

Nutrición Hospitalaria

ISSN: 0212-1611

info@nutricionhospitalaria.com

Grupo Aula Médica

España

García-Peris, P.; Velasco, C.; Frías Soriano, L.  
Manejo de los pacientes con disfagia  
Nutrición Hospitalaria, vol. 5, núm. 1, mayo, 2012, pp. 33-40  
Grupo Aula Médica  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226797004>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

# Manejo de los pacientes con disfagia

P. García-Peris, C. Velasco y L. Frías Soriano

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital G. U. Gregorio Marañón. Madrid. España.

## Resumen

**La disfagia es un síntoma altamente prevalente, que puede ser debido a múltiples procesos patológicos, tanto estructurales como funcionales, y localizarse a nivel orofaríngeo o esofágico.**

La Disfagia Orofaríngea puede causar desnutrición hasta en 1/3 de los pacientes que la padecen, como consecuencia de alteraciones en la eficacia de la deglución, y occasionar alteraciones en la seguridad de la misma (penetraciones y aspiraciones) en hasta 2/3 de los pacientes que la presentan, con elevado riesgo de neumonías por aspiración e infecciones respiratorias. En enfermos neurológicos, ancianos o personas institucionalizadas su prevalencia puede oscilar entre un 30-60%, con grados de severidad variables que pueden llegar a hacer necesaria una nutrición artificial. Se la relaciona además con mayor discapacidad, estancias hospitalarias prolongadas y mayor mortalidad. Por todo ello es fundamental un diagnóstico precoz de la misma y la instauración de un tratamiento eficaz que incluya maniobras posturales, soporte nutricional y rehabilitación.

(*Nutr Hosp Supl.* 2012;5(1):33-40)

Palabras clave: *Disfagia. Desnutrición. Neumonía por aspiración. Suplementos nutricionales. Nutrición enteral.*

## Introducción

Una deglución normal supone la acción coordinada de un grupo de estructuras situadas en cabeza, cuello y tórax, e implica una secuencia de acontecimientos en los que unos esfínteres funcionales se abren para permitir la progresión del bolo, transportándolo desde la boca al esófago, y que se cierran posteriormente al paso de éste para impedir falsas rutas y proteger la vía aérea. El objetivo de la deglución es la nutrición del individuo, pero la deglución tiene dos características la eficacia de la deglución, que es la posibilidad de ingerir la totalidad de las calorías y el agua necesarios para mantener una adecuada nutrición e hidratación y, la seguridad de la deglución, que es la posibilidad de ingerir el agua y las calorías necesarias sin que se produzcan complicaciones respiratorias<sup>1</sup>.

**Correspondencia:** Pilar García Peris.  
Unidad de Nutrición Clínica y Dietética.  
Hospital G. U. Gregorio Marañón.  
Madrid.  
E-mail: pgarciap.hgugm@salud.madrid.org

## THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DYSFHAGIA

### Abstract

**Dysphagia is a highly prevalent symptom, which may be due to multiple disease processes, both structural and functional, and located at the oropharyngeal or esophageal level.**

Oropharyngeal dysphagia can cause malnutrition even in 1/3 of patients as a result of alterations in the efficiency of swallowing and cause changes in the security of swallowing (penetration and aspiration) in up to 2/3 of the patients who present it, with high risk of aspiration pneumonia and respiratory infections. In neurological, elderly or institutionalized patients its prevalence may range from 30 to 60%, with different degrees of severity that may become necessary artificial nutrition. It is also related to greater disability, prolonged hospital stays and increased mortality. Therefore, early diagnosis and the establishment of an effective treatment that includes postural exercises, nutritional support and rehabilitation are critical.

(*Nutr Hosp Supl.* 2012;5(1):33-40)

Key words: *Dysphagia. Malnutrition. Aspiration pneumonia. Nutritional supplements. Enteral nutrition.*

El término Disfagia proviene de dos palabras griegas, “dys” (dificultad) y “phagia” (comer). La disfagia es una sensación subjetiva de dificultad para que el alimento pase desde la boca al estómago. Puede ser debida a una alteración orgánica o a una dificultad funcional, y afectar a pacientes de toda edad, desde bebés a ancianos. Desde el punto de vista anatómico se clasifica en orofaríngea y esofágica. La disfagia orofaríngea engloba las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior y supone casi el 80% de las disfagias diagnosticadas. La disfagia esofágica se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior y cardias, y generalmente es producida por causas mecánicas, y supone el 20% de las disfagias que se diagnostican.

Las alteraciones estructurales condicionan una dificultad para la progresión del bolo, e incluyen alteraciones congénitas, tumores orales, faríngeos y laringeos, los esofágicos, los osteofitos cervicales, las estenosis postquirúrgicas o radioterápicas. La disfagia neurológica es aquélla producida por una alteración en las

estructuras neurales que controlan los complejos mecanismos de la deglución, y supone una alteración en la secuencia coordinada de eventos que permiten una deglución segura y eficaz<sup>2</sup>.

La importancia de poder identificar la disfagia orofaríngea, especialmente la disfagia neurológica, radica en que es un síntoma grave, con complicaciones que pueden causar la muerte del paciente, y que no es exclusiva de ningún momento evolutivo, sino que podemos encontrarla tanto en el período agudo del proceso, como en el subagudo o crónico, y tanto sola como formando parte de un grupo sindrómico<sup>3</sup>.

La disfagia es un síntoma diagnosticable, y existen tratamientos que evitan las posibles complicaciones. El diagnóstico y el tratamiento dependen del trabajo en equipo de un grupo de profesionales formado por médicos de diferentes especialidades, enfermeras, logopedas, dietistas, cuidadores y la propia familia del paciente. Los objetivos de este equipo deben ser la detección precoz de los pacientes en riesgo de presentar disfagia con o sin aspiración, diagnosticar cualquier alteración médica o quirúrgica e incluso estructural que pueda ser responsable de ocasionar disfagia y que tenga un tratamiento específico, caracterizar la respuesta motora orofaríngea y sus alteraciones con exámenes funcionales adecuados, seleccionar las estrategias terapéuticas más adecuadas para conseguir una deglución segura y eficaz, e indicar una alimentación alternativa a la oral basándose en datos objetivos y reproducibles<sup>4,5</sup>.

## Prevalencia de la disfagia

Existen pocos estudios epidemiológicos serios sobre la incidencia y la prevalencia de la disfagia orofaríngea, pero sin embargo se conoce que una gran variedad de cuadros clínicos, localizados en estructuras diversas a lo largo del recorrido del bolo desde la boca hacia el estómago, son capaces de ocasionarla.

En las enfermedades neurodegenerativas las cifras de prevalencia de disfagia oro-faríngea son muy altas. Se han publicado datos del 100% en la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) bulbar y del 60% en el resto de formas clínicas<sup>6</sup>. En los pacientes con Parkinson se dan cifras de entre el 35 y el 45% aunque muchos de ellos no sean siquiera conscientes del problema<sup>7,9</sup> y en la Esclerosis Múltiple la prevalencia llega al 45%<sup>10</sup>. El 84% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer pueden presentar disfagia y afecta a más del 60% de los pacientes institucionalizados o ancianos<sup>11</sup>. En los pacientes con lesiones neurológicas se identifican síntomas y signos de disfagia orofaríngea en todos los estadios del proceso clínico y por métodos tanto clínicos como instrumentales.

La literatura nos da datos de que hasta el 30% de los pacientes con un accidente vascular cerebral (AVC) presentan disfagia en fases agudas y entre el 2-6% en fases crónicas<sup>12-16</sup>. En los traumatismos craneoencefálicos

cos (TCE) las cifras oscilan entre un 25-61% según cual sea la forma de estudiar la disfagia : si por métodos clínicos o por videofluoroscopia o fibroendoscopia; según el estadio evolutivo: en la fase aguda, subaguda o crónica; y según la gravedad del propio TCE grave, moderado o leve<sup>17-22</sup>.

Con respecto a la prevalencia de disfagia en enfermos con cáncer de cabeza y cuello, ésta oscila según las series<sup>23,24</sup>, entre un 30% y 50%, dependiendo del estadio del tumor, de la técnica quirúrgica, del tratamiento coadyuvante y del tiempo de evolución desde la cirugía.

## Relevancia clínica de la disfagia

La trascendencia clínica de la disfagia orofaríngea deriva de que puede dar lugar a dos grupos de complicaciones muy graves para el paciente<sup>25</sup>. En primer lugar, si se produce una disminución en la eficacia de la deglución, el paciente va a presentar desnutrición y/o deshidratación. En segundo lugar, si se produce una disminución en la seguridad de la deglución, se va a producir o un atragantamiento con obstrucción de la vía aérea, o más frecuentemente una aspiración traqueobronquial que puede originar una neumonía por aspiración en el 50% de los casos, con una mortalidad de hasta del 50%. Con respecto a la desnutrición se deberá a una disminución en la ingesta de nutrientes y la deshidratación aparecerá como consecuencia de una disminución en la ingesta hídrica. La prevalencia de estas complicaciones es muy alta en todas las series. En la serie publicada por el Grupo Europeo para el Estudio de la Disfagia<sup>26</sup>, sobre un total de 360 enfermos, hasta el 44% había perdido peso en el momento del diagnóstico de disfagia. La pérdida de peso había ocurrido durante los 12 meses anteriores al estudio. En general la desnutrición y la deshidratación están siempre presentes cuando hay disfagia, independientemente de la etiología de la misma.

En ancianos, en el trabajo de Suominen y cols.<sup>27</sup> sobre 2.114 sujetos estudiados, todos ellos mayores de 82 años, el 24% estaba malnutrido (MNA < 17) y el 60% estaba en riesgo de desnutrición (MNA 17-23,5); pues bien la desnutrición se relacionaba directamente sobre todo con la presencia de disfagia, por encima de cualquier otro parámetro.

En los enfermos con ictus<sup>28</sup>, la disfagia está presente entre el 20%-64% de los casos, y mejora tras la rehabilitación en el 47% de los enfermos entre las 2-3 primeras semanas y en el 17% a los 2-4 meses. Sin embargo la prevalencia de desnutrición aumenta tras el ictus de un 12% al diagnóstico a un 50% en enfermos con estancias prolongadas o en rehabilitación. La presencia de desnutrición empeora el pronóstico vital, aumenta las complicaciones y disminuye la recuperación funcional.

Con respecto a los pacientes con ELA, la disfagia está presente en el 20-30% de los casos coincidiendo con el diagnóstico<sup>29</sup>. La desnutrición en estos enfermos

es fundamentalmente por disminución en el ingesta de nutrientes, más que por hipermetabolismo y también por cambios en la composición corporal asociados a la propia enfermedad. En la ELA, la desnutrición es factor de riesgo independiente de mortalidad.

En el cáncer de cabeza y cuello, la desnutrición en distintas series<sup>30,31</sup> está entre el 20%-88%, dependiendo de la localización del tumor, del tiempo desde la cirugía, y de si el enfermo ha tenido tratamiento coadyuvante con quimioterapia y/o radioterapia. En nuestra experiencia<sup>24</sup>, la presencia de desnutrición es del 20,3% a los 28,5 meses de la cirugía, fundamentalmente en los enfermos con mandibulectomía total y que han recibido quimio-radioterapia.

Como consecuencia de la desnutrición el paciente presentará alteraciones importantes en su estado nutricional, que pueden oscilar, dependiendo del tiempo de evolución, desde una ligera pérdida de peso, a un compromiso importante del compartimento magro, que empeorará todavía más su capacidad para deglutar, al disminuir la fuerza de los músculos deglutorios<sup>32</sup>.

La deshidratación dará lugar a confusión mental, sequedad de piel y mucosas, disminución de la salivación, disminución de la expectoración, disnea..., lo que agravará todavía más la capacidad para deglutir.

Tanto la desnutrición como la deshidratación aumentan la morbilidad de estos enfermos<sup>33</sup>. Es también algo a tener en cuenta que la desnutrición puede por sí misma empeorar la disfagia, porque los músculos deglutorios son ricos en fibras de tipo II, y este tipo de fibras se afecta de forma precoz con la desnutrición.

Con respecto a las complicaciones respiratorias de la disfagia, la incidencia y la prevalencia de neumonía por aspiración (NA) aumentan en relación directa con la edad y enfermedades subyacentes. En ancianos institucionalizados con disfagia orofaríngea, la NA se produce en el 43%-50% durante el primer año, con una mortalidad de hasta 45%<sup>34</sup>.

En la patogenia de la neumonía por aspiración contribuyen todos los factores que alteran la deglución, causan aspiración y predisponen a la colonización de la orofaringe<sup>35</sup>. Hasta el 45% de los ancianos con disfagia presentan penetración en el vestíbulo de la laringe y en el 30% aspiración, la mitad de ellos sin tos (aspiración silente) y un 45% presentan residuo en la orofaringe.

Es un hecho aceptado que la detección de la aspiración por videofluoroscopia (VFS) es un predictor de riesgo de neumonía y/o de probabilidad de rehospitalización. También es bien sabido que no todos los pacientes que aspiran durante la VFS desarrollan neumonía.

Tanto las complicaciones derivadas de la eficacia, como las derivadas de la seguridad de la deglución afectan negativamente la calidad de vida de estos enfermos. En la serie del Grupo Europeo para el Estudio de la Disfagia<sup>26</sup>, el 36% de los enfermos refería evitar comer con otras personas, el 41% sentía ansiedad ante la comida y el 55% pensaba que al disfagia había empeorado su calidad de vida.

En nuestra serie<sup>36</sup> el impacto negativo sobre la calidad de vida en los enfermos con ELA también era importante, de hecho hasta el 70% refería sentir la vida menos agradable desde el diagnóstico de la disfagia.

Con respecto a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en nuestra experiencia<sup>24</sup>, el 51,7% de los enfermos manifiestan que su calidad de vida ha empeorado debido a la presencia de disfagia y esta situación era estadísticamente significativa frente a los que no tenía dificultades para la deglución ( $p < 0,05$ ).

## Diagnóstico

La sospecha de disfagia debe plantearse en pacientes que refieren síntomas aparentemente diversos, el enfermo que tose o se atraganta al comer muy probablemente está teniendo una aspiración. La voz húmeda es indicativa de secreciones en la glotis que pueden producir penetración y aspiración de las mismas. Otros pacientes refieren dificultades para hacer progresar el bolo por la faringe o sensación de residuo en la garganta y necesidad de realizar varias degluciones. Todos ellos son síntomas de hipomotilidad faríngea. Las degluciones fraccionadas, la pérdida de peso progresiva, la necesidad de alargar el tiempo de las comidas o evitar determinados alimentos son síntomas de alteración en la eficacia de la deglución y de una posible desnutrición.

Las infecciones respiratorias repetidas, aunque el paciente no refiera tos al comer, han de hacernos pensar en una disfagia neurógena, ya que hasta el 40% de las aspiraciones son silentes en los enfermos neurológicos<sup>37</sup>.

El diagnóstico de la disfagia debe ser clínico e instrumental.

### Diagnóstico clínico

Dentro del diagnóstico clínico siempre se debe incluir una historia médica que recoja las patologías de base del paciente y una historia dietética encaminada a detectar signos y síntomas relacionados con la presencia o no de disfagia.

La evidencia científica disponible recomienda la realización de una exploración clínica a pie de cama que incluya<sup>38</sup>:

- Una historia médica, con datos sobre neumonías previas, procesos de aspiración, picos febriles, antecedentes de intubación o traqueotomía.
- Estudio del nivel funcional motor, fatigabilidad y control postural.
- Función motora oral y faríngea, exploración de la sensibilidad orofaríngea, de los reflejos velopalatino, deglutorio y la presencia de tos voluntaria. Se valorará además la presencia de disartria y parálisis facial.

- Un test con texturas, en el que se observe la presencia de apraxia de la deglución, residuos orales, tos o carraspeo al traguar, elevación laríngea reducida, voz húmeda o degluciones múltiples para un mismo bolo.

La exploración clínica o Clinical Bedside Assessment tiene un grado de recomendación B.

#### *Test clínico*

En cualquier enfermo que se sospeche la existencia de una disfagia orofaríngea, independientemente de cual sea la etiología, parece indicado realizar después de la historia clínica y antes de cualquier otro procedimiento diagnóstico, un test clínico.

Dentro de este apartado el EAT 10<sup>39</sup> es un test clínico ya validado y que recientemente se ha traducido y validado por la Dra Burgos y su equipo en castellano<sup>40</sup>. Consta de 10 preguntas, con una puntuación de 0 a 4. El máximo son 40 puntos, pero con 3 o más ya se supone que el paciente presenta algún síntoma relacionado con la disfagia y debe ser estudiado con más profundidad.

#### *Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)*

Un test que se ha mostrado muy útil en la clínica es el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), desarrollado por el Dr. Clavé y su equipo<sup>41</sup>. Es un método clínico que permite identificar precozmente a los pacientes con disfagia orofaríngea, y por tanto con riesgo de presentar alteraciones de la eficacia y seguridad de la deglución que podrían desencadenar en el paciente desnutrición, deshidratación y aspiraciones.

Este método de exploración clínico, utiliza bolos de tres viscosidades y tres volúmenes diferentes. Mediante este método se pueden detectar de una forma segura para el paciente los principales signos clínicos que indican la existencia de un trastorno de la deglución. Es un método sencillo y seguro que puede ser aplicado en la cabecera del paciente en el hospital, pero también de forma ambulatoria y que puede repetirse las veces necesarias de acuerdo a la evolución del paciente.

La exploración clínica de la deglución mediante el MECV-V está indicada ante cualquier paciente en el que se sospeche disfagia orofaríngea o bien en pacientes vulnerables que podrían tener riesgo de presentar un trastorno en la deglución. Este método de cribado, además de detectar algunos de los signos más frecuentes e importantes de la disfagia, también nos orienta sobre cuál es la viscosidad y el volumen más adecuados para compensar al paciente y alimentarlo de una manera segura y eficaz. Así mismo nos sirve como criterio de selección sobre qué pacientes deben ser estudiados con una exploración instrumental como la Fibroendoscopia de la Deglución (FEES) o la VFS, presentando una alta correlación clínica con ambas exploraciones.

El MECV-V consiste en administrar al paciente 5, 10 y 20 cc de alimento en texturas néctar, pudding y líquido, obtenidas con espesante comercial. Podremos así detectar los signos de alteración de la seguridad en la fase faríngea, de la eficacia en las fases tanto oral como faríngea y ayudar al clínico a seleccionar el volumen y la viscosidad del bolo más seguros y eficaces para la ingesta de líquidos. Se debe observar la presencia de tos, cambios vocales, residuos orales, deglución fraccionada, incompetencia del sello labial o residuos faríngeos, mientras se monitoriza la saturación de O<sub>2</sub>.

Los signos clínicos que detecta el MECV-V son:

- Inadecuado sello labial, es decir la incapacidad de mantener el bolo dentro de la boca.
- Existencia de residuos orales en lengua, debajo de lengua y encías una vez acabada la deglución.
- Deglución fraccionada, es decir necesidad de realizar varias degluciones para un mismo bolo.
- Sospecha de presencia de partículas del bolo en la faringe, que dejan sensación de tener residuo en la garganta.

Si durante la exploración el paciente presenta un signo de alteración de la eficacia, la prueba para ese volumen y esa viscosidad se considerará positiva, por lo que el paciente no será capaz de alimentarse y mantener un adecuado estado nutricional y una adecuada hidratación con esa viscosidad y ese volumen.

Durante la aplicación del MECV-V, si el paciente presenta cualquiera de estas alteraciones: tos, cambio de voz o desaturación de oxígeno, la prueba para ese volumen y esa viscosidad se considerará positiva, es decir, será un bolo poco seguro para el paciente, por lo que será necesario aumentar la viscosidad y/o disminuir el volumen para poder nutrirlo e hidratarlo de forma segura.

El MECV-V utiliza los cambios de voz y sobre todo la presencia de desaturaciones de O<sub>2</sub> superiores al 3% para detectar la presencia de aspiraciones silentes, que suponen hasta el 48% de las aspiraciones de los pacientes con disfagia neurológica.

Las limitaciones de la exploración clínica bedside son principalmente la detección de las aspiraciones silentes y las penetraciones, por lo que se hace necesaria una exploración complementaria como la FEES o la VFS, que permiten visualizar tanto la fase oral como la faríngea, así como el diagnóstico preciso de las aspiraciones silentes<sup>42</sup>. Estas pruebas complementarias nos indicarán además el momento del ciclo deglutorio en el que se produce la aspiración (antes, durante o después de la fase faríngea), lo que nos permitirá introducir tratamientos específicos para cada tipo de aspiración.

#### *Exploración instrumental de la disfagia orofaríngea*

Las revisiones de Medicina Basada en la Evidencia disponibles en la actualidad recomiendan que<sup>43</sup>:

1. La disfagia debe ser diagnosticada lo antes posible, por personal entrenado preferiblemente, utilizando un protocolo simple y validado. Nivel de Evidencia 2+. Grado de recomendación B.
2. La evidencia clínica disponible apoya la valoración de la tos voluntaria y la sensibilidad faringolaringea con un test clínico simple. El reflejo de náusea no es válido como test de evaluación de la disfagia. Nivel de Evidencia 2+. Grado de recomendación B.
3. Toda persona con alteración de la deglución debe ser valorada por un especialista para poner en marcha técnicas de deglución seguras y estrategias dietéticas adecuadas. Nivel de Evidencia 1+. Grado de recomendación A.
4. Las limitaciones de la exploración clínica en la cabecera del enfermo (bedside), especialmente en cuanto que no detecta las aspiraciones silentes y no informa sobre la eficacia de los tratamientos, hacen necesaria una exploración instrumental. Nivel de Evidencia 3. Grado de recomendación D.

En base a todo ello, si el paciente ha presentado signos de disfagia en la exploración clínica y/o en el MECV-V hemos de realizar una exploración instrumental que nos ayude a diagnosticar el trastorno funcional y a prescribir el tratamiento dietético y/o rehabilitador más adecuado. En la actualidad las dos técnicas de que disponemos son la FEES y la VFS, cada una con sus ventajas y sus limitaciones.

#### *La fibroendoscopia de la deglución (FEES)*

El término FEES se introdujo en 1988 en trabajos que proponían la utilización del fibroscopio flexible para la exploración de la deglución orofaríngea, aunque los ORL ya venían utilizándolo desde 1975 para explorar la nasofaringe y la laringe. La primera descripción de la técnica ha sido luego ampliada y modificada por varios autores, y se admiten algunas variaciones según el tipo de pacientes a estudiar, la edad, las complicaciones médicas que presenten y los objetivos que se persigan. Actualmente se utiliza un fibroscopio flexible conectado a una fuente de luz y un aparato de vídeo para grabar la secuencia de imágenes de la deglución. Debemos disponer de alimentos sólidos, textura pudding, néctar y líquida, teñidos con colorante alimentario, para explorar las diferentes texturas y volúmenes.

El procedimiento, descrito por Langmore en 1988<sup>44</sup>, surge como alternativa a la exploración clásica con bario, y consiste en la introducción de un fibroscopio flexible a través de la fosa nasal hasta el cavum, obteniendo una visión directa de la faringo-laringe.

La evidencia clínica sobre la utilidad y fiabilidad de la FEES como método diagnóstico de la disfagia no es mucha, dada la ausencia de trabajos serios aleatorizados, pero a modo de conclusiones podemos decir que

es fiable, que reduce la incidencia de neumonías, que es segura, bien tolerada, repetible y barata.

#### *La videofluoroscopia (VFS)*

La VFS se desarrolló inicialmente a partir de la prueba de bario para estudio esofágico, y fue modificada para estudiar la deglución por Logemann en 1983<sup>45</sup>. A partir de entonces se ha considerado la prueba de referencia para el diagnóstico de la disfagia orofaríngea y por medio de ella se ha estudiado la fisiología de la deglución en los últimos 20 años.

La VFS es una técnica radiológica dinámica que consiste en la obtención de una secuencia en perfil lateral y anteroposterior de la ingesta de diferentes volúmenes y viscosidades (líquido, néctar y pudding) de un contraste hidrosoluble, idealmente de la misma viscosidad que la utilizada en el MECV-V. Actualmente se considera esta técnica como el patrón de oro del estudio de la disfagia orofaríngea<sup>46,47</sup>. Los objetivos de la VFS son evaluar la seguridad y la eficacia de la deglución, caracterizar las alteraciones de la deglución en términos de signos videofluoroscópicos, evaluar la eficacia de los tratamientos y cuantificar el reflejo deglutorio. Entre el 45-90% de los adultos con enfermedades neurológicas y los ancianos, presentan alteraciones de la eficacia de la deglución que pueden dar lugar a malnutrición, y 2/3 de estos pacientes presentan alteraciones de la seguridad que pueden dar lugar a aspiraciones. Además, la VFS permite identificar entre 1/3 y un 1/4 de los pacientes que van a presentar aspiraciones silentes no diagnosticables clínicamente y que por tanto estarán en riesgo elevadísimo de presentar una neumonía aspirativa. Los pacientes que aspiran alrededor de un 10% del bolo durante la exploración se consideran con un alto riesgo de neumonía.

El diagnóstico instrumental de la disfagia (tanto con VFS como con FEES) se asocia con el diagnóstico de la aspiración, pero las revisiones de evidencia destacan la falta de trabajos que relacionen de forma definitiva la aspiración con el riesgo de desarrollar neumonía. La diferente estandarización entre centros hace difícil establecer la fiabilidad de los datos que se valoran en la VFS, por lo que se cifra la fiabilidad inter e intrajueces en un 66-68% con un Nivel de Evidencia 2 y 3.

#### **Tratamiento**

Los objetivos del tratamiento de la disfagia serán dos, el primero, mantener y/o recuperar un estado de hidratación y nutrición adecuado y el segundo intentar prevenir las infecciones respiratorias y las NA.

Para ello es necesario adoptar una serie de medidas posturales, higiénicas, dietéticas, y de soporte nutricional, que a continuación plantearemos esquemáticamente.

## *Pautas generales*

Este apartado incluirá tanto un resumen de medidas posturales como higiénicas<sup>48,49</sup>.

- Se debe asegurar una posición corporal de seguridad a la hora de las comidas, manteniendo al paciente sentado con la espalda en contacto con el respaldo de la silla y los pies apoyados en el suelo o en posición de 45° si se le alimenta en la cama, con la cabeza ligeramente flexionada durante la deglución, evitando la hiperextensión del cuello.
- El paciente debe estar en actitud vigilante, respondiendo a órdenes sencillas. No se debe dar de comer a ningún paciente somnoliento o con tendencia al sueño.
- Se deben evitar distracciones al paciente durante la comida.
- No utilizar jeringas ni pajitas.
- El ambiente debe ser cómodo y tranquilo.
- El paciente debe ser siempre vigilado durante las comidas.
- Es imprescindible mantener una higiene bucal extrema, para evitar las infecciones respiratorias en caso de aspiración.

## *Pautas en cuanto a la alimentación*

Es fundamental conseguir que las texturas de los alimentos sean homogéneas, evitando siempre alimentos pegajosos y con doble textura o que se fragmenten con facilidad<sup>50</sup>.

A este respecto hay que comentar lo importante que es en estos pacientes, adaptar la textura de los alimentos y la viscosidad de los líquidos teniendo en consideración el grado de disfagia orofaríngea que presenten. En la actualidad existen diversas guías<sup>51</sup> clínicas que describen cómo conseguir distintos niveles de adaptación de sólidos y líquidos.

## *Utilización de suplementos nutricionales*

En la práctica clínica habitual cuando se confirma que no es posible mantener un estado de nutrición e hidratación adecuado solo con una alimentación oral, por ser ésta insuficiente, debemos recurrir a los suplementos nutricionales orales (SON).

En la actualidad no disponemos de evidencia científica que evalúe la eficacia de los SON en pacientes que presentan disfagia, aunque si se ha demostrado su eficacia en determinadas poblaciones, como por ejemplo en los ancianos, en los cuales la prevalencia de disfagia es muy relevante y multifactorial.

En este sentido Milne y cols.<sup>52</sup> revisaron 55 ensayos controlados y aleatorizados, que estudiaban los beneficios clínicos y nutricionales de los SNO en pacientes de edad avanzada en el hospital, en su domicilio y en resi-

dencias. Los autores concluyeron que los SON, pueden mejorar el estado nutricional y reducir la morbimortalidad en los pacientes desnutridos durante el ingreso hospitalario. La evidencia científica no recomienda la utilización de los mismos, en las personas mayores en el domicilio o en los bien nutridos, en cualquier situación (hospital, casa o residencia).

El estudio FOOD 1 (Feed Or Ordinary Diet)<sup>53</sup> evaluó el efecto de la utilización sistemática de SON con la dieta hospitalaria, en pacientes hospitalizados con ictus y sin disfagia. Los resultados de este estudio no apoyan el uso indiscriminado de los SON en pacientes con ictus y recomiendan que éstos deben ser prescritos sólo en pacientes desnutridos al ingreso o en aquellos en los que el estado nutricional se va deteriorando progresivamente.

La ESPEN<sup>54</sup> (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), en sus guías para la nutrición en el paciente geriátrico recomienda, con un grado de recomendación A, los SNO en los ancianos desnutridos o en riesgo de desnutrición.

Con respecto a los enfermos con cáncer de cabeza y cuello y teniendo en cuenta la alta prevalencia de disfagia que presentan a corto y largo plazo<sup>24,55</sup>, la ESPEN<sup>56</sup> recomienda con un grado A la administración de SON a estos enfermos durante la radio/radio-quimioterapia, al haberse demostrado que incrementa la ingesta oral y previene la pérdida de peso y la interrupción del tratamiento oncológico.

## *Nutrición enteral*

La nutrición enteral (NE) está indicada en los pacientes con disfagia en el mismo contexto que en cualquier otra situación patológica. En este sentido aquellos enfermos que no puedan mantener un estado de nutrición y/o hidratación adecuado y/o cuando la deglución no sea segura tienen indicación de NE.

En este sentido la ESPEN<sup>54</sup> recomienda en los pacientes con disfagia grave, de cualquier etiología, la NE por sonda u ostomía, con un grado de recomendación A, ya que puede mejorar el estado nutricional. Sin embargo en las mismas guías se insiste en que en los ancianos con disfagia la NE no ha demostrado que prevenga la neumonía por aspiración.

En el estudio FOOD 2<sup>16</sup> se compara el efecto de la NE administrada precozmente por sonda nasogástrica (SNG) (en la primera semana del ingreso), con la NE diferida (a partir de la primera semana) en 859 enfermos con ictus y disfagia. Los autores sugieren que la NE precoz es posible que mejore la supervivencia en los muy graves, que hubiesen fallecido sin el soporte nutricional.

En la práctica habitual el tipo de acceso dependerá fundamentalmente del tiempo que se prevea la NE. Así cuando la NE se vaya a prolongar por más de 4-6 semanas está indicado un acceso permanente, tipo PEG (Gastrostomía Endoscópica Percutánea). Sin embargo existe controversia en cuanto a si, en los ancianos con

disfagia, la morbi-mortalidad es menor o no con PEG frente a SNG. De hecho el FOOD<sup>316</sup>, compara la NE por SNG con la PEG en 321 enfermos con disfagia durante el primer mes tras el ACV. Los autores concluyen que la SNG es la vía de elección para la NE en las 2 ó 3 semanas después de un ictus.

Con respecto a los enfermos con cáncer de cabeza y cuello, la ESPEN<sup>56</sup> recomienda con un grado C, la nutrición enteral precoz durante la radio/radioquimioterapia, teniendo en cuenta la disfagia secundaria al tratamiento coadyuvante. Con respecto al acceso enteral a emplear (sonda nasogástrica/PEG) una revisión Cochrane<sup>57</sup> del 2010, al respecto, determina que en la actualidad no hay una evidencia clara respecto del acceso ideal en estos casos.

A nivel práctico<sup>58,59,60</sup>, habrá que tener siempre en cuenta a la hora de indicar un acceso u otro, la enfermedad de base (crónica o aguda), el estado clínico previo del enfermo, los efectos secundarios de la propia técnica, la supervivencia, etc.

### Rehabilitación

Siempre que sea posible se debe intentar rehabilitar al paciente para que pueda en menor o mayor medida mantener una ingesta oral adecuada y poder retirar la NE si la hubiese. En este sentido la rehabilitación es un pilar básico en el tratamiento del paciente con disfagia<sup>61</sup>.

A parte de las estrategias posturales mencionadas anteriormente, es preciso realizar siempre por personal entrenado estrategias de estimulación sensorial (estimulación mecánica de la lengua, estimulación térmica, cambios de sabores...)<sup>62</sup>.

Igualmente están indicadas las praxias neuromusculares<sup>63</sup>, que tienen por objetivo mejorar la fisiología de la deglución, las maniobras deglutorias compensadoras específicas, las técnicas de facilitación, que incluyen básicamente la electroestimulación de la musculatura hioidea y las técnicas de estimulación eléctrica o térmica de los pilares anteriores del paladar.

### Conclusiones

- La disfagia orofaríngea es un síntoma muy prevalente en diversas patologías.
- La disfagia tiene como complicaciones fundamentales, la desnutrición, la deshidratación y la neumonía por aspiración.
- Es un síntoma que se puede prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar.
- Para ello es imprescindible que estos enfermos sean atendidos por un equipo multidisciplinar.

### Referencias

1. Logemann J. Evaluation and treatment of swallowing disorders. Austin (TX): 1983.
2. Cook I, Karhila P. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology* 1999; 116: 455-78.
3. Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2nd. ed. Austin, Texas: Pro-ed; 1998.
4. Ruiz de León A, Clavé P. Videofluoroscopy and neurogenic dysphagia. *Rev Esp Enfer Dig* 2007; 99: 3-6.
5. Clavé P, Arreola A, Velasco M, Quer M, Castellví J, Almirall J et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. *Cir Esp* 2007; 82: 64-77.
6. Leder SB, Novella S, Patwa H. Use of fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Dysphagia* 2004; 19: 177-81.
7. Deane KHO, Whurr R, Clarke CE, Playford ED, Ben-Shlomo Y. Tratamientos no farmacológicos para la disfagia en la enfermedad de Parkinson (revisión Cochrane traducida). Oxford: Update Software Ltd.; 2005.
8. Woisard V, Puech M. La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte. Marseille: Solal; 2003.
9. Yorston KM, Miller RM, Strand EA. Management of speech and swallowing in degenerative diseases. San Antonio, Texas: Communication Skills Builders; 1995.
10. Terré-Boliart R, Orient F, Bernabeu M, Clavé P. Oropharyngeal dysphagia in patients with multiple sclerosis. *Rev Neurol* 2004; 39: 707-10.
11. Kikawada M, Iwamoto T, Takasaki M. Aspiration and infection in the elderly: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs Aging* 2005; 22: 115-30.
12. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke: prognostic factors at 6 months. *Stroke* 1999; 30: 744-8.
13. Smith CH, O'Neill PA, England RE, Park CL, Wyatt R, Martin DF et al. The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia* 1997; 12: 188-93.
14. Stroke Foundation. Life after stroke. 2003.
15. Teasell R, Martin R, Foley N, Bhogal S, Speechley M. Dysphagia and aspiration post stroke. Evidence-based of Stroke Rehabilitation-Ontario 2003.
16. The FOOD Trial Collaboration. Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 764-72.
17. Field LH, Weiss CJ. Dysphagia with head injury. *Brain Inj* 1989; 3: 19-26.
18. Lazarus C, Logemann JA. Swallowing disorders in closed head trauma patients. *Arch Phys Med Rehabil* 1987; 68: 79-84.
19. Leder SB. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in patients with acute traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14: 448-53.
20. Mackay LE, Morgan AS, Bernstein BA. Factors affecting oral feeding with severe traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1999; 14: 435-47.
21. Mackay LE, Morgan AS. Swallowing disorders in severe brain injury: risk factors affecting return on oral intake. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: 365-71.
22. Weinstein C. Frequency, progression, and outcome in adults following head injury. *Phys Ther* 1983; 63: 1992-7.
23. Larsson M, Hedelin B, Johansson I et al. Eating problems and weight for patients with head and neck cancer. *Cancer Nursing* 2005; 28: 425-435.
24. García-Peris P, Parón L, Velasco C et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life. *Clin Nutr* 2007; 26: 710-717.
25. Clave P, Terre R, de Kraa M, Serra M. Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enfer Dig* 2004; 96: 119-131.
26. Ekberg S, Hamdy V, Woisard A, Wuttge-Hannig, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 2002; 17: 139-146.
27. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59: 578-583.
28. Finestone HM, Greene-Finestone LS. Rehabilitation medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. *CMAJ* 2003; 169: 1041-4.

29. Heffernan C, Jenkinson C, Holmes T, Feder G, Kupfer R, Leigh PN, McGowan S, Rio A, Sidhu P. Nutritional management in MND/ALS patients: an evidence based review. *Amyotroph Lateral Scler Other Motor Neuron Disord* 2004; 5: 72-83.
30. Nguyen NP, Moltz CC, Franck C et al. Severity and duration of chronic dysphagia following treatment for head and neck cancer. *Anticancer Res* 2005; 25: 2929-2934.
31. Campbell BH, Spinelli K, Marbella AM et al. Aspiration, weight loss and quality of life in head and neck cancer survivors. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 130: 1100-1103.
32. Kikawada M, Iwamoto T, Takasaki M. Aspiration and infection in the elderly: epidemiology diagnostic and management. *Drugs Aging* 2005; 22: 115-130.
33. Grobblaar EJ, Owen S, Torrance AD et al. Nutritional challenges in head and neck cancer. *Clin Otolaryngol* 2004; 29: 307-313.
34. Marik PE, Kaplan D. Aspiration pneumonia and dysphagia in the elderly. *Chest* 2003; 124: 328-336.
35. Almirall J, Cabré M, Clave P. Aspiration pneumonia. *Med Clin* 2007; 129: 424-432.
36. Velasco C, Bretón I, Paron L y cols. Estudio de la composición corporal y de micronutrientes en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica. *Nutr Hosp* 2007; 22 (Suppl. 1): 74.
37. Perry L, Love C. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia* 2001; 16: 7-18.
38. Logemann JA, Veis S, Colangelo L. A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia* 1999; 14: 44-51.
39. Belafsky P, Mouadeb D, Rees C et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT 10). *Annals of Otolaryngology Rhinology and Laringology* 2008; 117: 919-924.
40. Burgos Pelaez R, Sarto B, Segurola H et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool 10) para el despistaje de la disfagia. *Nutr Hosp* 2011; 26 (Suppl. 1): 52-53.
41. Clavé P, Arreola V, Romea L et al. Accuracy of volumen – viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr* 2008; 27: 806-815.
42. Rofes L, Arreola V, Almirall J et al. Diagnosis and management of oropharyngeal Dysphagia and its Nutritional and Respiratory Complications in the Elderly. *Gastrol Res Pract* 2010; 2011: 1-13.
43. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. Edinburgh: 2002.
44. Langmore SE, Schatz K, Olsen N. Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. *Dysphagia* 1988; 2: 216-9.
45. Logemann J. Manual for the videofluorographic study of swallowing. 2on. ed. Austin (Texas): Pro-Ed, Inc; 1993.
46. Clavé P. Videofluoroscopic diagnosis of oropharyngeal dysphagia. *Nutrition Matters* 2001; 3:1-2.
47. Velasco M, García Peris P. Causas y diagnóstico de la disfagia. *Nutr Hosp* 2009; 2: 56-65.
48. Logemann JA, Kahrilas PJ, Kobara M, Vakil NB. The benefit of head rotation on pharyngoesophageal dysphagia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1989; 70: 767-771.
49. Lewin JS, Hebert TM, Putnam Jr JB, DuBrow RA. Experience with the chin tuck manoeuvre in postesophagectomy aspirators. *Dysphagia* 2001; 16: 216-219.
50. Mertz J, Chambers E. Managing dysphagia through diet modifications. *AJN* 2010; 10: 26-33.
51. Ferrero I, Ashbaugh R, Arreola V. Cuidados básicos. En: Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Ed. P Clave y P García-Peris. Ed. Glosa 2011; 113-125.
52. Milne AC, Avenell A, Potter J. Meta-analysis: Protein and energy supplementation in older people. *Annals of Internal Medicine* 2006; 144: 37-48.
53. The FOOD Trial Collaboration. Routine oral nutritional supplementation for stroke patients in hospital (FOOD): a multi-centre randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 755-763.
54. Volkert D, Berner YN, Berry E et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition – Geriatrics. *Clin Nutr* 2006; 25: 320-330.
55. Patterson J, Wilson J. The clinical of dysphagia preassessment in the management of head and neck cancer patients. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2011; 19: 177-181.
56. Arends J, Bodoky G, Bozzetti F et al. ESPEN Guidelines on enteral nutrition: non-surgical oncology. *Clin Nutr* 2006; 25: 245-259.
57. Enteral feeding methods for nutritional management in patients with head and neck cancers being treated with radiotherapy and/or chemotherapy. The Cochrane Collaboration 2010.
58. Ballesteros MD, Arés A. Nutrición basada en la evidencia en las enfermedades neurológicas. *Endocrinol Nutr* 2005; 52 (Suppl. 2): 97-101.
59. Barbiera F, Bosetti A, Ceravolo MG et al. ADI nutritional recommendations for dysphagia. *Mediterr J Nutr Metab* 2009; 2: 49-80.
60. Canton C, Valero MA Y Alvarez J. Soporte nutricional. En: Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Ed. P Clave y P García-Peris. Ed. Glosa 2011; 125-154.
61. Clavé P, Quer M. Tratamiento rehabilitador. En: Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Ed. P Clave y P García-Peris. Ed Glosa 2011: 169-174.
62. Shaker R, Easterling C, Kern M et al. Rehabilitation of swallowing by exercise in tube- fed patients with pharyngeal dysphagia secondary to abnormal UES opening. *Gastroenterology* 2002; 122: 1314-1321.
63. Burnett TA, Mann EA, Stoklosa JB et al. Self – triggered functional electrical stimulation during swallowing. *J Neurophysiol* 2005; 94: 4011-4018.