



26 DE FEBRERO DEL 2022

NUTRICIÓN EN LOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS
NUTRICIÓN EN ENFERMEDADES RENALES

JULISSA CÁRDENAS RODAS
UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

NUTRICIÓN EN LOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS

ALIMENTACIÓN EN LAS ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Existe una estrecha relación entre la enfermedad neurológica y la nutrición. Por un lado, existen factores relacionados con la situación nutricional y con la dieta que pueden favorecer el desarrollo de enfermedades neurológicas.

Por otro lado, los pacientes con enfermedades neurológicas, agudas o crónicas, presentan un elevado riesgo nutricional, como consecuencia de diversos factores

La obesidad y la ingesta excesiva de grasas saturadas favorecen el desarrollo de la enfermedad arterioesclerótica y la enfermedad vascular cerebral.

También se ha relacionado un consumo excesivo de grasa saturada con la enfermedad de Parkinson y con la esclerosis lateral amiotrófica.

La deficiencia de vitamina D favorece el desarrollo de enfermedades de base inmune como la esclerosis múltiple.

Los síntomas que acompañan a muchas enfermedades neurológicas pueden contribuir al desarrollo de malnutrición. El descenso de la ingesta, la aparición de síntomas digestivos o los cambios en el gasto energético, el efecto de ciertos fármacos son elementos que contribuyen a la presencia de desnutrición.

La enfermedad de Parkinson es un proceso neurodegenerativo de etiología no claramente filiada, pero previsiblemente multifactorial, que resulta de la disminución de los niveles de dopamina en los ganglios basales cerebrales.

Presenta una amplia y variada gama de síntomas que pueden agruparse como:

- Síntomas fundamentales: acinesia, bradicinesia, temblor, rigidez, trastornos posturales.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos psiquiátricos y conductuales: depresión, psicosis, deterioro cognitivo.
- Síntomas disautonómicos: estreñimiento, disfagia, seborrea, incontinencia.

El plan dietético del paciente con enfermedad de Parkinson debe configurarse con el objetivo de cumplir los siguientes puntos:

Asegurar un aporte energético adecuado utilizando alimentos de alta densidad calórica en aquellos pacientes con ingesta reducida.

- Los pacientes en tratamiento con L-dopa deberán tomar el fármaco media hora antes de las comidas para evitar interacciones con los aa de la dieta a nivel intestinal.
- Pueden utilizarse leguminosas como fuente proteica por ser una fuente natural de dopamina.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La demencia es un síndrome progresivo de deterioro global de las funciones intelectuales, adquiridas previamente, con mantenimiento del nivel de vigilancia y que interfiere con el rendimiento laboral o social de la persona y le hace perder su autonomía personal.

Se dispone en la actualidad de estudios epidemiológicos sobre los factores nutricionales que parecen indicar que la nutrición puede jugar un papel importante tanto en la prevención primaria como secundaria. Estos factores nutricionales pueden actuar directamente sobre los mecanismos fisiopatológicos de la demencia o mediante el control de los factores de riesgo CV y disminuir así la incidencia de demencia.

La pérdida de peso significativa es un fenómeno apreciable en el anciano con demencia. Sus cifras porcentuales o absolutas varían y pueden ir desde los 300 g/año hasta el 5-10% del peso en seis meses. Existen varios fenómenos y situaciones que pueden explicar, al menos en parte, esta pérdida de peso:

- La atrofia de la región temporal mesial que incide directamente en la búsqueda, el reconocimiento y la preparación de la comida, así como en las motivaciones para esas conductas.
- El estado depresivo o las crisis de ansiedad provocan inapetencia e incluso somatizaciones de tipo digestivo llegando incluso a la negación total ante cualquier tipo de ingesta.

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Los pacientes con accidente cerebrovascular presentan un riesgo muy elevado de malnutrición que va a influir de una forma negativa en el pronóstico y en la evolución de la enfermedad.

La disminución de la ingesta debido a la anorexia heminegligencia, hemianopsia, hemiplejía y, sobre todo, la disfagia que puede afectar hasta al 50% de los pacientes, son las causas más frecuentes.

El centro de la deglución se localiza en el sistema reticular activador ascendente, pero la disfagia puede aparecer en sucesos cerebrovasculares de otras localizaciones.

En todo paciente con un ictus es necesario realizar una valoración del estado nutricional y de la capacidad de deglución. Esta evaluación va a permitir la elección de la modalidad de soporte nutricional más adecuada.

Si el paciente puede iniciar una dieta oral de manera segura, se aconseja emplear suplementos nutricionales orales solo en el caso de que exista malnutrición o que no se alcancen los requerimientos mínimos.

Si el paciente no puede iniciar dieta oral a los 5-7 días del ictus, se pautará soporte nutricional con NE por sonda nasogástrica. Si persiste la disfagia, pasadas 3-4 semanas, se debe plantear la colocación de una sonda de gastrostomía.