



# Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

## Valoración y manejo de la disfagia en niños con afectación neurológica

### Recomendaciones

- Las recomendaciones publicadas en 2000 siguen siendo actuales y reconocen que la valoración y manejo de la disfagia en niños con afectación neurológica requieren un enfoque multidisciplinar y deben realizarse de forma centrada en la familia<sup>2,4-9</sup>.
- Es esencial para la valoración e identificación precoz del niño con riesgo de disfagia 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 y discutirse con el médico general 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 ser monitorizados los niños con disfagia por si aparecen signos de aspiración. En unidades de agudos, los equipos de emergencia deben estar siempre disponibles (por ejemplo, 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 médico general o al logopeda cualquier cambio que se produzca en la capacidad de deglutir. (**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**)

### Fuente de información

Este *Best Practice information sheet* actualiza y sustituye al BPIS del mismo nombre publicado en 2000<sup>2</sup>, basado en una revisión sistemática de 25 artículos<sup>3</sup>. Hasta la fecha se han identificado 5 nuevos artículos.<sup>4-9</sup> 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.

### Objetivos

El objetivo de este *Best Practice information sheet* es presentar la mejor evidencia disponible sobre la valoración y manejo de la disfagia en niños con afectación neurológica.

### Antecedentes

Al nacer, los circuitos neurológicos implicados en coordinar las funciones de succionar, tragar y respirar están normalmente bien desarrollado. 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.<sup>3,6-7</sup> 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 severa.

### 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

## Definiciones

**Disfagia** - Dificultad para tragar.

**Afectación neurológica** - Función anormal del sistema nervioso específicamente relacionada con la deglución.

**Fase oral** – Implica control voluntario e intervienen los nervios craneales sensitivos y motores.

**Fase faríngea** – Durante esta fase de la deglución, la vía aérea se cierra y el paladar blando se eleva para evitar la aspiración de comida.

**Fase esofágica** – Durante esta fase de la deglución, se abre el esfínter esofágico inferior y el bolo alimenticio es transportado al estómago mediante movimientos peristálticos.

Aunque no están específicamente relacionadas 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 evidencia 3-9. Algunos síntomas hacen referencia a una fase particular del proceso de deglución.

## Fase Oral

Asfixia, atragantamientos, babear excesivamente, debilidad para mamar, entorpecimiento de la lengua, expulsión de la comida de la boca por falta de control de la lengua.

Es importante que se proporcione una historia de alimentación por parte de los padres y/o cuidadores para determinar la causa de la disfagia. Cuando se sospeche que existe disfagia debe obtenerse la siguiente información para una valoración en profundidad:

- Cualquier historia de problemas con la succión, lactancia y al iniciar los alimentos sólidos.
- Problemas con la masticación, escupir comida o sólo comer pequeñas cantidades de alimento.
- Tolerancia a ciertos alimentos y texturas en particular.
- Toser y respirar ruidosamente (puede sugerir aspiración o residuos en la faringe).
- Rechazo de la comida (puede indicar dolor al tragar).
- Distrés durante la alimentación (puede indicar dolor al tragar).
- Historia de excesiva duración de las comidas.
- Cómo se comporta el niño cuando tiene la comida en la boca (por ejemplo, escupir el alimento al final de la comida).
- Momentos del día en que el niño come mejor.
- Influencia que tiene el ambiente en el éxito de la alimentación (por ejemplo un niño que come sólo bajo ciertas condiciones, o en ciertos lugares)
- Métodos de alimentación de los cuidadores, si existen técnicas más eficaces que otras.
- Posición del niño cuando se le alimenta.

Debe utilizarse una combinación de herramientas de valoración para identificar la causa de la disfagia. Éstas incluyen:

- evaluación clínica junto a la cama por un logopeda
- examen motor oral (anomalías estructurales de la lengua, paladar y mandíbula; dificultades en cualquiera de las fases de la deglución; anomalías en el movimiento oral, laringeo o faríngeo)
- examen radiológico (por ejemplo, estudio de la deglución mediante videofluoroscopia con bario modificado)
- valoración neurológica para verificar la presencia de distonía que puede afectar a la capacidad de alimentarse

Valoraciones adicionales pueden incluir:

- estado de hidratación y nutrición del niño
- valoraciones de crecimiento y desarrollo

Las causas de una deglución anormal pueden ser relativamente fáciles de determinar (por ejemplo, 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 individual.

## Fase Faríngea

Atragantamientos, asfixia con la ingestión de líquidos y alimentos, tos, babeos, reflujo nasofaríngeo, distrés respiratorio, incluido roncus y sibilancias.

## Fase Esofágica

Signos de distrés respiratorio durante la alimentación: cambios en los patrones normales de respiración; esfuerzo respiratorio; respiración ruidosa; signos de fatiga durante la alimentación.

## Criterios de valoración

Cuando se sospecha que un niño tiene disfagia, debe suspenderse inmediatamente la alimentación y derivarle al médico general y al logopeda para una valoración en profundidad.

## Signos y síntomas de la disfagia en niños con afectación neurológica

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 de la comida
- Signos de aumento del esfuerzo, fatiga y disminución del 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 algunas texturas de alimentos
- Escupir la comida
- Aumento de la duración de la alimentación, por ejemplo, más de 45 minutos
- Dificultad para controlar los líquidos, purés, alimentos semisólidos y sólidos

## Factores de riesgo asociados a la disfagia

Los diagnósticos que pueden aumentar el riesgo de padecer disfagia en niños son: múltiples minusvalías, parálisis cerebral, lesiones por traumatismo cerebral, alteraciones genéticas, infartos cerebrales, síndrome de Rett, síndrome de Down, afectaciones motoras superiores, distonía, discinesia, hipotonía o desórdenes en las conexiones neuromusculares, como por ejemplo, la miastenia gravis y la distrofia muscular de Duchenne.<sup>3-6</sup>

Algunos neurolépticos y la medicación utilizada para el manejo de las crisis epilépticas pueden disminuir el nivel de alerta y la habilidad para la deglución. Los relajantes musculares administrados a niños con espasticidad pueden afectar la capacidad para la deglución. (Grado B).

La disfagia puede llevar a deshidratación, baja ingesta de nutrientes y bajo peso.

## 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). Debe proporcionarse información a los cuidadores con respecto a:

- estrategias de alimentación oral
- preparación de comidas variadas y nutritivas
- disponibilidad de equipos de adaptación
- cómo posicionar al niño durante la alimentación
- comportamientos interactivos positivos
- cómo determinar el progreso de la capacidad de deglución del niño

Es importante combinar un equipo multidisciplinario con la implicación de los padres para la valoración y manejo de la disfagia en niños (Grados A y B). Los miembros del equipo multidisciplinario deben incluir: médicos generales, logopetas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, dietistas y enfermeras. El conocimiento de la deglución normal y anormal y de las técnicas terapéuticas es esencial para manejar la rehabilitación de un niño con disfagia. En cualquier programa se deben considerar la edad de desarrollo del niño y el grado de capacidad funcional para la deglución. (Grado B).

A continuación se enumeran las intervenciones más utilizadas.

## Monitorización de la nutrición y la hidratación

El objetivo de la monitorización es ayudar a mantener la nutrición y la hidratación (Grado B)

- Monitorización dietética y valoración de las entradas por un dietista experto en pediatría.
- Balance de líquidos (entradas y salidas, incluyendo vómitos y pérdida de saliva).
- Registro de la ingesta oral de alimentos y de su ganancia de peso. Algunos niños requerirán alimentación no-oral complementaria. La cantidad de este tipo de alimentación debe registrarse e incluirse en el balance de líquidos y en el registro de alimentos.
- Monitorizar la duración de las comidas del día.

## Posición del niño durante la alimentación

El objetivo es mantener alineado el cuerpo del niño, reduciendo así la probabilidad de asfixia o aspiración de alimentos. La posición del niño dependerá de la magnitud de la disfagia y de qué fase de la deglución sea anormal.

En niños con parálisis cerebral severa y con problemas de alimentación, la posición para alimentarse depende del grado de disfagia y de si el problema está en la fase oral o faríngea. No se debe poner el cuello en extensión, ya que podría impedir el movimiento laringeo 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 recta 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. Las modificaciones varían según las necesidades de cada niño. 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 recomiendan, generalmente, trozos pequeños. En algunos casos los bolos más grandes son beneficiosos porque aumentan la sensibilidad de la cavidad oral y ayudan a la formación del bolo y a la reducción del tiempo de tránsito faríngeo.

Puede ser necesario variar el tamaño del bolo según las diferentes texturas y según la capacidad de deglutar del niño.

Nota: Niños con alteraciones neuromusculares (con deglución débil o descoordinada) podrán tragar más fácilmente un bolo semisólido.

### • Textura de los alimentos

Se recomiendan los líquidos densos ya que reducen el riesgo de aspiración. Se recomienda 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, pero pueden requerir más tiempo para masticar. También deben tenerse en cuenta la elasticidad y viscosidad de los alimentos a la hora de considerar cambios en las texturas. Debe ofrecerse a cada niño una amplia gama de sabores de la textura recomendada. Hay que registrar la tolerancia y preferencias de textura para determinar las mejor toleradas.

### • Temperatura de los alimentos

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

## Dispositivos de apoyo en el manejo de la disfagia

Los dispositivos de apoyo pueden ayudar a los niños con dificultades en la fase oral de la deglución a controlar el tamaño del bolo y a aprender a alimentarse por sí mismos. El acceso y la disponibilidad de los dispositivos de apoyo pueden depender del entorno y el país. Algunos dispositivos de apoyo son:

- Silla de ruedas/ almohadas para niños
- Cucharas de diferentes tamaños y formas
- Platos con bordes de protección, cuencos con soportes para que sean estables
- Mangos especialmente diseñados para tenedores y cucharas
- Cucharas con mangos angulados y giratorios, cabestrillos y protecciones de dedos y brazos

Cuando se identifica la necesidad de utilizar estos dispositivos hay que derivar al niño al terapeuta ocupacional y al fisioterapeuta.

## Prevención de complicaciones por aspiración

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

Nota: 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).

Si se sospecha afectación cognitiva, debe derivarse al niño a profesionales apropiados que puedan valorarlo y den unas instrucciones adecuadas para su alimentación. Deben darse instrucciones verbales de acuerdo al nivel de comprensión

y edad mental del niño. A los niños con afectación de la memoria o propensos a la distracción, se les debe recordar constantemente que mastiquen y traguen. Debe revisarse la boca del niño al finalizar la alimentación, para evitar que puedan quedar restos de alimentos dentro y pueden atragantarse.

Observe los factores comportamentales: Utilice estrategias no agresivas para manejar el rechazo de la comida. Los niños impulsivos requieren una monitorización estricta. Mantenga la comida fuera del alcance del niño, recuérdelle que coma despacio, y asegúrese de que se ha tragado el bolo antes de ofrecerles el siguiente bocado. En niños agitados con lesiones cerebrales, se debe promover un ambiente sin distracciones y que los familiares sean los que mantengan su alimentación.

## Agradecimientos

Este *Best Practice information sheet* ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs con la ayuda de un panel de revisores expertos.

Ms Prabha Ramritu, Queensland Centre for Evidence Based Nursing & Midwifery, Australia.

Además este *Best Practice information sheet* ha sido revisado por expertos de los Centros Colaboradores Internacionales del Instituto Joanna Briggs.

- Bridie Kent, School of Nursing, Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland, New Zealand.

## Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2009 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
2. The Joanna Briggs Institute Best Practice Information Sheet. Identification and Management of Dysphagia in Children, 4(3): 2000, 1329 – 1874.
3. Ramritu 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.
4. Skitberg, LL & Bantz DL. Management of children with swallowing disorders. Journal of Pediatric Health Care 13. 1999; 13(5): 223-229.
5. Rudolph CD & Thompson D. Feeding disorders in infants and children. Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2002; 49(1): 97-112.
6. Dusick A. Investigation and Management of Dysphagia. Seminars in Pediatric Neurology. 2003; 10(4): 255-264.
7. Garg BP. Dysphagia in children: An overview. Seminars in Pediatric Neurology. 2003; 10(4): 252-254.
8. Sheppard JJ & Fletcher KR. Evidence-based interventions for breast and bottle feeding in the neonatal intensive care unit. Seminars in Speech and Language. 2007; 28(3): 204-212.
9. Bell HR & Alper BS. Assessment and intervention for dysphagia in infants and children: Beyond the neonatal intensive care unit. Seminars in Speech and Language. 2007; 28(3): 213-222.
10. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare Int J of Evidence-Based Healthcare 2005; 3(8):207-215.

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande.

Traducción revisada por: Esther González María.

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

• The Joanna Briggs Institute  
Margaret Graham Building,  
Royal Adelaide Hospital,  
North Terrace, South Australia, 5000  
[www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)

ph: +61 8 8303 4880  
fax: +61 8 8303 4881  
email: [jbi@adelaide.edu.au](mailto:jbi@adelaide.edu.au)

• Published by  
Blackwell Publishing



WILEY-  
BLACKWELL

"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL  
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA  
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA

Práctica  
basada  
en la  
evidencia

Este *Best Practice Information Sheet* presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.<sup>4</sup>