

MÓDULO 5: TRATAMIENTO

5.1- Tratamiento

5.1.1- Tratamiento dietético

5.1.2- Tratamiento rehabilitador

5.1.3- Tratamiento quirúrgico

5.1.4- Otros tratamientos

5.1.5- Tratamiento nutricional enteral

5.2- Equipo multidisciplinar

5.3- Seguimiento

5.1 TRATAMIENTO

La deglución es una función fisiológica esencial para la conservación de la vida. Este hecho hace que los trastornos deglutorios tengan un impacto severo sobre el bienestar físico y mental del individuo.

El principal objetivo del tratamiento es reducir o parar la morbilidad asociada a infecciones respiratorias, mejorar y/o mantener un estado nutricional óptimo, e intentar que el paciente retorne a una dieta lo más normal posible, dentro de sus posibilidades. Siempre será un **tratamiento individualizado** y adaptado a sus necesidades energéticas y nutricionales, según el tipo y grado de disfagia.

Actualmente lo mejor es hacer una selección del tratamiento de los pacientes en función de la gravedad de los síntomas y sobre todo en función de las alteraciones de eficacia y seguridad identificando pacientes con:

- Alteraciones de eficacia y con una correcta seguridad. Pueden hacer dieta libre, adaptando y/o suplementando la dieta para mejorarla.

Cuando se ven alteradas las dos características:

- Alteraciones moderadas. Precisan adaptaciones en la consistencia y el volumen (disminuir).
- Alteraciones graves. Requieren estrategias de alteración de la viscosidad y técnicas de tipo postural y rehabilitador.

- Alteraciones muy graves. Alteraciones que no se pueden tratar mediante adaptación de texturas porque directamente no pueden ser alimentados por vía oral y precisan una vía enteral por sonda nasogástrica (cuando es para un breve periodo de tiempo) o una gastrostomía (cuando es para un plazo mayor).

El manejo de la disfagia es un área relativamente nueva en el cuidado médico y se están mejorando continuamente. Las principales estrategias o tratamientos actualmente disponibles son:

5.1.1 Tratamiento dietético

Modificación de las características del bolo: volumen y viscosidad.

Se modifica la consistencia de los alimentos y líquidos a consumir. Esto se realiza en base al diagnóstico realizado con la prueba de consistencia MCEV-V y en base a las pruebas complementarias (VFS). En general, los alimentos de mayor consistencia previenen las aspiraciones al contrario que los líquidos finos.

Recordar que el **objetivo** del tratamiento dietético es:

- Seguir utilizando la vía oral mientras sea posible.
- Mantener y/o mejorar el estado nutricional.
- Evitar las complicaciones espiratorias.

En el siguiente módulo se ampliará este apartado.

5.1.2 Tratamiento rehabilitador:

Maniobras posturales: Indicadas para modificar las dimensiones faríngeas y redirigir el flujo del bolo, así como para proteger las vías respiratorias.

Mejoran la seguridad de la deglución. Tiene un efecto de mejora leve, pero son

seguras de realizar. Reducen las aspiraciones en un 25% de los pacientes afectados.

Su uso presenta un nivel de evidencia científica de recomendación B. Pueden utilizarse incluso en pacientes con un nivel cognitivo deteriorado o con limitaciones de movimiento.

Las más utilizadas son:

- ***Flexión cervical:***

Maniobra que reduce la distancia entre la base de la faringe, acerca la epiglotis y las cuerdas aritenoidales-epiglóticas favoreciendo el cierre de la vía aérea durante la deglución disminuyendo así el riesgo de aspiración. Está indicada en:

- El retraso del disparo reflejo deglutorio.
- La aspiración durante la contracción faríngea.

Se conocen 2 tipos de flexiones:

- Flexión cervical anterior (hacia delante): maniobra que consiste en acercar ligeramente la cabeza hacia el tórax
- Flexión cervical posterior (hacia atrás): flexión ligera hacia atrás, al lado opuesto del tórax

Indicadas en:

- Fallo del sello labial con caída de alimento por la boca.
- Problemas de propulsión por glossectomías parciales.
- No existencia de buen sello nasofaríngeo.

- ***Rotación cefálica hacia el lado lesionado:***

Maniobra que en situaciones de parálisis faríngea unilateral, la rotación de la

cabeza hacia el lado dañado dirige la comida al lado sano evitando el residuo. Está indicada en alteración faríngea o de cuerda vocal unilateral (p.e. ictus). La inclinación cefálica hacia el lado sano pretende fomentar la propulsión del bolo por el lado sano. Está indicada cuando existe debilidad oral y faríngea unilateral (residuo en la boca y faringe por el mismo lado).

- ***Extensión cervical:***

Maniobra que estrecha la faringe, cierra la vallécula e impacta la movilidad del hioides/laringe. Se trata de una hiperextensión cervical. Indicada en pacientes con reducción de la propulsión lingual acompañado por un mal sello labial junto con la caída de alimentos de la boca, un mal sello nasofaríngeo y con problemas de propulsión por glossectomías, pero con buena protección de la vía aérea. Deben demostrar, a través de exploraciones instrumentales, la ausencia de problemas de seguridad a nivel laríngeo.

Inclinación cefálica

En el caso de que la afectación sea unilateral, es decir, solo haya una zona afectada, la inclinación hacia el lado sano puede mejorar el paso del bolo, mejorando así la eficacia de la deglución.

Praxias:

Consisten en el entrenamiento de la movilidad, el tono y la sensibilidad de los órganos que intervienen en la deglución. Van o están dirigidos a mejorar las fases preparatorias y la oral. Así como a los músculos hioideos (conjunto de músculos que favorecen el ascenso y descenso del hioides, de la laringe y también de la mandíbula).

Principalmente, se trata de realizar praxias orofaciales y del cuello que se deben ejercitar repetidamente con el objetivo de mejorar la fisiología de la deglución, pero también se recomienda trabajar combinándolas con estimulación de la sensibilidad y ejercicios de relajación.

Las praxias deben ir dirigidas a mejorar la movilidad, la fuerza, el tono y el recorrido muscular de:

- Labios, para intentar conseguir un sello labial competente, evitando que el alimento se derrame fuera de la boca.

- Lengua, órgano de relevante importancia para la deglución, ya que su adecuada movilidad y su fuerza favorecen la formación y el control del bolo. Permiten la eficacia del sello glosopalatal además de ser la encargada de propulsar el bolo hacia la hipofaringe. Por esta razón, las praxias linguales deben ir dirigidas a mejorar la amplitud de movimiento, la resistencia y la fuerza, en especial la de propulsión.
- Otras praxias que no se pueden dejar de ejercitar, en función de la sintomatología son el control cefálico, el tono velar o la disfonía son aquellas que van dirigidas a mejorar la movilidad del maxilar, el velo del paladar y también las específicas para la aducción de las cuerdas vocales.

Técnicas de incremento sensorial:

Son técnicas útiles en pacientes con sensibilidad oral disminuida o apraxia.

Consisten en estimular el sistema nervioso central antes de la deglución aumentando la consciencia sensorial. Aunque no haya mucha evidencia científica se utilizan bastante. Entre ellas destacan:

- ***Estimulación mecánica de la lengua***, presionando el dorso de la lengua con la cuchara al introducir el alimento. También se puede estimular la lengua con la ayuda de un vibrador específico.

Modificaciones del volumen, temperatura y sabor del bolo. Si es posible conviene dar bolos de diferentes volúmenes y consistencias.

- ***Estimulación mecánica de los pilares faríngeos con frío;***

Se realiza con ayuda de hielo, un espejo faríngeo frío o con una cuchara metálica fría refrigerada en la nevera.

- ***Estimulación térmica y cambios de sabor:***

Se realiza administrando sustancias frías, helados, sorbetes, hielo, sabores ácidos como la lima, piña... desencadenan la deglución.

- ***Estimulación sensorial predeglución***

Hay que tener presente que los olores y la visión del alimento intervienen en esta fase y estimulan la salivación. Se deben evitar distracciones tanto visuales como auditivas.

Maniobras deglutorias

Su objetivo es mejorar la eficacia y seguridad de la deglución mediante el control voluntario sobre determinados aspectos de la deglución. El paciente que participa en estas maniobras debe ser capaz de seguir instrucciones y de realizar un esfuerzo muscular. Pueden utilizarse durante la deglución, pero también para ejercitar la musculatura deglutoria. El efecto terapéutico de estas estrategias es moderado, con un nivel de evidencia B. Sus resultados se ven a medio y largo plazo. Cada vez que el paciente ingiere se deben realizar estas maniobras cuyos objetivos son:

- Proteger la vía aérea y favorecer el cierre laríngeo.
- Facilitar el paso del bolo hacia el esófago de manera rápida y sin que queden residuos.

Las maniobras más utilizadas son:

- ***Deglución de esfuerzo:***

Maniobra que en la que se debe instruir al paciente para que trague contrayendo todos los músculos de la boca y del cuello con la intención de empujar el bolo.

Características de esta maniobra:

- Favorece la propulsión del bolo.
- Favorece la contracción faríngea.
- Evita que se acumulen residuos en la vallécula.
- Aumenta el movimiento posterior de la base de la lengua.

Esta técnica se puede repetir más de una vez denominándose también maniobra de "deglución con esfuerzo" o "deglución en seco" ya que hay una deglución inicial para transportar el bolo hacia el esófago y otras degluciones para aclarar los residuos de la faringe.

- ***Deglución supraglótica y super-supraglótica:***

Estas técnicas son las más utilizadas y su objetivo principal es el cierre de la vía aérea, antes de que el bolo entre en la hipofaringe y mantener el cierre durante el tránsito hipofaríngeo. Estas maniobras disminuyen el riesgo de aspiración gracias a la apnea voluntaria que cierra el vestíbulo laríngeo antes de la deglución. No se pueden utilizar en pacientes con enfermedades coronarias ya que estas maniobras aumentan la presión intratorácica y pueden ocasionarles alteraciones del ritmo cardíaco.

- Deglución supraglótica: la más importante y usada. El paciente tiene que hacer una apnea voluntaria en el momento de la deglución y posteriormente toser para eliminar residuos que hayan quedado acumulados en la glotis o faringe.
- Deglución super-supraglótica: Técnica similar a la anterior, pero a la que se debe añadir una deglución de esfuerzo. Se solicita al paciente que haga una apnea voluntaria, que degluta ejerciendo fuerza al transportar la comida y que tosa voluntariamente después de la deglución. Se puede usar un punto de apoyo muscular de contra resistencia como sujetar la frente para aumentar el efecto de la fuerza a nivel de la musculatura laríngea.

▪ **Maniobra de Mendelsohn:**

Maniobra que tiene como objetivo mejorar la apertura del EES. Consiste en elevar de manera consciente la laringe, aumentando la amplitud del ascenso laríngeo. Al paciente se le enseña a percibir el ascenso mediante el tacto sobre el cartílago tiroides. En esta posición de ascenso se le enseña a tragar y mantener unos segundos la posición de máximo ascenso después de haber tragado. Esta maniobra retrasa el cierre del EES mejorando el vaciado faríngeo y evitando la aspiración post-deglución.

▪ **Maniobra de Masako:**

Maniobra que se puede realizar con o sin alimento. Consiste en deglutir con la lengua cogida entre los dientes. Facilita el movimiento de la base de la lengua y el paso del bolo por la faringe hacia el esófago evitando la acumulación de residuos en la vallécula. Esta técnica puede ser usada para ayudar al movimiento y para fortalecer la base de la lengua.

5.1.3 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico está orientado para mejorar la eficiencia de los siguientes esfínteres en la deglución:

- Esfínter esofágico superior.
- Esfínter velopalatino.
- Esfínter glótico.

Tradicionalmente se utilizaba la dilatación neumática (inserción de un globo pequeño que se infla a nivel de esófago) como tratamiento de primera línea de la acalasia de esófago. La cirugía se reservaba para la disfagia rebelde después de múltiples dilataciones o bien tras la perforación esofágica ocurrida durante la dilatación. Hoy día, la cirugía ha cambiado y la mayor parte de los cirujanos y gastroenterólogos prefieren la miotomía laparoscópica de Heller y la funduplicatura parcial como tratamiento de primera línea.

La miotomía de Heller, soluciona la disfagia en un 85-100% de los pacientes. Los pacientes, por lo general, pueden ingerir alimentos a la mañana siguiente y ser dados de alta después de uno o dos días de la cirugía.

En algunos casos, la falta de peristaltismo esofágico es tan acentuada que la miotomía sola no aliviará la disfagia y el paciente se beneficiará más con la esofagectomía. La indicación de esofagectomía para acalasia es excepcional, incluso si el esófago está dilatado y, sólo deberá hacerse cuando la miotomía fracasa.

La miotomía en fallo de EES está indicada exclusivamente en pacientes con disfagia orofaríngea que presenten:

- Alteración de la apertura del esfínter.
- Disminución de la distensibilidad e incremento de la resistencia al flujo.

- Propulsión lingual y faríngea adecuada.

Es efectiva en paciente sin antecedentes neurológicos y reflejo deglutorio conservado.

La cirugía también se efectúa en pacientes con divertículo de Zenker, con incontinencia del esfínter velopalatino y en esfínter glótico incompetente.

Riesgos de la cirugía

Las complicaciones quirúrgicas más comunes son la aspiración, en el momento de la inducción anestésica, de alimentos retenidos en el esófago y la perforación de la mucosa esofágica.

La disfagia persiste o reaparece en 5% a 10% de los pacientes.

5.1.4 OTROS TRATAMIENTOS

Tratamientos neuroestimuladores

Existen técnicas complementarias que se pueden utilizar durante la terapia deglutoria.

- **Técnicas de biofeedback:** Programas con feedback visual (electromiografía de superficie) permiten entrenar la función motora por ejemplo de labios, elevación laríngea, maniobra de Mendelsohn. La videoendoscopia también puede usarse para proporcionar biofeedback, observando el cierre de las cuerdas vocales antes de la deglución.
- **Estimulación eléctrica funcional:** Se utiliza recientemente esta técnica para potenciar determinados grupos musculares que participan en la deglución. Se puede ejercer un estímulo continuo o únicamente durante los intentos deglutorios. Los electrodos utilizados pueden aplicarse en la piel o insertarse directamente en el músculo. Hay pocos estudios y los resultados son contradictorios.
- **Estimulación magnética transcraneal:** Es una terapia en fase experimental. El equipo de Fraser (2002) observó un descenso de aspiraciones del 30% en pacientes con ictus comparando voluntarios sanos mediante estimulación magnética transcraneal. Se constató un aumento de la excitabilidad y representación faríngea cortical en el

hemisferio sano. Los resultados sugieren que la estimulación eléctrica puede tener un rol en el tratamiento rehabilitador en algunos pacientes.

Toxina botulínica:

La toxina botulínica A (BTX-A) ha sido utilizada como alternativa quirúrgica para tratar la disfunción del EES desde 1994. Es una neurotoxina que bloquea la transmisión neuromuscular por inhibición de la liberación de acetilcolina en las terminaciones nerviosas colinérgicas presinápticas. El bloqueo neuromuscular es temporal y dura entre 2 y 6 meses.

La inyección de BTX-A por vía percutánea o endoscópica reduce la contracción tónica de EES. Se utiliza en diversas patologías caracterizadas por espasmo muscular, incluyendo tortícolis, blefaroespasma, disfonía espasmódica y acalasia. En disfagia se usa principalmente cuando el paciente sigue aspirando secreciones orofaríngeas a pesar de la cirugía. Es bastante eficaz y con escasos efectos secundarios. Diversos estudios relacionan su uso con mejoría en la disfagia secundaria a disfunción del músculo cricofaríngeo causado por diversas patologías: ictus, enfermedades neurológicas; ELA, Parkinson y en lesiones secundarias a cirugía en la región cervical.

Tratamiento nutricional enteral

En casos de disfagia severa donde no se puede administrar alimentación de forma segura y eficaz se indicará la nutrición enteral. Así mismo, en caso de no cubrir los requerimientos nutricionales con la dieta habitual, se utilizará nutrición enteral como complemento de la dieta.

En el próximo módulo se desarrollará este tema.

5.2 EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

La participación de los diferentes profesionales sanitarios en el abordaje de los diferentes aspectos de la asistencia ha fomentado el desarrollo progresivo de la metodología del trabajo en equipo. Esta forma de trabajar permite un

abordaje completo dirigido a ofrecer una atención integral en la que todos los profesionales trabajan para conseguir un objetivo común para el enfermo. Así que no sólo se habla de multidisciplinariedad si no de trabajo en equipo interdisciplinar, donde se trabaja un área común de forma interdependiente, pero con interacción entre ellos de manera formal e informal. Se valora al enfermo por separado, pero intercambiando la información de una forma sistemática y ofreciendo el mismo mensaje al paciente.

Ventajas del trabajo en equipo:

- Acceso a un mayor número de servicios y profesionales.
- Mayor eficiencia por la mayor integración y coordinación de servicios para el paciente.
- Mayor comunicación y soporte entre profesionales y cuidadores.
- Mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad.

Todo el personal implicado debe estar formado para el manejo de la disfagia. El examen clínico debería ser realizado por todo el personal sanitario más próximo al paciente y debería considerarse un procedimiento de enfermería habitual en aquellas áreas hospitalarias con mayoría de pacientes vulnerables.

El equipo multidisciplinar debe incluir varios dominios profesionales:

Médicos de diferentes especialidades (geriátrica, neurología, cirugía, otorrinolaringólogos, digestivos, rehabilitadores...)

- Enfermería.
- Dietistas-Nutricionistas
- Logopedas.
- Auxiliares.
- Fisioterapeutas

- farmacéuticos

Se recomienda que sea el equipo en su conjunto el que sea capaz de valorar la disfagia más que centrarlo en una sola persona que ofrezca todas las opciones diagnósticas y terapéuticas. No hay un consenso o evidencias concretas de formación específica así que cada profesión aportará información de su campo.

En la práctica se observa que suele pasar mucho tiempo hasta que el paciente es diagnosticado de disfagia y suele ser cuando ya presenta algún síntoma asociado evidente, por ejemplo, una desnutrición o neumonías de repetición. Además, se ha constatado que la gran mayoría del personal clínico no tiene conocimiento y piensa que la disfagia no tiene tratamiento específico sin saber que puede haber actuaciones que pueden aumentar la calidad de vida del paciente.

Los objetivos del equipo de disfagia incluirán:

- Identificación temprana de los pacientes con síntomas de disfagia.
- Diagnóstico de cualquier etiología médica o quirúrgica responsable de disfagia que pueda responder a un tratamiento específico.
- Caracterización de problemas biomecánicos responsables de la disfagia funcional de cada paciente.
- Consensuar el tipo de tratamiento y seguimiento a realizar entre todo el equipo para ofrecer asistencia al paciente con una deglución segura y efectiva cuando sea posible o bien una ruta alternativa a la alimentación.

Todo esto debería estar protocolizado en los centros sanitarios con alta prevalencia de disfagia; hospitalización, residencias, ambulatorios... Se recomienda desarrollar unidades de disfagia que puedan atender las necesidades de una comunidad dando soporte a la misma y al personal sanitario que lo precise.

5.3 SEGUIMIENTO

El plan de alta debe identificar los objetivos a cumplir por el paciente, así como para los profesionales que intervienen, definir y programar controles de seguimiento, facilitar información escrita y detallada de las necesidades y de

la pauta a seguir. Por ello, es preciso que haya una continuidad asistencial para un buen control de los pacientes, desarrollando, por ejemplo, un centro de disfagia como punto de referencia para la comunidad. Así mismo, se debe insistir en la formación a los propios pacientes, cuando sea posible, y a los cuidadores, para identificar signos y síntomas que puedan ocasionar complicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- Gutiérrez Bezón C, Jiménez Rojas C. y Corregidor Sánchez A. El equipo interdisciplinar, capítulo 7 en Tratado de geriatría para residentes. Editado por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2007 pp89-93
- Singh S. Dysphagia in stroke patients. *Postgrad Med J* 2006;82:383-391
- Clavé Civit P. y Quer Agustí M. Tratamiento quirúrgico de la disfagia orofaríngea. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea editado por Nestle. Ed Glosa, 2011. pp169:73.
- Clavé Civit P., Arreola García V. y Velasco Zarzuelo M. Tratamiento rehabilitador. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea editado por Nestlé. Ed Glosa, 2011. pp155:68.
- Clavé Civit P. y Peris Garcia P. El equipo multidisciplinar de manejo de los pacientes con disfagia orofaríngea. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea editado por Nestle. Ed Glosa, 2011. pp51:57.
- Luis A. Vázquez Pedreño, Juan M. Ruiz Ruiz, Elena García Ruiz. Disfagia Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario "Virgen de la Victoria". Málaga. www.medynet.com
- Terré Bolliart R. Disfagia orofaríngea secundaria a daño cerebral: diagnóstico, evolución, factores pronósticos y tratamiento con toxina botulínica. Tesis doctoral de la UAP, departamento de medicina 2009.
- Schindler A., Vincon E., Grosso E. y Miletto AM. Rehabilitative Management of Oropharyngeal Dysphagia in Acute Care Settings: Data from a Large Italian Teaching Hospital. *Dysphagia* (2008) 23:230-236.

- Ashbaugh Enguídanos A., Cabello Neila J.M, González Blázquez S., Gutiérrez Fonseca R., López Mongil R., López Trigo J.A, Martínez Burgui C., Ramos Cordero P. Envejecimiento y Nutrición: Intervención nutricional en el paciente con disfagia. © Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Coordinación editorial: IMC. ISBN: 978-84-7867-255-4