

**TRATAMIENTO
DE LA
DISFAGIA
EN
TERAPIA
OCUPACIONAL**



AUTOR: José Antonio Ortín Clavería

ÍNDICE

1. Introducción

2. Deglución y fisiología

Definición

Fases de la deglución

3. Trastornos de la deglución

Definición

Signos clínicos de disfagia

Consecuencias de la disfagia

4. Evaluación de la disfagia

Evaluación

Reflejos Orales

Reflejos Orales Patológicos

5. Cuidados básicos en disfagia

Adaptación de la dieta

Adaptación no-oral

Higiene bucal

6. Adaptación del entorno y de la alimentación

Control del entorno

Modificación de la dieta: alimentación terapéutica

Ayudas técnicas para la alimentación

Incremento sensorial en la alimentación

7. Estrategias posturales y maniobras deglutorias

Posicionamiento para la alimentación

8. Terapia Facio-Oral

9. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

Comer y beber son funciones fisiológicas básicas esenciales que sustentan la vida, como lo es el respirar. La deglución es esencial para mantener la nutrición y manejar la saliva.

Por otro lado, con la cara expresamos emociones (enfado, sorpresa, alegría...). De ahí la importancia de la concordancia entre expresión facial y mensaje comunicativo para evitar malos entendidos.

Los mejores momentos de la convivencia con familia y amigos lo pasamos sentados a la mesa. En el caso de personas mayores que viven en residencias, disfrutan especialmente de los momentos de las comidas porque son momentos de encuentro con los demás y de socialización.

Por tanto se puede afirmar que de la capacidad para alimentarse depende nuestra salud y nuestra integración social y afectiva.

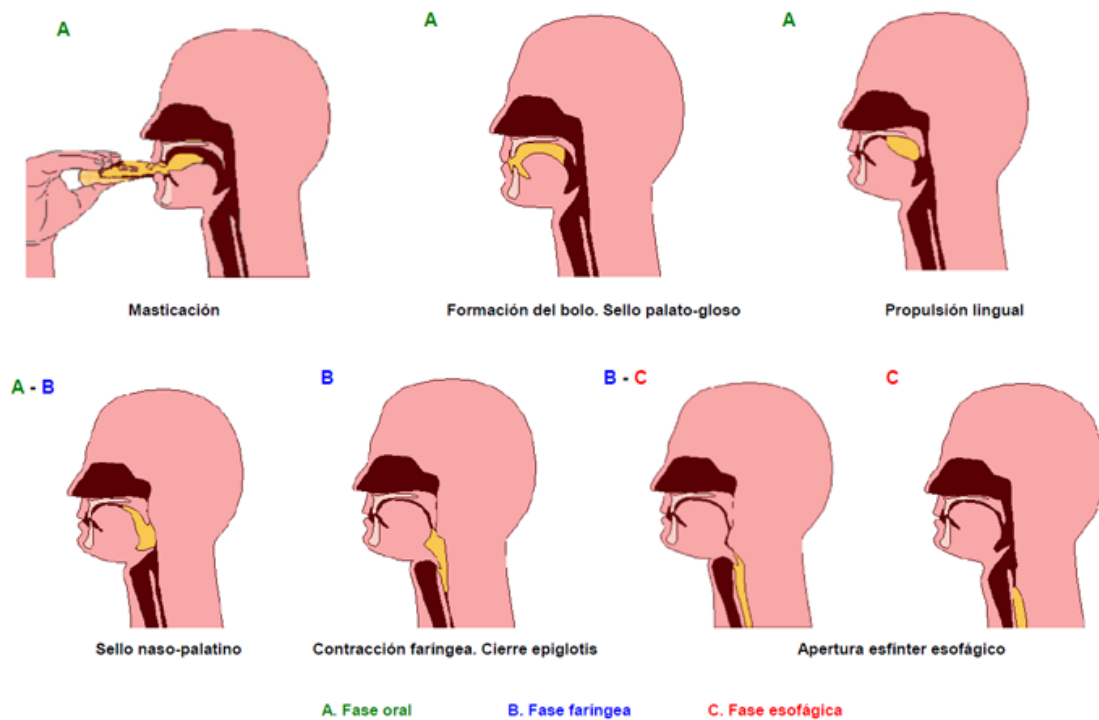
2. DEGLUCIÓN Y FISIOLÓGÍA

DEFINICIÓN

La deglución es un conjunto de actos, tanto voluntarios como involuntarios, que garantizan el paso de alimentos sólidos y/o líquidos, desde la boca hasta el estómago, a través de la faringe y el esófago.

La faringe es una vía común tanto para el paso del alimento como para paso del aire. Para evitar la entrada de alimento a la vía respiratoria y que se produzca lo que se llama "aspiración" de alimento, la respiración se debe interrumpir en el instante en que el bolo pasa por la faringe. Este proceso debe estar muy bien coordinado, y eso requiere el correcto funcionamiento de las estructuras sensoriomotoras, reguladas por el sistema nervioso, que participan en este proceso.

FASES DE LA DEGLUCIÓN



3. TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN

DEFINICIÓN

Por *disfagia* se entiende la dificultad para tragar, y de forma general, todo aquel problema que aparece desde la introducción del alimento en la boca (comida, líquido o medicamentos), hasta que éste llega al estómago.

Se habla de *disfagia neurógena* cuando el trastorno de la deglución se debe a una patología neurológica. Se puede manifestar con paresia de la musculatura que participa en la deglución, retraso (o ausencia) en el disparo del reflejo deglutorio, insuficiente elevación del complejo hioides-laríngeo, déficit de sensibilidad en la zona facio-oral-faríngeo-esofágica, disfunción del EES, o una combinación de todos ellos.

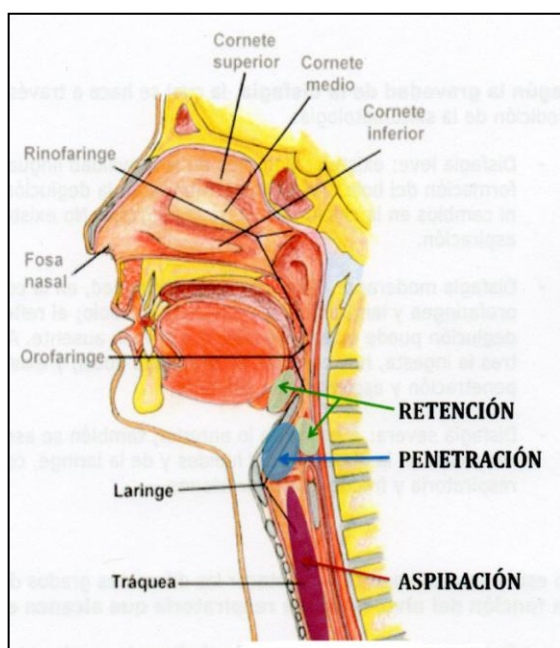
La *presbifagia* es la alteración de la deglución, común en el anciano, debido a la pérdida de la dentadura, disminución de la salivación, de la fuerza muscular, de la distensibilidad y el empeoramiento de la coordinación.

SIGNOS CLÍNICOS DE DISFAGIA

Existe una serie de indicadores iniciales de vital importancia, como son la aparición de picos febriles de origen, en principio, desconocido; una memoria recidivante (infecciones respiratorias de repetición), una pérdida de peso y de masa muscular, y deshidratación.

Otros signos son evidentes en el momento de la ingesta:

- Babeo, por falta de cierre labial y la disminución de la sensibilidad de la boca
- Tos húmeda
- Dificultad para masticar y para tragar
- Sensación de obstrucción en la garganta
- Voz débil y húmeda



- Carraspeo frecuente
- Tos durante o después de la ingesta, debido a atragantamientos
- Quedan restos de comida en la boca
- Salida de alimento por la nariz (reflujo nasal)
- Molestias o dolor al tragar (odinofagia)
- Salida de alimento por la boca

La *aspiración de alimentos* es la consecuencia más grave de la disfagia. Consiste en el paso de alimentos líquidos o fluidos (saliva, vómito) a vía respiratoria. Como consecuencia se puede producir una infección de los pulmones (neumonía por aspiración). Hablaremos de retención, penetración o aspiración, según el nivel de vía respiratoria que alcance el alimento.

CONSECUENCIAS DE LA DISFAGIA

- Pérdida de peso
- Desnutrición
- Deshidratación
- Neumonía por deshidratación
- Aislamiento social
- Disminución en la calidad de vida

4. EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA

EVALUACIÓN

El médico especialista realizará una exploración médica y redactará un informe. Puede derivarle a otro especialista para la realización de pruebas complementarias como la videofluoroscopia (VCF) o la nasoendoscopia. También un psicólogo con su valoración aporta información sobre el estado cognitivo-conductual de la persona. El terapeuta finalmente realiza una valoración clínica funcional de la región y de la función orofacial para llevar a cabo un plan individualizado de tratamiento.

REFLEJOS ORALES

Existen dos reflejos IMPRESCINDIBLES para la ingesta: el reflejo de deglución y el reflejo tusígeno (tos). Sin reflejo de deglución no se desencadenan los mecanismos de protección de la vía respiratoria (es decir, no se produce el cierre nasofaríngeo ni cierre laríngeo), ni hay peristaltismo faríngeo ni se abre el EES. Sin reflejo de tos no se puede eliminar el posible alimento aspirado o retenido en vía aérea.

Si ambos reflejos no estuvieran presentes, la ingesta oral de alimentos estaría completamente contraindicada. Sólo en casos muy concretos, en los que el paciente está consciente, orientado y es capaz de seguir instrucciones complejas, se podría compensar con una tos voluntaria y se podría intentar la alimentación oral, pero siempre con precauciones extremas.

REFLEJOS ORALES PATOLÓGICOS

- El *reflejo de morder*: al contactar un estímulo con los dientes o las encías
- El *reflejo de succión*: al colocar el dedo en la parte anterior de la lengua
- El *reflejo de búsqueda*: al contacto en la zona peribucal (la persona orienta la cabeza hacia el estímulo con apertura de boca)
- El *reflejo de náusea adelantado*: aparece anterior al último tercio de la cavidad bucal

5. CUIDADOS BÁSICOS EN DISFAGIA

ADAPTACIÓN DE LA DIETA

Es la primera pauta a introducir tras el diagnóstico de la disfagia. Puede usarse con todos los pacientes, a cualquier edad y nivel cognitivo. El objetivo es asegurar un buen estado nutricional e hídrico, sin riesgo de aspiración. Si fuera necesario implementaríamos la dieta con suplementos nutricionales. Si entendemos las propiedades de cada alimento podremos comprender qué tipo de consistencia es la más adecuada para cada persona según su problema de deglución.

Textura sólida	Ejemplo	Características	Indicaciones
Puré liso (triturado)	Cremas, purés, compotas...	Suave y uniforme, se mueve despacio	Pacientes con trastorno oral motor (debilidad lingual y/o con dificultad para la masticación)
Sólido blando	Plátano o aguacate aplastado, huevo revuelto...	Requiere cierta masticación y formación del bolo	Cuando la persona puede masticar ligeramente pero aún hay debilidad lingual y masticatoria. También en alteración faríngea
Sólido en trozos pequeños	Pescado deshecho, verduras cocidas picadas, carnes muy tiernas	Requiere masticación y formación del bolo	La persona puede masticar mejor y hay ligera debilidad lingual
Normal	Todo tipo de texturas	Cualquiera	Persona sin disfagia ni riesgo de aspiración

Textura líquida	Ejemplo	Características	Indicaciones
Pudding (ultraespeso)	Yogurt, pudding, flan...	Fluye muy despacio, fácil de controlar, formación del bolo sencilla	Déficit lingual y reflejo de deglución retardado
Miel (espeso)	Yogurt líquido, sopa crema...	Fluye despacio pero más rápido	Menor debilidad lingual pero aún retardo en reflejo de deglución
Néctar (gordo)	Zumo de tomate, melocotón, pera...	Fluye más rápido, requiere deglución más rápida	Ligera debilidad lingual y ligero retardo en reflejo de deglución
Líquido (fino)	Zumo de manzana, café, leche, té, refrescos, sopa, agua...	Textura homogénea y consistencia muy fluida	Disfunción faríngea, disminución de la contracción faríngea

Texturas mixtas	Ejemplo	Características	Indicaciones
En la que se mezcla una textura líquida con otra sólida	Sopa de fideos, arroz caldoso, puré con trozos de patata, lentejas, gajo de mandarina	Requiere coordinación para manejar el líquido y mantener el alimento sin aspirar ninguno de los dos	Personas con control lingual pero aún con riesgo de aspiración

Se puede modificar la densidad de los líquidos con ayuda de polvos espesantes y así facilitar la manipulación del bolo en la boca.

La consistencia mixta, es decir, el alimento que contiene dos texturas diferentes, suele ser el más difícil de manipular, ya que requiere una gran coordinación para manejar el líquido y para mantener el alimento sin que haya aspiración de ninguno de los dos. Ejemplos de texturas mixtas son: sopa de fideos, arroz caldoso, lentejas, yogurt con trozos de frutas, un gajo de mandarina...

Otros alimentos problemáticos y que habrá que evitar son aquellos con grumos, pieles o espinas, los alimentos pegajosos y los alimentos resbaladizos.

ALIMENTACIÓN NO-ORAL

Es una alternativa a la alimentación para pacientes que no pueden ingerir alimentos de forma oral (por la boca), bien por riesgo de aspiración o bien porque la ingesta oral de sólidos o de líquidos, incluso con suplemento, es insuficiente. El más usado e inmediato es la infusión intravenosa, aplicada mediante una aguja (o catéter) inyectada en vena, aunque también la sonda está indicada cuando el paciente no es capaz de ingerir por vía oral el 75% de sus necesidades nutricionales y el 90% de las hídricas, durante 3-5 días.

HIGIENE BUCAL

Después de la alimentación y después de la estimulación orofacial (incluso aunque no haya habido ingesta de alimento), se realizará siempre una adecuada higiene bucal, para prevenir la aparición de daño en los dientes y encías, y evitar la aspiración de restos de alimento que pueden quedar retenidos en la cavidad bucal.

La pasta de dientes sólo se empleará con pacientes capaces de enjuagarse la boca y de escupir. Una alternativa es la utilización de colutorio bucal, disuelto en agua, o soluciones específicas preparadas en farmacia.

Si fuera posible, se empleará un cepillo de dientes, de cabeza pequeña y delgada y con cerdas suaves (o eléctrico si el paciente tolera la vibración en la boca). Con cuidado, introduciremos el cepillo entre los labios y los dientes y cepillaremos los dientes comenzando en la encía en dirección hacia el diente, avanzando de posterior a anterior en la arcada dental, para que no queden restos de comida acumulados al fondo de los surcos laterales.

Otra alternativa son los palillos de algodón gruesos mojados en solución bucal, o bien de gasas. Para la lengua existen limpialinguas especiales, que facilitan mucho su acceso y son bien tolerados.

La higiene bucal es un momento muy importante en la terapia orofacial pues supone por una parte una forma de masaje en la encía, una estimulación de la lengua, y una estimulación táctil-propioceptiva y gustativa muy estimulante para la función oral. También es un momento propicio para practicar aspectos importantes de la función oral como son el escupir y los movimientos de la lengua.

6. ADAPTACIÓN DEL ENTORNO Y DE LA ALIMENTACIÓN

CONTROL DEL ENTORNO

- **Ambiente relajado:** evitar un exceso de estímulos innecesarios que puedan distraer y bloquear.
- **Correcto posicionamiento** de la persona antes de empezar a comer
- **Evitar estar hablando** con el paciente mientras come para evitar que se atragante al intentar responder
- **Tamaño** del bocado **adecuado** a las capacidades de la persona (es mejor dar varios bocados pequeños que uno sólo de mayor volumen). En el caso de la bebida, se le animará a que deje el vaso sobre la mesa después de cada trago para así hacer una pausa.
- **Nunca habrá que meterle prisa** por comer y verificar siempre que ha deglutido antes de dar el siguiente bocado.
- **Sentarse a la misma altura** que el paciente para darle de comer para evitar la extensión de cuello, lo que dificulta la deglución.
- Procurar llevar la cuchara **horizontal y de frente** a la boca; apoyarla en la **mitad anterior** de la lengua.
- Darle la **oportunidad de tragar dos o incluso tres veces por bocado.**
- Colocar la **comida sobre la mesa y a la vista** delante del paciente, para que la vea y la huela. A ser posible presentar los platos de uno en uno.
- **Higiene bucal** tras la comida
- Después de la ingesta, la persona deberá **permanecer sentada unos 20-30 minutos** con el fin de evitar reflujo gastroesofágico y consiguiente broncoaspiración.
- Las personas cercanas al paciente (familiares, cuidadores, compañeros de trabajo) deben estar perfectamente **informadas del problema** de la disfagia. El paciente, en la medida de su nivel de comprensión, también deberá ser conocedor de su dificultad, los alimentos que no puede tomar y por qué.

MODIFICACIÓN DE LA DIETA: ALIMENTACIÓN TERAPÉUTICA

Gracias a la exploración clínica podemos determinar qué volumen y qué consistencia tolera la persona sin riesgo de que haya aspiración de alimento. Esta será la alimentación habitual que ingiera la persona en las comidas a lo largo del día.

En la sesión de tratamiento, el punto de partida va a ser siempre aquella textura tolerada con la cual el paciente no tiene problemas de deglución. Dentro de un marco terapéutico, donde la supervisión es máxima (se controlan las condiciones del entorno, la postura corporal y cefálica, el ritmo de ingesta) y donde se utilizan técnicas específicas para favorecer la deglución se trabajará en un nivel de textura más alto al tolerado habitualmente.

Es decir, si habitualmente sólo toma puré espeso, en terapia se harán intentos de alimentación con puré menos espeso; si habitualmente sólo toma líquidos de consistencia néctar en terapia se harán intentos con líquido claro.

Hay pacientes para los que, al encontrarse en una fase en la que todavía no pueden tomar alimentación oral de forma habitual y sin supervisión, la sesión de terapia será la única ocasión en la que podrán tomar alimento de forma oral (ya que es una situación segura y controlada por el terapeuta de la deglución). Con estos pacientes se podrá realizar primeramente terapia-orofacial, y finalizar con la ingesta de una pequeña cantidad de alimento, de la textura mejor tolerada. La ingesta sirve como ejercicio para no perder la función oral deglutiva. **Insistimos en la importancia de que la cantidad y volumen que se le dé al paciente sea el tolerado sin riesgo de aspiración.**

Las condiciones necesarias para dar alimentación oral a una persona son:

- El paciente ha de estar consciente,
- Ha de ser capaz de tragar su propia saliva,
- El reflejo de tos tiene que estar presente, o al menos poder toser de forma voluntaria y con fuerza,
- El paciente ha de estar sentado correctamente.

AYUDAS TÉCNICAS PARA LA ALIMENTACIÓN

En el mercado existe una gran cantidad de productos de apoyo (ayudas técnicas) que están diseñados para la alimentación. Algunos de ellos ayudarán al paciente en la alimentación autónoma, y otros servirán para

favorecer su deglución. Algunos ejemplos son: engrosador de mango, cubiertos con clip, vaso con doble asa, cuchillo Nelson, tapete antideslizante, reborde para plato, vasos con tapa, pajitas antirretorno, etc...



INCREMENTO SENSORIAL EN LA ALIMENTACIÓN

Las técnicas de incremento sensorial tienen el propósito de aumentar la sensación de la cavidad oral antes de la deglución y reducen el tiempo de la deglución tanto a nivel oral como faríngeo:

- Estimulación con frío previo a la comida (hielo envuelto en gasa) sobre el velo del paladar, labios, mucosa oral, lengua, etc.
- Bolos fríos o sabor ácido mejora el reflejo de deglución
- Ejercer presión con la cuchara sobre la lengua al colocar el bolo facilita la contracción de la musculatura intrínseca de la lengua
- Alimentos agradables y atractivos estimulan la secreción salivar y la motivación para deglutir.
- Volumen de alimento suficiente (>3ml.) para desencadenar el reflejo de deglución
- Que coma y beba él mismo ya que la anticipación del movimiento ayuda a la iniciación del reflejo; si no puede, el terapeuta guiará su mano

7. ESTRATEGIAS POSTURALES Y MANIOBRAS DEGLUTORIAS

POSICIONAMIENTO PARA LA ALIMENTACIÓN

Recuperar el control postural es uno de los objetivos del terapeuta como parte del tratamiento de la disfagia:

- Bien sentado, en silla normal, erguido pero relajado. Cadera a 90° de flexión. Se pueden dar apoyos al tronco mediante cuñas, toallas, almohadas...
- Cabeza en la línea media del cuerpo y ligeramente flexionada
- Hombros ligeramente flexionados con los antebrazos apoyados sobre la mesa
- Piernas en ligera abducción, rodillas a 90° de flexión y pies completamente apoyados en el suelo (o sobre un escalón si no llegara)

- Se podrá alimentar en la cama sólo cuando sea estrictamente necesario, pero siempre con el tronco erguido, **nunca reclinado en la cama**

Las *estrategias posturales* son cambios en la posición de la cabeza en el momento de tragar, con los que se consigue influir o cambiar la dirección del transporte del bolo alimenticios, sin aumentar el esfuerzo realizado por el paciente y evitando la aspiración.

ESTRATEGIA POSTURAL	INDICACIONES
<p>Flexionar la cabeza hacia delante</p>	<p>En debilidad lingual o dificultad en masticación, protege la vía aérea ya que evita que el alimento pase a faringe sin ser masticado.</p> <p>Evita también el riesgo de aspiración de residuos como en la disfunción de faringe o reducción de elevación laríngea</p>
<p>Rotar la cabeza hacia el lado afectado, con ligera flexión de cuello</p>	<p>Hemiplejias faringolaríngeas, disfagia a líquidos. Así cerramos el espacio faríngeo afectado y el lado sano queda más abierto, así el bolo pasa mejor y quedan menos residuos</p>
<p>Inclinar la cabeza hacia el lado sano</p>	<p>Hemiplejias faringolaríngeas, ya que el alimento por la gravedad cae hacia el lado sano y se puede formar el bolo y deglutirlo</p>
<p>Extensión de cuello (isólo en casos muy concretos!)</p>	<p>En debilidad de movimiento posterior de la base de la lengua y debilidad faríngea, así favorecemos el paso del bolo por gravedad y ampliamos el paso faríngeo. Hay que hacerlo siempre de manera muy controlada ya que la hiperextensión de cuello dificulta la elevación de la laringe.</p>

Existen unas *maniobras deglutorias* diseñadas para modificar la fisiología de la deglución y situar bajo control voluntario ciertos aspectos de la deglución. Se utilizan de manera temporal hasta que la deglución del paciente se recupera. El terapeuta las enseñará paso a paso y se practicarán de forma repetida hasta su dominio. Al ser algo complejas, precisan de capacidad cognitiva suficiente para seguir órdenes, y necesitan una actividad muscular mínima garantizada.

Maniobra deglutoria	Forma de realizarse	Indicaciones
Maniobra de Mendelsohn	Elevar la laringe voluntariamente y mantenerla elevada durante la deglución y unos segundos después de haber tragado	Elevación laríngea reducida y peristaltismo faríngeo reducido
Deglución supraglótica	Se introduce el alimento en la boca, y se le pide al paciente que inspire y mantenga el aire (apnea voluntaria); entonces el paciente deglute el alimento. Después de tragar debe toser para expulsar restos del bolo que pudieran quedar y así limpiar la faringe	Cierre glótico incompleto, disminución de la protección de la vía respiratoria, retraso en la fase faríngea, reflejo de deglución retardado y aspiración intradeglutiva
Deglución supersupraglótica	Igual que la supraglótica (comer+inspirar+apnea+tragar+toser) pero haciendo más fuerza	Cierre glótico incompleto, disminución de la protección de la vía respiratoria y aspiración intra- y post-deglutiva
Deglución forzada	Tragar con fuerza, apretando toda la musculatura de la lengua, boca y faringe, para aumentar la presión	Deficiente propulsión del bolo por debilidad lingual y faríngea
Doble deglución	Deglutir (sin bolo) por segunda vez, después de haber realizado una primera deglución forzada	Persistencia de residuos post-deglución, que pueden ser aspirados en la siguiente inspiración (aspiración postdeglutiva) y reducción de la contracción faríngea
Maniobra de Masako	Tragar mientras se mantiene la punta de la lengua entre los dientes	Déficit de la musculatura faríngea y regurgitación nasal

8. TERAPIA FACIO-ORAL

Tiene por objetivo la restauración de la función sensoriomotriz alterada. Es importante controlar los movimientos de la mandíbula y/o cefálicos mientras realizamos los ejercicios con el paciente mediante la estabilización frontal o estabilización posterior. El paciente estará en postura relajada, tanto en sedestación como en decúbito supino, según sus capacidades.

Ordenaremos los ejercicios por estructuras, siguiendo el siguiente orden:

1. Movilización del cuello (flexión, extensión, lateralización)
2. Estimulación de la mímica (amasamiento, estiramiento, tapping, estimulación térmica con calor y frío superficial, estimulación táctil con un pincel y estimulación vibratoria)
3. Mejillas (describir círculos con el dedo por la cara interna de la mejilla de posterior a anterior)
4. Labios (estiramiento del orbicular superior)
5. Encía (estimulación por cuadrantes de la encía, desde la zona media-anterior a la posterior)
6. Lengua (estimulación mediante vibración, presión, frío...)
7. Paladar (marcar puntos con el dedo en la línea media del paladar de delante hacia atrás)
8. Mandíbula y preparación para la masticación (estimulación de masetero y temporal, introducción progresiva de depresores, estimulación de los labios con una cuchara...)
9. Laringe/musculatura hioidea (frotar vibrando con la mano haciendo una ligera presión sobre los músculos hioideos)
10. Inhibición de los reflejos orales patológicos:
 - reflejo de morder (desensibilizar desde fuera de la boca a zona intraoral, emplear cuchara resistente pero blanda, procurar no tocar dientes ni encía con la cuchara ni el vaso)
 - reflejo de búsqueda (progresivamente con la diferenciación de la motricidad orofacial)
 - reflejo de náusea adelantado (tocar con palito de algodón sobre el centro de la lengua hacia posterior hasta el límite donde se localiza el reflejo, y aumentar progresivamente)

11. Estimulación de los reflejos orales normales:

- Reflejo de deglución (autoalimentación, TFO, maniobra de Logemann)
- Reflejo de tos (imitar al terapeuta tosiendo, el paciente expulsa aire mientras el terapeuta presiona intermitentemente los hombros)
- Reflejo palatal (tocar ligeramente con palillo de algodón frío en la línea media del paladar blando y en arcos palatinos)
- Reflejo de náusea (tocar base de la lengua con el dedo, palillo de algodón, espejito laríngeo... y aplicar frío o vibración)

9. BIBLIOGRAFÍA

- www.disfagia.es
- http://www.prous.com/digest/protocolos/view_protocolo.asp?id_protocolo=15
- <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/disfagia.pdf>
- <http://www.dysphagiaonline.com/Pages/home.aspx>
- <http://disfagito.blogspot.com.es/>
- http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_20_4/449_disfagia_orofaringea.pdf
- http://pdf.rincondelvago.com/alimentacion_2.html
- Disfagia: evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución (Bleeckx) – Ed. McGraw-Hill-Interamericana
- Evaluación y tratamiento de la disfagia en el adulto con daño neurológico (INEAVA)
- Disfagia orofaríngea en población geriátrica (Ed. Fund. Universitaria San Antonio)