



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN
NUTRICIÓN CLÍNICA**

TEMA:

Propuesta nutricional en paciente crítico con disfagia.

AUTORA:

Zambrano Aguilar, Julissa Nicole

**Previo a la obtención del grado Académico de:
MAGÍSTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN
NUTRICIÓN CLÍNICA**

TUTORA:

Lcda. Chávez Pérez, Dominique, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

2026



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN
NUTRICIÓN CLÍNICA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la licenciada en nutrición, dietética y estética, Julissa Nicole Zambrano Aguilar, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de Máster en nutrición y dietética con mención en nutrición clínica

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lcda. Chávez Dominique, Mgs.

REVISORA

Ing. Carlos Poveda Loor, Mgs.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Dra. Alexandra Josefina Bazaña Guerra, Mgs.

Guayaquil, a los 23 del mes de septiembre del año 2026.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN
NUTRICIÓN CLÍNICA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Julissa Nicole Zambrano Aguilar**

DECLARO QUE:

El Proyecto de Investigación **Propuesta nutricional en paciente crítico con disfagia** previa a la obtención del Grado Académico de Magíster en nutrición y dietética con mención en nutrición clínica, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Examen Complexivo del Grado Académico en mención.

Guayaquil, a los 23 días del mes de septiembre del año 2026.

LA AUTORA



Validar únicamente en Firmadot.
Firmado electrónicamente por:
**JULISSA NICOLE
ZAMBRANO AGUILAR**

Lcda. Julissa Nicole Zambrano Aguilar



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN
NUTRICIÓN CLÍNICA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Julissa Nicole Zambrano Aguilar**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Examen Complexivo** previo a la obtención del grado de **Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica** titulada: **Propuesta nutricional en paciente crítico con disfagia**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 23 días del mes de septiembre del año 2026.

LA AUTORA



Validar únicamente en PíxelC.
Firmado electrónicamente por:
**JULISSA NICOLE
ZAMBRANO AGUILAR**

Lcda. Julissa Nicole Zambrano Aguilar



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SUBSISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN
NUTRICIÓN CLÍNICA**

INFORME DE COMPILATIO



Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | UCSG-EC- Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

CASO CLINICO DISFAGIA FINAL
ID : b10dbc5c1fd412eda34f16d0475c7808f4a12a80

0%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : CASO CLINICO DISFAGIA FINAL.txt
Tamaño del archivo original : 192,89 kB
Número de palabras : 7562

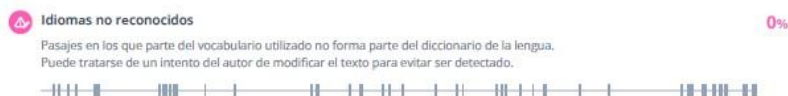
Depositante : Carlos Luis Poveda Loor
Fecha de depósito : 24 de agosto de 2026
Tipo de carga : Interface
Fecha de fin de análisis : 24 de agosto de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :



Agradecimiento

En primer lugar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Dios, por brindarme la fortaleza, salud, sabiduría y dedicación necesarias para recorrer este camino. Gracias por darme el valor y la paciencia para afrontar cada desafío que se presentó durante este proceso y por permitirme llegar hasta esta etapa tan importante de mi vida profesional. Su guía y protección fueron fundamentales para mantenerme firme y no desistir en los momentos de mayor dificultad.

A mis padres, por ser uno de los pilares fundamentales de mi vida y por acompañarme incondicionalmente en cada etapa de mi formación. Gracias por su esfuerzo, amor, sacrificio y confianza, y por enseñarme desde siempre los valores necesarios para desenvolverme tanto en mi vida personal como profesional. Este logro también es de ustedes, porque detrás de cada meta alcanzada están sus palabras de aliento, sus consejos y todo el apoyo que me han brindado a lo largo de los años.

De manera muy especial, quiero agradecer a mi mamá, quien estuvo presente durante todo este proceso de maestría, acompañándome en cada momento, incluso en aquellos días en los que el cansancio y las dificultades hicieron que el camino pareciera más complicado. Gracias por escucharme, apoyarme, motivarme y brindarme las fuerzas necesarias para continuar. Tu amor y presencia se convirtieron en un pilar fundamental para poder culminar esta etapa. Sin duda, este logro lleva una parte muy especial de ti.

A mi abuela, por su amor, sus palabras, sus consejos y por ser una persona tan importante en mi vida. Gracias por acompañarme de una u otra manera durante este proceso y por representar ese cariño y apoyo familiar que siempre me ha dado fuerzas para seguir adelante. Tenerte presente en este logro significa mucho para mí, y deseo que puedas compartir conmigo la alegría de haber alcanzado esta meta.

A mi novio, por acompañarme durante esta etapa y brindarme su apoyo, paciencia y comprensión. Gracias por estar presente en los momentos de cansancio, preocupación y estrés, por escucharme, motivarme y recordarme que podía lograrlo cuando las cosas se volvían difíciles. Tu compañía y apoyo emocional fueron muy importantes durante

este proceso, y agradezco profundamente haber podido compartir contigo parte de este camino y también la alegría de culminar una meta tan significativa para mí.

A mi tutora, Dominique Chávez, por haber estado presente durante toda esta etapa, brindándome su tiempo, orientación, conocimientos y enseñanzas. Gracias por su paciencia, compromiso y disposición para acompañarme durante el desarrollo de este trabajo, así como por cada observación y recomendación que contribuyó a mi crecimiento académico y profesional. Su guía fue fundamental para poder llevar a cabo este proyecto y culminar satisfactoriamente esta etapa.

Finalmente, agradezco a todas las personas que, de manera directa o indirecta, formaron parte de este proceso, que me brindaron una palabra de aliento, un consejo, su tiempo o simplemente estuvieron presentes cuando más lo necesitaba. Cada gesto de apoyo tuvo un significado especial y contribuyó a que hoy pueda mirar atrás con gratitud y satisfacción por todo lo aprendido y por la meta alcanzada.

A todos ustedes, mi más sincero y profundo agradecimiento.

Nicole Zambrano Aguilar

Dedicatoria

Dedico este trabajo de investigación, en primer lugar, a Dios, por guiarme en cada paso y en cada decisión que he tomado a lo largo de este trayecto. Gracias por brindarme salud, sabiduría, fortaleza y perseverancia para afrontar cada desafío y permitirme culminar esta etapa tan importante de mi vida académica y profesional con satisfacción y orgullo.

A mis padres, por ser mi mayor apoyo y uno de los pilares fundamentales en mi vida. Gracias por su amor incondicional, por cada sacrificio realizado y por confiar siempre en mí. Por alentarme y motivarme a continuar incluso en aquellos momentos en los que sentí que ya no podía más. Este logro es también de ustedes, porque su apoyo fue fundamental para que pudiera alcanzar esta meta.

A mi hermana, por acompañarme durante este proceso y por brindarme su cariño, apoyo y palabras de motivación cuando más las necesitaba. Gracias por estar presente y formar parte de este camino que hoy culmina con una meta cumplida.

A mi abuela, por su amor, cariño y por ser una persona tan especial e importante en mi vida. Dedico también este logro a ella, con profundo cariño y gratitud, por representar una parte esencial de mi familia y de las personas que me han dado motivos para seguir adelante.

A mi novio, por acompañarme durante esta etapa, por su paciencia, comprensión y apoyo constante. Gracias por estar a mi lado en los momentos de cansancio, preocupación y dificultad, por escucharme y motivarme a no rendirme. Compartir contigo parte de este proceso hizo que este camino fuera más llevadero y especial.

Finalmente, me dedico este logro a mí misma, por haber tenido la fortaleza de continuar cuando pensé en rendirme, por cada noche de esfuerzo, por cada dificultad superada y por no abandonar aquello que me propuse alcanzar. Esta maestría representa no solo una meta académica, sino también el resultado de mi perseverancia, dedicación y crecimiento personal y profesional.

Con mucho amor y gratitud, dedico este logro a todos quienes estuvieron a mi lado durante este camino.

Nicole Zambrano Aguilar

Índice General

Introducción	1
PROBLEMÁTICA	3
OBJETIVOS	4
Objetivo general.....	4
Objetivos específicos	4
CONTEXTO.....	5
Diagnóstico	5
Criterios GLIM.....	5
Pruebas de screening.....	6
Encuestas específicas	6
Disfagia orofaríngea.....	8
Disfagia esofágica.....	9
Trastornos reumatológicos y disfagia.....	10
Disfagia inducida por medicamentos.....	10
Desnutrición protéica energética	10
Causas principales:.....	11
METODOLOGÍA.....	12
CASO CLÍNICO	13
DATOS ANTROPOMÉTRICOS	14
Cálculos	16
PLAN DIETOTERAPEÚTICO	17
Oligoelementos esenciales.....	18
PLAN DIETO TERAPÉUTICO	19
CONCLUSIONES	20
RECOMENDACIONES	20
BIBLIOGRAFÍA.....	22

Índice de tablas

Tabla 1.....	14
Tabla 2. Evolución de la antropometría.....	14
Tabla 3: Distribución de macronutrientes.....	17
Tabla 4:Suplemento Fresubin (250ml)	17
Tabla 5: Ajuste de requerimiento por fórmula enteral	17
Tabla 6: Requerimiento de dieta hiperproteica sin suplementación	17

Resumen

Para el abordaje de la nutrición proteico energética y la disfagia mixta en una paciente femenina de 46 años con un peso de 38kg se ha establecido un régimen dietético de 1928 kcal con una distribución de macronutrientes distribuidos correctamente en el 60% de carbohidratos, 14,2% de proteínas y 25.8 %de grasas. Con esta distribución, se ha logrado un aumento de peso significativo en el paciente determinado por medio de la antropometría y valores bioquímicos.

Debido a la disfagia que presentó dentro de la unidad hospitalaria se comenzó con un plan dieto terapéutico mixto implementando una formula enteral con una composición de 800 kcal, 84gr de carbohidratos, 28 gramos de grasa y 48 gr de proteína combinándola con platos tradicionales ecuatorianos con una contextura adecuada para el consumo de la paciente, cubriendo sus requerimientos energéticos y mejorando su digestión y absorción para que tenga un mejor estilo de vida

En esta paciente también se presenta la desnutrición proteica energética que al no realizar un tratamiento dietoterapéutico adecuado puede conllevar a consecuencias muy drásticas y recurrentes. El personal de salud deberá tener muy presente como se desencadenó la disfagia y los riesgos severos que esta conlleva a corto y largo plazo

Palabras claves: Disfagia; desnutrición, déficit, dietoterapéutico, salud, nutrición

ABSTRACT

For the nutritional management of protein-energy malnutrition and mixed dysphagia in a 46-year-old female patient weighing 38 kg, a dietary regimen of 1,928 kcal was established, with a properly balanced macronutrient distribution consisting of 60% carbohydrates, 14.2% proteins, and 25.8% fats. With this distribution, a significant increase in the patient's body weight was achieved, as determined through anthropometric measurements and biochemical parameters.

Due to the dysphagia presented during her stay in the hospital unit, a mixed dietary therapeutic plan was initiated, incorporating an enteral formula providing 800 kcal, 84 g of carbohydrates, 28 g of fat, and 48 g of protein, combined with traditional Ecuadorian meals with an appropriate consistency for the patient's consumption. This approach helped meet her energy requirements while improving digestion and nutrient absorption, thereby contributing to a better quality of life.

The patient also presented protein-energy malnutrition, which, if not managed with an appropriate dietary therapeutic intervention, may lead to severe and recurrent complications. Healthcare professionals should carefully consider the underlying cause of the dysphagia and the serious risks associated with this condition in both the short and long term.

Keywords: Dysphagia; malnutrition; deficiency; dietary therapy; health; nutrition.

Introducción

La deglución es un proceso neuromuscular, complejo y esencial para el cuerpo humano, ya que ayuda al buen funcionamiento del organismo mediante el aporte adecuado de hidratación y nutrientes, involucra 30 músculos. También participa en la función fisiológica que beneficia al bienestar psicológico y social de los individuos. Su objetivo principal, es el paso del bolo alimenticio desde la cavidad oral hacia el estómago. Este mecanismo suele alterarse, y cuando eso sucede produce la disfagia orofaríngea la cual obstruye el paso de los alimentos líquidos o sólidos. Los pacientes que presentan este síntoma corren el riesgo de tener un déficit muy grande de nutrientes, y deben ser valorados rápidamente por el personal de salud autorizado como médicos o nutricionistas los cual deben trabajar en conjunto para un buen manejo interdisciplinario e incentivar la seguridad clínica y estado nutricional, evitando complicaciones a corto o largo plazo. (1)

La disfagia suele presentarse y permanecer en grupos vulnerables, generando problemas de salud muy graves desencadenando patologías relacionadas al ámbito nutricional y deshidratación. Dicha situación se va complicando cada vez más ya que, al impedir el paso del bolo alimenticio, se deben cambiar las texturas y la cantidad de comida, esto lo realizará los cuidadores o familiares lo cual puede ocasionar una pérdida de peso significativa sumándose patologías asociadas a la problemática principal, esto llevará una complejidad en los tratamientos hospitalarios. (2) (1)

Este signo es bastante ignorado en el ámbito clínico, pero de gran relevancia ya que, sigue representando un problema fundamental en la práctica médica y en el área de la salud pública, al ser caracterizado como crítico puede conllevar a problema de morbilidad. En el área hospitalaria esta complicación impide que el paciente ingiera los nutrientes necesarios durante el proceso de recuperación, ocasionando secuelas físicas y eficaces permanentes que afectan tanto al pronóstico como a la calidad de vida. (1)

Se debe tener en cuenta, que la disfagia puede presentar dificultades a largo plazo como: neumonía por aspiración, mayor riesgo de infecciones, mayor tasa de mortalidad, desnutrición avanzada y reingresos hospitalarios constantes repercutiendo de manera

negativa en el ámbito social y funcional del individuo, representando una mayor carga financiera frente a un sistema de salud que busca mejoras en la salud pública. (2)

La finalidad de este trabajo de investigación es conocer el estado clínico y nutricional mediante una intervención multidisciplinaria. En este caso, se evaluará la parte nutricional en donde se realizará la exploración física por medio de instrumentos nutricionales que ayudarán a la obtención de medidas antropométricas, una encuesta dietética por medio de la cual se evalúa los hábitos alimenticios y sus respectivos exámenes clínicos que indica el estado de salud del paciente (3)

PROBLEMÁTICA

En la etapa adulta, es muy frecuente que se presente dificultades al tragar e ingerir alimentos. En general, la disfagia orofaríngea es un problema de salud ocasionado por el envejecimiento o por patologías subyacentes. En personas jóvenes, este problema se puede presentar por la presencia de ciertas enfermedades. (4). Este síntoma, puede conllevar a una falla en la seguridad ya que, puede ocasionar eventos de atragantamiento, aspiración traqueobronquial, riesgos asociados a la polimedicación y neumonía por aspiración. También puede darse una deficiencia de proteínas lo que disminuirá la masa muscular, puede debilitar más los músculos deglutorios y puede darse una deshidratación la cual, va a generar un cuadro de sequedad bucal, confusión y menor producción de saliva

A nivel hospitalario la disfagia perjudica de forma crítica a los pacientes, ocasionando déficits nutricionales muy evidentes en el proceso de recuperación, afectando bruscamente de manera física y funcional en el estilo de vida, entre las afecciones más frecuentes encontramos la neumonía por aspiración, malnutrición y deshidratación. A esto se suma, la falta de conocimiento de los cuidadores o familiares en cuanto a la preparación de los alimentos, su textura y su porción, teniendo en cuenta que los hábitos se encuentran alterados y la intervención clínica dificulta la situación del paciente. (2)

La disfagia representa el 13% de adultos mayores a nivel mundial, esto se incrementa en centros sociosanitarios hasta un 52,7%. En cuanto a adultos jóvenes, representan el 39% de la población mundial que padecen de esta condición (2). Dentro del ámbito hospitalario y medico social, el incremento de disfagia que no se trata a tiempo o no diagnosticada incrementa rápidamente, las tasas de ingresos y de descensos, todas estas situaciones conllevan a un gasto fuerte para los sistemas de salud publica en todo el mundo (4)

Por esta razón, detectar esta problemática a tiempo mediante instrumentos médicos y dietéticos como: Cuestionario EAT- 10 y el método de exploración clínica volumen – Viscosidad (MECV-V) y la intervención temprana de herramientas nutricionales y de rehabilitación son fundamentales para mejorar el estado general de salud de los pacientes. (2) (4)

OBJETIVOS

Objetivo general

- Diseñar una propuesta nutricional en paciente con disfagia y desnutrición proteico energética

Objetivos específicos

- Evaluar el estado nutricional mediante medidas antropométricas
- Interpretar sus valores bioquímicos para una mejor estadía dentro de la unidad hospitalaria
- Proponer una terapéutica nutricional para el soporte calórico proteico progresivo

CONTEXTO

El término disfagia se refiere a la complicación de transportar los alimentos sólidos y líquidos de manera segura desde la boca hacia el estómago. Este problema afecta al 8% de la población mundial desencadenando accidentes cerebrovasculares y problemas neuromusculares. Este síntoma puede ocasionar una falla en la inseguridad ya que, puede presentar problemas de atragantamiento, aspiración traqueobronquial, riesgos asociados a la polimedicación y neumonía por aspiración. También puede existir un déficit de proteínas, este puede influir a la ganancia de masa muscular debilitando más los músculos deglutorios, provocando deshidratación, ocasionando un cuadro de sequedad bucal, confusión y menor producción de saliva

Diagnóstico

Para evaluar un paciente con una posible disfagia se debe tener en cuenta algunos factores de riesgo tales como: Realizar una serie de preguntas en donde el paciente nos comunique si ha estado con una intubación prolongada, historia de neumonía recurrente. Como personal medica también se debe observar si su dentadura está en buen estado, algún antecedente de cirugías, trastornos esofágicos, deterioro cognitivo o demencia, entre otros.

Dentro de este diagnóstico se realizan pruebas de screening e instrumentales. Todos estos puntos se encuentran dentro de una historia clínica, en el caso de que el paciente tenga esta sintomatología el personal encargado sabrá la severidad de esta situación y se empezará a tratar (5). En estos pacientes se aplican pruebas de screening criterios GLIM que nos ayudaran a saber en qué grado de desnutrición se encuentra.

Criterios GLIM

La desnutrición a nivel hospitalario es una problemática mundial que afecta a una gran cantidad de pacientes ingresados, representando al 19% y el 80% de los mismos. A nivel Latinoamérica afecta directamente al estado económico de la salud pública, cuidadores y pacientes.

A partir del año 2021 al 2026 el déficit nutricional ha aumentado debido a la falta de empleo y al incremento de la canasta básica. Según la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la Agricultura), Ecuador enfrenta una de las

cifras más altas de hambre a nivel de América Latina y el Caribe en el año 2023, representando al 13%,9% de la población a nivel regional. (6)

Con relación a la parte hospitalaria una de las mejores formas de abordar este problema es la aplicación del tamizaje nutricional dentro de las primeras 24 a 48 horas post ingreso, esto permitirá al personal de salud a la detección rápida de pacientes que se encuentren en riesgo de malnutrición o desnutrición. Este tipo de criterios ayudaran a reducir la estancia hospitalaria, reducir la mortalidad y evitar complicaciones. (7)

Pruebas de screening

Acorde a los protocolos ya existentes de tamizaje o evolución deglutoria se llevará a cabo solamente en pacientes que cumplan con 3 condiciones:

1. El paciente se debe mantener despierto, consiente y receptivo aproximadamente 15 minutos para reducir el riesgo de aspiración y responder a los estímulos
2. El paciente deberá mantenerse consiente para recibir instrucciones para ejecutar el procedimiento sin ningún problema. En este punto, se le puede pedir que tosa voluntariamente o que abra la boca
3. Debe mantener una postura adecuada con un control cefálico básico conservando su torso erguido para que la evaluación se efectúe de manera segura

No podrán ser evaluados los pacientes enfermos que no presenten estos requisitos

Encuestas específicas

Se han diseñado varias encuestas para iniciar el screening, aquí podemos encontrar las siguientes:

- Swallowing disturbance questionnaire. – Es una encuesta de 10 preguntas que puede ser realizadas por terceras personas como los cuidadores o familiares del paciente especialmente para aquellos que padecen de demencia senil o deterioros cognitivos. Este cuestionario en algunos casos, suele ser de 5 preguntas manteniendo los detalles y sensibilidad de las mismas. (8)
- Self- report symptom inventory. – Este test se encarga de valorar los síntomas del paciente a tratar, basado en su autoevaluación, es decir, aquí el paciente responde sus preguntas independientemente. El objetivo de esta prueba es

determinar la validación a una amplia variedad de síntomas o dolencias, reportando manifestaciones clínicas no tan frecuentes o pseudolinfomas.

Compuesta de 107 preguntas: Las primeras 50 preguntas son cognitivas, ansiedad, de dolor, somático no específico, dolor y depresivo; 50 ítems de la sección de pseudosíntomas que incluyen (pseudosíntomas cognitivos, dolor, metales, de origen motores y sensoriales). Este diseño de pruebas es ideal para personas que exageran con sus quejas o engañan al personal. (9)

Los últimos dos ítems son preguntas rompehielos y 5 preguntas que ayudan a confirmar la coherencia de las respuestas anteriores.

- Cribado rápido (EAT- 10). - Esta herramienta nutricional consiste en un cuestionario de 10 preguntas elaborado para determinar de forma rápida y sencilla a pacientes adultos jóvenes y mayores que presentan esta sintomatología, y que necesiten de asistencia médica especializada. El punto de cohorte estándar es mayor o igual a 3, lo que significa que existe irregularidades y riesgo de disfagia. (10)
- Examen clínico (MECV-V): Este se lo conoce como el método de exploración clínica volumen- viscosidad, ideal para la detección de alteraciones de seguridad y eficacia, identificando volúmenes y texturas para el individuo o paciente. Este procedimiento se realiza con el paciente sentado, monitoreando la saturación de oxígeno, gestionando tomas de agua de 5, 10 y 20ml en tres presentaciones distintas (néctar, pudín y líquida) modificados con espesantes comerciales. (11)
Por lo general lo realiza una enfermera, se empieza administrando un bolo de 5ml con una viscosidad de néctar. Aquí se van visualizando ciertos signos que pueden alterar la seguridad del paciente tales como: Presencia de tos, disminución en la saturación de oxígeno o el cambio de voz. Por otro lado, este procedimiento permite identificar fallos en la eficacia de la deglución, como, por ejemplo: (12)
 - Incapacidad de mantener el bolo alimenticio en la boca
 - Residuos de alimentos en la boca o faringe, luego de haber tragado
 - Degluciones repetitivas para procesar un solo bolo alimenticio

Al momento de administrar cada volumen, se debe reconocer la existencia de algún fallo en la eficiencia o convicción del proceso con la finalidad de identificar ciertos indicadores. Aquí, se debe dar ciertas pautas al paciente para realizar las pruebas (12)

1. Mantener el volumen que se ha recibido en la boca unos segundos antes de ser deglutido
 2. Mostrar al personal tratante el interior de la boca después de tragar y deglutir para verificar si existe la presencia de los restos del bolo adquirido
 3. Emitir su nombre en voz alta para detectar si existe alguna dificultad en su tono de voz (12)
- Mini nutritional Assessment. – Herramienta nutricional, ideal para determinar desnutrición o riesgo de la misma en pacientes adultos mayores con la finalidad de facilitar las respuestas y la detección del grado de desnutrición por medio de preguntas paso a paso, colocando los puntos entendiendo los resultados de manera fácil y correcta.
 - Estado nutricional normal (12 – 14 puntos)
 - En riesgo de desnutrición (8- 11 puntos): Aquí se realizará un control estricto de peso cada 3 meses y una intervención nutricional, complementando con suplementación oral, control de peso y evaluaciones nutricionales estrictos
 - Desnutrición (0 – 7 puntos): Se procederá directamente al tratamiento nutricional, enriqueciendo la dieta, suplementando con 400 a 600 kcal /d. Tener un control mucho más estricto en el peso y en las intervenciones nutricionales. (13)

Para los pacientes la disfagia es simplemente la dificultad para tragar mientras que, para el personal sanitario significa que existe una alteración al momento de deglutir que produce un retraso anormal en el paso del bolo alimenticio ya sea de consistencia líquida o sólida desde la boca hasta el estómago. Este síntoma se puede presentar de manera aguda o crónica ya sea persistente o intermitente y puede acompañarse con una sensación de "globo faríngeo" en la garganta que suele ser indolora. El cual suele darse por irregularidades en las fases orofaríngea o esofágica de la deglución puede presentarse de forma mixta.

Disfagia orofaríngea

Se define como el retraso en el paso del bolo alimenticio sólido o líquido durante la fase orofaríngea de la deglución. Varias alteraciones neuromusculares pueden causar disfagia orofaríngea. Algunas de las causas se pueden observar en el periodo postoperatorio después de someterse a una discectomía y fusión cervical, las cuales pueden ser multifactoriales.

Las causas que se originan de manera anatómicas aparecen por daños que obstruyen el conducto o forman una tensión severa en la orofaringe. Entre estas situaciones se encuentra, el divertículo de Zenker, el bocio, las membranas esofágicas, los tumores, abscesos orofaríngeos y la presión externa que se produce por un aneurisma aórtico también conocido como disfagia aórtica. Existen evidencias de varias causas neuromusculares de esta sintomatología, presentándose regularmente en accidentes cerebrovasculares, incluyendo los infartos del tronco encefálico con afecciones a los nervios craneales (14)

Varios factores neuromusculares son parte de esta sintomatología, efectuándose frecuentemente en accidentes cerebrovasculares abarcando infartos del tronco encefálico comprometiendo los nervios craneales. La prevalencia de estas lesiones en los ganglios basales a causa de la enfermedad de Parkinson también puede provocar disfagia. Además, las lesiones de los ganglios basales en la enfermedad de Parkinson pueden provocar disfagia. Muchas afecciones neurológicas y musculares pueden afectar de manera directa al transporte del bolo alimenticio como: Las lesiones y enfermedades neurológicas el daño que se presenta en el sistema nervioso central o periférico ocasionado por traumatismos, ELA, esclerosis múltiple, entre otros, modifican las señales nerviosas al deglutir. (14)

La miastenia grave afecta la relación que existe entre los músculos y los nervios, esto va a dificultar el paso de alimentos y líquidos. También, tenemos la presencia de enfermedades musculares que debilitan la musculatura que forma parte de la deglución (14)

Disfagia esofágica

Caracterizada por presentar una obstrucción mecánica del esófago o alteración de la motilidad. La obstrucción mecánica se presenta principalmente por no poder deglutir los sólidos. A diferencia de los trastornos de la motilidad, impiden el paso de los alimentos tanto sólidos como líquidos, ambos problemas suelen ser intermitentes o continuos

Este tipo de disfagia, suele tener cierta conexión con el anillo de Schatzki, el carcinoma de esófago, estenosis y membranas esofágicas, las esofagitis eosinofílicas. También puede presentar trastornos como el espasmo esofágico, la acalasia, motilidad esofágica ineficaz, entre otros. (14)

Trastornos reumatológicos y disfagia

Existe una posibilidad bastante grande que varias enfermedades reumatológicas pueden presentarse con disfagia a partir de diferentes mecanismos los cuales, pueden agudizar la misma a partir de otras causas tales como, el síndrome de Sjögren, es una enfermedad autoinmune que pone en riesgo las glándulas exocrinas, causa de la disfagia por xerostomía y alteraciones en la motilidad del esófago proximal. La esclerosis sistémica cutánea limitada (anteriormente síndrome CREST), es una causa bien conocida de dismotilidad esofágica. Otros trastornos reumatológicos frecuentes que pueden causar o complicar la disfagia son la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y las enfermedades mixtas del tejido conectivo. (14)

Disfagia inducida por medicamentos

Ciertos fármacos suelen agravar la disfagia a través de varios mecanismos fisiopatológicos, incluyendo la disminución en la producción de la saliva también denominada xerostomía y los problemas que se presentan en la motilidad esofágica. Además, ciertos medicamentos pueden ocasionar esofagitis medicamentosa o reflujo gastroesofágico que son situaciones que obstruye el paso de los alimentos. Los fármacos que tienen efectos inmunosupresores predisponen al desarrollo de esofagitis infecciosa con la consiguiente disfagia.

Se debe considerar que los medicamentos con efecto sedante como los opioides pueden afectar la protección de la vía aérea, esto incrementara el riesgo de aspiración en personas con disfagia. Por ende, puede presentarse en personas con Parkinson o pacientes con trastornos psiquiátricos principalmente cuando estas enfermedades están comenzando, al usar estos medicamentos se pueden relacionar con la presencia de hipercontractilidad o hipertensión esofágica, afectando a la función motora del esófago. (14)

Desnutrición protéica energética

La desnutrición proteico energética es una problemática mundial de salud pública que se presenta por el consumo insuficiente de macronutrientes principalmente de las proteínas que son las encargadas de la reconstrucción muscular, esta deficiencia suele estar acompañada con la pérdida de ciertos micronutrientes necesarios para el organismo. Esta problemática mundial suele presentarse de manera gradual o repentina, suele agravarse a raíz de otra patología, sino se trata a tiempo puede ocasionar

problemas muy severos denominada emaciación, caracterizada por presentar pérdida de cabello, edema, piel pálida, malestar intestinal, etc (15)

Este tipo de desnutrición afecta a todas las edades tanto a niños como adultos, especialmente a los que tienen acceso ineficiente a los nutrientes. Existen 3 presentaciones clínicas de desnutrición proteico energético. (16) (17)

- Kwashiorkor. - Se da principalmente por la pérdida de proteínas. Su signo principal es el edema, acompañada con hígado graso, cambios en la piel, fatiga, retraso de crecimiento en niños y alopecia
- Marasmo. - Pérdida de peso de manera brusca sin edema, ausencia de grasa en la piel, pérdida extrema de masa muscular. Sus articulaciones, costillas y huesos son bastante notorias, se puede visualizar el rostro con un anciano.
- Kwashiorkor marasmático. - Es la combinación de ambas.

La desnutrición proteico energética se presenta principalmente por la ingesta insuficiente de nutrientes tanto macro como micronutrientes, en pacientes adultos se presentan de manera diferente ya sea por manifestaciones clínicas, problemas socioeconómicos o condiciones psiquiátricas (16)

Causas principales:

Conductas alimentarias; Suele presentarse por la anorexia nerviosa o bulimia que son las más frecuentes en personas jóvenes, dentro de esto también está las dietas extremas. Como consecuencia ocasiona la pérdida de peso extrema y la pérdida de masa muscular

Enfermedades gastrointestinales o malabsorción. – Ciertas enfermedades son causantes de esta condición ejemplo la enfermedad de Crohn, enfermedad celiaca colitis, disfagia, insuficiencia pancreática, ya que van a impedir la absorción de nutrientes o impedirán el consumo de alimentos

Enfermedades crónicas e inflamatorias. – Enfermedad renal, VIH/SIDA, cáncer, enfermedades autoinmunes. Estas patologías van a causar un hipercatabolismo y activarán citocinas inflamatorias que van a destruir la masa muscular (18)

Otras causas que influyen bastante es la cirugía bariátrica mal controlada o una quemadura, estas van a producir un aumento en el gasto metabólico

METODOLOGÍA

La disfagia es un síntoma médico tratado por un equipo multidisciplinario. Puede ser abordado en hospitales, ancianatos y clínicas neurológicas. Por ende, se ha abordado el presente caso clínico en el hospital de especialidades de Guayaquil doctor Abel Gilbert Pontón (HGP) para realizar su respectiva valoración nutricional por medio de exámenes bioquímicos y antropometría.

En primera instancia se realizó un examen clínico a razón de que el diagnóstico de la enfermedad aún no estaba definido. Por lo cual, se solicitaron diversos exámenes físicos y bioquímicos que confirmaron la presencia de disfagia a partir de una patología ya existente. También se diagnosticó una desnutrición proteico energética causada por las mismas enfermedades y diagnosticadas por la aplicación de antropometría y sus respectivos cálculos dietéticos. Otro elemento muy importante para poder diagnosticar y abordar el presente caso es el cribado nutricional que es esencial en hospitalización.

Se propone un plan de densidad calórica, comenzando por la modificación de texturas y consistencias como: puré y alimentos homogéneos, dependiendo de la gravedad de la disfagia o problemas con el habla. Es decir, los alimentos no deben tener ningún grumo, piel o residuo y los alimentos líquidos deberán ser espesados a una consistencia como Pudín o miel. (19)

Cuando la paciente ya este dada de alta es ideal que siga un plan de alimentación adecuado a sus requerimientos energéticos y patologías. En este caso se propone un régimen alimenticio alto en proteínas y calorías, respetando sus tiempos de comidas y las texturas correspondientes para que no existan complicaciones futuras. Además, puede hacer uso de algún suplemento adecuado para su condición física y patológica.

La elaboración de un plan de alimentación después del alta hospitalaria, es fundamental para una vida sostenible. Este esquema, ayudará a la prevención de enfermedades futuras y servirá como una guía para mejorar sus hábitos a largo plazo, evitando las recaídas clínicas. En este caso, no se debe olvidar el uso de los suplementos nutricionales que es esencial para evitar la desnutrición proteico energética.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 46 años de edad ingresada con un cuadro crónico de 2 meses de evolución, caracterizado por pérdida de peso no cuantificada, pérdida de apetito, anorexia y astenia. El cuadro empeora con la presencia de náuseas, vómitos repetitivos que impiden la ingesta voluntaria, dolor abdominal y una disfagia progresiva severa tanto a sólidos como a líquidos. Ingresas con un peso de 38kg y talla de 1,45 (IMC: 18,1). Su IMC refiere bajo peso / desnutrición. Sus exámenes bioquímicos reflejan una alteración en su estado nutricional, en el sistema sanguíneo y su estado general. Dentro de su bioquímica, se puede evidenciar una hipoalbuminemia severa (Albúmina: 2.0g/dl) y bajos niveles de proteína (proteínas totales 4,2 g/dl), evidencian un deterioro proteico agudo o crónico con alto riesgo de la pérdida de masa muscular. También presenta valores de (Hemoglobina: 8.3 g/dL, Hematocrito: 26.70%) con agotamiento de las reservas de hierro (Ferritina: 12.8 ng/mL) y trombocitopenia leve (Plaquetas: 130,000 / μ L) lo que nos indica la presencia de una anemia ferropénica. Por otro lado, se evidencia un proceso inflamatorio o infeccioso activo con valores elevados de procalcitonina (0,6 ng/ml) acompañados de granulocitosis (88,9 %) y linfopenia (8,4 %). Existe la presencia de una lesión miocárdica, la cual se refleja en la elevación de la troponina (0,63 ng/mL) y un incremento moderado del marcador CA (53.8 U/ml).

La paciente refiere alergias a los mariscos, antecedentes patológicos personales de osteoporosis y familiares de cáncer de útero (Madre fallecida por cáncer de útero). Ingresas al área de nutrición por su valoración física, donde se observó la piel seca, pálida y disminución de la masa muscular, sus mucosas orales se encuentran pálidas y secas al igual que sus ojos, estos signos están relacionados con el cuadro de desnutrición de la paciente

DATOS ANTROPOMÉTRICOS

Tabla 1

PARAMETRO	RESULTADO	INTERPRETACIÓN
Peso	Inicial: 43.5 kg Peso actual: 38kg	Severamente disminuido
Talla	1,45	-
IMC	Inicial: 20,7 18,1	Bajo peso
Circunferencia Braquial	19cm	Desgaste severo del tejido adiposo y muscular
Circunferencia de pantorrilla	25cm	Disminución severa de la masa muscular/ sarcopenia
Perímetro abdominal	52cm	Disminución significativa de la masa visceral / central

Tabla 2. Evolución de la antropometría

Fecha	Peso (kg)	Circ. Braquial (cm)	Circ. Pantorrilla (cm)	Parámetro Abdominal (cm)	IMC (kg/m ²)
05 de Mayo	38	19	25	52	18.07
12 de Mayo	38.3	19.2	25.2	52.2	18.21
19 de Mayo	38.7	19.3	25.3	52.3	18.4
27 de Mayo	39.5	19.5	25.3	52.5	18.78
03 de Junio	39.9	19.6	25.5	52.5	18.97
11 de Junio	40.2	19.8	25.7	52.8	19.12

(20)

La paciente ingreso al área de nutrición con una pérdida de peso severa, comprometiendo de manera significativa la masa magra y el tejido adiposo, dicha interpretación se realiza por los valores presenciados en los perímetros braquiales y de pantorrilla severamente disminuidos con relación a los valores referidos del sexo y grupo etario. Durante la intervención de la valoración nutricional que se le ha realizado a la paciente pudo observarse un aumento de peso de 2.2kg alcanzando un peso de 40,2 kg. Esta evolución fue muy favorable ya que, pudo mejorar su estado anímico y sus síntomas.

En esta paciente se implementó el tamizaje nutricional MUST (malnutrition universal screening tool), al ingresar por primera vez, se encontraba en la Unidad de cuidados intensivos (UCI) y obtiene una puntuación de 3 puntos (1 punto por su IMC) y 2 puntos por la gravedad de la enfermedad y la disfagia severa que ha limitado el consumo e ingesta de alimentos durante 5 días. El estado nutricional de esta paciente es bastante severo por lo que requiere intervención del personal de salud capacitado en el área de forma inmediata.

La pérdida de tejido muscular y adiposo son evaluados por la intervención antropométrica y exámenes bioquímicos. Se ha analizado los siguientes datos para esta intervención como: circunferencia braquial (19cm) y la Circunferencia de pantorrilla (25cm), esta se encuentra por debajo del rango de referencia de 31cm para sarcopenia, el cual indica una disminución severa de masa muscular, con la complementación de la estimación del área muscular circunferencia media superior del brazo (13.0cm) por debajo del percentil 5 y los bajos niveles de albumina, proteínas y hemoglobina presentando una anemia ferropénica

Cálculos

Para realizar los cálculos nutricionales en una paciente de 46 años con IMC de bajo peso e ingresada a esta unidad de salud por disfagia y desnutrición severa se ha utilizado directrices vigentes de la ESPEN:

- Interpretación del porcentaje de pérdida de peso. - Al valorar los cambios de peso dentro de la historia clínica previo al tratamiento nutricional y el déficit acumulado, los cálculos reflejan una pérdida de peso del 12,18%, (obtenido entre los valores calculados del peso habitual y el perdido). Según los criterios que maneja la ESPEN, la pérdida de peso involuntaria mayor al 10% en periodo indefinido o mayor al 5% dentro de los primeros 3 meses se denomina como pérdida de peso severa y con un riesgo clínico elevado. Esta situación afecta directamente a la pérdida de masa magra, evidenciadas por los valores de los parámetros: Braquial(19cm) y pantorrilla (25cm), ya registradas (21)
- Tasa metabólica basal y gasto energético. - Se ha elegido Harris Benedict por su aplicación y precisión en el ámbito clínico en pacientes adultos recomendado por la ESPEN, especialmente cuando no se ha realizado calorimetría indirecta. En este caso clínico se ha calculado 1071 kcal/día (utilizando sus datos antropométricos de 38 kg y 1.45 m), con un factor de estrés/ actividad del 1,2 al 1,3 para que pueda cubrir la respuesta inflamatoria/ infecciosa. Con un total de 1928 kcal/día, representando al gasto energético total para una ganancia de peso correcta

La recomendación de la ESPEN del aporte proteico de 1,8 g/ kcal/ día para una paciente con un peso de 38kg, se plantea para después de la estancia hospitalaria, teniendo en cuenta el estadio de la enfermedad y el grado del estrés metabólico. En este caso, esto va a favorecer a la ganancia muscular y cubrir las necesidades proteicas durante su recuperación, debe ser monitoreada por el personal médico y su nutricionista de cabecera para que su aporte energético sea el adecuado. En este caso se obtuvo un requerimiento proteico de 68,4 gramos que representa al 14,2% del valor calórico total (22)

PLAN DIETOTERAPEÚTICO

Tabla 3: Distribución de macronutrientes

Macronutrientes	Porcentaje	Gramos	Calorías
Carbohidratos	60	289.3	1157.2
Grasas	25.8	55.3	497.6
Proteínas	14.2	68.4	273.6
TOTAL			1928.4

(20)

Tabla 4: Suplemento Fresubin (250ml)

Energía	Carbohidratos	Grasas	Proteínas
400 kcal	42 gramos	14 gramos	24 gramos
Dosis: Dos unidades al día (mañana y tarde)			
Energía	Carbohidratos	Grasas	Proteínas
800 Kcal	84 gramos	28 gramos	48 gramos

(23)

Tabla 5: Ajuste de requerimiento por fórmula enteral

Energía	Carbohidratos	Grasas	Proteínas
1928.4	205.3gramos	27.3 gramos	20,4 gramos

(20)

Tabla 6: Requerimiento de dieta hiperproteica sin suplementación

Energía	Carbohidratos	Grasas	Proteínas
1928.4 calorías	289.3 gramos	55.3 gramos	68,4 gramos

(20)

Oligoelementos esenciales

- Zinc: Es fundamental para la síntesis de proteínas y la proliferación celular, la deficiencia de este micronutriente produce pérdida de masa muscular y es más frecuente en pacientes con desnutrición crónica. También puede alterar las papilas gustativas, provocando el rechazo a ciertos alimentos y afecta a la cicatrización
- Selenio: Fortalece el sistema inmunológico, es un esencial antioxidante que protege los tejidos del estrés oxidativo. Sus beneficios favorecen a la salud en general
- Aunque el hierro no sea un oligoelemento sino un mineral, al combinarlo con el cobre son fundamentales para la formación de glóbulos rojos, evitando la presencia de la anemia ferropénica, esenciales para la salud muscular y neurológica

PLAN DIETO TERAPÉUTICO

Tiempo de comida	Preparaciones	Kcal	CHO	Grasas	Proteínas
Desayuno	Crema de zapallo con yuca	219	52	0,5	2,5
Media Mañana	Fresubin (250ml)	400	42	14	24
Almuerzo	Crema de pollo licuada con 1 cdta de aceite de oliva con arroz	493	206	16.2	12,2
Media tarde	Colada más segunda toma del suplemento + panela	930	74,2	14	24,2
Merienda	Puré de papa + gelatina	29	17,3	0,3	6,5

(20)

CONCLUSIONES

El estado nutricional de esta paciente al ingresar al hospital estuvo severamente comprometido, debido a su IMC de 18,1 que nos ha indicado una desnutrición proteico energética severa, detectado también por su tamizaje nutricional MUST (3 PUNTOS) y su bioquímica nutricional en donde se pudo detectar una anemia ferropénica, pérdida de masa muscular y tejido adiposo. La pérdida de peso involuntaria se estimó en 12,18% superando el 10% de los criterios recomendados por la ESPEN como desnutrición severa con un alto impacto en el ámbito clínico.

Las mediciones realizadas en cada valoración han confirmado la pérdida severa de tejido adiposo y muscular como la circunferencia braquial(19cm) y la de pantorrilla (25cm), ambas por debajo de los rangos del punto de corte para sarcopenia, esto ha demostrado un gran compromiso en las reservas secundarias del catabolismo. La respuesta inflamatoria fue bastante relevante en este caso porque influyó de manera significativa en el estado nutricional y anímico de la paciente, con valores anormales a los rangos recomendados los cuales detectaron la presencia de una anemia ferropénica, la cual afectó al rendimiento tisular y a la oxigenación.

La función deglutoria fue otra causante para la valoración de este caso clínico, impidiendo la ingesta correcta de los nutrientes, siendo obligatorio la modificación de las texturas de los alimentos.

Dentro de la unidad hospitalaria se pudo observar un cambio significativo en su recuperación, hubo un aumento de peso muy relevante de 2,2 kg dentro de 5 semanas, esto pudo ayudarla a la paciente a salir de la categoría de bajo peso. Por lo tanto, también se pudo evidenciar el aumento en las circunferencias braquial con un 19,8 y de pantorrilla con un 25.7, con la comprobación de que la estrategia hiperproteica fue ideal para recuperar el peso y aumentar el tejido muscular.

Todos los alimentos que se vayan a consumir se deberán espesar con espesantes comerciales para asegurar una consistencia homogénea, evitando algún sólido que vaya a presentar algún fallo pulmonar. Al momento de que el paciente haya sido dado de alta, se empezara a proporcionar alimentos con texturas sin grumos fraccionados en 5 tomas de comida.

Se procede a hacerle uso al aceite de oliva para poder a los requerimientos necesarios relacionados a la grasa, añadiéndolos en crudo a cualquiera de las preparaciones que están mencionadas en el plan de alimentación. También se deberá tener en cuenta el aporte de los oligoelementos esenciales para que exista un mejor funcionamiento en la

población.

El estado de esta paciente se lo pudo evaluar a través de medidas antropométricas y exámenes médicos, gracias a esto se pudo encontrar las patologías que podían conllevar a una disfagia o una desnutrición proteico energética

(24)

RECOMEDACIONES

La combinación de la nutrición parenteral con la nutrición casera es esencial para mejorar el estado anímico de la paciente ya que ingiriendo alimentos así nomás conllevará a una posible desnutrición.

El resguardo de la vía aérea protege las vías respiratorias gracias a un ajuste adecuado, se recomienda que al principio el paciente se encuentre en reposo y que no se descuide con los chequeos médicos ya que, la paciente tiene otras patologías que han desencadenado la disfagia y la desnutrición de proteínas

Se debe tener más precaución con los pacientes adultos mayores, se encuentran expuestos con facilidad a la disfagia y la desnutrición debido al rechazo de ciertos alimentos y al no querer tomar los suplementos de una manera adecuada.

No olvidar las texturas de los alimentos, al principio debe ser solida con una dieta blanda enriquecida con oligoelementos, los cuales son fundamentales para que no exista ningún déficit o problemas a largo plazo .Dentro de la estancia hospitalaria se recomienda un aumento de calorías calculado por medio de Harris – Benedict aumentando el factor de estrés, en este caso se recomienda 1.2 y se obtendría un requerimiento energético de 1928 kcal/ día, que se administrará de manera fraccionada garantizando el aumento de peso y masa muscular

Al momento de que la paciente fue dada de alta, se recomienda una ingesta del 1,5 al 1,8 gr/día de proteínas de alta calidad como: claras de huevo, suplementos, carnes magras para el aumento de masa muscular. Las texturas de los alimentos se empezarán con preparaciones como: (puré suave, papillas o néctar), en esta estancia no se consumirá alimentos que contengan grumos o con consistencia dura o seca para evitar broncoaspiración. La suplementación es esencial en este cuadro clínico, adaptar el plan de alimentación con 2 a 3 tomas diarias de formular enterales poliméricas e hiperprotéicas concentradas en cantidades pequeñas con viscosidades que el paciente pueda adaptarse como el fresubin.

Para mejorar la absorción de hierro se debe combinarlos con fuente de vitamina C (como jugos cítricos colados sin pulpa o suplemento de ácido ascórbico). Es recomendable el distanciamiento de ciertos alimentos al momento de consumir el hierro y la vitamina C al menos 2 horas ya sean antes o después como: Café, té y lácteos.

En cuanto al monitoreo nutricional ambulatorio se recomienda una valoración cada 2 semanas tomando datos de la circunferencia de brazo y pantorrilla. Por otro lado, es esencial el monitoreo de los exámenes cada 3 a 4 semanas principalmente un hemograma completo y marcadores inflamatorios para verificar la presencia de algún proceso infeccioso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asturias UFdDdHUPd. Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias. Con 58 recetas elaboradas en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. En Grupo Aula Médica SL(Mfes, editor.. Madrid: Aula Médica, formación en salud; 2024.
2. Fernando Calles JLP. Prevalencia de la disfagia orofaríngea en pacientes adultos (así como sus factores de riesgo, patologías comórbidas, métodos de valoración y el rol de enfermería). ORL. 2023; 14(2).
3. Aguilar NZ. Disfagia Mixta. 22 de Junio de 2026..
4. María Isabel Rebollo Pérez JMRRPDBMG. Abordaje integral del paciente con disfagia orofaríngea. Consenso de expertos GEDYN. Terapia médica nutricional y tratamiento rehabilitador. Nutrición médica en medicina. 2023; XVII(1).
5. Juan Carlos Vallejo Garzón CAT. Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de disfagiaorofaríngea en adultos. Guías clínicas: Metro Ciencias. 2024; 34(1).
6. Ortiz L. El desafío de “Hambre Cero” sigue pendiente en Ecuador. Revista Gestión. 21 Agosto 2024.
7. FAO FOPyU. rganización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). [Online]; 2024. Acceso 31 de Juliode 2026. Disponible en: https://www.fao.org/agrifood-economics/publications/detail/es/c/1715263/?utm_source=chatgpt.com.
8. Nakan M, Nakae H, Shinohara C, Sogawa Y, Yoshioka M, Nishigawa K, et al. A revised version of the Seirei Swallowing Questionnaire for people with cognitive decline (Swallow-10). The Journal of Medical Investigation. 2023; 70(1 y 2).
9. Thomas Merten BDFIBEPLyHM. The self report Symptm Inventory. Psychological Injury and Law. 2021; 14(311- 322).

10. Mercedes Murray Hurtado IBC,NHC,RMVyeGdTdD. Validación al español del cuestionario PEDI-EAT-10 para el cribado de disfagia. Anales de pediatría. 2023; 98(250-251).
11. Lozano-Estevan MdC, : LGGR, Cuadrado-Soto E, Bermejo LM, Salas-González MD. Protocolo de actuación en el abordaje dietético y nutricional en pacientes con disfagia. Nutrición hospitalaria. 20223; 40.
12. Moreno EP. Enfermería Creativa. [Online]; 2024. Acceso 30 de Juliode 2026. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/2024/11/20/metodo-de-exploracion-clinica-volumen-viscosidad-mecv-v/>.
13. CGA Toolkit Plus (Sitio desarrollado para la Comprehensive Geriatric Assessment in Primary Care). Como autores de las escalas MNA® integradas en la página figuran Guigoz Y RLeaySdPNSA. CGA Toolkit Plus. [Online]; 2009. Acceso 30 de Juliode 2026. Disponible en: <https://www.cgakit.com/m-3-mna>.
14. Azer SA, Kanugula AK, Kshirsagar. RK. National Library of medicine. [Online]; 2023. Acceso 30 de Juliode 2026. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559174/>.
15. Bian W, Wang Y, Li Y, Chang L, Zhou P. Prevalence of malnutrition based on global leadership initiative in malnutrition criteria for completeness of diagnosis and future risk of malnutrition based on current malnutrition diagnosis: systematic review and meta-analysis. Frontiers in Nutrition. 2023; 10.
16. Titi-Lartey OA, Daley SF. evere Acute Malnutrition: Recognition and Management of Marasmus and Kwashiorkor (Anteriormente titulado o catalogado bajo Marasmus). StatPearls Publishing). 2025; 31.
17. Shilpa N. Bhupathiraju PyFHMMP(pppGDBM. Manuales MSD. [Online]; 2026. Acceso 31 de Juliode 2026. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/professional/nutritional-disorders/undernutrition/protein-energy-undernutrition-peu#Symptoms-and-Signs_v882877.

18. Mei Tang YWFYYXyJW. Etiological Patterns of Protein-Energy Malnutrition in a Pediatric Clinic in China. Medical Science Monitor (Med Sci Monit). 2025; 31.
19. Zhean Shen YHAHyAM. Patients with dysphagia: How to supply nutrition through non-tube feeding. Frontiers in Nutrition. 2022; 9.
20. Aguilar LNZ. Historia clínica. Valoración nutricional. Guayaquil ;, Nutrición.
21. Arved Weimann MBMBMITDCPFDLG. ESPEN Guideline on clinical nutrition in surgery – Update 2025. Clinical Nutrition. 2025; 53(222–261).
22. Lobo DCyDN. Handling ethical issues in Clinical Nutrition. Clinical Nutrition. 2025; 53(155-157.).
23. GmbH FKD. Fresubin® 2 kcal/2 kcal Fibre DRINK – Nutritional Information / General Information. Ficha técnica del producto/ información nutricional. Bad Homburg, Alemania: Fresenius Kabi Deutschland GmbH, Nutrición.
24. Yogesh Sharma PAERCHPHCT. Validity of the Malnutrition Universal Screening Tool for Evaluation of Frailty Status in Older Hospitalised Patients. Clinical Medicine Insights: Geriatrics. 2022; 8.
25. Ortiz L. El desafío de “Hambre Cero” sigue pendiente en Ecuador. Revista Gestión..



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT

Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Zambrano Aguilar Julissa Nicole, con C.C: 0704874585 autor(a) del trabajo de titulación: Propuesta nutricional en paciente crítico con disfagia. previo a la obtención del grado de **MAGÍSTER EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA CON MENCIÓN EN NUTRICIÓN CLÍNICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 23 de septiembre de 2026.



Validar únicamente en FirmadC.
Firmado electrónicamente por:
**JULISSA NICOLE
ZAMBRANO AGUILAR**

f. _____

Nombre: Zambrano Aguilar, Julissa Nicole
C.C: 0704874585



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN		
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Propuesta nutricional en paciente crítico con disfagia	
AUTORA	Zambrano Aguilar, Julissa Nicole	
REVISORA/TUTORA	Chávez Pérez, Dominique / Ing. Carlos Poveda Loor	
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil	
UNIDAD/FACULTAD:	Subsistema de Posgrado	
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica	
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Nutrición y Dietética con mención en Nutrición Clínica	
FECHA DE PUBLICACIÓN:	23-09-2026	No. DE PÁGINAS: 24
ÁREAS TEMÁTICAS:	Desnutrición - salud	
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Disfagia; desnutrición, déficit, dietoterapéutico, salud, nutrición	
RESUMEN/ABSTRACT		
Para el abordaje de la nutrición proteico energética y la disfagia mixta en una paciente femenina de 46 años con un peso de 38kg se ha establecido un régimen dietético de 1928 kcal con una distribución de macronutrientes distribuidos correctamente en el 60% de carbohidratos, 14,2% de proteínas y 25.8 %de grasas. Con esta distribución, se ha logrado un aumento de peso significativo en el paciente determinado por medio de la antropometría y valores bioquímicos. Debido a la disfagia que presentó dentro de la unidad hospitalaria se comenzó con un plan dieto terapéutico mixto implementando una formula enteral con una composición de 800 kcal, 84gr de carbohidratos, 28 gramos de grasa y 48 gr de proteína combinándola con platos tradicionales ecuatorianos con una textura adecuada para el consumo de la paciente, cubriendo sus requerimientos energéticos y mejorando su digestión y absorción para que tenga un mejor estilo de vida En esta paciente también se presenta la desnutrición proteica energética que al no realizar un tratamiento dietoterapéutico adecuado puede conllevar a consecuencias muy drásticas y recurrentes. El personal de salud deberá tener muy presente como se desencadenó la disfagia y los riesgos severos que esta conlleva a corto y largo plazo		
ADJUNTO PDF:	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-999917652	E-mail: nutricionistanicolez @gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Alexandra Bajaña Guerra	
	Teléfono: +593-4-3804600	
	E-mail: alexandra.bajana@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		