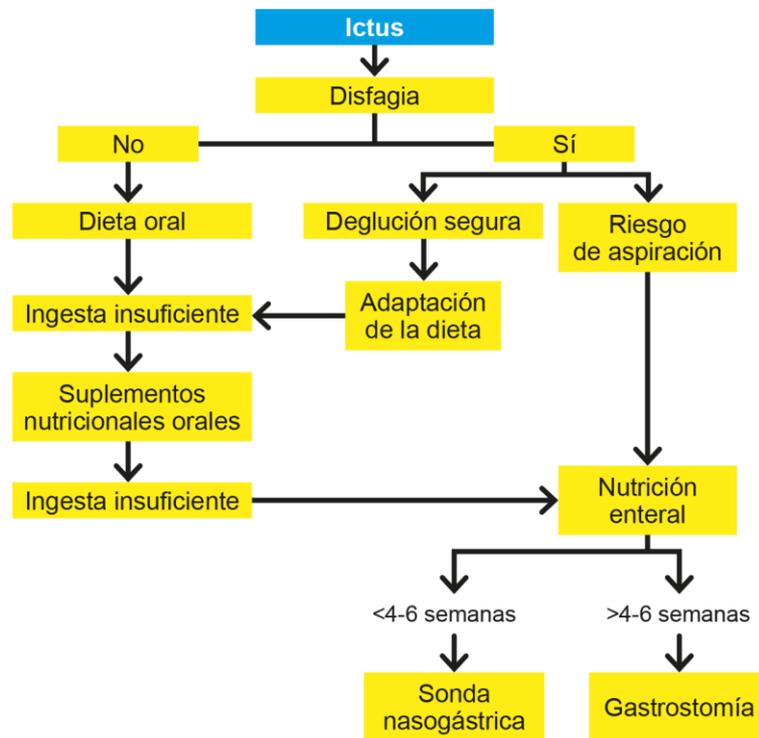
Radiografía de control para comprobar la correcta colocación de la SNG.



06 Seguimiento y evolución

Seguimiento en planta de hospitalización:

- ▶ Buena tolerancia a la nutrición enteral.
- ▶ Buen control glucémico; glucemia digital en torno a 150 mg/dL.
- ▶ A los 7 días se producen una mejoría de la patología de base y una recuperación progresiva de la movilidad de los miembros afectados.
- ▶ Se repite el MECV-V, en el que se constata que la deglución es segura y eficaz en texturas pudín y néctar a un volumen de 10 mL.
- ▶ Retirada de la SNG.
- ▶ Dieta de disfagia, con una ingesta de aproximadamente 1.000 kcal y 50 g/día de proteínas.
- ▶ Se añaden 2 botellas de Resource® Diabet Dense (640 kcal y 40 g de proteínas) para alcanzar los requerimientos nutricionales.



Algoritmo utilizado para establecer el tipo de dieta.



Soporte nutricional en un paciente diabético tras un ictus isquémico

Seguimiento en consultas tras 1 mes:

- ▶ Buen estado general.
- ▶ Peso mantenido: 70 kg.
- ▶ Perímetro de pantorrilla: 37 cm.
- ▶ Escasa ingesta de dieta de disfagia: aproximadamente 1.200 kcal y 50 g/día de proteínas; no tolera más.
- ▶ Buena tolerancia a los suplementos nutricionales y buena cumplimentación.
- ▶ Se repite MECV-V: sin cambios.
- ▶ Parámetros bioquímicos: albúmina 3,6 g/dL, prealbúmina 22 mg/dL, HbA_{1c} 7,3%.





07 Conclusiones

- ▶ La disfagia es una complicación frecuente tras un accidente cerebrovascular, que puede aumentar el riesgo de aspiraciones e infecciones respiratorias y favorecer la desnutrición y la deshidratación.
- ▶ Es fundamental la evaluación de la seguridad y la eficacia de la deglución en pacientes con diagnóstico de ictus isquémico, preferiblemente en las primeras horas de hospitalización y antes de iniciar la tolerancia oral.
- ▶ El MECV-V es la prueba más utilizada en nuestro medio para su evaluación, en la que se emplean diferentes viscosidades (néctar, pudín y líquido) y volúmenes (5-20 mL).
- ▶ La nutrición enteral está indicada cuando no sea posible o segura la vía oral.
- ▶ Las fórmulas específicas para la diabetes mellitus favorecen la disminución de la glucemia posprandial, el pico de glucemia y el área bajo la curva de glucosa, y una reducción en las necesidades de insulina frente a una fórmula estándar.



Soporte nutricional en un paciente diabético tras un ictus isquémico

08 Bibliografía

- Ballesteros Pomar MD, Palazuelo Amez L. ¿Y después del ictus, qué hacemos para nutrirle? Nutr Hosp. 2017; 34: 46-56.
- Bretón I, Cuerda C, Camblor M, Velasco C, Frías L, Higuera I, et al. Nutrición en el paciente con ictus. Nutr Hosp Supl. 2013; 6(1): 39-48.
- Burgos R, Bretón I, Cereda E, Desport JC, Dziewas R, Genton L, et al. ESPEN guideline clinical nutrition in neurology. Clin Nutr. 2018; 37(1): 354-396.
- Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. Clin Nutr. 2008; 27(6): 806-815.
- Elia M, Ceriello A, Laube H, Sinclair AJ, Engfer M, Stratton RJ. Enteral nutritional support and use of diabetes-specific formulas for patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care. 2005; 28(9): 2.267-2.279.
- Hernández-Bello E, Castellot-Perales L, Tomás-Aznar C. Valoración de la disfagia con el test método exploración clínica volumen-viscosidad en pacientes ingresados tras un accidente cerebrovascular. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2019; 49: 8-15.
- Laesser CI, Cumming P, Reber E, Stanga Z, Muka T, Bally L. Management of glucose control in non-critically ill, hospitalized patients receiving parenteral and/or enteral nutrition: a systematic review. J Clin Med. 2019; 8(7).
- Vennard KC, Selen DJ, Gilbert MP. The management of hyperglycemia in noncritically ill hospitalized patients treated with continuous enteral or parenteral nutrition. Endocr Pract. 2018; 24(10): 900-906.
- Vidal A, Calleja A, Villar R. Nutrición en situaciones clínicas específicas III: patología neurológica aguda y crónica. En: Cano I, Salvador J, Jodar E, et al., eds. Manual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Barcelona, 2018. Disponible en: <https://www.seen.es/manualSeen/manual.aspx>. ISBN: 978-84-606-8570-8.

