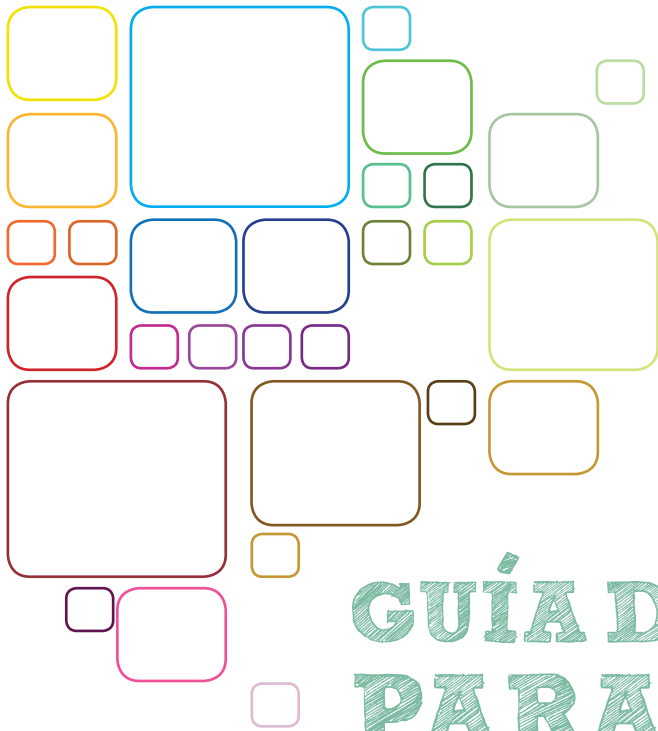




GUÍA DE NUTRICIÓN PARA PERSONAS CON DISFAGIA





GUÍA DE NUTRICIÓN PARA PERSONAS CON DISFAGIA

Carlos González Alted

Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Director Médico Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral

María 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 María 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

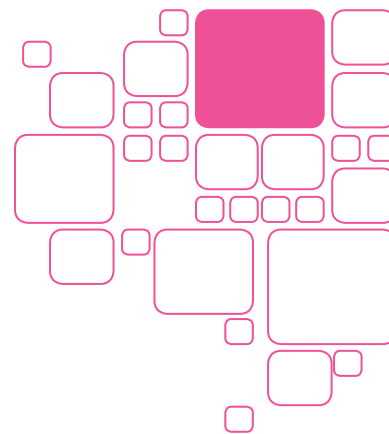
Elena Panizo Velasco

Diplomada en Logopedia
Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral

ÍNDICE

	PRESENTACIÓN	7
 	PARTE I. APROXIMACIÓN A LA DISFAGIA	9
	1. Aspectos básicos sobre disfagia en daño cerebral. <i>M^a Pilar Casado Romo. Antonio Gómez Blanco</i>	10
	2. Métodos diagnósticos y valoración. <i>Antonio Gómez Blanco Pilar Casado Romo</i>	14
	3. Otras vías de alimentación. <i>Susana Pajares García. Laura García Barroso. Carlos González Alted</i>	19
  	PARTE II. LA NUTRICIÓN EN LA DISFAGIA	21
	1. Adaptación de la alimentación y manejo de los trastornos de la deglución en pacientes con daño cerebral adquirido. <i>Carlos González Alted</i>	22
	2. Recomendaciones nutricionales en la disfagia. <i>Rosa María Dávila Acedo</i>	25
	3. La dieta de reeducación de la deglución. <i>Rosa María Dávila Acedo</i>	25
 	BIBLIOGRAFÍA	31
	ANEXOS	33
	<i>Elena Panizo Velasco. Rosa María Dávila Acedo. Carlos González Alted</i>	
	I. RECOMENDACIONES GENERALES.	34
	II. PRINCIPIOS Y OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR.	35
	III. EJEMPLOS DE MENÚS SEMANALES.	36
	IV. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CEADAC.	37

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 correcto diagnóstico e intervención terapéutica, incluyendo recomendaciones nutricionales y tratamiento o reeducación de la deglución.

Actualmente en el CEADAC podemos abordar ambos aspectos, y tras la valoración y estudio del paciente, indicar a los afectados y sus cuidadores pautas de actuación. 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 sobre el síntoma, como sobre aspectos prácticos acerca 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 y a 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; y aportar información práctica para elaborar una dieta ajustada en nutrientes, variada, apetecible, asequible, con productos de mercado, y en aquellos casos más graves, el uso correcto de alimentación adaptada con productos farmacéuticos.

Los autores.

PARTE I

APROXIMACIÓN A LA DISFAGIA

1. Aspectos básicos sobre disfagia en daño cerebral.

M^a Pilar Casado Romo. Antonio Gómez Blanco.

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.

DEGLUCIÓN Y DISFAGIA

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 apertura del esfínter esofágico superior.

TIPOS DE DISFAGIA. ETIOLOGÍA

En si 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 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 y/o neuromusculares, siendo este grupo el más numeroso (80%), y refiriéndonos a este tipo como **disfagia neurógena**. (Tabla 1.1).

Es importante aclarar el origen para establecer el pronóstico y el plan de tratamiento. En el CEADAC* tratamos sólo las alteraciones producidas por daño cerebral adquirido. Por tanto, el objeto 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.

* Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral.

DISFAGIA OROFARINGEA		DISFAGIA ESOFÁGICA
DISFAGIA NEURÓGENA	DISFAGIA ESTRUCTURAL	Estudio y tratamiento específico por el Gastroenterólogo
<ul style="list-style-type: none"> • DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO: <ul style="list-style-type: none"> - ACV * - TCE** - Lesiones post quirúrgicas SNC - Anoxia cerebral - Infecciones SNC *** - otras encefalopatías • Enfermedades neurodegenerativas: <ul style="list-style-type: none"> - Demencias - Enf. de Parkinson - Esclerosis múltiple - Esclerosis lateral amiotrófica. • Disfagia en el anciano • Enfermedades Neuromusculares <ul style="list-style-type: none"> - Distrofias - Miastenia Gravis - otras • Parálisis cerebral infantil • Enfermedades del esfínter esofágico superior <ul style="list-style-type: none"> - disfunción cricofaríngeo • otras: <ul style="list-style-type: none"> - infecciones sistémicas - enfermedades tejido conectivo... 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumores y neoplasias de cabeza y cuello y secuelas de los tratamientos aplicados <ul style="list-style-type: none"> - cirugía de resección - radioterapia - etc. • Malformaciones congénitas craneofaciales • Estenosis por ingesta de cáusticos • Traumatismos craneofaciales • Estenosis por osteofitosis columna vertebral cervical 	

Tabla 1.1

*ACV : accidente cerebro vascular
 **TCE : Traumatismo Craneoencefalico
 ***SNC : Sistema Nervioso Central

E **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 pruebas complementarias, y definir las dificultades de cada paciente. Asimismo permite establecer los objetivos e intervenciones terapéuticas más útiles.

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

Fase oral

Se realiza bajo control voluntario. Consta a su vez de:

a) Fase oral preparatoria (fig. 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. 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 salivares; 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. 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 sello palatogloso; ascenso laríngeo; descenso de la epiglotis; aproximación 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.

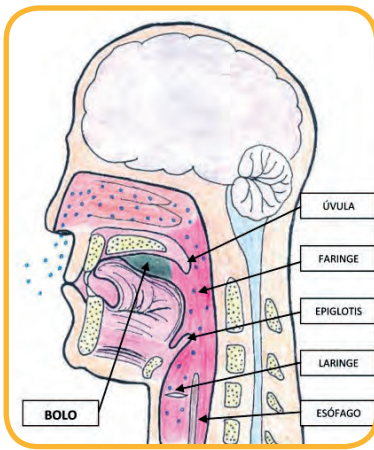


Figura 1.1

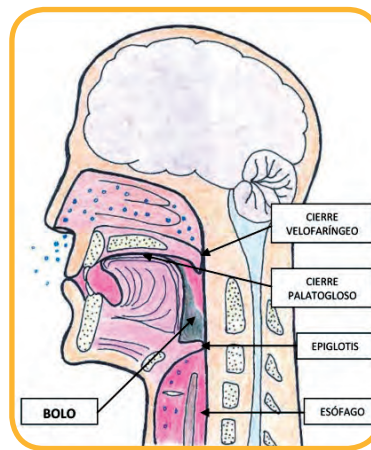


Figura 1.2

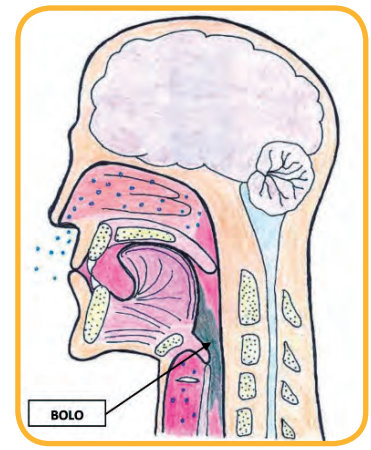


Figura 1.3

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.

COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA

ALTERACIONES DE LA EFICACIA

Aquellas que ocasionan una pérdida de la capacidad para alimentarse y mantener un nivel óptimo de nutrición e hidratación



DESNUTRICIÓN Y DESHIDRATACIÓN

ALTERACIONES DE LA SEGURIDAD

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

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE SOSPECHA

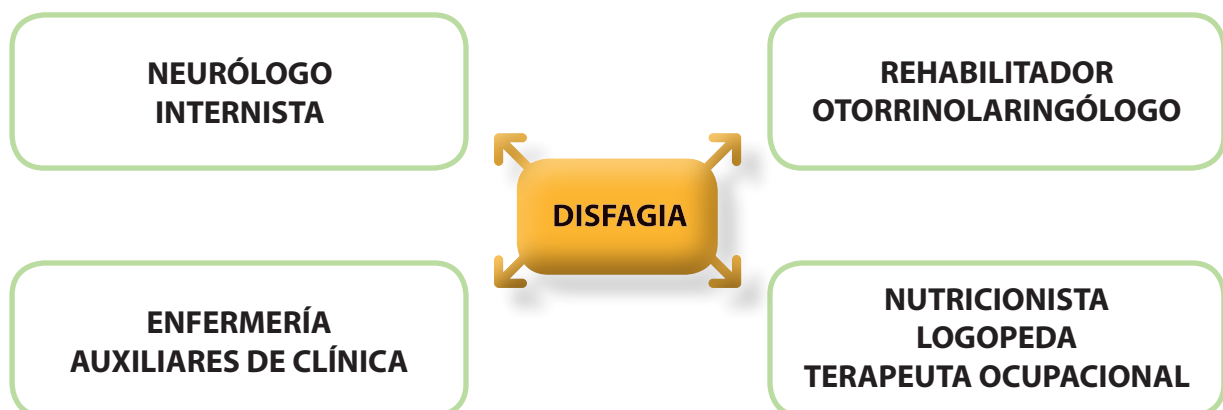
- Tos o atragantamiento al comer, o inmediatamente después, con todas o con alguna consistencia (líquidos).
- Cambios en la voz (voz húmeda o mojada). Disfonía.
- Babeo, dificultad para el control de la saliva.
- Dificultad para la formación del bolo y el manejo de la comida en la boca.
- Deglución fraccionada. Tragar la comida en pequeñas cantidades, poco a poco.

- Residuos en la boca post deglución.
- Sensación de retención de alimento en la faringe y necesidad de hacer varias degluciones.
- Carraspeo.
- Emplear excesivo tiempo para comer.
- Pérdida de peso progresiva. Signos de desnutrición y deshidratación.
- Picos febriles de etiología no filiada.
- Infecciones respiratorias de repetición.

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



2. Métodos diagnósticos y valoración.

Antonio Gómez Blanco. M^a del Pilar Casado Romo.

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

- La evaluación de la EFICACIA de la deglución:**
capacidad del paciente para ingerir los alimentos y el agua que necesita para estar bien nutrido e hidratado.
- La evaluación de la 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 función de 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 sólo en algunos de los hospitales de referencia.



MÉTODOS CLÍNICOS

Los objetivos de sus 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 periodo 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 y/o respiratorios que pueden presentarse durante la ingesta.

En ocasiones, pueden utilizarse cuestionarios como el EAT-10 (Eating Assessment Tool) (figura 2.1). Es un cuestionario sencillo, que consta de 10 preguntas, puede ser realizado por el propio paciente y/o cuidador, y es de rápida cumplimentación (entre 2 y 4 minutos). Se considera una buena herramienta de cribado, y a su médico le va a dar información para identificar a aquellos pacientes que presentan clínica de posible disfagia y que deben ser evaluados más exhaustivamente.

Figura 2.1

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 éstos pueden ser modificables. Para ello, se valorará 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, movilidad y fuerza de la lengua, la simetría de la úvula y el paladar, la sensibilidad oral y orofaríngea, la capacidad de manejo de las secreciones, 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 pedirá verbalmente o por imitación movimientos voluntarios de la boca, la lengua o la cara (praxias bucolinguofaciales)
- **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 la anatomía o fisiología de la misma.
- 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 sensibilidades de las estructuras que participan en cada fase del proceso deglutorio (fase oral preparatoria, fase oral de transporte y fase faríngea). Hay otros test clínicos para la valoración de la deglución, como el test del agua, pero el que se utiliza en el CEADAC 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?

Quando 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 a veces se realiza varias veces en el mismo paciente por sus médicos o sus terapeutas 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. Detectar disfunciones de la **SEGURIDAD** de la deglución. Detecta signos de aspiración o paso de parte del bolo a vía aérea .Detecta tanto aspiraciones clínicas (tos, cambios de voz, carraspeos,...) como aspiraciones silentes (aspiraciones que no cursan con tos y son difíciles de detectar).
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 3 viscosidades diferentes (néctar, líquido y pudín) y 3 volúmenes crecientes (5ml, 10ml y 20ml). 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 aportar 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.

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 se puede comenzar a tratarlo.

En otras ocasiones, los métodos clínicos no son suficiente para llegar a una valoración completa del problema, y en estos casos a sus profesionales sanitarios se les pueden plantear dudas que son necesarias 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?... Y para resolver éstas cuestiones, su médico recomendará la prueba complementaria más indicada en su 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 2.2).



Figura 2.2

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 pueden evaluar la eficacia del tratamiento rehabilitador.

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

La fibrolaringoscopia



Figura 2.3

Es una técnica 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 para grabar la secuencia de imágenes de la deglución. (Figura 2.3)

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

Al realizar la misma técnica con alimento, se utilizan distintas viscosidades (néctar, pudín y líquido) teñidas con colorante alimentario, a distintos volúmenes y 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 sospecha u objetiva 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 la prolongación de la alimentación por vía oral, evitar complicaciones nutricionales, evitar 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. Carlos González Alted.

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 intestino delgado). Se puede realizar a través de diferentes sistemas, ya sean sondas nasales o nasogástricas (SNG, SNE) u ostomías (gastrostomía endoscópica percutánea o PEG).

En el caso de la sonda nasogástrica (SNG) se coloca accediendo por fosa nasal quedando situado el extremo distal en estómago (en la SNE el extremo distal se localiza en intestino delgado). La gastrostomía (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 4 a 6 semanas de duración y no hay reflujo gastroesofágico.

La gastrostomía (PEG) se implanta cuando existe la necesidad de nutrición enteral prolongada (más allá de 4-6 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 gastrostomía (PEG) permiten nutrición enteral a largo plazo. Posibilitan la nutrición enteral domiciliar porque es más sencilla en su manejo. A su vez es menor el riesgo de mal posición, extracción accidental, lesiones como 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 (SNG).

Complicaciones

La complicación más grave es el riesgo de broncoaspiración o paso de secreciones orofaríngeas, jugo gástrico o la propia nutrición enteral al tracto 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. Deben fijarse la **SNG** a las alas de la nariz y la **PEG** a la pared abdominal, revisándose periódicamente.

Ambos 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 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 (**NE**) se puede administrar de forma continua o mediante bolos.

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

Control médico de pacientes con nutrición enteral

Los pacientes con nutrición enteral (**NE**) precisan controles periódicos: en relación al estado general, ingesta real, tolerancia digestiva, balance hídrico, presencia de complicaciones asociadas, peso corporal, estado de sonda u 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 ésta se realice de forma segura para el paciente se puede retirar la sonda.

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.

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 severidad de la alteración.**
2. **La vía de alimentación: oral, no oral o mixta.**
3. **las intervenciones terapéuticas relacionadas con la nutrición.**

La severidad de la disfagia puede oscilar entre 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 ésta demuestra una disfunción faríngea severa con aspiración severa 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 severidad 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 adecuada y segura por vía oral, precisará instaurar una vía alternativa; sonda nasogástrica (**SNG**) o una gastrostomía endoscópica percutánea (**PEG**).

Hay determinados casos en que la vía oral es insuficiente para mantener una nutrición e hidratación adecuada y segura, y se tiene que complementar con aportes a través de la vía enteral (**SNG, PEG**). Por ejemplo utilizándola solo para los líquidos y la medicación.

La recomendación de mayor fuerza 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 a 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.
- Se deben evitar 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.

Es importante dentro de las costumbres y hábitos individuales, 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.

ALIMENTOS CON TEXTURAS DIFÍCILES O DE RIESGO

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 espinas
Alimentos con pieles o semillas	las frutas y vegetales que incluyen piel y/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

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, Standardization for optimal care (NDD), hemos diseñado diferentes tipos de dieta para la alimentación de los usuarios en el CEADAC, dos 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. (Fig 4.1 y 4.2).

Figura 4.1

Figura 4.2

Figura 4.3

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 fácil masticación:** en relación a problemas masticatorios pero sin síntomas de disfagia. Posible como dieta de transición a la dieta normal
- 3. Dieta de Disfagia o reeducación deglución:** Evita alimentos de riesgo y no admite dobles texturas. Permite formar fácilmente el bolo. Masticación : No o ligera/suave
- 4. Dieta Túrmix (producto comercial):** Purés comerciales de consistencia uniforme, homogénea. saborizados, y que reúnen los requerimientos nutricionales completos o enriquecidos.

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. 4.3).

- 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 pudín:** 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. Recomendaciones nutricionales en la disfagia.

Rosa María Dávila.



Como se menciona al inicio de la presente guía, son escasas las publicaciones que aportan información nutricional práctica sobre la disfagia en daño cerebral.

Por este motivo se convierte en nuestro principal reto el conseguir que el lector sea capaz de elaborar los menús del día a día para una persona con disfagia, de forma que se minimicen, prioritariamente, los riesgos intrínsecos asociados a la misma (complicaciones respiratorias, deshidratación, desnutrición...); y se asegure el aporte de las necesidades de energía y nutrientes; sin olvidarnos cómo no, de conseguir las mejores características organolépticas que hagan de nuestra dieta la más atractiva y apetecible.

En el cuadro 5.1 se exponen las recomendaciones de consumo idóneo, en consistencia y textura, para cada grupo de alimentos; con el fin de garantizar una alimentación segura Es el primer paso de consulta obligatoria para la elección de los alimentos que compondrán nuestros platos.

Decir que todo ello ha sido elaborado tras la comprobación, día a día, de la tolerancia individual a cada textura alimentaria en cada usuario con disfagia del Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral. ([ver tabla página 26-27](#)).

3. La dieta de reeducación de la deglución.

Rosa María Dávila.







En el epígrafe anterior hemos visto las recomendaciones de consumo de cada grupo de alimentos como primer paso obligatorio para la elección de los alimentos que compondrán nuestros menús. En el siguiente apartado facilitaremos el resto de pasos a seguir para la elaboración de la dieta idónea para usuarios con disfagia.






Es importante mencionar que, como toda dieta que se precie, la que nos compete tendrá como requisito indispensable el ser **individualizada**, teniendo en consideración los siguientes parámetros:

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

ALIMENTOS Y TEXTURAS RECOMENDADOS EN LA REEDUCACIÓN DE LA DEGLUCIÓN

Esta tabla es orientativa, ante cualquier duda sobre su familiar se recomienda consultar al equipo de Rehabilitación responsable del tratamiento de su familiar.

GRUPOS DE ALIMENTOS	PERMITIDOS	NO PERMITIDOS
HUEVOS 	<ul style="list-style-type: none"> • En forma de tortilla, revuelto, frito o cocido retirando la yema. • Cocido/relleno (con atún y/o jamón york, y yema troceada) si y solo si, está acompañado de salsas tipo mayonesa o tomate. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yema del huevo cocido excepto en la forma descrita en el apartado "permitidos".
CARNES Y PRODUCTOS CÁRNICOS 	<ul style="list-style-type: none"> • 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), mortadela, lacón. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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...)
PESCADOS 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin espinas, preferiblemente cocidos y/o acompañados de salsas tipo mayonesa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Con espinas, pieles y/o pescados secos.
VERDURAS Y HORTALIZAS 	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Están prohibidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todas las verduras y hortalizas crudas excepto el tomate en la forma descrita en la sección "permitidos" . • Las cocidas que se citan a continuación: maíz, guisante, judías verdes, apio, puerro, espárrago, alcachofa.

GRUPOS DE ALIMENTOS	PERMITIDOS	NO PERMITIDOS
FRUTAS 	<ul style="list-style-type: none"> Las citadas a continuación siempre que tengan el grado de madurez suficiente para aportar una consistencia blanda: <ul style="list-style-type: none"> - Melocotón. - Nectarina. Frutas cocidas, asadas o en almíbar* (exceptuando macedonias a base de frutas con tamaño similar al guisante o maíz). El almíbar* debe ser retirando completamente de modo que no quede ningún resto de líquido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Piña (permitida en almíbar *) - Plátano - Uva - Naranja - Kiwi - Fresa - Manzana y pera - Melón y sandía - Frutos secos
CEREALES Y DERIVADOS 	<ul style="list-style-type: none"> Los que no se incluyen en la sección de "no permitidos" (papillas de cereales, crema de arroz). 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> En forma de cremas y purés. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguna se permite en su forma original; pero sí en la forma descrita en sección "permitidas".
PRODUCTOS LÁCTEOS 	<ul style="list-style-type: none"> Yogures 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") 	<ul style="list-style-type: none"> Los no incluidos en apartado "permitidos".
BEBIDAS 	<ul style="list-style-type: none"> Bebidas espesadas con consistencia néctar, miel o pudín, según tolerancia individual. 	<ul style="list-style-type: none"> Las no incluidas en apartado "permitidas".
OTROS		<ul style="list-style-type: none"> Helados

En el CEADAC hemos elaborado dos **modalidades de dietas para los usuarios con trastornos en la deglución** en función del tipo y grado de severidad de la disfagia:

1. La dieta para la disfagia de mayor severidad:

“DIETA TURMIX”: Esta dieta se fundamenta en cremas y purés pues tiene como única textura admitida la textura triturada. Se dirige a usuarios con una alteración de fase oral y/o faríngea severa. A esta primera modalidad simplemente hacemos mención pues existe amplia bibliografía al respecto.

2. La segunda modalidad es, sin duda, el motor principal de esta guía:

LA DIETA DE REEDUCACIÓN DE LA DEGLUCIÓN. Está dirigida a usuarios con disfagia de fase oral y/o faríngea leve o moderada, y, como requisito indispensable, capacidad de masticación adecuada. En este nivel se prevé que se puede hacer frente con seguridad a porciones de comida de hasta una pulgada (2,54 cm) y manejar de manera adecuada el bolo en la boca. Constituye una transición desde la dieta para la disfagia básica, con textura triturada, hacia la dieta basal con textura normal. En general, se aproxima a una dieta de textura semisólida en la que están permitidos los alimentos con textura cercana a la normal EVITANDO una serie de alimentos y texturas considerados DE ALTA PELIGROSIDAD mencionados en el capítulo 4 (Tabla 4.1). Decir, que gracias a ella hemos conseguido que usuarios que han progresado favorablemente desde el trastorno deglutorio inicialmente diagnosticado puedan tener una alimentación más allá de los, tan dificultosamente aceptados, purés.

Una vez que sabemos **qué** alimentos incluir en nuestros menús y **cómo** incluirlos solo nos queda saber cuánto debemos incluir de cada grupo de alimentos para garantizar una **dieta equilibrada** con la que satisfacer las necesidades en energía y nutrientes. 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 15% (proteínas)**. A estos tres nutrientes se les denomina macronutrientes. El resto, vitaminas y minerales, se necesitan en cantidades mucho menores (micronutrientes); por ejemplo, únicamente necesitamos unos miligramos de vitamina C (60 mg/día) o de cinc y aún cantidades inferiores, del orden de microgramos, de otras vitaminas como B12, folato o vitamina D (10 mcg/día). Sin embargo, todos los nutrientes son igualmente importantes y tanto la falta como el consumo excesivo de cualquiera de ellos puede dar lugar a patologías diversas.

A continuación se incluyen, para cada grupo de alimentos, las raciones diarias a consumir, así como la cantidad de alimento que incluye cada ración.

GRUPOS DE ALIMENTOS	RACIONES	CANTIDAD/RACIÓ
<p>Farináceos (pan, pasta, arroz, patatas, legumbres)</p> <p>Este grupo es buena fuente de hidratos de carbono, hierro, vitamina B1 y fibra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 4-6/día: - Pan: a diario - Pasta: 1-2/semana - Arroz:1-2/semana - Legumbres:1-2/semana - Patata: 2-4/semana 	<ul style="list-style-type: none"> • 40-80 gr. • 40-60 gr. (en crudo) • 50-100 gr. (en crudo) • 50-100 gr. (en crudo) • 180 gr. (patata mediana)
<p>Frutas y Verduras</p> <p>Grupo rico en agua, fibra, vitaminas y minerales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 5 día: -3 fruta (1 en forma de cítrico) -2 verdura (1 en crudo y otra cocida) 	<ul style="list-style-type: none"> •120-220 gr. •150-200 gr.
<p>Leche y Derivados.</p> <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Menores 11 años: 2-3/día •Adolescentes: 3-4/día •Embarazo y Lactancia: 3-4/día •> 65 años: 2-3/día 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 taza leche • 2 yogures • 40-50 gr. queso
<p>Carnes y Aves</p> <p>Este grupo es rico en proteínas, grasa, hierro y vitaminas A, D y E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 3-4/semana 	<ul style="list-style-type: none"> • 80-100 gr.
<p>Pescados</p> <p>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)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 4-5/semana 	<ul style="list-style-type: none"> • 150 gr.
<p>Huevos</p> <p>Fuente de proteínas de alto valor biológico (contiene todos los aminoácidos esenciales), grasas (colesterol), vitaminas y minerales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 3-4/semana 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 gr. (1 unidad)
<p>Grasas y Aceites</p> <p>Los aceites vegetales son fuente importante de energía (9 kcal/gr.). Proporcionan ácidos grasos esenciales y vitaminas (E).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • 30-50 gr./día • 3-5 cucharadas aceite vegetal
<p>Agua</p>		<ul style="list-style-type: none"> • 1.5-2 l/día

EJEMPLO DE DIETA DE REEDUCACIÓN DE LA DEGLUCIÓN

A continuación se aporta un ejemplo de dieta semanal para usuarios con disfagia (En el anexo II se facilitan algunos de los menús semanales que se administran en el CEADAC).

DESAYUNOS: Elegir entre las siguientes opciones:

A	B	C
<ul style="list-style-type: none"> Albaricoque (pelado) o melocotón (pelado) o manzana asada (pelada). Papilla de cereales (250ml), pudiendo añadirle, para cambiar el sabor y color de la misma, una cucharadita de cacao café; manteniendo la textura de la papilla. 	<ul style="list-style-type: none"> Fruta (manzana, pera, piña o melocotón) en almíbar* Papilla de cereales (250 ml.), pudiendo añadirle, para cambiar el sabor y color de la misma, una cucharadita de cacao café; manteniendo la textura de la papilla 	<ul style="list-style-type: none"> Fruta triturada Papilla de cereales (250 ml.) con cacao o café Papilla de cereales (250 ml.), pudiendo añadirle, para cambiar el sabor y color de la misma, una cucharadita de cacao café; manteniendo la textura de la papilla.

El almíbar debe ser retirando completamente de modo que no quede ningún resto de líquido.

MEDIAS MAÑANAS Y MERIENDAS

Fruta en cualquiera de sus variedades (ver cuadro de alimentos permitidos) y

Derivado o Postre Lácteo : Yogur , Natillas, Flan.*

* Con la precaución de retirar cualquier líquido residual

	COMIDAS	CENAS
LUNES	Puré de legumbres Filetes rusos Piña en almíbar(*)	Puré de patatas y zanahorias Pescado hervido con mayonesa Yogur
MARTES	Patatas con alioli Salmón con zanahoria cocida Pera en almíbar(*)	Ensalada tomate (pelado), queso fresco y orégano Tortilla de atún con tomate natural (pelado) Yogur
MIÉRCOLES	Puré de arroz Huevo frito con salsa de tomate Natillas	Ensalada de verduras cocidas (**) Salchichas tipo Frankfourt (2-3 unds) con ketchup Albaricoque (pelado)
JUEVES	Vichyssoise Albóndigas en salsa de tomate Fruta triturada	Crema Juliana San Jacobo Yogur
VIERNES	Crema de champiñones Merluza a la romana con tomate natural (pelado) Manzana Asada	Ensalada de coliflor y tomate (pelado) Tortilla de jamón York Yogur
SÁBADO	Puré de garbanzos estofados Hamburguesa con Ketchup Yogur	Ensalada de tomate natural (pelado) y atún Lacón al horno con patatas Piña en almíbar (*)
DOMINGO	Brécol con patatas Lubina a la plancha Flan	Crema de calabacín Croquetas Melocotón en almíbar (*)

(*) El almíbar debe ser retirando completamente de modo que no quede ningún resto de líquido.

(**) Consultar cuadro de alimentos permitidos

INFORMACIÓN NUTRICIONAL media: ENERGÍA: 1800 KCAL/PROTEINAS: 70g/CARBOHIDRATOS: 220g /LÍPIDOS:40g/

BIBLIOGRAFIA

- Logeman,JA. *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. Austin-Texas: Pro-ed, cop.1998.
- Garmendia Merino G; Gómez Candela C; Ferrero López I. *Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaringea: aspectos prácticos*. Nestlé Nutrición. Barcelona: Ed Glosa, 2009.
- Clavé Civit P, Garcia Peris P. *Guía de Diagnostico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaringea*. Nestle Nutrición .Ed Glosa 2011.
- *Scottish intercollegiate guidelines network Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia, a national clinical guideline*. Edinburg 2010.
- *Manual de nutrición enteral y medicacion para farmacéuticos*. Colegio Oficial de farmacéuticos de Madrid, vocalía de alimentación 2002.
- *Manual de nutrición por sonda para el paciente*.NovartisConsumer Health.
- American Dietetic Association. *National Dysphaghia Diet Task Force. National Dysphagia Diet, Standardization for Optimal Care*. American Dietetic Association:Second edition.
- *Logopedia y Daño Cerebral Adquirido*. Ed Federacion Española de Daño Cerebral, FEDACE, 2007.
- Cook IJ,Kahrilas PJ. *AGA technical review on manegement of oropharyngeal dysphagia*. Gastroenterology 1999; 116: 455-478.
- Del Burgo Gonzalez de la Aleja G. *Rehabilitacion de problemas de deglución en pacientes con daño cerebral sobrevenido*.Instituto de orientación psicologica .EOS, 2004.
- Bleecx D. *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. Ed Mc Graw-Hill, Interamericana.
- Bascuñana Ambros H. *Disfagia neurológica.Generalidades. Características en el accidente cerebral vascular, en el traumatismo craneoencefálico y en la parálisis cerebral infantil*. Rehabilitacion(Madrid). 1998 ; 32:331-336.
- Bascuñana Ambros H, Galvez Koslowski S. *Tratamiento de la disfagia orofaringea*. Rehabilitacion (Madrid) 2003. 37 (1) ; 40- 54.
- Daniels SK, Brailey K et al. *Aspiration in patients with acute stroke*. Arch Phys Med Rehabil 1998;79:14-9.
- 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,Anderson JA, Willson PC. *Valid items for screening dysphagia risk in patients with stroke: a systematic review*. Stroke 2012 Mar ;43(3) : 892-7.
- Riba M, Vila L, Infiesta F, Rivero M. *Manual práctico de nutrición y dietética*. Ed. A. Madrid Vicente, Ediciones.
- Moreiras O, Carbajal A, Cabrera L. *Tablas de composición de alimentos*. Ed. Pirámide
- BurnsB, Carr-Davis EM. *Atención nutricional en enfermedades del sistema nervioso*.
- Peña VJ, Martin I, Ruiz S. *Requerimientos nutricionales e ingestas dietéticas recomendadas*. Tratado de nutrición tomo III. Ed Gil Hernandez A.
- <http://w.w.w.disfagia.es>

ANEXOS

ANEXO I: Recomendaciones generales

E

n esta lista se detallan algunas recomendaciones generales que debe 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 a 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 (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 este 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 ingiera 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 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 pero no cambian la fisiología.

Cambios posturales	Modificación, volumen y presentación del bolo	Modificación consistencia alimentaria	Incremento sensorial
<ul style="list-style-type: none"> Flexión de la cabeza hacia delante Inclinación de la cabeza hacia lado sano Giro hacia lado afectado 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidar la presentación del bolo: estimula el apetito y favorece la ingesta, incluso en purés. Aumentar nº 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) 	<ul style="list-style-type: none"> SÓLIDOS: Alimentos triturados, blandos o de fácil masticación. Según recomendaciones individuales LÍQUIDOS: mediante utilización de espesantes según recomendaciones individuales 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar alimentos fríos o calientes combinando sabores fuertes (ácido estimula el reflejo deglutorio), pero también aumenta la salivación (y el babeo). 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
<ul style="list-style-type: none"> M. de MENDELSSOHN: Pedir al paciente que mantenga y sostenga la elevación laríngea al tragar. M. SUPRAGLÓTICA: Aguantar la respiración, tragar, y toser con fuerza. M. SUPER-SUPRAGLÓTICA: Aguantar respiración con esfuerzo muscular, tragar, y toser con fuerza. M. FORZADA: Tragar ejerciendo fuerza con la musculatura. M. MASAKO: Tragar con la lengua entre los dientes notando un tirón en el cuello. 	<ul style="list-style-type: none"> Ej. para la estabilidad de cabeza y cuello: inclinaciones, giros y contrarresistencias Ej. de praxias orofaciales: faciales, linguales y mandibulares: Sonrisas, besos, movimientos elevación, descenso y laterales de lengua y mandíbulas. Ej. para la movilidad del velo del paladar: bostezos, variaciones del tono de voz, etc. Ej. Respiración y soplo: respiración diafragmática, apneas, etc. 	<p>Destinadas a potenciar la funcionalidad de la musculatura afectada. Basados en ejercicios de estimulación, estiramientos, manipulación y resistencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> 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, tapping, isométricos co-contracciones. PROPULSIÓN DEL BOLO: presiones en dorso de la lengua. CIERRE PALATOGLOSO: succión, presión contra paladar, articulación /k/. RETRASO O AUSENCIA DEL REFLEJO DEGLUTORIO: Aplicación de 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 y/o 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 sus posibilidades de recuperación.

Deben incluir:

- Los alimentos de alto riesgo
- Las consistencia de los líquidos y textura de sólidos
- Pautas de control del entorno
- Estrategias compensatorias
- Posición del paciente y del cuidador durante la alimentación

ANEXO III: Ejemplos de menús semanales

Rosa María Dávila.

	COMIDAS	CENAS
LUNES	Puré de arroz Hamburguesa de ternera con ketchup Piña en almíbar**	Ensalada de verduras cocidas (*) Jamón York con tomate natural (pelado) Yogur
MARTES	Puré de pasta con champiñones (comercial) Huevos rellenos con salsa de tomate Melocotón en almíbar**	Ensalada de tomate (pelado) y queso fresco Nuggets de pollo Natillas
MIÉRCOLES	Brócoli rehogado Salmón con zanahoria Pera en almíbar**	Puré de zanahorias Tortilla de queso Yogur
JUEVES	Puré de Lentejas Albóndigas a la madrileña (sin guisantes) Piña en almíbar**	Ensalada de bonito con pimientos Fiambre variado (jamón York, mortadela, queso semicurado) Manzana asada
VIERNES	Verduras (*) Lenguado al horno con tomate natural (pelado) Yogur	Vichyssoise Salchichas tipo Frankfourth con tomate frito Melocotón en almíbar**
SÁBADO	Gazpacho (con consistencia tolerada) Tortilla de patatas Pera en almíbar**	Ensalada de coliflor y tomate Gallo a la plancha con guarnición Yogur
DOMINGO	Ensalada campera (patata cocida, tomate pelado, atún) Lubina a la plancha con champiñones Natillas	Crema de patatas y zanahorias Setas rehogadas Melocotón en almíbar

INFORMACIÓN NUTRICIONAL media: ENERGÍA: 1800 KCAL/PROTEINAS: 70g/CARBOHIDRATOS: 220g/LÍPIDOS:40g/

	COMIDAS	CENAS
LUNES	Patatas con alioli Emperador al horno Pera en almíbar**	Puré de zanahorias Salchichas tipo Frankfourth con tomate frito Yogur
MARTES	Crema de arroz Huevo Frito con salsa de tomate Yogur	Coliflor rehogada Jamón York con tomate natural (pelado) Melocotón en almíbar
MIÉRCOLES	Puré de judías pintas y arroz Empanadillas con tomate natural (pelado) Yogur	Crema de verduras Pescado hervido con patatas Piña en almíbar **
JUEVES	Espinacas rehogadas Hamburguesa de ave con ketchup Manzana asada	Ensalada de tomate(pelado) y atún Lacón a la gallega Yogur
VIERNES	Crema castellana Lubina con tomate natural (pelado) Melocotón en almíbar**	Acelgas rehogadas Tortilla francesa con tomate natural(pelado) Yogur

INFORMACIÓN NUTRICIONAL media: ENERGÍA: 1800 KCAL/PROTEINAS: 70g/CARBOHIDRATOS: 220g/LÍPIDOS:40g/

IMPORTANTE: Ante cualquier duda y/o aclaración sobre la forma de administración de los alimentos expuestos anteriormente se recomienda consultar el documento titulado "Recomendaciones nutricionales en la disfagia".

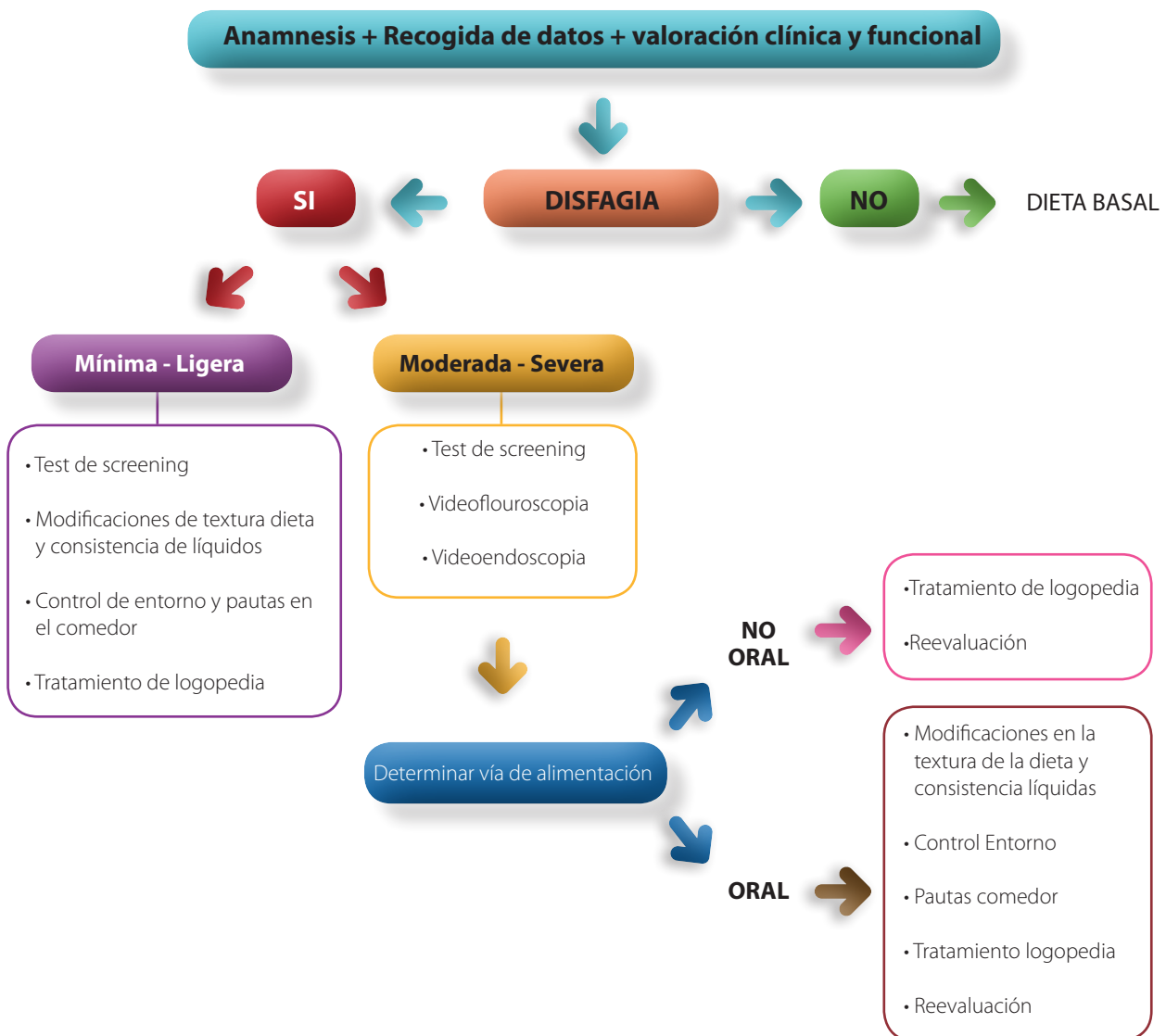
*: Consultar Alimentos permitidos

** : El almíbar debe ser retirando completamente de modo que no quede ningún resto de líquido.

COMIDAS		CENAS
LUNES	Garbanzos estofadas en PURÉ Hamburguesa de ternera con ketchup Yogur	Vichyssoise Croquetas Piña en almíbar**
MARTES	Coliflor rehogada con jamón York Gallo enharinado Natillas	Puré de patatas y zanahorias Tortilla de atún Pera en almíbar**
MIÉRCOLES	Ensalada de patata, tomate pelado y atún Huevo frito con salsa de tomate Yogur	Crema de calabacín Jamón York y Queso Piña en almíbar**
JUEVES	Puré de verduras Salchichas frescas al vino con puré de patatas Yogur	Ensalada de queso fresco y tomate (pelado) Salmón Melocotón en almíbar**
VIERNES	Salmorejo (sin jamón ni huevo cocido) Tortilla de patatas Pera en almíbar**	Verduras (*) rehogadas Lubina al horno Yogur

ANEXO IV: Pauta de actuación en CEADAC

Carlos González Alted.



Depósito Legal:

M-39130-2012

Nipo

686-12-012-6

Diseño y Maquetación

www.believearts.com

