

Programa para la detección y tratamiento de la disfagia en un centro de discapacitados gravemente afectados

María Consolación Cano y María Francisca Moreno

Exmo. Ayto. de Alcalá la Real

mariolacano@ymail.com



INTRODUCCIÓN

Las residencias para personas discapacitadas psíquicas gravemente afectadas son centros de servicios sociales especializados, que en régimen de internado, atienden a personas con discapacidad mental tan grave (profundos, severos y medios con graves alteraciones del comportamiento y/o patología física o sensorial asociada) que precisan de la ayuda de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria y no pueden ser atendidos en su medio familiar habitual.

La alimentación es entendida como la ingestión voluntaria de un alimento para conseguir la energía necesaria para poder desarrollar nuestras funciones vitales.

Por otra parte la nutrición es considerada como un acto involuntario ya que se refiere al momento en que nuestras células realizan el aprovechamiento del alimento que hemos ingerido.

La alimentación y la nutrición son procesos fundamentales en el ser humano, ya que sin ellos sería imposible la vida.

En un centro de personas gravemente afectadas cobra un especial interés ya que estas personas por su situación tendrán unos requerimientos especiales.

En este sentido debemos realizar una correcta valoración nutricional, para de este modo poder adecuar las distintas dietas a sus patologías.

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional de un individuo refleja una correcta ingestión, absorción y utilización de los nutrientes.

Es muy importante realizar una valoración inicial que conste de tres partes fundamentales: anamnesis, exploración clínica y medidas antropométricas.

1) Anamnesis

En la anamnesis se recogen todo tipo de datos que tengan que ver con la alimentación:

- Nutrientes que ingiere habitualmente.
- Costumbres y preferencias dietéticas
- Consistencia de los alimentos
- Intolerancias y/o alergias
- Enfermedades que puedan alterar la ingestión, absorción o utilización de los nutrientes.

- Ejercicio físico
- Apetito...

2) Exploración clínica

- Exploración sistemática de los sistemas orgánicos
- Signos de estados carenciales.

3) Medidas antropométricas

- Peso
- Talla
- Índice de masa corporal (IMC)
- Pliegues cutáneos
- Valoración de la grasa corporal
- Perímetros corporales

Para complementar esta valoración podremos utilizar además algunas pruebas de laboratorio:

- Albúmina/ transferrina
- Hemoglobina
- Hematocrito
- Hierro/ ferritina
- Ácido fólico
- Vitaminas
- Oligoelementos

En el transcurso de la valoración del estado nutricional podemos llegar a sospechar de problemas como la disfagia, aunque para su abordaje deberemos realizar una exploración clínica lo más rigurosa posible. Esta exploración siempre puede ser complementada por una exploración instrumental la cual se realiza a nivel hospitalario.

Para la exploración clínica en lo que respecta a la detección de la disfagia tendremos en cuenta:

- La historia médica, incidiendo en neumonías y aspiraciones, intubaciones y sondajes.
- Función motora y control postural.

- Función motora tanto oral como faríngea, sensibilidad, reflejos deglutorios, tos voluntaria, parálisis facial y disartria.
- Test de texturas.

DEGLUCIÓN NORMAL Y DISFAGIA

Deglución

La deglución es el proceso mediante el cual el alimento que ingerimos pasa de la boca al estómago. Es una función muscular compleja en la que intervienen músculos lisos y estriados. En su inicio es un acto voluntario aunque acaba siendo reflejo. Así podemos hablar de fase oral preparatoria y fase oral propulsiva, ambas voluntarias, y de las fases faríngea y esofágica, involuntarias.

Disfagia

El término disfagia proviene del griego *dys* (dificultad) y *phagia* (comer), por tanto podemos definirlo como la dificultad para que pase el alimento de la boca al estómago, normalmente debido a alteraciones orgánicas o dificultades funcionales.

Algunos de los síntomas orientativos de disfagia en cada una de las fases de la deglución los podemos ver en la tabla 1 ⁽¹⁾

SINTOMAS DE DISFAGIA DURANTE LA DEGLUCIÓN		
FASE ORAL	FASE FARÍNGEA	FASE ESOFÁGICA
Asfixia	Atragantamientos	Distrés respiratorio
Atragantamientos	Asfixia con la ingestión	Alteración del patrón respiratorio
Babeo excesivo	Tos	Esfuerzo respiratorio
Falta de control de la lengua	Babeo	Fatiga
Expulsión de la comida	Reflujo nasofaríngeo	Respiración ruidosa
	Distrés respiratorio	
	Roncus	
	Sibilancias	

Tabla 1.

La importancia de la detección de la disfagia radica en la posibilidad de evitar las complicaciones que de la misma se derivan: malnutrición (disfagia a sólidos), deshidratación (disfagia a líquidos), y en casos graves neumonía como consecuencia de las aspiraciones broncopulmonares.

MÉTODOS DE EXPLORACIÓN CLÍNICA

En el presente estudio se han utilizado dos métodos de exploración clínica para la detección de la disfagia, ambos de fácil aplicación a nivel residencial e incluso domiciliario: el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) desarrollado por el doctor Clavé y su equipo^{(2) (3)}⁽⁴⁾, y el test del agua de DePippo.^{(5) (6) (7)}

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

El MECV-V permite identificar de forma precoz a las personas con disfagia orofaríngea y lo podemos repetir tantas veces sea necesario según su evolución. Este test está basado en el hecho de que la disminución del volumen del bolo y el aumento de la viscosidad aumentan la seguridad de la deglución de personas con disfagia.

Durante la aplicación del MECV-V se utilizan bolos de tres viscosidades y tres volúmenes distintos, de este modo detectamos los principales signos/síntomas que nos hacen ver que realmente hay un trastorno de la deglución. Igualmente nos hace determinar la textura y volumen más adecuado para la persona que padece disfagia.

Las cantidades de los bolos a administrar son de 5, 10 y 20 cc en tres texturas diferentes: néctar, pudding y líquido. Estas texturas las conseguiremos con espesante comercial.

Al administrarlos detectamos los signos de alteración de la seguridad y eficacia en cada fase de la deglución.

Observamos entonces la presencia de tos, cambios vocales, residuos orales, deglución fraccionada, dificultad para el sellado labial y residuos faríngeos. En todo momento monitorizaremos la saturación de oxígeno ya que la disminución de la misma es un importante signo de aspiración.

Los signos que detecta el MECV-V son:

1. Inadecuado sello labial y expulsión del bolo
2. Existencia de residuos orales (sobre y bajo la lengua y en las encías) al acabar la deglución
3. Deglución fraccionada
4. Sensación de residuos en la garganta ante la presencia de partículas del bolo en la faringe.

En el caso en que durante la exploración encontremos estos signos de alteración de la eficacia consideraremos la prueba para ese volumen-viscosidad positiva, lo que quiere decir que la persona así no mantendrá un adecuado estado nutricional.

Si presenta alteraciones como tos, cambio de voz o desaturación de oxígeno, la prueba será igualmente positiva teniendo que adecuar la viscosidad y/o el volumen para garantizar la seguridad.

Los resultados obtenidos en la residencia para personas gravemente afectados se muestran en las tablas 2 y 3.

PACIENTE	Días 1-2-3-4								
	NECTAR			LÍQUIDO			PUDDING		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Paciente 1	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 2	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 3	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 4	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 5	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 6	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 7	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 8	DS	DS	AS	AS	AS	AS	DS	DS	AS
Paciente 9	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 10	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 11	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 12	DS	DS	AS	AS	AS	AS	DS	DS	AS
Paciente 13	DS	DS	DS	AS	AS	AS	DS	DS	DS
Paciente 14	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 15	DS	DS	AS	DS	AS	AS	DS	DS	AS
Paciente 16	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 17	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 18	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 19	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 20	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 21	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 22	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
Paciente 23	DS	AS	AS	DS	AS	AS	DS	DS	AS

Lectura: 1: 5ml
 DS: Deglución segura 2: 10ml
 AS: Alteración de la seguridad 3: 20ml

Tabla 2.

PACIENTES	Días 1-2-3-4								
	NECTAR			LÍQUIDO			PUDDING		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
18	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS	DS
2	DS	DS	AS	AS	AS	AS	DS	DS	AS
1	DS	DS	DS	AS	AS	AS	DS	DS	DS
1	DS	DS	AS	DS	AS	AS	DS	DS	AS
1	DS	AS	AS	DS	AS	AS	DS	DS	AS

Lectura: 1: 5ml
 DS: Deglución segura 2: 10ml
 AS: Alteración de la seguridad 3: 20ml

Tabla 3.

Resultados obtenidos:

- 18 Pacientes presentan deglución segura en las texturas citadas
- 2 Pacientes presentan alteración de la seguridad para los líquidos y la última dosis (20ml) de néctar y pudding
- 1 Paciente presenta alteración de la seguridad únicamente para la textura líquido
- 1 Paciente presenta alteración de la deglución en las dos últimas dosis de líquidos y en la última de néctar y pudding
- 1 Paciente presenta alteración de la deglución para las dos últimas dosis de néctar y líquido y para la última dosis de pudding

Test del agua

Al igual que el MECV-V es otra prueba sencilla para determinar la existencia de disfagia, aunque en este caso la textura es siempre líquida y lo único que se modifica es la cantidad del bolo

Para llevarla a cabo es necesario tener a mano un aspirador de secreciones. La persona a la que le realizamos la prueba debe estar incorporada. Con una jeringa de alimentación administramos 10 ml de agua y observamos si hay babeo, el número de degluciones y la presencia de tos y disfonía. Repetimos el bolo de 10 ml cuatro veces y terminamos el procedimiento con la administración de 50 ml. Consideramos la prueba positiva si se presenta cualquiera de los síntomas anteriormente citados. El test del agua se repite en turno de mañana, tarde y noche durante cuatro días.

Con este test debemos tener especial cuidado ya que puede suponer un riesgo importante debido a que lo realizamos con volúmenes grandes y viscosidad baja y el único signo de detección de una aspiración es la tos, esto significa que las personas con alteración en el reflejo de la tos pueden presentar una aspiración silente. Para asegurarnos de que esto no ocurre podemos tomar como referencia la desaturación teniendo en cuenta que si disminuye un 2% es un signo de aspiración y la disminución de un 5% es motivo para suspender la exploración.

En la residencia de personas gravemente afectadas que realizamos el estudio únicamente sometemos a este test a las cinco personas que presentaron disfagia a líquidos en el MECV-V, y a ninguna de ellas pudimos administrarles el último bolo de 50 ml ya que en alguno de los bolos anteriores presentaron babeo, tos, disfonía o degluciones fraccionadas. (Tabla 4)

PACIENTE	Días 1-2-3-4											
	M				T				N			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Paciente 1	B	B	T	T	B	B	T	T	B	T	T	T
Paciente 2	B	T	T	T	B	T	De	T	T	T	T	De
Paciente 3	B	T	De	De	B	B	T	De	B	B	T	De
Paciente 4	B	De	T	T	B	B	T	T	T	De	T	De
Paciente 5	B	B	B	T	B	B	B	B	B	B	T	T

Lectura:

B: Babeo

De: nº degluciones

T: Tos

Dis: Disfonía

Tabla 4.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la disfagia debe ser tanto dietético como rehabilitador y realizarse desde un enfoque multidisciplinar.

Modificación de la dieta

Irà encaminada a modificar la textura y el volumen de los alimentos que ingiere, siendo más viscosa o más líquida en función de las necesidades, lo cual no significa que tenga que disminuir el valor calórico total. En algunas ocasiones podremos utilizar suplementos alimenticios.

Se recomiendan siempre bolos pequeños con texturas más o menos densas ya que el líquido aumenta el riesgo de aspiración. Así como dejar que la persona tosa o se aclare la garganta entre degluciones.

Además debemos ofrecer una amplia gama de sabores para que los alimentos les sean apetecibles. Los ácidos parecen ser estimulantes de la deglución. De igual forma oler y ver alimentos apetitosos estimulan la salivación y con ello la deglución.

Si observamos degluciones fraccionadas o residuos el bolo debe ser pequeño y el alimento que toma nos debe generar un bolo cohesionado.

Para solucionar la incompetencia del sello labial ayudaremos a la persona manualmente al cierre mandibular posicionándonos lateral o anteriormente.

Le animaremos a hacer varias degluciones en seco tras el bolo o a carraspear en caso de presentar residuos faríngeos.

Evitaremos al máximo las distracciones tanto visuales como auditivas durante la comida para que se centre en la deglución eliminando así riesgos.

Rehabilitación

Es de fundamental importancia la alineación corporal de la persona con disfagia ya que de este modo evitaremos posibles aspiraciones.

Algunas de las técnicas posturales que podemos utilizar son la flexión anterior del cuello, que cierra la vía aérea protegiéndola de aspiraciones; o la rotación de la cabeza junto con flexión anterior hacia el lado dañado en caso de que lo haya ya que permite que el bolo pase por el lado no afectado.

Por otro lado animaremos a la persona a mejorar la movilidad, fuerza y tono muscular de labios y lengua entrenándolos para de este modo conseguir el sello labial y la correcta formación y propulsión del bolo.

Encontramos además en el mercado diferentes dispositivos de apoyo como sillas de ruedas, cucharas y mangos de diferentes tamaños y formas, cuencos con soportes, platos con bordes de protección, etc. que pueden ayudar en la fase oral en tanto en cuanto a controlar el tamaño del bolo se refiere.⁽⁸⁾

CONCLUSIONES

Teniendo al alcance de todos técnicas tan sencillas para detectar la disfagia es incomprensible que aún las personas con graves afectaciones sufran de malnutrición y/o deshidratación como consecuencia de una ingesta inadecuada de líquidos y alimentos. Es por ello por lo que la detección precoz de la misma es tan importante. De este modo podremos darle una solución a tiempo gracias a la infinidad de posibilidades que se pueden experimentar con las texturas de las dietas o la rehabilitación. En este sentido cualquier profesional que los atienda estará mínimamente cualificado para al menos sospechar de la existencia de disfagia para de este modo poder dar la voz de alarma.

BIBLIOGRAFÍA

⁽¹⁾ Clavé P, Arreola A, Velasco M, Puiggros C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutr. Cl. 2007; 1(3) 174-182.

- ⁽²⁾ Clavé P, Arreola A; Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) para la detección de la disfagia orofaríngea. Novartis Medical Nutrition, editor 2006, Ref Type: serial (Book, Monograph)
- ⁽³⁾ Clavé P, De Kraa M, Arreola A, Girvent M, Farré R, Palomera E; The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenesis dysfagia. *Aliment Pharmacol. Ther* 2006; 24:1385-94
- ⁽⁴⁾ Clavé P, Arreola A, Velasco M, Quer M, Castellví J, Almirall J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp* 2007; 82 (2): 64-77.
- ⁽⁵⁾ DePippo K, Holas M, Reding M, Mandel F; The burke dysphagia screening test for dysphagia: validation of its use in patients with stroke. *Stroke* 1993; 24 (S52): 173
- ⁽⁶⁾ DePippo K, Holas M, Reding M; Validation of the 2oz water swallow test for aspiration following stroke. *Arch Neurol* 92; 49: 1259-61
- ⁽⁷⁾ Holas M, DePippo K, Reding M; Aspiration and relative risk of medical complications following stroke. *Arch Neurol* 1994; 51 (10): 1051-3.
- ⁽⁸⁾ JBI Valoración y manejo de la disfagia en niños con afectación neurológica. *Best Practice* 13(1) 2009.