

Taller de Nutrición
y Discapacidad

Abordaje nutricional de la disfagia en niños con discapacidad



XI Jornadas
Bonaerenses
de Alimentación



COLEGIO DE
NUTRICIONISTAS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Marco: Jornadas bonaerenses de alimentación Fecha: 11 de Agosto 2017

Autoras: Lic. Carolina Macri, y Lic. Victoria Mac Kenzie

**Taller de Abordaje Nutricional de la Disfagia en niños con discapacidad
11 de Agosto, Avellaneda**

Disertantes:

Lic. Carolina Macri

Lic. Victoria Mac Kenzie

Coordinadora: Lic. Ximena Barcia

Talleristas:

Begoña Lentini

Ordoqui

Luciana Mariel Pita

Verónica Inés Barcos

Indice

1. DATOS MUNDIALES DE DISCAPACIDAD Y PARÁLISIS CEREBRAL	PÁG. 3
2. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA DEGLUCIÓN	PÁG. 3
· Fisiología de la deglución.	
· Inhibición central de la respiración	
· Protección mecánica de la vía aérea	
· Mecanismo de la tos	
· Aspiración predeglutoria	
· Aspiración intradeglutoria	
· Aspiración posdeglutoria	
3. INTRODUCCIÓN A LA DISFAGIA	PÁG. 7
· Grados de disfagia	
· Clasificación	
· Tipos de disfagia	
4. PAUTAS DE ALERTA Y MÉTODOS DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA	PÁG. 9
5. TRATAMIENTO- MEDIDAS GENERALES	PÁG. 11
6. MODIFICACIONES DIETÉTICAS	PÁG. 12
7. POSTURA ÓPTIMA PARA ALIMENTARSE	PÁG. 14
8. BIBLIOGRAFÍA	PÁG. 15

1. DATOS MUNDIALES DE DISCAPACIDAD Y DE PARÁLISIS CEREBRAL

Más de mil millones de personas, o sea, un 15% de la población mundial, padece alguna forma de discapacidad.

Entre 110 millones y 190 millones de adultos tienen dificultades considerables para funcionar.

Las personas con discapacidad tienen menos acceso a los servicios de asistencia sanitaria y, por lo tanto, necesidades insatisfechas a este respecto.

Parálisis Cerebral Infantil (PCI)

Parálisis cerebral es un término usado para describir un grupo de discapacidades motoras producidas por un daño en el cerebro del niño que pueden ocurrir en el período prenatal, perinatal o postnatal. La definición de PCI más ampliamente aceptada y más precisa es la de un "trastorno del tono postural y del movimiento, de carácter persistente (pero no invariable), secundario a una agresión no progresiva a un cerebro inmaduro". (Fernández, E., 1988).

Los niños afectados presentan un control anormal del movimiento y la postura por una alteración del desarrollo cerebral. Se manifiesta en los primeros años y no es progresiva. Aquellos más afectados padecen frecuentemente otros problemas neurológicos tales como retraso intelectual, epilepsia, problemas visuales y/o auditivos.

En nuestro país no se dispone de cifras oficiales pero se comparten los datos epidemiológicos del resto del mundo en que se considera a la **Parálisis Cerebral (PC)** como la causa más frecuente de discapacidad en la infancia siendo su prevalencia de 2 a 2,5 casos cada 1000 recién nacidos vivos. En la Argentina esta incidencia representa alrededor de 1500 nuevos casos por año. "CONSENSO ARGENTINO SOBRE: PARÁLISIS CEREBRAL "ROL DEL CUIDADO PERINATAL"

2. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA DEGLUCIÓN:

La deglución es una actividad neuromuscular controlada desde los sistemas neurológicos centrales y periféricos, que compromete diferentes estructuras musculares, óseas y cartilaginosas.

La progresión del bolo alimenticio por los distintos momentos deglutorios sucede de manera coordinada, segura y eficaz, ya que existe un sistema valvular de apertura y cierre ubicado dentro del tracto deglutorio. Estas válvulas permiten que el bolo se desplace de una etapa a la otra y que su recorrido sea orientado desde la boca al estómago. La fuerza producida por la musculatura y el juego valvular sincrónico genera una presión negativa que aumenta entre las etapas deglutorias, lo que provoca el traslado del bolo alimenticio en dirección al trayecto orofaringoesofágico.

Fisiología de la deglución.

Se define deglución como la actividad de transportar sustancias de diferentes consistencias (sólidas, líquidas) desde la boca hacia el estómago. Este mecanismo se logra gracias a fuerzas, movimientos y presiones dentro del complejo orofaringolaríngeo. Esta actividad dinámica neuromuscular depende de un grupo de conductas fisiológicas controladas por el sistema nervioso central y periférico.

El acto motor deglutorio consta de una fase voluntaria y otra refleja. La fase refleja comienza con el reflejo disparador deglutorio (RDD). Los receptores de dicho reflejo se encuentran ubicados en la base de la lengua, los pilares anteriores del velo del paladar y la pared faríngea posterior.

El mecanismo de la deglución se divide en 4 etapas:

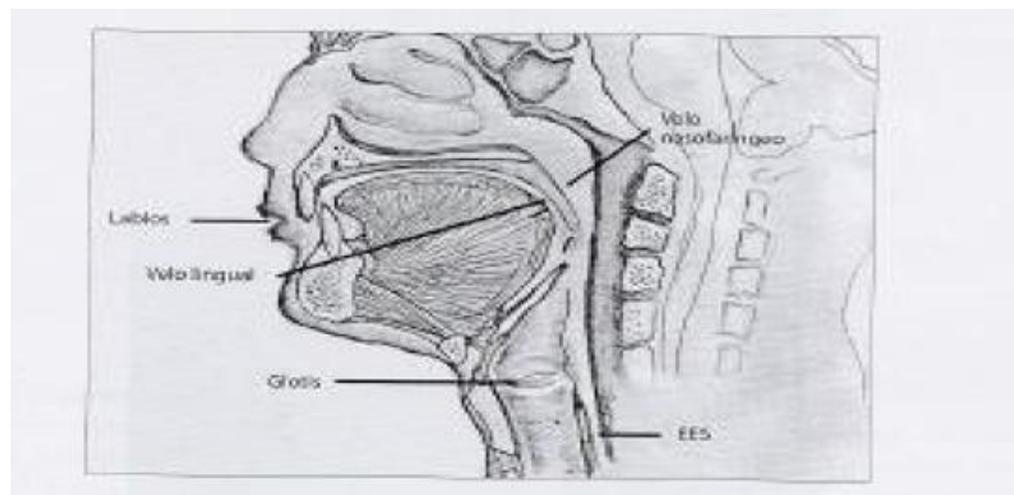
- Oral preparatoria
- Oral
- Faríngea
- Esofágica

La eficacia del traspaso del bolo alimenticio a través de estas 4 etapas, depende del sistema valvular que asegura la coordinación y sincronismo de la deglución.

Las válvulas utilizadas en el proceso deglutorio son (figura 1)

- Labial
- lingual
- Velo nasofaríngeo
- Cierre del vestíbulo laríngeo (descenso de la epiglotis y cuerdas vocales)
- Válvula esfínter esofágico superior (EES)

Figura 1



Inhibición central de la respiración

En individuos sin trastornos de la deglución el mecanismo deglutorio domina la respiración. El generador central de patrones (GCP) ubicado en el tronco encefálico es el encargado de generar y distribuir el patrón deglutorio entre los núcleos de las estructuras participantes de acuerdo con las aferencias sensitivas y la modulación cortical superior. El GCP comparte

neuronas con el centro respiratorio situado próximo a este. El mecanismo de protección de la vía aérea superior es activado en el momento en que se produce el acto deglutorio, lo cual genera la interrupción de la respiración (apnea) por acción directa del sistema nervioso central (tronco encefálico)

Protección mecánica de la vía aérea

Se detallan cuatro mecanismos de protección en la zona laríngea:

- Cierre cordal
- Ascenso laríngeo y descenso de la epiglotis
- Presión positiva subglótica
- Mecanismo de la tos

Mecanismo de la tos

El mecanismo de la tos es el producto de la reacción sensitiva a la penetración o aspiración de diferentes materiales dentro del torrente respiratorio.

Se define penetración al ingreso del material orofaríngeo dentro del vestíbulo laríngeo sin atravesar el plano glótico.

Se define aspiración cuando dicho material orofaríngeo ingresa a la vía aérea y atraviesa el plano glótico.

La ausencia de tos no significa la ausencia de aspiración, esta puede ser silenciosa y pasar inadvertida debido a una alteración en el reflejo tusígeno.

Las alteraciones en el trayecto del bolo alimenticio por una falsa vía pueden ser ocasionadas por trastornos sensitivos o motores.

Se puede detallar los defectos en el transporte del bolo alimenticio desde la cavidad bucal a la faríngea:

- Dispersión intraoral del bolo alimenticio (alimentos ubicados por fuera de la arcada dentaria y por debajo de la lengua)
- Caída prematura del bolo (falla en el cierre velo lingual)
- Reflejo disparador deglutorio tardío (defectos en los receptores del RDD)
- Estancamiento valecular (falta de contractilidad en la musculatura del istmo de las fauces)
- Déficit de contractilidad faríngea (retención de alimentos en senos piriformes)
- Alteración funcional del ESS

Falsas vías

El cierre incompleto del vestíbulo laríngeo o la disfunción glótica puede ser ocasionado por diferentes motivos:

- Parálisis cordal unilateral o bilateral
- Disfunción sensitiva laríngea en sus planos supraglótico, glótico, subglótico

- La relación asincrónica entre la deglución y la respiración.

La falla en el sistema valvular provocará que el traslado del bolo alimenticio ocurra de modo incorrecto y que el bolo transite por una etapa deglutoria que no se encuentra preparada para recibirlo.

Aspiración predeglutoria:

Si la aspiración se produce antes del RDD puede deberse a varias causas:

- La dispersión intrabucal del bolo.
- Reflejo deglutorio tardío o insuficiencia del velo lingual.
- Retención valecular

Aspiración intradeglutoria:

Si la aspiración ocurre durante el RDD puede deberse a:

- Cierre incompleto o tardío de la laringe. El bolo alimenticio se introduce al vestíbulo previo al descenso de la epiglotis.

Aspiración posdeglutoria:

Si la aspiración sucede después del RDD se debe a:

- Un peristaltismo faríngeo insuficiente
- Retención valecular o en senos piriformes
- Apertura dificultosa del EES

Esfínter esofágico superior

La apertura del EES presenta dos componentes: la relajación propia y el desplazamiento de la laringe.

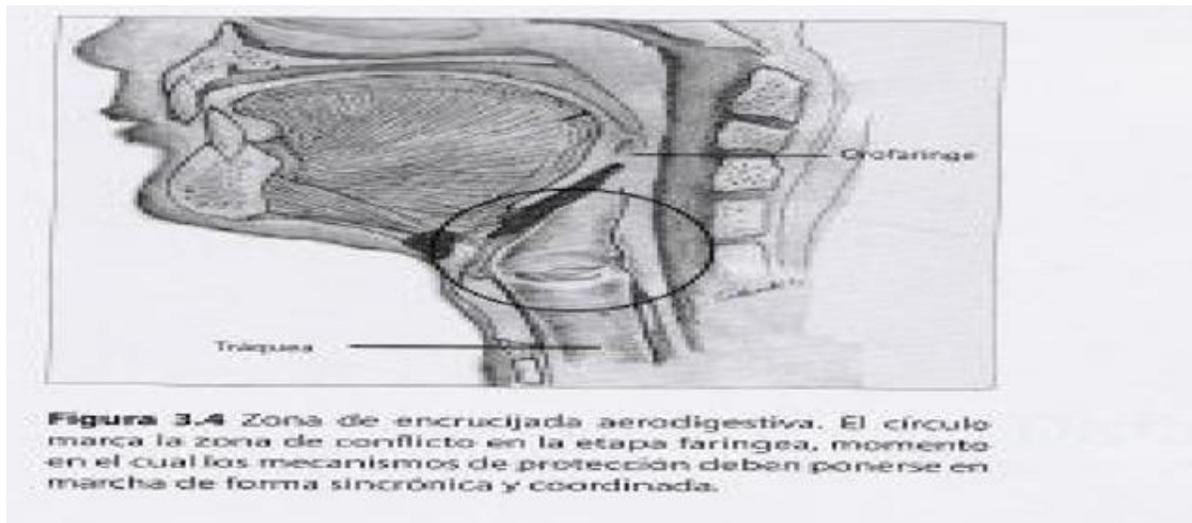
La relajación del esfínter resulta de la disminución de la actividad tónica en sí mismo. El desplazamiento de la laringe, originado por la contracción de los músculos suprahioides, colabora con la apertura del EES, debido a la tracción que produce sobre las fibras del músculo cricofaríngeo. Sumado a esto el accionar fisiológico de la deglución genera la disminución de la actividad tónica del esfínter y el peso del bolo asegura su apertura eficiente.

El EES presenta apertura en la deglución y actividades tales como el vómito, reflujo y eructos.

Se demostró que el EES se relaja y obtiene su apertura durante el movimiento anterior y superior de la laringe y se cierra durante el descenso laríngeo.

Conclusión

Durante la deglución, los mecanismos de protección de las vías aéreas desempeñan un rol importante en la etapa faríngea. La coordinación de todas las estructuras intervinientes (sistema nervioso central, periférico y muscular) debe ser precisa para asegurar una correcta deglución sin contaminación del sistema respiratorio.



3. INTRODUCCIÓN A LA DISFAGIA

La disfagia es definida como dificultad o molestia en el transporte de saliva y del bolo alimenticio en sus estados líquido o sólido desde la boca hacia el estómago.

La disfagia puede ocasionar diferentes complicaciones, tales como desnutrición, deshidratación o trastornos respiratorios.

Grados de disfagia:

Se clasifica de acuerdo con la calidad de ingesta alimentaria y con la necesidad de ofrecerle asistencia terapéutica de alimentación.

Los grados de disfagia van desde normal a aguda:

- Normal: masticación y deglución segura, eficiente con todas las consistencias de los alimentos.
- Leve: masticación y deglución eficiente, en la mayoría de los alimentos. Raramente puede presentar dificultad. El paciente requiere del uso de técnicas específicas para lograr una deglución satisfactoria.
- Moderada: deglución aceptable con dieta blanda de masticación; puede haber dificultad con la ingesta de líquidos y sólidos. El paciente requiere supervisión y pautas en la estrategia de alimentación.
- Moderadamente aguda: ingesta oral no exitosa, el paciente requiere de supervisión constante y asistencia terapéutica.
- Aguda: ausencia de ingesta oral. La alimentación (nutrición) del paciente es solo por método alternativo.

Clasificación de disfagia

La alteración deglutoria puede producirse en una o en varias etapas deglutorias. Es posible clasificarla, según el lugar de la afección, en disfagia orofaríngea y disfagia esofágica.

-Disfagia orofaríngea: es definida como la dificultad o molestia en la formación y traslado del bolo alimenticio desde la boca hacia el esófago. Esto se debe a la disfunción entre las etapas deglutorias oral preparatorias, oral o faríngea. La aparición de los síntomas de la disfagia orofaríngea es inmediata al acto motor deglutorio, el cual ocurre dentro del primer segundo de iniciada la deglución.

Etapa preparatoria: en esta etapa el individuo anticipa que sucederá la deglución mediante el llevar la cuchara a la boca, o ver que alguien acerca la cuchara o vaso a su boca.

Etapa oral: la formación del bolo es muy importante ya que debe formarse una masa homogénea. El individuo requerirá coordinación de diferentes movimientos en su boca para formar un bolo sin peligro de aspiración. Si tiene pocas piezas dentarias requerirá mayor tiempo. Si presenta escasa salivación, requerirá que el alimento sea más húmedo, y si presenta hipotonía en los músculos faciales requerirá la modificación en la consistencia del alimento.

Etapa faríngea: el traslado del bolo alimenticio desde el istmo de las fauces hasta el esfínter esofágico superior (EES) puede presentar diferentes complicaciones:

- Dolor al deglutir
- Falta de coordinación entre la apertura del EES y el restablecimiento del ciclo respiratorio.

-Disfagia esofágica: es la dificultad del traslado del bolo alimenticio del EES hacia el estómago, como consecuencias de alteraciones del EEI. Los síntomas comienzan segundos después de la deglución.

Tipos de disfgias: Disfagia neurogénica

Es aquella presente en el paciente neurológico como consecuencia de lesiones o disfunción del sistema nervioso central, del sistema nervioso periférico o de la unión neuromuscular. Como resultado se produce una alteración en la secuencia coordinada de las distintas etapas deglutorias, que permiten una deglución segura y eficaz.

Disfagia estructural

Es la disfagia ocasionada por las alteraciones estructurales que condicionan una dificultad para la progresión del bolo alimenticio. Se incluyen alteraciones congénitas, tumores orales, faríngeos, laríngeos y esofágicos.

Disfagia asociada a enfermedades respiratorias

Los pacientes con enfermedad respiratoria pueden manifestar trastornos en la deglución debido a la alteración en los mecanismos de protección de la vía aérea superior, representados por una falla en la coordinación respiración- deglución, retraso en el cierre del vestíbulo laríngeo y disminución de los mecanismos de defensa pulmonar.

4. PAUTAS DE ALERTA Y MÉTODOS DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA:

Será importante la valoración individual del paciente y prestar atención en los comentarios de los familiares. Los profesionales de la salud tenemos dos etapas para evaluar la funcionalidad de la deglución del paciente:

- En consultorio o domicilio: En esta etapa se evaluará clínicamente al paciente evaluando los aspectos clínicos detallados y la exploración física de las estructuras y órganos implicados en la deglución.
- En instituciones de salud: Esta etapa incluye los estudios específicos que son la videodeglución, fibrolaringoscopia y la manometría faringoesofágica.

En consultorio/domicilio: En esta etapa el profesional deberá indagar sobre síntomas que correspondan a disfagia, evaluar los riesgos que corre el individuo por complicaciones nutricionales o respiratorias, teniendo en cuenta lo anteriormente descrito el profesional decidirá si el paciente debería continuar a la segunda etapa de diagnóstico en instituciones de salud.

Para realizar la evaluación clínica el profesional deberá tener en cuenta los antecedentes del individuo (infecciones recurrentes, fiebre, congestión frecuente). También deberá indagar sobre las cuestiones alimentarias: qué alimentos consume, con quién cuándo, cómo, hábitos alimentarios propios y familiares. Por otro lado deberá indagar síntomas digestivos y/o respiratorios que se produzcan durante o luego de las ingestas.

Para esta etapa es útil realizar el cuestionario EAT 10 (Eating Assessment Tool) en el cual el paciente o su cuidador contesta diez preguntas sencillas en pocos minutos, pero que resulta de gran valor para la evaluación del profesional para identificar a los pacientes que posiblemente estén sufriendo disfagia y así el profesional detectará los individuos que deberán realizar algún estudio más específico.

El cuestionario EAT 10 es el más utilizado en Argentina, otro instrumento de cribado que se utiliza mundialmente es el realizado por IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative).

Como un segundo paso el profesional deberá realizar una exploración clínica con el objetivo de detectar déficits existentes, conocer el funcionamiento de los procesos neuromusculares de la deglución y pensar en qué grado éstos podrían ser modificados.

La exploración clínica deberá incluir la observación de la cara (los gestos, el cuello, postura, posición de la cabeza, si tuvo traqueotomía si está seca y limpia la herida), una valoración del estado cognitivo del individuo, exploración neurológica de los pares craneales (simetría de los labios y de la cara, protrusión, movilidad y fuerza de la lengua, sensibilidad oral y orofaríngea, manejo de las secreciones, capacidad de toser voluntariamente), exploración de la cavidad oral (capacidad de apertura de la boca, masticación, piezas dentarias, y restos de comida).

Otra estrategia a utilizar es el test del vaso de agua, que consiste en suministrar al paciente 10 ml de agua desde una jeringa, repetir el procedimiento y evaluar si cambia la voz tose presenta

babeo o disminuye su saturación de oxígeno. Si no ocurren síntomas de disfagia se termina la prueba suministrando 50 ml de agua desde un vaso y se observa los mismos síntomas.

Por último una de las estrategias a utilizar en consultorio es el método de exploración clínica volumen viscosidad (MECV-V) que tiene como función detectar disfunciones en la eficacia de la deglución (incapacidad para retener el bolo en la boca, si existen residuos en la cavidad oral, residuos en faringe, incapacidad para tragar el bolo en una única deglución), comprobar la seguridad de la deglución (detectar signos de alerta de aspiración), seleccionar el volumen y la viscosidad que resultará más seguro y eficaz para el individuo.

El MECV-V consiste en utilizar bolos alimenticios de tres viscosidades diferentes (néctar, líquido y pudín) y tres volúmenes crecientes (5 ml; 10 ml; y 20 ml). Se van evaluando las diferentes viscosidades en orden con los diferentes volúmenes y controlando a su vez la saturación periférica de oxígeno para detectar aspiraciones silentes y aportar mayor seguridad al test.

En instituciones de salud: En esta etapa se realizan estudios específicos que requieren un mayor nivel de seguridad y por eso deberán realizarse en instituciones de salud.

Actualmente las pruebas complementarias que evalúan la deglución son tres: videofluoroscopia (videodeglución), la fibrolaringoscopia, y la manometría faringoesofágica.

Videodeglución: Se considera que es la técnica de referencia para el diagnóstico de disfagia orofaríngea. Es una técnica radiológica que consiste en imágenes de la secuencia de la deglución de diferentes volúmenes y viscosidades en bolos formados con contraste hidrosoluble y radiopaco. Se podrá evaluar la masticación, la formación del bolo, los sellos palatogloso y palatofaríngeos, la cantidad de degluciones que requiere el individuo para eliminar todos los residuos, la apertura de la parte superior del esófago, presencia de aspiraciones o penetraciones en vía aérea, medir tiempos y eficacia de la deglución.

Fibrolaringoscopia: 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 video para grabar con imágenes la secuencia de la deglución. Primero se realiza sin alimento, así se evaluará la sensibilidad, el manejo de secreciones y la movilidad de las cuerdas vocales; luego se irá realizando con diferentes volúmenes y viscosidades. Mediante esta técnica se podrá detectar aspiraciones silentes y pre-deglutorias, también identificará si hay residuos en faringe o laringe que puedan desencadenar aspiraciones luego de la deglución. Esta técnica es útil para demostrar la efectividad de las maniobras deglutorias aconsejadas por las lic. en fonoaudiología.

La desventaja de la fibrolaringoscopia es que no aporta información sobre el manejo del bolo en fase oral ni sobre el adecuado funcionamiento del disparo deglutorio.

Manometría faringo-esofágica: Mediante esta técnica se estudia la capacidad de relajación del esfínter esofágico superior. Se suele indicar cuando las técnicas anteriormente descritas dan sospecha de alteraciones en la entrada del bolo alimenticio en la parte superior del esófago.

Estudio endoscópico: Es un método útil pero menos específico que los anteriores ya que no se puede evaluar todo el proceso de deglución. Evalúa el riesgo de aspiración según donde se localizan los residuos.

5. TRATAMIENTO- MEDIDAS GENERALES:

Valoración del estado general y nutricional: El grado y duración de la disfagia determina la magnitud de la pérdida nutricional. La alimentación inadecuada conlleva a una malnutrición proteico-calórica con adelgazamiento. La medida del peso corporal es un índice poco útil para la monitorización del adelgazamiento, ya que la hipoalbuminemia puede producir edemas que enmascaran la pérdida de peso. Por tanto, el grosor del pliegue cutáneo y el diámetro muscular del brazo indicarán la masa corporal grasa y magra respectivamente. La desnutrición produce inmunodeficiencia con fallo de la inmunidad mediada por células incrementándose de forma importante el riesgo de infección. La depleción proteica y los bajos niveles séricos de albúmina producirán un retraso importante en la cicatrización de las heridas en caso de que el paciente precise una intervención quirúrgica. Por todo esto, en casos de disfagia con un grado de desnutrición importante será necesaria la sueroterapia intravenosa pudiendo recurrirse a la alimentación enteral a través de un tubo de fino calibre e incluso a la canalización de una vía venosa central para administración de nutrición parenteral. Cuando la disfagia es severa, incluso los líquidos pueden no ser ingeridos en cantidad suficiente produciendo deshidratación y uremia.

Complicaciones respiratorias: La aspiración de alimentos (inclusive las silentes que son tan pequeñas que el individuo no se da cuenta) pueden producir infecciones a diferentes niveles del aparato respiratorio, por ejemplo bronquitis o neumonías. Cabe aclarar que estas infecciones, si coinciden con un mal estado nutricional tendrán un peor pronóstico y volverán a complicar la situación inmunológica y nutricional formándose un ciclo que depleciona al individuo. Por otro lado las aspiraciones con bloqueo total del aparato respiratorio, si no se retira el alimento en pocos minutos, puede provocar una muerte rápida. Como nutricionistas jugamos un papel vital en el último factor ya que somos el profesional idóneo para enseñar a los individuos, sus familias y al personal de las instituciones qué alimentos deberá evitar, y cómo deberá modificar otros alimentos, entre otras estrategias.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

Disfagia orofaríngea:

La mayoría de las causas de la disfagia orofaríngea no son susceptibles de terapia directa. En los pacientes con disfagia avanzada, los objetivos más importantes del tratamiento son la protección de las vías aéreas y el mantenimiento de la nutrición. Puede obtenerse una mejoría sintomática significativa con diversas maniobras diseñadas para maximizar la eficacia de la deglución y minimizar el riesgo de aspiración. Será importante prestar atención detallada a la naturaleza y consistencia de los alimentos ingeridos, así como al método de administración.

Cuando estas medidas no surten efecto, la aspiración sigue constituyendo un riesgo significativo y llega a comprometerse la nutrición; por consiguiente, hay que considerar medios alternativos de soporte nutricional. Los pacientes con enfermedad neurológica avanzada, por ejemplo, requieren habitualmente una gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) con el fin de permitir la nutrición enteral. En individuos altamente seleccionados en los que la disfagia

parezca ser consecuencia principalmente de la imposibilidad de abrir el esfínter esofágico superior debe plantearse la conveniencia de una miotomía quirúrgica.

6.MODIFICACIONES DIETÉTICAS:

Cuando el individuo sufre una disfagia orofaríngea será necesario evaluar la necesidad de modificar las preparaciones según la disfagia vivida. En la reunión nacional de discapacidad 2017 se acordó utilizar la clasificación de la National Dysphagia Diet (NDD) que propone diferentes niveles:

Nivel 1 (Purés): En este nivel las preparaciones serán purés homogéneos y uniformes. También son aceptados en este nivel las preparaciones tipo budín blando homogéneo. Se evitarán los alimentos que requieran formación de bolo, manipulación controlada y masticación. Evitar los alimentos duros y secos. Ejemplo de alimentos permitidos: flan, budines suaves (ver que no estén secos), yogurt, polenta sin grumos. Ver adjunto NDD nivel 1.

Por favor tener en cuenta que en el adjunto NDD nivel 1 menciona a la harina de avena, esta harina no es la avena arrollada tradicional ni la extra fina ni la instantánea que se venden en nuestro país, por lo tanto evitar. Por otro lado también menciona como alimento permitido pequeños trozos de hielo, pero en este caso será necesario evaluar previamente si el individuo tiene la capacidad de retener el trozo pequeño de hielo en la boca para derretirlo antes de deglutir, sino evitar.

Nivel 2: En este nivel las preparaciones serán de textura suave, humedecidos y con los cuales fácilmente se forma un bolo. Están permitidos todos los alimentos detallados en el nivel 1. Este nivel tiene de particular que permite alimentos blandos como carnes hervidas picadas o desgarradas quedando trozos de no más 0,6 cm. Todos los alimentos permitidos deberán ser de fácil masticación. Se deberán evitar los alimentos duros y secos.

Nivel 3: En este nivel se incluyen alimentos blandos los cuales requieren una mayor capacidad de masticación por parte del paciente. Se mantiene la restricción de alimentos duros y secos.

Ej: Magdalena, bizcochuelos, frutas cocidas (por ejemplo manzana o peras cocidas sin piel y sin semilla), duraznos en almíbar, carne tiernizada cortadas, huevos y guisos.

Dieta regular: Todos los alimentos son permitidos.

Por otro lado en conjunto a la nivelación de alimentos sólidos y semisólidos es necesario prescribir el tipo de líquidos que el individuo puede manejar sin penetración laríngea o aspiración traqueal.

SEGÚN LA VISCOSIDAD DEL LÍQUIDO:

Líquidos regulares: Por ejemplo la consistencia del agua, o jugos.

Líquidos tipo néctar: Son líquidos espesos pero que al ser puestos en una cuchara y al dejarlos caer se alcanzan a percibir gotas de manera consecutiva y un poco menos rápida que el agua normal.

Líquidos tipo miel: Este líquido al depositarlo en la cuchara no derrama fácilmente y difícilmente forma gotas.

Recomendaciones especiales:

Cuando existen trastornos de deglución será importante evitar los siguientes alimentos ya que son difíciles de manejar por los individuos porque se requiere buen sello labial, óptima masticación y capacidad de retención del alimento en la boca hasta formar un bolo homogéneo.

Textura	Alimentos
Alimentos fibrosos o con pencas	Apio, lechuga, ananá
Alimentos con partes duras o punzantes	Pescados con espinas. Tendones o cartílagos de diferentes carnes.
Cáscara de frutas u hollejos de legumbre	Cerezas, uvas o legumbres
Alimentos con diferentes consistencias	Leche con cereales de desayuno por ejemplo copos de maíz (en frío), leche con muesli, sopa con pasta, sopa con trozos de verduras o sopa con trozos de carne.
Alimentos secos o crujientes	Pan tostado, papas fritas, corteza de pan.
Alimentos pegajosos	Caramelos masticables o toffees.
Alimentos duros	Frutos secos, semillas, pan multicereal o multisevilla
Alimentos resbaladizos que se puedan dispersar en la boca	Arroz, legumbres enteras, pastas, choclo, arvejas

7. POSTURA ÓPTIMA PARA ALIMENTARSE:

Para propiciar un funcionamiento oral eficaz será importante que el niño se acomode siguiendo las siguientes pautas:

- Cabeza, tronco y pelvis alineados.
- Triple flexión de miembros inferiores (sentado con caderas, rodillas y tobillos a 90°).
- Brazos apoyados sobre una mesa o una bandeja con escotadura si se alimenta en silla de ruedas.
- Pies apoyados sobre una base firme.
- Tono postural lo más normalizado posible.



8. MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

- International Dysphagia Diet Standardization Initiative www.iddsi.org
- “Saber más sobre disfagia”. Perez Rosa, Gonzalez David, España 2016.
- Clasificación de asociación dietética americana: National Dysphagia Diet (NDD) Niveles 1 y 2.
- European Society for swallowing disorders www.myessd.org
- “Fisioterapia orofacial y de reeducación de la deglución. Hacia una nueva especialidad”. Souto S, Gonzalez I. 2003;25(5):248-92.
- “Disfagia, evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución.” Didier Bleckx, Mc GrowHill Interamericana, Madrid 2004.
- “Eating and Drinking Ability Classification System for people with cerebral palsy (EDACS).” Diane Sellers, Chailey Heritage Clinical Services.
- “Guía básica para el manejo de la disfagia en niños y niñas y jóvenes con parálisis cerebral.” Lizama Godoy, Morales Gomez, Ortega Guilches, Valdes Contreras, Espejo Alvarado, Gallardo Rojas, Mesa Hueraman, Ruiz Mellado, Vidal Grel. Chile 2013.
- “Deglución de la A a la Z.” Horacio Campóra, Alejandra Faldutti, Ed. Journal
- “Deglución. Evaluación y reeducación.” Enciclopedia médico quirúrgica. Bleeck D. Madrid: Elsevier, 2002.
- Sociedad Argentina de pediatría www.sap.org.ar
- Links de videos informativos:
 - <https://www.youtube.com/watch?v=ocfTd9d4GUQ> atragantamientos en bebés.
 - <https://www.youtube.com/watch?v=G5vOLtXsH3c> principios básicos para la alimentación en disfagia.
 - <https://www.youtube.com/watch?v=XYVy4TNmCw8> consistencias con espesante.
- Cuestionario EAT 10 (Eating Assessment Tool).
- Modificaciones dietéticas según el National Dysphagia Diet (ndd) que propone diferentes niveles (I, II, III).