

DISFAGIAS

Rocío Rey Gallego

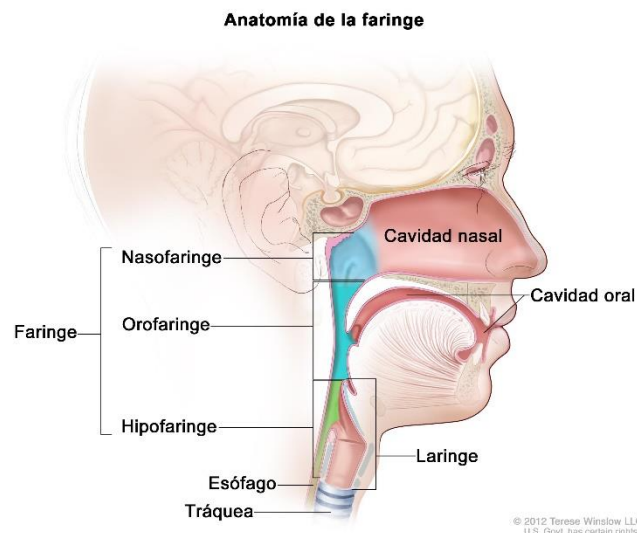
Logopeda col. N.º 29/0156

1. DEGLUCIÓN NORMAL.

La deglución se encarga del transporte de alimentos desde la boca hasta el estómago. Son procesos rápidos y complejos, con movimientos voluntarios e involuntarios, en los que intervienen 50 pares musculares y 6 pares de nervios craneales (olfatorio, trigémino, facial, glossofaríngeo, vago e hipogloso). En función al alimento que se ingiere, se acomodarán de forma precisa los diferentes procesos fisiológicos.

La deglución tiene dos características:

- la eficacia de la deglución, que es la posibilidad de ingerir la totalidad de las calorías y el agua necesarias para mantener una adecuada nutrición e hidratación.
- la seguridad de la deglución, que es la posibilidad de ingerir el agua y las calorías necesarias sin que se produzcan complicaciones respiratorias.



Tomado de <https://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com.es>

1.1. FASES DEL PROCESO DE DEGLUCIÓN.

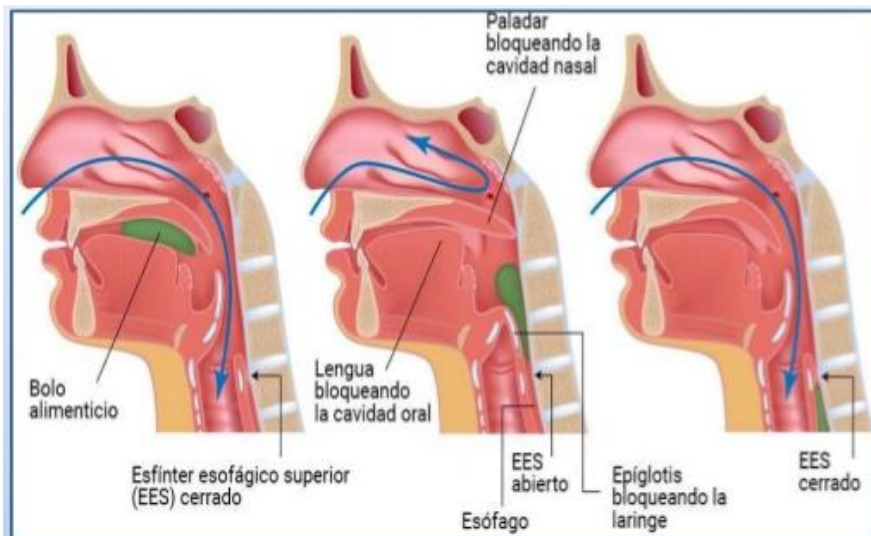
En el proceso de deglución pueden observarse cuatro fases: preparatoria, oral, faríngea y esofágica.

Las fases preparatoria y oral se consideran voluntarias, ya que permiten el control personal. Sin embargo, son usualmente subconscientes, ya que el control se da por la interacción de los receptores orales con el contenido que se quiere deglutir. Estos receptores perciben, califican e influyen en la determinación de actos sin que tengamos

la necesidad de interferir conscientemente en la ordenación y fuerza de las estructuras implicadas.

Las fases faríngea y esofágica se definen como involuntarias. Se inicia y progresa de modo reflejo y autónomo sin que podamos interferir a voluntad, incluso aunque tengamos intención consciente de hacerlo.

- Fase anticipatoria.
- Fase preparatoria.
- Fase oral.
- Fase faríngea.
- Fase esofágica.



Tomado de <https://www.slideshare.net/jvallejoherrador/disfagia-orofarngea>

1.1.1. Fase anticipatoria.

Tiene lugar en el momento en que vemos y olemos los alimentos que vamos a ingerir. Los sentidos de gusto y olfato son principalmente los que se activan en este momento. Es la fase en la que regulamos el cuerpo al ver el alimento.

1.1.2. Fase preparatoria.

Elaboración del bolo. En esta fase, se prepara, califica y organiza el contenido que se va a deglutir. Consiste en desgarrar, masticar y ensalivar el alimento para formar un bolo homogéneo. Mientras el bolo se fragmenta y ensaliva, se van percibiendo sus características: tamaño, densidad, sabor... Se puede respirar por la nariz.

Al final de esta fase, el bolo se posiciona en el dorso de la lengua. Se inicia un ajuste tónico de toda la musculatura bucal (músculos masticadores, buccinadores y músculos del suelo de la boca). El contorno de la parte posterior del dorso de la lengua se apoya en el velo del paladar separando la cavidad oral de la faringe.

Factores como la falta de piezas dentarias, la atrofia de los músculos de la masticación y la disminución de producción de saliva, pueden afectar a esta fase.

1.1.3. Fase oral.

Transporte del bolo hacia la faringe. La parte anterior de la lengua se eleva y presiona sobre el bolo alimenticio, iniciando la propulsión hacia la faringe. El velo del paladar se tensiona y eleva, abriendo la comunicación con la orofaringe. Concluye al dispararse el reflejo de deglución.

Es una fase de corta duración que implica una fina coordinación de movimientos. Es difícil de separar de la fase faríngea.

1.1.4. Fase faríngea.

La fase faríngea está constituida por una serie de procesos que tienen lugar en el recorrido que va desde el istmo de las fauces hasta que el bolo atraviesa el esfínter esofágico superior (EES). Durante esta fase, se produce la separación funcional de la encrucijada aerodigestiva, que impide el paso de alimento a la vía respiratoria. Se requiere de una perfecta coordinación de distintos movimientos

Se observan cuatro sucesos durante esta fase:

- el cierre del esfínter velofaríngeo.
- la oclusión del esfínter laríngeo
- la propulsión del bolo a través de la faringe
- la apertura del EES.

Estas acciones están estrechamente entrelazadas y son interdependientes.

- La oclusión del esfínter velofaríngeo comienza durante la fase oral y termina en la fase faríngea. Tiene por objeto aislar la orofaringe de la rinofaringe y así evitar el reflujo nasal de los alimentos.

- La oclusión del esfínter laríngeo se lleva a cabo antes de la apertura del EES. Se realiza por medio del cierre de tres sistemas de válvulas: cuerdas vocales, bandas ventriculares y basculación de la epiglotis.

- La propulsión del bolo a través de la faringe es originada por tres fuerzas:

A- Retroceso de la base de la lengua que realiza un movimiento tipo pistón que coincide con el inicio de la onda peristáltica faríngea.

B- Peristaltismo faríngeo provocado por la contracción sucesiva de los constrictores superior, medio e inferior.

C- La acción de los músculos constrictores se lleva a cabo en sinergia con otros músculos (el glossofaríngeo es una expansión del constrictor superior).

- El esfínter esofágico superior en reposo permanece cerrado para evitar la entrada de aire durante la inspiración.

El tiempo faríngeo termina con el descenso de la faringolaringe, enderezamiento de la epiglotis y la reapertura del esfínter laríngeo. Esta secuencia de movimientos protege de aspiraciones de residuos alimentarios procedentes de la vallécula.

1.1.5. Fase esofágica.

Comprende el paso del bolo desde el EES hasta el estómago. Se produce una relajación refleja sostenida del esfínter esofágico inferior (EEI) y una onda peristáltica descendente en el cuerpo esofágico que propulsará el bolo alimentario hacia el estómago.

A diferencia de la etapa faríngea, la gravedad juega un papel en el paso del bolo en el esófago. Por tanto, los factores a tener en cuenta en esta fase son: el efecto de la gravedad (las contracciones del esófago son mayores si el sujeto está acostado que si está de pie) y la existencia de una presión intraluminal negativa gracias a la inspiración y su efecto en la cavidad torácica.

El tiempo de la etapa esofágica es mucho mayor que el de la etapa faríngea: 2 segundos para líquidos, 7-9 segundos de los sólidos.

2. VARIABLES QUE AFECTAN A LA DEGLUCIÓN.

- **Volumen.**

En general, un volumen grande proporciona mayor información sensorial y desencadena de forma más eficaz los mecanismos de deglución que uno pequeño, lo que explica la incapacidad de pacientes con patología neurológica de deglutir volúmenes pequeños como la saliva. Pero, en ocasiones, un volumen pequeño es más seguro que uno grande. Por tanto, habrá que valorar a cada paciente para determinar qué volumen es el más adecuado.

- **Temperatura.**

Los líquidos muy fríos desencadenan más rápidamente el cierre laríngeo que a temperatura ambiental, aunque este efecto facilitador parece cuestionarse en pacientes con lesiones cerebrales. En estos casos, mejor ofrecer la comida templada.

- **Consistencia.**

Los alimentos líquidos se degluten con más dificultad en pacientes con patología neurológica, con predisposición a las aspiraciones, por retrasos de la puesta en acción del reflejo de deglución.

Los sólidos producen más dificultad si existe una alteración estructural en las vías aerodigestivas.

Los alimentos mixtos (mezcla de líquido y sólido, tipo sopa de fideos) están totalmente desaconsejados en caso de dificultades de deglución. Mejor, alimentos semisólidos.

Más adelante, hablaremos con mayor profundidad de las texturas de los alimentos.

- **Edad.**

Los mecanismos de deglución se van modificando a lo largo de la vida. En el anciano es muy común la alteración de la deglución por pérdida de la dentadura, disminución de la salivación, menos fuerza muscular, empeoramiento en la coordinación y otras razones de diversa índole. Este cuadro se denomina presbifagia y provoca alteraciones nutricionales y un aumento de la morbilidad.

- **Fármacos.**

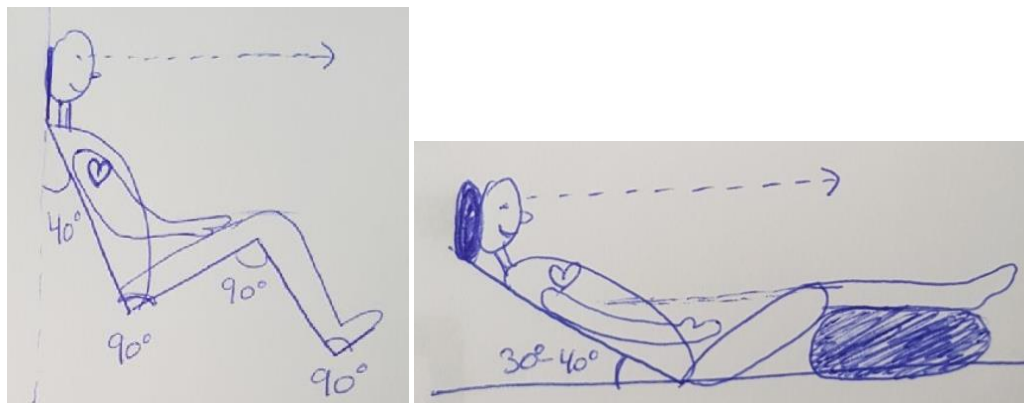
Pueden alterar la deglución sustancias que actúan a distintos niveles y produzcan alteraciones del nivel de consciencia, coordinación, alteraciones motoras o sensitivas,

xerostomía, etc. Por ejemplo, benzodiazepinas, antagonistas dopaminérgicos, antiepilépticos, anticolinérgicos, antiespasmódicos, procinéticos, mucolíticos, antihistamínicos, antihipertensivos, antibióticos, antineoplásicos, antiinflamatorios, etc.

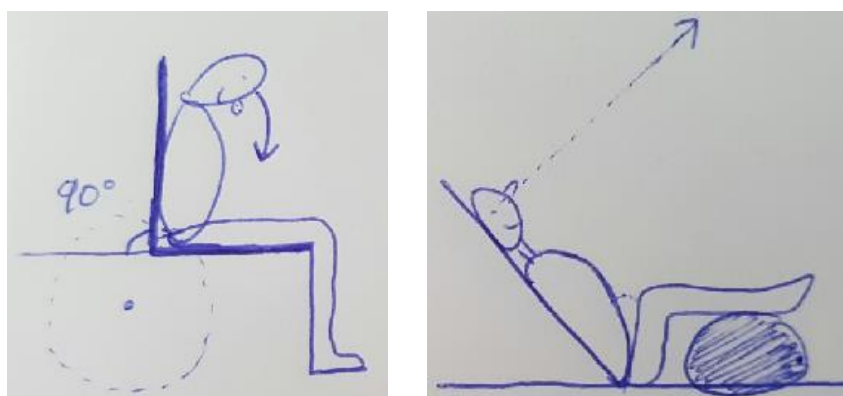
- **Postura.**

Los cambios posturales modifican la estructura y disposición de las vías aerodigestivas, condicionando una mayor o menor facilidad para la deglución, lo que resulta de gran utilidad en la rehabilitación de la deglución.

Postura correcta:



Postura incorrecta:



3. DEFINICIÓN, ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LAS DISFAGIAS.

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución. Afecta a personas de todas las edades, desde bebés a ancianos. Puede ocurrir ante sustancias de diversas consistencias. Es una alteración que tiene a menudo un enorme impacto sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Como consecuencia de la disfagia, puede producirse penetración de material alimenticio o saliva en vías aéreas. Estas aspiraciones pueden ser audibles (aparece tos) o silentes (no hay reflejo tusígeno). La aspiración se produce por la entrada de cualquiera de estas sustancias a la vía aérea, debido a la encrucijada anatómica de la vía aerodigestiva superior.

El problema puede surgir en cualquier punto entre la boca y el estómago del paciente y se debe al deterioro del funcionamiento de cualquiera de los órganos que participan en el mecanismo de la deglución.

Estas alteraciones de la deglución pueden presentarse en pacientes con enfermedades neurológicas, en personas de edad avanzada y en los pacientes hospitalizados en el sector de cuidados intensivos. Por otra parte, las cirugías de los cánceres de la cavidad oral, faringe y laringe se caracterizan por perturbar temporalmente los mecanismos de deglución, seguida de una reorganización a través de mecanismos compensatorios.

CLASIFICACIÓN DE LAS DISFAGIAS.

A. Clasificación en función al grado de afectación.

- ORALIZACIÓN: ingesta exclusiva por vía oral.
- MODERADA: cuando el paciente puede tomar algo por vía oral, pero con dificultad.
- GRAVE: necesitan un suplemento a la vía oral. Mixta: sonda gástrica percutánea o nasal.
- SEVERA: el paciente sólo puede alimentarse por sonda.

B. Clasificación en función a la localización topográfica.

- Disfagia oral

- Disfagia faríngea
- Disfagia esofágica

C. Clasificación en función de su etiología.

- Orofaríngeas:
 - Orgánico-estructural → Debida a alteración anatómica de los elementos implicados directamente en la deglución, así como de las zonas adyacentes. Como procesos inflamatorios, traumatismos craneofaciales, intubaciones prolongadas, tumores, malformaciones congénitas, ...
 - Neurógena-funcional → Por alteraciones neuromusculares que afectan la ejecución y coordinación de los distintos movimientos de la deglución. La anatomía está intacta, pero no la función. Puede ser el caso de ACV, Parkinson, demencias, enfermedades degenerativas, PC...
- Esofágicas:

Alteraciones del esófago derivadas de intervenciones quirúrgicas, radio o quimioterapia, tumores que obstruyan la luz esofágica...

4. DIAGNÓSTICO.

4.1. SIGNOS INDICATIVOS DE DISFAGIA:

La sospecha de disfagia debe plantearse en pacientes que refieren síntomas aparentemente diversos, tales como:

- Tos o atragantamiento al comer. Pero, cuando un paciente no tosa después de la ingesta, no descartamos que no haya aspirado alimento.
- Sensación de cuerpo extraño, dolor o sensación de obstrucción durante la deglución.
- Sialorrea (trastorno de la sensibilidad y motricidad).
- Retenciones del alimento en los carrillos.
- Regurgitación de alimentos nasal o bucal.
- Dificultad para hacer progresar el bolo por la faringe.
- Degluciones fraccionadas.

- Sensación de residuos en la garganta, con necesidad de realizar varias degluciones.
- Dificultad para el manejo de secreciones.
- Vuelta de los reflejos de rotación, succión o mordida primitivos.
- Alteraciones de la voz: voz húmeda, soplada, nasal, ronca.
- Pérdida de peso progresiva.
- Necesidad de alargar el tiempo para las comidas.
- Rechazo de determinadas comidas/bebidas. O de la vía oral.
- Deshidratación.
- Fiebre.
- Infecciones respiratorias repetidas, aunque el paciente no refiera tos al comer.

Es fundamental la realización de un screening antes de iniciar una alimentación oral por el riesgo que supone de neumonía, desnutrición y deshidratación.

Éste debe ser realizado por un profesional entrenado en el manejo de la disfagia, observando el nivel de conciencia, el control de las secreciones orales, el control postural cefálico y del tronco y la higiene oral. Los pacientes deben ser monitorizados diariamente durante la primera semana.

4.2. ABORDAJE INTERDISCIPLINAR

Dentro de los profesionales que intervienen en el diagnóstico de la disfagia se encuentran:

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| - el gastroenterólogo | - el rehabilitador |
| - el otorrinolaringólogo | - el neurólogo |
| - el logopeda | - el radiólogo |
| - el neumólogo | - el nutricionista. |

4.3. EXPLORACIÓN CLÍNICA Y FÍSICA.

Se recogen datos sobre:

- Historia clínica → neumonías previas, procesos de aspiración, picos febriles, antecedentes de intubación o traqueotomía.
- Estado general actual → se debe valorar la impresión general del paciente en cuanto a su estado general de nutrición e hidratación, la presencia de factores que puedan afectar la deglución, el estado mental y anímico, posibilidad para

comunicarse y capacidad de colaborar en las pruebas diagnósticas. Control postural. Fatigabilidad.

4.4. SCREENING DE LA DEGLUCIÓN

MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)

Este test se basa en el hecho de que, en los pacientes con disfagia neurógena, la disminución del volumen del bolo y el aumento de la viscosidad mejoran la seguridad de la deglución.

Material necesario:

- Agua a temperatura ambiente.
- Espesante.
- Jeringa de alimentación de 50ml.
- 3 vasos para preparar las 3 viscosidades.
- Pulsioxímetro: aparato que mide de forma no invasiva la saturación de oxígeno en sangre.
- Hoja de registro.

Procedimiento:

Se ofrece al paciente 5, 10 y 20 cc de alimento en tres texturas diferentes: néctar, líquido y pudding, obtenidas con espesante comercial.


- **NÉCTAR:** Se puede tomar con pajita o bebido de un vaso. Es la textura del yogur líquido.
- **LÍQUIDO:** No deja capa en el recipiente que lo contiene.
- **PUDDING:** Se necesita cuchara para tomar el alimento, no cae al verterlo.

Se observa:

- Presencia de tos
- Cambios vocales.
- Residuos orales en lengua, debajo, en carrillos, una vez acabada la deglución.
- Deglución fraccionada: necesidad de realizar varias degluciones para un mismo bolo.

- Incompetencia del sellado labial, es decir, incapacidad para mantener el bolo en la boca.
- Sospecha de presencia de partículas del bolo en la faringe, con la sensación de tener residuos en la garganta.

Mientras, el paciente está monitorizado para comprobar la saturación de oxígeno.

		CONSISTENCIA			OBSERVAR
		NECTAR	LÍQUIDO	PUDDING	
VOLUMEN	5ml				Tos Residuos Deglución fraccionada
	10ml				Incompetencia sellado labial Sensación residuos en la garganta Cambios en la voz
	20ml				Saturación de oxígeno

Objetivos del MECV-V:

- Identificar si hay alteración en la eficacia o en la seguridad de la deglución.
- Seleccionar el volumen y viscosidad del bolo que favorezca la alimentación por vía oral.

Ventajas:

- Sencillo, seguro y fácil de realizar.
- Detecta aspiraciones silentes a través del pulsioxímetro.
- Puede realizarse con cualquier paciente y en cualquier medio.
- Puede repetirse las veces que sean necesarias, según la evolución del paciente.

4.5. EXPLORACIÓN INSTRUMENTAL

ORL y logopeda valoran la alimentación mediante el nasoendoscopio o fibroendoscopia de la deglución y alimentos previamente seleccionados y preparados a tal efecto.

Radiólogo y logopeda realizan la prueba de tránsito o videofluoroscopia de la deglución (VFS).

4.5.1. Nasoendoscopia o fibroendoscopia de la deglución (FEES).

FEES (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing).

Consiste en valorar de forma directa, mediante un nasofibroscopio, la capacidad de deglución del paciente. Además, nos permite conocer si la alimentación oral es segura, las medidas necesarias para facilitarla o si es preciso contraindicarla.

Se utiliza un fibroscopio flexible conectado a una fuente de luz y un aparato de vídeo para grabar la secuencia de imágenes de la deglución. Debemos disponer de alimentos sólidos y texturas pudding, néctar y líquida, teñidos con colorante alimentario, para explorar las diferentes texturas y volúmenes.

No sirve para valorar el movimiento del bolo en la fase preparatoria oral ni en la oral. Pero es segura, bien tolerada, repetible y barata.

Esta técnica consta de dos partes: valoración anatómica y valoración de la deglución.

- VALORACIÓN ANATÓMICA.

Se valorará si existen alteraciones anatómicas o funcionales.

- Competencia velofaríngea
- Faringe y base de lengua
- Laringe
- Manejo de secreciones

TEST SENSITIVO: Se comprueba la sensibilidad acercando el fibroscopio al pliegue ariepiglótico, lo que produce un reflejo de medialización de la cuerda vocal de ese lado en condiciones normales.

También se debe valorar la sensibilidad de la base de lengua, epiglotis y paredes faríngeas. La manera ideal de valorar la sensibilidad es utilizando una bomba de pulsos de aire, que además sirve para identificar la severidad del déficit sensitivo según el incremento de presión que es necesario aplicar para inducir el reflejo.

- VALORACIÓN DE LA DEGLUCIÓN.

Se administrarán al paciente alimentos de distintas consistencias y volúmenes, coloreados con azul de metileno, para observar si se produce aspiración o retención del alimento y en qué fase de la deglución. La exploración de la deglución con alimento se realiza con volúmenes crecientes (3, 5, 10, 15 y 20cc.) y en texturas pudding, néctar, líquida y sólida (galleta). Se debe comenzar con las texturas más sencillas e ir aumentando la dificultad progresivamente. Además, durante la exploración podemos introducir cambios en la postura cervical o maniobras de compensación para valorar su eficacia en la reducción de los signos de disfagia.

Observar:

- FASE ORAL:

Se introduce el alimento en la boca del paciente, que debe retener hasta que se solicite que lo degluta.

- Se pide que degluta, valorando los movimientos de la base de lengua para la propulsión del bolo alimenticio.
- Finalmente se debe observar si existe residuo en la cavidad oral o si ha habido un reflujo nasofaríngeo por alteración del sello velofaríngeo.

- FASE FARÍNGEA:

- La correcta secuencia y sincronización de los movimientos que tienen lugar en esta fase.
- Si se produce penetración del alimento en el vestíbulo laríngeo, por encima del plano glótico o llegando al mismo.
- Aspiración.
- Si se produce acumulación de residuos y la localización de los mismos.
- La presencia o ausencia de tos refleja, si el paciente es capaz de realizar una tos voluntaria eficaz.
- Si se produce un reflujo retrógrado de alimento a hipofaringe o laringe, y si se produce aspiración del mismo.

4.5.2. Videofluoroscopia de la deglución.

En España también recibe el nombre de Prueba de Tránsito. Normalmente se aplica para visualizar la fase esofágica.

La VFS es una técnica radiológica dinámica que consiste en la obtención de una secuencia en perfil lateral y anteroposterior de la ingesta de diferentes volúmenes y viscosidades de alimentos (líquido, néctar y pudding) de un contraste hidrosoluble.

Sus objetivos son: evaluar la seguridad y la eficacia de la deglución, caracterizar las alteraciones de la deglución en términos de signos videofluoroscópicos, evaluar la eficacia de los tratamientos y cuantificar el reflejo deglutorio.

Observar:

LA FASE ORAL:

- La apraxia (dificultad, retraso o imposibilidad en iniciar la fase oral).
- la disminución del control y de la propulsión lingual del bolo.

LA FASE FARÍNGEA:

- Residuo hipofaríngeo
- Alteraciones de apertura del esfínter esofágico superior (EES).

La lentitud en el cierre del vestíbulo laríngeo y la lentitud en la apertura del esfínter esofágico superior son los parámetros más relacionados con la posibilidad de una aspiración.

4.6. EXPLORACIÓN ORL.

Exploración de faringe y laringe. Funcionalidad de la musculatura faríngea, considerando el tono, fuerza, simetría entre ambos lados. Presencia de secreciones acumuladas o restos de alimento. Sensibilidad.

4.7. EXPLORACIÓN LOGOPÉDICA.

Exploración de las estructuras anatómicas de la cavidad oral, dentadura, lengua y paladar. Funcionalidad de la musculatura labial, masticatoria, lingual, considerando el tono, fuerza, simetría entre ambos lados. Sensibilidad de las distintas estructuras y aparición del reflejo nauseoso. Voz y lenguaje: se debe valorar el tono, intensidad, calidad de la voz y capacidad de articulación del habla (disartria, parálisis facial), ya que dependen del mismo sistema neuromuscular que la deglución y sus alteraciones pueden asociarse.

5. TRATAMIENTOS: TÉCNICAS COMPENSATORIAS Y REHABILITADORAS.

En función a las características de cada paciente y al nivel de severidad de la disfagia que padece, elegiremos las estrategias de rehabilitación más adecuadas, que pueden ir desde un simple cambio postural hasta combinación de cambios de postura con maniobras. Iremos adaptando la rehabilitación según su evolución.

Es fundamental involucrar a la familia o al cuidador, ya que son los encargados de verificar la aplicación de cada estrategia, por lo que explicaremos tanto al paciente como a los familiares, de manera clara y sencilla, en qué consisten sus dificultades en la deglución y el objetivo de las estrategias de rehabilitación.

5.1. TÉCNICAS COMPENSATORIAS.

Las técnicas compensatorias son una serie de estrategias que deben aplicar las personas responsables de la alimentación del paciente (familiares, profesional de referencia). Son establecidas por el logopeda en función de cada paciente.

5.1.1. Modificación del entorno.

- Entorno tranquilo. Evitar distracciones externas (apagar tele, poca conversación durante las comidas).
- Respetar el tiempo necesario para la comida.
- Asiento y utensilios para la alimentación adaptados a las características y patología del usuario.
- Supervisión constante.
- Aplicar las modificaciones propuestas por el equipo sanitario (modificaciones posturales, compensatorias, dietéticas).
- Acompañar la alimentación de instrucciones verbales claras y precisas.
- Controlar el ritmo de la ingesta.
- Cuidar la presentación de los alimentos, ya que pueden potenciar o restar apetito. El aspecto de la comida es fundamental.

5.1.2. Modificaciones dietéticas.

- Adaptar la consistencia y volumen del bolo de alimento según la alteración que presente el paciente. Necesario hacer estudios de deglución previos.
- Consistencia homogénea. Evitar las dobles texturas.

- Utilizar espesantes para aumentar la densidad de los líquidos en pacientes con riesgo de aspiración. En la nasoendoscopia de la deglución o en la videofluoroscopia, se determinará qué textura es la conflictiva (sólidos, pudding o líquidos) y qué volumen ofrece una mayor seguridad para la deglución.
- La ingesta de alimentos fríos y ácidos parece estimular el reflejo deglutorio desde un punto de vista empírico, pero no hay trabajos que lo demuestren.
- Ofrecer una alimentación variada en cuanto a tipo de alimentos y consistencias.

5.1.3. Maniobras posturales.

- Redirigen el alimento, cambian la dimensión de la faringe y reducen las aspiraciones entre 75-80%.
- Facilitan que la deglución sea segura y eficaz de manera rápida y sin muchas complicaciones.
- Implican poca fatiga, son de fácil adaptación y se pueden combinar entre sí para solucionar más de una alteración a la vez.
- Pueden utilizarse incluso en personas con trastornos cognitivos.

5.1.3.1. FLEXIÓN ANTERIOR DEL CUELLO: el paciente debe colocar la barbilla hacia abajo con la espalda recta, como intentando contactar con el pecho. Permite cerrar la vía aérea, protegiéndola de las penetraciones y aspiraciones.



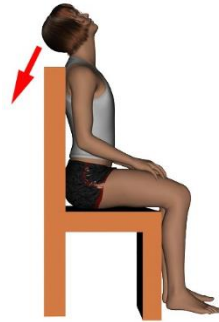
Tomado de <https://nutrisaludeportiva.com>

5.1.3.2. ROTACIÓN DE LA CABEZA HACIA EL LADO DAÑADO: ligero giro e inclinación del cuello, bajando la barbilla hacia el lado dañado, dejando libre y sin opresiones el lado sano, reduciendo la presencia de residuos en la base de la lengua y en la hipofaringe y facilitando la apertura del EES.



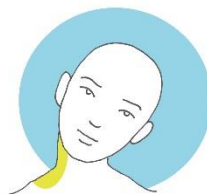
Tomado de <http://www.spinecenter.com>

5.1.3.3. EXTENSIÓN CERVICAL: Si el paciente presenta déficit en el control y la propulsión del bolo, con preservación de la seguridad de la deglución, sería uno de los pocos casos en los que estaría indicada esta postura. Sólo recomendada en el inicio de la fase de transporte orofaríngeo, para facilitar la caída del bolo a la faringe y evitar la regurgitación nasal.



Tomado de <http://diafit.net/ejercicios-para-cuello/>

5.1.3.4. INCLINACIÓN DE LA CABEZA HACIA EL LADO SANO: dirige el bolo alimenticio hacia el lado con la fuerza conservada.



Tomado de <http://doctoravaldazo.com/>

5.2. TÉCNICAS REHABILITADORAS.

Las técnicas rehabilitadoras son las estrategias que pone en marcha el logopeda durante la sesión de intervención, encaminadas a mejorar el proceso deglutorio del paciente.

5.2.1. Terapia de incremento sensorial.

El objetivo de esta técnica es aumentar la sensibilidad de la cavidad oral y disminuir cualquier retraso entre la fase oral y la faríngea. Al aumentar

la conciencia sensorial, alertamos al sistema nervioso central. Es útil cuando aparecen alteraciones de la sensibilidad a nivel oral y en caso de apraxia de la deglución (retraso para iniciar la deglución).

La terapia de incremento sensorial implica modificaciones en el volumen y viscosidad del bolo, estimulación térmica, táctil, gustativa, olfativa, masajes faciales.

5.2.2. Terapia indirecta y praxias.

Son ejercicios para mejorar la movilidad, tono y sensibilidad de los órganos que intervienen en la deglución. Van dirigidos a mejorar la fase preparatoria y oral

5.2.3. Maniobras deglutorias.

Estas maniobras ayudan a modificar la fisiología de la deglución. Según las características del paciente que habremos observado en la exploración instrumental, será recomendable emplear una técnica u otra. Se necesita la colaboración del paciente, quien debe entender, practicar y automatizar la maniobra que le propongamos. Para realizar cualquiera de estas maniobras, el paciente debe estar sentado con la espalda recta, en buen estado de alerta y sin distracciones, siguiendo las órdenes que le vayamos dando.

- Para cerrar la vía aérea y evitar posibles penetraciones o aspiraciones: maniobra supraglótica y la súper supraglótica.
- Para facilitar el paso del bolo, evitando residuos faríngeos y aspiraciones postdeglución: deglución forzada, la doble deglución y la maniobra de Masako.
- Para facilitar el paso del bolo y prolongar la apertura del EES: maniobra de Mendelsohn.
- Para favorecer el cierre glótico, fortalecer los elevadores laríngeos y facilitar la apertura del EES: maniobra de Shaker.

6. TEXTURAS DE LOS ALIMENTOS.

6.1. Alimentos sólidos.

- Puré → Puré homogéneo, sin grumos. No necesita ser masticado. Se puede modificar la viscosidad según las necesidades del paciente (puede ser sorbido)

con una pajita, tomado con cuchara o con el tenedor). Este es el caso de los purés de verduras con pescado, carne o huevo, frutas trituradas, leche con cereales, yogur, flan, natillas.

- Masticación muy fácil → alimentos de textura blanda y jugosa que pueden ser fácilmente chafados con el tenedor. Requieren una mínima masticación. Los más secos conviene acompañarlos de salsa. Como son los espaguetis muy cocidos con mantequilla, pescado con salsa, miga de pan con tomate y aceite, jamón cocido muy fino, queso fresco, manzana hervida.
- Masticación fácil → alimentos blandos y jugosos que pueden partirse con el tenedor. Por ejemplo, verduras con patatas, hamburguesa con tomate, miga de pan con mantequilla y mermelada, fruta madura.
- Normal → cualquier tipo de alimento y textura.

6.2. Alimentos líquidos.

- Líquido → No deja capa en el recipiente que lo contiene. Agua, infusiones, café, caldo.
- Néctar → Deja una fina capa en el recipiente que lo contiene. Se puede tomar con pajita o bebido de un vaso. Es la textura del yogur líquido. Zumo, algunas cremas de verduras.
- Miel → Deja una capa gruesa en el recipiente que lo contiene. No puede beberse con pajita, pero sí en vaso. Fruta triturada.
- Pudding → No cae al verterlo. Se necesita cuchara para tomar el alimento. Gelatina.



Tomado de <https://ademmadridblog.wordpress.com>

6.3. Alimentos de alto riesgo de atragantamiento.

- Fibrosos o con hebras. Piña, apio, hojas de lechuga.
- Alimentos con partes duras o punzantes. Carne con huesos, tendones, cartílagos o pescados con espinas.
- Pieles de frutas y legumbres.
- Alimentos de distintas consistencias. Leche con cereales, sopa de fideos.
- Alimentos crujientes, secos o que se desmenuzan. Pan tostado, galletas, patatas fritas.
- Alimentos pegajosos. Caramelos tipo toffes.
- Alimentos duros. Frutos secos.

7. PAUTAS PARA PREVENIR ASPIRACIONES DURANTE LA ALIMENTACIÓN POR BOCA.

- Dejar a la persona descansar 30 minutos antes de comer. Si está descansada, tendrá menos dificultad para tragar.
- Sentarse erguido en una silla o, si está en cama, elevar el respaldo 90°.
- Inclinar la cabeza con el mentón hacia abajo.
- Humedecer los labios con una toalla húmeda si están secos para favorecer el deslizamiento de la cuchara.
- Graduar el ritmo de la alimentación. Una alimentación apresurada puede conllevar a atragantamientos.
- Controlar el volumen de cada cucharada según las características del paciente.
- Alternar bolos sólidos y líquidos (si puede ingerir ambas texturas).
- Determinar las texturas que controla el paciente.
- Esperar a que haya tragado para meter más comida en la boca.
- Antes de empezar a comer, se le puede dar una cucharada de yogur frío para facilitar el proceso de deglución.
- Si se le ve especialmente fatigado pasarle la comida por puré.

7.1. Alimentación con cuchara.

- Colocar al paciente erguido.
- Mano del operador con la base del cráneo.
- Rechazar mentón.
- Mirada del paciente hacia abajo.
- Buena orientación de la cuchara.

- Introducir la cuchara arrastrando ligeramente el labio inferior para que la cuchara no toque los dientes y no se desencadene el reflejo de mordida.
- Presionar con la base de la cuchara la lengua para favorecer que los receptores sensoriales manden información al cerebro.
- Ayudamos a hacer el sellado labial para arrastrar el alimento si el paciente no puede hacerlo por sí mismo.
- Sacamos la cuchara realizando un movimiento semicircular hacia arriba.

Si se desencadena el reflejo de mordida, echaremos la cabeza del chico hacia delante para provocar la relajación de la mandíbula. También se puede presionar a la vez el masetero con el dedo corazón y hacer un giro (como de destornillador). Nunca tirar de la cuchara para intentar sacarla, ya que de esta forma obtendremos el efecto contrario, aumentar el reflejo de mordida. A veces, es necesario presionar con la palma de la mano el esternón.

7.2. Beber en vaso.

- Colocamos al paciente erguido.
- Mano del operador en la base del cráneo.
- Rechazar mentón.
- Mirada del paciente hacia abajo.
- Arrimar el vaso a los labios del paciente.
- Ayudar a hacer el sellado labial en el borde del vaso si el paciente no puede hacerlo solo.
- Esperar a que el paciente sorba. No volcar el contenido del vaso.

Si hay protrusión lingual, presionar la base de la lengua (justo delante del hioides), con el dedo corazón y hacer un movimiento semicircular ascendente. Con el dedo índice colocado en el labio inferior, hacemos cierre bucal. También podemos dar un golpecito en el centro del labio inferior y superior para provocar el retroceso de la lengua.

7.3. Sólidos.

- Colocamos al paciente erguido.
- Mano del operador en la base del cráneo.

- Rechazar mentón.
- Mirada del paciente hacia abajo.
- Introducir el alimento por el lado menos afectado y colocarlo en las muelas.

8. SALUD BUCAL Y NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN.

El aire que pasa por la boca al respirar y los restos de alimentos que se acumulan en la boca pueden generar infecciones bacterianas y virales si se descuida la higiene bucal. Las bacterias proliferan en los restos de alimento que se acumulan, llegando a producir mucositis, gingivitis, periodontitis y caries.

Cuando se producen aspiraciones de una saliva llena de bacterias debido a una mala higiene bucal, las posibilidades de padecer una neumonía aumentan. Por lo que es fundamental adquirir una rutina diaria de higiene bucal.

El uso de algunos fármacos de forma continuada puede provocar caries o alteraciones en las encías, como es el caso de ciertos inmunosupresores, antihipertensivos y anticonvulsivos. El odontólogo junto con el médico especialista serán los encargados de valorar si es posible un cambio de medicación que no incluya ese efecto adverso y, si no fuera posible, aconsejar otra forma de controlar el problema.

El odontólogo se encargará de indicar la manera más eficaz de hacer la limpieza bucal diaria según las características de cada usuario.

- Cepillo de dientes manual o eléctrico.
- Cepillos interdentes, seda dental, irrigadores bucales.
- Limpiadores linguales.
- Sprays de clorhexidina (pequeñas infecciones locales).
- Pastas de dientes adecuadas (flúor, xilitol...).

Para personas que no puedan cepillarse los dientes de la manera habitual, podemos realizar una limpieza bucal pasando una gasa humedecida en agua oxigenada (40%) diluida con agua (60%) por dientes, encías, paladar y lengua dos veces al día.

También se recomienda realizar ejercicio físico (en la medida de las posibilidades de cada individuo) para disminuir la posibilidad de padecer neumonías.

9. BIBLIOGRAFÍA.

- Barceló B. Terapia miofuncional en disfagias. IV Curso de Terapia Miofuncional. Junio 2016.
- Jiménez C, Corregidor AI, Gutiérrez C. Disfagia. Capítulo 53.
- Velasco M, Arreola V, Clavé P y Puiggrós C. (2007). "Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento." *Nutrición Clínica en Medicina*, Vol. I – N.º 3, pp. 174-202.
- Metheny N, RN, PhD, FAAN (2007). "Cómo prevenir la aspiración en los adultos mayores con disfagia". Saint Louis University School of Nursing.
- Molina B, Guerra F, Gutiérrez R. "Laringe y patología cérvico-facial", capítulo 120. *Disfagia y aspiración*. Fundación Jiménez-Díaz. Madrid.
- Carr M, McKeown L, MacEntee M. "Salud bucal, disfagia y neumonía por aspiración".
- Dentaïd (2016) Salud Bucal Recuperado de <http://www.saludbucaldentaïd.com/es/pacientes-especiales-y-salud-bucal/326>