

Best Practice

Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals

Valoración y manejo de la disfagia en niños con afectación neurológica

Antecedentes

Al nacer, los circuitos neurológicos implicados en coordinar las funciones del succionar, tragar y respirar están normalmente bien desarrolladas. Si la deglución es anormal puede causar no sólo una menor ingesta de leche que derivará en una desnutrición, sino que puede amenazar la vida por la aspiración de leche en los pulmones, causando asfixia o complicaciones respiratorias o pulmonares. La disfagia en niños con afectación neurológica se asocia generalmente a un daño o desarrollo anormal de los músculos que controlan el proceso de alimentación o deglución, o partes del sistema nervioso o estructuras asociadas.

Se caracteriza por una disfunción en las fases secuenciales del proceso de deglución. Los niños con disfagia pueden experimentar dificultades para controlar la lengua y manipular el bolo alimenticio, y presentar problemas para mover la comida desde la boca hasta la faringe, retrasar el acto de tragar en la faringe, lo que incrementa el riesgo de aspiración de alimentos en las vías respiratorias. La disfagia puede ser leve, moderada o grave.

Objetivo

Proporcionar a los profesionales de la salud la mejor evidencia disponible sobre la valoración y el manejo de la disfagia en niños con afectación neurológica.

Metodología

En este Best Practice Information Sheet (BPIS) se resume una revisión sistemática actualiza-

La versión completa gratuita está disponible electrónicamente en castellano en: http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/Best_Practice.htm <http://www.evidenciaencuidados.es> y en inglés en: http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/best_practice.php

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles de evidencia establecidos por el instituto Joanna Briggs en 2006 (<http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>)

Grado A: Recomendación demostrada para su aplicación

Grado B: Recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación

Grado C: Recomendación no demostrada

da que sustituye al BPIS del mismo nombre publicado en 2000¹ basado en una revisión sistemática de 25 artículos². Hasta la fecha, se han identificado 5 nuevos artículos. De estos 30 artículos, 17 se basan en la opinión de expertos, 10 han sido clasificados como estudios descriptivos y 3 han sido estudios de casos y controles. La revisión consideró los síntomas y signos de la disfagia en niños con afectación neurológica. De esta manera, un niño puede presentar síntomas más generales o problemas específicos durante la deglución.

Síntomas generales

- Mal crecimiento o desarrollo.
- Dificultades para comer.
- Infecciones respiratorias recurrentes.
- Rechazo a la comida signos de aumento del esfuerzo, fatiga y disminución de estado de alerta.

Síntomas específicos

- Extrema sensibilidad oral al tacto.
- Sensibilidad extrema al contacto dentro o alrededor de la boca.
- Rechazo de la comida.
- Muecas faciales.
- Intolerancia a lagunas texturas de alimentos.
- Escupir la comida.
- Aumento de la duración de la alimentación, por ejemplo, más de 45 min.
- Dificultad para controlar los líquidos, purés, alimentos semisólidos y sólidos.



Aunque no están específicamente relacionados con la disfagia neurológica, los niños con disfagia a menudo sufren infecciones respiratorias y reflujo gastroesofágico (RGE). Los signos del RGE incluyen: irritabilidad, intolerancia a las tomas largas, saciedad temprana y vómitos frecuentes. Todos los signos y síntomas se basan en los grados A y B de evidencia³. Algunos síntomas hacen referencia a una fase particular del proceso de deglución.

Las 3 fases que intervienen en el proceso de deglución son:

1. Fase oral: implica control voluntario e intervienen los nervios craneales sensitivos y motores. Los sujetos presentan asfixia, atragantamiento, babeo excesivamente debilidad para mamar, entorpecimiento de la lengua expulsión de la comida de la boca por falta de control de la lengua.

2. Fase faríngea: en esta fase de la deglución, la vía aérea se cierra y el paladar blando se eleva para evitar la aspiración de la comida. Es cuando se producen atragantamientos, asfixia con la ingestión de líquidos y alimentos, tos, babeo, reflujo nasofaríngeo y distrés respiratorio, incluidos roncus y sibilancias.

3. Fase esofágica: en esta fase de la deglución, se abre el esfínter esofágico inferior y el bolo alimenticio es transportado al estómago mediante movimientos peristálticos. En esta fase, aparecen signos de distrés respiratorio durante la alimentación, esfuerzo respiratorio, respiración ruidosa y signos de fatiga durante la alimentación.

Criterios de valoración

Cuando se sospecha que un niño tiene disfagia, debe suspenderse inmediatamente la alimentación y derivarlo al pediatra y al logopeda para una valoración en profundidad. Las causas de una deglución anormal pueden ser relativamente fáciles de determinar (p. ej., anomalías estructurales obvias de la mandíbula, lengua, sistema nervioso, etc.); sin embargo, una alimentación que resulta difícil o desagradable para el niño, como resultado de estas anomalías puede persistir como una aversión aprendida a alimentarse. Trabajar junto con el niño y la familia/cuidadores, y las opiniones de diferentes profesionales permitirán identificar la mejor estrategia de manejo para cada caso.

Manejo de la disfagia

Los principales objetivos del manejo de la disfagia en un niño con afectación neurológica son aumentar y mantener una nutrición adecuada para un buen crecimiento y evitar complicaciones mayores debidas a la aspiración de comida en los pulmones. Ya que la alimentación se realiza normalmente en el domicilio, es importante que las estrategias de tratamiento promuevan un enfoque centrado en la familia (grado B).

Las familias y cuidadores de niños con disfagia necesitan apoyo, información, reafirmación y apreciación de sus esfuerzos (grado B). Se debe proporcionar información a los cuidadores con respecto a: estrategias de alimentación oral, preparación de comidas variadas y nutritivas, disponibilidad de equipos de adaptación, como posicionar al niño durante la alimentación, comportamiento interactivo positivo. Es importante combinar un equipo multidisciplinario con la implicación de los padres para la valoración y manejo de la disfagia en niños (grado A y B). Los miembros del equipo multidisciplinario deben incluir: pediatras, logopetas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeras y dietistas. En cualquier programa se deben considerar la edad de desarrollo del niño y el grado de capacidad funcional para la deglución (grado B).

Monitorización de la nutrición y la hidratación. El objetivo de la monitorización es ayudar a mantener la nutrición y la hidratación (grado B).

Posición del niño durante la alimentación. No se debe poner el cuello en extensión, ya que podría impedir el movimiento laríngeo y despejar la faringe, poniendo al niño en riesgo de aspiración (grado B). Si no es posible hacer una valoración visual correcta de la posición segura para colocar al niño, puede ser necesario realizar un estudio mediante videofluoroscopia con bario modificado (grado B). Una posición efectiva para evitar la aspiración en niños con grandes problemas de deglución en la fase oral, es colocar al niño de la siguiente manera: bajar la barbilla, reclinar 30° y flexionar la cadera. En niños con problemas leves para deglutar en la fase oral, pero grandes problemas en la fase faríngea, se recomienda colocar al niño en posición recia con el cuello y la cadera flexionados (grado B).

Dieta

El objetivo de una modificación de la dieta es ayudar a los niños a manejar diferentes tamaños de

bolo alimenticio, sabores y texturas. Los estudios de la deglución mediante fluoroscopia con bario modificado sirven para determinar las texturas más seguras para cada niño con disfagia. Los siguientes ejemplos muestran algunas modificaciones recomendadas (grado B).

– Tamaño del bolo: se recomienda, generalmente, trozos pequeños. Puede ser necesario variar el tamaño del bolo según las diferentes texturas y según la capacidad de deglución del niño.

– Textura de los alimentos: se recomienda los líquidos densos, ya que reducen el riesgo de aspiración. También el uso de almidones para espesar los líquidos. Los niños con afectación en la deglución pueden tolerar mejor una textura consistente que una textura fina y más líquida. Hay que registrar la tolerancia y preferencias de textura para determinar las mejores toleradas.

– Temperatura de los alimentos: no hay evidencia sobre la temperatura óptima de los alimentos; los niños varían en cuanto a la respuesta hacia la temperatura de los alimentos.

Prevención de complicaciones por aspiración

Hay que observar si aparecen signos de broncoaspiración (tos, atragantamiento o distrés respiratorio) y deben registrarse el tipo y frecuencia respiratoria. Si se sospecha que puede haber aspiración, se debe detener la alimentación oral y no reanudarla hasta que no se investigue la posible causa (grado B).

Hay que tener cuidado con la aspiración silente (ausencia de signos), se ha visto en niños con disfagia, pudiendo ocurrir antes, durante y después de la deglución (grado B). En caso de sospecha de afectación cognitiva, debe derivarse al niño a profesionales apropiados para que valoren y den instrucciones adecuadas para su alimentación. Deben darse instrucciones verbales de acuerdo al nivel de comprensión.

Recomendaciones

– Para la valoración y la identificación temprana del niño con riesgo de disfagia es necesario conocer la fisiología de la deglución normal y anormal, así como tener la capacidad de identificar los factores que puedan influir en el desarrollo de la disfagia (grado B).

- Para identificar y valorar la disfagia es necesario conocer los factores de riesgo. Cuando se sospecha que un niño tiene disfagia, debe suspenderse inmediatamente la alimentación, hablar con el pediatra sobre la situación del niño y derivarle al logopeda para una valoración en profundidad (grado B).
- En la valoración de la disfagia hay que tener en cuenta la presencia de un pobre estado nutricional o un retraso en el crecimiento del niño, ya que estos factores pueden asociarse a la disfagia (grado B).
- Cuando se sospecha que un niño tiene disfagia debe obtenerse información de los padres y/o cuidadores acerca de las dificultades en la alimentación (grado B).
- Un equipo multidisciplinar es esencial para la valoración y manejo de la disfagia (grado B).
- Es esencial monitorizar el estado de crecimiento, de hidratación y nutrición de los niños con disfagia. Deben ponerse en marcha actividades específicas para mantener la nutrición y la hidratación oral, basándose en las necesidades individuales de cada niño (grado B).
- Deben monitorizarse los niños con disfagia por si aparecen signos de aspiración. En unidades de agudos, los equipos de emergencia deben estar siempre disponibles (p. ej., dispositivos de oxígeno y aspiración), deben implantarse actividades tales como una alimentación sin prisas, para asegurarse una deglución satisfactoria (grado B).
- Monitorizar la capacidad de deglución: debe comunicarse al pediatra o al logopeda cualquier cambio que se produzca en la capacidad de deglutar (grado B).
- Es importante tener en cuenta que los niños con afectación neurológica pueden requerir terapia cognitiva y de comportamiento como parte del programa de manejo de la disfagia (grado B).
- A las familias y cuidadores que atienden a niños con disfagia se les debe apoyar, dar información,

transmitir tranquilidad y apreciar sus esfuerzos. Hay que implantar las estrategias que promuevan un manejo de la disfagia desde un punto de vista familiar (grado B).

Comentario

La evaluación y la gestión de la disfagia son complejas y requieren de la experiencia de un equipo multidisciplinar; las enfermeras son parte de dicho equipo y tienen un papel importante en la evaluación de la disfagia y su desarrollo, así como en la aplicación de estrategias específicas para mantener la alimentación por vía oral de forma segura. Como se desprende de la RS, podemos observar que no hay suficientes estudios hechos por enfermeras de pediatría, que identifiquen los papeles sobre las implicaciones o estrategias a seguir en los cuidados en los niños con disfagia. Por tanto, sirve como propuesta para que en un futuro se realicen más investigaciones del papel de la enfermera de pediatría, para identificar los síntomas y los signos de la disfagia en niños con afectación neurológica o sin ella.

Las recomendaciones de esta revisión se basan, en gran parte, en un grado de evidencia B, que significa recomendación moderada que sugiere que se considere su aplicación. Se basa en estudios descriptivos o de opinión de expertos. Doce artículos fueron escritos por expertos en el manejo de la disfagia. La mayoría de estos documentos describe la etiología de la disfagia, su desarrollo, características, métodos de evaluación y estrategias de gestión del proceso. De manera breve, se menciona el impacto de la disfagia en los cuidadores y los padres en algunos estudios. Se realizaron estudios de casos y controles para identificar la prevalencia de la disfagia en niños con parálisis cerebral y el síndrome de Duchenne. Los estudios con muestras más grandes permitieron obtener conclusiones importantes; el uso de muestras pequeñas en algunos

estudios es una debilidad, así como el uso de diseños observacionales y descriptivos, y no utilizar diseños experimentales aleatorizados, lo que contribuye a una difícil generalización de los resultados. Además, el uso de muestras de conveniencia de niños que presentaban graves discapacidades y disfagia todavía hace que haya importantes limitaciones en la generalización de las recomendaciones. Por último, cabe señalar que los niños con parálisis cerebral y disfagia asociada tienen una mayor representación en esta revisión. Nueve de los estudios de esta investigación se llevaron a cabo en niños con parálisis cerebral y 5 de los 12 estudios de opinión de expertos eran sobre niños con disfagia y parálisis cerebral.

Por tanto, podemos concluir que es necesario realizar más investigación primaria, utilizando tipos de estudio que ofrezcan mayor calidad en los resultados y se puedan extrapolar a la población pediátrica afectada por disfagia, para instaurar cuanto antes estrategias de cuidados. Mientras no se realice más investigación sobre el tema, las recomendaciones publicadas siguen siendo actuales y reconocen que la valoración de la disfagia en niños con afectación neurológica requiere un enfoque multidisciplinar y debe realizarse de forma centrada en la familia.

Concha Carratalá Munuera

Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, Elche, España

Correo electrónico: atención.primaria@umh.es

Bibliografía

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews -the review process, Levels of evidence [consultado 2009]. Disponible en: <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
2. The Joanna Briggs Institute Identification and Management of Dysphagia in Children. Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. The Joanna Briggs Institute Best Practice. 2000;4:1-6.
3. Ramrith P, Finlayson K, Mitchell A and Croft G. Identification and nursing management of dysphagia in individuals with neurological impairment. The Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews. 2000;8.



THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE
Royal Adelaide Hospital. North Terrace. Adelaide.
South Australia 5000.