

ALIMENTACIÓN y DISFAGIA

Ponente: Carmen Mateos Segura, Rehabilitación



“Cualquier problema o dificultad en el paso del alimentos de la boca al estómago”.
VIDEOFLUOROSCOPIA: mejor prueba para diagnosticar la disfagia.

Seguridad: ausencia de paso de alimento de la boca al estómago.

Eficacia: adecuado estado de nutrición e hidratación.

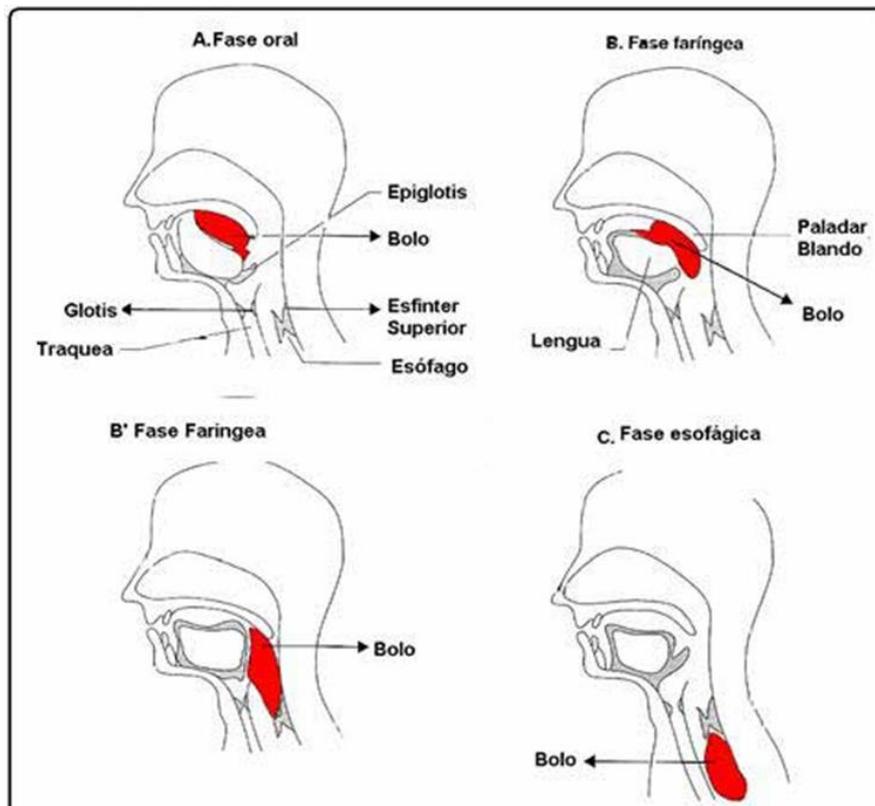
Buena nutrición y no complicación (neumonías por aspiración). Comer es algo voluntario.
Frecuencia en niños con patología neurológica, muscular o del desarrollo.
60-80% PCI. Otras patologías – prematuros, encefalopatías. Todos deberían de pasar por una videofluoroscopia. 25% niños sanos.

¿POR QUÉ SE PADECE?

Alteraciones en el desarrollo de funciones como:

- **Succión.**
- **Deglución.**
- **Masticación.**
- **Respiración.**

FASE DE LA DEGLUCIÓN



1. Fase oral preparatoria.

- **Apertura de la boca**, cierre de labios, sellado labial (babeo, escape de alimento...).
- **La lengua tiene que compactar la comida** contra el paladar y las mejillas y meterlo dentro. Ese bolo puede caer hacia vías respiratoria.
Posición de tumbado es peligrosa para dar de comer.
- **Legua**: mayor protagonista para compactar el bolo.
- **Sellado palatogloso**: se percibe al decir la letra K. Algo denso se controla mejor en la boca que el líquido. Se valora con una prueba de deglución, ver si hay control detrás.

2. Fase oral de transporte.

La lengua se pega al paladar empujando el bolo para que caiga a la faringe.

Posibilidades: que el paso sea fraccionado.

Que haya escapes orales.

Que aparezcan restos en la zona oral.

3. Fase faríngea.

La epiglotis tiene que estar cerrada. Se produce por un reflejo en el momento en que está la faringe empujando hacia el aparato digestivo.

Se tiene que cerrar el paso a la nariz – regurgitación nasal.

Se tiene que cerrar la vía respiratoria.

Coordinación respiración-deglución.

4. Fase esofágica.

Cerrar la comunicación con la boca.

En ocasiones regurgitamos.

Aspiraciones durante la deglución o postdeglución.

Buen funcionamiento general por el control neurológico (muchas estructuras involucradas).

DISFAGIA EN LA DISCAPACIDAD MOTORA y/o COGNITIVA

— **Nivel de alerta.**

— **Función orofaríngea.**

— **Función gastroesofágica** – reflujo, retraso en el vaciamiento gástrico, estreñimiento...

— **Función respiratoria** – problemas respiratorios, tos no eficaz...

La TOS implica gran coordinación, fuerza, sensibilidades laríngea, coordinación glotis y músculos respiratorios, necesidad de coordinación del diafragma... Depende de donde se produzca. La consecuencia de su ineficacia o ausencia – baja protección.

Respuestas anormales. Reflejo mordisqueo.

Reflejo de succión-deglución.

Lengua atrás-adelante.

Movimientos mandibulares.

Reflejo de mordida.

Tono muscular: Disminuido o aumentado.

Postura: Control de cabeza y tronco.

Distonías.

Posicionamiento sedestación.

Conducta: Irritabilidad.

Aversión a ciertos alimentos o el acto en sí mismo.

Impulsividad.

Inatención.

Dependencia: Déficits cognitivos/motrices.

Falta de coordinación mano-boca, ojo-mano.

Tiempo: Aburrimiento.

Fatiga atencional/física.

Temperatura del alimento.

ASPIRACIÓN

“Entrada sustancia distinta de aire más allá de las cuerdas vocales en el aparato digestivo”.

- **Aguda.** Obstrucción de la vía aérea. Neumonía viral o bacteriana.
- **Crónica.** Traqueítis (infección de la tráquea, vía respiratoria que une la laringe con los bronquios), bronquitis crónica (enfermedad inflamatoria de los bronquios respiratorios asociada a la exposición prolongada a irritantes respiratorios), bronquiectasia (dilatación permanente de uno o varios bronquios causada por una bronquitis).
- **Silientes.** Paso de saliva o alimento o reflujo gástrico a la vía aérea – asintomática. Puede dar lugar a neumonías, patología pulmonar crónica.

Neumonía aspirativa: **lesión del tejido pulmonar por entrada sustancia extraña** (más gérmenes de flora orofaríngea) **a la vías respiratoria de forma aguda.**

La SINTOMATOLOGÍA depende:

- **Tipo de sustancia:** sólido (generalmente peor), líquido o gas.
- **Naturaleza de la sustancia:** ácido o neutro.
- **Cantidad aspirada.**
- **Daño pulmonar previo:** frecuencia de episodios aspirativos.
- **Área afectada:** posicionamiento paciente en el momento de la aspiración (más fácilmente lóbulo inferior derecho).

Aspiración pulmonar crónica: **paso repetido a vía aérea de sustancia distinta del aire.**

Consecuencias: tos, neumonías...

Daño pulmonar – Afectación tejido pulmonar.

Bronquiectasias.

Fracaso respiratorio.

Muerte.

Cantidad de la aspiración peligrosa.

Factores constitucionales: variabilidad individual.

¿Qué ocurre en el pulmón? – inflamación continua del tejido pulmonar.

Aspiración: **anterógrada** (disfagia orofaríngea alimento, líquido), **retrógrada**.

La aspiración es la forma conocida y detectada de aspiración crónica.

El diagnóstico llega muchas veces cuando ya hay daño pulmonar.

Podría justificar síntomas de aspiración o infecciones pulmonares de repetición, alimentación enteral (no oral) sin reflujo gastro-esofágico.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO

“Paso del contenido del estómago al esófago”.

Tóxico para el pulmón. Disminuye la sensibilidad laríngea.

Influyen: Frecuencia episodios.

Tiempo de contacto.

Tipo de reflujo (ácidos, alcalinos...).

Resistencia.

Prevalencia: 20-90%.

Causas: Espasticidad muscular abdominal.

Insuficiencia del esfínter esofágico anterior.

Retraso en el vaciamiento gástrico y de motilidad esofágica.

Convulsiones.

Escoliosis.

Mucho tiempo en supino.

Farmacología: sedantes, relajantes...

Síntomas: múltiples.

SIALORREA

“Pérdida no intencional de saliva desde la boca”.

Normal hasta los 15-18 meses. Patológico desde los 4 años.

Hacia delante, anterior – sialorrea. Posterior – aspiración.

Realizamos alrededor de 600 degluciones de saliva durante 24 horas.

No se trata de un aumento de producción de saliva salvo: discinesia cervical por estimulación de la parótida.

Consecuencias – maceración de la piel (exposición prolongada a humedad), deshidratación, infecciones bucales, problemas de dentición, mayor presencia de caries dentales.

Escalas de severidad y frecuencia sialorrea.

DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA

Posibilidades diagnósticas: Factores de riesgo.

Observación signos y síntomas (sospecha).

Observación: babeo excesivo, escupir comida, dificultades respiratorias durante la alimentación, tos y respiración ruidosa durante la comida, cambio de voz, aumento del tiempo, rechazo alimentación, llanto, cianosis, apneas, ahogo en prematuros...

Evaluación de la deglución.

Historia clínica (diagnóstico, comorbilidad, antecedentes personales...).

Comportamiento general y alimentación.

Control postural y tono.

Función respiratoria.

Valoración de la función motora oral.

Valoración de pares craneales.

Valoración nutricional.

Conocimiento medicamentos que toma.

Test del volumen viscosidad – sensible para la fase oral. Líquido, néctar, miel, pudding – hay que espesarlo en el momento.

Radiografía de tórax.

Videoendoscopia – cámara por la nariz.

Auscultación cervical.

Medicación PH esofágico.

Manometría esofágica.

Escintigrafía.

Tránsito esofágico.

Salvograma.

Ecografía.

VIDEOFLUOROSCOPIA.



Tratamiento

Trabajo conjunto equipo Transdisciplinar.

Estrategias compensatorias:

- Buena alerta.
- Mejora del entorno.
- Posicionamiento.
- Tipo de consistencia/sabor.
- Utensilio
-

Estrategias facilitadoras

- Logopedas.
- Trastornos comportamentales.
- Fisioterapia respiratoria.
- Terapia Ocupacional.
- Cinesiterapia
-