

La disfagia en la esclerosis múltiple: Prevención y actuación en atragantamientos



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

 IMSERSO



discapacidad y dependencia

AUTORAS:

Silvia Fernández Peral y Alba M. Alonso Fernández

EDITA:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad
© Instituto de Mayores y Servicios Sociales
Avda. de la Ilustración, s/n. c/v. a Ginzo de Limia, 58,
28029 Madrid
Tel.: 91 703 39 35 – Fax: 91 703 38 80
E-mail: publicaciones@imserso.es
<http://www.imserso.es>

DISEÑO:

Instituto de Mayores y Servicios Sociales

NIPO EN LÍNEA: 686-15-024-2

Maquetación y realización: Composiciones Rali, S.A.

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso)

Introducción

La disfagia es la alteración o dificultad en el proceso de la deglución. Es un síntoma que aparece con frecuencia en personas con Esclerosis Múltiple. Las personas que padecen disfagia, pueden tener alterada la eficacia de la deglución, y por lo tanto, la capacidad para alimentarse e hidratarse de manera óptima, pudiendo aparecer cuadros de desnutrición y deshidratación. En ocasiones pueden existir alteraciones en la seguridad de la deglución, con peligro de que se produzcan complicaciones respiratorias graves, siendo común los atragantamientos o broncoaspiraciones que conllevan infecciones respiratorias e incluso la muerte. El abordaje de este síntoma requiere actuaciones que abarcan un correcto diagnóstico e intervención terapéutica, incluyendo recomendaciones nutricionales y tratamiento o reeducación de la deglución.

Etiología

En sí misma la disfagia no es una enfermedad, sino un síntoma ocasionado por otras enfermedades

DISFAGIA ORAFARINGEA: Aparece cuando las dificultades se originan entre la boca y el esfínter esofágico superior. Puede ser valorada y susceptible de tratamiento por el equipo de rehabilitación.

Centrándonos en la disfagia orofaríngea, consideramos dos grandes grupos de causas:

- Aquellas enfermedades que ocasionan alteraciones en la anatomía de los órganos o disfagia estructural.
- Y las que producen déficits neurológicos y/o neuromusculares, siendo este grupo el más numeroso

Signos y síntomas de sospecha. Métodos diagnósticos y valoración.

(80%) y refiriéndonos a este tipo como disfagia neurógena.

DISFAGIA ESOFÁGICA: Estudio y tratamiento específico por el gastroenterólogo.

Signos y síntomas de sospecha

- Tos o atragantamiento al comer, o inmediatamente después, con todas o con alguna consistencia (líquidos).
- Cambios en la voz (voz húmeda o mojada). Disfonía.
- Babeo, dificultad para el control de la saliva.
- Dificultad para la formación del bolo y el manejo de la comida en la boca.
- Deglución fraccionada. Tragar la comida en pequeñas cantidades, poco a poco.
- Residuos en la boca post deglución.
- Sensación de retención de alimento en la faringe y necesidad de hacer varias degluciones.
- Carraspeo.
- Emplear excesivo tiempo para comer.
- Pérdida de peso progresiva. Signos de desnutrición y deshidratación.
- Picos febriles de etiología no filiada.
- Infecciones respiratorias de repetición.

Métodos diagnósticos y valoración

- La evaluación de la EFICACIA de la deglución: Capacidad del paciente para ingerir los alimentos y el agua que necesita para estar bien nutrido e hidratado.

- La evaluación de la **SEGURIDAD** de la deglución: Capacidad del paciente para ingerir el agua y los alimentos sin que se produzcan complicaciones respiratorias.

Para evaluar estas dos características de la deglución, los profesionales disponemos de:

- a. Los métodos **CLÍNICOS**, la historia clínica específica y la exploración física de las estructuras y función de órganos implicados en la deglución y mediante el método volumen-viscosidad.
- b. La exploración de la deglución mediante pruebas complementarias específicas, como la **VIDEO-FLUOROSCOPIA**, la fibrolaringoscopia y la manometría faringoesofágica.

Exploración clínica:

- Observación de la cara, los gestos faciales, el cuello, la postura y la posición de la cabeza. La postura ideal para la deglución es sentado con la espalda recta y la cabeza erguida y centrada con el tronco.
- Valoración del estado cognitivo, para poder planificar en un futuro las pautas de tratamiento más adecuadas en función de su colaboración activa y comprensión.
- Exploración neurológica de los pares craneales, sobre todo los pares craneales bajos. Se le valorará la simetría de los labios y la cara, la protrusión, movilidad y fuerza de la lengua, la simetría de la úvula y el paladar, la sensibilidad oral y orofaríngea, la capacidad de manejo de las secreciones, la capacidad de toser voluntariamente; se le provocará el reflejo de la tos, el reflejo nauseoso y el reflejo deglutorio; y si es necesario, se le pedirá verbalmente o por imitación movimientos volunta-

¿En qué consiste el MECV-V?

6

rios de la boca, la lengua o la cara (praxias buco-linguofaciales).

- Exploración de la cavidad oral, donde se valorará la capacidad de apertura de la boca, la capacidad de masticación, la ausencia de piezas dentarias, la presencia de restos orales, y cualquier alteración de la anatomía o fisiología de la misma.
- En ocasiones también se realiza una exploración de la deglución por fases. Esta exploración se realiza sin comida y pretende localizar alteraciones en los movimientos y sensibilidades de las estructuras que participan en cada fase del proceso deglutorio (fase oral preparatoria, fase oral de transporte y fase faríngea). Hay otros test clínicos para la valoración de la deglución, como el test del agua, pero el que se utiliza de forma protocolizada es el MECV-V (método de exploración clínica volumen-viscosidad).

¿En qué consiste el MECV-V?

Es un método sencillo y seguro. Consiste en utilizar bolos alimentarios de 3 viscosidades diferentes (néctar, líquido y pudín) y 3 volúmenes crecientes (5ml, 10ml y 20ml). Se evalúan los signos de disfagia en la deglución en un orden progresivo de dificultad. Todo ello bajo la monitorización de la saturación periférica de oxígeno mediante un pulsioxímetro para detectar las posibles aspiraciones silentes y aportar más seguridad a la prueba. Además de aportar información sobre cuál es el volumen y la consistencia que maneja el paciente con más seguridad permite establecer una dieta segura; también, ayuda a su médico a seleccionar los pacientes que deben ser estudiados a través de pruebas complementarias específicas como la videofluoroscopia.

Otras vías de alimentación

La nutrición enteral (NE) se emplea en aquellos casos en los que, siendo el aparato digestivo funcional, la vía oral de alimentación no es posible o no proporciona un aporte nutricional adecuado. Se puede realizar a través de diferentes sistemas, ya sean sondas nasales o nasointersticiales (SNG, SNE) u ostomías (gastrostomía endoscópica percutánea o PEG).

Las sondas de gastrostomía (PEG) permiten nutrición enteral a largo plazo. Posibilitan la nutrición enteral domiciliar porque es más sencilla en su manejo. A su vez es menor el riesgo de malposición, extracción accidental, lesiones como escaras en la zona nasal, úlceras faríngeas, esofagitis, regurgitación u obstrucción de la sonda. Tienen mejor aceptación por parte del paciente porque presentan menos problemas estéticos.

Adaptación de los líquidos

Para modificar la viscosidad de los líquidos utilizamos un espesante comercial. Es útil seguir las instrucciones del fabricante, pero en la práctica diaria es importante que el paciente y sus cuidadores sepan identificar las características de cada viscosidad y el comportamiento del espesante sobre diferentes alimentos.

- Textura néctar: Puede beberse en vaso, al caer forma un hilo fino.
- Textura miel: Se puede beber o tomar con cuchara; al caer forma gotas gruesas, no mantiene su forma.
- Textura pudín: Solo puede tomarse con cuchara, al caer mantiene su forma.

Adaptación de la dieta. Alimentos más aconsejados.

Adaptación de la dieta

Como toda dieta tendrá como requisito indispensable el ser individualizada, teniendo en consideración los siguientes parámetros:

1. Tipo y grado de disfagia.
2. Tolerancia individual a cada textura alimentaria.
3. Hábitos alimentarios.
4. Necesidades energéticas y nutricionales en función de la edad, el sexo y la actividad física.

Tipos de Dietas:

1. Dieta basal: Normal. Cuando no existen problemas en la deglución, incluyendo todas las texturas y consistencias.
2. Dieta blanda o fácil masticación: En relación a problemas masticatorios pero sin síntomas de disfagia. Posible como dieta de transición a la dieta normal.
3. Dieta de disfagia o reeducación deglución: Evita alimentos de riesgo y no admite dobles texturas. Permite formar fácilmente el bolo.
Masticación: No o ligera/suave.
4. Dieta túrmix:
Purés de consistencia uniforme, homogénea. Reúnen los requerimientos nutricionales completos o enriquecidos.

Alimentos más aconsejados

- Texturas homogéneas (cremas, purés, triturados, tortilla,...).
- Yogures (sin trozos de fruta), natillas, flan,...
- Carnes y pescados blandos cortados en trozos pequeños, si es necesario cohesionados con salsa

**Alimentos
desaconsejados
(requieren más cuidado).
Evitar.**

(tomate, mayonesa). Evitar ternillas, huesecillos, nervios,...

- Pan de molde.

Alimentos desaconsejados (requieren más cuidado)

- Texturas mezcladas (pisto de verduras, menestra de verduras, arroz 3 delicias, ensaladas,...).
- Dobles texturas. Ej. líquido con sólido (sopas). Administrarlos por separado, cada uno requiere su tiempo de masticación.
- Alimentos fibrosos (espárragos, alcachofas,...). Presentan hebras difíciles de triturar.
- Legumbres (en caso de disfagia, es recomendable triturarlas).
- Especial atención a los alimentos con piel (alubias, lentejas, garbanzos, pimiento). Triturar siempre muy bien.
- Arroces duros «que no se pasan», los granos quedan demasiado sueltos, es fácil que se pierdan en la boca, pudiendo ocasionar posterior atragantamiento.
- Especies que quedan sueltas en las comidas (tomillo, romero, perejil,...).
- Frutas que desprenden agua al introducir en la boca (naranja, mandarina, melón, sandía).

Evitar

- Frutos secos.
- Cereales, muesly, texturas muy secas.
- Pan integral o con semillas, pan tostado.

Recomendaciones generales.

- Cortezas de cerdo (torreznos).
- Patatas fritas chips.
- Jamón serrano duro.
- Quesos duros.
- En general, evitar alimentos muy secos y crujientes que se desmenuzan y pierden en la boca.

Recomendaciones generales

- Procure un ambiente relajado, sin distracciones y sin prisa.
- Siga las recomendaciones sobre textura de los alimentos; adaptación de la consistencia de los líquidos, alimentos peligrosos o a evitar; adaptación de la medicación.
- Realice la higiene oral y dental después de cada comida siguiendo las recomendaciones individuales para cada caso.
- Debe permanecer sentado o de pie tras la ingesta (no tumbado), al menos, 30 minutos después de comer.
- No debe utilizar pajitas ni jeringas. Utilice el tenedor o la cuchara, siguiendo las recomendaciones particulares respecto al tamaño del cubierto (sopero, cadete, postre); a la carga de alimento; al tamaño de cada trozo y adaptaciones para facilitar la autoalimentación (ej.: reborde de plato, cubiertos con mango engrosado, vasos con asa o con boquilla especial).
- No debe hablar mientras come. En ocasiones es conveniente evitar comidas con mucha gente. En estos casos es mejor dar la comida antes de la reunión.

- No debe comer ni beber, si está adormilado o agitado. Si esto ocurre, es mejor retirar la comida y esperar otro momento más idóneo.
- Evite la hiperextensión de cabeza. Si hay dificultad para controlar la postura deberá utilizarse un sistema de posicionamiento específico.
- Espere a que la boca esté limpia y sin residuos antes de la siguiente cucharada.
- En ocasiones se recomiendan ciertas posturas o maniobras deglutorias que deben realizarse durante todas las comidas y cada vez que se ingiera líquidos.
- En general no sobrepase los 30-40 minutos de duración de la comida.
- El menú debe ser variado. Los alimentos deben tener la temperatura adecuada y cuidar la presentación.
- Cuide la postura. La espalda correctamente alineada y apoyada sobre el respaldo de la silla. La cabeza ligeramente en flexión para tragar.
- Debe comer sentado fuera de la cama. Las personas que se alimenten a través de una gastrostomía o PEG también deben recibir la alimentación sentados, o al menos incorporados en la cama.

Atragantamiento

El atragantamiento es la obstrucción total o parcial de las vías respiratorias que suele producirse por una alteración de la deglución de alimentos o líquidos, que en el peor de los casos puede producir asfixia. El alimento en lugar de ir por vías digestivas, penetra accidentalmente a las vías respiratorias desencade-

Causas de atragantamiento.

nando (o no) en la persona un reflejo de defensa como es la tos.

Causas de atragantamiento

Dificultad para controlar el alimento en la boca (pérdida de habilidades adquiridas, parálisis de lengua o músculos bucales, déficit movilidad,...).

Reflejo de deglución retardado (el alimento «cae» antes).

Déficit de sensibilidad dentro de la boca.

Déficit de masticación.

Descoordinación del proceso.

Durante la alimentación: Movimiento excesivo; Habla/canto/risa; Velocidad/cantidad excesiva.

Otra causa frecuente de atragantamiento es el reflujo gastroesofágico (RGE). Alimento con jugos gástricos ácidos retornan a la faringe, pudiendo provocar un atragantamiento.

Los síntomas son diferentes dependiendo si se trata de una obstrucción parcial o total de la vía aérea.

- Obstrucción parcial:
 - La persona está consciente.
 - Tose insistentemente y con fuerza.
 - Presenta una respiración ruidosa (estridor).
 - Puede presentar una coloración azulada.
 - Suele llevarse las manos al cuello.
- Obstrucción total:
 - La persona no puede hablar, respirar o toser.
 - Puede perder la consciencia rápidamente.

Consecuencias de los atragantamientos

La tos posterior a un atragantamiento supone un esfuerzo extra por parte de la musculatura respiratoria, faríngea y laríngea, que puede verse resentida.

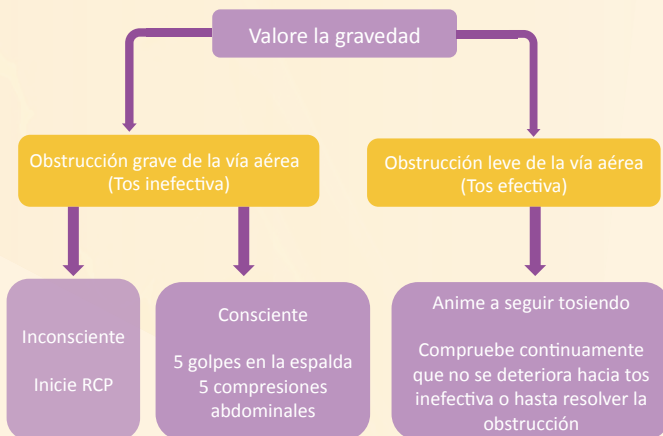
La disfagia acarrea complicaciones importantes de salud a quien la padece:

- Aumento de la morbilidad y de la mortalidad.
- Riesgo de aspiración (paso de alimento o líquido a las vías respiratorias).
- Se asocia a infecciones broncopulmonares, deshidratación y malnutrición.

Paso 1

- Determine si se trata de una obstrucción parcial o completa. La forma de proceder será distinta.

Tratamiento de la Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño en el Adulto



Paso 2

- Si la víctima muestra signos de obstrucción parcial de la vía aérea:
 - Anime a la víctima a continuar tosiendo y no hacer nada más.
 - Compruebe que la tos no se vuelve inefectiva (que sea débil y sin fuerza) en cuyo caso se debe ir al paso siguiente.

Paso 3

- Si la víctima muestra signos graves de obstrucción de la vía aérea y está consciente:
 - Solicite la ayuda de personal sanitario llamando al teléfono 112.
 - Debe dar 5 palmadas en la espalda de la víctima, para ello:
 - a. Colóquese al lado y ligeramente detrás de la víctima.
 - b. Sitúe una mano en el pecho del paciente e incline un poco a la víctima hacia delante.
 - c. Aplique hasta 5 palmadas fuertes entre los omóplatos con el talón de la otra mano.
 - Si con esta maniobra no se ha conseguido expulsar el cuerpo extraño, debe aplicar 5 compresiones en el abdomen.
 - a. Colóquese detrás de la víctima.
 - b. Pase sus brazos por debajo de las axilas de la víctima rodeando su cintura.
 - c. Forme un puño con su mano y colóquelo con el pulgar hacia dentro entre la punta del esternón y el ombligo («boca del estómago»).
 - d. Realice 5 compresiones bruscas hacia atrás y hacia arriba.
 - Si tras esta maniobra el cuerpo extraño no ha salido debe volver alternar los 5 golpes en la

- espalda con los 5 golpes en el abdomen hasta que la víctima expulse el cuerpo extraño o pierda la conciencia.
- Durante la realización de estas maniobras, procure que la persona a las que se las realizamos esté inclinada hacia delante para facilitar la salida del cuerpo extraño.
 - Si la víctima en cualquier momento queda inconsciente:
 - a. Lleve a la víctima con cuidado hasta el suelo.
 - b. Si no lo ha hecho previamente active inmediatamente al Servicio de Emergencias Sanitarias llamando al teléfono 112.
 - c. Comience la RCP-Básica (30 compresiones torácicas y 2 ventilaciones boca a boca).

Soporte Vital Básico del Adulto

¿NO RESPONDE?

Grite pidiendo ayuda

Abra la vía aérea

¿NO RESPIRA NORMALMENTE?

Llame al 112

30 compresiones torácicas

2 ventilaciones de rescate
30 compresiones



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



IMSERSO