



ORTOFON



21 DE MAYO 2011

Muchamiel (Alicante)

INTERVENCION LOGOPEDICA EN LA DISFAGIA

Ponentes

M^a TERESA ESTELLÉS PUCHOL

- Enfermera D.U.E. y Logopeda
- Presidenta de la Asociación de Logopedas de España A.L.E.
- Directora de Centros Ortofon (Valencia y Castellón)

SALVADOR BORRÁS SANCHIS

- Psicólogo y Logopeda.
- Maestro de Audición y Lenguaje.
- Coordinador Ortofon Clinic (Ontinyent)

MARIA JESUS ESPÍ

Representante NESTLÉ

OBJETIVO

Proporcionar al alumno los conocimientos y herramientas de aplicación terapéutica para una evaluación y tratamiento eficaz de la disfagia en personas con daño cerebral sobrevenido así como en otros trastornos asociados.

PROGRAMA

- 1. Introducción. Concepto de disfagia.**
- 2. Epidemiología.**
- 3. Fisiología de la deglución.**
- 4. Etiología y clasificación de la disfagia.**
- 5. Exploración clínica de la disfagia.**
- 6. Valoración logopédica de la disfagia.**
- 7. Tratamiento de la disfagia orofaríngea.
Estrategias terapéuticas.**
- 9. Recomendaciones**

Concepto de disfagia

La disfagia se define como la dificultad para tragar o deglutir alimentos y/o bebidas. Es muy frecuente en la tercera edad, y las consecuencias pueden ser graves y de repercusión sobre el estado de salud de la persona que la sufre.

Dificultad para ingerir alimento, para transferirlo desde la cavidad oral al estómago, pasando por la faringe y el esófago

Implica anomalía en uno o más mecanismos de la deglución afectando varios órganos: boca, faringe, laringe, esófago

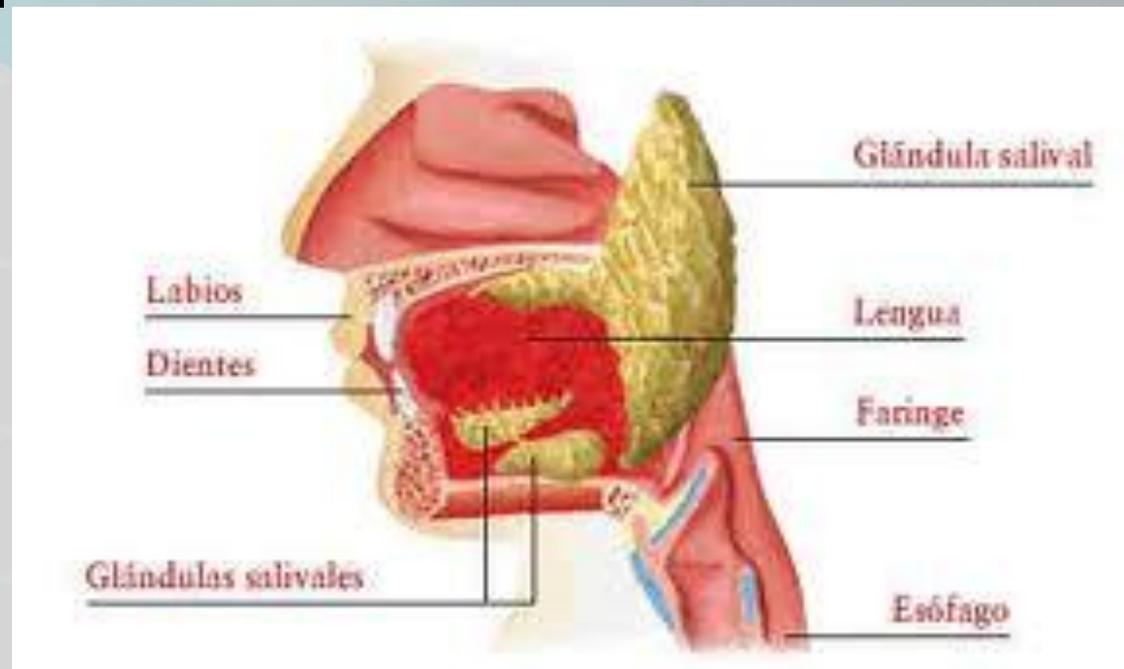
Epidemiología

- **Pocos estudios epidemiológicos sobre la incidencia y la prevalencia de la disfagia**
- **Existen gran variedad de cuadros clínicos**
 - **E. NEURODEGENERATIVAS: 60/100 % ELA**
 - **PARKINSON 40%**
 - **ALZHEIMER 80%**
 - **ANCIANOS 60%**
 - **ACV – TCE ENTRE 25% - 50% según técnica VFC/FEES**

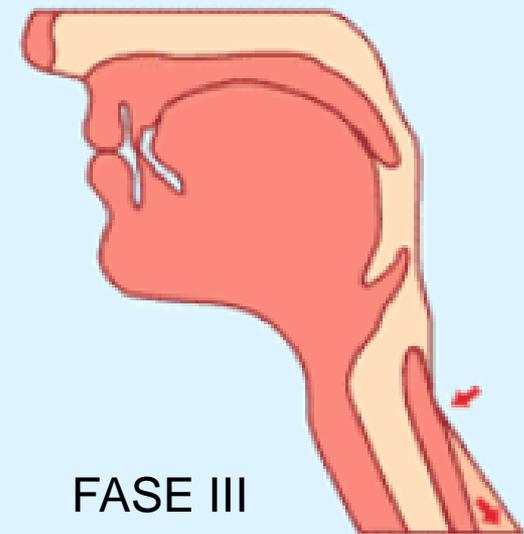
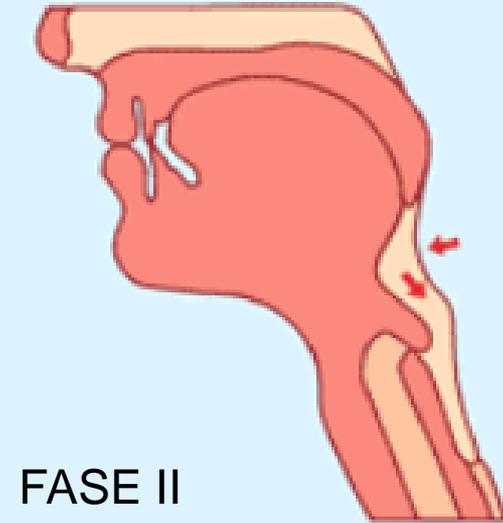
Fisiología de la deglución

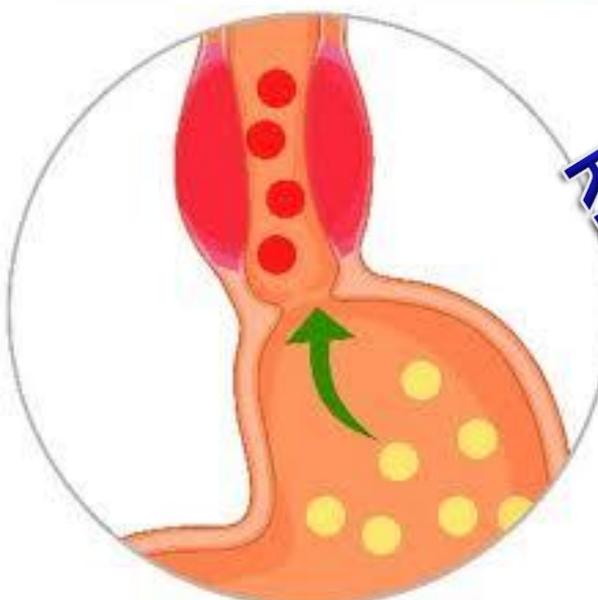
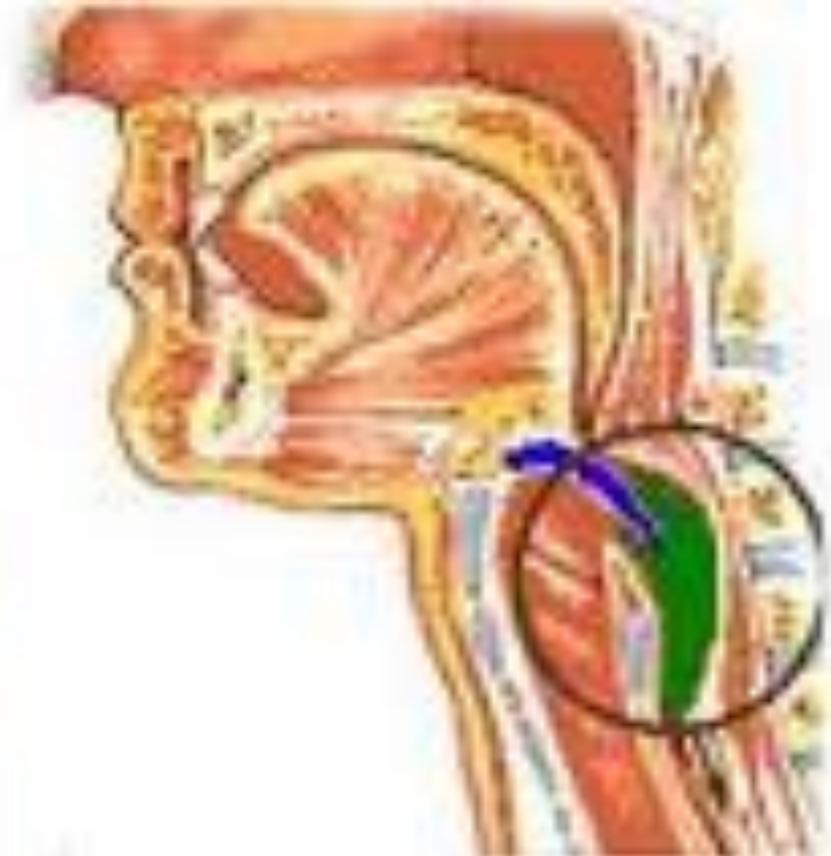
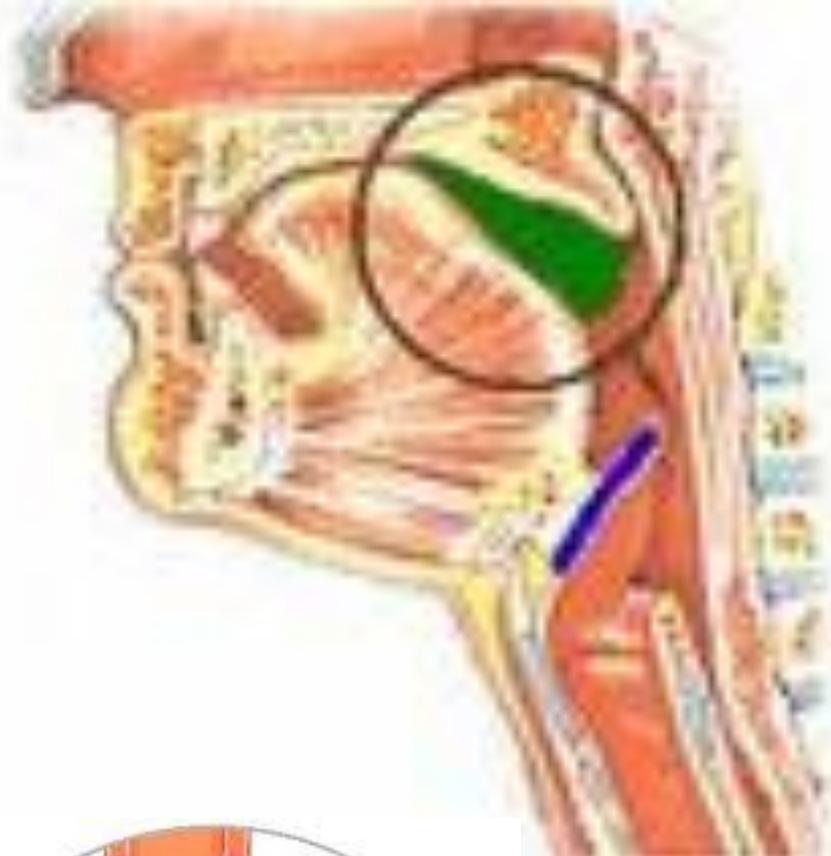
El acto de la deglución tiene cuatro fases fundamentales, y la alteración en cualquiera de ellas puede provocar un trastorno de la deglución.

1. Fase oral preparatoria.
2. Fase oral voluntaria.
3. Fase faríngea.
4. Fase esofágica.



FASES DE LA DEGLUCIÓN

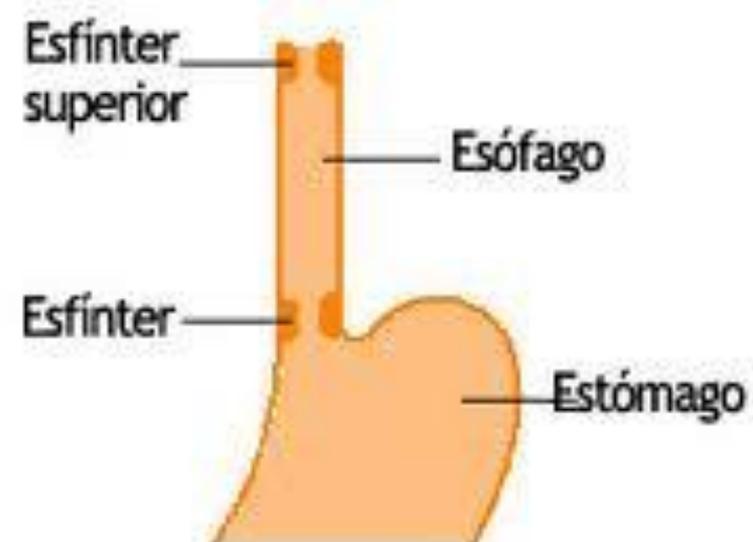




REFLUJO

E.E.S.

E.E.I.



Causas de la disfagia

Mecánicas

Intrínsecas

- Estenosis péptica benigna
- Carcinoma
- Anillo esofágico inferior
- Tumor benigno
- Lesión por cáustico
- Divertículo de Zenker

Extrínsecas

- Tumores malignos
- Tiroides retroesternal
- Compresión vascular

Neuromusculares

Trastornos del músculo liso

- Acalasia
- Espasmo esofágico difuso
- Esclerodermia
- Enfermedad de Chagas

Trastornos del músculo estriado

- Acalasia cricofaríngea
- Polimiositis

Trastornos neurológicos

- Enfermedad desmielinizante

Clasificación y diagnóstico diferencial

DISFAGIA ORAL

- Aquinesia y/o debilidad muscular
- Masticación dolorosa

DISFAGIA FARÍNGEA

- Lesión bilateral de la neurona motora superior ACV
- Daño medular
- Debilidad del músculo estriado
- Obstrucciones mecánicas
- Inflamación

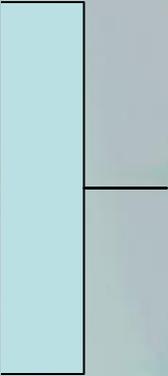
DISFAGIA ESOFÁGICA

- Enfermedades neurológicas
- Enfermedades musculares
- Obstrucciones mecánicas
- Enfermedades inflamatorias

REF.- Luis A. Vázquez Pedreño
Servicio de Aparato Digestivo.
Hospital Universitario
“Virgen de la Victoria”. Málaga.

EXPLORACIÓN CLÍNICA: DISFAGIA

- Observaciones generales
- Exploración funcional
- Análisis de la fase oral
- Análisis de la fase faríngea
- Análisis de los reflejos
- Análisis de la función de alimentarse



**VALORACIÓN
LOGOPÉDICA**

**SINTOMA OBJETIVADO / POSIBLE CAUSA / SOLUCIÓN
A PLANTEAR**

**PROBLEMAS OBSERVADOS / POSICIÓN A UTILIZAR /
TIPO DE ALIMENTACIÓN**

OBSERVACIONES

VISCOSIDAD**NÉCTAR****LÍQUIDO****PUDDING****ALTERACIONES O SIGNOS DE SEGURIDAD**

5 ml

10 ml

20 ml

5 ml

10 ml

20 ml

5 ml

10 ml

20 ml

TOS

CAMBIO DE VOZ

DESATURACIÓN
DE OXIGENO**ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA**

5 ml

10 ml

20 ml

5 ml

10 ml

20 ml

5 ml

10 ml

20 ml

SELLO LABIAL

RESIDUO ORAL

DEGLUCIÓN
FRACCIONADA

RESIDUO FARÍNGEO

EVALUACIÓN FINAL: _____

RECOMENDACIÓN DIETÉTICA: _____

INGESTA DE FLUIDOS RECOMENDADA:**VISCOSIDAD**

LÍQUIDO

NÉCTAR

PUDDING

VOLUMEN

BAJO

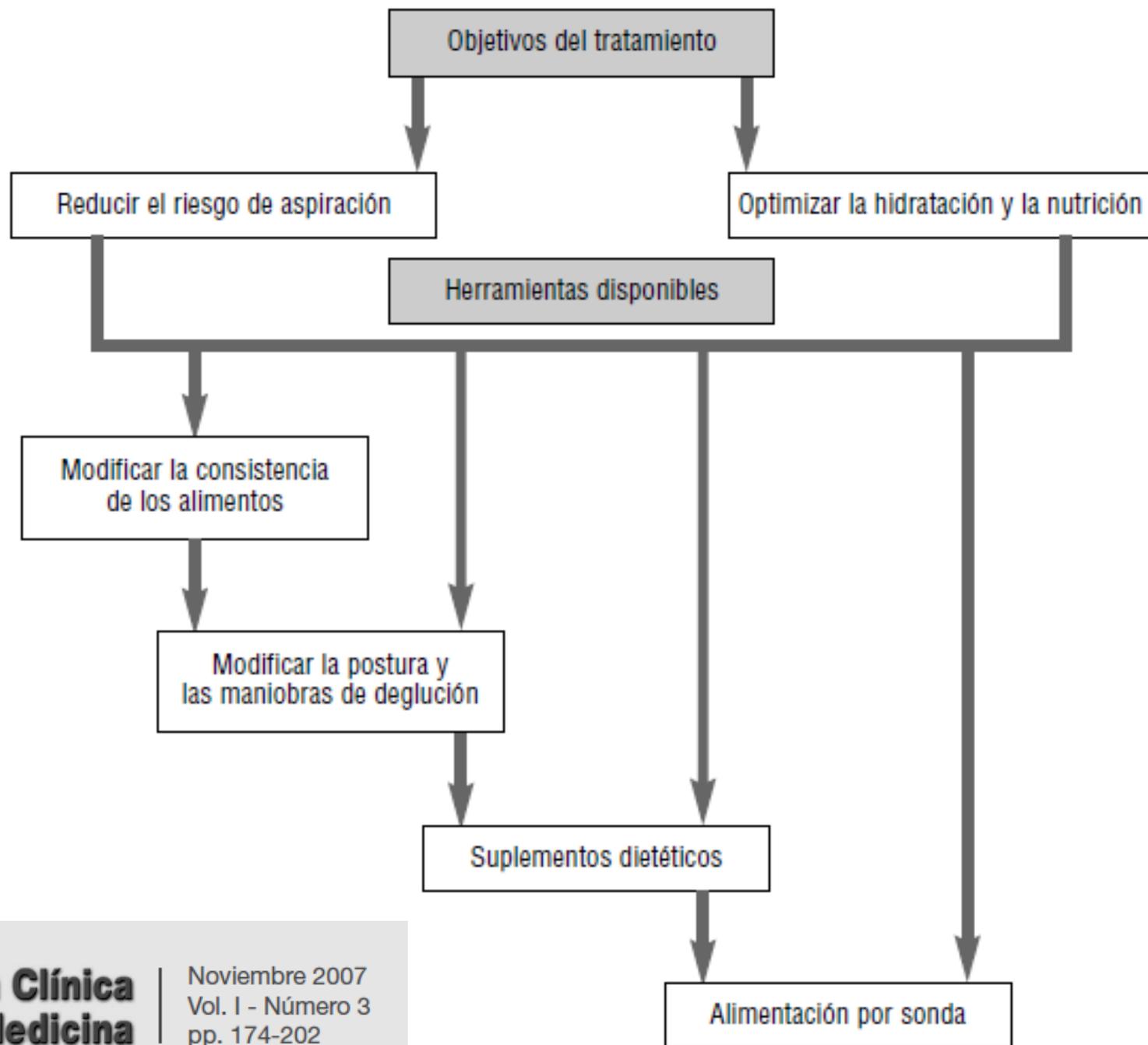
MEDIO

ALTO

Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)

Los signos clínicos que detecta el MECV-V son:

- a. Inadecuado sello labial, es decir la incapacidad de mantener el bolo dentro de la boca.
- b. Existencia de residuos orales en la lengua, debajo de ella y en las encías, una vez acabada la deglución.
- c. Deglución fraccionada, necesidad de realizar varias degluciones para un mismo bolo.
- d. Sospecha de presencia de partículas del bolo en la faringe, que dejan sensación de tener residuos en la garganta.



Rehabilitación de la disfagia orofaríngea.

TIPOS DE REHABILITACIÓN DE LA DISFAGIA.

• INDIRECTA:

- **Característica:** SIN ALIMENTO
- **Objetivo:** Entrenamiento de los órganos de deglución.
- **Requerimientos:** Práctica de ejercicios de movilidad, fuerza y precisión.
- **Materiales:** Saliva o algún objeto (NO alimento) que no se tenga que deglutir (plásticos, chicles, gasas, etc).

• DIRECTA:

- **Característica:** CON ALIMENTO
- **Objetivo:** Deglución segura y eficaz..
- **Requerimientos:** Práctica de las técnicas posturales y maniobras compensatorias.
- **Materiales:** Alimentos en pequeñas cantidades.

MANIOBRAS FACILITADORAS

Maniobras	Indicaciones
<p>Deglución con fuerza: deglutir contrayendo la musculatura faríngea y cervical.</p>	<p>Cierre glótico reducido o tardío.</p>
<p>Deglución supraglótica: detener la respiración antes y durante la deglución (provoca el cierre glótico) y toser seguidamente para limpiar la faringe.</p>	<p>Movimientos reducidos de la base de la lengua.</p>
<p>Deglución supersupraglótica: la maniobra anterior añadiendo fuerza antes de la deglución (permite mayor aducción de los pliegues vocales verdaderos y falsos).</p>	<p>Cierre glótico muy reducido.</p>
<p>Maniobra de Mendelsohn: apoyar y elevar de forma manual la laringe provocando la apertura del EES.</p>	<p>Aclaramiento faríngeo reducido o movimiento laríngeo reducido.</p>
<p>Lengua entre los dientes: deglutir con la punta de la lengua apoyada en la cara oclusiva de los dientes.</p>	<p>Debilidad de la musculatura faríngea.</p>

MANIOBRAS POSTURALES

Maniobras	Indicaciones
Mentón hacia abajo: aumenta el espacio vallecular, conduce la base de la lengua y posteriormente la epiglotis.	Retraso en la respuesta faríngea y movimientos de la base de la lengua reducidos.
Cabeza hacia atrás: la gravedad ayuda a limpiar la cavidad oral.	Dificultad en la fase oral de la deglución.
Cabeza inclinada hacia el lado dañado: estrecha la entrada hacia la laringe, aumenta el cierre de las cuerdas vocales por la presión extrínseca del cartílago tiroideo y elimina el paso del bolo alimentario por el lado lesionado.	Debilidad / disfunción faríngea o debilidad laríngea unilateral.
Cabeza inclinada hacia el lado sano: dirige el bolo alimentario hacia el lado con la fuerza conservada.	Debilidad faríngea unilateral.
Decúbito lateral inclinado: elude el vestibulo laríngeo.	Trastorno faríngeo bilateral o elevación laríngea reducida.

TÉCNICAS FACILITADORAS

Técnica	Indicaciones
Biofeedback: aumenta el componente voluntario.	Aclaramiento faríngeo reducido...
Estimulación térmica / táctil: estímulo frío o táctil de los pilares anteriores de la faringe.	Respuesta faríngea tardía o ausente.
Estimulación gustativa: el bolo agrio facilita la respuesta deglutoria.	Accidentes cerebrovasculares, corea de Huntington.

EJERCICIOS DE CIERRE GLÓTICO

- ✓ EJERCICIOS DE FUERZA SIN VOZ
- ✓ EJERCICIOS DE FUERZA CON VOZ

- 1. Masticar bien los alimentos**
- 2. Cuidar la higiene bucal, para evitar las infecciones y utilizar un dentífrico suave**
- 3. Comer en un entorno agradable y tranquilo sin prisas**
- 4. Mantener una correcta posición: sentados, sin cruzar los pies que deberán estar apoyados en el suelo, con la espalda hacia delante**
- 5. Poner pocas cantidades de comida en la boca y vigilar el trago.**
- 6. Cuando estemos seguros que no está tragando y no tiene nada en la boca hacerlo hablar para distinguir la claridad de la voz que nos indicará que no hay comida retenida en el vestíbulo laríngeo**
- 7. Las comidas más abundantes las hará en la mañana que tendrá mas apetito y estará más descansado**
- 8. Descansar después de cada comida en butaca durante un tiempo inicial de digestión.**

- La dieta es muy importante, es un elemento muy importante en la evolución del paciente evitando la malnutrición, la deshidratación y la depresión del sistema inmunológico.
- Se debe adaptar la dieta al paciente con la colaboración de un nutricionista.
- Las comidas serán repartidas en 5-6 tomas diarias. Distribuyendo los alimentos necesarios siguiendo en lo posible las apetencias del paciente.
- Evitar alimentos que irriten y desgarran la mucosa de la cavidad oral como galletas, pan tostado, rosquilletas.
- Evitar alimentos que se conviertan en masa pastosa, arroz excesivamente cocido, pan de molde, pastas dulces.
- Evitar los sabores fuertes de limón, vinagre, soja, sal, cambiarlos por especias aromáticas, albahaca, orégano, nuez moscada para las pastas, hinojo y jengibre para las carnes de cerdo, clavo para las aves. Romero y tomillo para las carnes rojas.
- Los pescados en salsa se tragan muy bien procurando que estén sin espinas. Actualmente existen unos excelentes congelados de salmón, penca, merluza, bacalao y otros muchos.
- Evitaremos las carnes o croquetas que se rebozan de huevo y pan o los pescados rebozados que facilitan el atragantamiento.

- Procurar estimular sensorialmente la vía olfativa.
- Mantener la coloración en los alimentos. El colorante suele ser insaboro.
- Cambiar la textura de los alimentos sólidos, triturándolos y mercándolos con salsas que faciliten la deglución, la cebolla triturada y frita suele ser un buen deslizante...
- Ingerir líquidos entre las comidas y durante las comidas al menos entre 1,5 y 2 litros para mantener la hidratación óptima. Si tiene imposibilidad de tragar líquidos se recurrirá a espesantes o gelatinas con los sabores de preferencia del paciente para facilitar el trago.
- Las carnes serán más fáciles de tomar trituradas y mezcladas con puré de patatas, verduras, gelatinas, o mantequillas y queso.
- Recordar que la leche esta contraindicada durante el período de la quimioterapia por la afección de esta en las mucosas y deberá ser sustituida por sojas o leche de almendra.
- Para la ingesta de los medicamentos, si tienen dificultad para tragarlos se recomienda acompañarlos de gelatina o clara de huevo que añadirá un aporte proteínico.



ORTOFON

RECOMENDACIONES EN LA NUTRICIÓN

- Cualquier producto líquido que presente dificultades para tragarlo podremos espesarlo con, caldo de tapioca, agua de arroz espesa, maicena, puré de patata en polvo.
- El empleo de los espesantes, se realizará poco a poco, probando la consistencia mas adecuada para el paciente: Tendremos en cuenta la ingesta del alimento ya que un espesante de este tipo en reposo aumenta el grado de espesor en el tiempo. En cuanto se termina de hacer la mezcla, debemos agitarlo como si fuera un cóctel, para evitar los grumos.
- La temperatura debemos vigilarla, manteniéndola templada por la falta de sensibilidad del paciente. Colocaremos los alimentos en la parte de más sensible de su cavidad oral procurando que guarden los alimentos todo su sabor con el fin de aumentar la estimulación gustativa.
- Las texturas de los alimentos no se mezclarán.
- Cuando existe perdida de la movilidad lingual se emplearán alimentos semisólidos.

CONSULTE SIEMPRE CON SU MÉDICO O TERAPEUTA LAS DOSIS DE LOS ESPESANTES

CONSEJOS PARA MEJORAR EL REFLUJO GÁSTRICOESOFÁGICO

- Manténgase en un peso saludable. El sobrepeso aumenta la presión intraabdominal y le perjudica.
- Deje de fumar. El tabaco relaja el esfínter esofágico inferior.
- No utilice ropa que le oprima el abdomen.
- A ser posible no levante objetos pesados y evite la flexión prolongada del tronco.
- Haga comidas ligeras y frecuentes y evite las abundantes.
- Limite el consumo de alimentos grasos, chocolates, menta, café, té, bebidas con gas (especialmente colas), y alcohol. Todos provocan relajación del esfínter esofágico inferior.
- Limite el consumo de tomates, cítricos (frutas y zumos). Aportan ácidos que pueden irritar el esófago.
- Coma alimentos ricos en fibra, especialmente si tiene tendencia al estreñimiento.
- Cene dos o tres horas antes de acostarse y evite tumbarse después de las comidas.
- Levante la cabecera de su cama unos 15-20 cm mediante la colocación de tacos de madera debajo de las patas de la cabecera, para permitir que la gravedad mantenga el contenido del estómago en su interior. El uso de almohadones no suele ofrecer buenos resultados.

Tabla VII. CUADRO RESUMEN DEL TRATAMIENTO DISFAGIA OROFARÍNGEA

Déficit	Objetivos	Tipo de intervención
Limitaciones severas cognitivas o de conducta	Reducir los riesgos de aspiración	<ul style="list-style-type: none"> - Control postural - Modificación de la viscosidad - Modificación del volumen de los bolos - Adaptar la velocidad de alimentación - Ayudas técnicas - Formación del personal que alimenta - Cuidado del entorno
Preservación relativa cognitiva o de comprensión	<p>Modificación de las fases oral y faríngea</p> <p>(requiere capacidad de entrenamiento y aprendizaje)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento sensorial - Praxias orales y laríngeas - Modificaciones dietéticas - Trabajo muscular cervical, apneas, limpieza de secreciones - Integración de pautas
Buen nivel cognitivo o de comprensión	<p>Compensar el trastorno de la deglución</p> <p>(precisa utilizar estrategias de forma autónoma)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estimulación sensitiva - Trabajo muscular orofacial y cervical - Control postural - Modificaciones dietéticas - Maniobras de compensación durante las ingestas - Maniobras de limpieza de las secreciones

ALGUNAS WEB

http://www.prous.com/digest/protocolos/view_protocolo.asp?id_protocolo=15

<http://www.aibarra.org/Guias/5-6.htm>

<http://www.disfagiaweb.com/>

<http://www.fresenius-kabi.es>

http://www.nutricionclinicaenmedicina.com/attachments/015_03_num03_07.pdf

BIBLIOGRAFIA

- 1. Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución + CD.** Bleeckx, Didier, (aut.) Moro Domingo, Rosalía, (tr.) McGraw-Hill / Interamericana de España, S.A.
- 2. Disfagia orofaríngea en población geriátrica (+c.D)** De VV.AA. 2009.Fund. Universitaria san antonio
- 3. Rehabilitación de problemas de deglución en pacientes con daño cerebral sufrido.** De Burgo, Glauca del. 2004. EOS gabinete de orientación psicológica
- 4. Otorrinolaringología y patología cervicofacial.** Cobeta Ignacio. 2003. Ars medica