



P. J. Paniagua Mora*
A. Ferri Morales**
M^a. Torres Lacomba***

- * Diplomado en Fisioterapia. Prof. Titular Interino.
- ** Diplomada en Enfermería y Fisioterapia. Prof^a Titular Interina.
- *** Diplomada en Fisioterapia. Prof^a Titular Interina.
Escuela U. de Enfermería y Fisioterapia. Toledo.

Correspondencia:
Pedro Jesús Paniagua Mora
E. U. Enfermería y Fisioterapia
Toledo

Fisioterapia en la reeducación de la deglución y la masticación en el anciano hemipléjico

RESUMEN

Recogemos en este trabajo una alternativa de tratamiento para la reeducación de la deglución y la masticación del hemipléjico. Se divide la sesión de tratamiento en:

- 1) Una preparación basada en las técnicas de Bobath, como los balanceos laterales de tronco para disminuir el tono muscular.
- 2) Una serie de masajes y maniobras para estimular los músculos que controlan la deglución y la masticación.

PALABRAS CLAVE

Fisioterapia; Hemipléjico; Reeducación; Deglución; Masticación.

SUMMARY

In this study we propose a treatment alternative to the re-education of swallowing and mastication in the stroke patient.

Treatment is divided like this:

- 1) *Preparation according to Bobath technique, such as lateral oscillation of trunk, in order to decrease muscular tone.*
- 2) *Some massages and moves in order to stimulate the muscles that control swallowing and mastication.*

KEY WORDS

Physiotherapy; Stroke; Re-education; Swallowing; Mastication.

30 FISIOTERAPIA EN LA REEDUCACION DE LA DEGLUCION Y DE LA MASTICACION

Las maniobras que a continuación vamos a mostrar tienen como objetivo despertar y mejorar la función de la deglución y la masticación, de aquellos pacientes que han sufrido una injuria cerebral y como consecuencia padecen una hemiplejía y también de aquellos otros que por su alimentación a través de una sonda nasogástrica u otros motivos tienen la coordinación de esta función anulada o disminuida.

A. Preparación

Tendremos por tanto que estimular el cierre de los labios, los movimientos de la lengua, así como la musculatura que forma el paladar blando para realizar la función que podemos llamar "Predeglución".

Pero antes, y teniendo en cuenta que se trata de una hemiplejía, es imprescindible que la boca esté en posición horizontal y el cuello ni en flexión ventral ni en hiperextensión.

El paciente se encuentra sentado en una silla, con los brazos reposando sobre una camilla que está enfrente de él. Disminuiremos el tono muscular de los músculos espásticos del cuello imprimiendo un movimiento de balanceo lateral en el tronco, suave y de poca amplitud. Se le indica al paciente que "se deje llevar" este balanceo produce otro balanceo lateral en la cabeza pero de sentido contrario, si conseguimos relajación y cooperación del paciente. Si colocamos un pie en la silla, y por detrás del paciente, su espalda apoyada en la parte interna de nuestra pierna (que está en flexión), y esos balanceos que imprimimos al paciente nos resultarán más fáciles de realizar, y conseguirán que nuestros brazos ahorren esfuerzo. Nuestras manos pueden dirigir el movimiento apoyadas en el esternón, o una en la espalda, en la región dorsal y otra en el esternón, de esta manera se tiene un control preciso de los movimientos que producimos en el paciente, y por otro lado podemos inhibir la posible espasticidad extensora del paciente con una suave presión hacia abajo en el esternón (Fig. 1).

A continuación, con nuestras manos y con la colaboración del paciente, vamos a realizar unas rotaciones de cabeza (Fig. 2), al tiempo que vamos descendiendo la cabeza hasta que apoya la frente

sobre la almohada, que hemos puesto previamente sobre la camilla (Fig. 3).

Una vez en esta posición realizaremos un estiramiento suave de los músculos flexores laterales de cuello del lado afectado. Para ello inclinamos la cabeza del paciente hacia el lado sano, con lo que su frente arrastra suavemente sobre la almohada, ya que la cabeza debe estar relajada y apoyando sobre ella (Fig. 4).

Para volver a la posición inicial no lo haremos con rotaciones de cuello, sino imprimiremos en el paciente de nuevo balanceos laterales de tronco al tiempo que él se va verticalizando, teniendo en cuenta que primero se endereza la columna lumbar, después la dorsal y por último la cervical, es decir que lo último que se endereza es la cabeza. Para guiar estos balanceos colocaremos una mano en el esternón y la otra en la espalda.

B. Tratamiento

Una vez hayamos disminuido el tono de la musculatura del tronco y del cuello, presumimos que también lo habrá hecho la musculatura facial,

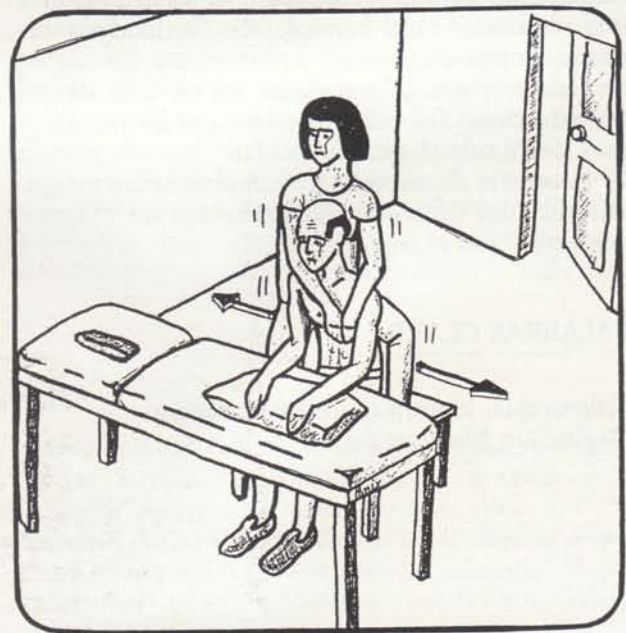


Figura 1



Figura 2



Figura 2

deglutidora, etc. Podemos empezar con el tratamiento específico de la deglución y masticación.

1. Control de la mandíbula

Comenzaremos pues realizando movimientos de la mandíbula y así inhibiremos el reflejo de "mordida", estando nosotros enfrente del paciente controlaremos el mentón con nuestros dedos pulgar y medio, y con el índice palpamos el músculo masetero, lo que nos permite percibir la contracción de éste. Con el dorso del dedo medio realizaremos un masaje suave desde la parte inferior del mentón hacia abajo sin sobrepasar la protuberancia del cartílago tiroides, y el pulgar lo deslizamos desde el mentón hacia arriba, hasta el labio inferior. Esto proporcionará una relajación de la musculatura a ese nivel (Fig. 5).

Si nos situamos detrás del paciente, los dedos que controlarán el mentón para realizar la apertura y el cierre de la boca van a ser en este caso los dedos índice y medio, y el pulgar palpará el mase-



Figura 4

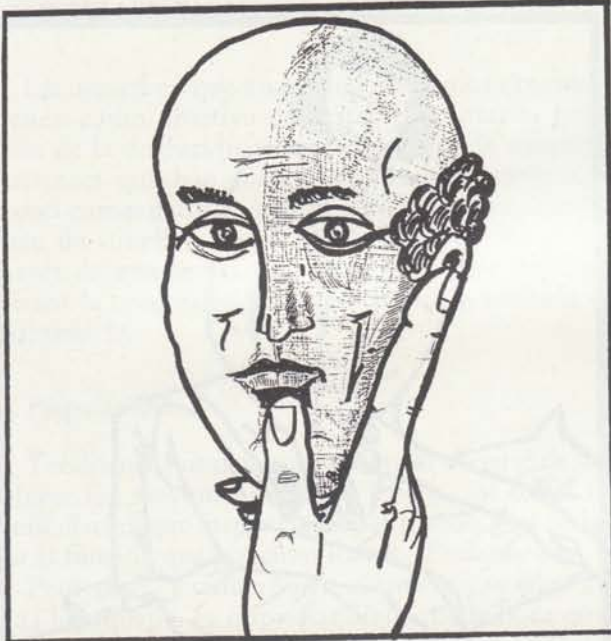


Figura 5

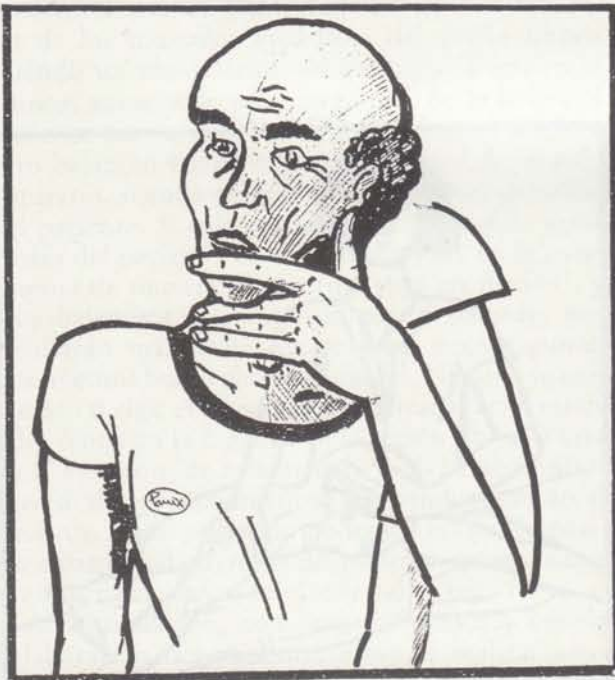


Figura 6

tero. Desde esta situación el índice se deslizará hacia arriba hasta el labio inferior, y el medio hacia la garganta (Fig. 6).

2. Masaje facial y labial

La musculatura facial también va a sufrir espasticidad, y la comisura de los labios del lado afectado puede aparecer desplazada hacia arriba o hacia abajo, normalizaremos estos músculos mediante un masaje de la cara y labio superior. Con nuestros dedos pulgar e índice colocados en los laterales de la parte superior de la nariz, justo por debajo de los ojos, deslizaremos los dos dedos a la vez hasta las comisuras de los labios, donde realizaremos una presión y luego soltaremos, frotaciones que realizaremos varias veces (Fig. 7).

Para el labio inferior, realizaremos una frotación deslizando el dedo desde el mentón hasta la parte media del labio donde realizamos una presión y soltamos.

3. Masaje de encías

El masaje suave de encías lo realizaremos con nuestro dedo índice frotando con movimientos la-

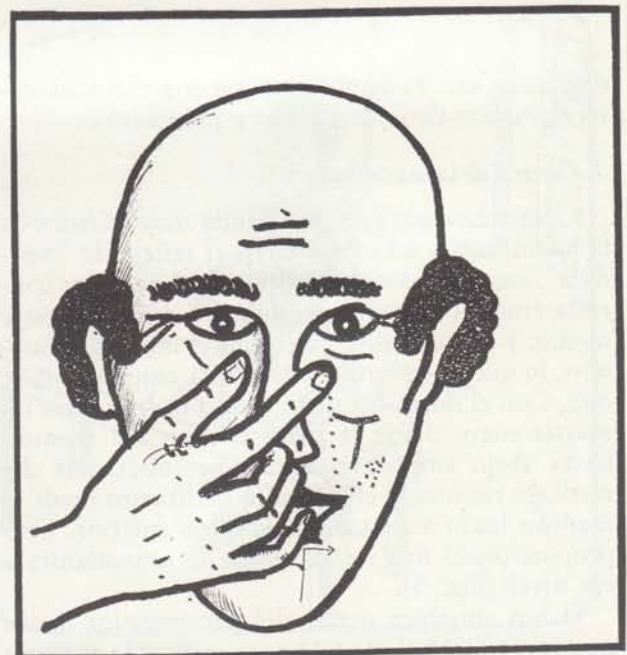


Figura 7

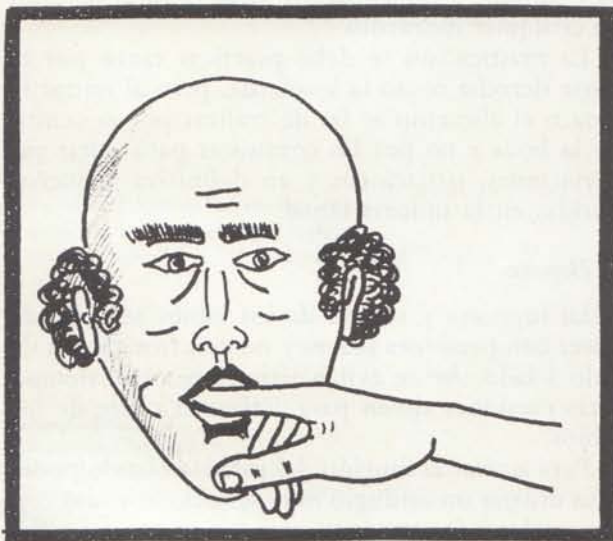


Figura 8

terales tanto las encías superiores como las inferiores por su parte externa (Fig. 8).

4. Masaje de mejillas

Situaremos el dedo índice dentro de la boca y el pulgar por fuera de ella. Nuestros dedos sujetan la mejilla mientras se hacen los movimientos circulares en el sentido de las flechas, los músculos implicados son orbicular y triangular de los labios, risorio, bucinador y cigomáticos entre otros (Fig.9).

5. Tratamiento de la lengua

I. Movilizaciones pasivas y masajes

Para movilizar la lengua con nuestros dedos sin que se nos resbale, va a ser necesario el uso de una gasa estéril que se coloca entre la lengua y las yemas de nuestros dedos que van a sujetarla.

1. Sacar la lengua del paciente traccionando con las yemas de nuestros dedos.
2. Movimientos laterales, teniendo la precaución de levantar la lengua para que el frenillo no roce con los dientes, lo que podría ser molesto para el paciente, así como producirle pequeña hemorragia.

3. Masaje del músculo de la lengua. Que va a consistir en una presión leve con nuestros dedos sobre la lengua, una ligera tracción y soltar. Esta maniobra la realizaremos en el extremo y en la parte media de la lengua, y, si no se produce arcada, podemos llegar mas internamente.

II. Movilizaciones activas

- a) Movimientos en el exterior de la boca
Nos servimos de un "depresor" u objeto equivalente, el que colocaremos en diferentes lugares fuera de la boca y el paciente tratará de tocar con la lengua. El depresor lo colocaremos sobre el labio superior, el inferior y en las comisuras puntos donde el paciente debe dirigir el extremo de su lengua. Si los movimientos de la lengua no los puede realizar activamente o éstos son deficientes, asistiremos esas movilizaciones con el depresor.
- b) Movimientos en el interior de la boca
Se realizarán movimientos de la lengua dentro de la boca, dirigiendo la lengua hacia arriba, abajo y a los lados, según le vamos indicando con el contacto desde el exterior. Poco a poco el paciente debe intentar dirigir la lengua hacia todos los puntos posibles del interior de la boca.



Figura 9

34 **6. Entrenamiento preliminar para la alimentación**

Si el paciente es capaz de expresarse y hablar, es conveniente que pronuncie las letras: D, G, T, K antes de intentar comer o masticar.

El paso del bolo alimenticio por la faringe produce el cierre automático de la glotis. Si el paciente sólo ingiere líquidos, la función de la deglución está disminuida o alterada. Se sabe que el paso de alimentos sólidos reactiva de nuevo el control de la deglución. Por esto, los pacientes que se alimentan con dieta líquida o sonda nasogástrica se van a beneficiar de este tratamiento sencillo. Así podemos darle sensaciones reales de masticación, ensalivación y deglución.

Si el paciente no puede todavía ingerir alimentos sólidos por orden facultativa, podemos utilizar una gasa estéril que el paciente puede masticar mientras la sujetamos con nuestros dedos para que el paciente no la pueda tragar.

Si el paciente ya puede ingerir sólidos, pero no controla esta función para evitar que se "atragante" con los alimentos, lo que haremos es utilizar ali-

mentos con forma alargada para que los podamos sujetar con nuestros dedos, por ejemplo una verdura o jamón, y los podamos sacar tirando de ellos en cualquier momento.

La masticación se debe practicar tanto por la parte derecha como la izquierda, pero al retirar la gasa o el alimento se ha de realizar por el centro de la boca y no por las comisuras para evitar excoriaciones, irritaciones y en definitiva pequeñas heridas en la mucosa labial.

7. Higiene

La limpieza y secado de los labios se debe de hacer con presiones suaves y no con frotaciones de lado a lado. Así se evitan irritaciones y al tiempo estas presiones sirven para activar el cierre de los labios.

Para activar la función del paladar blando podemos utilizar un artilugio muy sencillo: un vaso con agua coloreada con algún antiséptico y una pajilla, y se trata de que el paciente sopla por ella produciendo burbujas en el agua. Decir "aaaaa".

BIBLIOGRAFIA

1. BOBATH, B. "Hemiplejía del adulto. Evaluación y tratamiento. Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1993.
2. VOSS, D., et al. "Facilitación Neuromuscular Propioceptiva. Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1987.
3. KOTTKE, F. J. "Krusen. Medicina física y rehabilitación. Madrid: Ed. Panamericana, 1993.
4. CANAMASAS, S. "Técnicas manuales: Masoterapia". Barcelona: Ed. Masson-Salvat Medicina, 1993.
5. VAZQUEZ, J. "El masaje terapéutico". Madrid: Ed. Mandala, 1991.
6. SINE, R. D. "Técnicas básicas de Rehabilitación". Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1991.
7. DOWNING, G. "The massage book". England: Ed. Arkana, 1989.
8. BRUNNSTROM, S. "Reeducación motora en la hemiplejía. Fundamentos neurofisiológicos". Barcelona: Ed. Jims, 1978.
9. LEROY, A, et al. "Kinesioterapia". Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1991.