

Tratamiento dietético de la disfagia

Autor: De La Fuente Ruiz, Verónica (Graduado en Nutrición Humana y Dietética y Diplomado en Fisioterapia).

Público: Nutricionistas y dietistas. **Materia:** Tratamiento dietético disfagia. **Idioma:** Español.

Título: Tratamiento dietético de la disfagia.

Resumen

La disfagia, como síntoma, es una situación de gran relevancia clínica. Requiere de una intervención inmediata, debido a las grandes repercusiones que esta tiene sobre la salud. También es necesario concienciar, a aquellas personas o asociaciones que se dedican al cuidado de las personas mayores, para que se involucren en la detección precoz de los síntomas de la disfagia. Así se podrá realizarse una evaluación e intervención precoz. El Nutricionista, es fundamental para llevar a cabo las adaptaciones dietéticas necesarias en cada caso, para evitar el deterioro del estado de salud del paciente, así como la aparición de infecciones respiratorias

Palabras clave: Disfagia, tratamiento dietético, dietas, definición, consecuencias, suplementación oral.

Title: Dietetic treatment of the disfagia.

Abstract

The disfagia, is a situation of big clinical relevancy. It needs of an immediate intervention, due to the big aftereffects that this one has on the health. Also it is necessary to make aware, to those persons or associations that devote themselves to the care of the elderly, so that they interfere in the precocious detection of the symptoms of the disfagia. This way it will be possible to realize an evaluation and precocious intervention. The Nutricionista, it is fundamental to avoid the deterioration of the state of health of the patient, as well as the appearance of respiratory infections

Keywords: Disfagia, dietetic treatment, diets, definition, consequences, oral suplementacion.

Recibido 2017-06-19; Aceptado 2017-06-26; Publicado 2017-07-25; Código PD: 085049

1. INTRODUCCIÓN

La disfagia la podemos definir como la "dificultad para la normal deglución de los alimentos".

Vivimos en una sociedad cada vez más desarrollada, donde la esperanza de vida en nuestro país tiene como media los 82,84 años, correspondiendo 85.61 años de vida a las mujeres y 79.99 años los hombres.

Esto es debido, en parte, a la mejora de la calidad de vida y de la economía de los países, que revierte en una mejora del sistema sanitario, de los modos de vida, alimentación etc.

Como consecuencia, ha aumentado de igual modo la aparición de enfermedades crónicas y neurológicas, con la consiguiente incapacidad que ellas conllevan.

La disfagia, más que como una enfermedad, podemos considerarla como un síntoma, que puede estar presente o asociarse a una gran cantidad de enfermedades. También puede ser la causa del empeoramiento del estado de salud de muchos pacientes, que padecen diversas afecciones incluídas, el propio envejecimiento.

Debido a ello, y al importante envejecimiento de la población española, y ya dentro del marco de la nutrición, la disfagia es una situación que podemos encontrarnos cada vez con más frecuencia en nuestro ámbito profesional. Es útil hacer una revisión bibliográfica del concepto de disfagia, y manejo, desde el punto de vista nutricional.

2. DEFINICIÓN DE DISFAGIA

La disfagia la podemos definir "Como la dificultad al normal paso de alimentos, tanto sólidos como líquidos, desde la cavidad oral al estómago. Se puede manifestar de forma variable tanto desde un retraso en la formación o transferencia del bolo alimenticio, hasta un desplazamiento patológico del mismo y paso hacia la vía aérea".

3. CONSECUENCIAS DE LA DISFAGIA

La disfagia, puede afectar de forma muy importantes al estado nutricional del paciente e incluso provocar un estado de severa desnutrición, que requiera intervenciones de mayor envergadura como la colocación de sondas nasogástricas, sondas de gastrostomía para la alimentación a través de bombas de alimentación o aplicación de fórmulas de nutrición enteral a través de la misma.

Las principales consecuencias de la disfagia serán.

3.1. La Deshidratación y Desnutrición

Las causas de la deshidratación y/o desnutrición las podemos encontrar en:

- La dificultad que la disfagia produce en la deglución de los alimentos provoca rechazo por parte del paciente a su ingesta.
- Rechazo social que la propia persona siente al comer delante de otras personas, ya que estas pueden babear, perder comida por las comisuras de la boca o experimentar reflujo de los alimentos.
- El paciente necesita aumentar mucho el tiempo necesario en sus comidas, lo que conlleva el cansancio por parte del cuidador, que con el tiempo acaba por ceder en parte al rechazo de la comida.
- Estos pacientes suelen perder parte de la comida debido a los reflujos, o a cantidades variables de alimento que pueden quedar en la boca y escupidas posteriormente, que hacen que la ingesta disminuya aún más.

Todo esto provoca la disminución de la ingesta en cada colación, de forma que el paciente no llega a ingerir suficiente cantidad de kilocalorías en cada comida, produciéndose poco a poco un estado de desnutrición y deshidratación evidenciable a partir del empeoramiento y deterioro progresivo de la persona, la pérdida de peso y alteraciones en los diferentes parámetros analíticos como por ejemplo en las proteínas viscerales como albúmina, prealbúmina...

3.1.2. La aspiración:

La aspiración la podemos definir como: "El paso del contenido del estómago o de una pequeña cantidad de saliva o comida al interior de la vía aérea".

Esta situación puede provocar:

- La obstrucción de la vía aérea con el consiguiente compromiso de la ventilación y peligro de asfixia, cuando el tamaño del material obstructivo es importante.
- La infección del parénquima pulmonar, cuando la cantidad es más pequeña, provocada por las bacterias presentes en el alimento ingerido o en la saliva del sujeto provenientes de la boca con malas condiciones higiénicas. Esto dará lugar a neumonías asociadas con frecuencia a necrosis tisular y absceso pulmonar.

4. TRATAMIENTO DIETÉTICO.

Para decidir el tratamiento dietético a decidir, debemos valorar al paciente, y adaptar su alimentación según el grado de disfagia que esté presente. Para ello nos podemos ayudar del siguiente árbol de decisión. (Figura nº1)

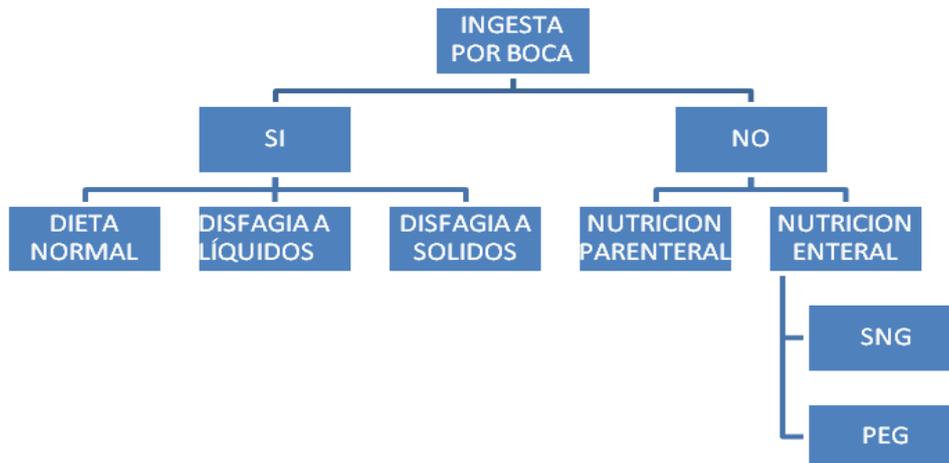


Figura nº1. Árbol de decisión.

5. DIETA ALTERNATIVA.

Nuestro primer objetivo debe ser mantener la vía oral siempre que sea posible. Para ello, necesitamos que la deglución sea tanto eficaz como segura. En el caso de que esto no fuera posible, se plantearían otro tipo de medidas para asegurar el correcto estado nutricional del paciente que serán:

- Aplicación de Nutrición Parenteral, en el caso de que el tracto gastrointestinal no tuviera una funcionalidad adecuada. En este caso y a partir de una vía con acceso venoso, introduciríamos los diferentes nutrientes necesarios en el torrente sanguíneo, sin necesidad de atravesar la pared intestinal.
- Colocación de Sonda Nasogástrica. Se utilizará cuando el paciente presenta problemas de deglución o mucha fatiga durante la misma que impidan el suficiente aporte energético y nutricional del paciente. Y también, cuando se presupone que esta situación no se vaya a prolongar más de un mes, en cuyo caso se optaría por otro tipo de nutrición.
- PEG o Gastrostomía Percutánea. Esta técnica, consiste en la introducción de un catéter flexible directamente en el estómago por vía radiológica, con el objetivo de administrar la alimentación directamente a nivel gástrico. Este método, se usa cuando se necesite un aporte nutricional prolongado, con lo que la SNG no puede mantenerse. Además es de fácil administración por parte del paciente y evita los inconvenientes de la SNG.

6. DIETA ORAL

El primer objetivo de la dieta es oral es, que esta satisfaga todas las necesidades energéticas y de nutrientes que el paciente necesita para asegurar un buen estado nutricional, junto con un correcto aporte de líquidos, para evitar la deshidratación.

Para conseguirlo, llevaremos a cabo modificaciones de la textura de los alimentos y de los volúmenes de ingesta en cada bocado.

Podemos clasificar las texturas y volúmenes a aplicar al paciente en estos grupos.

- Según la consistencia: Así podemos clasificar los alimentos en
 - Baja viscosidad (Líquidos)
 - Viscosidad Media o Néctar de consistencia más espesa que la líquida pero que puede beberse con pajita
 - Viscosidad Alta o Pudding Sólo se puede tomar con cuchara
- Según el volumen: Debemos adaptar el volumen de cada bocado según el grado de disfagia en tres grupos principales.
 - Volumen bajo (5 c/c) Se corresponde con cucharilla de café

- Volumen medio (10 c/c) Se corresponde con cucharilla de postre
- Volumen alto (15-20 c/c) Se corresponde con una cuchara sopera

Según los datos obtenidos en nuestra evaluación elegiremos entre los diferentes tipos de dietas que podemos utilizar, entre ellas tenemos

6.1 Dieta túrmix:

Esta dieta la utilizaremos cuando nuestro paciente presente falta de eficacia y/o seguridad en la textura líquida y media, pero si es capaz de ingerir textura pudding.

Se caracteriza por:

- Debe cumplir con las necesidades energéticas igual que una dieta basal cumpliendo los requerimientos de macronutrientes en la proporción de 15 % de proteínas, 30 % de grasas y 55 % de hidratos de carbono.
- Utiliza alimentos triturados con la túrmix y con adicción de líquidos ya sea agua, caldos, salsas suficientes para alcanzar la textura deseada e incluso adicción de espesantes comerciales.
- No requieren masticación.
- Deben de ser atractivos para el paciente, procurando que tanto el sabor como la textura, sean agradables y con diferentes tipos de color.
- Debe incluir la proteína en forma de carne, huevo y pescado.
- En el caso de que queden residuos, podemos pasarlo por el chino para eliminar cualquier resto fibroso.
- En caso de fatiga del paciente, podemos enriquecer los purés con: nata, pan, copos de puré de patata, aceite de oliva, queso, frutos secos triturados, harinas, bechamel...
- Podemos administrar tres platos igual que una dieta basal de la siguiente manera.
- Primer plato de verdura, patata, arroz, legumbre. tapioca
- Segundos platos con huevo, carne o pescado y algo de verdura como puerro, patata...
- Postre. Triturados de frutas, natillas, yogures
- En este tipo de dietas la hidratación juega un papel muy importante. Para ello administraremos una cantidad suficiente de líquidos en diversas formas como: agua, zumos, caldos, infusiones, leche... a la que añadiremos espesantes comerciales hasta conseguir la viscosidad deseada. El agua lo podemos administrar en forma de aguas gelificadas.

6.2. Dieta Blanda Mecánica

Esta dieta es la siguiente en la progresión hacia una dieta basal normal. Se caracteriza por contener alimentos semisólidos, con ayuda de alimentos lubricantes como salsas. Además, debe evitar aquellos alimentos de texturas peligrosas que detallaremos a continuación.

La utilizamos cuando el paciente tiene problemas para masticar y deglutir alimentos firmes o mezclas de texturas.

Esta dieta se caracteriza por:

- Utiliza purés como la dieta Turmix y alimentos que puedan aplastarse con un tenedor, acompañados de salsas.
- No introduce alimentos de consistencias mixtas, como las sopas con pasta...
- Están prohibidos los alimentos de texturas peligrosas que serán los siguientes.
- Alimentos con dobles texturas como: sopas de fideos, arroz, yogur con frutas, leche con cereales de desayuno
- Alimentos secos y crujientes como: biscotes, galletas
- Alimentos que se puedan pegar en la boca como: caramelos, tofes
- Alimentos fibrosos o que dejen residuos o hilos como: espárragos...

- Alimentos de tamaño muy pequeño como: frutos secos, aceitunas
- Utiliza alimentos que necesiten una masticación muy suave o que no la necesiten.
- Se puede comer con cuchara o tenedor
- Utiliza los puddings, Mouse, pasteles de pescado y salsas.

6.3. Dieta de fácil masticación y deglución.

Esta dieta es la siguiente en progresión y constituye el último escalón en la evolución hacia una dieta ya completamente normal.

Se caracteriza por:

- Sigue excluyendo los alimentos de alta peligrosidad descritos anteriormente.
- Se introducen más preparaciones de los alimentos como:
- Carnes de pollo, cerdo, ternera. No enteros y fritos o a la plancha, pero si guisados o picadas y con salsas de acompañamiento
- No pescados con espinas, piel o secos, pero si cocidos y con salsas.
- No verduras crudas pero si cocidas y aplastadas (patata, coliflor,)
- Se acompaña a los alimentos con salsas para favorecer la deglución
- Aunque ahora se requiere masticación, esta es muy suave.
- Los alimentos deben de ser blandos, húmedos y no tipo Turmix, y poderse separar fácilmente con el tenedor sin necesidad de usar cuchillos.

Estas dietas descritas anteriormente constituirían los diferentes niveles en cuanto a la evolución de la dieta en la disfagia. Para todas ellas, necesitamos que la deglución sea segura y eficaz, y a partir de ahí, y basándonos en las exploraciones descritas anteriormente, adaptaremos la consistencia de la dieta al paciente, atendiendo además de en su capacidad para deglutir, a su capacidad para masticar.

7. SUPLEMENTACIÓN ORAL.

A pesar de todas las medidas expuestas anteriormente, nos encontraremos en muchas ocasiones con que el aporte nutricional sigue sin ser suficiente, ya sea por fatiga a la hora de comer, falta de motivación o dificultades añadidas. En los casos en los que se cubre entre el 50-75% de las necesidades nutricionales, debemos apoyar la nutrición del paciente con Suplementos Orales para evitar o corregir la desnutrición.

Existe una gran variedad de fórmulas distintas en el mercado, pero a grandes rasgos los podemos clasificar de la siguiente manera:

- Hipercalóricos. Con una densidad energética superior a 1 Caloría/ml.
- Hiperprotéicos. Los que aportan entre un 18% y un 30% de la energía en forma de proteínas.
- Normocalóricos. Con un aporte proteico entre un 11 y 18%

8. CONCLUSIONES.

- Debido al envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas, la disfagia es un síntoma presente en una gran cantidad de personas de edad y que requiere de una intervención multidisciplinar donde la actuación del Nutricionista es fundamental.
- Para el desarrollo del Plan Dietético del paciente es necesario realizar, en una primera instancia, una correcta evaluación de las características de la disfagia, así como un seguimiento de la evolución de la misma, por si hubiera que ir modificando las pautas dadas al principio.

- El tratamiento nutricional en este tipo de pacientes es fundamental para asegurar lo máximo posible, su estado de salud y para evitar la aparición de complicaciones respiratorias y deficiencias nutricionales que favorezcan la aparición de otras patologías.
- La adaptación de la dieta, en cuanto a densidad y volumen, es uno de los pilares básicos del tratamiento nutricional de estos pacientes.

En algunos casos además, será necesario añadir otro tipo de medidas de apoyo nutricional como la suplementación, así como medidas higiénicas y posturales.

Bibliografía

- Gonzalez Victoriano R, Araya Sulfate C. Manejo fonoaudiológico del paciente con disfagia neurogénica. Rev Chil fonoaudio. 2000;2(3):49-61.
- Gal Iglesias B, López Gallardo M, Martín Velasco A, Prieto Montalvo J. Bases de la fisiología 2ªed. Madrid:Tebar;2007.
- Pere Clavéa, Viridiana Arreolaa, Mercedes Velasco B, Miquel Querc, Josep Maria Castellvíd, Jordi Almiral et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir Esp.2007;82(02):62-76.
- Gil A. Tratado Nutrición IV. 2ªed. Madrid: Médica Panamericana,2010.
- Abellán G, abizanda Soler P, Alastuey Gimenez C, Albó Poqui A,Alfard Acha A, Alonso Álvarez M, alonso Renedo J, et al. Tratado de geriatría para residentes 1ªed Madrid: (IM&C),2007.
- Vilarasu Farré C, Duran Alert P. Disfagia neurológica en el anciano. Rev Info ger.2012;4:7-22.
- García-Peris P., Velasco C., Velasco M., Clavé P.,.Disfagia en el anciano.Nutr Hosp.2011;4(3):35-43.
- Luna Garrido J. Disfagia Neurógena.Rev Info ger.2012;4:23-26.
- Gutierrez Fonseca R. Importancia de la hidratación en el paciente con disfagia orofaríngea. Rev Info ger.2012;4:27-36.
- Otonín Berrera N. Soporte nutricional en el paciente neurológico. Rev Info ger.2012;4:37-50.
- León M, Celaya S, Álvarez J. Manual de recomendaciones nutricionales al alta hospitalaria 2ªed.Barcelona:Editorial Glosa,2010.
- Gómez Candela C., Sastre Gallego A, de Cos Blanco A.I., Soria Valle P. Alimentación básica adaptada y suplementos dietéticos. En: Gómez Candela C., Sastre Gallego A. Soporte Nutricional del paciente oncológico.1ªed.Madrid:Editorial You&Us S.,A.,2002.