

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADO**



**IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE LA DISFAGIA EN EL PACIENTE CRÓNICO
AVANZADO EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIAR DEL INSTITUTO
SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

Presentado por:

BETTY MARISOL MARTÍNEZ MÉNDEZ.

KAREN BRENDA LI ARÉVALO MENA.

Para optar al grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

Asesor:

DRA. CELIA YANIRA VANEGAS HERNÁNDEZ.

Ciudad Universitaria “Dr. Fabio Castillo Figueroa”, El Salvador, mayo, 2021.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD

Rector

Msc. Roger Armando Arias Alvarado

Vicerrector Académico

PhD. Raúl Ernesto Azcunaga

Vicerrector Administrativo

Ing. Juan Rosa quintanilla

Secretario General

Ing. Francisco Antonio Alarcón

AUTORIDADES DE LA FACULTAD

Decana

MsC. Josefina Sibrián de Rodríguez

Vicedecano

Dr. Saúl Díaz Peña

Secretaria

MsC. Aura Marina Miranda

Director de Escuela de Postgrado

Dr. Edward Alexander Herrera

JURADO CALIFICADOR

Dra. Celia Yanira Vanegas

Dr. David Vaquerano

Dr. Mauricio Quintanilla

RESUMEN

La disfagia, entendida como la sensación de dificultad al normal paso de los alimentos de la cavidad oral al estómago, es un problema de salud prevalente en los pacientes con enfermedad crónica avanzada, siendo los más afectados, los que padecen de enfermedades neurológicas degenerativas como la Esclerosis Lateral Amiotrófica, Enfermedad de Parkinson, Demencias y como secuela posterior a un Accidente Vascular Encefálico, además de considerarse un proceso natural del envejecimiento.

Por lo que se vuelve necesario la investigación sobre el tema, el reconocimiento del problema de salud, los síntomas y signos de presentación y progresión, así como conocer métodos efectivos que conduzcan a un diagnóstico oportuno y evitar las complicaciones derivadas de la misma, tales como, aspiraciones, infecciones del tracto respiratorio inferior, desnutrición y deshidratación, que pueden aumentar la fragilidad en estos pacientes y su morbi-mortalidad. Conociendo el problema de salud, ofrecer alternativas terapéuticas, medidas y recomendaciones para evitar complicaciones, aumentando la calidad de vida de los pacientes que adolecen de problemas al deglutir.

PALABRAS CLAVE:

Disfagia orofaríngea

Cronicidad avanzada

Enfermedades neurológicas

Demencia

INTRODUCCIÓN:

Esta investigación bibliográfica tiene como punto de partida, responder a la pregunta de investigación ¿cómo identificar tempranamente la disfagia en los pacientes crónicos avanzados inscritos en el programa de atención domiciliar en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)?

Para ello se realizó una búsqueda de artículos bibliográficos que traten acerca de la disfagia y su identificación temprana, así como, las enfermedades relacionadas con mayor riesgo de disfagia en los pacientes con patologías crónicas avanzadas, tales como la demencia avanzada, la enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, pacientes con secuelas de accidente cerebro-vascular (ACV) y entre las enfermedades de origen degenerativo neuro-muscular, estudiaremos la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), como una entidad que por sus características evolutivas cursa con disfagia.

Se entiende por disfagia y es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la sensación de dificultad al normal paso de los alimentos, tanto sólidos como líquidos, desde la cavidad oral al estómago. La forma más común de disfagia es la orofaríngea, provocada por alteraciones neuromusculares las que causan debilidad o incoordinación (1,2). El objetivo de la presente revisión bibliográfica es identificar los procedimientos o herramientas disponibles para la valoración de disfagia en los pacientes crónicos avanzados inscritos en el programa de atención domiciliar, teniendo en cuenta que actualmente a nivel de ISSS no se cuenta con tal herramienta por lo que se pretende dar a conocer la importancia de una adecuada valoración de este síntoma y evitar de esta forma, las complicaciones a largo plazo producto de la misma.

CONTENIDO

RESUMEN	i
INTRODUCCIÓN	ii
METODOLOGÍA	1
OBJETIVO GENERAL	1
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1
GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS	2
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD	4
CONCEPTO	5
CLASIFICACIÓN DE LA DISFAGIA	5
DISFAGIA Y PERSONAS MAYORES	9
DISFAGIA Y ACV	10
DISFAGIA Y DEMENCIA	11
DISFAGIA Y ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)	13
DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y LAS ACTIVIDADES	14
Promoción	14
Prevención	15
Detección	16
Diagnóstico	17
Exploración física	18
Pruebas complementarias	19
Tratamiento o plan de intervención	22
Rehabilitación	24
Seguimiento	26
Flujogramas y protocolos	27
DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN	29
Primer nivel de atención	29
Segundo y tercer nivel de atención	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	32
ANEXOS	35

METODOLOGÍA:

Para la búsqueda documental de la presente revisión bibliográfica, se utilizó el buscador PubMed, y para efectos de la misma se tomaron 30 artículos relacionados con la temática del estudio, los cuales son reflejados en el apartado Bibliografía.

OBJETIVO GENERAL:

- Describir la estrategia de abordaje para la identificación temprana de la disfagia en el paciente crónico avanzado inscrito en el programa de atención domiciliar del ISSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar a los pacientes crónicos avanzados con riesgo de desarrollar disfagia inscritos en el programa de atención domiciliar del ISSS.
- Describir la herramienta aplicada para la evaluación de la disfagia en los pacientes crónicos avanzados.
- Recomendar la ruta clínica para la detección temprana de disfagia en el paciente crónico avanzado inscrito en el programa de atención domiciliar del ISSS.

GLOSARIO DE TERMINOS Y ABREVIATURAS:

Disfagia: Disfagia es la sensación de dificultad al normal paso de los alimentos de la cavidad oral al estómago.

Pacientes crónicos avanzados: pacientes con enfermedades de mal pronóstico pero cuya muerte no parece cercana e incluye a pacientes con diagnóstico reciente de cáncer avanzado y a pacientes con enfermedad crónica avanzada de un órgano, demencia senil avanzada, enfermedad degenerativa del SNC, ancianos frágiles y comas evolucionados de causas diversas.

ACV: accidente cerebro-vascular.

AP: Atención Primaria.

ASHA: The American Speech Language Hearing Association (Asociación Americana de Audición del Habla y el Lenguaje).

DOF: disfagia orofaríngea.

EAT-10: Eating-Assement Tool 10 (por sus siglas en inglés).

ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica.

ERGE: Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

ESS: esfínter esofágico superior.

FEES: Evaluación endoscópica con fibra óptica de la deglución.

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

LES: Lupus Eritematoso Sistémico.

MBSS: Estudio de la deglución con bario modificado (por sus siglas en inglés).

MECV-V: Método de exploración clínica volumen-viscosidad.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PEG: gastrostomía percutánea endoscópica (por sus siglas en inglés).

SLP: Speech-language Pathologists (Terapeutas del habla y del Lenguaje).

SNC: Sistema Nervioso Central.

SNG: Sonda Nasogástrica.

SWALQOL: Swallow Quality of Life (por sus siglas en inglés).

VFSS, VFS: Videofluoroscopia.

WGO: Organización Mundial de Gastroenterología (por sus siglas en inglés).

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD:

La disfagia afecta a una multitud de personas en todo el mundo y tiene un gran impacto en la calidad de vida del individuo, la familia y los cuidadores. La disfagia, supone un problema de salud infravalorado e infradiagnosticado en los centros de salud, algunos estudios muestran tasas de infra-diagnóstico en torno al 43.1% (1,3).

La disfagia se vuelve un importante problema de salud, teniendo en cuenta, que la incidencia de disfagia es una condición común después de un ACV, además de estar presente en enfermedades que cursan con afección neurológica, tal como la enfermedad de Alzheimer y enfermedad de Parkinson (3,4). Diferentes estudios, muestran que 1 de cada 25 adultos mayores de 50 años tienen problemas para deglutir y la disfagia representa un problema de salud que tiene una prevalencia que ronda un 15-22 % en este tipo de pacientes. (5,6), alcanzando una prevalencia de 27-91% de la población por encima de los 70 años de edad (2). La disfagia precisa tratamiento rehabilitador, puede ser causa de complicaciones graves, entre las que se incluye la desnutrición, deshidratación, neumonía por aspiración y muerte prematura (1,3). En cuanto a los pacientes con cáncer, la incidencia de disfagia se vuelve un síntoma importante en los cánceres de cabeza y cuello y en especial aquellos que afectan esófago, estos pacientes son diagnosticados en etapas avanzadas, siendo la disfagia el síntoma predominante, estos pacientes tienen más probabilidades de experimentar pérdida de peso y tienen un mayor riesgo de desnutrición que los pacientes con otros cánceres (7). Es excepcionalmente común que los pacientes con cáncer gástrico y esofágico avanzado presenten síntomas obstructivos que ocluyen la luz del órgano afectado y presentar diversos grados de disfagia (8). Es común que los pacientes experimenten dificultades para obtener una nutrición adecuada relacionada con sus síntomas obstructivos y presentar por tanto complicaciones sobre todo desnutrición, que por sí misma es un factor determinante de la supervivencia en pacientes con cáncer, sin embargo, se informa pérdida de peso en el 79% de los pacientes con cáncer de esófago debido al aumento de la demanda metabólica y la ingesta nutricional insuficiente (7).

La evaluación de la disfagia, tanto la detección y el tratamiento, requiere de conocimientos de un equipo multidisciplinario, para la detección integral de los pacientes que presenten disfagia, debe tenerse en cuenta, la satisfacción de las necesidades de nutrición e hidratación, como elementos que influyen en la calidad de vida de estos pacientes, por tanto, un plan de acción interdisciplinar es necesario para la atención de estas personas (6), en esta revisión se pretende tener una mejor comprensión de la prevalencia de la disfagia y como este síntoma afecta en la calidad de vida de los pacientes susceptibles.

CONCEPTO:

Disfagia es la sensación de dificultad al normal paso de los alimentos de la cavidad oral al estómago (1,2,5).

CLASIFICACIÓN DE LA DISFAGIA (9)

Según el nivel anatómico donde se origina:

Disfagia orofaríngea: se define como la dificultad de penetración del bolo alimenticio desde la buco-faringe hasta el esófago cervical, surgiendo a consecuencia de la disfunción en la fase orofaríngea de la deglución, por desórdenes laríngeos o por alteración del esfínter esofágico superior, la aparición de los síntomas es inmediata al acto deglutorio. Las causas más frecuentes de este tipo de disfagia son los tumores y las afecciones neuromusculares. Tabla 1.

Disfagia esofágica: se define como la dificultad de penetración del alimento desde el esfínter esofágico superior hasta el estómago, originada por alteraciones del esófago o del esfínter esofágico inferior, el inicio de los síntomas comienza generalmente varios segundos después de la deglución, y es referido a la región retroesternal. Las alteraciones mecánicas o de la motilidad son las causas más comunes de la misma. Tabla 2.

Tabla 1. Causas de disfagia orofaríngea

- *Causas estructurales:*
 - Estenosis orofaríngea: neoplásico / cuerpo extraño / inflamatorio.*
 - Estenosis esofágica: membranas esofágicas / divertículos de Zenker / cicatricial.*
 - Masa mediastínicas y cervicales.*
- *Enfermedades del SNC:*
 - Accidente cerebrovascular.*
 - Enfermedad de Parkinson / Wilson/ Alzheimer / Corea de Huntington.*
 - Traumatismo craneoencefálico.*
 - Tumores del tronco cerebral.*
 - Esclerosis lateral amiotrófica / Esclerosis múltiple.*
 - Parálisis cerebral.*
 - Poliomielitis bulbar – síndrome postpoliomielitis.*
 - Síndrome de Guillain – Barré.*
 - Discinesias tardías.*
 - Disautonomía familiar (síndrome de Riley – Day).*
- *Enfermedad de la placa motora:*
 - Miastenia gravis, síndrome de Eaton – Lambert, botulismo.*
 - Tóxica: aminoglucósidos, fenitoína, penicilamina, procainamida, propanolol, organosfosforados.*
- *Neuropatías periféricas:*
 - Diabetes mellitus – alcoholismo crónico.*
 - Parálisis del nervio recurrente laríngeo (neoplasias, postquirúrgico, etc.).*
 - Otros: difteria, tétanos, rabia, intoxicación por plomo, sífilis, etc.*
- *Miopatías:*
 - Conectivopatías (síndrome overlap).*
 - Miopatías metabólicas (hiper – hipotiroidismo, amiloidosis, sarcoidosis, Cushing, Wilson).*
 - Síndrome paraneoplásico.*

Fármacos: amiodarona, inhibidores de la HMG – CoA reductasa, esteroides, etc.

Miopatías inflamatorias: polimiositis, dermatomiositis, miositis por cuerpos de inclusión.

Distrofia miotónicas y oculofaríngea.

- *Disfunción cricofaríngea primaria:*
- *Xerostomía o síndrome seco.*
- *Secundaria a vía aérea artificial (intubación translaríngea, traqueotomía o traqueostomía).*

Según el grado de compromiso funcional, propia para pacientes con enfermedades neurológicas, musculares o neuromusculares:

Grado leve: disfunción predominantemente oral. Se caracteriza por el retraso en la deglución, pérdida de contenido oral, dificultad para la formación del bolo alimenticio; no se aprecia disfonía ni tos tras la deglución, presenta bajo riesgo de penetración o de aspiración.

Grado moderado: predomina la disfunción oral y faríngea; existe pérdida del contenido oral y salida de alimentos por vía nasal; además existe lentitud en el transporte del bolo alimenticio debido a alteración en la contractilidad de labios y lengua, puede acompañarse de disfonía. Existe riesgo de penetración laríngea y /o de aspiración bronquial.

Grado severo: existe además de afección en la fase oral y faríngea, compromiso laríngeo con alteración de los reflejos protectores de la vía aérea. Es frecuente la permanencia de restos del bolo en los recesos faríngeos y la alteración o abolición de la elevación y antroversión de la laringe y hioides durante la deglución. Existe alto riesgo de penetración y/o aspiración.

Sistema de clasificación de disfagia: (utilizado para evaluar el grado de síntomas de disfagia) (8).

Grado 0: Capaz de seguir una dieta normal. No hay evidencia de disfagia.

Grado 1: Capaz de tragar algunos alimentos sólidos.

Grado 2: Capaz de tragar solo alimentos semisólidos o blandos.

Grado 3: Solo puede tragar líquidos.

Grado 4: No puede tragar nada.

Tabla 2. Causas de disfagia esofágica.

➤ *Causas mecánicas:*

Estenosis inflamatorias y post-inflamatorias / neoplásica / membranas y anillos esofágicos.

Cuerpo extraño.

Masas mediastínicas y cervicales.

➤ *Trastornos motores esofágicos primarios:*

Acalasia.

Espasmo esofágico difuso.

Peristalsis esofágica sintomática.

Esfínter esofágico superior hipertenso.

➤ *Trastornos motores esofágicos secundarios:*

ERGE.

Pseudoacalasia (neoplasias).

Enfermedades endocrino - metabólicas (diabetes mellitus, hipotiroidismo, etc.)

Colagenopatías (esclerosis sistémica, LES, etc.)

Infecciones (moniliasis, citomegalovirus, etc.)

DISFAGIA Y PERSONAS MAYORES:

A medida que aumenta la edad también lo hace la prevalencia de disfagia (2,10). El proceso natural del envejecimiento produce cambios en la anatomía de la cabeza y el cuello, así como en varios mecanismos neurales y musculares, provocando una pérdida de reserva funcional que puede afectar la deglución. La etiología de la disfagia orofaríngea en esta población incluye muchos factores de riesgo concomitantes, tanto neurogénicos como procesos neurodegenerativos, debilidad muscular y sarcopenia. Se estima que la disfagia afecta del 7-13% de las personas mayores de 65 años (11,12), hasta un 38% (13). En otros estudios se estima que la prevalencia de disfagia en ancianos institucionalizados alcanza el 56-78% y hasta el 44% en los ancianos hospitalizados (14,15).

Recientemente, la disfagia orofaríngea ha sido reconocido como un síndrome geriátrico, debido a su alta prevalencia y su relación con muchas comorbilidades. Los síndromes geriátricos se han definido como “afecciones clínicas en personas mayores que no encajan en las categorías de enfermedades, pero son altamente prevalentes en la vejez, multifactoriales y asociadas con múltiples comorbilidades y malos resultados que incluyen desnutrición, neumonía por aspiración, discapacidad funcional y fragilidad, institucionalización y aumento de los reingresos, aumento de la mortalidad. Este síndrome, solo es tratable cuando se utiliza un enfoque multidimensional y debe ser manejado por un equipo multidisciplinario que incluya: médicos de atención primaria, geriatras, otorrinolaringólogos, neurólogos, gastroenterólogos, terapeutas del habla y el lenguaje, terapeutas ocupacionales y nutricionistas (2,11,14). Este reconocimiento (la disfagia orofaríngea como síndrome geriátrico), es muy importante para enfatizar la importancia de la disfagia orofaríngea entre la población mayor y aumentar la conciencia entre los proveedores de atención médica, los geriatras y la sociedad (2).

Las enfermedades respiratorias y la neumonía per se, se encuentran entre las principales causas de hospitalización en la población de edad avanzada, con una tasa de mortalidad más alta en comparación con el resto de la población.

La neumonía por aspiración es una de las principales causas de neumonía en los pacientes mayores, representa del 5-15% de todos los casos de neumonía adquirida en la comunidad y se estima que, al menos, el 70% de estas en pacientes mayores de 70 años, puede diagnosticarse como neumonía por aspiración (16).

Existe un tratamiento eficaz y basado en la evidencia para la disfagia orofaríngea en ancianos, orientado principalmente para compensar las alteraciones de la deglución mediante la adaptación de la viscosidad de los líquidos y las texturas de los alimentos sólidos, así evitar la aspiración y la asfixia, además de mejorar el estado nutricional y la salud bucal para evitar infecciones respiratorias. Esto se ha definido como el tratamiento mínimo eficaz que se le debe proporcionar a esta población (2).

DISFAGIA Y ACV:

La enfermedad neurológica tiene gran repercusión a nivel individual, familiar y social. Conlleva, a menudo, alteraciones en el nivel de conciencia o en los mecanismos de la deglución que hacen necesario un soporte nutricional artificial, tanto en la escala hospitalaria como en el domicilio.

La disfagia, es un problema frecuente después de sufrir un accidente cerebrovascular, afecta en diferentes porcentajes según el tiempo de evolución del ACV; en un ictus agudo la prevalencia de disfagia es de aproximadamente 40%, en la fase subaguda ronda un 38.6% y en la fase crónica disminuye hasta un 6% (1), por su parte, estudios como el de Jones et al, refieren que la prevalencia de disfagia en el ictus agudo es de aproximadamente 50-60% y del 40-52% en aquellos pacientes que necesitan rehabilitación (17); otros estudios refieren que la disfagia está presente en alrededor de 9.1-65% tras un ictus (11,14,18), por tanto, la disfagia se ha asociado a un aumento de la mortalidad en los pacientes con secuelas de ACV.

La gravedad de la disfagia en los pacientes que han sufrido ACV, depende de la extensión y localización del infarto, se ha observado que los ictus que involucran la región del bulbo raquídeo, la incidencia de disfagia aumenta hasta en un 80% (3), y en aquellos donde se ve afectada la región insular presentan casos de disfagia más

grave (6). Por su parte las lesiones que involucran la circunvolución pre-central, pueden ser causa de alteraciones de la función motora de los labios y lengua, además, también afecta en la peristalsis de la faringe. Las lesiones en el tronco encefálico, pueden causar pérdida de la sensibilidad de la lengua, boca y mejillas y retrasar el proceso de deglución (19).

Aunque la mayoría de los pacientes con secuelas de ACV que presentan disfagia, pueden recuperarse espontáneamente por reestructuración cortical, aproximadamente el 50% experimentará síntomas de disfagia más allá del período de rehabilitación (17). Su presencia se ha asociado a numerosas complicaciones de salud incluyendo neumonía por aspiración, deshidratación y desnutrición, que, a su vez, pueden conducir a estancia hospitalaria más largas, peores resultados de rehabilitación del ACV e incluso la muerte (17,20).

DISFAGIA Y DEMENCIA:

La demencia también se ha relacionado con la disfagia. Se reporta que los tipos de demencia con mayor presencia de disfagia son la demencia frontotemporal en fase avanzada, la demencia tipo Alzheimer, demencia multiinfarto, demencia por cuerpos de Lewy y demencia por enfermedad de Parkinson (9). Hasta el 45% de los pacientes con demencia experimentan dificultad para tragar; por lo tanto, son susceptibles a la desnutrición (11) y neumonía por aspiración, se estima que la desnutrición crónica, determinada por el índice de masa corporal, está presente en 12% a 28% de los residentes de hogares de ancianos (18).

A medida que la demencia progresa a una etapa avanzada, la persona afectada deja de comer y beber, además puede existir disfagia lo que dificulta aún más la alimentación, cuando esto sucede, a menudo se opta por la alimentación e hidratación artificial, sin embargo, la evidencia indica que es más probable que la hidratación y nutrición artificial aumenten el dolor y el sufrimiento y disminuya la calidad de vida de las personas con demencia en la etapa terminal (21).

Existen consideraciones no solo científicas, sino también éticas, sobre la conveniencia de que los pacientes con demencia avanzada reciban soporte

nutricional. Existen pocos estudios que traten de la nutrición en estos pacientes, por lo que se resume la información disponible.

En los pacientes con demencia, la nutrición artificial no es eficaz para la prevención de neumonías por aspiración, sino más bien se considera un factor de riesgo. Tanto la yeyunostomía como la gastrostomía no previenen la neumonía por aspiración. El uso de SNG está asociado a mayor tasa de mortalidad (razón de riesgo = 1,44; IC del 95%, 1,17 – 1,76). El pronóstico funcional de estos pacientes tampoco parece alterarse por el soporte nutricional enteral por PEG, aun no se ha demostrado que todos estos esfuerzos terapéuticos brinden una mayor comodidad al paciente (22). Se vuelve necesario reconsiderar la utilización sistemática del soporte nutricional en pacientes con demencia avanzada, puesto que son procedimientos de eficacia no documentada y en algunos casos, el riesgo supera los beneficios (21,22).

En cuanto a la enfermedad de Alzheimer, la prevalencia de la disfagia orofaríngea es de un 84% (14) y más del 60% de los sujetos institucionalizados o ancianos presentan un grado de disfagia, esto puede originar complicaciones de gran trascendencia clínica como consecuencia de las alteraciones en la eficacia de la deglución, y en la seguridad de la misma. La disfagia presente en enfermos de Alzhéimer se denomina disfagia neurógena y la importancia de poder identificarla precozmente radica en que es un síntoma grave, con complicaciones que pueden causar la muerte del paciente (23).

En cuanto a la enfermedad de Parkinson, la presencia de disfagia no se observa en fases iniciales, (latencia promedio de aparición de disfagia es a los 130 meses) (9). La prevalencia de disfagia es de 11-81% (3), otros estudios muestran tasas de 40-95% (9,14), donde se informa que la asfixia al tragar es signo de disfagia severa en un 13% de estos pacientes.

La enfermedad de Parkinson puede producir disfagia orofaríngea y/o esofágica por la degeneración de vías dopaminérgicas en la sustancia nigra, cuerpo estriado y en el sistema nervioso entérico. Cuando se evalúa la deglución en pacientes con enfermedad de Parkinson de manera instrumental (videofluoroscopia) se reportan anomalías en la fase orofaríngea en el 75 % al 97 % de los pacientes (9).

La principal complicación que compromete la vida de estos enfermos son las aspiraciones, normalmente silentes. Por consiguiente, al ser asintomáticas, no pueden ser detectadas clínicamente y su diagnóstico precoz y prevención se basa en la evaluación endoscópica o radiológica de la deglución.

DISFAGIA Y ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA):

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA), es una enfermedad neurodegenerativa progresiva, caracterizada principalmente por la degeneración de las neuronas motoras superiores e inferiores (15). Existe una incidencia de entre 2 y 16 casos nuevos por cada 100.000 individuos (24). Entre sus principales signos y síntomas se encuentra la debilidad progresiva, atrofia muscular, fasciculaciones, calambres musculares, espasticidad, disartria, disfagia, disnea y labilidad emocional. Las personas que padecen ELA, deben ser atendidas desde el diagnóstico de la enfermedad por un equipo multidisciplinario, que tiene como objetivo el alivio del sufrimiento multidimensional y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Como se menciona anteriormente, la disfagia es uno de los síntomas más frecuentes en la ELA, (60%) (14), ya que los núcleos motores del IX, X, XI y XII par craneal y el tracto cortico-bulbar sufre degeneración progresiva, causando una disminución de la fuerza y atrofia de los músculos responsable de tragar (9,24).

El cambio en la deglución impacta directamente en la función de alimentación, que además de ser una necesidad biológica, es una forma de interacción social, bienestar y placer personal. Por tanto, la indicación de una alimentación alternativa exclusiva debe ser discutida de manera integral con el equipo y el paciente, con apoyo científico y psicosocial.

El estado nutricional es un factor pronóstico independiente de la supervivencia en los pacientes con ELA. La progresión de la enfermedad puede interferir de doble manera con la nutrición y la hidratación de estos pacientes. La debilidad de las extremidades superiores limita la habilidad del paciente para alimentarse, y la afección de la musculatura bulbar dificulta gravemente la deglución.

Cuando un paciente refiere disfagia, se vuelve necesario la evaluación de la misma ya sea de forma informal al pie de cama, o bien incluyendo la valoración de parte de un logopeda y de ser necesario la realización de pruebas objetivas (videofluoroscopia, electromiografía). De ser detectado problemas de disfagia el tratamiento debe ser multidisciplinario (22).

La nutrición enteral por PEG es una medida útil para el soporte nutricional a largo plazo. El momento de la colocación de la PEG debe ser determinada de forma individualizada, la colocación de forma tardía reduce la supervivencia (24), la mortalidad aumenta posterior a los 6 meses en los pacientes que no son alimentados por PEG (22). Además, estos pacientes experimentan un ligero aumento en el índice de masa corporal.

El mejor momento para la colocación de la PEG, debe realizarse cuando la capacidad vital forzada sea mayor del 50 %, tal como lo recomienda la Academia Americana de Neurología, la que señala que la PEG está indicada en los pacientes con disfagia sintomática y debe ser considerada de forma temprana tras el inicio de los síntomas, preferiblemente mientras la capacidad vital forzada sea mayor del 50%. La alimentación por SNG debe ser una alternativa a corto plazo o en aquellos casos donde la alimentación por PEG no puede ser posible (22).

DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES Y LAS ACTIVIDADES:

Promoción:

La disfagia es un síntoma presente en un gran porcentaje de la población de edad avanzada, muchos de los cuales presentan una patología que se asocia con mayor riesgo de presentar disfagia y sufrir de sus complicaciones. Las actividades de promoción y educación, irán encaminadas a evitar las complicaciones a largo plazo. Una de las principales complicaciones y que pone en peligro la vida del paciente, es la neumonía por aspiración (25). Los factores de riesgo de neumonía por aspiración incluyen: estado mental alterado, trastornos gastrointestinales, alimentación por sonda, disfagia y trastornos de la motilidad esofágica. Una mala

higiene de la cavidad oral se ha relacionado con la prevalencia de infecciones respiratorias, debido al aumento de bacterias que colonizan la orofaringe.

Por tanto, la educación a la familia y al propio paciente sobre completar una higiene bucal minuciosa, mantener la humedad bucal y garantizar el aclaramiento orofaríngeo después de una ingesta oral, postura semisentada a 90° al momento de la alimentación, son cruciales para reducir el riesgo de neumonía por aspiración (6,25). Otro aspecto a tomar en cuenta en los pacientes con demencia avanzada, es la comunicación abierta, la divulgación de los beneficios y las cargas que supone la nutrición y la hidratación artificial, además del reconocimiento y el apoyo sin prejuicios a las decisiones y deseos del paciente y su familia. Educar a los profesionales de la salud sobre los problemas clínicos, éticos y legales que rodean la nutrición e hidratación artificiales y enseñar a los pacientes y sus familias sobre el proceso de la muerte y sus efectos en la nutrición y la hidratación del individuo (21).

Prevención:

Aunque las dificultades para la deglución no se pueden prevenir, la detección temprana y el tratamiento eficaz de algunas enfermedades que la causan pueden reducir el riesgo de padecerla. La disfagia aumenta los riesgos de asfixia, aspiración y neumonía por aspiración; además de ser causa de desnutrición y deshidratación. La aspiración puede deberse a un cierre laríngeo deficiente o a un desbordamiento de alimentos o líquidos retenidos en la faringe. Como mecanismo de protección, la aspiración hace que la persona tosa; la aspiración que no va acompañada de tos se conoce como "aspiración silenciosa". Esto es mucho más peligroso, ya que los alimentos y los líquidos penetran en las vías respiratorias y penetran profundamente en los pulmones y ser causante de infecciones respiratorias que comprometen la vida del paciente (26).

Se aconseja que cuando hay signos evidentes de aspiración (tos repentina, sibilancias o ronquera, cambios en los patrones de respiración, cambios en la voz), no se debe administrar al paciente ninguna ingesta oral hasta que se haya realizado la evaluación completa de la disfagia. Sin embargo, si el paciente puede tragar, pero

tiene dificultades con una dieta de líquidos y de textura normal, se puede intentar con una comida de textura diferente (27).

La clave para controlar la disfagia es optimizar la deglución, promover una deglución segura y proporcionar alimentos y líquidos de la textura adecuada (26).

Se recomiendan los siguientes consejos para una ingestión segura: (26).

- Siéntese erguido a 90 grados al comer y beber.
- No coma ni beba cuando esté encorvado o acostado.
- Tome pequeños bocados de comida.
- Tome pequeños sorbos de líquido.
- Come despacio y mastica bien los alimentos antes de tragar.
- Asegúrese de haber tragado su comida o bebida antes de tomar más.
- No mezcle los alimentos con bebidas.
- No hables cuando tengas comida en la boca.

Detección:

La detección de disfagia por parte del personal de enfermería antes de la ingesta oral, a menudo se considera un indicador de la calidad de la atención del ACV (18). Se han informado tasas más altas de neumonía en hospitales que carecen de un protocolo formal de detección de disfagia.

La detección temprana es clave para prevenir complicaciones. Una historia detallada es fundamental para evaluar a los pacientes con sospecha de disfagia. Esta historia incluye indagar sobre la consistencia, progresión y momento de la disfagia. Los cuestionarios validados, como la herramienta de evaluación de la alimentación de 10 elementos (anexo 1), pueden ayudar en la detección (11,28,29). Puede ser difícil diagnosticar a los pacientes de edad avanzada con disfagia, ya que a menudo se puede malinterpretar como un problema “normal” del envejecimiento. Es de tener presente que una de las quejas iniciales que indican disfagia puede ser la sensación de que la comida se atasca en la garganta, otros síntomas pueden incluir: pérdida de peso involuntaria, toser al comer, tener que ingerir alimentos con líquidos, mayor tiempo necesario para poder completar las comidas y aumento de la mucosidad en la garganta. Al identificar problemas de la deglución en los

pacientes, debe realizarse un examen físico completo con especial atención a los sistemas neurológico, mental y respiratorio.

Tal como lo indican las directrices de la Organización Mundial de Gastroenterología (WGO) "*los pacientes con accidente cerebrovascular deben someterse a pruebas de detección de disfagia en las primeras 24 horas después del accidente cerebrovascular y antes de la ingesta oral*". Informan que esta guía de detección tiene el potencial de reducir significativamente el riesgo de complicaciones relacionadas con la disfagia después de un accidente cerebrovascular agudo. Las herramientas de detección al pie de la cama son un paso inicial importante en el diagnóstico de la disfagia; sin embargo, los métodos de detección y evaluación de cabecera por sí solos son insuficientes para una evaluación completa de la anatomía y fisiología de la deglución y / o la detección de aspiración. Lo ideal es que las medidas de detección a pie de cama conduzcan a una evaluación complementaria con una evaluación instrumental para un examen completo y exhaustivo de la anatomía y fisiología orofaríngeas, según se indique y esté disponible (6).

Diagnóstico:

El diagnóstico se basará en la historia clínica y en el examen físico minucioso, gran parte de la información necesaria será obtenida por este método.

Historia clínica: ante cualquier paciente que consulte por problemas en la deglución, se tendrán que responder las siguientes interrogantes: a). ¿tipo de disfagia?, b). ¿se trata de un trastorno funcional?, c). ¿existe alguna enfermedad subyacente causante de disfagia? Para responder estas preguntas debemos indagar en los siguientes aspectos:

Localización: útil para diferenciar de la disfagia esofágica (por debajo del hueco supraesternal); la localización a nivel cervical tiene baja especificidad para diferenciar disfagia orofaríngea (28).

Síntomas asociados: los síntomas como dificultad para el inicio de la deglución, regurgitación nasal, tos o carraspera durante la ingesta, disfonía o disartria se observan en la disfagia orofaríngea.

Consistencia del alimento: tiene escaso valor para el diagnóstico diferencial entre ambos tipos de disfagia, por lo general, en la disfagia orofaríngea, la dificultad es mayor para los líquidos que para los sólidos, mientras que, en la disfagia esofágica, la dificultad es igual o mayor para lo sólidos que para los líquidos. Las causas orgánicas típicamente comienzan con disfagia para los sólidos y progresa conforme crece la lesión y obstruye el tubo digestivo.

Duración y constancia de los síntomas: una disfagia de instauración brusca asociada a síntomas neurológicos, debe hacernos pensar en ACV, en cuanto una disfagia progresiva y de corta duración orienta a existencia de posible neoplasia, sobre todo si esta se acompaña de pérdida de peso. Si la evolución es lenta, las causas más probables son miopatías inflamatorias y degenerativas.

Uso de fármacos, tratamientos quirúrgicos, radio o quimioterapia. Los medicamentos que pueden ser causales de problemas en la deglución son los siguientes:

Fármacos:	Relación con la ingesta
Ansiolíticos	Disminución de la atención
Antisicóticos	Movimientos anormales
Anticolinérgicos	Xerostomía
Bifosfonatos	Esofagitis, reflujo.
Antibióticos	Anorexia, gusto metálico
Digoxina (dosis tóxicas)	Nauseas
Neurolépticos, sedantes	Disminución del reflejo deglutorio

Tomado de Méndez-Sánchez, 2017 (28).

Exploración física:

Además de permitir identificar el grado de afectación (estado nutricional, complicaciones pulmonares), puede revelar la presencia de signos neurológicos, musculoesqueléticos, cutáneos o endocrino-metabólicos. El examen físico debe

incluir la inspección de la cavidad oral (capacidad de apertura, masticación, ausencia de piezas dentarias, presencia de restos orales y alteraciones en la anatomía) y la orofaringe, así como la inspección y la palpación de la cabeza y cuello, además de una exhaustiva exploración neurológica (28).

Pruebas complementarias:

Pruebas clínicas:

Test clínico para el cribado de disfagia, como el Swallow Quality of Life (SWALQOL), (demasiado extenso para su uso en AP), el Eating-Assessment Tool 10 (EAT-10) o el cuestionario de Wallace, et al, modificado, etc. La ventaja de este último test es que: es fácil, reproducible, no consume mucho tiempo, puede ser realizado en cualquier momento de la evolución de la enfermedad, no conlleva ningún riesgo para el paciente (dado que no es un método invasivo), cuenta con la gran ventaja de poder ser utilizado en pacientes ambulatorios. Consta de una serie de preguntas con las que se puede averiguar si el paciente presenta problemas para deglutir, y con qué texturas, frecuencia y grado de gravedad (anexo 1) (28,29).

Con respecto al EAT-10, se trata de una escala muy sencilla de rellenar, de autoevaluación analógica verbal, unidireccional, de puntuación directa y que consta de 10 preguntas. Permite evaluar de forma sistemática si el paciente presenta síntomas clínicos de disfagia. Se puede utilizar para detectar la disfagia al inicio y para monitorizar la evolución del paciente y la respuesta al tratamiento en los distintos tipos de trastornos de la deglución.

El paciente debe responder a cada pregunta de forma subjetiva en una escala de 4 puntos (0-4), en la que 0 indica la ausencia de problemas y 4 considera que se trata de un problema muy serio. Permite la detección de disfagia con una puntuación ≥ 3 y tiene la capacidad para predecir el riesgo de aspiración a partir de >15 puntos (anexo 2).

El Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V): para realizar este test, es necesario que el paciente sea colaborador y estar en sedestación. Este test consiste en dar al paciente una pequeña cantidad de alimento en distintas consistencias (pudin, néctar, líquido), aumentando progresivamente el volumen (5,

10 y 20 ml) y observando la seguridad de la deglución en las distintas condiciones, mientras se monitoriza la saturación de oxígeno, que, si disminuye, es signo de aspiración. En el caso de que durante la exploración se encuentren signos de alteración de la eficacia (mal sello labial, residuo oral, deglución fraccionada y residuo faríngeo) la prueba para ese volumen-viscosidad se considerará positiva, lo que quiere decir que así la persona no mantendrá un adecuado estado nutricional. Si presenta alteraciones como tos, cambio de voz o desaturación de oxígeno, la prueba será igualmente positiva teniendo que adecuar la viscosidad y/o el volumen para garantizar la seguridad. Como limitaciones, no detecta las aspiraciones silentes ni valora la eficacia del tratamiento implementado. Figura 1.

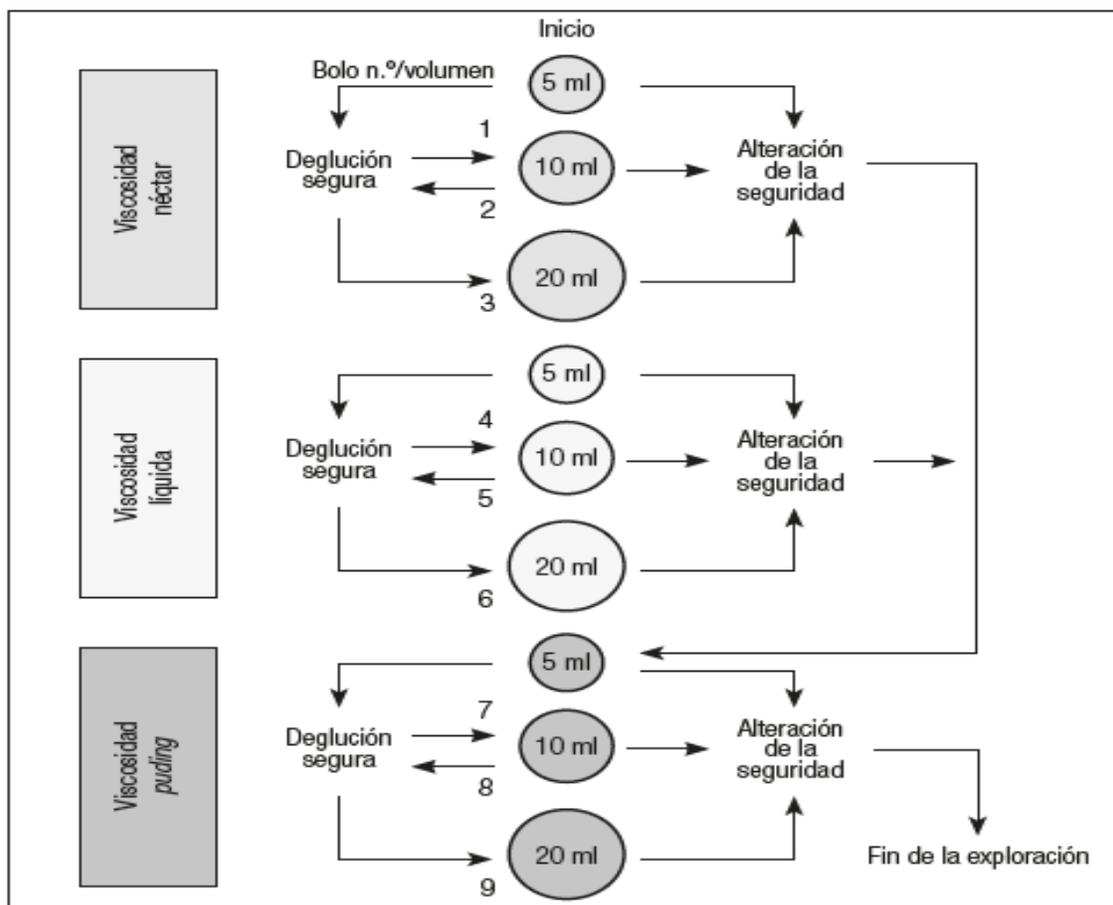


Figura 1. Secuencia de realización del método de exploración Clínica Volumen-Viscosidad. (Clavé et al. 2007) (28,29).

Las pruebas instrumentales:

Se consideran ampliamente como el estándar de oro en el diagnóstico de disfagia. Esto incluye videofluoroscopia (VFS) / estudios de deglución de bario modificado (MBSS), evaluación endoscópica de fibra óptica de la deglución (FEES), manometría de alta resolución endoscopia superior. La instrumentalización brinda la oportunidad de realizar una evaluación cuantitativa y confiable de la anatomía y fisiología orofaríngea (6).

Videofluoroscopia (VFS): consiste en la administración por vía oral de un contraste radiopaco y la visualización dinámica mediante radioscopia de la capacidad de deglución del paciente, tanto en proyección lateral como anteroposterior. Es el “gold estándar” para el estudio de la disfagia orofaríngea. Además de detectar lesiones estructurales, proporciona información fundamental del proceso de la deglución y permite evaluar el riesgo de aspiración en estos pacientes, a la vez que posibilita la toma de decisiones terapéuticas con mayor seguridad.

Se considera el método más completo y directo para el diagnóstico funcional de la deglución; sin embargo, presenta una serie de limitaciones, como son la exposición a radiación, la necesidad de desplazar al paciente a la unidad de radiología, la capacidad del paciente de seguir órdenes simples y el tiempo requerido para realizarlo (11,29).

Videoendoscopia de la deglución (FEES: Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing): identifica de forma rápida masas y otras lesiones estructurales de la faringe. También examina la sensibilidad de la laringe para descartar causas neurológicas. Consiste en valorar de forma directa, mediante un nasofibroscopio flexible, la capacidad de deglución del paciente. Esta técnica consta de tres partes: valoración anatómica-funcional, test sensitivo y valoración de la deglución.

En la valoración anatómica funcional destaca: movilidad lingual-simetría, competencia velopalatina, cierre velofaríngeo (valorar si hay reflujo nasal), configuración de la faringe, epiglotis, laringe-cuerdas vocales (abducción-aducción).

La valoración de la deglución se realiza a volúmenes crecientes (3 cc, 5 cc, 10 cc, 15 cc y 20 cc) y en texturas pudín, néctar, líquida y sólida, valorando el paso del

alimento a la hipofaringe, la penetración y la aspiración, tanto sintomática como silente, así como la capacidad del paciente para liberar los residuos de la vía respiratoria. Además, durante la exploración se pueden introducir cambios posturales o maniobras de compensación para valorar su eficacia en la reducción de los signos de disfagia. Es una técnica con una sensibilidad del 80 % y una especificidad del 90 % si se compara con la videorradiología de la deglución. Es un procedimiento seguro con muy pocas complicaciones (epistaxis 0,6 %, reacción vasovagal 0,06 % y laringoespasmo 0,03 %) (11,29).

Manometría faringoesofágica: tiene unas indicaciones muy concretas en pacientes con disfagia orofaríngea. Su principal utilidad es la valoración de la capacidad de relajación del EES, alterada en la acalasia cricofaríngea que frecuentemente acompaña al divertículo de Zenker. Se define como anormal la relajación del EES si la presión residual no alcanza el nivel subatmosférico y/o la presión residual supera los 10-15 mmHg (29).

Endoscopia: la exploración endoscópica de la faringe, la laringe y el esófago superior es el mejor método para descubrir lesiones orgánicas que cursan con disfagia orofaríngea. Es necesario realizarla en todos los pacientes sin diagnóstico etiológico, siendo de primera elección si se sospecha una neoplasia tras la anamnesis (29).

Tratamiento o plan de intervención:

Al igual que las prescripciones de medicamentos basados en dosis para diferentes condiciones médicas de gravedad, las personas con disfagia son evaluadas y prescritas texturas de alimentos graduadas y espesores de bebidas acordes con sus capacidades físicas y cognitivas (30).

El objetivo principal del tratamiento de la disfagia es la prevención de la aspiración y la desnutrición, así como sus consecuencias. Una vez que se obtiene una deglución segura, el objetivo resultante es mejorar la calidad de vida. Debe emplearse un enfoque multidisciplinario, que incluya enfermeras, dietistas, terapeutas del habla y del lenguaje, médicos de atención primaria, neurólogos,

gastroenterólogos y otorrinolaringólogos. El pilar del tratamiento es la rehabilitación y consiste en una terapia de deglución y modificaciones en la dieta (11).

Al identificar a las personas con disfagia y, posteriormente, proporcionar un diagnóstico completo de las deficiencias subyacentes que involucran la anatomía y fisiología de la orofaringe, los SLP están equipados para desarrollar planes de atención específicos e individualizados adaptados a los objetivos específicos de los pacientes. El tratamiento clínico de la disfagia es un campo relativamente nuevo; sin embargo, el campo de la patología del habla y el lenguaje ha logrado un progreso significativo desde principios de la década de 1980, cuando los investigadores clínicos pioneros hicieron avances en el desarrollo de patrones de práctica clínica de disfagia (6).

La Asociación Estadounidense de Audición del Habla y el Lenguaje (ASHA) define los objetivos del tratamiento para optimizar la seguridad, la eficiencia, los métodos y técnicas de alimentación específicos. También se debe considerar la posibilidad de minimizar el riesgo pulmonar y reducir la carga de la atención mientras se optimiza la calidad de vida del paciente. El tratamiento de la disfagia debe esforzarse por brindar apoyo para una nutrición e hidratación adecuadas a fin de permitir el regreso a una ingesta oral segura y eficiente lo antes posible, al tiempo que se incorporan las preferencias de los pacientes (6).

El tratamiento de la disfagia generalmente se logra empleando métodos compensatorios o métodos de rehabilitación:

Los métodos compensatorios incluyen: modificaciones, estrategias o maniobras que tienen como objetivo lograr un beneficio inmediato para la seguridad y eficacia de la deglución, sin alterar permanentemente la fisiología subyacente de la deglución. Entre estos, técnicas como alterar las texturas de alimentos, modificar el tipo de alimento y la viscosidad del líquido consumido y manipular la posición de la cabeza o el cuerpo.

La modificación de la dieta mediante el cambio de la textura o la consistencia de los alimentos y/o líquidos es una práctica común en los entornos médicos para la compensación de la disfagia. Las modificaciones de la dieta ayudan a mejorar la

eficiencia de la ingesta oral de un individuo y a reducir potencialmente el riesgo de aspiración.

La colocación de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es una decisión difícil a la hora de atender a pacientes con disfagia, especialmente si carecen de capacidad de decisión. Sin embargo, el uso de tubos PEG se está expandiendo; sus indicaciones incluyen trastornos neurológicos y psiquiátricos, desnutrición, así como enfermedad prolongada. Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello a menudo requieren PEG para prevenir la desnutrición (11).

Rehabilitación:

La rehabilitación de la deglución tiene como objetivo mejorar la fisiología a través de ejercicios. Estos ejercicios tienen como objetivo minimizar o prevenir las morbilidades relacionadas con la disfagia y mejorar la fisiología de la deglución. Las estrategias más utilizadas son los ajustes posturales, las maniobras de deglución y las modificaciones dietéticas. Los estudios de deglución se utilizan para evaluar la eficacia de las maniobras propuestas y también para proporcionar a los pacientes información sobre la eficacia de la terapia (6,11,17).

La rehabilitación deglutoria comprende una serie de técnicas para lograr una deglución segura y eficaz; bien intentando recuperar la función perdida, o bien mediante un nuevo mecanismo que reemplace al anterior y permita una alimentación oral sin complicaciones. Todas las estrategias han de individualizarse y adaptarse en función de las características del paciente (cognición, alerta, comorbilidades, soporte familiar, etc.) y su exploración, reevaluándolas periódicamente al ser la disfagia un proceso dinámico. En función del tipo de intervención, se puede hablar de diferentes estrategias:

Estrategias posturales:

Hay que buscar la verticalidad y simetría del paciente durante la ingesta, prestando atención a la respiración y tono muscular. Son fáciles de adquirir, no fatigan y permiten modificar el camino que sigue el bolo; además, facilitan la actividad muscular y mejoran los tiempos deglutorios. Son particularmente beneficiosas en

pacientes con limitaciones del movimiento o deterioro cognitivo, con mejoría de las aspiraciones en un 25 % de los pacientes en los que se aplican y un nivel de evidencia B. La flexión cervical anterior es la más utilizada; consiste en aproximar el mentón al esternón, sin hiperflexión. Es con probabilidad la más segura; sella la parte posterior de lengua y paladar y acerca la epiglotis a la laringe al aproximar la distancia entre la base de la lengua y el esófago, protegiendo la vía respiratoria y disminuyendo el riesgo de aspiraciones. Combinada con la rotación cefálica hacia el lado enfermo, reduce los residuos en oro- e hipofaringe; resulta, además, muy útil en hemiparesias tras un accidente cerebrovascular (29).

Estrategias de incremento sensorial oral:

Son útiles si existen apraxias o alteraciones de la sensibilidad oral, disminuyendo cualquier retraso entre la fase oral y faríngea. Proporcionan un estímulo sensorial previo al intento de deglución y alertan al SNC antes de la deglución, disminuyendo el umbral a nivel de los centros deglutorios. Ejemplos de ellas son la estimulación mecánica de la lengua y de los pilares faríngeos (presión de la cuchara al introducir el alimento), el uso de alimentos fríos y ácidos (limón/lima), y las modificaciones del volumen y sabor de los alimentos (29).

Praxias neuromusculares/biofeedback y reeducación muscular:

Mejoran la fisiología de la deglución incrementando el tono, la sensibilidad y motricidad de las estructuras que intervienen en ella:

- Ejercicios de Shaker: se utiliza la flexión anterior del cuello con el paciente en decúbito para rehabilitar la musculatura hioidea, mejorar la apertura del EES y reducir el residuo faríngeo, con un nivel de evidencia científica A. Se mantiene la cabeza elevada 60 segundos con otros 60 de reposo entre cada repetición, realizándose 30 repeticiones consecutivas sin reposo, tres veces al día durante seis semanas.
- Ejercicios bucolinguofaciales para incrementar la fuerza muscular: estimulaciones táctiles y vibratorias, masticar objetos blandos y duros alternativamente, mover la lengua a derecha e izquierda, ejercicios de

succión-deglución con los labios sellados y ejercicios para fortalecer la musculatura extrínseca laríngea.

- Electromiografía de superficie y biofeedback: o medición electrofisiológica de la actividad del sistema musculoesquelético sobre la piel para mejorar la coordinación y el fortalecimiento muscular (6,29).

Seguimiento:

La evaluación, detección, diagnóstico y tratamiento de la disfagia es un proceso multidisciplinario y dinámico, por lo que el seguimiento de estos pacientes debe individualizarse y hacer partícipes de los eventos al propio paciente y a la familia, así como la importancia de la participación del médico de familia para el seguimiento del paciente y la idoneidad de referir a niveles de mayor complejidad según el estado del paciente.

Flujogramas y protocolos: (29).

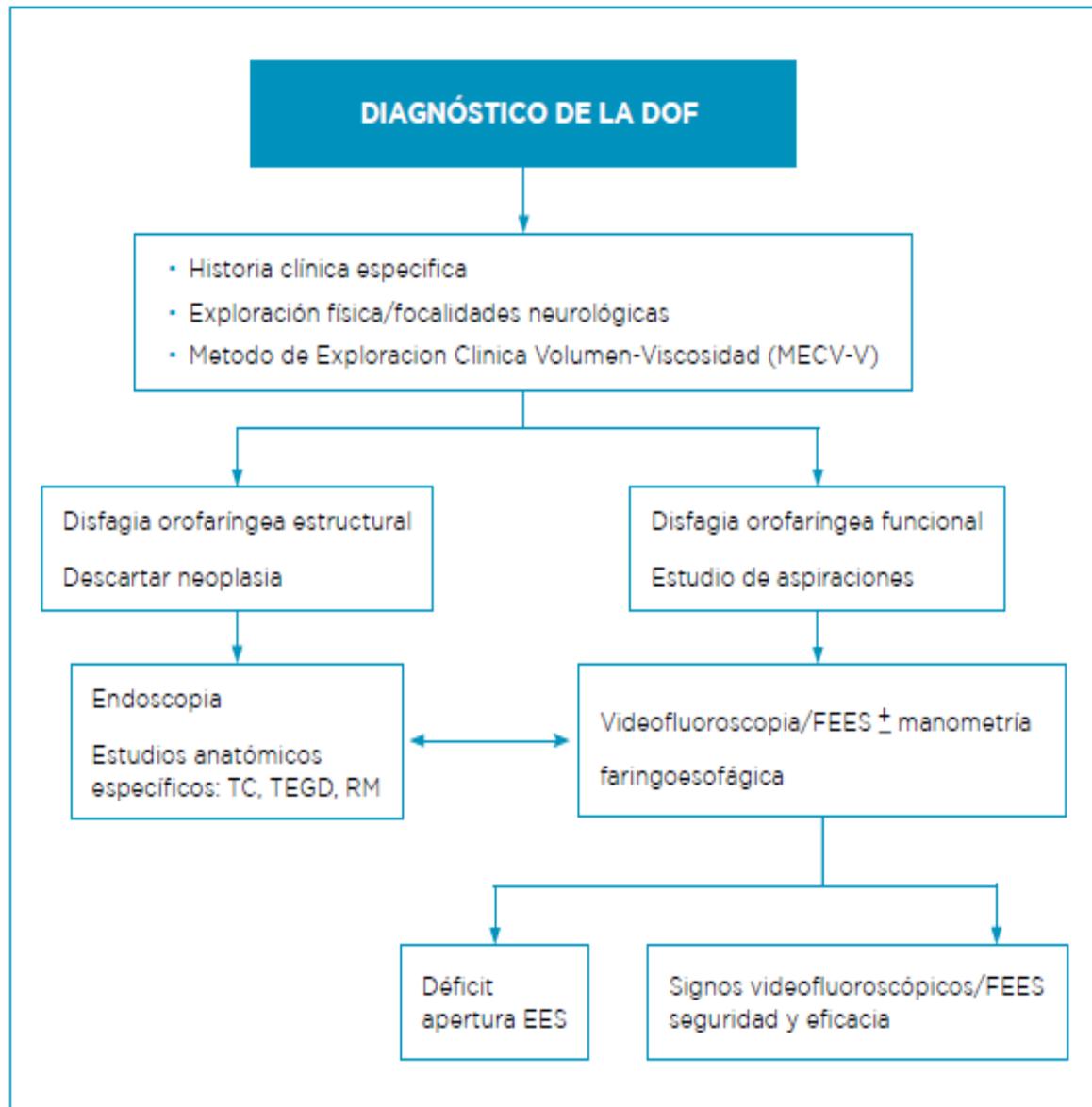


Figura 1. Algoritmo diagnóstico de la disfagia orofaríngea. DOF: disfagia orofaríngea; EES: esfínter esofágico superior; FEES: Videoendoscopia de la deglución; RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada; TEGD: tránsito esofágico gastroduodenal. Modificado de Clavé Civit P. *et al.* (2013)⁷.

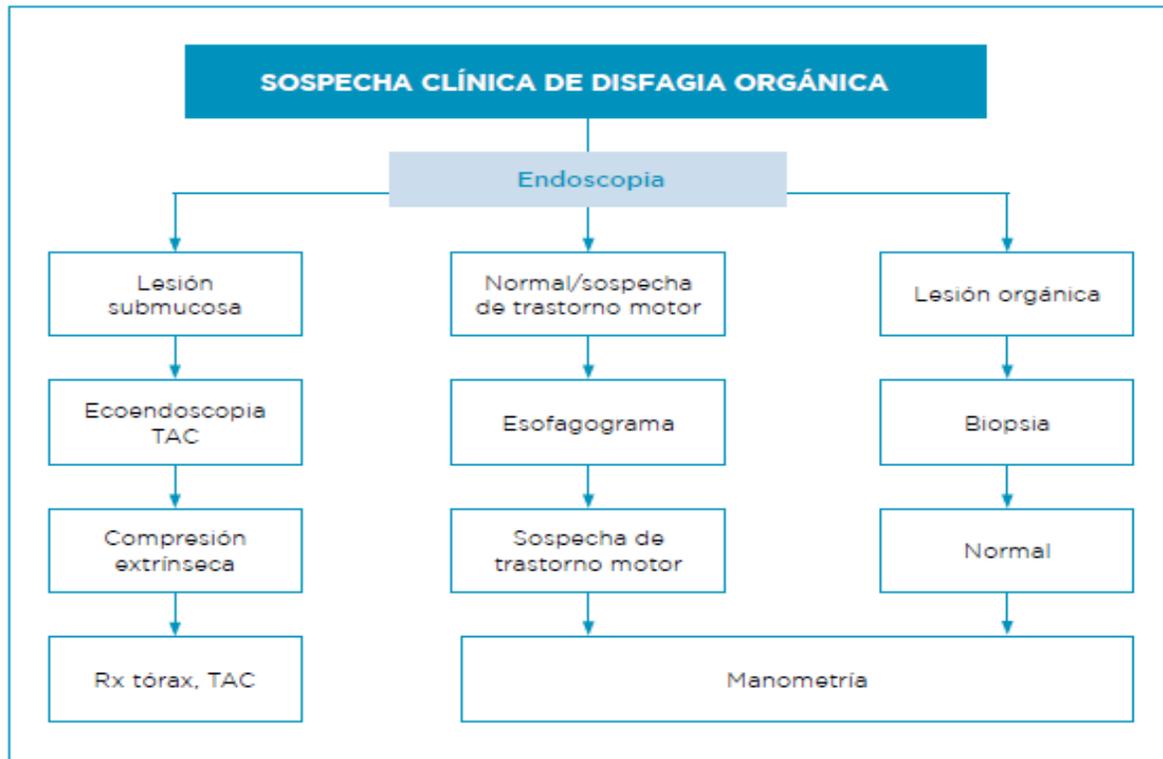


Figura 3. Algoritmo de actuación ante la disfagia orgánica. Extraído de Ponce M, *et al.* (2012)².

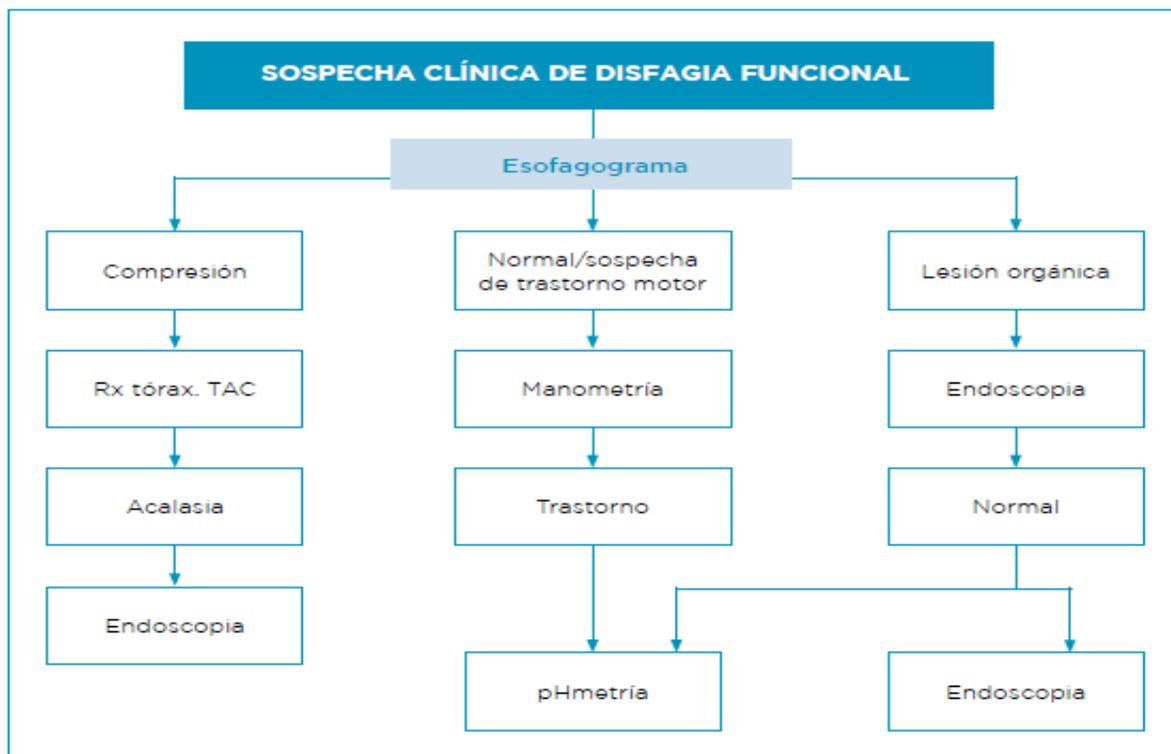


Figura 2. Algoritmo de actuación ante la disfagia de posible origen funcional. Extraído de Ponce M, *et al.* (2012)².

DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN:

Primer nivel de atención:

Los pacientes tienden a descartar sus síntomas como envejecimiento normal; por tanto, el diagnóstico precoz depende de la diligencia de los médicos de atención primaria. Ninguna técnica de diagnóstico puede reemplazar los beneficios de un historial completo, con una comprensión detallada del estado nutricional y el riesgo de aspiración. Una vez identificado el problema de deglución, el médico en atención primaria debe acercarse al diagnóstico de disfagia y tener como principal objetivo evaluar las dos características que definen la deglución: a) eficacia de la deglución o capacidad del paciente para ingerir la totalidad de las calorías y el agua que necesita para estar bien nutrido e hidratado; y b) seguridad de la deglución o capacidad del paciente para ingerir el agua y las calorías necesarias sin que se produzcan complicaciones respiratorias. Para ello, una adecuada historia clínica, examen físico y pruebas clínicas serán las herramientas disponibles.

Segundo y tercer nivel de atención:

Corresponde a este nivel, la evaluación de los pacientes con sospecha clínica de disfagia, la realización de las pruebas instrumentales, la interconsulta con las diferentes especialidades involucradas en el manejo interdisciplinario e idealmente, además, la evaluación por el terapeuta del habla y del lenguaje, donde lastimosamente, el país no cuenta con dicho profesional, por lo que se vuelve de gran importancia la capacitación de nuevos profesionales en este campo. En este nivel, se darán las terapias mejor indicadas en los pacientes según la causa de la disfagia y el grado de compromiso, sopesando el riesgo beneficio de cada procedimiento, individualizar el uso de técnicas quirúrgicas, la valoración del uso de PEG entre otros procedimientos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

La disfagia orofaríngea es un problema de salud prevalente que afecta a buena parte de la población vulnerable, que se ve incrementada por el envejecimiento de la población y por las patologías concomitantes que hacen a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, personas con secuelas de ACV, pacientes portadores de enfermedad con afección neurológica y/o degenerativa, susceptibles a padecer de problemas en la deglución y por lo tanto estar expuesto a las complicaciones a largo plazo producto de la misma, tal es el caso de la malnutrición, deshidratación, las aspiraciones y la asfixia, que pueden ser causa de muerte prematura en estos pacientes.

Se ha observado en lo largo de la revisión bibliográfica que existe escasa evidencia e importantes lagunas en el manejo y estandarización de los protocolos de actuación para lograr la disminución de complicaciones, por lo que se pone de manifiesto la necesidad de futuras investigaciones en este campo.

Las medidas dietéticas desempeñan un papel primordial y deben ser individualizadas en función del paciente y del momento evolutivo de la enfermedad. Además, espesar fluidos es el pilar de la dieta en estos casos, y la alteración de las características de los alimentos, uno de los abordajes más comunes, uso de procedimientos del tipo PEG están indicados en los pacientes con ELA.

La prevención, intervención precoz, asegurar un adecuado soporte nutricional y llevar a cabo una alimentación adecuada adaptada al enfermo, deben ser elementos básicos en el plan de cuidados, y tanto familiares como cuidadores deben tener conocimientos suficientes para formar parte activa de los mismos.

Hay un relativo desconocimiento y desacuerdo en cuanto a la alimentación de los pacientes con disfagia y a las medidas básicas de adaptación en la evolución de la enfermedad, por lo que resulta fundamental un abordaje multidisciplinar que incluya aportaciones de diferentes dominios profesionales.

En relación al diagnóstico precoz de la disfagia, sería conveniente mejorar la evaluación clínica, ya que se ha mostrado insuficiente para identificar penetraciones silenciosas y aspiraciones, por lo que se hace necesaria la confirmación por

examinación videofluoroscópica y adquiere relevada importancia la participación de los terapeutas del lenguaje para evaluación de estos pacientes.

Por lo que se da como recomendación:

Aumentar la investigación sobre este tema, la individualización de los tratamientos y la necesidad incrementada que existe en nuestro medio de profesionales capacitados para la atención de estos pacientes, de esta forma incrementar la calidad de vida de los pacientes y brindar el mejor tratamiento que se adecúe a las necesidades individuales de cada uno, sin dejar de lado las voluntades propias del enfermo y los familiares, y cuando las medidas terapéuticas ya no son viables, incorporar a nuestro medio los cuidados paliativos para acompañar y ofrecer calidad de vida de estos pacientes.

FUENTES DE INFORMACIÓN:

1. Lendinez-Mesa A, et al. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebrovascular en una unidad de neurorrehabilitación. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2016.
2. Ortega O, et al. Diagnosis and Management of Oropharyngeal Dysphagia Among Older Persons, State of the Art. *JAMDA* xxx (2017) 1e7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2017.02.015>.
3. Takizawa C, et al. A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. Springer Science+Business Media New York 2016. DOI 10.1007/s00455-016-9695-9.
4. Shaun T, O'Keeffe. Use of modified diets to prevent aspiration in oropharyngeal dysphagia: is current practice justified? *O'Keeffe BMC Geriatrics* (2018) 18:167.
5. Patel D.A, et al. Patient-reported outcome measures in dysphagia: a systematic review of instrument development and validation. *Diseases of the Esophagus* (2017) 30, 1–23.
6. McGinnis C.M, et al. Dysphagia: Interprofessional Management, Impact, and Patient-Centered Care. *Nutrition in Clinical Practice* 00(0):2018; 1–16.
7. Min Y.W, et al. Comparison between gastrostomy feeding and self-expandable metal stent insertion for patients with esophageal cancer and dysphagia. *PLoS ONE* (2017)12(6):e0179522.
8. Halpern A. L, et al. Palliative Management of Gastric and Esophageal Cancer. *Surg Clin N Am*-(2019)- <https://doi.org/10.1016/j.suc.2019.02.007>.
9. Suarez Escudero J.C, et al. Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? *Acta Neurol Colomb*. 2018; 34(1): 92-100.
10. Park Y.H, et al. Dysphagia Screening Measures for Use in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Korean Acad Nurs* (2015) Vol.45 No.1, 1-13.
11. Nawaz S, et al. Dysphagia in the Older Patient. *Otolaryngol Clin N Am* 51 (2018) 769–777.

12. Wirth R, et al. Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. *Clinical Interventions in Aging* 2016;11 189–208.
13. O'Horo J.C, et al. Bedside Diagnosis of Dysphagia: A Systematic Review. *Journal of Hospital Medicine* Vol 00 | No 00 | Month 2015. DOI 10.1002/jhm.2313.
14. Zamora Mur A, et al. Importancia de la detección de la disfagia en pacientes geriátricos. *Semergen*. 2018;44(3):168-173.
15. Espauella Ferrer M, et al. Esclerosis lateral amiotrófica y disfagia en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(2):97–104.
16. Spannella F, et al. A 95-year-old patient with unexpected coronavirus disease 2019 masked by aspiration pneumonia: a case report, *Journal of Medical Case Reports* (2020) 14:82.
17. Jones O, et al. Dysphagia therapy post stroke: An exploration of the practices and clinical decision-making of speech-language pathologists in Australia. *International Journal of Speech-Language Pathology* (2017) DOI: 10.1080/17549507.2016.1265588.
18. Bartlett R.S, et al. Insights into Oropharyngeal Dysphagia from Administrative Data and Clinical Registries: A Literature Review. *American Journal of Speech-Language Pathology* (2018) Vol. 27:868–883.
19. Dang P.D, et al. A Comparison of the National Institutes of Health Stroke Scale and the Gugging Swallowing Screen in Predicting Stroke-Associated Pneumonia. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2020;16 445–450.
20. Ilott I, et al. Exploring factors that influence the spread and sustainability of a dysphagia innovation: an instrumental case study. *BMC Health Services Research* (2016) 16:406.
21. Smith L, et al. Artificial nutrition and hydration in people with late-stage dementia. *Home Healthcare Now*. (2017) Volume 35, Number 6. DOI:10.1097/NHH.0000000000000550.
22. Ballesteros Pomar M.D, Arés Luque A, Nutrición basada en la evidencia en las enfermedades neurológicas, *Endocrinol Nutr* 2005;52(Supl 2):97-101.

23. Baena González M, Molina Recio G. Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer, *Nutr Hosp* 2016;33(3):739-748.
24. Luchesi K.F, et al. Palliative care, amyotrophic lateral sclerosis, and swallowing: a case study. *CoDAS* 2018;30(5):e20170215 DOI:10.1590/2317-1782/20182017215.
25. Thomas L.E, et al. Aspiration prevention: A matter of life and breath. *Nursing* 2019: Volume49, Number3. DOI-10.1097/01.NURSE.0000552698.50502.75.
26. Nazarko L. The management of dysphagia in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing* 2017, Vol 23, No 4.
27. Hardip Malhi. Dysphagia: warning signs and management. *British Journal of Nursing*, 2016, Vol 25, No 10.
28. Méndez-Sánchez I.M, López-Vega M.C, Pérez-Ais Á. Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. *RAPD online* 2017. 40(3).
29. Grupo de Trabajo de Aparato Digestivo de SEMERGEN. *Guía de disfagia - Manejo de la disfagia en AP- España*. BrysemFARMA, S.L. 2020.
30. Cichero J.A.Y, et al. Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia* (2017) 32:293–314. DOI 10.1007/s00455-016-9758-y.

ANEXOS:

Anexo 1.

TEST CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA		
1. ¿Cuánta dificultad tiene actualmente para tragar?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
2. ¿Cuánta dificultad tiene para tragar líquidos como el agua, té, bebidas calientes?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
2b. ¿Tose o se atraganta?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
3. ¿Cuánta dificultad tiene para tragar líquidos espesos como sopas, natillas, batidos?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
3b. ¿Tose o se atraganta?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
4. ¿Cuánta dificultad tiene para tragar comidas blandas como puré, tortilla?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
4b. ¿Tose o se atraganta?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
5. ¿Cuánta dificultad tiene para tragar comidas sólidas como pan, carne, fruta?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
5b. ¿Tose o se atraganta?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene alguna dificultad para tragar su propia saliva?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
7. ¿Necesita tragar más de una vez para tragar lo que tiene en la boca?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
7b. Al tragar, ¿presenta dolor en la garganta?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
8. ¿Presenta resfriados comunes?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
9. ¿Alguna vez fumó o fuma?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>
10. ¿Cómo valoraría hoy la severidad de su problema de deglución?		
Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>

Anexo 2.

EAT-10 PUNTUACIÓN	0	1	2	3	4
Mi problema para tragar me lleva a perder peso					
Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa					
Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra					
Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra					
Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra					
Tragar es doloroso					
El placer de comer se ve afectado por mi problema de tragar					
Cuando trago comida se pega en mi garganta					
Toso cuando como					
Tragar es estresante					