



DISFAGIA

en el paciente neurológico: Alzheimer, Parkinson y ELA

La **dificultad para tragar**, conocida como disfagia, es un problema común en pacientes con enfermedades neurológicas como Alzheimer, Parkinson y ELA. La disfagia puede tener un impacto negativo en la salud y calidad de vida de estos pacientes, por lo que es importante entender cómo funciona la deglución y qué **opciones de tratamiento** que existen.

FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN:

La deglución es un proceso complejo que involucra a varios músculos y nervios. Normalmente se divide en **tres fases**: oral, faríngea y esofágica. Cualquier problema que afecte los músculos y estructuras involucradas en la deglución puede causar disfagia y poner en riesgo la alimentación adecuada al dificultar el paso del alimento y líquido hacia el estómago. (1)

FASES DE LA DEGLUCIÓN:

En la **fase oral**, se mastica y mezcla el alimento con saliva para formar un bolo que se mueve hacia la faringe. En la **fase faríngea**, el bolo entra en la faringe y se activa el reflejo de deglución, cerrando las vías respiratorias y empujando el bolo hacia el esófago. En la **fase esofágica**, el bolo se mueve hacia el estómago a través del esófago gracias a los músculos peristálticos. Estos músculos se contraen rítmicamente para empujar el bolo a través del esófago y hacia el estómago. La disfagia puede ocurrir en cualquiera de estas fases debido a trastornos neurológicos.

PACIENTES QUE PRESENTAN DISFAGIA
A LO LARGO DE SU ENFERMEDAD.

80%
ELA

50%-75%
ALZHEIMER Y PARKINSON

LA DISFAGIA Y EL PACIENTE NEUROLÓGICO:

La disfagia es **un problema** de salud **muy frecuente** a pesar de estar infradiagnosticada llevando a una mayor presencia de complicaciones que suelen traducirse en un aumento de morbilidad y mortalidad. En pacientes con ELA más del 80% presenta disfagia a lo largo de la enfermedad, mientras que los pacientes con Alzheimer y Parkinson, entre el 50% y 75% la experimenta (1)(3).

La disfagia en pacientes neurológicos **puede llevar a complicaciones graves** como deshidratación, desnutrición y broncoaspiración. Su abordaje tiene consecuencias en la calidad y esperanza de vida. Un descenso > 10% en el IMC durante los primeros 6 meses predice una peor supervivencia (4) (3). Es fundamental **detectar y tratar la disfagia a tiempo** para prevenir estas complicaciones y mejorar el pronóstico (2).

DISFAGIA EN ALZHEIMER:

La enfermedad de Alzheimer es una **enfermedad neurodegenerativa** progresiva que afecta principalmente la memoria y el pensamiento. Sin embargo, también puede tener efectos significativos en la deglución.

En pacientes con Alzheimer, la enfermedad **puede afectar la masticación** teniendo como consecuencia un aumento en el tiempo que el bolo permanece en la boca.

Además, si se tiene una afectación en los músculos de la faringe y el esófago, causa una disfagia más severa.



DISFAGIA EN PARKINSON:

La enfermedad de Parkinson es otra **enfermedad neurodegenerativa** que afecta principalmente al movimiento y la coordinación.

En pacientes con Parkinson, los **movimientos involuntarios** del rostro y la mandíbula **pueden dificultar la masticación** y los músculos de la faringe y el esófago pueden debilitarse lo que puede hacer más difícil el empuje del bolo hacia el esófago.

En la fase esofágica los problemas se deben a la disminución de tono muscular o al estrechamiento del esófago.

DISFAGIA EN PACIENTES CON ELA:

En pacientes con ELA, la **debilidad muscular progresiva** puede afectar todas las fases de la deglución.

En la fase oral, **afecta los músculos faciales y de la mandíbula** por lo que pueden tener dificultades para masticar. En la fase faríngea, la debilidad de los músculos de la faringe hace más difícil el empuje del bolo. Además, la debilidad muscular también **puede afectar los músculos peristálticos del esófago**, lo que puede hacer más difícil el movimiento de los alimentos hacia el estómago

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA DISFAGIA:

Como se ha mencionado anteriormente, dentro de las complicaciones más frecuentes podemos encontrar **deshidratación, desnutrición y broncoaspiración, todas con graves repercusiones y elevada morbimortalidad.** (1)

La deshidratación suele presentarse en pacientes con disfagia a líquidos, ya que el agua a la que manualmente la persona le añade algún espesante, puede ser poco apetecible. Existen **alternativas comerciales de agua gelificada** que garantizan la textura constante y ofrecen variedad de sa-

bores lo que mejora la aceptación del agua.

Es importante, que uno de los primeros eslabones en el seguimiento de la disfagia a líquidos sea un buen seguimiento de la hidratación. (3) (2)

La desnutrición puede darse, principalmente a dos causas; la **dificultad y molestias a la hora de deglutir** y la monotonía. Suelen reducir porciones y la variedad de alimentos, como consecuencia de la molestia y la pérdida del apetito. La **monotonía** se da por la poca atracción que puede producir la alimentación triturada.

En muchas ocasiones, aun pudiendo tolerar varias a texturas se tiende usar la textura triturada, repitiendo textura, colores que pueden ser poco apacibles y sabores que pueden ser llegar a ser irreconocibles.

Algunos datos publicados nos indican que **hasta un 40% de los pacientes con disfagia suelen presentar desnutrición** asociada con la misma. (5)

COMO ABORDAR LA DISFAGIA EN EL PACIENTE NEUROLÓGICO:

A continuación, se describen algunas opciones de tratamiento comunes para la disfagia en pacientes con Alzheimer, Parkinson y ELA.

Las modificaciones dietéticas: pueden incluir cambios en la textura y consistencia de los alimentos, así como en los líquidos que se consumen.

La terapia del habla: incluye ejercicios para fortalecer los músculos que se utilizan en la deglución y en mejorar la coordinación necesaria para la deglución. En algunos casos, también se pueden utilizar dispositivos de asistencia, como los tubos nasogástricos o las sondas de gastrostomía, para suministrar alimentos y líquidos directamente al estómago.

Medicamentos: únicamente son utilizados en los casos donde es necesario relajar los músculos para mejorar la coordinación de los movimientos de la deglución, o cuando se tienen problemas de reflujo ácido u otros problemas gastrointestinales.

En general, es importante que los profesionales sanitarios trabajen en estrecha colaboración con los pacientes y sus cuidadores para identificar la mejor estrategia de tratamiento para cada caso individual.



CONCLUSIONES

Según un artículo publicado por la revista española de “Geriatría y Gerontología”: La neumonía aspirativa es la principal causa de muerte en los pacientes con enfermedades neurológicas y en pacientes frágiles con alteraciones en la deglución (5).

Evitar la **broncoaspiración** es un objetivo en estos pacientes sin olvidar el **mantenimiento del peso** y mejorar el estado nutricional.

Es necesario remarcar la importancia en el **diagnóstico y tratamiento a tiempo** la disfagia, en pacientes con enfermedades neurológicas, que ya están condicionados, por la propia enfermedad o por el tratamiento relacionado con esta, a tener unos requerimientos aumentados, poco apetito y según avanza la enfermedad, dificultad para llevar a cabo la alimentación.

Evitar las complicaciones relacionadas con la disfagia, así como una disminución del peso, conlleva un mejor tanto diagnóstico y aumento de calidad de vida en pacientes con estas enfermedades neurológicas. (3)

Bibliografía consultada:

- (1)** Baena González M, Molina Recio G. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer. Nutr Hosp [Internet]. 2016;33(3):286. Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33n3/34_revision3.pdf
- (2)** Org.mx. [citado 22 de marzo de 2023].
Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n3/0186-4866-mim-34-03-359.pdf>
- (3)** Mamolar Andrés S, Santamarina Rabanal ML, Granda Membiela CM, Fernández Gutiérrez MJ, Sirgo Rodríguez P, Álvarez Marcos C. Trastornos de la deglución en la enfermedad de Parkinson. Acta Otorrinolaringol Esp [Internet]. 2017 [citado 22 de marzo de 2023];68(1):15-22.
Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0001651916300103?token=BCCDE5E6FE6FE06D-BE5C1C8B703ED479F1327F5081BABC001A7C506936E0ACAD49E2BF40D25A761FB649FC808F20F0F4&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230317124837>
- (4)** Lendínez-Mesa A, Fraile-Gomez M del P, García-García E, Díaz-García M del C, Casero-Alcázar M, Fernandez-Rodríguez N, et al. Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol [Internet]. 2014 [citado 22 de marzo de 2023];39(1):5-10.
Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2013524614000038?token=F5BF3D07280D077A-B909847466FE022E53CB8255EBED75F164842EFC2B8D4E7F0CBF390BDBA83112599E6B87AE8F365C&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230322110550>
- (5)** Consecuencias de la disfagia [Internet]. Nestlehealthscience.es. [citado 22 de marzo de 2023].
Disponible en: <https://www.nestlehealthscience.es/condiciones-medicas/envejecimiento/difagia/vivir-condifagia/consecuencias>