



Guía de nutrición de personas con disfagia



**CENTRO
DE REFERENCIA
ESTATAL DE
ATENCIÓN AL
DAÑO CEREBRAL**



Guía de nutrición de **personas** con disfagia



El Instituto de Mayores y Servicios Sociales no comparte necesariamente las opiniones y juicios expuestos y en ningún caso asume responsabilidades derivadas de la autoría de los trabajos que publica.

Autores

Carlos González Alted

Médico especialista en medicina física y rehabilitación

Director médico Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral

M.^a del Pilar Casado Romo

Médico especialista en medicina física y rehabilitación

Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral

Antonio Gómez Blanco

Médico especialista en medicina física y rehabilitación

Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral

Susana Pajares García

Médico especialista en medicina física y rehabilitación

Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral

Rosa M.^a Dávila Acedo

Licenciada en Ciencia y Tecnología de los Alimentos

Diplomada en Enfermería

Laura Barroso Pérez

Diplomada en Enfermería

Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral

Elena Panizo Velasco

Diplomada en Logopedia

Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral

Primera edición, 2017

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

EDITA:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

Avda. de la Ilustración, s/n. e/v. a Ginzo de Limia, 58, 28029 Madrid

Tel. 91 7033935 - Fax. 91 70338 80

E-mail: publicaciones@imserso.es

<http://www.imserso.es>

NIPO papel: 686170299

NIPO en línea/pdf: 686170301

Depósito Legal: M-32862-2017

DISEÑO, MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN:  (believearts.com)



Índice

Presentación

7

Parte I. Aproximación a la Disfagia

1. Aspectos básicos sobre disfagia en daño cerebral	9
Deglución y disfagia	9
Tipos de disfagia. Etiología	9
Fisiología y fases de la deglución	10
Complicaciones de la disfagia orofaríngea	11
Signos y síntomas de sospecha	12
Enfoque multidisciplinar	12
2. Métodos diagnósticos y valoración	12
Métodos clínicos	13
Exploración instrumental con pruebas complementarias	15
Conclusiones	16
3. Otras vías de alimentación	16

Parte II. La Nutrición en la Disfagia

1. Adaptación de la alimentación y manejo de los trastornos de la deglución en pacientes con daño cerebral adquirido	19
2. Dietética aplicada a la disfagia: reeducación de la deglución	22
Tipos de dietas en función del tipo y grado de disfagia	22
3. Dieta de disfagia (reeducación de la deglución). Elaboración	
Recomendaciones nutricionales. Ejemplos de menús semanales	23
Pasos que se deben seguir en la elaboración de una dieta para la reeducación de la deglución	23
Ejemplo de dieta de disfagia (reeducación de la deglución avanzada)	26
4. Dieta de disfagia (reeducación de la deglución avanzada)	
Ejemplos de menús semanales	27
Ejemplo de dieta de disfagia (reeducación de la deglución avanzada)	28

Bibliografía

29

Anexos

ANEXO I: Recomendaciones generales	31
ANEXO II: Objetivos y principios del tratamiento rehabilitador	32
ANEXO III: Ejemplos de menús semanales. Reeducación de la deglución	34
ANEXO IV: Pauta de actuación en Ceadae	36



Presentación

La disfagia es la alteración o dificultad en el proceso de la deglución. Es un síntoma que aparece con frecuencia en personas que han sufrido daño cerebral.

Las personas que padecen disfagia pueden tener alterada la eficacia de la deglución y, por lo tanto, la capacidad para alimentarse e hidratarse de manera óptima, pudiendo aparecer cuadros de desnutrición y deshidratación. En ocasiones pueden existir alteraciones en la seguridad de la deglución, con peligro de que se produzcan complicaciones respiratorias graves.

El abordaje de este síntoma requiere actuaciones que abarcan un diagnóstico y una intervención terapéutica correctos, que incluyan recomendaciones nutricionales y tratamiento o reeducación de la deglución.

Actualmente, en el Ceadac podemos abordar ambos aspectos y, tras la valoración y el estudio del paciente, indicar pautas de actuación a los afectados y sus cuidadores. Con el apoyo de una nutricionista, elaboramos el catálogo de dietas del Ceadac, que incluye dos tipos de dietas adaptadas a pacientes con disfagia.

Atendiendo a la demanda directa de los familiares, tanto de información acerca del síntoma como sobre aspectos prácticos de la alimentación, hemos elaborado esta Guía de nutrición para personas con disfagia.



En esta guía se reúnen conceptos clínicos sencillos sobre este síntoma y aspectos nutricionales básicos para estructurar una dieta, incluyendo recomendaciones prácticas sobre consistencias y texturas, pautas durante la alimentación, alimentos recomendados o que se deben evitar, ajuste de calorías y nutrientes y variedad en la alimentación para que sea aceptada por el paciente.

En definitiva, intentamos dar a conocer algunas pautas de actuación que deberán ser adaptadas de manera individual y específica por el equipo de rehabilitación. Además, tratamos de aportar información práctica para elaborar una dieta ajustada en nutrientes, variada, apetecible, asequible, con productos de mercado y, en aquellos casos más graves, sobre el uso correcto de alimentación adaptada con productos farmacéuticos.

Los autores.





1. Aspectos básicos sobre disfagia en daño cerebral

M.^a Pilar Casado Romo y Antonio Gómez Blanco

DEGLUCIÓN Y DISFAGIA

La deglución es el proceso de transporte por el que los alimentos y los líquidos pasan desde la boca hasta el estómago. Es un proceso fundamental, que requiere la integridad física y funcional de las estructuras anatómicas implicadas. A la vez, es un acto complejo, porque supone la realización de una serie de secuencias motoras tanto voluntarias como involuntarias que, en última instancia, están bajo el control del sistema nervioso central.

Comúnmente, podemos decir que disfagia es la «dificultad para tragar». Es un término que describe un síntoma, que puede estar ocasionado por alteraciones estructurales que dificultan el transporte del bolo, o bien por alteraciones funcionales que pueden afectar a la formación y manejo del bolo en la boca, a la secuencia del reflejo deglutorio y a la apertura del esfínter esofágico superior.



TIPOS DE DISFAGIA. ETIOLOGÍA

En sí misma, la disfagia no es una enfermedad, sino un síntoma ocasionado por otras enfermedades. La disfagia orofaríngea aparece cuando las dificultades se originan entre la boca y el esfínter esofágico superior. Puede ser valorada y es susceptible de tratamiento por el equipo de rehabilitación.

Centrándonos en la disfagia orofaríngea, consideramos dos grandes grupos de causas: aquellas enfermedades que ocasionan alteraciones en la anatomía de los órganos o disfagia estructural y las que producen déficits neurológicos o neuromusculares, siendo este grupo el más numeroso (80 %) y refiriéndonos a este tipo como disfagia neurógena (tabla I.1.1).

Es importante aclarar el origen para establecer el pronóstico y el plan de tratamiento. En el Ceadac tratamos solo las alteraciones producidas por daño cerebral adquirido. Por tanto, el objetivo de esta guía es proporcionar información sobre las alteraciones de la deglución originadas por una causa neurológica en adultos, de instauración brusca y curso no progresivo.

DISFAGIA OROFARÍNGEA

DISFAGIA NEURÓGENA

- DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO:
 - ACV, TCE.
 - Lesiones posquirúrgicas SNC.
 - Anoxia cerebral.
 - Infecciones SNC y otras encefalopatías.
- Enfermedades neurodegenerativas (demencias, enf. de Parkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica).
- Disfagia en el anciano.
- Enfermedades neuromusculares (distrofias, miastenia gravis y otras).
- Parálisis cerebral infantil.
- Enfermedades del esfínter esofágico superior (disfunción cricofaríngea).
- Otras: infecciones sistémicas, enfermedades del tejido conectivo...

DISFAGIA ESTRUCTURAL

- Tumores y neoplasias de cabeza y cuello y secuelas de los tratamientos aplicados (cirugía de resección, radioterapia, etc.).
- Malformaciones congénitas craneofaciales.
- Estenosis por ingesta de cáusticos.
- Traumatismos craneofaciales.
- Estenosis por osteofitosis columna vertebral cervical.

DISFAGIA ESOFÁGICA

Estudio y tratamiento específico por el gastroenterólogo.

(Tabla I.1.1)

ACV: accidente cerebro vascular - TCE: traumatismo craneoencefálico - SNC: sistema nervioso central

FISIOLOGÍA Y FASES DE LA DEGLUCIÓN

El conocimiento del mecanismo normal de la deglución es básico para interpretar los signos y hallazgos clínicos, valorar la realización y los resultados de la exploración física y de las pruebas complementarias y definir las dificultades de cada paciente. Asimismo, permite establecer los objetivos y las intervenciones terapéuticas más útiles.

La deglución normal consta de tres fases consecutivas y precisa integridad de las vías sensitivas y motoras, de la corteza cerebral y del cerebelo.

Fase oral

Se realiza bajo control voluntario.

Consta a su vez de:

a) Fase oral preparatoria (fig. I.1.1):

- Cierre labial, masticación y preparación del bolo.
- Se mezcla con la saliva y es empujado hacia atrás.
- La base de la lengua contacta con el paladar blando y evita el paso prematuro del bolo.
- Se puede respirar por la nariz.

b) Fase oral de transporte (fig. I.1.2):

- El bolo alcanza la parte más posterior de la cavidad oral.
- La lengua y el velo del paladar se separan y permiten el paso del bolo a la faringe.

Elementos implicados:

Labios, glándulas salivales, receptores sensitivos mucosa oral, musculatura orofacial y masticatoria, lengua, musculatura del paladar blando (músculos palatogloso y palatofaríngeo).

Fase faríngea

Se produce el disparo del reflejo deglutorio y el transporte del bolo hacia el esfínter esofágico superior. Esta fase es involuntaria (fig. I.1.3).

Los acontecimientos se suceden rápidamente y la secuencia ocurre en menos de un segundo:

- Ascende el paladar blando y se cierra el paso de aire desde la nariz. Se produce una apnea.
- Apertura del sello palatogloso, ascenso laríngeo, descenso de la epiglotis, aproximación de las cuerdas vocales y cierre glótico.
- El esfínter esofágico se mantiene abierto.

Elementos implicados:

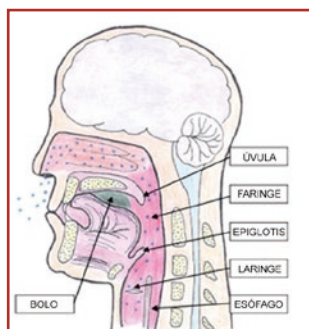
Músculos del suelo de la boca, hueso hioides, cartílagos y músculos laríngeos, receptores sensitivos mucosa, constrictores faríngeos, músculo cricofaríngeo.

Fase esofágica

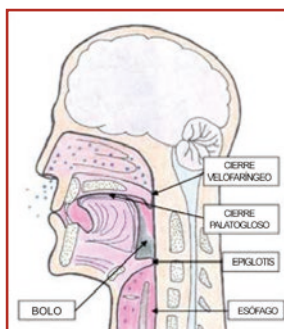
Una vez alcanzada la parte superior del esófago, el bolo cae y es desplazado hasta el estómago gracias a la gravedad y a los movimientos peristálticos del esófago.

Elementos implicados:

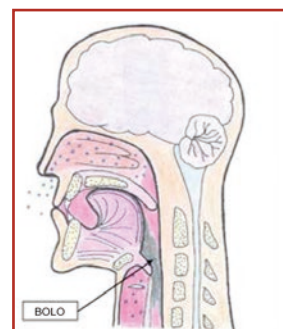
Integridad anatómica del esófago y esfínteres



(Figura I.1.1)



(Figura I.1.2)



(Figura I.1.3)

COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

La disfagia es un síntoma de alta prevalencia entre los pacientes con daño cerebral adquirido. En ocasiones, puede pasar desapercibida o se minimiza su alcance debido a la magnitud de otros déficits. Sin embargo, la aparición de complicaciones secundarias empeora el pronóstico (aumentando la morbilidad), interfiere en la recuperación funcional y supone un impacto negativo sobre la calidad de vida de estas personas.

La detección del problema es el primer paso para un diagnóstico correcto. La instauración de medidas terapéuticas con carácter precoz puede evitar la aparición de estas complicaciones (tabla I.1.2).

COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA	
ALTERACIONES DE LA EFICACIA	ALTERACIONES DE LA SEGURIDAD
Aquellas que ocasionan una pérdida de la capacidad para alimentarse y mantener un nivel óptimo de nutrición e hidratación. ▼ DESNUTRICIÓN Y DESHIDRATACIÓN	Aquellas que ocasionan una pérdida de la capacidad de realizar la ingesta sin peligro de que ocurra paso de alimento al sistema respiratorio. ▼ OBSTRUCCIÓN BRUSCA ATragantamiento ASPIRACIÓN Y NEUMONÍA

(Tabla I.1.2)

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SOSPECHA

- Tos o atragantamiento al comer, o inmediatamente después, con todas o con alguna consistencia (líquidos).
- Cambios en la voz (voz húmeda o mojada). Disfonía.
- Babeo, dificultad para el control de la saliva.
- Dificultad para la formación del bolo y el manejo de la comida en la boca.
- Residuos en la boca posdeglución.
- Deglución fraccionada. Tragar la comida en pequeñas cantidades, poco a poco.
- Sensación de retención de alimento en la faringe y necesidad de hacer varias degluciones. Carraspeo.
- Empleo de excesivo tiempo para comer.
- Pérdida de peso progresiva. Signos de desnutrición y deshidratación.
- Picos febriles de etiología no filiada.
- Infecciones respiratorias de repetición.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR

La detección precoz de los síntomas, la valoración individual de los pacientes, la realización de pruebas complementarias, el planteamiento de las intervenciones terapéuticas (incluyendo la instauración de medios alternativos a la deglución por vía oral) y la monitorización de resultados requieren la colaboración de varios profesionales.

La implicación del paciente y de sus cuidadores es básica para obtener resultados satisfactorios.

El abordaje multidisciplinar permite optimizar los recursos y los conocimientos de los diferentes profesionales y trabajar de manera continua en la consecución de los objetivos del programa de rehabilitación, que, en última instancia, serán alcanzar un adecuado estado de nutrición e hidratación y evitar las complicaciones respiratorias.

- **Neurólogo**
- **Internista**
- **Enfermería**
- **Auxiliares Clínica**



- **Rehabilitador**
- **Otorrinolaringólogo**
- **Nutricionista**
- **Logopeda**
- **Terapeuta Ocupacional**

(Figura I.1.4)

2. Métodos diagnósticos y valoración

M.^a Pilar Casado Romo y Antonio Gómez Blanco

El objetivo de la valoración diagnóstica de la disfagia orofaríngea es evaluar las dos características que definen la deglución:

- a) Eficacia de la deglución: capacidad del paciente para ingerir los alimentos y el agua que necesita para estar bien nutrido e hidratado.
- b) Seguridad de la deglución: capacidad del paciente para ingerir el agua y los alimentos sin que se produzcan complicaciones respiratorias.

Para evaluar estas dos características de la deglución, los profesionales disponemos de:

- a) Los métodos clínicos, la historia clínica específica y la exploración física de las estructuras y la función de los órganos implicados en la deglución y mediante el método volumen-viscosidad, que le realizará su médico rehabilitador en el CEADAC.
- b) La exploración de la deglución mediante pruebas complementarias específicas, como la videofluoroscopia, la fibrolaringoscopia y la manometría faringoesofágica. Actualmente son realizables solo en algunos de los hospitales de referencia.

MÉTODOS CLÍNICOS

Los objetivos de los profesionales al realizar los métodos clínicos van a ser los siguientes:

- Determinar si existen síntomas que correspondan a una disfagia orofaríngea.
- Identificar los riesgos de las posibles complicaciones nutricionales y respiratorias de la disfagia.
- Decidir si el paciente va a requerir exploraciones complementarias.

La historia clínica

El médico rehabilitador realizará una historia clínica pormenorizada de su problema neurológico, donde recogerá todos los síntomas que puedan relacionarse con un problema de deglución. Va a obtener la información necesaria fundamentalmente de dos fuentes:

- De los informes médicos aportados correspondientes al período de hospitalización.
- De la entrevista personal con el paciente y sus familiares/cuidadores.

El médico le preguntará sobre las características de la dieta que está ingiriendo actualmente, sobre los hábitos alimentarios y sobre los síntomas digestivos o respiratorios que pueden presentarse durante la ingesta.

En ocasiones, pueden utilizarse cuestionarios como el EAT-10 (Eating Assessment Tool) (figura I.2.1). Es un cuestionario sencillo, que consta de diez preguntas, puede ser realizado por el propio paciente o cuidador y es de rápida cumplimentación (entre dos y cuatro minutos). Se considera una buena herramienta de cribado y va a dar información al médico para identificar a aquellos pacientes que presentan clínica de posible disfagia y que deben ser evaluados más exhaustivamente.

EAT-10 Eating Assessment Tool Desplataje de la Disfagia

OBJETIVO: El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar. Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES: Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos. (Hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas?)

1) Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	6) Tragar es doloroso 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio
2) Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	7) El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio
3) Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	8) Cuando trago, la comida se pega en mi garganta 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio
4) Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	9) Toso cuando como 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio
5) Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio	10) Tragar es estresante 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio

B. PUNTUACIÓN: Suma el número de puntos y escribe la puntuación total en los recuadros. Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA: Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Ref.: Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology. 2008; 117 (12):919-24. Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para desplataje de la disfagia. Congreso Nacional SENPE 2011.

(Figura I.2.1. EAT-10)

La exploración clínica

Su médico va a desarrollar dicha exploración clínica con el objetivo de recabar información sobre los déficits existentes, sobre el funcionamiento de los procesos neuromusculares de la deglución y en qué grado estos pueden ser modificables. Para ello, se valorarán los siguientes aspectos.

- Observación de la cara, los gestos faciales, el cuello, la postura y la posición de la cabeza. La postura ideal para la deglución es sentado con la espalda recta y la cabeza erguida y centrada con el tronco. Se le explorará la cicatriz cervical de la traqueostomía para asegurarse de que no existan adherencias que limiten la movilidad de la laringe.
- Valoración del estado cognitivo, para poder planificar en un futuro las pautas de tratamiento más adecuadas en función de su colaboración activa y comprensión.
- Exploración neurológica de los pares craneales, sobre todo los pares craneales bajos. Se le valorará la simetría de los labios y la cara, la protrusión, la movilidad y la fuerza de la lengua, la simetría de la úvula y el paladar, la sensibilidad oral y orofaríngea, la capacidad de manejo de las secreciones y la capacidad de toser voluntariamente. Se le provocará el reflejo de la tos, el reflejo nauseoso y el reflejo deglutorio, y, si es necesario, se le pedirán movimientos voluntarios de la boca, la lengua o la cara (praxias bucolinguofaciales) verbalmente o por imitación.
- Exploración de la cavidad oral, donde se valorará la capacidad de apertura de la boca, la capacidad de masticación, la ausencia de piezas dentarias, la presencia de restos orales y cualquier alteración de su anatomía o fisiología.
- En ocasiones, también se realiza una exploración de la deglución por fases. Esta exploración se realiza sin comida y pretende localizar alteraciones en los movimientos y las sensibilidades de las estructuras que participan en cada fase del proceso deglutorio (fase oral preparatoria, fase oral de transporte y fase faríngea). Hay otras pruebas clínicas para la valoración de la deglución, como la del agua, pero la que se utiliza en el Ceadae de forma protocolizada es el MECV-V (método de exploración clínica volumen-viscosidad).

El método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)

¿Cuándo se aplicará el MECV-V?

Cuando su médico rehabilitador sospeche problemas en la deglución tras la realización de la historia y la exploración clínica o los profesionales del centro observen signos de disfagia durante las comidas. Se puede utilizar en cualquier momento de la evolución del daño cerebral y en ocasiones se realiza varias veces en el mismo paciente para ir evaluando la evolución de la disfagia.

¿Qué objetivos tiene la realización del MECV-V?

1. Detectar disfunciones de la eficacia de la deglución como:
 - a. Incapacidad para mantener el bolo en la boca.
 - b. Existencia de residuos orales.
 - c. Presencia de residuos en faringe.
 - d. Incapacidad para tragar el bolo en una única deglución.
2. Localizar disfunciones de la seguridad de la deglución. Revela signos de aspiración o paso de parte del bolo a la vía aérea. Detecta tanto aspiraciones clínicas (tos, cambios de voz, carraspeos...) como aspiraciones silentes (aspiraciones que no cursan con tos y son difíciles de descubrir).
3. Seleccionar el volumen y la viscosidad del bolo más seguros y eficaces para la ingesta de fluidos.

¿En qué consiste el MECV-V?

Es un método sencillo y seguro. Consiste en utilizar bolos alimentarios de tres viscosidades diferentes (néctar, líquido y pudding) y tres volúmenes crecientes (5, 10 y 20 ml). Se evalúan los signos de disfagia en la deglución en un orden progresivo de dificultad. Todo ello, bajo la monitorización de la saturación periférica de oxígeno mediante un pulsioxímetro para detectar las posibles aspiraciones silentes y aportar más seguridad a la prueba.

Además de ofrecer información sobre cuál es el volumen y la consistencia que maneja el paciente con más seguridad, permite establecer una dieta segura. También ayuda a su médico a seleccionar los pacientes que deben ser estudiados a través de pruebas complementarias específicas, como la videofluoroscopia.



(Figura 1.2.2)

EXPLORACIÓN INSTRUMENTAL CON PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Con los métodos clínicos mencionados anteriormente, su médico puede tener una hipótesis de cuál es el problema y de cómo puede comenzar a tratarlo.

En otras ocasiones, los métodos clínicos no son suficientes para llegar a una valoración completa del problema y los profesionales sanitarios pueden plantearse dudas que necesitan resolver: ¿hasta qué punto es segura la alimentación vía oral?, ¿cuál es el tipo de tratamiento rehabilitador más adecuado para minimizar el problema?, ¿está siendo efectivo el tratamiento rehabilitador?, ¿está evolucionando el problema de deglución?, ¿está siendo seguro el tratamiento dietético?, ¿existen alteraciones funcionales en la laringe o en la entrada del esófago?, etc. Para resolver estas cuestiones, su médico recomendará la prueba complementaria más indicada en el centro hospitalario de referencia.

En la actualidad, las pruebas complementarias más utilizadas para estudiar funcionalmente la deglución son tres: la videofluoroscopia, la fibrolaringoscopia y la manometría faringoesofágica.:

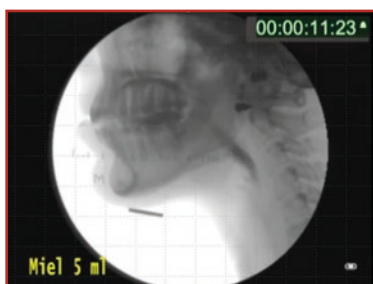
La videofluoroscopia

Es una técnica radiológica y dinámica que consiste en obtener una secuencia de imágenes de la deglución de diferentes volúmenes y viscosidades de un bolo formado por un contraste hidrosoluble y radiopaco.

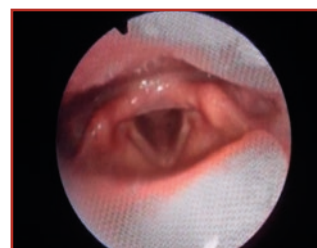
La secuencia de administración es muy parecida a la que se realiza en el MECV-V, con la diferencia de que se observa in vivo y puede ser grabado todo el proceso de la deglución (figura I.2.3).

Se puede evaluar la masticación, la preparación del bolo, los sellos palatogloso y palatofaríngeos, la cantidad de degluciones necesarias para eliminar todos los residuos, la apertura de la parte superior del esófago, la presencia de aspiraciones o penetraciones en vía aérea; se pueden medir los tiempos deglutorios, y se puede evaluar la eficacia del tratamiento rehabilitador.

Actualmente, se considera que es la técnica de referencia para el estudio de la disfagia orofaríngea.



(Figura I.2.3. Imagen obtenida de una videofluoroscopia)



(Figura I.2.4. Imagen por fibrolaringoscopia de una laringe normal)

La fibrolaringoscopia

Es una prueba diagnóstica que se realiza introduciendo a través de las fosas nasales un fibroscopio flexible conectado a una fuente de luz y a un aparato de vídeo que graba la secuencia de imágenes de la deglución (figura I.2.4.)

En primer lugar, se realiza una exploración sin alimento para valorar la sensibilidad laríngea, el manejo de secreciones y la movilidad de las cuerdas vocales.

Al realizarla después con alimento, se utilizan distintas viscosidades (néctar, pudding y líquido) teñidas con colorante alimentario, a distintos volúmenes; además, se añade un alimento sólido (galleta). Se puede valorar la existencia de penetraciones, aspiraciones silentes y predeglutorias, así como los residuos en las paredes de la faringe y laringe que puedan desencadenar aspiraciones después de la deglución.

Esta técnica también puede utilizarse para demostrar la efectividad de las maniobras deglutorias aconsejadas en el tratamiento rehabilitador.

Sin embargo, la fibrolaringoscopia no aporta información sobre el manejo del bolo en fase oral ni sobre el adecuado funcionamiento del disparo deglutorio.

La manometría faringoesofágica

Es una técnica que se indica cuando en alguna de las exploraciones complementarias anteriores se sospechan u objetivan alteraciones en la entrada del bolo alimenticio en la parte superior del esófago. Con esta prueba se estudia la capacidad de relajación del esfínter esofágico superior (EES).

CONCLUSIONES

El adecuado estudio de la deglución por parte de los profesionales va a permitir prolongar la alimentación por vía oral, evitar complicaciones nutricionales y complicaciones respiratorias que pueden provocar incluso la muerte, ofrecer la máxima capacidad de recuperación y adoptar alternativas a la vía de alimentación oral (si fuese necesario).

3. Otras vías de alimentación

Susana Pajares García, Laura Barroso Pérez y Carlos González Alted

16

La nutrición enteral (NE) se emplea en aquellos casos en los que, siendo el aparato digestivo funcionante, la vía oral de alimentación no es posible o no proporciona un aporte nutricional adecuado. Consiste en el aporte de agua o nutrientes (utilizando preparados comerciales con una fórmula definida) por vía digestiva (directamente al estómago o al intestino delgado). Se puede realizar a través de diferentes sistemas, ya sean sondas nasales o nasoentéricas (SNG, SNE) u ostomías (gastrostomía endoscópica percutánea o PEG).

En el caso de la sonda nasogástrica (SNG), se accede por una fosa nasal, quedando situado el extremo distal en el estómago (en la SNE, el extremo distal se localiza en el intestino delgado). La PEG se implanta mediante radioscopia o cirugía.

La SNG debe emplearse en pacientes con alteración en la deglución en la fase aguda de recuperación y que no puedan alcanzar sus necesidades nutricionales por vía oral (50 % del total de nutrientes al día). Su uso se recomienda cuando se prevé que la necesidad de aporte por esta vía no va a tener más de cuatro a seis semanas de duración y no hay reflujo gastroesofágico.

se implanta cuando existe la necesidad de nutrición enteral prolongada (más de cuatro o seis semanas) y no hay contraindicaciones tales como patologías primarias gástricas, alteraciones del vaciamiento gastroduodenal, reflujo gastroesofágico importante, carcinoma gástrico, coagulopatías y ausencia de reflejo nauseoso, entre otras.

Ventajas de la gastrostomía frente a las sondas nasogástricas

Las sondas de PEG permiten la nutrición enteral a largo plazo. Posibilitan la nutrición enteral domiciliaria porque es más sencilla en su manejo. A su vez, es menor el riesgo de malposición, extracción accidental, lesiones (escaras en la zona nasal, úlceras faríngeas, esofagitis, regurgitación) u obstrucción de la sonda. Tienen mejor aceptación por parte del paciente porque presentan menos problemas estéticos.

El beneficio nutricional es mayor con la PEG en comparación con la sonda nasogástrica.

Complicaciones

La complicación más grave es el riesgo de broncoaspiración o paso de secreciones orofaríngeas, jugo gástrico o la propia nutrición enteral al aparato respiratorio. Puede ocasionar infecciones respiratorias de mayor o menor importancia en función de la cantidad.

El riesgo de posicionamiento incorrecto ocurre en ambos casos, pero es más frecuente en la SNG, porque puede desplazarse a la vía respiratoria. Para evitarlo, se deben realizar maniobras de comprobación tras su colocación. Debe fijarse la SNG a las alas de la nariz y la PEG a la pared abdominal, y revisarse periódicamente.

Estos tipos de sonda tienen riesgo de lesiones en la puerta de entrada (nariz y pared abdominal). Como ya se ha mencionado anteriormente, ambas tienen riesgo de obstrucción (siendo más acusado en la SNG), que se puede prevenir realizando lavados de la sonda tras la administración de la nutrición o la medicación.

En ambos casos pueden aparecer complicaciones digestivas, siendo las más frecuentes las relacionadas con alteraciones del ritmo intestinal, es decir, diarrea y estreñimiento.

Métodos de administración

La nutrición enteral se puede administrar de forma continua o mediante bolos.

Es más fisiológico administrarla de forma intermitente, pero, en cualquier caso, dependerá de que el vaciado gástrico y la función digestiva sean adecuados.

Control médico de pacientes con nutrición enteral

Los pacientes con nutrición enteral precisan controles periódicos en relación con el estado general, la ingesta real, la tolerancia digestiva, el balance hídrico, la presencia de complicaciones asociadas, el peso corporal, el estado de la sonda o la ostomía. A largo plazo, conviene realizar analíticas periódicas.

La presencia de SNG o PEG no excluye una alimentación oral terapéutica. La alimentación oral podrá aumentar a medida que mejore la situación deglutoria del paciente. Cuando las necesidades nutricionales se completen con la alimentación oral y esta se realice de forma segura para el paciente, se puede retirar la sonda.





1. Adaptación de la alimentación y manejo de los trastornos de la deglución en pacientes con daño cerebral adquirido

Carlos González Alted

Un aspecto fundamental en el manejo de la disfagia en personas que han sufrido daño cerebral es el relativo al soporte nutricional. En este sentido, hay dos objetivos fundamentales: buscar la seguridad (minimizar el riesgo de que se produzcan complicaciones respiratorias) y la eficacia (mantener un nivel óptimo de nutrición e hidratación).

Las cuestiones que hay que plantearse tras la valoración, y establecido el diagnóstico de disfagia, son:

1. La gravedad de la alteración.
2. La vía de alimentación: oral, no oral o mixta.
3. Las intervenciones terapéuticas relacionadas con la nutrición.

La gravedad de la disfagia puede oscilar desde una dificultad leve con alguna consistencia hasta una total imposibilidad para la deglución.

Se tienen en cuenta varios criterios (clínicos y radiológicos) para establecer la vía de alimentación más adecuada. Por ejemplo, si el resultado de la exploración determina la realización de una videofluoroscopia, y esta demuestra una disfunción faríngea grave con aspiración importante o deglución ineficaz grave, estaría recomendada la alimentación por vía no oral. Otro factor que puede impedir la alimentación por vía oral es el estado de vigilia o conciencia: niveles bajos contraindican la vía oral.

Según la gravedad, se recomendarán adaptaciones tanto para el alimento sólido (modificación de volumen, consistencia, textura) como para los líquidos (espesantes, agua gelificada).

Si se determina que el paciente no puede mantener una nutrición e hidratación adecuadas y seguras por vía oral, será preciso instaurar una vía alternativa: sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Por ejemplo, se podrán utilizar estas últimas solo para los líquidos y la medicación.

La mejor recomendación que puede realizarse en el manejo de la disfagia orofaríngea se refiere a la modificación de la dieta. Con esta intervención, los estudios demuestran una reducción en el riesgo de penetración en la vía aérea y de neumonía por aspiración.

Se pueden realizar unas recomendaciones generales respecto a los alimentos que se deben emplear en caso de disfagia:

- En lo relativo a la textura, es importante que el alimento sea homogéneo, evitar grumos, espinas y que sea jugoso y de fácil masticación.
- Rehuir dobles texturas con mezclas de líquido y sólido.
- Incluir la máxima variación de alimentos para evitar la rutina y procurar que las condiciones organolépticas sean atractivas.

Dentro de las costumbres y hábitos individuales, es importante informar sobre los beneficios de seguir la dieta y, para facilitar el cumplimiento, llegar a un acuerdo sobre los cambios con el paciente y su familia.

Dobles texturas	mezclas de líquido y sólido (sopas con pasta, verduras, carne o pescado, cereales con leche o muesli, yogures con trozos).
Alimentos pegajosos	bollería, chocolate, miel, caramelos masticables, plátano, pan
Alimentos resbaladizos	que se dispersan por la boca: guisantes, arroz, legumbres enteras (lentejas, garbanzos), pasta.
Alimentos que desprenden agua al morderse	melón, sandía, naranja, pera de agua.
Alimentos que pueden fundirse de sólido a líquido en la boca	helados o gelatinas de baja estabilidad.
Alimentos fibrosos	piña, lechuga, apio, espárragos.
Alimentos con pieles	grumos, huesecitos, tendones y cartílagos; pescados con espina.
Alimentos con pieles o semillas	frutas y vegetales que incluyen piel o semillas (mandarina, uvas, tomate, guisante, soja).
Alimentos crujientes y secos o que se desmenuzan en la boca	tostadas y biscotes, galletas, patatas tipo chips y productos similares, queso seco, pan.
Alimentos duros y secos	pan de cereales, frutos secos.

(Figura II.1.1. Alimentos con texturas difíciles o de riesgo)

Respecto a los líquidos, puede ser necesario emplear espesantes comerciales o gelatinas.

A partir de los conceptos que hemos comentado anteriormente, y siguiendo las recomendaciones de la ADA & PmR, The National Dysphagia Diet y Standardization for Optimal Care (NDD), hemos diseñado diferentes tipos de dieta para la alimentación de los usuarios en el Ceadac, tres de ellas específicas para pacientes con disfagia.

En la hoja de cuidados de cada paciente existe un apartado específico (alimentación) en el que se establecen las pautas individuales (figuras II.1.1, II.1.2 y II.1.3).

(Tabla II.1.1. Alimentos con texturas difíciles o de riesgo)

CUIDADOS SANITARIOS			
Alergia			
Alergia a Fármacos:	no conocidas		
Alergias Alimenticias:	no conocidas		
Otras Alergias:	No	Tipo de Alergia:	
Alimentación			
Disfagia:	Si	Tipo de disfagia:	MIXTA
Tipo de dieta:	COMERCIAL	Textura alimentos Sólidos:	TURMIX
Consistencia Líquidos:	MIEL	Vía Administración Líquidos	Oral vaso
Control Volumen Líquidos :	Si	Control Registro Ingesta Líquidos:	No
Aporte Suplementario Líquidos:	No		
Observaciones alimentación: Sólidos turmix. Líquidos con espesante (PUDING) volúmenes pequeños (cucharita café)			
Control Esfínteres			

Tipos de dietas en Ceadac

1. Dieta basal. Normal. Cuando no existen problemas en la deglución, incluyendo todas las texturas y consistencias.
2. Dieta blanda o de fácil masticación. Con relación a problemas masticatorios, pero sin síntomas de disfagia. Posible como dieta de transición a la dieta normal.
3. Dieta de disfagia para la reeducación de la deglución. Evita alimentos de riesgo y no admite dobles texturas. Permite formar fácilmente el bolo. Exigencia para masticación: ninguna o ligera/suave.
4. Dieta de disfagia para la reeducación de la deglución avanzada. Evita alimentos con líquidos tanto solos como formando parte de dobles texturas. Exigencia para masticación: alta.
5. Dieta túrmix (producto comercial). Purés comerciales de consistencia uniforme, homogénea, saborizados y que reúnen los requerimientos nutricionales completos o enriquecidos.

The screenshot shows a web-based form for dietary management. A dropdown menu is open for 'Consistencia de alimentos sólidos', displaying the following options: 'Elija una opción', 'NORMAL', 'NO PROCEDE', 'TURMIX', 'DISFAGIA (reeducación deglución)', 'BLANDA (Fácil Masticación)', and 'DISFAGIA (dobles texturas)'. Other visible fields include 'Vía Administración Líquidos', 'Control Registro Ingesta Líquidos', and 'Frecuencia'.

(Figura II.1.2)

The screenshot shows the same web-based form with the 'Viscosidad líquidos' dropdown menu open. The options displayed are: 'Elija una opción', 'NORMAL', 'NÉCTAR', 'MIEL', and 'PUDDING'. Other visible fields include 'Tipo de dieta', 'Control Volumen Líq', 'Merienda', 'Observaciones alime', and 'Control del Peso'.

(Figura II.1.3)

Adaptación de los líquidos

Para modificar la viscosidad de los líquidos utilizamos un espesante comercial. Es útil seguir las instrucciones del fabricante, pero en la práctica diaria es importante que el paciente y sus cuidadores sepan identificar las características de cada viscosidad y el comportamiento del espesante sobre diferentes alimentos (figura II.1.3).

1. Textura néctar. Puede beberse en vaso; al caer forma un hilo fino.
2. Textura miel. Se puede beber o tomar con cuchara; al caer forma gotas gruesas, no mantiene su forma.
3. Textura pudding. Solo puede tomarse con cuchara; al caer mantiene su forma.

Conclusiones

Debemos conocer e incluir en los protocolos de atención a los pacientes con disfagia, los aspectos dietéticos y nutricionales.

2. Dietética aplicada a la disfagia: reeducación de la deglución

Rosa M^a Dávila Acedo

Como se menciona al inicio de la presente guía, son escasas las publicaciones que aportan información nutricional práctica sobre la disfagia en daño cerebral adquirido. Por este motivo, se convierte en nuestro principal reto el conseguir que el lector que desconozca el campo de la nutrición sea perfectamente capaz de confeccionar los menús del día a día para una persona que requiera una reeducación de la deglución. Este peculiar usuario es aquel que ha progresado de manera favorable en su trastorno deglutorio diagnosticado y puede subir un escalón más en su alimentación; es decir, puede tener una alimentación más allá de los tan dificultosamente aceptados purés.

En definitiva, en este bloque dedicado a la dietética y nutrición vamos a proporcionar todas las herramientas necesarias para el diseño y la planificación de dietas en función del tipo y grado de disfagia.

TIPOS DE DIETAS EN FUNCIÓN DEL TIPO Y GRADO DE DISFAGIA

En CeadaC hemos elaborado tres modalidades de dietas para los usuarios con trastornos en la deglución en función del tipo y grado de la disfagia. En realidad, son tres variedades de texturas que le dan nombre a las tres modalidades de dietas:

1. Turmix. Es la dieta de elección para los usuarios que presentan la disfagia en fase oral o faríngea de mayor gravedad. Se fundamenta en cremas y purés, pues solo admite la textura triturada. En CeadaC ofrecemos este tipo de dieta en forma de preparados comerciales. El motivo no es otro que tener la garantía de que en el volumen ingerido encontramos los nutrientes requeridos para la obtención de una dieta equilibrada.

De esta primera modalidad simplemente hacemos mención, pues existe amplia bibliografía al respecto.

2. Dieta para la reeducación de la deglución. Este tipo de dieta constituye una transición desde la dieta para la disfagia con mayor gravedad (con textura exclusivamente triturada) hacia la dieta para la disfagia leve (reeducación de la deglución avanzada) o bien a la dieta destinada a usuarios sin trastorno deglutorio (con textura normal). Para facilitar su comprensión, podríamos decir que la dieta de reeducación de la deglución se asemeja a una dieta de textura semisólida en la que están permitidos los alimentos con textura cercana a la normal y absolutamente prohibidos una serie de alimentos y consistencias considerados de alta peligrosidad (véase la tabla I.1.1).

¿A qué tipo de usuarios está destinada esta segunda modalidad de dieta de disfagia? Para que el equipo médico decida pautar a un usuario la dieta de reeducación de la deglución, este debe cumplir dos requisitos sine qua non:

- Presentar una disfagia en fase oral o faríngea leve o moderada.
- Tener dentición y capacidad de masticación adecuada para los alimentos que se incluyen. En este nivel se prevé que se puede hacer frente, con seguridad, a porciones de comida de hasta 2,54 cm y manejar de manera adecuada el bolo alimenticio en la boca.

3. Dieta para la reeducación de la deglución avanzada. Con este tercer tipo de dieta para la disfagia subimos un escalón más en esta segunda edición de nuestra guía de nutrición. Está dirigida a usuarios con disfagia, en fase oral o faríngea, leve y exclusivamente a la consistencia líquida. La podríamos considerar una transición desde la textura de reeducación de la deglución hacia la textura normal evitando los líquidos, tanto solos como formando parte de dobles texturas.



3. Dieta de disfagia (reeducación de la deglución) Elaboración. Recomendaciones nutricionales. Ejemplos de menús semanales.

Rosa M^a Dávila Acedo

PASOS QUE SE DEBEN SEGUIR EN LA ELABORACIÓN DE UNA DIETA PARA LA REEDUCACIÓN DE LA DEGLUCIÓN.

a) Esta dieta tendrá como requisito indispensable el ser individualizada. Por lo tanto, el primer paso a la hora de diseñarla será la evaluación de los siguientes parámetros:

- Tipo y grado de disfagia.
- Tolerancia individual a cada textura alimentaria.
- Hábitos alimentarios.
- Necesidades energéticas y nutricionales en función de la edad, el sexo y la actividad física.

b) ¿QUÉ alimentos elegiremos y cuáles descartaremos? El siguiente paso en la planificación de nuestros menús consistirá en conocer cuáles serán los alimentos que podrán formar parte de nuestros platos. Para ayudarles en este cometido, hemos elaborado una tabla titulada «Alimentos con texturas difíciles o de riesgo» (tabla I.1.1), donde podrán informarse, ante todo, acerca de los alimentos y las texturas que deben descartar (alimentos pegajosos, con pieles o semillas, resbaladizos, fibrosos, crujientes, dobles texturas, aquellos que desprenden agua al morderse, etc.).

c) ¿CÓMO incluiremos los alimentos en nuestros platos? ¿Qué consistencia deberán tener? Es importante que sean conocedores de la adaptación de consistencias y texturas de los grupos de alimentos según cada situación individual, según indicamos en la tabla II.3.1. Tengan siempre en cuenta que es una tabla orientativa que hemos elaborado tras la comprobación de tolerancias a texturas alimentarias en nuestros usuarios. Ante cualquier duda, se recomienda consultar al equipo de rehabilitación.

d) ¿CUÁNTO? ¿Qué cantidades introduciremos de cada grupo de alimentos para la confección de una dieta equilibrada? Con la información aportada en los tres pasos anteriores del proceso de elaboración de nuestra dieta, tenemos la información suficiente para saber los ingredientes que compondrán nuestros menús. Ya solo nos quedaría saber las cantidades que debemos incluir de cada grupo de alimentos para garantizar una dieta equilibrada con la que satisfacer las necesidades individuales en energía y nutrientes. Les ofrecemos esta información ilustrada en la tabla 3.2. Es importante tener en cuenta que las necesidades de cada nutriente son cuantitativamente muy diferentes. Así, los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas, que son los únicos nutrientes que nos proporcionan energía, deben consumirse diariamente en cantidades de varios gramos, ocupando un porcentaje de kilocalorías en la dieta de 55-60 % (hidratos de carbono), 25-30 % (grasas) y 10-15 % (proteínas). A estos tres nutrientes se les denomina macronutrientes. El resto (vitaminas y minerales) se necesitan en cantidades mucho menores, y por ello reciben el nombre de micronutrientes. Por ejemplo, únicamente necesitaríamos unos miligramos al día (60 mg/día) de vitamina C, y aún cantidades inferiores, del orden de microgramos, de otras vitaminas como B12 o vitamina D (10 µg/día). Sin embargo, todos los nutrientes son igualmente importantes y tanto la falta como el consumo excesivo de cualquiera de ellos pueden dar lugar a patologías diversas.

Grupos de Alimentos	Permitidos	No Permitidos
Cereales y derivados (pan, cereales de desayuno, bollería, pasta, arroz)	En forma de cremas, purés o papillas.	- Pan tostado, pan de barra y pan de molde. - Cereales de desayuno y bollería en general (magdalenas, bizcochos...). - Pasta: fideos, macarrones, espaguetis, tallarines. - Arroz.
Legumbres	En forma de cremas y purés.	No se permite ninguna legumbre en su forma original; solo se permite su consumo en la forma descrita en la sección «permitidos».
Huevos	- En forma de tortilla, revueltos, fritos o cocidos (bien sin la yema o bien con ella y acompañada de salsas homogéneas). - Cocidos-rellenos (con atún o jamón York y yema troceada) si, y solo si, está acompañado de salsas tipo mayonesa o tomate.	Yema del huevo cocido, excepto en la forma descrita en el apartado «permitidos».
Pescados	- Sin espinas, preferiblemente cocidos o acompañados de salsas tipo mayonesa. - Ejemplos: emperador, salmón, merluza, mero...	- Pescados con espinas, pieles o consistencia seca. - Ejemplos: sardinas, boquerones, anchoas, truchas...
Carnes y productos cárnicos	- Admitidas las consistencias y preparaciones que se citan a continuación, siempre y cuando estén tiernas jugosas y preferiblemente acompañadas de salsas (espesas y homogéneas): - Carne picada. - Hamburguesas. - Albóndigas. - Salchichas de textura homogénea. - Pastel de carne. - Jamón cocido (jamón York), lacón, fiambre de pavo.	- No está permitida ninguna carne de las que se citan a continuación en su presentación entera (bistec, pechuga, muslo, etc.): - Carnes rojas (ternera, cerdo, cordero...). - Ave (pollo, pavo...). - Caza (conejo, liebre...).
Verduras y hortalizas	- Verduras y hortalizas cocidas: espinaca, acelga, coliflor, brécol, col de Bruselas, champiñón, seta. - Tomate: crudo entero (sin piel y con el grado de madurez que le proporcione consistencia blanda) o triturado y tamizado. - Patata: cocida, frita (no crujiente), aplastada. - Preparados en forma de cremas y purés.	- Verduras y hortalizas crudas, excepto el tomate en la forma descrita en la sección «permitidos». - No se permiten las verduras y hortalizas cocidas que se citan a continuación: maíz, guisante, judía verde, apio, puerro, espárrago, alcachofa.
Frutas	- Trituradas (consistencia homogénea y adaptada a cada situación particular). - Las citadas a continuación, siempre que tengan el grado de madurez suficiente para aportarle una consistencia blanda: - Melocotón. - Nectarina. - Cocidas, asadas o en almíbar (excepto macedonias a base de frutas con tamaño similar al guisante o maíz, y siempre con la precaución de retirar el almíbar residual, de modo que no quede ningún resto líquido).	- Piña (permitida en almíbar). - Plátano. - Uva. - Naranja. - Kiwi. - Fresa. - Manzana y pera. - Melón y sandía. - Frutos secos.
Productos lácteos	- Yogures, con textura homogénea (sin trozos de frutas). - Natillas, con consistencia no líquida. - Flanes, con la precaución de retirar cualquier líquido residual. - Quesos con textura blanda (queso fresco tipo Burgos, quesos semicurados).	Los no incluidos en apartado «permitidos».
Bebidas	Bebidas espesadas con consistencia néctar, miel o pudding, según tolerancia individual.	Las no incluidas en apartado «permitidos».
Otros		Helados.

(Tabla II.3.2. Raciones alimentarias recomendadas en una dieta equilibrada)

Grupos de Alimentos	Raciones	Cantidad/Ración
Farináceos (pan, pasta, arroz, patatas, legumbres) Este grupo es buena fuente de hidratos de carbono, hierro, vitamina B1 y fibra.	• Pan: 2-3/día. • Pasta: 1-2/semana. • Arroz: 1-2/semana. • Legumbres: 1-2/ semana. • Patatas: 2-4/semana.	• 40-80 g. • 40-60 g (en crudo). • 50-100 g (en crudo). • 50-100 g (en crudo). • 180 g (en crudo). • (patata mediana).
Frutas y verduras Grupo rico en agua, fibra, vitaminas y minerales.	• 5 piezas/día: - 3 de fruta (una en forma de cítrico). - 2 de verdura (una en crudo y una cocida).	• 120-220 g. • 150-200 g.
Leche y derivados Este grupo constituye la mejor fuente alimentaria de calcio, vitaminas A, B2 y D, además de proteínas de alta calidad, grasas e hidratos de carbono.	• Menores 11 años: 2-3/día. • Adolescentes: 3-4/día. • Embarazo y lactancia: 3-4/día. • > 65 años: 2-3/día.	• 1 taza de leche. • 2 yogures. • 40-50 g queso.
Carnes y aves Este grupo es rico en proteínas, grasa, hierro y vitaminas A, D y E.	• 3-4/semana.	• 80-100 g.
Pescados Este grupo es rico en proteínas, grasa (azules) de alto valor biológico (omega 3), vitaminas del grupo B (B1, B2, B3, B12), las liposolubles A y D y ciertos minerales (fósforo, potasio, sodio, calcio, magnesio, hierro y yodo).	• 4-5/semana.	• 150 g.
Huevos Fuente de proteínas de alto valor biológico (contiene todos los aminoácidos esenciales), grasas (colesterol), vitaminas y minerales.	• 3-4/semana.	• Unidad (60 g).
Grasas y aceites Los aceites vegetales son fuente importante de energía (9 kcal/g). Proporcionan ácidos grasos esenciales (oleico) y vitaminas (E).		• 30-50 g/día. • 3-5 cucharadas aceite vegetal.
Agua		• 1,5-2 l/día.



EJEMPLO DE DIETA PARA DISFAGIA (REEDUCACIÓN DE LA DEGLUCIÓN)

(en el ANEXO III ofrecemos más ejemplos de menús semanales)

A continuación, mostramos un ejemplo de menú semanal para usuarios con disfagia (reeducación de la deglución).

DESAYUNOS. Elegir entre las tres siguientes opciones:

A. Albaricoque (pelado) o melocotón (pelado) o manzana asada (pelada).

Leche con cacao o café (textura adaptada mediante la adición de espesantes en función de cada situación particular).

Papilla de cereales (250 ml).

B. Fruta (manzana, pera, piña o melocotón) en almíbar (retirar el líquido residual).

Leche con cacao o café (textura adaptada mediante la adición de espesantes en función de cada situación particular).

Papilla de cereales (250 ml).

C. Fruta fresca triturada.

Leche con cacao o café (textura adaptada mediante la adición de espesantes en función de cada situación particular).

Papilla de cereales (250 ml).

MEDIAS MAÑANAS Y MERIENDAS. Fruta en cualquiera de sus variedades permitidas (véase cuadro de «Alimentos y texturas recomendados») y derivado o postre lácteo: yogurt, natillas, flan (con la precaución de retirar cualquier líquido residual).

	Comidas	Cenas
LUNES	• Puré de garbanzos con espinacas • Hamburguesa de ave con kétchup • Yogurt desnatado.	• Puré de calabacín • Jamón York y queso semicurado • Manzana asada (pelada)
MARTES	• Patatas a la riojana (sin chorizo ni guisos visibles) • Mero en salsa* verde (textura homogénea, consistencia papilla) • Fruta fresca triturada	• Verdura (excepto: guisantes, maíz, judías verdes) salteada • Salchichas tipo Fráncfort con tomate frito • Yogurt desnatado
MIÉRCOLES	• Puré de arroz • Huevo frito con salsa de tomate • Yogurt desnatado	• Coles de Bruselas rehogadas • Pescado hervido con mayonesa light • Piña en su jugo (retirar líquido residual)
JUEVES	• Vichyssoise • Albóndigas a la madrileña (sin guisantes) • Pera en su jugo (retirar líquido residual)	• Ensalada de tomate (pelado) y queso fresco • Lacón a la gallega • Yogurt desnatado
VIERNES	• Salmorejo (sin jamón ni huevo troceado) • Tortilla de patatas • Albaricoque (pelado)	• Ensalada de coliflor y tomate (pelado) • Salmón a la plancha • Yogurt
Consultar cuadro de «Alimentos y texturas recomendados en la reeducación de la deglución». Información nutricional media: energía: 1.300 kcal, proteínas: 42 g, carbohidratos: 120 g, lípidos: 30 g.		

(Tabla II.4.2. Alimentos y texturas recomendados)

4. Dieta de disfagia (reeducación de la deglución avanzada). Ejemplos de menús semanales.

Rosa M^a Dávila Acedo

Recordemos que, cuando anteriormente describíamos las dietas en función del tipo y grado de disfagia, mencionábamos que la dieta para la reeducación de la deglución avanzada estaba dirigida a usuarios con disfagia, en fase oral o faríngea, leve y exclusivamente a líquidos, tanto solos como formando parte de dobles texturas.

En el epígrafe anterior hemos visto, paso a paso, el proceso de elaboración de una dieta de disfagia. Para planificar los menús de la dieta que ahora nos compete (reeducación de la deglución avanzada) debemos seguir, a grandes rasgos, los mismos pasos, pero seleccionando aquellos alimentos, consistencias y texturas que se adecúen a este nivel superior de disfagia en el que el leve trastorno deglutorio tiene a la consistencia líquida como único protagonista.

Para ayudar en este cometido, proporcionamos dos tablas: «Alimentos y consistencias que se deben evitar» y «Alimentos y texturas recomendados», donde encontrarán las recomendaciones de consumo para cada grupo de alimentos. Como siempre, recordamos que son tablas orientativas y que, por lo tanto, deben adaptarse a cada situación particular.

Bebidas (con consistencia sin modificar mediante la adición de espesantes).

Alimentos sólidos que se transformen en líquidos a temperatura ambiente (helados, mantequilla, etc.).

Alimentos sólidos que desprendan líquidos al morderse (sandía, melón, naranja, etc.).

Alimentos sólidos que desprendan líquidos al morderse (sandía, melón, naranja, etc.).

(Tabla II.4.1. Alimentos y texturas que se deben evitar)

Grupos De Alimentos	Recomendados	Evitar
CEREALES Y DERIVADOS (pan, cereales desayuno, pasta, arroz)	• Pan. • Pasta. • Arroces. • Papillas de cereales.	• Cereales con leche (doble textura)
LEGUMBRES (lentejas, garbanzos, alubias...)	Todas las preparaciones en forma escurrida o con caldo con textura adaptada («miel»).	
HUEVOS	✓	
CARNES Y PRODUCTOS CÁRNICOS	✓	
VERDURAS Y HORTALIZAS	✓	
FRUTAS	Todas, excepto las descritas en el apartado «evitar».	• Sandía. • Melón. • Naranja. • Pera de agua. • Uva.
PRODUCTOS LÁCTEOS (yogures, natillas, flanes, quesos...)	Yogur (sin líquido residual). Natillas (consistencia miel). ✓	Leche sin consistencia adaptada con espesantes en función de la tolerancia individual.
BEBIDAS	Solo se permiten con consistencia adaptada con espesantes en función de la tolerancia individual.	✗

(Tabla II.4.2. Alimentos y texturas recomendados)

EJEMPLO DE DIETA DE DISFAGIA (REEDUCACIÓN DE LA DEGLUCIÓN AVANZADA)

DESAYUNO

- Fruta (consultar tabla «Alimentos y texturas recomendados»).
- Cacao o café con leche (consistencia modificada con adición de espesantes en función de la tolerancia individual).
- Papilla de cereales.

	Comidas	Cenas
LUNES	• Ensalada mixta (sin huevo) • Arroz a la cubana • Pan y fruta*	• Puré de zanahorias • Merluza plancha con ensalada • Pan y yogurt
MARTES	• Patatas a la marinera (escurridas o caldo consistencia homogénea «miel») • Alitas de pollo • Pan y yogurt	• Ensalada de tomate y queso fresco con orégano • Lacón al horno con pimientos asados • Pan y fruta*
MIÉRCOLES	• Ensalada de la huerta • Lentejas guisadas (escurridas o caldo consistencia homogénea «miel») • Pan y yogurt	• Verduras cocidas rehogadas • Sándwich mixto • Fruta*
JUEVES	• Salmorejo (sin huevo ni jamón troceados) • Chuletas de cerdo • Pan y fruta*	• Guisantes con jamón • Pescadilla hervida con mayonesa • Pan y yogurt
VIERNES	• Ensalada de lechuga • Macarrones a la carbonara • Pan y yogurt	• Puré de puerros • Tortilla de queso con ensalada • Pan y fruta*

Información nutricional media: energía: 1.500 kcal, proteínas: 40 g, carbohidratos: 120 g, lípidos: 50 g.

* Solo frutas permitidas según «Listado alimentos y texturas recomendados en la disfagia (reeducción avanzada)».



Bascuñana Ambros H. Disfagia neurológica. Generalidades. Características en el accidente cerebral vascular, en el traumatismo craneoencefálico y en la parálisis cerebral infantil. Rehabilitación (Madr). 1998;32:331-6.

Bascuñana Ambros H, Gálvez Koslowski S. Tratamiento de la disfagia orofaríngea. Rehabilitación (Madr). 2003;37(1):40-54.

Bleeckx D. Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución. Ed. Mc Graw-Hill, Interamericana.

Burns B, Carr-Davis EM. Atención nutricional en enfermedades del sistema nervioso. Clavé Cívít P, García Peris P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Nestlé Nutrición. Barcelona: Ed. Glosa, 2011.

Cook IJ, Kahrilas PJ. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. Gastroenterology. 1999;116:455-78.

Daniels SK, Anderson JA, Willson PC. Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke: a systematic review. Stroke. 2012;43(3):892-7.

Daniels SK, Ballo LA, Mahoney MC, Foundas AL. Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. Arch Phys Med Rehabil. 2000;81:1030-3.

Daniels SK, Brailey K et al. Aspiration in patients with acute stroke. Arch Phys Med Rehabil. 1998;79:14-9.

Del Burgo González de la Aleja G. Rehabilitación de problemas de deglución en pacientes con daño cerebral sobrevenido. Instituto de Orientación Psicológica. EOS, 2004.

Garmendia Merino G; Gómez Candela C; Ferrero López I. Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos. Nestlé Nutrición. Barcelona: Ed. Glosa, 2009.

Logeman, JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. Austin-Texas: Pro-ed, cop. 1998. Moreiras O, Carbajal A, Cabrera L. Tablas de composición de alimentos. Ed. Pirámide.

Peña VJ, Martín I, Ruiz S. Requerimientos nutricionales e ingestas dietéticas recomendadas. Tratado de nutrición tomo III. Ed. Gil Hernández A.

Riba M, Vila L, Infiesta F, Rivero M. Manual práctico de nutrición y dietética. Ed. A. Madrid Vicente. American Dietetic Association. National Dysphagia Diet Task Force.

Dysphagia Diet, Standardization for Optimal Care. American Dietetic Association: Second edition. Logopedia y daño cerebral adquirido. Ed. Federación Española de Daño Cerebral, FEDACE, 2007. Manual de nutrición enteral y medicación para farmacéuticos. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, Vocalía de Alimentación, 2002.

Manual de nutrición por sonda para el paciente. Novartis Consumer Health.

Scottish intercollegiate guidelines network management of patients with stroke: identification and management of dysphagia, a national clinical guideline. Edinburgh, 2010.

<http://www.disfagia.com>





ANEXO I: Recomendaciones generales.

Carlos González Alted y Elena Panizo Velasco

En esta lista se detallan algunas recomendaciones generales que se deben seguir durante la alimentación e ingesta de líquidos.

Para adaptarlas a cada caso particular, siga las recomendaciones individuales del equipo de rehabilitación.

- Procurar un ambiente relajado, sin distracciones y sin prisa.
- Seguir las recomendaciones del equipo de rehabilitación sobre textura de los alimentos, adaptación de la consistencia de los líquidos, alimentos peligrosos o que se deben evitar y adaptación de la medicación.
- Realizar la higiene oral y dental después de cada comida siguiendo las recomendaciones individuales para cada caso.
- Permanecer sentado o de pie tras la ingesta (no tumbado), al menos 30 minutos después de comer.
- No utilizar pajitas ni jeringas. Utilizar el tenedor o la cuchara, siguiendo las recomendaciones particulares respecto a tamaño del cubierto (sopero, cadete, postre), carga de alimento, tamaño de cada trozo y adaptaciones para facilitar la autoalimentación (p. ej.: reborde de plato, cubiertos con mango engrosado, vasos con asa o con boquilla especial).
- No hablar mientras se come. En ocasiones, es conveniente evitar comidas con mucha gente. En estos casos, es mejor dar la comida antes de la reunión.
- No dar de comer ni de beber si está adormilado o agitado. Si esto ocurre, es mejor retirar la comida y esperar otro momento más idóneo.
- Evitar la hiperextensión de cabeza. Si hay dificultad para controlar la postura, deberá utilizarse un sistema de posicionamiento específico.
- Esperar a que la boca esté limpia y sin residuos antes de la siguiente cucharada.
- En ocasiones se recomiendan ciertas posturas o maniobras deglutorias que deben realizarse durante todas las comidas y cada vez que se ingieran líquidos.
- En general, no sobrepasar los 30-40 minutos de duración de la comida.
- El menú debe ser variado. Los alimentos deben tener la temperatura adecuada y cuidar la presentación.
- Cuidar la postura. La espalda debe estar correctamente alineada y apoyada sobre el respaldo de la silla. La cabeza, ligeramente en flexión para tragar.
- Comer sentado fuera de la cama. Las personas que se alimenten a través de una gastrostomía o PEG también deben recibir la alimentación sentados, o, al menos, incorporados en la cama.

ANEXO II: Objetivos y principios del tratamiento rehabilitador.

Elena Panizo Velasco

Técnicas compensatorias: reducen los síntomas y los riesgos, pero no cambian la fisiología

Cambios posturales	Modificación volumen y presentación del bolo	Modificación consistencia alimentaria	Incremento sensorial
• La flexión de la cabeza hacia delante cierra la vía aérea. • La inclinación de la cabeza hacia el lado sano dirige la caída del bolo por gravedad hacia la parte de la faringe de mayor control y fuerza muscular. • El giro hacia el lado afectado facilita el cierre de las cuerdas vocales y reduce los riesgos de aspiración.	• Cuidar la presentación del bolo: estimula el apetito y favorece la ingesta, incluso en purés. • Aumentar el número de tomas/día con menor cantidad en caso de fatiga muscular. • Enriquecer con nutrientes calóricos (leche en polvo, queso fresco, harina de cereales...) o completar con suplementos dietéticos (preparados comerciales).	• SÓLIDOS. Preparar los alimentos para una óptima deglución: triturados, blandos o de fácil masticación, en trozos pequeños o con un tamaño adecuado del bolo, según recomendaciones individuales. • LÍQUIDOS. Mediante utilización de espesantes, según recomendaciones individuales.	• Modificar la temperatura con alimentos fríos o calientes. • Emplear sabores fuertes para estimular el reflejo deglutorio. • Ofrecer gran variedad de sabores empleando distintas salsas o especias. • Ejercer presión con la cuchara sobre la lengua.

Técnicas de tratamiento: modifican la fisiología y mejoran el funcionamiento de la deglución

Maniobras Deglutorias	Ejercicios Específicos	Técnicas de Facilitación
• M. de MENDELSSOHN. Facilita el paso del bolo. Pedir al paciente que mantenga y sostenga la elevación laríngea al tragar. • M. SUPRAGLÓTICA. Elimina residuos para evitar penetraciones laríngeas. Aguantar la respiración, tragar y toser con fuerza. • M. SUPER-SUPRAGLÓTICA. Evita residuos y empuja el bolo. Aguantar respiración con esfuerzo muscular, tragar y toser con fuerza. • M. FORZADA. Aumenta el movimiento posterior de la lengua y reduce el residuo en la vallécula. Tragar ejerciendo fuerza con la musculatura. • M. MASAKO. Ayuda a la retracción de la lengua y adelanta la pared faríngea posterior. Tragar con la lengua entre los dientes notando un tirón en el cuello.	• Ejercicios para la estabilidad de cabeza y cuello. Inclinaciones, giros y contrarresistencias. • Ejercicios de praxias orofaciales: faciales, linguales y mandibulares. Sonrisa, besos, contracción de mejillas, movimientos elevación, descenso y laterales de lengua y mandíbulas. • Ejercicios para la movilidad del velo del paladar. Bostezos, variaciones del tono de voz, etc. • Ejercicios de respiración y soplo. Respiración diafragmática, apneas, fonemas fricativos /s/, /f/, etc. • Ejercicios de Shaker para facilitar el paso del bolo y prolongar la apertura del EES. Tumbado en decúbito supino (boca arriba), elevar la cabeza mirándose los pies.	Destinadas a potenciar la funcionalidad de la musculatura afectada. Basados en ejercicios de estimulación, estiramientos, manipulación y resistencia. • APERTURA BUCAL. Estiramientos y movilizaciones pasivas de los músculos masticatorios. • CIERRE LABIAL. Se trabajan por separado cada orbicular, mediante pincelado y presión. • MOVILIDAD LINGUAL. Movilizaciones pasivas, cocontracciones, tapping, isométricos, etc. • PROPULSIÓN DEL BOLO. Presiones en dorso de la lengua. • CIERRE PALATOGLOSO. Succión, presión contrapaladar, articulación /k/. • RETRASO O AUSENCIA DEL REFLEJO DEGLUTORIO. Aplicar frío en paladar blando, sabores ácidos, etc.

Pautas a cuidadores y familiares:

Destacar la importancia de	• Animar al paciente, familiares y cuidadores a participar en la intervención. • El paciente, los familiares o los cuidadores deben conocer las dificultades de deglución que presenta y las estrategias de rehabilitación. • Los objetivos e intervenciones deben estar adaptadas a las características individuales de cada paciente y a sus posibilidades de recuperación.
Las instrucciones a los familiares/cuidadores deben incluir	• Los alimentos de alto riesgo. • La consistencia de los líquidos y la textura de los sólidos. • Las pautas de control del entorno. • Las estrategias compensatorias. • La posición del paciente y del cuidador durante la alimentación.



ANEXO III: Ejemplos de menús semanales.

Reeducación de la deglución.

Rosa M^a Dávila Acedo

	Comidas	Cenas
LUNES	• Brécol rehogado • Albóndigas con salsa de tomate • Manzana asada (pelada)	• Puré de calabacín • Tortilla francesa con tomate natural (pelado) • Yogurt desnatado
MARTES	• Ensalada de coliflor y tomate (pelado) • Merluza a la plancha con mayonesa light • Natillas	• Vichysoisse • Empanadillas • Piña en su jugo (retirar líquido residual)
MIÉRCOLES	• Ensalada de patata, tomate (pelado) y atún • Hamburguesa de ave con ketchup • Melocotón en almíbar (retirar almíbar)	• Salmorejo (sin jamón ni huevo troceado) • Pescado al caldo corto (sin guisos visibles, salsa homogénea consistencia papilla) • Yogurt desnatado
JUEVES	• Crema de verduras • Huevos rellenos con mayonesa light • Pera en su jugo (retirar líquido residual)	• Ensalada de tomate (pelado) • Salchichas frescas al vino con puré de patata • Yogurt desnatado
VIERNES	• Puré de macarrones • Gallo a la plancha con champiñones • Yogurt desnatado	• Puré de zanahorias • Lacón al horno • Albaricoque (pelado)

	Comidas	Cenas
LUNES	• Salmorejo (sin huevo ni jamón) • Hamburguesa con ketchup • Melocotón en almíbar (retirar almíbar)	• Crema de puerros • Tortilla de jamón York • Yogurt desnatado
MARTES	• Puré de lentejas con verduras • Emperador a la plancha • Yogurt desnatado	• Verduras rehogadas (excepto guisantes, maíz, judías verdes) • Croquetas de jamón (consistencia homogénea) • Pera en almíbar (retirar almíbar)
MIÉRCOLES	• Patatas guisadas (sin guisos visibles ni líquido residual) • Huevos rellenos de atún y mayonesa • Puré de frutas frescas	• Ensalada de tomate (pelado) y queso fresco • Mero a la plancha • Yogurt desnatado
JUEVES	• Coliflor rehogada con jamón York • Crema de arroz • Piña en su jugo (retirar líquido residual)	• Puré de zanahorias • Fiambre de pavo y queso semicurado (100 g) • Natillas (consistencia papilla)
VIERNES	• Puré de macarrones • Salmón a la plancha con champiñones • Pera en su jugo (retirar líquido residual)	• Puré de calabacín • Pescado hervido con ensalada de patata y tomate natural (pelado) • Yogurt desnatado

EJEMPLOS DE MENÚS SEMANALES DE DISFAGIA (REEDUCACIÓN DE LA DEGLUCIÓN AVANZADA)

	Comidas	Cenas
LUNES	• Ensalada mixta (sin huevo) • Huevo frito con patatas • Pan y fruta*	• Guisantes con jamón • Pescadilla hervida con ensalada • Pan y yogurt
MARTES	• Patatas a la marinera (escurridas o caldo textura «miel») • Alitas de pollo • Pan y yogurt	• Puré de puerros • Tortilla de queso con ensalada • Pan y fruta*
MIÉRCOLES	• Judías blancas estofadas (escurridas o caldo textura «miel») • Gallo con ensalada • Pan y yogurt	• Verduras cocidas rehogadas • Sándwich mixto • Fruta*
JUEVES	• Salmorejo (sin huevo ni jamón troceados) • Chuletitas de cordero • Pan y fruta*	• Puré de zanahorias • Merluza plancha con ensalada • Pan y yogurt
VIERNES	• Ensalada de la huerta • Macarrones a la carbonara • Pan y yogurt	• Puré de calabacín • Lacón al horno con pimientos asados • Pan y fruta*

Información nutricional media: energía: 1.500 kcal, proteínas: 40 g, carbohidratos: 120 g, lípidos: 50 g.

* Solo frutas permitidas según el «Listado alimentos permitidos y prohibidos disfagia (reeducción de la deglución avanzada).

	Comidas	Cenas
LUNES	• Cocido madrileño (servir escurrido) • Pan y fruta*	• Ensalada de tomate • Pescado al caldo corto (salsa homogénea, textura miel) • Pan y yogurt
MARTES	• Menestra de verduras • Salmón a la naranja (retirar líquido residual) • Pan y yogurt	• Vichyssoise de puerros • Montadito de atún con pimientos • Fruta*
MIÉRCOLES	• Ensalada campera • Ragú de ternera • Pan y fruta*	• Puré de calabacín • Pizza de jamón York y queso • Pan y yogurt
JUEVES	• Ensalada mixta • Paella • Pan y fruta*	• Puré de zanahorias • Pechuga de pavo a la plancha con ensalada • Pan y yogurt
VIERNES	• Salmorejo • Merluza a la andaluza • Pan y yogurt	• Ensalada de lechuga • Salchichas al vino (sin líquido residual) con puré de patatas • Pan y yogurt

Información nutricional media: energía: 1.500 kcal, proteínas: 40 g, carbohidratos: 120 g, lípidos: 50 g.

* Solo frutas permitidas según el «Listado alimentos permitidos y prohibidos disfagia (reeducción de la deglución avanzada).



ANEXO IV: Pauta de actuación en Ceadac.

Carlos González Alted

Anamnesis + recogida de datos + valoración clínica y funcional

