

Intervención logopédica en la disfagia

Andreu Sauca i Balart

Logopeda

info@asauca.net

España

I. Introducción:

En la deglución normal deben coordinarse veinticinco músculos y cinco pares craneales en cuatro fases. De estas fases, las dos primeras (inicial y oral) son de control voluntario, y las dos últimas (faríngea y esofágica) involuntarias. Cualquiera de estas cuatro fases del proceso deglutorio puede verse afectada y ocasionar lo que conocemos como disfagia (cualquier dificultad o molestia al deglutir), que puede afectar a los pacientes en diversos grados. Algunos experimentarán leves molestias; otros, serán totalmente incapaces de tragar.

Los problemas de la deglución, a menudo insuficientemente diagnosticados, pueden deberse a un buen número de dolencias estructurales o funcionales, y son además relativamente frecuentes.

La disfagia puede ser aguda o crónica. La primera puede ser resultado de infecciones como faringitis, amigdalitis, candidiasis, o aftas bucales. La segunda suele tener su origen en trastornos neurológicos (Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de la neurona motora, enfermedad neuromuscular, ...), accidentes cardiovasculares, AVC, anomalías estructurales (tumores del cuello, agrandamiento tiroideo, estenosis benignas, ...), infecciones, causas iatrogénicas (perforación esofágica en intubaciones), reflujo gastroesofágico (RGE), cáncer, envenenamiento, quemaduras esofágicas (lejía, sulfumán). El envejecimiento es otra de las causas de disfagia.

No nos ocuparemos aquí de los síntomas y el diagnóstico. Constatemos sólo que el primer paso será una evaluación del paciente y sus síntomas, y un correcto diagnóstico.

II. Tratamiento logopédico:

El tratamiento por un equipo multidisciplinar será imprescindible. Este equipo debería estar compuesto, normalmente, de un otorrinolaringólogo, radiólogos, dietistas, enfermeras y logopedas. La función del logopeda será enseñar a los pacientes los ejercicios que lleven a mejorar su masticación y deglución. También podrá adiestrar a los pacientes en el uso de ciertas técnicas compensatorias que les faciliten la deglución. También será misión del logopeda el dar consejo sobre texturas y consistencias de los alimentos y bebidas apropiados a cada paciente.

Cuando la disfagia resulta de una dentadura postiza mal ajustada, o de la medicación, el tratamiento será relativamente sencillo, y se dirigirá a tratar la causa de la disfagia.

Cuando los pacientes presenten globo faríngeo podrían precisar tratamiento específico, y algunos requerirán la asistencia de un logopeda que les enseñe ejercicios para relajar los músculos de la zona del cuello, a fin de aliviar los síntomas.

Cuando la disfagia se deba a una bolsa faríngea, se intervendrá quirúrgicamente, también cuando haya crecimiento anormal de tejidos, en cuyo caso recibirán además radioterapia y rehabilitación tras el tratamiento.

En la mayoría de los casos, no es necesaria la cirugía. Los trastornos de la deglución oral y faríngea son por lo general tratables con rehabilitación (modificaciones posturales, ejercicios de refuerzo de los músculos mandibulares y orofaciales, la lengua y la laringe, así como el uso de

técnicas compensatorias para limitar el riesgo de aspiración y facilitar la deglución. Pero en unos pocos casos, no obstante, en aquellos pacientes con trastornos de carácter grave, podría llegar a ser necesario evitar completamente el uso de la cavidad oral y la faringe, proporcionándoles una nutrición enteral o parenteral.

Así pues, la forma precisa de terapia de deglución dependerá siempre de la naturaleza del trastorno, de lo cual se deduce la importancia de una correcta y exhaustiva exploración previa de cada paciente. La tabla siguiente indica algunas de las intervenciones posibles:

Visión de conjunto de las terapias de la deglución			
Disfagia	Rehabilitación	Técnicas compensatorias	Dieta
Reducción del cierre labial	Ejercitación labial.	Inclinar la cabeza hacia atrás.	
Reducción en la tensión de los maseteros	Ejercitación de los músculos orofaciales.	Inclinar la cabeza hacia el lado más fuerte. Presión sobre el lado más débil.	
Regurgitación nasal	Ejercitación del velo. Maniobra Masako*.	Inclinar la cabeza hacia atrás.	Cambiar a consistencias espesadas.
Reducción en la amplitud de los movimientos linguales	Ejercitación lingual.	Inclinar la cabeza hacia atrás. Colocar los alimentos en posición posterior.	Cambiar a consistencias aligeradas.
Reflejo de deglución retardado	Estimulación térmica.	Inclinar la cabeza hacia delante. Deglución supraglótica.	Usar bolos fríos.
Ausencia del reflejo de deglución	Estimulación térmica.		
Reducción de la contracción faríngea	Maniobra de Masako*. Maniobra de Mendelssohn**.	Doble deglución. Deglución esforzada.	Deglución alternada líquidos/sólidos.
Hemiparesia faríngea	Maniobra de Masako*. Maniobra de Mendelssohn**.	Inclinar la cabeza hacia el lado más fuerte. Girar la cabeza hacia el lado más débil.	
Reducción de la elevación laríngea	Maniobra de Mendelssohn**. Ejercicio de inclinación y agitación de la cabeza.	Maniobra de Mendelsohn.	Cambiar a consistencias aligeradas.
Reducción del cierre laríngeo	Ejercicios favorecedores de la aducción.	Inclinar la cabeza hacia delante. Deglución supraglótica.	Cambio a consistencias espesadas.

Tabla tomada de Singh et al 1995 (www.dydphagiaonline.com)

** Maniobra de Masako:*

Maniobra de anclaje de la lengua. Se ancla la punta de la lengua suavemente anteriorizada entre los dientes mientras se efectúan tragos secos. Se ha demostrado que facilita el incremento del rango de movimiento de la pared faríngea (hacia la base de la lengua) durante la deglución.

*** Maniobra de Mendelssohn:*

Técnica Compensatoria. Prolonga la duración de máximo recorrido hiolaryngeal durante la deglución. Esta maniobra se utiliza para ampliar la anchura y la duración de la abertura del esfínter esofágico superior durante la deglución, de tal modo que permita un espacio más completo para el bolo. Deglutir en la fase alta del recorrido laríngeo manteniendo la contracción del suprahioides para prolongar la deglución. Relajar/completar la deglución.

En un alto porcentaje, aquellos pacientes cuya disfagia es resultado de un acontecimiento neurológico se recuperarán de forma espontánea. En el caso de los pacientes de AVC, algunos tendrán problemas deglutorios durante un período de tiempo mayor. En la fase aguda tras el AVC precisarán un tratamiento de apoyo por parte del logopeda, que podrá aconsejarles sobre modificaciones posturales que protejan las vías respiratorias al comer y beber. En la fase crónica, el logopeda podrá ofrecer tratamientos orientados al fortalecimiento de músculos específicos, ya que la pérdida de funciones es causa probable de los problemas de deglución.

Aunque estos métodos pueden ser muy eficaces, se basan siempre en la cooperación continuada del paciente cada vez que traga. Dado que muchos de ellos son de edad avanzada y se ven aquejados también de insuficiencias cognitivas, no es posible garantizar un cumplimiento satisfactorio de la terapia. En consecuencia, la elección preferida será la modificación de la textura de los alimentos y de los líquidos. El logopeda deberá también intentar que el entorno inmediato del paciente participe en el tratamiento de la disfagia, con el objetivo de garantizar que los métodos sugeridos se apliquen durante las veinticuatro horas del día.

Mientras no padecemos patología que lo contradiga, damos por supuesta nuestra capacidad para comer y beber, por tanto para deglutir, pero la disfagia es una dolencia a la que los logopedas clínicos se enfrentan con frecuencia. La disfagia puede tener consecuencias adversas tanto para la salud como para la calidad de vida de quienes la padecen.

III. Bibliografía en la WWW:

Dysphagiaonline.com:

<http://www.dysphagiaonline.com/es/index.jsp?language=es>

Catriona Margaret Steel, When the Diagnosis is "Hard to Swallow": An Interprofessional Approach

<http://www.utmj.org/issues/80.3/Morning%20No%20%20Vol%2080%20No%203.pdf>

University of Canterbury, Communication Disorders,
Dysphagia and Related Disorders: Management:

<http://www.cmds.canterbury.ac.nz/courses/spth465/>

http://www.cmds.canterbury.ac.nz/courses/spth465/lecture3_rehabhandout.pdf