

La disfagia

La disfagia o alteración de la deglución de los alimentos es un problema frecuente en las personas que han sufrido un daño neurológico y puede producir consecuencias graves. En este artículo expondremos por qué se produce la disfagia, cómo se rehabilita y qué recomendaciones debe seguir la persona afectada para alimentarse de un modo seguro.



Montserrat Martinell
Logopeda
Fundación Institut Guttmann

¿Qué es la disfagia?

La disfagia es un trastorno en la deglución del alimento o de la saliva. Se manifiesta con diversos signos, como tos, asfixia, infección respiratoria o pérdida de peso, entre otros. La disfagia es debida a una enfermedad o lesión neurológica, como el ictus, el traumatismo craneoencefálico, las enfermedades neurodegenerativas y la lesión medular alta, entre otras. También el cáncer de cabeza y cuello puede causarla, si bien en este artículo nos referiremos a la asociada a trastornos neurológicos adquiridos en la edad adulta. La disfagia puede acarrear consecuencias médicas graves como la neumonía aspirativa o la desnutrición. También tiene consecuencias psicosociales, ya que la alimentación es una actividad con una dimensión social y placentera que incide significativamente en la calidad de vida.

El abordaje de la disfagia es una tarea de equipo interdisciplinar formado por médicos, logopedas, enfermeras, y otros profesionales según cada caso.

Ahora bien, junto con el equipo, es de vital importancia el papel del propio paciente o de su cuidador, que deben conocer, comprender y seguir estrictamente las pautas para una alimentación segura y los ejercicios que se recomienden en cada caso.

Dentro de las nuevas técnicas de tratamiento, la incorporación de la **electroestimulación** aplicada a la disfagia permite actualmente intensificar la rehabilitación y mejorar significativamente sus resultados.

¿Cómo funciona la deglución normal?

Para comprender las alteraciones de la deglución debemos conocer primero cómo funciona la deglución en condiciones normales. La deglución es una función vital esencial para la supervivencia, ya que nos permite hidratarnos y nutrirnos. Ahora bien, las mismas estructuras que sirven para alimentarnos, es decir, la boca y la faringe (garganta), se utilizan también



para la respiración y el habla. De un modo sencillo, diremos que la faringe se divide hacia abajo en dos vías: por delante, la tráquea, con la laringe en su extremo superior, que es la vía respiratoria que va hacia los pulmones; justo por detrás de la tráquea, se halla el esófago, habitualmente cerrado, que se dirige hacia el estómago y es la vía digestiva. Así, la boca y la garganta se utilizan continuamente para diferentes funciones: respirar, hablar y tragar, lo cual requiere un alto grado de coordinación (ver figura 1).

La deglución se produce en varias fases. Cuando la persona va a alimentarse, en primer lugar se produce la **anticipación**: consiste en reconocer que es la hora de comer y percibir

correctamente el tipo de alimento que se presenta y su tamaño, para tomarlo con los movimientos adecuados, diferentes para el agua, la sopa, un puré o un trozo de carne. Por ejemplo, algunas personas con demencia o con afectación cognitiva grave no se dan cuenta de que es la hora de comer, o no reconocen el alimento que se les presenta.

Dejando aparte la anticipación, la deglución se produce en cuatro fases altamente coordinadas entre sí. En la **fase oral preparatoria**, se recoge el alimento en la boca, se paladea, se mastica y se forma con él un bolo. Ello requiere la coordinación de la mandíbula, los músculos de la cara y la lengua, además de la sensibilidad

para masticar sin morderse las mejillas o la lengua.

En la **fase oral propulsiva** (o fase oral de tránsito), la lengua propulsa el bolo hacia la garganta. Cuando la garganta percibe el bolo, se desencadena la fase faríngea.

La **fase faríngea** ("reflejo deglutorio") es un conjunto complejo de movimientos de la lengua, la faringe y la laringe, que conducen el alimento hacia el esófago, sin que caiga en la laringe y la tráquea. Es decir, momentáneamente la vía respiratoria se cierra y la vía digestiva se abre para recibir el alimento (ver figura 1).

La fase faríngea la percibimos externamente, si palpamos la nuez (laringe) mientras tragamos: notamos cómo esta sube y baja en el cuello.

La **fase esofágica** consiste en el desplazamiento del alimento por el esófago hasta el estómago, gracias a las contracciones de los músculos del esófago.

Las fases oral preparatoria y oral propulsiva pueden controlarse voluntariamente: podemos tomar cucharadas grandes o pequeñas, masticar despacio o deprisa, beber el agua de un trago o a pequeños sorbos. Por el contrario, las fases faríngea y esofágica son reflejas y no pueden controlarse voluntariamente.

¿Qué problemas pueden presentarse en la disfagia?

Puesto que la deglución es un proceso complejo, pueden producirse diferentes alteraciones, que se resumen en dos tipos:

— **Incapacidad para alimentarse** suficientemente por debilidad o torpeza de



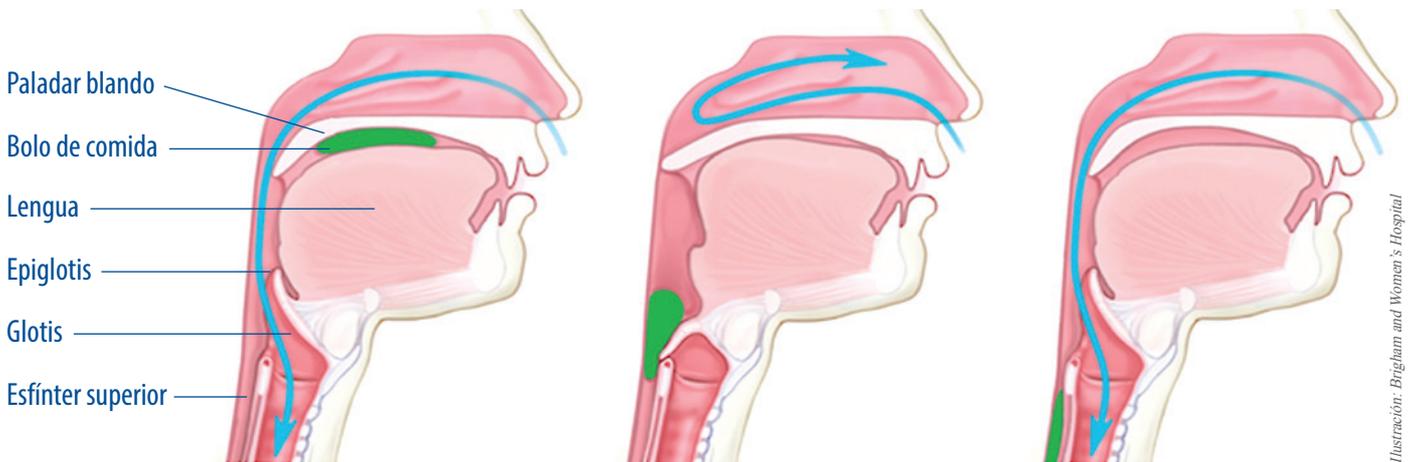


Ilustración: Brigham and Women's Hospital

Figura 1. Fase faríngea de la deglución. En principio, la vía respiratoria está abierta para respirar y la vía digestiva está cerrada. En el momento de tragar, el esófago se abre para recibir el alimento y la vía respiratoria se cierra fuertemente para evitar que el alimento pase a los pulmones. Rápidamente el esófago y la tráquea recuperan la posición inicial.

la lengua y de los demás músculos de la boca. La consecuencia es la pérdida de peso, la desnutrición y la deshidratación.

— **Aspiración**, es decir, paso de alimento hacia la vía respiratoria. La causa puede estar en la debilidad lingual, o en diversos fallos posibles del reflejo faríngeo. Una posible consecuencia es la infección respiratoria, que puede conducir a una neumonía aspirativa. Otra consecuencia puede ser el atragantamiento o la asfixia, como cuando se aspira un trozo grande de alimento sólido.

Cuando una persona sana aspira alimento (“se le va por el otro lado”), se le desencadena de forma inmediata una tos fuerte, que generalmente sirve para expulsar el alimento de la vía respiratoria. Sin embargo, algunos pacientes neurológicos graves han perdido el reflejo de tos, de modo que pueden sufrir **aspiración silente**, aunque aparenten comer con normalidad.

El estado cognitivo-conductual del paciente es importante. Un paciente agitado tiene mayor riesgo de aspiración, por lo cual, en principio, no

debe comer por la boca. Una persona con ingesta impulsiva (comer deprisa y a bocados grandes) también tiene mayor riesgo de aspiración.

¿Cómo se detecta y se diagnostica la disfagia?

En personas con una lesión neurológica ya conocida, como un ictus o un traumatismo craneocefálico, el médico detectará si presenta problemas de deglución y realizará las pruebas necesarias.

En personas con enfermedades neurodegenerativas, la disfagia puede

Tabla 1
Signos de posible disfagia.

- Tos durante o después de las comidas
- Sensación de dificultad al tragar
- Pérdida de peso
- Cambios en la voz y el habla
- Enlentecimiento durante la comida
- Cambios en la dieta: alimentos que se han dejado de lado

presentarse de un modo lento y puede ser incluso el primer síntoma de una enfermedad todavía no diagnosticada. Signos como la tos, la pérdida de peso y el enlentecimiento a la hora de comer hacen sospechar disfagia (ver tabla 1), ante los cuales debe consultarse al médico.

Para el diagnóstico de la disfagia, se realizan varias pruebas, principalmente:

— **Examen funcional** de los movimientos y la sensibilidad de la cara, la boca, garganta, así como de la voz.

— **Test de deglución con alimentos.** Se prueban de modo reglado diferentes volúmenes y consistencias. Es una prueba que no detecta de modo seguro si hay aspiración.

— **Videofluoroscopia.** Es una prueba radiológica que se realiza en determinados casos, que permite observar de modo seguro si el alimento pasa a la vía respiratoria (aspiración). Por ejemplo, un paciente puede tomar con seguridad un alimento de consistencia como un yogur, en volumen de hasta 5 ml, pero aspira con volúmenes más altos y con el agua.

— **Manometría esofágica.** Se realiza en algunos casos, para explorar las presiones durante la deglución, y especialmente determinar si hay problemas en la abertura del extremo superior del esófago en el momento de la deglución.

¿Cuál es el tratamiento de la disfagia?

Cada paciente es diferente y requiere unas medidas concretas. El tratamiento de la disfagia depende de diversos factores: el tipo de disfagia, el estado de salud general del paciente, y otros factores como su estado cognitivo-conductual y el apoyo que tenga de su familiar o cuidador.

La rehabilitación de la disfagia se puede resumir en tres aspectos: la vía de alimentación, las adaptaciones necesarias en caso de alimentación por boca y el plan de ejercicios.

Vía de alimentación

Cuando la alimentación por boca no es segura, se opta por otras vías de modo generalmente provisional: por **sonda nasogástrica** (SNG), **sonda de gastrostomía** (PEG, por sus siglas en inglés).

La SNG consiste en un fino tubo que se introduce por la nariz hasta el estómago. Esta vía se utiliza por periodos cortos de tiempo. Cuando se prevé un periodo más largo de alimentación no oral, se utiliza la PEG, que consiste en un tubo insertado en la pared abdominal hasta el estómago. La PEG es más cómoda y generalmente no presenta complicaciones en su manejo. La vía de alimentación puede ser mixta: por ejemplo, alimentación general por PEG e ingesta de algunos alimentos seguros por boca.

Tabla 2
Tipos de consistencias.
Alimentos más y menos seguros.

Tipos de consistencias:

- *líquidos finos (agua)*
- *consistencia néctar (zumo de melocotón)*
- *consistencia pudding (yogur, purés, triturados)*
- *de fácil masticación: tortilla, pescado hervido, croquetas, pollo, queso fresco, manzana al horno*
- *alimentos duros: carne*

Para aumentar la consistencia de un alimento líquido, como un caldo, pueden emplearse elementos de la cocina tradicional, como la harina de maíz o de trigo, o bien espesantes comerciales

Alimentos generalmente más seguros:

- *de consistencia pudding*
- *de fácil masticación*
- *en volumen bajo*

Generalmente menos seguros:

- *líquidos finos*
- *mezclas sólido-líquido (ej: sopa de pasta, carne con salsa muy líquida. Se puede sustituir la sopa de pasta por crema de verduras).*
- *sólidos que desprenden líquido al masticarse (ej: naranja, pera)*
- *los que se disgregan o resbalan (ej: arroz suelto).*
- *fibrosos (ej: acelgas, jamón serrano)*
- *en volumen alto*

Compensaciones

Algunos pacientes pueden empezar a comer por boca, pero de forma compensada. En este caso deben establecerse rigurosamente cuáles son las adaptaciones que precisa. Estas pueden ser:

— Restricciones **de consistencia y volumen.** Según los resultados de las pruebas, se indicará qué consistencia puede tomar, y qué volumen. Por ejem-

Tabla 3
Pautas para la alimentación del paciente con disfagia.

- *Debe estar despierto y reactivo.*
- *Bien sentado, preferiblemente, en silla, con la cadera hacia atrás de la silla y los pies y los brazos bien apoyados. Si está en cama, con la espalda entre 60o y 90o.*
- *Debe estar relajado y concentrado en la comida. Evitar ruidos y distracciones. Apagar la TV. Evitar grupos ruidosos.*
- *No hablar ni reír mientras come. Hablar sólo después de tragar.*
- *La cabeza debe permanecer recta o ligeramente flexionada hacia abajo. No levantar la cabeza para tragar.*
- *El acompañante debe sentarse a su altura para evitar que levante la cabeza.*
- *Si es necesario, acercarle la comida por debajo de la boca.*
- *Comer despacio; vigilar el ritmo impulsivo de algunos pacientes, no dar una cucharada hasta que haya tragado la anterior.*
- *Después de comer debe mantenerse incorporado 30 min (60 min si padece habitualmente de reflujo).*
- *Mantener una correcta higiene oral. Mantener la cavidad oral hidratada, y muy especialmente si habitualmente la persona está con la boca abierta.*
- *Seguir siempre las indicaciones del médico en cuanto a los alimentos y cantidades que puede tomar.*

plo, empezar solamente con consistencia pudding (yogur) en volumen de 1 cucharadita; evitar sólidos y líquidos (ver tabla 2).

— Postura en **flexión cervical.** Tragar con la cabeza inclinada permite, en muchos casos, reducir el riesgo de aspiración.

— En algunos casos se enseñan **maniobras deglutorias** específicas para compensar las dificultades.



— Necesidad de ayuda o **supervisión** por parte del familiar o cuidador.

Recomendaciones generales para la seguridad en la deglución

Cualquier persona que presente disfagia y que come por boca debe seguir unas recomendaciones generales (ver tabla 3), que pueden prevenir muchas complicaciones. Estas pautas también son adecuadas para la población en general.

“La electroestimulación neuromuscular es una modalidad de tratamiento de la disfagia relativamente novedosa: mejora la contracción de determinados músculos debilitados implicados en la deglución.”

Plan de ejercicios

Generalmente es necesario seguir un tratamiento logopédico específico, según el tipo de alteración. En los casos más graves, la logopeda trabajará para mejorar el tono, los reflejos y la propiocepción de los órganos de la deglución, o para estimular el reflejo deglutorio. En la medida en que el paciente pueda colaborar para restablecer la deglución,

le enseñará un plan específico e individualizado de ejercicios y maniobras relacionados con los músculos de la cara, la lengua, la respiración y la voz.

La **electroestimulación neuromuscular** (NMES, por sus siglas en inglés), es una modalidad de tratamiento de la disfagia relativamente novedosa, que se está aplicando en el Institut Guttmann. El objetivo de la NMES es mejorar la contracción de determinados músculos

implicados en la deglución que han quedado debilitados. Su uso requiere un estudio previo con las pruebas correspondientes para determinar si el paciente es candidato a este tratamiento y cómo aplicarlo. La estimulación eléctrica se realiza a través de electrodos colocados sobre la piel, en la cara anterior del cuello. El paciente es habituado progresivamente a la estimulación para que esta sea bien tolerada. Durante las

sesiones, el paciente ingiere alimento en volumen y consistencia segura (si no puede ingerir alimento, efectuará deglución de saliva y otros ejercicios) y la estimulación eléctrica incrementa la fuerza de la contracción muscular en cada deglución.

¿Mejora la disfagia?

En la mayoría de los casos la disfagia mejora y se resuelve, de modo que la persona llega a comer con normalidad o con algunas restricciones. En pacientes con enfermedades neurodegenerativas, se orienta el mejor modo de alimentación según la progresión. En personas muy afectadas, la mejoría puede ser lenta. Algunos pacientes deberán mantener la PEG para la alimentación. Existen muy pocos casos en que el paciente no pueda volver a comer por boca. Incluso en casos de alteración grave, se intenta conseguir que la persona pueda ingerir algún alimento por boca, de forma debidamente controlada. El objetivo ideal será que la persona pueda alimentarse del mejor modo posible, con seguridad, y recuperar la alimentación en su dimensión social y placentera.