



---

Universidad de La Laguna

# LA DISFAGIA. REPERCUSIONES Y TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y PARKINSON

---

**Raquel Sieiro Marrero y Lourdes Sosa Álvarez.**  
**Tutor Académico: M<sup>a</sup> de los Ángeles Ruiz-Btez. de Lugo Comyn**

---

TRABAJO FIN DE GRADO  
GRADO EN LOGOPEDIA  
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA  
CURSO 2015/2016

20 DE JUNIO DE 2016

---

## Índice

1. Introducción	Pág. 3
2. La deglución	Pág. 4
3. La disfagia	Pág. 4
4. Etiología de la disfagia orofaríngea en el Parkinson y el Alzheimer	Pág. 6
5. Contexto familiar	Pág. 8
6. Tratamiento Rehabilitador	Pág. 10
6.1 Estrategias posturales	Pág. 11
6.2 Praxias neuromusculares	Pág. 12
6.3 Técnicas de incremento sensorial	Pág. 12
6.4 Maniobras deglutorias compensatorias	Pág. 13
6.5 Propuesta de intervención nutricional	Pág. 14
6.6 Nutrición Enteral	Pág. 14
6.7 Ayudas técnicas para la alimentación	Pág. 15
7. Discusión y conclusiones	Pág. 15
8. Referencias	Pág. 17
9. Anexos	Pág. 20

## **Resumen**

La disfagia es el término con el que se designa a la dificultad para tragar o desplazar el bolo desde la boca hacia el estómago. Esta alteración tiene una alta incidencia en algunas enfermedades neurodegenerativas.

La finalidad de este trabajo de revisión teórica es realizar una comparación de las características de esta sintomatología en las enfermedades de Parkinson y Alzheimer. Así como comentar las bases generales de un tratamiento óptimo.

Podemos concluir, que para llevar a cabo una adecuada rehabilitación de la deglución, es importante la coordinación entre los profesionales implicados en el tratamiento. Siendo fundamental el papel del logopeda, ya que este será quien lo acompañe de manera más cercana durante el proceso rehabilitador.

## **Palabras Clave:**

Disfagia, Parkinson, Alzheimer, envejecimiento, nutrición, enfermedades neurodegenerativas.

## **Abstract**

Dysphagia is the term that is used to name the difficulty or disability to swallow or move the bolus from the mouth to the stomach. This alteration has a high incidence in some neurodegenerative diseases.

The purpose of this review is to compare the characteristics of dysphagia in Parkinson and Alzheimer's disease. And comment on the general basis for an optimal treatment.

It can be concluded that for a proper rehabilitation of swallowing in these diseases, a coordination between the professionals involved in the treatment is important. The speech therapist role is fundamental, as it's the professional who will accompany the affected during the rehabilitation process.

## **Key Words:**

Dysphagia, Parkinson, Alzheimer, ageing, nutrition, neurodegenerative diseases.

## 1. Introducción

El envejecimiento es un proceso natural del ser humano, que cada persona experimenta de forma diferente. Debido a la creciente longevidad que se observa en las sociedades occidentales, cada vez es más complicado identificar el comienzo de esta etapa basándose exclusivamente en la edad poblacional. En la actualidad, se considera que se podría hablar de vejez cuando se han producido el 60% de las modificaciones fisiológicas atribuibles a la edad (Martín & Hernández, 2010).

Este aumento de la expectativa de vida se debe a distintas causas, entre ellas se pueden citar: la mejora de los estándares de calidad de vida, la disminución de la mortalidad infantil y la mejora de los cuidados médicos. Sin embargo, este aumento en la longevidad también tiene ciertas consecuencias negativas, ya que favorece la aparición de enfermedades como hipertensión, diabetes, etc. Se estima que el 65% de la población entre 65 y 84 años sufre enfermedades crónicas. Asimismo, el envejecimiento provoca diversas modificaciones en el ser humano tanto a nivel físico, psicosocial y, en ocasiones, emocional (Martín & Hernández, 2010).

Con respecto a los cambios físicos que se producen en esta etapa, y que merman la salud y el bienestar de la persona, podemos destacar: pérdida en la sensibilidad de los sentidos, pérdidas dentales que dificultan la masticación, problemas al tragar los alimentos, dificultad al moverse, etc. Estos cambios afectan al proceso de alimentación, lo que origina un mal estado nutricional y de salud. Cuando esta situación se prolonga, la calidad de vida del afectado puede verse comprometida. Por todo ello, mantener una buena alimentación durante la vejez es de vital importancia (Martín & Hernández, 2010).

Esta transición demográfica hacia el envejecimiento de la población en España se ha ido produciendo en el transcurso del siglo XX. Según los datos aportados por Fernández et al. (2014) en su estudio "*Informe 2012. Las personas mayores en España, datos estadísticos estatales y comunidades autónomas*", en 1981 un 11,2% de la población española era mayor de 65 años. Este porcentaje ha ido aumentando con el paso de los años, pues en el 2014 las personas mayores de 65 años representaban el 18,1% de la población según el Instituto Nacional de Estadística (INE) (Abellán & Puyol, 2015). De esta manera, España se convierte en el cuarto país más envejecido del mundo. Asimismo, la ONU prevé que en el año 2050 un 30% de los españoles serán personas mayores de 65 años (Fernández, Parapar, & Ruíz, 2010).

Debido a este envejecimiento poblacional, de la Uz (2009) pone de manifiesto un elevado número de afectaciones asociadas a la tercera edad, en las que se produce un mayor índice de enfermedades de corte neurológico y un deterioro de las funciones secundarias. Algunas de las funciones que se pueden ver mermadas son: disminución del funcionamiento renal, circulatorio, dificultades en la respiración y alimentación, etc.

El objetivo de nuestro trabajo será conocer las similitudes y diferencias de la repercusión disfágica en las enfermedades de Parkinson y Alzheimer. Para ello, a continuación introduciremos los distintos conceptos básicos necesarios para poder entender la deglución y las consecuencias que acarrea un déficit en la misma.

## 2. La deglución

La deglución es el resultado de una serie de acciones precisas y automáticas, que aprendemos a lo largo de nuestro desarrollo biológico.

Según afirma Barroso (2009), la deglución normal es un rápido y complejo proceso neuromuscular de movimientos voluntarios en las fases iniciales, y de movimientos reflejos o involuntarios en las fases más avanzadas de esta. Se requiere la coordinación de 26 músculos de la boca, faringe, laringe y esófago; junto con una inervación procedente del SNC y SNP, consiguiendo que la faringe se reconfigure y sea capaz de hacer las funciones deglutoria, respiratoria y de fonación en milésimas de segundo. Se necesita que la persona se encuentre en un estado de alerta cognitiva para el reconocimiento visual de la comida y de la situación de comer, junto con respuestas fisiológicas al olor y a la presencia de los alimentos.

Por su parte, Laborda & Gómez (2006) comentan que la deglución consiste en el desplazamiento del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. Es un acto complejo que realizamos más de mil veces a lo largo del día, incluso cuando dormimos. Para que se realice de modo seguro (protección de las vías respiratorias) y eficaz (que cumpla su objetivo de alimentar o hidratar), es necesaria la coordinación de múltiples mecanismos neuromotores, en los que participan 40 grupos musculares de 3 regiones anatómicas, inervados por las ramas motoras o sensitivas de 5 pares craneales (V, VII, IX, X y XII).

Este acto coordinado se divide en cuatro fases, las cuales se clasifican en voluntarias e involuntarias. Las etapas voluntarias son: *la fase oral preoperatoria*, que se refiere a la masticación y formación del bolo y *la fase oral propulsiva*, que alude al movimiento de la lengua que desplaza el bolo hacia la faringe. En lo referente a las etapas involuntarias se encuentra *la fase faríngea*, en la que tiene lugar el cierre de la nasofaringe y la vía respiratoria. A su vez, se produce la apertura del esfínter esofágico superior (EES) y se contraen los músculos constrictores faríngeos. Estos procesos permiten que los residuos del bolo que se quedan en la hipofaringe y en los senos piriformes puedan eliminarse; y *la fase esofágica*, que se inicia con la apertura del EES, seguida de la peristalsis esofágica. Es importante señalar que tanto en la primera como en la última fase (fase oral preparatoria y fase esofágica), las vías respiratorias permanecen abiertas. Asimismo, cabe destacar que una afectación en cualquiera de estas fases podría ocasionar una disfagia (Barroso, 2009).

En la deglución, tanto la posición corporal como la integridad física y psíquica juegan un papel fundamental. Sin embargo, debido a las enfermedades neurológicas y a la debilidad muscular que llegan a sufrir las personas de edad avanzada, este acto coordinado pierde su eficacia y precisión, dando lugar a la dificultad denominada disfagia (Barroso, 2009).

## 3. La disfagia

La palabra disfagia, que proviene de las palabras griegas dys (dificultad) y phagia (para comer), se define como la dificultad o la imposibilidad de deglutir líquidos, comida o medicamentos durante la fase orofaríngea o esofaríngea de la deglución (Forster, Samaras, Gold, & Samaras, 2011).

Según postula Barroso (2009), la disfagia es un síntoma, no una enfermedad, caracterizado por la imposibilidad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos. Producida por una afectación estructural o funcional de una o más fases de la deglución, y que provoca una dificultad en el paso de los alimentos de la boca al estómago. Asimismo, es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos, a pesar de su enorme impacto en la capacidad funcional, calidad de vida y salud de los pacientes que la padecen.

Por otro lado, Laborda & Gómez (2006) afirman que la disfagia es la dificultad para realizar, de manera segura y eficaz, el proceso normal de la deglución del bolo alimenticio, los líquidos, la saliva o cualquier fármaco. Es un síntoma que aparece en situaciones y patologías muy variadas y adquiere importante relevancia clínica, ya que puede tener repercusiones graves para la salud, afectando significativamente a la calidad de vida de quien la presenta.

La disfagia es clasificada anatómicamente en orofaríngea o esofágica según su localización. La disfagia orofaríngea, o de transferencia, se relaciona con el inicio de la deglución, es decir, el movimiento de unificación de un bolo alimenticio desde la hipofaringe hasta el esófago. Mientras que la disfagia esofágica surge en el cuerpo del esófago, y se refiere a la dificultad que se produce en el paso de alimentos hacia el estómago (Aslam & Vaezi, 2013).

Asimismo, es una alteración con una alta prevalencia en ancianos, al igual que en enfermos neurológicos, siendo su afectación la siguiente: enfermedad de Parkinson 52-82%, ELA 60%, Miastenia Gravis 40%, Esclerosis Múltiple 44%, enfermedad de Alzheimer 84%, ancianos institucionalizados >60%, tratamiento quirúrgico o radioterápico por tumores laríngeos, orofaríngeos y área maxilofacial 80% (Clavé & García, 2011).

Además, el índice de afectación de la disfagia en la tercera edad es de un 68% en los residentes de hogares de ancianos, un 30% en los ancianos ingresados en el hospital, un 64% en pacientes mayores después de sufrir un accidente cerebrovascular, y un 13-38% en los ancianos que viven de forma independiente (Sura, Madhavan, Carnaby, & Crary, 2012).

Algunas de las complicaciones que se producen como consecuencia de una disfagia son la desnutrición y la deshidratación. Sin embargo, cuando la alteración afecta a la respiración, puede poner en peligro la seguridad de la persona. Estas dificultades son graves y acarrear un gran índice de mortalidad en la población (Barroso, 2009).

Según Ramritu, Finlayson, Mitchell, & Croft (2000) algunos signos observables que indican si una persona puede presentar síntomas de disfagia son:

- Dificultad para controlar las secreciones orales o la salivación.
- Ausencia o debilidad de la deglución o tos voluntaria.
- Cambios en la calidad/tono de la voz (ronquera/afonía).
- Movimientos disminuidos de la boca y de la lengua.
- Lengua caída/reflejos orales primitivos.
- Carraspera frecuente.
- Higiene oral pobre.
- Cambios en los patrones de alimentación

- Temperatura elevada.
- Pérdida de peso y/o deshidratación.
- Infecciones respiratorias frecuentes.

Mientras bebe o come:

- Lentitud para iniciar la deglución y/o retraso en la deglución (más de cinco segundos).
- Descoordinación en los movimientos de masticación o deglución.
- Muchas degluciones para tragar un solo bocado.
- Colocar la comida en los carrillos.
- Regurgitación oral o nasal de alimentos/líquidos.
- Demasiado tiempo empleado para comer o beber.
- Toser o estornudar durante la alimentación.

Tras la ingesta de alimentos o bebidas:

- Afonía o voz ronca.
- Fatiga.
- Cambios en el patrón respiratorio.

Esta revisión teórica se ha llevado a cabo a partir del uso de la literatura específica que se encuentra disponible en inglés y español. A esta información se ha accedido a través del punto Q de la ULL, Google académico, libros y artículos específicos del tema.

Como se comentó con anterioridad, el eje central de nuestra revisión es la disfagia. No obstante, dentro de este tema, nos centraremos en su influencia en la enfermedad de Alzheimer y Parkinson. En el siguiente punto presentaremos las características de dichas enfermedades, para poder conocer las dificultades a las que se enfrentan estas personas día tras día y apreciar como algunas de ellas afectan directamente a la deglución. Partiremos del estudio de la disfagia orofaríngea, ya que es la que se asocia con mayor frecuencia a los trastornos neurológicos y/o al envejecimiento.

#### **4. Etiología de la disfagia orofaríngea en el Parkinson y el Alzheimer**

En los pacientes ancianos y con afectaciones neurológicas, existe un reflejo deglutorio más tardío. Este aumento de tiempo necesario para que se produzca el cierre del vestíbulo laríngeo y la apertura del EES, será el mecanismo que revelará las penetraciones y aspiraciones de alimentos en las vías respiratorias. No obstante, el envejecimiento por sí solo no causa una disfagia con necesidad de tratamiento médico. Aunque hay estudios neurofisiológicos que muestran que la edad empeora los parámetros de la deglución, es decir, una deglución más lenta y un desplazamiento del bolo más tardío (Yeates, Molfenter, & Steele, 2008).

El Alzheimer es una condición patológica de carácter neurodegenerativo que produce una serie de alteraciones en el funcionamiento físico (alteraciones sensoriales, debilidad, parálisis, problemas de equilibrio y coordinación), cognitivo (pérdida de memoria, problemas de atención y concentración) y comportamental (ansiedad,

depresión y cambios de personalidad) de quien la padece (Moreno, Arango, & Rogers, 2010).

Aunque se desconocen las causas de esta enfermedad, su aparición puede estar favorecida por diversos factores; se ha comprobado que existe una mayor afectación en el género femenino y se manifiesta con la misma incidencia en todas las razas. Asimismo, predomina en los mayores de 60-65 años, pero también existe lo que se denomina Alzheimer prematuro, surgiendo a la edad de 40 años. Por otro lado, se defiende que el factor genético puede repercutir en cierta medida en la aparición de esta enfermedad (Peña, 1999).

Asimismo, en algunas de las primeras investigaciones se demostraba que la influencia de la disfagia en esta enfermedad se producía en las etapas finales de la misma. Sin embargo, resultados de investigaciones actuales muestran que esta sintomatología puede aparecer en las etapas iniciales de Alzheimer (Barroso, 2009).

Por otro lado, el Parkinson es una enfermedad crónica que daña al sistema nervioso central, afectando de diferente manera a las personas que la padecen. Esta afección se caracteriza por la degeneración de un tipo de células, localizadas en la sustancia negra, que segregan dopamina. Esta sustancia es necesaria para el control adecuado de los movimientos, por ello cuando se produce una reducción del nivel de dopamina, se producen temblores y rigidez corporal, lentitud de movimiento e inestabilidad postural. La evolución puede ser muy lenta en algunos pacientes y en otros puede desarrollarse más rápidamente. No obstante, esta enfermedad no provoca la muerte del afectado (Catalán & Rodríguez del Álamo, 2004).

Como afirma Tupia & Chaná (2004), la enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente. Se caracteriza por ser una enfermedad progresiva y crónica, causada por la lenta degeneración de las neuronas cerebrales de un grupo específico; más concretamente, de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra (pars compacta). Se sabe que, para que los signos clínicos se hagan evidentes, se requiere una pérdida superior al 80% de las neuronas de esta área.

A pesar de todos los avances de la neurología, hoy en día se desconoce la etiología de la enfermedad, por lo que también se desconoce cómo prevenirla. Afecta tanto a hombres como a mujeres, y más del 70% de las personas diagnosticadas de Parkinson superan los 65 años de edad. Sin embargo, no es una enfermedad exclusivamente de personas de edad avanzada, ya que el 30% de los pacientes diagnosticados son menores de 65 años (Catalán & Rodríguez del Álamo, 2004).

Se puede destacar que los afectados por la enfermedad de Parkinson, son conscientes de sus dificultades para alimentarse en etapas tardías de la misma. No obstante, se ha comprobado que la disfagia aparece en las fases más incipientes de esta enfermedad (González, Prieto, Velasco, Jorge, & Cubo, 2009).

En cuanto a los problemas para la alimentación que presentan los afectados por Alzheimer, se destaca que pueden estar relacionadas con el deterioro cognitivo, déficit motor (como debilidad o apraxias), pérdida de apetito, y/o evitación de alimentos. Como resultado, estos pacientes pueden experimentar pérdida de peso y aumento de

dependencia para la alimentación, así como el desarrollo de una neumonía (Sura et al., 2012).

En el Parkinson se produce una situación similar, pues debido a la pérdida de control motor que provoca esta enfermedad, la autoalimentación de los afectados se ve mermada.

A continuación, presentamos una tabla en la cual resaltamos las diferencias y similitudes más significativas de estas dos enfermedades:

**Tabla1.** Diferencias y similitudes entre el Parkinson y Alzheimer (elaboración propia).

	<b>Parkinson</b>	<b>Alzheimer</b>
<b>Diferencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Son personas independientes aun teniendo esta enfermedad.</li> <li>-Afecta exclusivamente al movimiento y al control postural.</li> <li>-A pesar de afectar en la vejez, también predomina en personas más jóvenes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La enfermedad les produce una pérdida de consciencia en sus actos, volviéndose personas dependientes.</li> <li>-Produce alteraciones a nivel físico, cognitivo y comportamental.</li> <li>-Predomina en personas &gt;60 años.</li> </ul>
<b>Similitudes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se desconoce la causa de la enfermedad.</li> <li>-Los problemas de la alimentación son causados por dificultades a nivel motor.</li> <li>-La familia juega un papel fundamental.</li> </ul>	

En estas enfermedades el papel de las familias es fundamental, pues aportan ayuda y apoyo a las personas afectadas. No obstante, los familiares que se ofrecen a cuidar a sus allegados con estas patologías, no siempre están preparados para afrontar las tensiones y esfuerzos que pueden llegar a sentir en este proceso. Por esta razón, seguidamente se hará alusión a las características emocionales más comunes de las personas con Alzheimer y Parkinson, así como del entorno que se hará cargo de los cuidados de los afectados.

## **5. Contexto familiar**

Debido al envejecimiento poblacional actual y al incremento de enfermedades degenerativas, el papel del cuidador no profesional (los familiares) ha ido ocupando un puesto de mayor relevancia en el cuidado de estas personas.

Asimismo, no existe un tratamiento “que haga desaparecer” la enfermedad de Alzheimer, pues debido a su carácter progresivo, la gran mayoría de los pacientes

reciben tratamientos paliativos, quedando su cuidado y supervisión a cargo de sus familiares (Moreno et al., 2010).

Dichos cuidadores no profesionales, están sometidos a una situación de estrés crónico con importantes repercusiones en su estado físico y emocional. Esta situación les produce elevados índices de ira, ansiedad, depresión y menos niveles de bienestar subjetivo y autoeficacia. Además, existen investigaciones que apuntan que estos síntomas se intensifican cuando la persona a la que se le prestan los cuidados presenta demencia (Fernández & Crespo, 2011).

Por otro lado, diversos autores señalan que aunque los cuidados provocan una gran fuente de estrés, también proporcionan experiencias positivas. La posibilidad de auxiliar a una persona que lo necesita, y más aún cuando es alguien allegado, al igual que acompañarla en los últimos momentos de su vida, puede ser percibida por sus familiares como una oportunidad de crecimiento personal, convirtiéndose en un sentimiento de bienestar y satisfacción (Fernández & Crespo, 2011).

La investigación desarrollada por Cohen, Colatoni & Vernich (2002), se realizó con el objetivo de identificar los aspectos positivos del cuidado de personas mayores y examinar la forma en la que estos están relacionados con las opiniones de los cuidadores. Se empleó una muestra de cuidadores que también participó en el Estudio Canadiense de Salud, conformada por un total de 289 personas. Se demostró que un 73% de los cuidadores, reportaban al menos un sentimiento positivo de dicha experiencia. Esta satisfacción se relacionó con la sensación de compañía, utilidad y de estar cumpliendo con su deber (Crespo & Fernández, 2011; Cohen et al., 2002).

La percepción de estos sentimientos positivos origina una disminución de los niveles de estrés y depresión, compensando los efectos negativos que se producen en el estado emocional de los familiares y allegados que cuidan a estas personas. No obstante, aunque esta enfermedad acarrea diversas percepciones negativas en los familiares, también lo hace en la persona que la padece. Un enfermo de Alzheimer siente cómo de manera gradual sus capacidades se van reduciendo, dando lugar a problemas cognoscitivos, emocionales y comportamentales (Moreno et al., 2010).

Moreno et al. (2010) manifiestan que a medida que la enfermedad avanza, los familiares y el afectado sufren por la degeneración que este último padece de forma progresiva. Hasta que el enfermo deja de ser consciente de lo que sucede a su alrededor y se vuelve totalmente dependiente de su cuidador, originándole una mayor responsabilidad. En la etapa leve, los síntomas y alteraciones de la memoria, cambios leves de personalidad y la desorientación espacial requieren solamente el acompañamiento del paciente. En una etapa moderada, la presencia de síntomas de afasia, apraxia, confusión, agitación e insomnio comienzan a interferir de manera más frecuente en la vida cotidiana del afectado y, por lo tanto, requieren mayor atención por parte del cuidador. Ya en la etapa severa de la enfermedad, la agitación, la incontinencia, la disfagia y el compromiso motor que presentan estas personas, requiere una asistencia casi permanente por parte del cuidador. Por último, en la etapa terminal, el mutismo, las infecciones recurrentes, el compromiso completo de la funcionalidad y la postración en cama llevan a una dedicación exclusiva y permanente al paciente.

Debido a este progresivo deterioro en sus familiares, los cuidadores demandan una serie de necesidades en la asistencia a estas personas. Asimismo, una investigación realizada por Haberman & Davis (2005), cuya muestra estaba formada por 20 cuidadores de personas con Alzheimer y 20 cuidadores de personas con Parkinson, pone de manifiesto que los asistentes de personas con estas enfermedades solicitan información sobre la enfermedad y el entrenamiento del manejo práctico del paciente (Moreno et al., 2010).

Raivio et al. (2007), concluyen en su estudio realizado con 1181 cuidadores de enfermos con EA, que las necesidades expuestas por estas personas se centran en la realización de fisioterapia para los pacientes, apoyo económico, tener ayuda en las tareas domésticas y el acceso a los servicios de cuidados externos que les permitieran algún grado de independencia (Moreno et al., 2010).

En definitiva, la falta de apoyo social, de información, y tratamiento sobre la enfermedad, provocan en los cuidadores no profesionales un incremento del nivel de estrés, ansiedad y sentimiento de estar atrapado en el rol. Estas necesidades insatisfechas de los cuidadores, conllevan al abandono de sus responsabilidades y a una mayor mortalidad de los pacientes (Moreno et al., 2010).

En el caso de la enfermedad de Parkinson se da una situación similar en lo que a las necesidades de los cuidadores respecta, pues estos con el avance de la enfermedad dedican su tiempo personal al cuidado íntegro de sus familiares (Anaut & Méndez, 2011).

Asimismo, las personas que padecen esta enfermedad son más conscientes de lo que les sucede. Por ello, su bienestar depende de la actitud y motivación con la que decidan aceptarla (Anaut & Méndez, 2011).

Debido a las necesidades que muestran estos cuidadores, es indispensable la elaboración y aplicación de un plan de trabajo acorde a las enfermedades y características que presentan los afectados. A continuación, se presentarán las distintas técnicas y tratamientos que favorecerán la disminución de la incidencia de estas dificultades, proporcionando una mayor calidad de vida tanto a los pacientes como a sus familiares.

## **6. Tratamiento Rehabilitador**

Al realizar un tratamiento se deben evaluar los aspectos que determinan la selección de las técnicas más adecuadas para cada paciente: estado cognitivo, estado de alerta, aspectos conductuales y emotivos, grado de conciencia del trastorno de la deglución, capacidad de aprendizaje, grado de motivación, grado de fatiga y soporte familiar o de los cuidadores. Según el grado de relevancia se seleccionarán unas u otras (Clavé & García, 2011).

En la actualidad, existe una gran controversia sobre la efectividad del tratamiento de la disfagia en la prevención de la desnutrición y la neumonía aspirativa (NA) en los ancianos (García, Velasco, Velasco, & Clavé, 2011).

Una reciente resolución del Consejo de Europa sobre los cuidados nutricionales hospitalarios, propone el desarrollo de guías para la identificación de las disfagias como origen de malnutrición, la homogeneización de las viscosidades y texturas necesarias, la monitorización de la ingesta caloricoproteica y la disponibilidad de texturas y viscosidades apropiadas para cada tipo de paciente. Estas recomendaciones están encaminadas a minimizar el impacto de la disfagia y mejorar la calidad de vida de los pacientes, siendo posible aplicarlas de forma extrahospitalaria una vez el paciente ha recibido el alta (Clavé & García, 2011).

Los beneficios de las técnicas compensatorias son inmediatos. Sin embargo, sus resultados no son definitivos en la corrección de la alteración deglutoria. Se debe señalar que los individuos con Alzheimer no son buenos candidatos para llevar a cabo estos programas, ya que no son capaces de seguir las instrucciones requeridas para realizar los ejercicios de rehabilitación (Easterling & Robbins, 2008).

Asimismo, los objetivos del tratamiento de la disfagia en estos enfermos serán dos. Mantener y/o recuperar un estado de hidratación y nutrición adecuado, e intentar prevenir las infecciones respiratorias y las NA. Por lo tanto, es necesario adoptar una serie de medidas posturales, higiénicas, dietéticas y de soporte nutricional (García et al., 2011).

De acuerdo con lo comentado por García et al. (2011), se han de tener en cuenta las siguientes pautas generales:

- Asegurar una posición corporal de seguridad a la hora de las comidas.
- El afectado debe estar atento a la situación que se está desarrollando en el momento, respondiendo a órdenes sencillas.
- Se deben evitar las distracciones durante las comidas.
- No emplear jeringuillas ni pajitas.
- El ambiente ha de ser cómodo y tranquilo.
- El paciente ha de estar vigilado durante las comidas.
- Imprescindible mantener una higiene bucal extrema, para evitar las infecciones respiratorias en caso de aspiración.

A continuación, se presentarán diversas estrategias y técnicas de tratamiento, que ayudarán a reducir los problemas disfágicos durante la alimentación:

### **6.1 Estrategias posturales**

Clavé & García (2011) indican que las estrategias posturales permiten modificar las dimensiones de la orofaringe y de la vía digestiva que debe seguir el bolo y proteger la vía respiratoria; los cambios en la cabeza o posición del cuerpo permiten reducir las aspiraciones. Estos cambios posturales son beneficiosos para aquellas personas que padecen déficits cognitivos, rigidez o limitaciones en el movimiento. Sin embargo, se ha de destacar que el efecto de estas estrategias es modesto, ya que solo se consigue una mejoría en el 25% de los casos. Algunas de las estrategias más comunes son (Consultar Anexo 1):

- *Flexión anterior.*
- *Flexión posterior.*
- *La rotación e inclinación.*
- *La deglución en decúbito lateral o supino.*

## **6.2 Praxias neuromusculares**

Las praxias son movimientos coordinados que tienen como objetivo mejorar la fisiología de la deglución y favorecer las acciones necesarias para una correcta ejecución de la misma. Esto se consigue mejorando el tono, la sensibilidad y la motricidad de los labios, lengua, velo del paladar y musculatura suprahióidea; pues estas estructuras ayudan a mantener, controlar, formar y transportar correctamente el bolo. Algunos de los ejercicios que se recomiendan para mejorar el tono y la fuerza de la musculatura implicada en la deglución son (Clavé & García, 2011) (Consultar Anexo 1):

- *Ejercicios de fuerza muscular.*
- *Ejercicios para facilitar el cierre glótico y aumentar la fuerza de la musculatura extrínseca de la laringe.*

## **6.3 Técnicas de incremento sensorial**

Según afirman los autores Clavé & García (2011) y Campora & Falduti (2012), estas estrategias son de suma utilidad en pacientes con apraxia o alteraciones de la sensibilidad oral (pacientes ancianos, dementes o tras una ACV). Asimismo, proporcionan un estímulo sensorial previo al intento de deglución poniendo en alerta al SNC, el cual disminuye el umbral a nivel de los centros deglutorios.

Además, según la neuroanatomía de la sensopercepción, en la cavidad oral se encuentran fibras nerviosas aferentes, las cuales responden a la temperatura, el tacto y/o a la presión (Campora & Falduti, 2012).

Campora & Falduti (2012) comentan que la mayoría de las estrategias sensoriales comprenden los siguientes tipos de estimulación (consultar Anexo 1):

- *Estimulación térmica.*
- *Estimulación con sabores ácidos.*
- *Estimulación intra y extraoral.*

La fase fisiopatológica del efecto terapéutico de estas estrategias es, probablemente, la estimulación de receptores TRPV1 de los terminales sensitivos aferentes implicados en el inicio de la respuesta motora orofaríngea (Clavé & García, 2011).

Hasta la actualidad, la eficacia de estas maniobras es baja y solo un estudio ha conseguido una disminución del 5% de las aspiraciones. No obstante, en estudios recientes en los que se han utilizado agonistas naturales del receptor TRPV1, se han

observado efectos terapéuticos intensos sobre la eficacia y la seguridad de los pacientes con disfagia neurógena o asociada al envejecimiento (Clavé & García, 2011).

#### **6.4 Maniobras deglutorias compensatorias**

Son maniobras voluntarias que ayudan a cambiar la fisiología de la deglución de manera consciente, necesitando la participación activa del paciente. Este deberá entenderlas y practicarlas, además de presentar un buen estado cognitivo y de alerta. No obstante, sus efectos son moderados empezando a ser evidentes a medio y largo plazo (Clavé & García, 2011).

Estas maniobras han de realizarse con cada deglución, siendo sus principales objetivos: proteger las vías respiratorias, favorecer el cierre laríngeo, y facilitar el paso del bolo hacia el esófago de manera rápida, sin que queden residuos a lo largo del trayecto deglutorio. Algunas de estas técnicas son (Clavé & García, 2011) (Consultar Anexo 1):

- **Ejercicios de fortalecimiento suprahióideos (ejercicios de Shaker):** fueron diseñados para mejorar la fuerza de la musculatura suprahióidea. Aumentan la apertura del EES en personas adultas sanas, siendo efectivos para restaurar la alimentación por vía oral en pacientes con trastornos deglutorios debido a una disfunción del EES (Campora & Falduti, 2012).
- **Maniobra de Masako:** 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 (Clavé & García, 2011).
- **Maniobra de Mendelsohn:** se basa en que el paciente eleve de manera voluntaria la laringe, ayudándole a percibir dicho ascenso a través del tacto sobre el cartílago tiroideos. En esta posición, se le enseña a tragar y a mantener unos segundos la posición de máximo ascenso después de haber tragado (Clavé & García, 2011).
- **Deglución supraglótica:** se considera la más importante. Su objetivo es aumentar el cierre laríngeo y la coordinación respiración-deglución. El mantenimiento voluntario de la apnea cierra las cuerdas vocales antes y durante la deglución (Campora & Falduti, 2012).
- **Deglución super-supraglótica:** su finalidad es aumentar el cierre forzado glótico, el cual impulsa los aritenoides hacia adelante y cierra la vía aérea antes y durante la deglución. También aumenta la retracción de la base de la lengua (Campora & Falduti, 2012).
- **Deglución forzada:** el objetivo es aumentar la efectividad del reflejo disparador deglutorio, mediante la estimulación de la contracción isométrica de los músculos del piso de la boca, supra e infrahióideos y una contracción isotónica forzada de la musculatura faríngea (Campora & Falduti, 2012).

Seguidamente, se presenta una breve explicación de los aspectos que se han de tener en cuenta en la alimentación de estos pacientes.

## 6.5 Propuesta de tratamiento nutricional

En los pacientes con disfagia orofaríngea grave es necesario suspender la alimentación oral. Se deberán valorar las distintas opciones de soporte nutricional existentes, teniendo en cuenta diversos factores como: la causa que haya producido la disfagia, el nivel de conciencia del enfermo y las expectativas vitales y de la calidad de vida del paciente. Dichos soportes requieren una revisión periódica para adaptarlas en cada momento, dependiendo de la evolución clínica. Siempre que sea posible, se procurará mantener una mínima ingesta oral (Laborda & Gómez, 2006).

La desnutrición en estos pacientes tiene como consecuencias el aumento de las infecciones por alteración de la respuesta inmune, lo que induce a la debilidad y alteración de la conciencia, ocasionando a su vez un posible aumento de las aspiraciones y la reducción de la fuerza de la tos y del despeje mecánico de los pulmones. Asimismo, puede aumentar la frecuencia de estancia hospitalaria (Laurenti, 2007).

Por otro lado, la deshidratación se produce por una disminución del flujo salival, promoviendo una alteración en la formación del bolo debido a la falta de saliva. Por ello, el estado de hidratación debe ser controlado con frecuencia (Laurenti, 2007).

En cuanto a la aspiración, puede producirse por ingerir grandes cantidades de un bolo alimenticio sólido y/o grandes cantidades de líquidos y ausencia del reflejo tusígeno. Además, puede causar infecciones respiratorias, neumonías y asfixia aguda (Laurenti, 2007).

Con la terapia nutricional se pretende alcanzar los siguientes objetivos (Laurenti, 2007):

- *Corregir o prevenir el deterioro del estado nutricional.*
- *Mantener o recuperar peso.*
- *Asegurar que se cubran los requerimientos hídricos.*
- *Minimizar riesgos de aspiración.*
- *Permitir una normal integración dentro de la vida familiar.*

Para evitar situaciones de desnutrición, deshidratación o de aspiración, la dieta indicada debe ser equilibrada; modificando la consistencia y la textura de los alimentos tanto sólidos como líquidos. En la confección de la misma, se pueden utilizar alimentos y métodos culinarios tradicionales, así como productos elaborados específicamente por la industria alimentaria para personas con problemas de deglución (Laborda & Gómez, 2006) (Consultar anexo 2).

## 6.6 Nutrición Enteral

Según Álvarez, Peláez & Muñoz (2006), la Nutrición Enteral (NE) se define como la administración de una solución de nutrientes por vía oral o mediante sonda, con la intención de contribuir al aprovisionamiento de los requerimientos totales o parciales de los mismos.

Este tipo de nutrición es la vía de elección en pacientes con disfagia grave o con bajo nivel de conciencia, en los que la alimentación por vía oral implica un riesgo elevado de aspiración. Así como en los que la dieta no consigue cubrir los requerimientos nutricionales pero en los que existe, en la mayoría de casos, un tracto gastrointestinal funcional (Laborda & Gómez, 2006).

Dependiendo de la duración estimada de la NE, el acceso se hará por vía nasal (menos de 4 a 6 semanas) o mediante una ostomía (más de 4 a 6 semanas), utilizando en este caso técnicas percutáneas (endoscópicas o radiológicas) de preferencia frente a las técnicas quirúrgicas convencionales (Laborda & Gómez, 2006).

Asimismo, este tipo de nutrición a través de sondas de alimentación aporta escasos beneficios en los pacientes geriátricos con demencia avanzada (Barroso, 2009).

A nivel práctico, habrá que tener siempre en cuenta a la hora de indicar un acceso u otro: la enfermedad de base (crónica o aguda), el estado clínico previo del enfermo, los efectos secundarios de la propia técnica, la supervivencia, etc. (García, Velasco, & Frías, 2012).

Por otro lado, aunque en el diagnóstico y el tratamiento de la disfagia orofaríngea hay controversias, se sabe que el diagnóstico precoz y el tratamiento multidisciplinario reducen las complicaciones y mejoran la calidad de vida de los pacientes (Laborda & Gómez, 2006) (Consultar Anexo 2).

### **6.7 Ayudas Técnicas para la alimentación.**

Las Ayudas Técnicas, denominadas habitualmente como “dispositivos asistenciales”, son aquellos instrumentos, equipos o sistemas técnicos empleados por una persona con discapacidad y fabricados con la finalidad de mitigar, compensar, prevenir o neutralizar la diferencia social, la discapacidad o minusvalía (Gorgues, 2009).

A la hora de comer existen numerosas ayudas que capacitan a muchas personas, especialmente a las que presentan movilidad restringida en uno o en los dos miembros superiores, para poder comer y beber, así como prepararse los alimentos y servirlos. Como es el caso de los enfermos con Parkinson o Alzheimer (Gorgues, 2009) (Consultar Anexo 3).

## **7. Discusión y conclusiones**

A lo largo de la elaboración de este trabajo se han empleado múltiples artículos e investigaciones con la finalidad de recabar la mayor cantidad de información posible.

Asimismo, se observa como distintos autores plantean investigaciones con una muestra muy reducida, lo que conlleva a unos resultados poco concluyentes, ya que no son aplicables a la realidad general de la sintomatología disfágica.

Por otro lado, hay autores que defienden el empleo de la gelatina en la alimentación de estos pacientes como alternativa a la dieta sólida. Sin embargo, estudios recientes

manifiestan que el uso de este alimento conlleva a un mayor número de aspiraciones debido a la consistencia inestable que presenta.

Otro aspecto a destacar, es la administración de una dieta triturada en los centros de mayores, lo que dificulta su correcta alimentación ya que no les aporta los beneficios nutricionales necesarios, comprometiendo su salud.

Cabría destacar que tanto en la enfermedad de Alzheimer como en la de Parkinson, la afectación en la deglución aparece en etapas tempranas, aunque a veces no sea perceptible por los profesionales y allegados hasta estadios más avanzados. Por lo que sería importante realizar evaluaciones deglutorias desde el inicio de las enfermedades, con el objetivo de poder retrasar la aparición de la disfagia, mejorando así la calidad de vida del afectado.

Aunque el Alzheimer y Parkinson son dos patologías que presentan una sintomatología distinta, se encuentran similitudes en el tratamiento que se ha de llevar a cabo en el caso de que existan dificultades disfágicas. Un aspecto a tener en cuenta en la enfermedad de Parkinson, tras la observación de casos prácticos, es que en su rehabilitación no se puede hacer uso de todas las técnicas compensatorias descritas con anterioridad, ya que esto dependerá de las características físicas que presente la persona afectada. Siendo las menos recomendables las maniobras de Mendelsohn y Masako.

Asimismo, la familia juega un papel fundamental en la rehabilitación y cuidados de una persona con una enfermedad neurológica y problemas deglutorios. Por lo que esta debe recibir formación sobre las pautas que se han de realizar para que la alimentación del afectado se lleve a cabo de manera segura.

Además, el estado de emocional es un factor determinante a la hora de plantear la rehabilitación de estos usuarios, pues en la enfermedad de Alzheimer, por norma general, su estado anímico se ve decaído sobre todo en los estadios más avanzados. Sin embargo, en Parkinson su estado emocional presenta una variabilidad mayor, ya que dependerá de la aceptación que el sujeto muestre hacia su enfermedad y de la motivación con la que pretenda superar las dificultades.

Por otro lado, aunque la intervención de la disfagia mejora significativamente la alimentación del afectado, esta sintomatología influye en su estado de ánimo. Pues es consciente de las limitaciones que presenta y cómo estas afectan a su entorno familiar.

Por último, se debe destacar la función del logopeda en la rehabilitación de estos pacientes, ya que la intervención temprana puede prevenir las dificultades de esta sintomatología en los usuarios. Asimismo, se debería tener presente la figura de estos profesionales en la evaluación y tratamiento de estas personas, pues en ocasiones la disfagia no es percibida hasta las etapas más graves de las enfermedades aludidas a lo largo de este trabajo. Por ello, contar con un equipo multidisciplinar completo en el que el logopeda tuviera un papel importante, ayudaría a mejorar la calidad de vida de estos usuarios, evitando el riesgo que implica esta sintomatología.

## 8. Referencias

- Abellán, A., & Pujol R. (2015). Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores Estadísticos Básicos. *Informes envejecimiento en red*, 10, 4-27. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos15.pdf>
- Álvarez, J., Peláez, N., & Muñoz, A. (2006). Utilización clínica de la Nutrición Enteral. *Nutrición Hospitalaria*, 21, 87-99. issn: 0212-1611
- Anaut, S., & Méndez, J. (2011). El entorno familiar ante la provisión de cuidados a personas afectadas de Parkinson. *Portularia*, 11(1), 37-47. doi:10.5218/PRTS.2011.0004
- Aslam, M., & Vaezi, M. F. (2013). Dysphagia in the Elderly. *Gastroenterology & Hepatology*, 9(12), 784-795. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3999993/>
- Barroso, J. (2009). Disfagia orofaríngea y Broncoaspiración. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44(2), 22-28. doi:0.1016/j.regg.2009.06.010
- Campora, H., & Falduti, A. (2012). Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Revista Americana de Medicina Respiratoria*, 12(3), 98-107. issn: 1852-1630
- Catalán, M. J., & Rodríguez del Álamo, A. (2004). Definición de la enfermedad de Parkinson. *Asociación Parkinson Madrid*. Recuperado de <http://www.parkinsonmadrid.org/el-parkinson/el-parkinson-definicion/>
- Clavé, P., & García, P. (2011). *Guía de Diagnóstico y de Tratamiento Nutricional y Rehabilitación de la Disfagia Orofaríngea*. Barcelona: Glosa.
- Cohen, C.A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 184-188. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11813283>
- Easterling, C.S., & Robbins, E. (2008). Dementia and dysphagia. *Geriatric Nursing*, 29(4), 275-285. doi:10.1016/j.gerinurse.2007.10.015
- Feinberg, M. J., Knebl, J., Tully, J., & Segall, L. (1990). Aspiration and the elderly. *Dysphagia*, 5(2), 61-71. doi:10.1007/BF02412646
- Fernández, J.L., Parapar C., & Ruiz M. (2010). El envejecimiento de la población. *Lychnos-Cuadernos de la Fundación General del CSIC*, 2, 7-90. issn: 2171-6463

- Fernández, J.N., Vidal, M., Fernández, J., Ruiz, O., Dizey, D., Iglesias, J., López, J., Madrigal, A., Nájera, A., & Montero, A. (2014). Informe 2012. Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. *Serie Documentos Estadísticos*. Recuperado de <http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infoppm2012.pdf>
- Fernández, V., & Crespo, M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimientos en Cuidadores de personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40. doi: 10.5093/cl2011v22n1a2
- Forster, A., Samara, D., Gold, G., & Samara, N. (2011). Oropharyngeal dysphagia in older adults: A review. *European Geriatric Medicine*, 2(6), 356-362. doi:10.1016/j.eurger.2011.08.007
- García, P., Velasco, C., & Frías, L. (2012). Manejo de los pacientes con Disfagia. *Nutrición Hospitalaria Suplementos*, 5(1), 33-40. issn: 1888-7961
- García, P., Velasco, M., Velasco, C., & Clavé, P. (2011). Disfagia en el anciano. *Nutrición Hospitalaria*, 4(3), 35-43. issn: 0212-1611
- González, J., Prieto, R., Velasco, L., Jorge, S., & Cubo, E. (2010). Trastornos digestivos en la enfermedad de Parkinson: disfagia y sialorrea. *Revista de Neurología*, 50(2), 51-54. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/web/50s02/bds020s51.pdf>
- Gorgues, J. (2009). Ayudas técnicas para facilitar la alimentación de las personas discapacitadas. *Farmacia Práctica*, 28(4), 108-112. Recuperado de [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13136835&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=4&ty=102&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v28n04a13136835pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13136835&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=4&ty=102&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=4v28n04a13136835pdf001.pdf)
- Laborda, L., & Gómez, P. (2006). Tratamiento nutricional de la disfagia orofaríngea. *Endocrinología y Nutrición*, 53(5), 309-314. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-tratamiento-nutricional-disfagia-orofaringea-13088512>
- Laurenti, L. (2007). Abordaje Nutricional en el tratamiento de la disfagia. *Archivos neurología, neurociencia y neuropsiquiatría*, 9(2), 22-28. Recuperado de [http://www.jmunozzy.org/files/9/Logopedia/disfagia/documentos/2007\\_14\\_01\\_22-laurenti.pdf](http://www.jmunozzy.org/files/9/Logopedia/disfagia/documentos/2007_14_01_22-laurenti.pdf)
- Martín, F., & Hernández, M.J. (2010). Alimentación durante la tercera edad. *Guía de la alimentación y salud*, UNED. Recuperado de <http://www2.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica/I/guia/PDF/Guia%20de%20Alimentacion%20y%20Salud%20-%203a%20edad.pdf>

- Moreno, J. A., Arango, J.C., & Rogers, H. (2010). Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores de personas con demencia. *Psicología desde el Caribe*, 26, 1-35. issn: 0123-417X
- Peña, J. (1999). *Enfermedad de Alzheimer del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Ramritu, P., Finlayson K., Mitchell A., & Croft G. (2000). Identification and Nursing Management of Dysphagia in Individuals with Neurological Impairment. *The Joanna Biggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery*, 4(3), 1-5. issn: 1329 – 1874
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287-298. doi: 10.2147/CIA.S23404
- Tupia, J., & Chaná, P. (2004). Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*, 38(1), 61-67. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Pedro\\_Chana/publication/8379526\\_Diagnosis\\_of\\_Parkinson's\\_disease/links/54538a540cf2bccc490b191d.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pedro_Chana/publication/8379526_Diagnosis_of_Parkinson's_disease/links/54538a540cf2bccc490b191d.pdf)
- Uz de la, M. (2009). El envejecimiento: Reflexiones acerca de la atención al anciano. *Bioética*, 1, 4-8. Recuperado de <http://www.cbioetica.org/revista/92/920408.pdf>
- Velasco, M., Arreola, V., Clavé, P., & Puiggrós, C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*, 1(3), 174-202. Recuperado de <https://xsemanageriatrica.files.wordpress.com/2012/09/revisic3b3n-disfagia.pdf>
- Yeates, E., Molfenter, S., & Steele, C. (2008). Improvements in tongue strength and pressure-generation precision following a tongue-pressure training protocol in older individuals with dysphagia: Three case reports. *Clinical Interventions in Aging*, 3(4), 735-747. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2682406/pdf/CIA-3-735.pdf>
- Zaragoza, A., Senosiain, J., Riverol, M., Anaut, S., Díaz de Cerio, S., Ursúa, M., & Portillo, M. (2014). Elementos claves en el proceso de convivencia con la enfermedad de Parkinson de pacientes y familiares cuidadores. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(1), 69-80. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n1/07\\_zaragoza.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v37n1/07_zaragoza.pdf)

## **9. Anexos**

### **Anexo 1: tratamiento de la disfagia.**

- A. Estrategias posturales**
- B. Praxias**
- C. Técnicas de incremento sensorial**
- D. Maniobras deglutorias compensatorias**

### **Anexo 2: tratamiento nutricional.**

- A. Nutrición Enteral.**

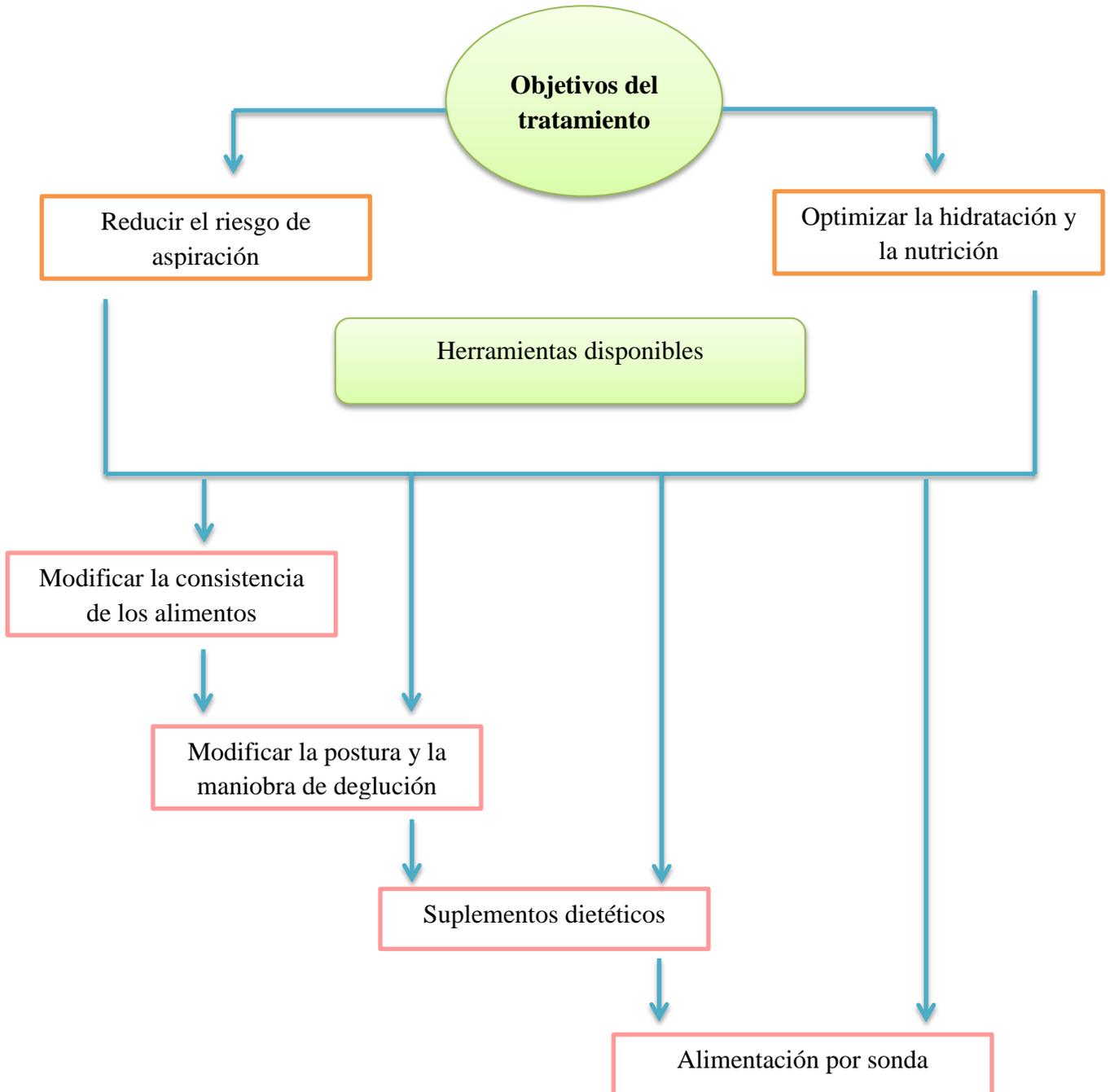
### **Anexo 3: ayudas técnicas para la alimentación.**

## **Anexo 1: Tratamiento de la disfagia**

De acuerdo con lo comentado por Clavé, García, Velasco & Velasco en el 2011, se han de tener en cuenta las siguientes pautas generales:

- Asegurar una posición corporal de seguridad a la hora de las comidas. El paciente debe estar sentado, con la espalda en contacto con el respaldo de la silla, y los pies apoyados en el suelo. Es importante que la cabeza esté ligeramente flexionada hacia adelante, para evitar la hiperextensión del cuello. Si el paciente come en la cama deberá colocarse en una posición de 45°.
- El afectado debe estar atento a la situación que se está desarrollando en el momento, respondiendo a órdenes sencillas. Si la persona está somnolienta o tiene tendencia a dejarse dormir, deberemos retrasar el momento de la alimentación hasta que se encuentre más activa o esté despierta.
- Se deben evitar las distracciones durante las comidas.
- No emplear jeringuillas ni pajitas.
- El ambiente ha de ser cómodo y tranquilo.
- El paciente ha de estar vigilado durante las comidas.
- Imprescindible mantener una higiene bucal extrema, para evitar las infecciones respiratorias en caso de aspiración.

A continuación se presenta un esquema en el que se especifican los objetivos del tratamiento disfágico. Así como un cuadro resumen (Arreola, Clavé, Puiggrós, & Velasco, 2007).



*Figura 1.* Objetivos del tratamiento de la disfagia.

**Tabla 2. Cuadro Resumen Del Tratamiento Disfagia Orofaringea** (Arreola, Clavé, Puiggrós, & Velasco, 2007)

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

## A. Estrategias posturales

Algunas de las estrategias más comunes son (Clavé & García, 2011):

- ***Flexión anterior del cuello*** permite proteger la vía respiratoria, ya que sella la parte posterior entre la lengua y el paladar, reduce la distancia entre la base de la lengua y la faringe, y acerca la epiglotis a la faringe.
- ***Flexión posterior*** facilita el drenaje gravitatorio faríngeo y mejora la velocidad del tránsito oral.
- ***La rotación e inclinación*** de la cabeza hacia el lado faríngeo paralizado dirige la comida al lado sano, aumenta la eficacia del tránsito faríngeo y facilita la apertura de las EES.
- ***La deglución en decúbito lateral o supino*** evita que se produzcan aspiraciones a causa de un residuo localizado en la hipofaringe.

## B. Praxias

Algunos de los ejercicios que se recomiendan para mejorar el tono y la fuerza de la musculatura implicada en la deglución son (Clavé & García, 2011):

- ***Ejercicios de fuerza muscular para el tono y la sensibilidad de los labios, la lengua, la mandíbula y el velo del paladar.*** Ejemplos: masajes o estimulaciones táctiles y vibratorias en el grupo muscular afectado.
- ***Ejercicios para facilitar el cierre glótico y aumentar la fuerza de la musculatura extrínseca de la laringe,*** como: empujar, levantar y estirar objetos, junto con la repetición de sonidos glóticos posteriores tipo /kik-kuk/, /ik-uk/.

Los autores Clavé & García (2011), proponen las siguientes praxias para el tratamiento de la disfagia.



Figura 2. Praxias linguales.

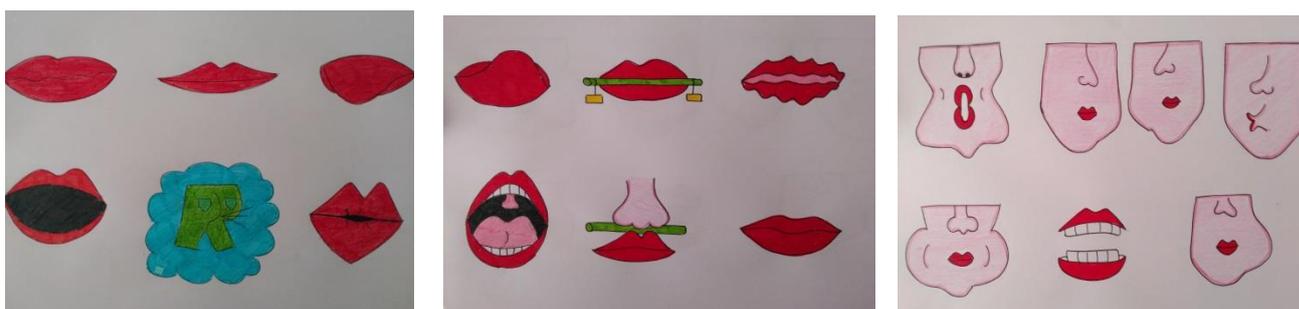


Figura 3. Praxias labiales.

### C. Técnicas de incremento sensorial

Campora & Falduti (2012) comentan que la mayoría de las estrategias sensoriales comprenden los siguientes tipos de estimulación:

- **Estimulación térmica:** se utiliza en los pacientes que tienen retraso en el disparo del reflejo deglutorio (RDD). Aumenta la sensibilidad oral para alertar a la corteza cerebral y al tronco cerebral y dispara el RDD con mayor rapidez. Al estimularse con frío los pilares anteriores del velo del paladar mejora la latencia.
- **Estimulación con sabores ácidos:** el gusto es un importante estímulo sensorial. Los sabores ácidos producen un estímulo predeglutorio, alertan al sistema nervioso central y provocan un aumento de la velocidad del RDD.
- **Estimulación intra y extraoral:** vibraciones y presiones en la región orofacial.

### D. Maniobras deglutorias compensatorias

- **Ejercicios de fortalecimiento suprahioides (ejercicios de Shaker):** el procedimiento se basa en pedirle al paciente que eleve la cabeza en posición supina, sin levantar los hombros. El componente isométrico consta de 60 seg. manteniendo la cabeza elevada y 60 seg. de reposo entre cada repetición. Posteriormente, se realizan 30 repeticiones consecutivas con una velocidad constante, sin un período de reposo (componente isocinético). La serie se repite 3 veces al día durante 6 semanas (Campora & Falduti, 2012).

- **Maniobra de Masako:** el procedimiento de aplicación de la técnica es el siguiente: se pide al paciente que detenga el ápice de la lengua entre los dientes incisivos y que trague. Esta técnica se puede llevar a cabo como un mero ejercicio, sin necesidad de emplear alimentos, con el objetivo de ayudar al movimiento y fortalecer la base de la lengua, pero también se puede realizar durante la deglución (Clavé & García, 2012).
- **Maniobra de Mendelsohn:** al principio, el terapeuta toma el cartílago tiroideo entre el pulgar e índice, realizando la elevación anterior del mismo, durante 3 segundos. Pidiéndole, a su vez, al paciente que trague (Campora & Falduti, 2012).

El movimiento de ascenso de la laringe y apertura del EES pueden controlarse voluntariamente. Por lo que son mecanismos que se pueden trabajar a través de técnicas de videofeedback con el objetivo de rehabilitar la deglución (Clavé & García, 2012).

- **Deglución supraglótica:** esta consiste en pedir al paciente que mantenga el aire (apnea) a la hora de tragar y luego tosa. Esto provocará la eliminación de los residuos que puedan haberse quedado en la glotis o en la faringe (Clavé & García, 2012).
- **Deglución super-supraglótica:** se le pide al paciente que mantenga el aire, que degluta ejerciendo fuerza para transportar la comida hacia la faringe y el esófago, y que tosa inmediatamente después. Se puede emplear un punto de contrarresistencia, como sujetar la frente para aumentar el efecto de la fuerza a nivel de la musculatura laríngea (Clavé & García, 2012).

Ohme et al. estudiaron los efectos de la maniobra supraglótica y supersupraglótica, y observaron un importante ascenso de la laringe, un cierre del vestíbulo laríngeo más rápido y una apertura del EES más veloz. Por lo que llegaron a la conclusión de que estas maniobras, además de modificar las condiciones de la vía aérea antes de deglutir, prolongan cambios de configuración biomecánica de la orofaringe durante la deglución. Asimismo, disminuyen el riesgo de aspiración gracias a la apnea voluntaria del vestíbulo laríngeo antes de la deglución (Clavé & García, 2011).

- **Deglución forzada:** esta deglución se puede repetir más de una vez, adquiriendo el nombre de “deglución en seco”, ya que la primera deglución es para transportar el bolo hacia la faringe y el esófago, y las siguientes para aclarar los residuos acumulados en la laringe (Clavé & García, 2012).

El paciente ha de ejercer una fuerza muscular muy fuerte en todos los músculos de la boca y cuello con la intención de empujar el bolo hacia la faringe y el esófago (Clavé & García, 2011).

Al principio se le pide al paciente que realice una deglución, mientras el terapeuta realiza una resistencia manual sobre la frente, con una pequeña flexión anterior de cabeza y cuello (Campora & Falduti, 2012).

## Anexo 2: Tratamiento Nutricional

En la alimentación tradicional se intenta, en la medida de lo posible, incluir los alimentos que el enfermo consumía antes de la aparición de la disfagia. La modificación de la textura de los alimentos sólidos se realiza mediante la trituración de los mismos con la batidora. Aunque a veces es necesario pasar el alimento por el colador para evitar la presencia de grumos, espinas u otros elementos que puedan causar problemas a la hora de deglutir el alimento. Al finalizar este proceso debe quedar una textura homogénea, siendo a veces aconsejable añadir leche, aceite o mantequilla, para ayuda a aumentar la densidad de los nutrientes (Gómez & Laborda, 2006).

Del mismo modo, se aconseja dar los alimentos sólidos en volúmenes pequeños, empleando al inicio cucharillas de café (3 ml) o de postre (5 ml). Para la ingesta de líquidos, se recomienda el uso de vasos bajos y de diámetro ancho, ya que obliga a la persona a inclinar la cabeza hacia delante. En cuanto a los estímulos térmicos (alimentos fríos o calientes, mejor que templados), así como los táctiles (presión sobre la punta o laterales de la lengua), favorecen también el reflejo de la deglución (Gómez & Laborda, 2006).

Por otro lado, también se pueden utilizar productos elaborados por industrias nutricionales, cuya composición se encuentra adaptada a las necesidades alimentarias de los adultos. Ofrecen diferentes presentaciones tanto de texturas como de sabores, y en ocasiones, se pueden emplear para sustituir una comida completa o para enriquecer una dieta triturada nutricional (Gómez & Laborda, 2006).

Otro punto a tener en cuenta en la realización del plan de alimentación, según comenta Laurenti (2007), son aquellos alimentos considerados “de riesgo” y en casos particulares, será necesario eliminarlos de la dieta. Estos son:

- ***Alimentos que se hacen líquidos a temperatura ambiente:*** gelatinas y helados
- ***Preparaciones de consistencia mixta:*** sopa de fideos, macedonia de frutas, cereales con leche.
- ***Alimentos fibrosos:*** lechuga, apio, piña, palmitos, alcachofa.
- ***Alimentos con forma esférica:*** guisantes, millo, lentejas, garbanzos, judías, arroz.
- ***Alimentos que hacen migas:*** pan tostado, galletitas, tortas, alfajores.

La escasa consistencia de los líquidos finos (agua, zumo, caldos) originan, en un gran número de disfagias neurológicas, un alto riesgo de aspiraciones y deshidratación del afectado, debido a la limitación de la ingesta. Este tipo de complicaciones se pueden solucionar mediante el uso de espesantes, que añadidos a los líquidos, aumentan su viscosidad sin alterar su sabor y dando lugar a tres tipos de consistencias (Gómez & Laborda, 2006) (ver tabla 3).

### Tabla 3.

#### Tipo de consistencias

---

**Néctar:** líquidos que se puedan consumir con pajita y que al caer forman un hilo fino

Ejemplo: yogur bebible, zumo tipo néctar, 100 ml. de agua con 3'5-5 gr. de espesante.

**Miel:** líquidos que se puedan consumir en vaso o taza, al caer forman gotas densas.

Ejemplo: yogur, miel, 100 ml. de agua con 5-7 gr. de espesante.

**Pudding:** líquidos en los que se necesita una cuchara para poder consumirlos y al caer mantiene su forma.

Ejemplo: puré, cuajada, 100 ml. de agua con 7-9 gr. de espesante

---

*Nota:* Elaboración propia basada en Gómez & Laborda (2006)

También se pueden administrar las llamadas aguas gelificadas, bebidas espesadas o gelatinas que existen en el mercado con diferentes sabores. En cualquier caso, hay que garantizar que el aporte total de líquidos diario cubra los requerimientos del enfermo según su situación clínica, que se incrementan en caso de fiebre (Gómez & Laborda, 2006).

Esta adaptación de la textura de sólidos y viscosidad de los líquidos es la intervención más sencilla, valiosa y con gran eficacia terapéutica en los pacientes. Como resalta Clavé, en un estudio en el que la prevalencia de aspiraciones con bolos líquidos fue superior al 20% en pacientes neurológicos y ancianos, se redujo al 10% con la viscosidad néctar y al 5,3% con la viscosidad pudding. Por tanto, la modificación de la textura de los líquidos asegura la hidratación sin que se presenten aspiraciones, y la reducción del volumen del bolo, así como el incremento de viscosidad disminuye la aspiración, sobre todo con la viscosidad néctar y pudding (Barroso, 2009).

El tiempo que deba transcurrir para que el paciente pase a consumir una consistencia diferente, dependerá de la afectación motora oral de este y de su capacidad cognitiva. Asimismo, es preciso dirigir el progreso y reevaluar en intervalos regulares, ya que según la enfermedad de base, algunos pacientes pueden mostrar una recuperación completa de su disfagia y otros pueden empeorar de manera gradual o abrupta (Laurenti, 2007).

### B. Nutrición Enteral

Como en el caso de los suplementos, los pocos estudios que comparan la NE por sonda nasogástrica con la gastrostomía endoscópica percutánea, no aportan datos

suficientes para optar por una u otra vía de acceso en el momento de iniciar dicho tipo de alimentación (Gómez & Laborda, 2006).

Asimismo, este tipo de nutrición a través de sondas de alimentación aporta escasos beneficios en los pacientes geriátricos con demencia avanzada, no protege de la aspiración ni de la colonización de las secreciones orales, no prolonga la supervivencia, no mejora los parámetros nutricionales ni previene o cura las úlceras por decúbito (Barroso, 2009).

Tampoco existe evidencia de que la administración de los preparados a nivel de yeyuno reduzca la incidencia de broncoaspiraciones en comparación con la perfusión gástrica y, puesto que la colocación de sondas en intestino delgado y su mantenimiento a ese nivel son dificultosos, se suele indicar la administración intragástrica de pequeños volúmenes cada vez, con el paciente en posición semisentada, al menos a 45°. La elección del tipo de preparado dependerá de los requerimientos energéticos, proteícos y del volumen de líquidos que tolere (Gómez & Laborda, 2006).

A nivel práctico, habrá que tener siempre en cuenta a la hora de indicar un acceso u otro, la enfermedad de base (crónica o aguda), el estado clínico previo del enfermo, los efectos secundarios de la propia técnica, la supervivencia, etc. (García-Peris, Frías & Velasco, 2012).

### Anexo 3: ayudas técnicas para la alimentación

Algunos de estos instrumentos son (Gorgues, 2009):



Cubiertos estándar



Cubiertos angulares



Cubiertos modulares estándar



Cubiertos modulares angulados



Cubiertos modulares blandos



Cubiertos modulares ligeros



Cubiertos especiales



Soporte universal



Manopla



Cubiertos junior



Mango fino



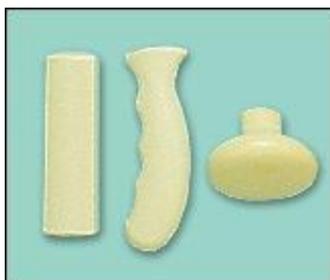
Mango de espuma



Cubiertos multifunción



Mango moldeable



Mango estándar con doble cabezal



Platos contorneados con fondo pendiente



Tenedor cuchara



Platos con reborde interno



Platos térmicos



Platos giratorios



Cuchillo tenedor



Vaso con dos asas



Vaso transparente



Vaso recortado



Abre-tetrabriks con cierre



Bomba manual para ingerir líquidos



Dispositivos con inclinación para jarras



Cuchillo Nelson



Cuchillo mecedora



Platos con fondo antideslizante

*Figura 4. Ayudas técnicas para la alimentación.*