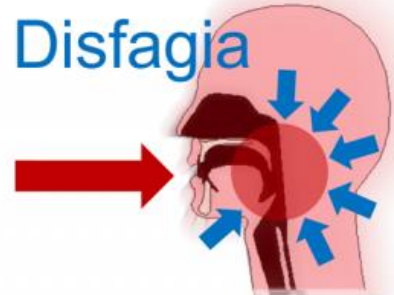


## UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE LA DISFAGIA

La **DISFAGIA (1)** es la dificultad o imposibilidad para tragar alimentos sólidos y/o líquidos. Es uno de los síntomas más peligroso y restrictivo que puede ocasionar una enfermedad.

Peligroso, porque provoca **complicaciones nutricionales y respiratorias (2)** que ponen en riesgo la vida del paciente.



Restrictivo, porque más allá de la necesidad de nutrirnos, el consumo de alimentos está cargado de significados, emociones y ligado a acontecimientos sociales que no tienen que ver con la estricta necesidad de comer. Por esto, el sufrir DISFAGIA es una privación, no ya de nutrientes que pueden ser aportados por **otras vías de alimentación (3)**; sino de experiencias sensoriales, emocionales y sociales que aíslan más a la persona.

**¿Cómo puedo saber si mi familiar tiene disfagia?** Los problemas de deglución no tienen por qué ir asociados a ninguna enfermedad también pueden aparecer en la vejez. Hay unos **signos de sospecha o alerta (4)** ante los cuales debemos acudir a un otorrinolaringólogo que detecte el problema y si se confirma el diagnóstico buscar un logopeda experto en rehabilitación de disfagia para iniciar la rehabilitación.

**La Disfagia PUEDE REHABILITARSE.** El centro DACER, desde la Unidad de rehabilitación de la Disfagia persigue dos objetivos generales:

1. Conseguir una deglución segura y eficaz, evitando que los pacientes desarrollen complicaciones respiratorias y nutricionales que puedan comprometer su salud y calidad de vida.





2. 'Despertar' el cerebro utilizando la **estimulación oro-facial como una herramienta de rehabilitación básica (5)**, en pacientes en coma, estado vegetativo y estado de mínima conciencia.

Para ello, disponemos de profesionales expertos en la rehabilitación de la disfagia y de los últimos productos y dispositivos en rehabilitación de problemas deglutorios:

1. Electroterapia y sistema de Biofeedback: **Vitalstim** ayuda a reclutar y reeducar los músculos que intervienen en el proceso de deglución. Bajo el asesoramiento y supervisión del logopeda, el biofeedback ayuda a aumentar el esfuerzo y la duración de los intentos de deglución y mejorar la coordinación. También permite una evaluación objetiva de la función de deglución y sus patrones.



2. Texturizantes **Smoothfood**: el logopeda los utiliza para buscar la textura más segura de los alimentos para el paciente. Estas texturas pueden ser: espuma, espuma aireada, gel o mayor espesor. Así conseguimos estimular la ingesta, facilitar y hacer más segura la alimentación para devolver el placer por la comida y mejorar la calidad de vida de los pacientes.



3. Materiales para trabajar la sensibilidad y motricidad orofacial de los músculos estructuras implicadas en la función de deglución.



(1) La **DISFAGIA** es la dificultad o imposibilidad para tragar alimentos sólidos y/o líquidos.

Podemos hablar de:

1. **Disfagia orofaríngea:** cuando las dificultades se originan entre la boca y el esfínter esofágico superior. Estas pueden ser valoradas y tratadas por un equipo de rehabilitación. En esta consideramos dos grandes grupos:
    - Disfagia Orofaríngea Estructural: producida por aquellas enfermedades que ocasionan alteraciones en la anatomía de los órganos.
      - Tumores y neoplasias de cabeza y cuello.
      - Malformaciones congénitas craneofaciales.
      - Traumatismos craneofaciales, etc.
    - Disfagia Orofaríngea Neurógena: producidas por déficits neurológicos y/o neuromusculares.
      - Daño cerebral adquirido: ACV, TCE, Anoxia o Hipoxia cerebral, Infecciones del SNC, otras encefalopatías.
      - Enfermedades Neurodegenerativas: Demencias, Parkinson, Esclerosis Múltiple, ELA.
      - Disfagia en el anciano
      - Enfermedades Neurodegenerativas: Distrofias, Miastenia Gravis, etc.
      - Parálisis Cerebral.
  2. **Disfagia Esofágica:** las dificultades se originan entre el esfínter esofágico superior y la entrada al estómago. Debe ser estudiada y tratada por el gastroenterólogo.
- (2) Las **complicaciones** más frecuentes que nos podemos encontrar cuando una persona tiene disfagia, afectan a dos aspectos principalmente:
- Complicaciones a nivel respiratorio: Como consecuencia del atragantamiento en ocasiones el alimento pasa a los pulmones por broncoaspiración, produciendo daño en los pulmones y en algunas ocasiones infecciones respiratorias, algunas graves como la neumonía que pueden comprometer la vida del paciente. Y en ocasiones episodios de asfixia.
  - Complicaciones nutricionales: La persona con disfagia orofaríngea evita comer y beber llevándole a una situación de desnutrición y deshidratación. A ello se une el hecho de que muchos pacientes tienen dificultad o enlentecimiento de la ingesta

por lo que comen menos. Además, es posible que los cuidadores subestimen la cantidad de alimentos desperdiciados durante este proceso, sobreestimando por lo tanto la cantidad de alimentos ingeridos por los pacientes con disfagia. Por lo tanto, la pérdida de apetito, la deshidratación, la desnutrición y la pérdida de peso son consecuencias potenciales serias de la disfagia.

### **(3) Otras vías de alimentación:**

La nutrición enteral (N.E.) es una técnica de soporte nutricional, por la cual, se suministra una dieta nutricionalmente completa directamente al aparato digestivo. La sonda puede estar localizada en estómago, duodeno o yeyuno a través de la vía nasal u ostomías. La nutrición enteral por sonda no es exclusiva y puede ser utilizada en combinación con otras modalidades de soporte nutricional: oral o parenteral.

La selección de la vía de acceso depende de:

- Duración estimada del soporte nutricional.
- Del funcionamiento de los distintos tramos del tubo digestivo.
- Situación clínica del paciente y patología de base.
- Si existe o no riesgo de aspiración.

Las técnicas utilizadas para el acceso al tubo digestivo:

TÉCNICAS NO INVASIVAS: vía transnasal: sondas nasogástricas, nasoduodenales y nasoyeyunales.

Las sondas de alimentación nasoenterales se refieren a cualquier sonda que utiliza la vía transnasal y la situación del extremo distal se determinará en función de la situación clínica del paciente, valorando sobre todo la existencia o no de vaciamiento gástrico alterado y de reflujo gastroesofágico, situaciones ambas que pueden favorecer episodios de broncoaspiración. Dependiendo del lugar que vayamos a infundir nos referiremos a ella como: nasogástrica, nasoduodenal, nasoyeyunal.

Contraindicaciones:

- Alimentación a largo plazo (superior a 6 semanas).
- Estenosis esofágica.

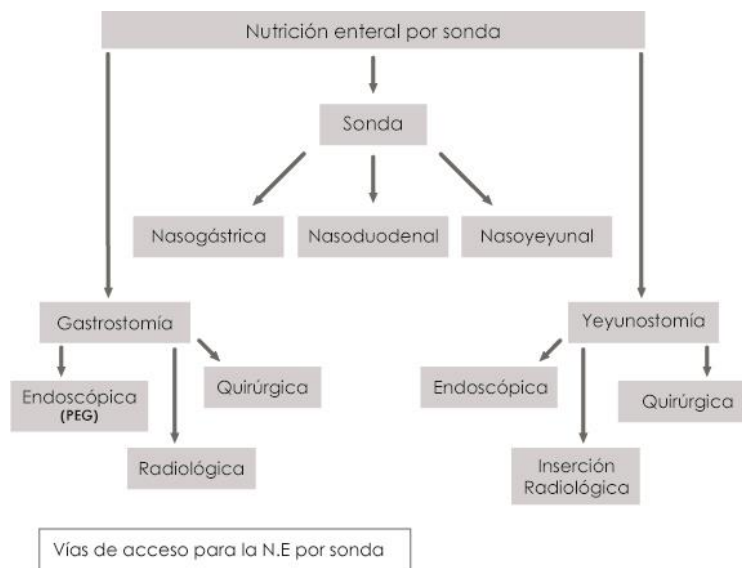
- Fístulas esofágicas.
- Fracturas o hemorragias nasales.

TÉCNICAS INVASIVAS: Ostromías: gastrostomía y yeyunostomía.

La nutrición por sondas de ostromía se refiere a la colocación quirúrgica, radiológica o endoscópica, para nutrición, de una sonda o catéter en cualquier segmento del tracto digestivo. Está indicada cuando se prevé un tiempo de administración de la N.E. superior a 4-6 semanas, especialmente en nutrición enteral domiciliaria o cuando no se hallen disponibles o sea dificultoso mantener las vías nasoentéricas.

**GASTROSTOMÍA**: Consiste en la colocación de un tubo en el interior del estómago que se exterioriza a través de la pared abdominal con fines nutricionales o de descompresión. La colocación puede hacerse quirúrgicamente, técnica endoscópica (PEG) o radiológica.

**YEYUNOSTOMÍA**: consiste en la colocación de un tubo en la luz yeyunal exteriorizado a través de la pared abdominal. Está indicado sobre todo en pacientes con carcinoma de esófago o de estómago, enfermedad péptica ulcerosa, obstrucción del tracto de salida gástrico tras gastroenterostomías, traumatismo gástrico, etc. Una ventaja importante de la yeyunostomía en relación con la gastrostomía, es la disminución del reflujo gastroesofágico, menor riesgo de broncoaspiración, y el inicio precoz de la alimentación en el postoperatorio.



#### (4) Signos de sospecha de Disfagia:

- Molestias o dolor al tragar
- Babeo / inadecuado cierre labial
- Residuos de alimento en la boca y en la lengua
- Regurgitación del alimento por la nariz
- Sensación de cuerpo extraño en la garganta

- Tos durante o después de la ingesta
- Carraspeo continuo o frecuente
- Atragantamiento
- Voz húmeda tras la ingesta de alimentos
- Pérdida de peso
- Febrícula
- Bronquitis o neumonías de repetición

(5) **Estimulación oro-facial como herramienta para “despertar” el cerebro:** El neurocirujano Wilder. Penfield desarrolló el homúnculo motor u homúnculo sensorial para reflejar la proporción de la corteza motora primaria que se encarga de cada área del cuerpo. Es decir, cada uno de nuestros sentidos y cada uno de nuestros órganos motores son controlados por una cantidad determinada de corteza cerebral.

En concreto, **la cara, la boca y la lengua tienen el privilegio de ocupar más superficie de esta importante corteza cerebral** que la que le correspondería por tamaño. Esto se traduce en que si, por ejemplo, estimulamos mecánicamente nuestros labios, se podrá registrar actividad eléctrica en una región de esa corteza somatosensorial primaria que es relativamente mayor que la que se activa si apretamos, por ejemplo, una pierna, a pesar de que en nuestro aspecto son dos zonas con un tamaño precisamente opuesto.

En DACER, desde el área de logopedia nos servimos de esta organización somatotópica para realizar una estimulación intensiva y exhaustiva de los órganos oro-faciales, tanto mecánica como gustativa, para conseguir:

- Una vía de estimulación y acceso al cerebro.
- Y predisponer las estructuras oro-faciales para las funciones de deglución y comunicación.

La estimulación oro-facial se convierte en una **herramienta de rehabilitación básica para ‘despertar’ el cerebro**, para conseguir un mayor nivel de alerta y atención, para mejorar la comunicación y para recuperar la alimentación por vía oral, aspectos fundamentales para tener una mayor calidad de vida.