



GUÍA DE DISFAGIA

– Manejo de la disfagia en AP –



© BrysemFARMA, S.L. 2020

Depósito legal: M-18636-2019

ISBN: 978-84-944966-8-4

Impreso en España

Todos los derechos reservados. No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros medios, sin el permiso previo por escrito de BrysemFARMA S.L.

COORDINADORA

Dra. Mercedes Ricote Belinchón

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Coordinadora del Grupo de Trabajo de Aparato Digestivo de SEMERGEN.
Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

AUTORAS

Dra. Silvia Alcalde Muñoz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Miembro del Grupo de Trabajo de Aparato Digestivo de SEMERGEN.
Centro de Salud Alameda de Osuna. Madrid.

Dra. Raquel Rodríguez Rodríguez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Miembro del Grupo de Trabajo de Aparato Digestivo de SEMERGEN.
Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

CONTENIDOS

Prólogo	5
Presentación. Importancia y magnitud del problema. Justificación y objetivos	6
I. Concepto y epidemiología de la disfagia. Fisiología de la deglución normal	8
II. Tipos de disfagia: aguda o no aguda y orofaríngea, esofágica o funcional	12
III. Valoración y sospecha clínica desde Atención Primaria. Cribado y exploración física	17
IV. Evaluación de la disfagia. Pruebas complementarias más utilizadas. Estudio de disfagia orofaríngea y esofágica	27
V. Complicaciones asociadas	34
VI. Tratamiento de la disfagia: medidas ambientales y estrategias de rehabilitación deglutoria. Tratamiento farmacológico y técnicas quirúrgicas más utilizadas	39
VII. La alimentación en la disfagia: adecuación de texturas y uso de espesantes	48
VIII. La disfagia en el anciano: cambios asociados al envejecimiento, prevalencia y etiología	53
IX. La disfagia en enfermedades neurológicas: demencia, párkinson y accidente cerebrovascular	59
X. La disfagia en cuidados paliativos	64
Conclusiones	69
Anexo I	72
Anexo II	74

PRÓLOGO

La importancia de la disfagia en Atención Primaria radica en varios factores: su prevalencia, ya que afecta a 1 de cada 4 ancianos no institucionalizados y a 4 de cada 5 ancianos institucionalizados; el gran impacto que produce en la calidad funcional de los pacientes y la alta tasa de mortalidad asociada que presenta.

La disfagia es una patología que acompaña a enfermedades tan habituales en nuestras consultas como lo son las enfermedades cerebrovasculares y neurodegenerativas. A pesar de lo cual, actualmente está infradiagnosticada. Así, y aunque no ha cifras exactas, algunos autores estiman que afecta a dos millones de españoles, de los cuales solo un 10 % está correctamente diagnosticado y tratado.

Desde el grupo de Trabajo de Aparato Digestivo de SEMERGEN, creemos que es importante que el médico de Atención Primaria este capacitado para la detección y abordaje de la disfagia, para así mejorar la calidad de vida de estos pacientes y evitar algunas de sus complicaciones.

Dra. Mercedes Ricote Belinchón

Coordinadora del Grupo de Trabajo de Aparato Digestivo de SEMERGEN

PRESENTACIÓN.

IMPORTANCIA Y MAGNITUD DEL PROBLEMA. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

Dra. Silvia Alcalde Muñoz

El término disfagia proviene del griego «*phagia*» y del término «*dys*», y hace referencia a la dificultad para llevar el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago y realizar una adecuada deglución¹⁻³. Las cifras acerca de su prevalencia varían mucho considerando su relación con enfermedades neurológicas³, aunque según el presidente de la *European Society for Swallowing Disorders (ESSD)*, el Dr. Pere Clavé, la disfagia es un síntoma que afecta a dos millones de españoles, de los cuales solo un 10 % está correctamente diagnosticado y tratado⁴. Según las fases afectadas y las causas, se puede hablar fundamentalmente de disfagia orofaríngea (DO) o esofágica⁵, definiendo la disfagia funcional según los criterios Roma IV⁶.

Aunque el envejecimiento por sí mismo no es causa de disfagia evidente clínicamente, existen cambios asociados a la edad que pueden afectar a todas las fases de la deglución², y que afectan desde a un 27 % de ancianos que residen de forma independiente en la comunidad, hasta un 80 % de los institucionalizados⁷. A pesar de su elevada prevalencia en el paciente anciano, su enorme impacto en la calidad funcional y alta morbimortalidad, es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos⁸ y más infravalorados, que interacciona con otros síndromes geriátricos muy prevalentes (síndrome confusional agudo y fragilidad) y enfermedades cerebrovasculares y neurodegenerativas (demencias, párkinson)⁷. La DO va a estar presente en un 80 % de los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico o radioterápico por tumores orofaríngeos, laríngeos o del área maxilofacial^{5,9}, siendo un síntoma frecuente en los pacientes que reciben cuidados paliativos. El objetivo principal del médico será asegurar el confort y el alivio de los síntomas por encima de la reversión de la nutrición e hidratación en las últimas etapas de la vida¹⁰.

Los pacientes con disfagia pueden tener alteradas tanto la eficacia como la seguridad de la deglución, lo que hace que puedan aparecer cuadros de desnutrición y deshidratación en el primer caso; e infecciones respiratorias, en el segundo⁷⁻⁸, siendo la neumonía aspirativa causa de muerte en el 50 % de los casos y la principal en pacientes con enfermedades neurodegenerativas y tras el primer año de alta después de un accidente cerebrovascular⁹.

Y así, aunque la DO está específicamente clasificada por la OMS en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en las versiones IDC (*International Classification of Diseases and Related Health Problems*) 9 y 10 (782.2 y R13, respectivamente)⁹ no suele incluirse en el informe de alta hospitalaria o en la historia clínica de Atención Primaria (AP), lo que disminuye la transferencia de información clínica entre los niveles asistenciales y contribuye al poco conocimiento y la ausencia de tratamiento precoz y específico de sus complicaciones asociadas, que repercuten de forma clara en el estado de salud,



calidad de vida y morbimortalidad de los pacientes que la padecen⁸⁻⁹. Parte muy importante de su infradiagnóstico e infravaloración se debe a la falta de educación sanitaria sobre este síndrome, que debería ir encaminada fundamentalmente hacia el abordaje y detección precoz de sus complicaciones⁹ desde la consulta de AP, puesto que es posible identificar la causa con la anamnesis y exploración física hasta en el 80 % de los casos⁵.

Esta monografía pretende, de una forma sencilla, abordar los aspectos clínicos y diagnósticos más útiles para que el médico de AP pueda valorar a un paciente con disfagia, incluyendo la evaluación de comorbilidades que puedan empeorar el pronóstico y la presencia de complicaciones nutricionales y respiratorias asociadas. Respecto al tratamiento, se resumen las medidas no farmacológicas de interés para el paciente y sus cuidadores (cambios posturales, maniobras deglutorias, praxias y ejercicios bucolinguales), así como las relacionadas con la alimentación, incluyendo aspectos prácticos sobre consistencias y texturas, alimentos que se deben evitar, y en los casos más graves, información sobre las indicaciones de la alimentación adaptada con productos farmacéuticos (espesantes).

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Aisa, Á. Disfagia orofaríngea: concepto. Prevalencia. Fisiología de la deglución. Etiología y complicaciones. Ponencia. España: Universidad de Málaga; 2017.
2. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Disfagia. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), (coor.). Tratado de Geriatria para residentes. Madrid; 2006. p545-553.
3. Sánchez Ceballos FL. Epidemiología de la disfagia en la población española. Tesis doctoral. Madrid: Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; 2016.
4. EFE. Solo el 10% de los pacientes con disfagia está diagnosticado [Internet]. heraldo.es. 2019 [cited 12 April 2019]. Available from: <https://www.heraldo.es/noticias/suplementos/salud/2017/09/20/dos-millones-espanoles-sufren-disfagia-pero-solo-estan-diagnosticados-1197544-1381024.html>
5. Ponce M, Ponce J. Disfagia y odinofagia. En: Montoro MA, García Pagán JC, (eds.). Problemas comunes en la práctica clínica: Gastroenterología y hepatología. 2ª ed. Madrid; 2012. p3-16.
6. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. Gastroenterology. 2016; 150(6):1257-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27147121>
7. Martín A, Ortega O, Clavé P. Oropharyngeal dysphagia, a new geriatric síndrome. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018; 53(1):3-5.
8. Clavé Civit P. Disfagia orofaríngea en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(4): 139-140.
9. Clavé Civit P, Garcia Peris P. Justificación y objetivos. En: Clavé Civit P, García Peris P (eds.). Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2013. p13-18.
10. Goldsmith T, Cohen AK. Swallowing disorders and aspiration in palliative care: Definition, consequences, pathophysiology, and etiology [Monografía en Internet] En: Schmader KE, Deschler DG, Smith TJ, (eds.). UpToDate; 2018 [acceso 15 de octubre de 2018].

I. CONCEPTO Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISFAGIA. FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN NORMAL

Dra. Raquel Rodríguez Rodríguez

1.1. Introducción

La disfagia se define como la dificultad para tragar o deglutir; es decir, la dificultad para hacer llegar los alimentos o los líquidos desde la boca al estómago, por afectación de una o más fases de la deglución¹.

Las cifras acerca de su prevalencia varían mucho si se tiene en cuenta que la mayoría de los estudios la presentan en relación con causas neurológicas² y que son diferentes dependiendo de la edad de los pacientes³, aunque como se indicaba en la introducción, la disfagia es un síntoma que afecta a dos millones de españoles, de los que solo un 10 % está correctamente diagnosticado y tratado⁴.

Dada su repercusión tan negativa sobre la calidad de vida y las importantes complicaciones asociadas (pérdida de peso, deshidratación, desnutrición, aspiraciones respiratorias e incluso la muerte), su identificación y orientación en AP resulta fundamental para un manejo correcto y precoz, pudiéndose identificar la causa con la anamnesis y exploración física hasta en el 80 % de los casos⁵.

1.2. La deglución normal¹⁻⁷

La deglución tiene un papel clave en la alimentación del individuo y resulta la puerta de entrada a los procesos fisiológicos de digestión, absorción y transformación de los nutrientes que constituyen la nutrición.

Es un complejo mecanismo fisiológico con cuatro fases bien definidas que engloban respuestas voluntarias e involuntarias y en las que participan seis pares craneales (V, VII, IX, X, XI y XII), los tres primeros segmentos cervicales y treinta músculos de la boca, faringe y esófago, coordinados desde el tronco cerebral.

Debe cumplir dos principios: **eficacia** (ingesta del agua y los nutrientes necesarios para una correcta hidratación y nutrición) y **seguridad** (sin complicaciones respiratorias). El inicio del mecanismo de la deglución se puede producir tanto por el estímulo de receptores localizados en la lengua, el paladar blando, la úvula, la pared posterior de la faringe y la laringe, como por una acción directa controlada por el sistema nervioso central (SNC).

1.ª **Fase oral preparatoria:** masticación y formación del bolo alimenticio gracias al sellado labial, saliva, lengua y mandíbula. La vía aérea está normalmente abierta, siendo normal algún pequeño derrame del bolo en faringe durante la masticación. El tiempo invertido en la formación del bolo depende de distintos factores como la facilidad del sujeto para masticar, el deseo de saborear el alimento y, cómo no, de la eficiencia motora.

2.ª **Fase oral de transporte:** la propulsión es un mecanismo de corta duración (1-1,5 segundos según su viscosidad) e implica una coordinación fina de diversos movimientos que son difíciles de separar de la fase faríngea. Consiste en el transporte del bolo hacia la faringe, debido al movimiento lingual que presiona el bolo contra el paladar duro y lo dirige posteriormente; entonces la lengua adopta una forma de canal por la contracción del músculo hiogloso, lo que abre el sello palatogloso y permite el avance del alimento.

El paso del bolo a través del istmo de las fauces determina el fin de la fase oral y desencadena el reflejo deglutorio. Este tiempo de la deglución está sometido a control voluntario por lo que se verá influido por el estado de las funciones cerebrales superiores.

3.ª **Fase faríngea:** es el conjunto de procesos comprendidos entre el paso del istmo de las fauces hasta que el bolo atraviesa el esfínter esofágico superior (EES).

Es involuntaria, dura aproximadamente un segundo y se inicia por la estimulación de mecanorreceptores faríngeos y propioceptores de la lengua que envían la información al SNC. En ella se produce la separación funcional de la encrucijada aerodigestiva, que impide el paso de alimento a la vía aérea y su reflujo hacia la nariz, para lo que se requiere una perfecta coordinación de los distintos movimientos. En esta fase ocurren cuatro sucesos:

- El cierre del esfínter velofaríngeo.
- La oclusión del esfínter laríngeo.
- La propulsión del bolo a través de la faringe.
- La apertura del EES, lo que supone una transformación de la orofaringe, que pasa de ser una vía respiratoria a ser una vía deglutoria.

4.ª **Fase esofágica:** comprende el paso del bolo desde el EES hasta el estómago gracias a la onda peristáltica producida por las capas musculares esofágicas, la circular interna que se relaja por debajo del bolo y se contrae por encima, y la longitudinal externa que acorta la longitud esofágica. El esfínter esofágico inferior (EEI) se abre por la presencia del bolo y por el propio peristaltismo esofágico, permitiendo la entrada al estómago tras lo cual recupera su tono evitando el reflujo gastroesofágico.

Otros factores a tener en cuenta en esta fase son: el efecto de la gravedad y la existencia de una presión intraluminal negativa gracias a la inspiración y su efecto en la cavidad torácica. Esta es la etapa que tiene una mayor duración, entre 8 y 20 segundos y también es involuntaria.

El envejecimiento por sí mismo no es causa de disfagia evidente clínicamente, aunque hay cambios asociados a la edad que afectan a todas las fases de la deglución (tabla 1)⁸.

TIPO	FASES	MECANISMOS	CAMBIOS ASOCIADOS A LA EDAD
Voluntarias (control cortical)	1.ª Oral preparatoria	<ul style="list-style-type: none"> Masticación y formación del bolo: <ul style="list-style-type: none"> Sellado labial (mantenerlo en cavidad). Saliva, lengua y mandíbula (reducir viscosidad para que sea fácil de tragar). 	<ol style="list-style-type: none"> Pérdida de dientes. Prótesis móviles. Atrofia de músculos masticatorios.
	2.ª Oral de transporte	<ul style="list-style-type: none"> Lengua impulsa al bolo contra el paladar duro y faringe. Reflejo de deglución. 	<ol style="list-style-type: none"> Se produce menos saliva.
Involuntarias	3.ª Faríngea	<ul style="list-style-type: none"> Elevación del paladar blando. Elevación del hueso hioides y cierre de las cuerdas vocales. Elevación y cierre de la laringe gracias a la epiglotis. Se abre el esfínter esofágico superior (EES) y se contraen los músculos constrictores faríngeos (aclaran residuos de hipofaringe). 	<ol style="list-style-type: none"> Disminuye el tono muscular (menor aclaramiento de faringe). Divertículos. Epiglotis más lenta y pequeña. Mayor tiempo de apnea.
	4.ª Esofágica	<ul style="list-style-type: none"> El bolo llega al esófago. Relajación del esfínter esofágico inferior (EEI). 	<ol style="list-style-type: none"> Menor amplitud de las ondas de peristalsis esofágica.

Tabla 1. Fases fisiológicas de la deglución y cambios asociados al envejecimiento. Adaptada de Jiménez Rojas C, et al. (2006)⁸.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Hernández J, Andrés Esteban LM, Ashbaugh Enguádanos RA, Atienza Sánchez E, (ed.). Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias. Con 36 recetas elaboradas en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 1.ª ed. Toledo. Grupo Aula Médica. 2018.
- Sánchez Ceballos FL. Epidemiología de la disfagia en la población española. Tesis doctoral. Madrid: Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; 2016.
- World Gastroenterology Organisation (WGO). Disfagia. Guías y cascadas mundiales. [Texto en Internet]. Actualizado en septiembre 2014. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología.



4. EFE. Solo el 10% de los pacientes con disfagia está diagnosticado [Internet]. heraldo.es. 2019 [cited 12 April 2019]. Available from: <https://www.heraldo.es/noticias/suplementos/salud/2017/09/20/dos-millones-espanoles-sufren-disfagia-pero-solo-estan-diagnosticados-1197544-1381024.html>
5. Ponce M, Ponce J. Disfagia y odinofagia. En: Montoro MA, García Pagán JC, (ed.). Problemas comunes en la práctica clínica: Gastroenterología y hepatología. 2ªed. Madrid; 2012. p3-16.
6. Ponce M, Garrigues V, Ortiz V, Ponce J. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. Gastroenterología y Hepatología. 2007;30(8):487-497.
7. Molina Gil B, Guerra Blanco FJ, Gutiérrez Fonseca R. Disfagia y aspiración. Libro virtual de formación en otorrinolaringología SEORL. Capítulo 120. [Internet]. 1ª ed. Madrid. 2014. Sociedad Española de Otorrinolaringología y patología Cervico-Facial SEORL-PCF. [citado 3 marzo 2019]; Disponible en: <https://booksmedicos.org/libro-virtual-de-formacion-en-otorrinolaringologia-seorl/#more-120307>
8. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Disfagia. En: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), (coor.). Tratado de Geriátrica para residentes. Madrid; 2006. p545-553.



II. TIPOS DE DISFAGIA: AGUDA O NO AGUDA Y OROFARÍNGEA, ESOFÁGICA O FUNCIONAL

Dra. Raquel Rodríguez Rodríguez

2.1. Tipos de disfagia

- a. **Disfagia aguda:** caracterizada por la imposibilidad brusca para la deglución de líquidos y sólidos, sialorrea y la sensación subjetiva de cuerpo extraño en esófago por impactación del bolo, requiriendo atención inmediata y derivación urgente. Puede acompañarse de dolor en la espalda, retroesternal o en ambos sitios. La disfagia puede llegar a ser total, constatándose en ocasiones disnea y disfonía entre otros síntomas. Suele estar asociada a una alteración morfológica esofágica subyacente. Presenta una incidencia anual de 25 por cada 100.000 habitantes, siendo 1,5 veces mayor en hombres que en mujeres, especialmente en mayores de 70 años¹.
- b. **Disfagia de causa no aguda:** habitualmente, se distingue disfagia orofaríngea (DOF) y disfagia esofágica (DE), con una frecuencia de los casos del 80 % y 20 %, respectivamente. Desde un punto de vista anatómico, la DOF comprende las alteraciones de la deglución que se originan desde la boca hasta el EES (afectando a las tres primeras fases de la deglución) y la DE cuando las alteraciones de la deglución afectan al cuerpo esofágico y a la unión esofagogástrica (afectando a la última fase de la deglución)². En ambos casos, puede haber causas de naturaleza orgánica o funcional. Dada la naturaleza de la musculatura que interviene en las fases de la deglución, cuando la disfagia tiene un origen funcional, se asume que la causa afecta al músculo estriado si se trata de una DOF y al músculo liso cuando se trata de una DE. Las manifestaciones clínicas propias de estos dos síndromes, así como sus consecuencias y su tratamiento, tienen diferencias que justifican que deban ser consideradas por separado en la práctica clínica³.

2.2. Disfagia orofaríngea^{1,3-10}

La dificultad se encuentra al inicio de la deglución, de tal forma que el bolo no puede llegar al esófago. Las alteraciones se plasman en la presencia de un obstáculo mecánico propiamente dicho o una obstrucción funcional por mala elaboración del bolo en la cavidad oral, debilidad de la contracción faríngea, alteraciones en la coordinación entre la contracción faríngea y la relajación del EES, o su apertura inadecuada. Se acompaña de síntomas como tos, regurgitación nasofaríngea, sialorrea o xerostomía, deglución fraccionada, disartria, asfixia e incluso aspiración de alimento a la vía aérea³.

Puede presentarse hasta en el 80 % de los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico o radioterápico por tumores de orofaringe, laringe y maxilofaciales, siendo

baja la prevalencia de alteraciones del EES como causa de la misma^{4,5}. En los pacientes jóvenes, la disfagia orofaríngea generalmente es provocada por enfermedades musculares, membranas o anillos. Con frecuencia, es la manifestación clínica de una enfermedad sistémica, neurológica o está asociada a los cambios producidos por el envejecimiento, pudiendo preceder a otros síntomas neurológicos (tabla 2).

1. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Accidente cerebrovascular (ictus vertebrobasilar o hemisféricos extensos). • Enfermedades extrapiramidales: párkinson, Huntington, Wilson. • Tumores del tronco del encéfalo. • Traumatismo craneoencefálico. • Demencia. • Esclerosis lateral amiotrófica. • Esclerosis múltiple (bulbar). • Síndrome de Guillain-Barré. • Poliomielitis.
2. ENFERMEDADES MUSCULARES	<ul style="list-style-type: none"> • Polimiositis. Dermatomiositis. • Distrofias musculares (Steinert, Duchenne, oculofaríngea). • Síndrome paraneoplásico. • Miopatías metabólicas (tirotoxicosis, mixedema, Cushing, amiloidosis). • Conectivopatías.
3. ENFERMEDADES ORGÁNICAS (OBSTRUCTIVAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Divertículo cervical de Zenker. • Neoplasias (esófago, tiroides, mediastínicas, pulmonares). • Absceso retrofaríngeo. • Membranas (Plummer-Vinson). • Compresión extrínseca (osteofitos cervicales, bocio).
4. CAUSAS IATROGÉNICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Fármacos, cirugías, radiación.
5. ENFERMEDADES INFECCIOSAS	<ul style="list-style-type: none"> • Bacterianas, víricas, candidiasis. • Sífilis, tuberculosis. • Botulismo.
6. ALTERACIONES FUNCIONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Acalasia cricofaríngea. • Disinergia del esfínter esofágico superior.

Tabla 2. Causas de disfagia orofaríngea. Fuente: elaboración propia.

Así, la DOF funcional afecta a más del 30 % de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular; a un 52-82 % de pacientes con párkinson; es el síntoma inicial en el 60 % de pacientes con esclerosis lateral amiotrófica; afecta a un 40 %

de pacientes con miastenia *gravis*; a un 44 % con esclerosis múltiple (EM); hasta al 84 % de pacientes con demencia tipo alzhéimer y a más del 60 % de los pacientes institucionalizados^{5,8-10}. El diagnóstico de los trastornos de la deglución de causa orofaríngea suele ser complejo y requerir un abordaje multidisciplinario.

2.3. Disfagia esofágica^{1,3,5-7,11}

Se describe como la sensación de que el bolo se detiene en el esófago, provocando dificultad para seguir deglutiendo. El paciente lo refiere como un nudo retroesternal y se puede acompañar de regurgitación del alimento previamente ingerido, intentos repetidos de deglución, síntomas de aspiración, como tos y asfixia coincidentes con la deglución o disfonía³.

Suele deberse a un proceso inflamatorio de la pared esofágica asociado al reflujo sin causa anatómica en los casos leves. Esta inflamación se puede manifestar como un anillo de Schatzki, una inflamación difusa del esófago distal o una estenosis péptica, patognomónica del reflujo gastroesofágico (RGE) grave, donde debe descartarse metaplasia, displasia y malignidad mediante biopsia¹¹. Por otro lado, las enfermedades neurológicas pueden causar también la alteración del músculo liso o estriado del esófago, o de las motoneuronas del plexo mientérico que controlan la peristalsis esofágica y la relajación del EEI (tablas 3 y 4)^{6,9}.

<p>OBSTRUCCIÓN MECÁNICA</p> <p>Disfagia estable/ progresiva, sólidos y líquidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estenosis pépticas (ERGE) y por cáusticos. • Neoplasias (esófago, o cardias gástrico). • Anillo esofágico inferior (Schatzki). • Divertículos. Cuerpos extraños. • Iatrogénica (escleroterapia, ligadura de varices, radiofrecuencia, etc.). • Anomalías vasculares: disfagia lusoria (la arteria subclavia derecha comprime el esófago), aneurismas aórticos, estenosis mitral. • Alteraciones mediastínicas: adenopatías, tumores (linfoma, pulmón), tuberculosis. • Esofagitis eosinófila y linfocítica. • Esofagitis infecciosa (VIH, cándida, herpes, citomegalovirus).
<p>TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD</p> <p>Disfagia intermitente, síntomas torácicos bajos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acalasia (hipertonía del esfínter esofágico inferior). • Trastornos motores espásticos: esófago “en cascanueces”, espasmo esofágico difuso. • Colagenopatías (esclerodermia, síndrome CREST, enfermedad mixta del tejido conectivo). • Enfermedad de Chagas. • Dismotilidad esofágica inespecífica. • Obstrucción al flujo de la unión gastroesofágica.

Tabla 3. Causas de disfagia esofágica. ERGE: esofagitis (o enfermedad) por reflujo gastroesofágico. Fuente: elaboración propia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN LA DISFAGIA ESOFÁGICA			
FUNCIONAL		ORGÁNICO	
		BENIGNO	MALIGNO
Alimento	Sólidos/ líquidos	Sólidos primero	Sólidos primero y rápidamente líquidos
Localización	Variable	Fija	
Presentación en el tiempo	Intermitente	Constante, no varía	
Progresión	Muy lenta	Intermedia	Rápida
Repercusión clínica	Poca o nada (en estados avanzados, pérdida de peso)	Poca/moderada	Importante
Ejemplo	Acalasia (esófago sin peristaltismo y nula relajación del EEI)	Estenosis péptica	Carcinoma esofágico

Tabla 4. Diagnóstico diferencial en la disfagia esofágica. EEI: esfínter esofágico inferior. Fuente: elaboración propia.

2.4. Disfagia funcional^{12,13}

Se caracteriza por la sensación de un tránsito anormal del bolo a través del esófago. Según los criterios de Roma IV, una disfagia para ser considerada funcional debe cumplir con los siguientes criterios:

- Sensación de que los alimentos (sólidos y/o líquidos) se pegan o pasan de forma anormal por el esófago.
- Ausencia de evidencia de reflujo gastroesofágico o esofagitis eosinofílica como causantes de los síntomas.
- Ausencia de alteraciones de motilidad esofágica con base histopatológica.

Los criterios deben cumplirse de forma mantenida en los últimos 3 meses y, mínimo, 6 meses antes del diagnóstico. Esta disfagia suele ser intermitente y mejora con el tiempo. Se aconseja comer despacio y masticar bien y, en casos más intensos, se pueden beneficiar de ansiolíticos, antagonistas del calcio, anticolinérgicos o antidepresivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fass R. Approach to the evaluation of dysphagia in adults. [Monografía en Internet]. En: Feldman M, Robson KM, editors. UpToDate; 2017 [acceso 3 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
2. Álvarez Hernández J, Andrés Esteban LM, Ashbaugh Enguידanos RA, *et al.*, (eds.). Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinares. Con 36 recetas elaboradas en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 1.ª ed. Toledo. Grupo Aula Médica. 2018.
3. Ponce M, Garrigues V, Ortiz V, *et al.* Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. *Gastroenterología y Hepatología*. 2007; 30(8):487-497.
4. EFE. Solo el 10% de los pacientes con disfagia está diagnosticado [Internet]. *heraldo.es*. 2019 [cited 12 April 2019]. Available from: <https://www.heraldo.es/noticias/suplementos/salud/2017/09/20/dos-millones-espanoles-sufren-disfagia-pero-solo-estan-diagnosticados-1197544-1381024.html>
5. Ponce M, Ponce J. Disfagia y odinofagia. En: Montoro MA, García Pagán JC, (eds.). *Problemas comunes en la práctica clínica: Gastroenterología y hepatología*. 2ª ed. Madrid; 2012.p3-16.
6. Souki Kaede Y, Aular JE. Disfagia. *Fisterra*. [Revista en Internet] 2017 [consultado 1 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://ww.fisterra.com/guias-clinicas/disfagia/>
7. González- Carro PS, Soto S, Barberá J, *et al.* Disfagia. En: Rodríguez García JL, (coor.). *Diagnóstico y Tratamiento Médico*. 2ª ed. Madrid: Marban; 2011. p620-633.
8. Pérez Aisa, Ángeles. Disfagia orofaríngea: concepto. Prevalencia. Fisiología de la deglución. Etiología y complicaciones. Ponencia. España: Universidad de Málaga; 2017. Disponible en: <http://hdlhandle.net/10630/13122>
9. Ortiz V, Clavé P. Disfagia orofaríngea y trastornos motores esofágicos. En: Ponce J, (ed). *Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas*. Elsevier Doyma. Barcelona, 2011. p3-17.
10. Clavé P, Terré R, de Kraa M, *et al.* Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96(2):119-131.
11. Yates RB, Oeslschlager BK, Pellegrini CA. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia de hiato. En: Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K, (coor.). *Sabiston. Tratado de cirugía*. 20ª ed. España: Elsevier; 2018. p1043-1064.
12. Casado Caballero FJ, Delgado Maroto A, Iñigo Chaves A. Disfagia esofágica y trastornos motores de esófago. *RAPD online* [Revista en Internet] 2017 [consultado 4 de marzo de 2019]; 40(1). Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2017/40/1/04>
13. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2016; 150(6):1257-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27147121>

III. VALORACIÓN Y SOSPECHA CLÍNICA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. CRIBADO Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Dra. Raquel Rodríguez Rodríguez

3.1. Valoración clínica y sospecha clínica desde atención primaria¹⁻⁹

El diagnóstico de disfagia tiene como 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 evaluar estas dos características de la deglución, existen dos grupos de métodos diagnósticos: **a)** los métodos clínicos, como la historia clínica específica, la exploración física y la exploración clínica de la deglución mediante el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad; y **b)** la exploración de la deglución mediante pruebas complementarias específicas¹.

Ante un paciente con disfagia, existen una serie de preguntas que hay que hacerse en la consulta de AP.

3.1.1. ¿Tiene nuestro paciente realmente una disfagia?

En general, suele ser fácil de responder, ya que el paciente suele contar que tiene dificultad para iniciar la deglución, o la sensación de que el bolo se para o le cuesta pasar en algún punto entre el cuello y la región esternal. En otras ocasiones, es preciso una anamnesis más profunda, especialmente si existen otros síntomas que pueden orientar al diagnóstico etiológico (tabla 1). Es importante no confundirla con la **odinofagia** (deglución dolorosa) o el **globo faríngeo**, que es la sensación de ocupación o cuerpo extraño en el cuello sin relación con la deglución, pudiendo incluso aliviarse o desaparecer durante la ingesta.

- 1 Localización de los síntomas.
- 2 Tipos de alimentos que la producen: sólidos, líquidos o ambos.
- 3 Duración de los síntomas y tiempo de evolución.
- 4 Progresiva o estable, continua o intermitente.
- 5 Síntomas asociados:
 - Tos y atragantamientos al comer, o inmediatamente después, con todas o con alguna consistencia (líquidos). Carraspeo.
 - Cambios en la voz. Disfonías.
 - Babeo y dificultad para el control de la saliva.
 - Dificultad para la formación del bolo y el manejo de la comida en la boca.

Tabla 1. Valoración inicial de disfagia y síntomas asociados. (Continúa en la página siguiente).

- Deglución fraccionada. Residuos en la boca post-deglución. Aumento del tiempo para comer.
- Sensación de retención de alimento en la faringe y necesidad de hacer varias degluciones.
- Picos febriles de etiología no filiada o infecciones respiratorias de repetición.
- Pérdida de peso progresiva. Signos de desnutrición y deshidratación.

Tabla 1. Valoración inicial de disfagia y síntomas asociados. Fuente: elaboración propia.

3.1.2. Y en el caso de ser así, ¿qué tipo de disfagia es: orofaríngea o esofágica?

Como regla general, la disfagia orofaríngea (DOF) cursa con degluciones fraccionadas, fugas de comida por la boca, signos de aspiración y regurgitación nasal/oral inmediata, mientras que la esofágica suele acompañarse de pirosis, dolor torácico o regurgitaciones tardías (tabla 2).

Por otro lado, la localización de los síntomas por debajo del hueco supraesternal orienta a un origen esofágico, mientras que si se refieren en el cuello no discrimina entre ambas.

	DISFAGIA OROFARÍNGEA	DISFAGIA ESOFÁGICA
Localización	Cuello.	Cuello y/o región esternal.
Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para masticación. • Deglución fraccionada y/o repetida. • Sialorrea, se escapa comida por la boca. • Disartria, disfonía, aspiración (asfixia, tos). • Regurgitación nasal/oral inmediata. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pirosis. • Dolor torácico. • Regurgitación tardía.
Enfermedades sistémicas acompañantes	<ul style="list-style-type: none"> • Neurológicas (párkinson, demencia, ictus, etc.). • Musculares (distrofias, polimiositis, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Tabla 2. Diagnóstico diferencial entre disfagia orofaríngea y esofágica. Fuente: elaboración propia.

3.1.3. ¿Qué tipo de alimento la produce?

La consistencia del alimento que provoca las molestias tiene, en general, escaso valor para el diagnóstico diferencial entre ambos tipos de disfagia: en la orofaríngea, la dificultad para deglutir líquidos es mayor que para los sólidos, mientras que en la esofágica la disfagia es igual o mayor para sólidos que para líquidos. Sin embargo,



este dato puede ser útil a la hora de diferenciar lesiones estructurales de funcionales; así, la disfagia que se presenta por igual con sólidos y líquidos a menudo refleja un problema de motilidad esofágica, reforzándose esta sospecha cuando además se acompaña de dolor torácico.

Por otro lado, las alteraciones orgánicas comienzan típicamente con disfagia para sólidos que conforme progresa la lesión y obstruye el tubo digestivo, termina siendo más tarde para líquidos^{7,8}.

3.1.4. ¿Cómo progresa en el tiempo?

La duración y constancia de los síntomas es importante. Un comienzo agudo sugiere impactación por causa orgánica. Los trastornos motores suelen ser lentamente progresivos, mientras que la organicidad se acompaña de repercusión clínica rápida e importante. La intermitente y no progresiva suele estar relacionada con anillos y membranas esofágicas⁹.

3.1.5. ¿Existen síntomas acompañantes?

La existencia de síntomas asociados 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; en la esofágica, estos síntomas suelen estar ausentes⁸.

La pirosis o regurgitaciones previas pueden indicar la existencia de una estenosis péptica, mientras que el dolor torácico bajo orientaría a un trastorno motor.

Si el paciente presenta además síntomas de alarma (hematemesis, pérdida de peso rápida, infecciones respiratorias, etc.), es probable que exista un trastorno orgánico de base, aunque un 25 % de pacientes con ERGE y un 33 % con adenocarcinoma de esófago no han tenido pirosis⁷.

3.1.6. ¿Presenta el paciente otras enfermedades o toma fármacos que puedan asociar disfagia?

Será importante investigar si el paciente toma medicamentos potencialmente cáusticos para el esófago o algunos que causan extrapiramidalismo; también es fundamental investigar:

- La presencia de antecedentes personales de enfermedad en la región orofaríngea o su tratamiento (cirugía de cabeza-cuello, radioterapia, quimioterapia)⁹.
- Además, si padece una enfermedad sistémica como la esclerodermia puede indicar afectación esofágica, muy frecuente en estos cuadros.

3.2. Cribado y exploración física^{1,2,8,10,11-16}

Para responder a estas preguntas, es esencial la realización de una historia clínica exhaustiva, insistiendo en algunos datos clave y ratificar su sospecha mediante las pruebas de cribado.



Algunos de los objetivos de la realización del cribado de la disfagia son:

1. Determinar la probabilidad de aspiración en el paciente.
2. La necesidad de evaluación de la deglución en pacientes de riesgo.
3. Determinar la seguridad de la deglución antes de iniciar la ingesta por vía oral¹⁰.

De este modo, en cualquier enfermo en el que se sospeche la existencia de una disfagia, independientemente de cual sea la etiología, parece indicado realizar después de la historia clínica y antes de cualquier otro procedimiento diagnóstico, un test clínico para el cribado de disfagia, como el *Swallow Quality of Life* (SWAL-QOL), demasiado extenso para su uso en AP, el *Eating-Assessment Tool 10* (EAT-10) o el cuestionario de Wallace, *et al.*, modificado, entre otros.

La ventaja de este último test es que:

- Es fácil.
- Es 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 que texturas, frecuencia y grado de gravedad (tabla 3)⁸.



TEST CLÍNICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

1. ¿Cuánta dificultad tiene actualmente para tragar?

Leve Moderada Severa

2. ¿Cuánta dificultad tiene para tragar líquidos como el agua, té, bebidas calientes?

Leve Moderada Severa

2b. ¿Tose o se atraganta?

Leve Moderada Severa

3. ¿Cuánta dificultad tiene para tragar líquidos espesos como sopas, natillas, batidos?

Leve Moderada Severa

3b. ¿Tose o se atraganta?

Leve Moderada Severa

4. ¿Cuánta dificultad tiene para tragar comidas blandas como puré, tortilla?

Leve Moderada Severa

4b. ¿Tose o se atraganta?

Leve Moderada Severa

5. ¿Cuánta dificultad tiene para tragar comidas sólidas como pan, carne, fruta?

Leve Moderada Severa

5b. ¿Tose o se atraganta?

Leve Moderada Severa

6. ¿Tiene alguna dificultad para tragar su propia saliva?

Leve Moderada Severa

7. ¿Necesita tragar más de una vez para tragar lo que tiene en la boca?

Leve Moderada Severa

7b. Al tragar, ¿presenta dolor en la garganta?

Leve Moderada Severa

8. ¿Presenta resfriados comunes?

Leve Moderada Severa

9. ¿Alguna vez fumó o fuma?

Leve Moderada Severa

10. ¿Cómo valoraría hoy la severidad de su problema de deglución?

Leve Moderada Severa

TEST DE CALIDAD DE VIDA

1. ¿En general, usted piensa que comer debería ser una experiencia agradable?		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>
2. ¿Ud. cree que comer ocupa una parte agradable de su día?		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>
3. Si la respuesta es no, ¿es debido a su dificultad para tragar?		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>
4. ¿Ud. se siente agobiado por sus problemas al tragar en las comidas?		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>
5. Si la respuesta es sí (en la pregunta n.º 4) ¿Ud. evita comer con otras personas debido a dichos problemas?		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>
6. Si la respuesta es sí (en la pregunta n.º 4) ¿Ud. se siente incómodo debido a esta condición en las comidas?		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>
7. Si la respuesta es sí (en la pregunta n.º 4) ¿Ud. se siente ansioso o temeroso durante las comidas?		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>
8. ¿Ud. cree que sus problemas al tragar hacen su vida menos agradable?		
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sé <input type="checkbox"/>

Tabla 3. Test clínico para el diagnóstico de la disfagia orofaríngea. Méndez-Sánchez IM, *et al.* (2017)⁸.

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. Fue diseñada por un grupo multidisciplinar de expertos. 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 (tabla 4)^{1,2,10}.

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					

Tabla 4. *Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)*. Puntuación: 0 = ningún problema; 4 = un problema serio. Una puntuación de 3 puntos indica disfagia. Extraída de Burgos R, et al. (2012)¹¹.

La exploración física, además de informar sobre las consecuencias de la disfagia (estado nutricional, complicaciones pulmonares), puede revelar signos neurológicos, musculoesqueléticos, cutáneos o endocrinometabólicos a la hora del enfoque etiológico. Por ejemplo, la existencia de exoftalmos, taquicardia, temblor y sudoración puede orientar a la existencia de un hipertiroidismo; igualmente, la evidencia de alteraciones cutáneas como eritema en alas de mariposa, telangiectasias o púrpura obliga a descartar conectivopatías⁹.

De este modo, un examen físico completo debe incluir:

- 1. Exploración física general** (estado cardiopulmonar, valorar el nivel de alerta, la capacidad de comunicación, de responder a órdenes y de colaboración del paciente) y observar el control de tronco y cervical, su posición en reposo, posibles asimetrías faciales, la presencia de babeo en reposo y de degluciones espontáneas¹.
- 2. Exploración de cabeza y cuello.** Inspección de la cavidad oral (capacidad de apertura, masticación, ausencia de piezas dentarias, presencia de restos orales y cualquier alteración de la anatomía) y orofaringe⁸.
- 3. Exploración abdominal (masas y visceromegalias).**
- 4. Valoración motora de las estructuras que intervienen en la deglución¹³:**

- a. *Movilidad labial*: se explora pidiendo al paciente que pronuncie las vocales «I» (abriendo la boca) y «U» (cerrando la boca). Observar también la capacidad de mantener los labios cerrados a pesar de los cambios posturales.
- b. *Movilidad lingual*: debe explorarse en su región anterior y posterior. La anterior se realizará pidiendo al paciente que toque con la punta de la lengua las zonas laterales de su boca; la de la región posterior, se realiza pidiendo al paciente que pronuncie la consonante «K». El paladar blando se explora pronunciando la vocal «A» de forma mantenida.
- c. *Sensibilidad oral*.
- d. *Exploración de reflejos*: **reflejo palatino**: se desencadenará al tocar en la línea media justo después de su unión al paladar duro. **Reflejo nauseoso**: se provoca al tocar la base de la lengua o la pared posterior de la faringe. **Reflejo tusígeno**: se produce con la entrada de material extraño en la vía aérea.
- e. *Maniobra de palpación externa*: existe una sencilla maniobra que puede ayudarnos a una mejor valoración de la deglución: el explorador debe colocar su mano con los dedos extendidos debajo del mentón del paciente: el dedo índice debajo de la mandíbula, el medio en el hueso hioides, y el anular y meñique en la parte superior e inferior, respectivamente, del cartílago tiroideos (no se debe hacer presión, pero sí ejercer una discreta fuerza para valorar el movimiento de la mandíbula, hioides y de la laringe durante la deglución). Es especialmente útil en la valoración de disfagia neurógena con retraso del inicio del reflejo deglutorio.

5. **Exploración neurológica exhaustiva**: incluyendo pares craneales, especialmente el facial, glossofaríngeo, hipogloso, neumogástrico y espinal (descartar parálisis facial, desviación lingual o úvula, apraxia bucolinguofacial) y valorando si hay disfonía, extrapiramidalismo, atrofia muscular u otros datos que orienten a enfermedades neurológicas secundarias. De este modo, el temblor y las alteraciones del tono muscular sugieren enfermedad de Parkinson; la ptosis palpebral y la debilidad muscular hacen pensar en miastenia *gravis* y la pérdida focal de fuerza muscular sugiere enfermedad vascular neurológica¹⁴.

6. Valoración del estado de hidratación y nutrición (índice de masa corporal).

A pesar de la dificultad que entraña la valoración de la disfagia en la cabecera del paciente, existe un test de fácil aplicación a nivel residencial e incluso domiciliario, que junto al resto de la evaluación clínica nos permiten orientar la localización de la disfagia (con mayor afectación de las fases oral, faríngea o esofágica), el tipo de textura más segura en cada paciente y seleccionar a aquellos que deben ser estudiados con una exploración instrumental. El **Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)** 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 aspiración¹⁵. 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. Para realizar este test, son necesarias unas condiciones del paciente: ser colaborador y estar en sedestación^{8,16}.

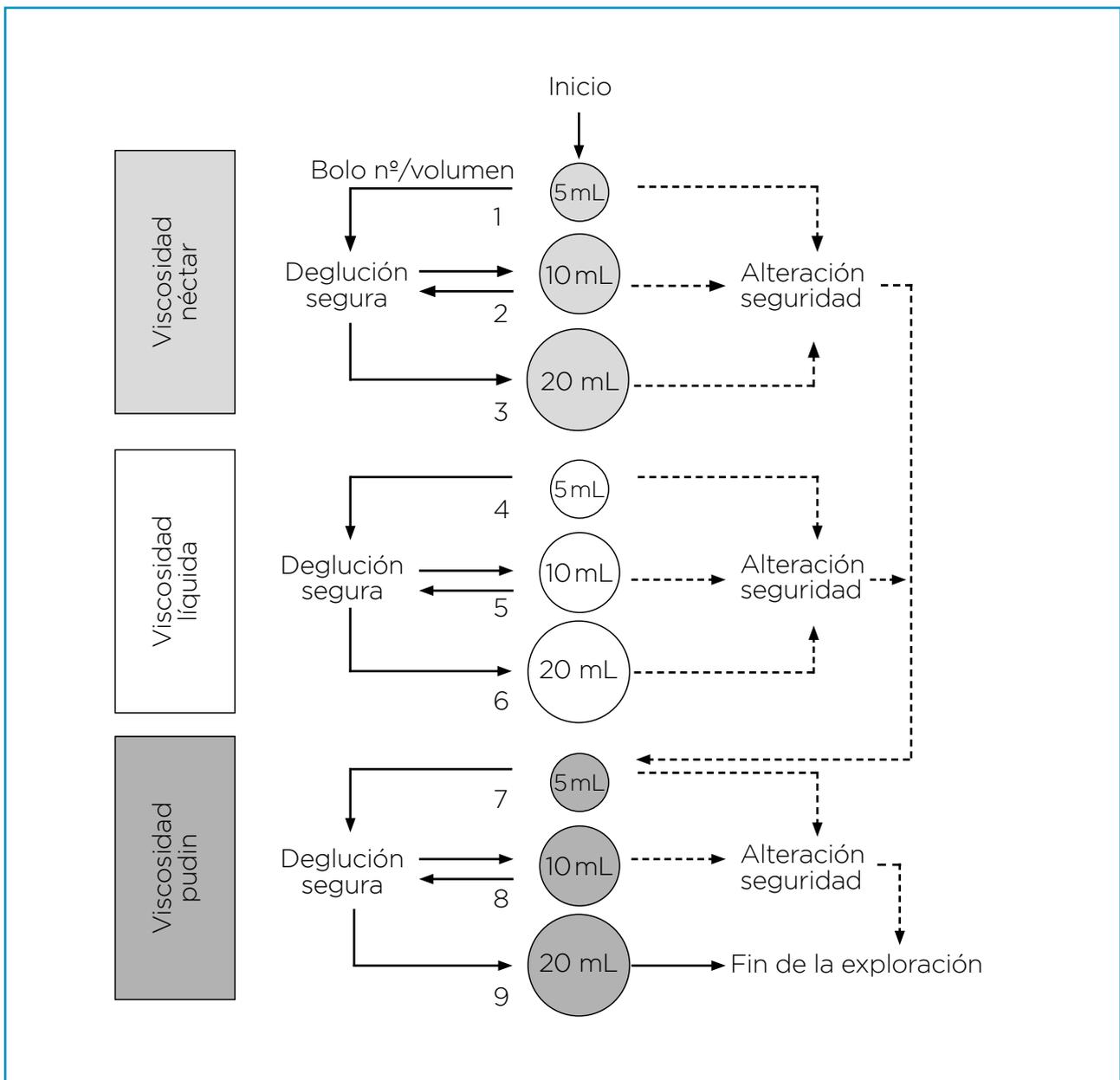


Figura 1. Secuencia de realización del Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). Extraída de Clavé P. *et al.* (2007)¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clavé Civit P. Evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea. En: Clavé Civit P, García Peris P (eds.). Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2013. p31-49.
2. Sánchez Ceballos FL. Epidemiología de la disfagia en la población española. Tesis doctoral. Madrid: Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; 2016.
3. EFE. Solo el 10% de los pacientes con disfagia está diagnosticado [Internet]. heraldo.es. 2019 [cited 12 April 2019]. Available from: <https://www.heraldo.es/noticias/suplementos/salud/2017/09/20/dos-millones-espanoles-sufren-disfagia-pero-solo-estan-diagnosticados-1197544-1381024.html>
4. Ponce M, Ponce J. Disfagia y odinofagia. En: Montoro MA, García Pagán JC, (eds.). Problemas comunes en la práctica clínica: Gastroenterología y hepatología. 2.ª ed. Madrid; 2012. p3-16.
5. Fass R. Approach to the evaluation of dysphagia in adults. [Monografía en Internet]. En: Feldman M, Robson KM, editors. UpToDate; 2017 [acceso 3 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
6. Fass R. Overview of dysphagia in adults. [Monografía en Internet]. En: Feldman M, Robson KM, editors. Uptodate; 2016. [acceso 1 de marzo de 2019] Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-dysphagia-in-adults>
7. Casado Caballero FJ, Delgado Maroto A, Iñigo Chaves A. Disfagia esofágica y trastornos motores de esófago. RAPD online [Revista en Internet] 2017 [consultado 4 de marzo de 2019]; 40(1). Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2017/40/1/04>
8. Méndez-Sánchez IM, López-Vega MC, Pérez-Ais Á. Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. RAPD online [Revista en Internet] 2017 [consultado 5 de marzo de 2019]; 40(3). Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2017/40/3/03/resumen>
9. Ponce M, Garrigues V, Ortiz V, Ponce J. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. Gastroenterología y Hepatología. 2007;30(8):487-497.
10. Álvarez Hernández J, Andrés Esteban LM, Ashbaugh Enguñados RA, *et al.*, (eds.). Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias. Con 36 recetas elaboradas en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 1.ª ed. Toledo. Grupo Aula Médica. 2018.
11. Burgos R, Sarto B, Seguro H, *et al.* Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Nutr Hosp. 2012; 27(6): 2048-54.
12. Disfagia. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología [Internet]. WGO; 2014 [cited 12 April 2019]. Available from: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-spanish-2014.pdf>.
13. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Disfagia. En: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), (coor.). Tratado de Geriátrica para residentes. Madrid; 2006. p545-553.
14. Ponce M, Ponce J. Disfagia y odinofagia. En: Montoro MA, García Pagán JC, (eds.). Problemas comunes en la práctica clínica: Gastroenterología y hepatología. 2ª ed. Madrid; 2012. p3-16.
15. Molina Gil B, Guerra Blanco FJ, Gutiérrez Fonseca R. Disfagia y aspiración. Libro virtual de formación en otorrinolaringología SEORL. Capítulo 120. [Internet]. 1ª ed. Madrid. 2014. Sociedad Española de Otorrinolaringología y patología Cervico-Facial SEORL-PCF. [citado 3 marzo 2019].
16. Velasco MM, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutr Clin Med.2007;1(3):174-202.

IV. EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS MÁS UTILIZADAS. ESTUDIO DE DISFAGIA OROFARÍNGEA Y ESOFÁGICA



Dra. Raquel Rodríguez Rodríguez

4.1. Diagnóstico de la disfagia

En cuanto al diagnóstico, una historia clínica y exploración física detalladas pueden orientar la etiología hasta en el 80 % de los casos, requiriendo de pruebas complementarias solo en los casos que se comentan a continuación^{1,2}:

1. ° **Pruebas de laboratorio:** pueden ser de utilidad en algunos casos para confirmar el diagnóstico etiológico sospechado. Así, el hipertiroidismo se confirma mediante la demostración de un aumento de los valores de hormonas tiroideas y la miastenia *gravis* a través de la determinación serológica de anticuerpos contra el receptor de acetilcolina, positivos en más del 85 % de los casos³.

2. ° Exploración de la disfagia orofaríngea:

a) **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 anteroposterior⁴. Es el *gold standar* para el estudio de la disfagia orofaríngea (DOF). 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.

- **Fase oral.** Analiza la masticación, la formación del bolo, la contención oral y el inicio de la deglución o transferencia del bolo hacia la faringe.
- **Fase faríngea.** Valora la progresión del bolo hacia el EES, la regurgitación nasofaríngea, el paso a la vía respiratoria y la existencia de residuo faríngeo tras la deglución.
- La **apertura del EES** permite el paso fácil del bolo hacia el esófago.

La VFS permite valorar el efecto de las modificaciones en el contenido y consistencia de la ingesta, las maniobras de compensación y las técnicas facilitadoras para la corrección de la disfunción conservada, así como la toma de decisiones previa a retirar una sonda de gastrostomía o sonda nasogástrica⁵. 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. La VFS no replica las

condiciones fisiológicas en que se encuentra rutinariamente el paciente, por lo cual se considera que su representatividad es limitada⁶.

b) **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 laringoespasma 0,03 %)⁵.

c) **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 Zenker². 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 mmHg⁵.

Con la metodología habitualmente utilizada, es poco fiable para medir la capacidad contráctil de la faringe, pero sí lo es para valorar su coordinación con la relajación del EES y la capacidad contráctil del esófago superior, que puede estar alterada en las miopatías. Actualmente, el empleo de la manometría de alta resolución permite caracterizar con mayor precisión las alteraciones funcionales de la región faringoesofágica.

d) **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 anamnesis².

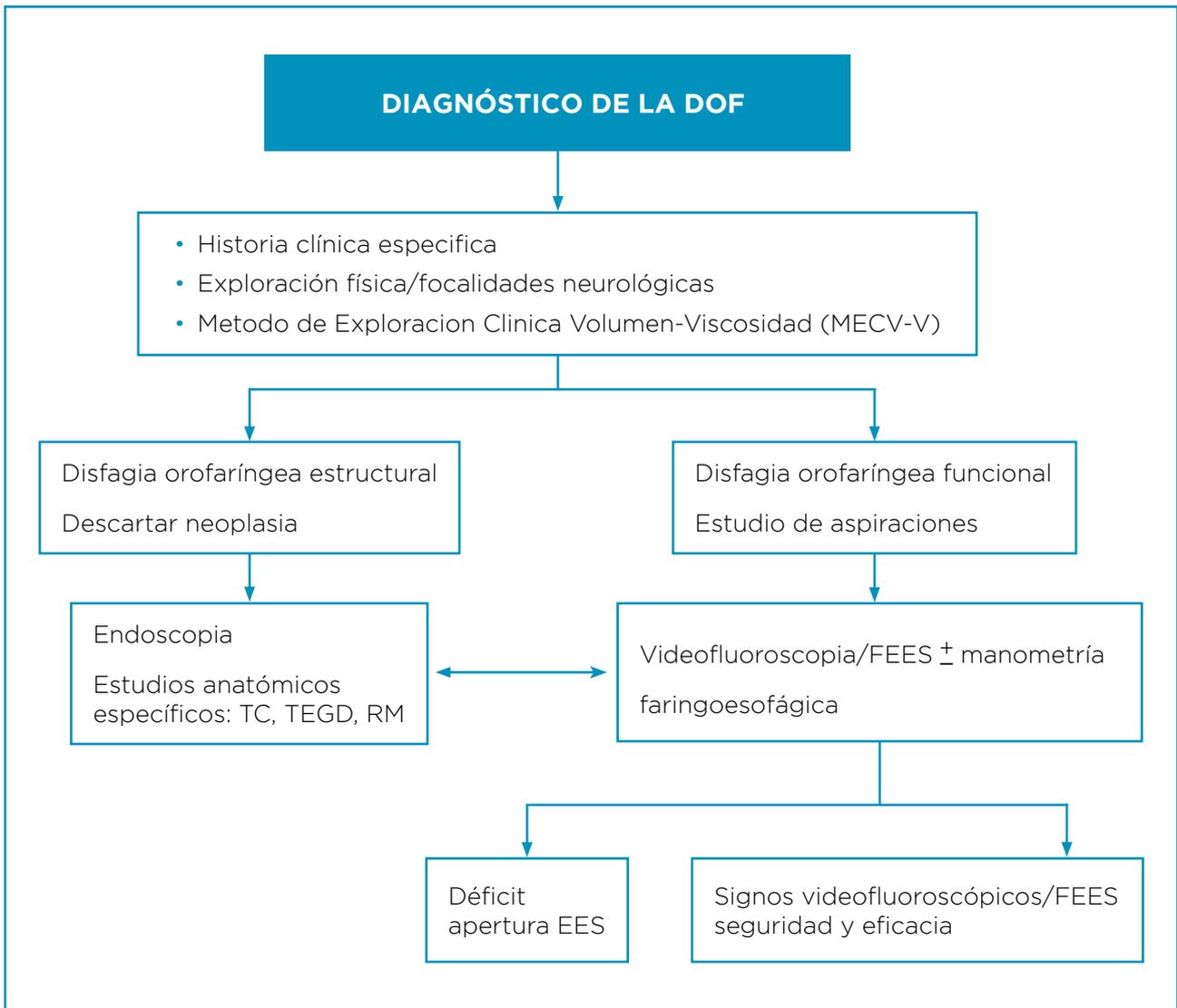


Figura 1. Algoritmo diagnóstico de la disfagia orofaríngea. DOF: disfagia orofaríngea; EES: esfínter esofágico superior; FEES: Videoendoscopia de la deglución; RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada; TEGD: tránsito esofágico gastroduodenal. Modificado de Clavé Civit P. *et al.* (2013)⁷.

3. ° Exploración de la disfagia esofágica:

a) **Esofagograma baritado:** valora la motilidad esofágica, el paso del contraste a través de la unión gastroesofágica, estima de forma más precisa el diámetro esofágico, y en las estenosis que no permiten el paso del endoscopio, valora su localización, extensión y si hay más de una. Es útil en los divertículos de Zenker, membranas del esófago superior (Plummer-Vinson), anillo esofágico inferior, síntomas post-funduplicatura, y si se sospechan trastornos motores funcionales (acalasia, espasmo esofágico difuso), siendo especialmente rentable en estenosis esofágicas mayores de 10 mm de diámetro o para descubrir compresiones extrínsecas^{2,3,8}. Aunque la sensibilidad y especificidad para lesiones benignas es alta en manos expertas, no debe de sustituir a la endoscopia para el estudio del paciente con disfagia¹.

- b) **Manometría esofágica:** consiste en el estudio de la presión intraluminal de la faringe y esófago mediante una sonda que presenta sensores de presión a lo largo de su longitud. La sonda es introducida por las fosas nasales hasta el esófago, registra la presión basal y durante la deglución a nivel de la faringe, esfínter esofágico superior, cuerpo esofágico y esfínter esofágico inferior, y permite valorar las alteraciones de la contracción o relajación en los distintos niveles y la coordinación entre los mismos. Sus principales indicaciones son la localización del EEI antes de la pHmetría esofágica, preoperatorio de cirugía antirreflujo, estudio de la disfagia no orgánica y tras cirugía esófago-gástrica, y afectación esofágica en enfermedades sistémicas como la esclerodermia^{2,3,8}.
- c) **Manometría de alta resolución (MAR):** tiene las mismas indicaciones que la convencional con 36 puntos de registro simultáneos, y gracias a un *software*, permite la representación de los cambios topográficos y presivos que se producen en ambos esfínteres y cuerpo del esófago^{2,8}.
- d) **Esofagoscopia transnasal:** consiste en la valoración de manera directa del esófago, mediante la utilización de un esofagoscopio introducido por la fosa nasal hasta la hipofaringe y esófago. Permite valorar alteraciones estructurales del esófago y realizar un estudio dinámico de la fase esofágica de la deglución. Es una técnica segura y con muy bajo índice de complicaciones, con la que se puede realizar una retroversión para observar el esfínter esofágico superior e inferior desde una visión distal, lo que permite valorar su funcionalidad cuando el paciente realiza la deglución de sustancias de diversas consistencias y volúmenes⁴.
- e) **pHmetría de 24 horas:** consiste en la valoración del pH intraluminal y sus variaciones durante 24 horas, mediante una sonda que se introduce a través de la fosa nasal, y presenta un electrodo de medición que se sitúa en el tercio distal del esófago a 5 cm por encima del esfínter esofágico inferior. Se registran los descensos de pH por debajo de 4, lo que indica la existencia de reflujo gástrico, y la correlación con la ingesta, la posición y los síntomas como pirosis, dolor torácico, regurgitación, tos o estridor^{2,4}.
- f) **Impedanciometría intraluminal:** detecta la presencia de líquido o aire en el esófago permitiendo evaluar el tiempo de tránsito del bolo y la velocidad de contracción del esófago en respuesta al bolo. Puede incorporar, además, múltiples sensores de pH que indican la presencia de reflujo tanto ácido como alcalino y determinar el tiempo de aclaramiento del reflujo. Evita la radiación en la evaluación del tránsito del bolo mediante monitorización intraluminal de la resistencia y proporciona evidencia cualitativa del vaciamiento esofágico⁴.
- g) **Endoscopia:** es la prueba más útil para evaluar la mucosa esofágica, permitiendo un diagnóstico preciso de las lesiones benignas y malignas. Permite la toma de biopsias y muestras para citología, cultivo y estudio histológico, así como la dilatación de las estenosis, colocar prótesis en neoplasias y extraer cuerpos extraños impactados en el esófago. Si se observa una lesión submucosa, la toma de biopsias endoscópicas no suele ser útil para obtener tejido de la lesión, por lo que debe

realizarse una ecoendoscopia y/o una TC³. Presenta una rentabilidad diagnóstica superior al 50 % en mayores de 40 años con pirosis, odinofagia o pérdida de peso asociados⁹. En cuadros funcionales, puede ser menos útil como diagnóstico, pero no deja de ser obligada para descartar otros problemas asociados a retención alimenticia o dilatación esofágica. Asimismo, el desarrollo de nuevas técnicas y tecnologías endoscópicas (cromoendoscopia óptica y electrónica, endomicroscopia confocal, autofluorescencia), así como el uso cada vez más extendido de endoscopios de magnificación y alta definición han supuesto un avance en el diagnóstico y caracterización de la mucosa esofágica y sus lesiones; a la vez que han facilitado la toma de biopsias dirigidas^{2,5,8}.

4. ° Otros estudios: las radiografías simples de tórax y de cuello ofrecen información limitada a menos que se encuentren anomalías estructurales evidentes. Los estudios con radionucléidos pueden usarse para evaluar el tránsito del alimento por el esófago. Las figuras 2 y 3 muestran en forma de algoritmo el orden en que deben ser utilizadas las pruebas complementarias en función de la sospecha clínica inicial³.

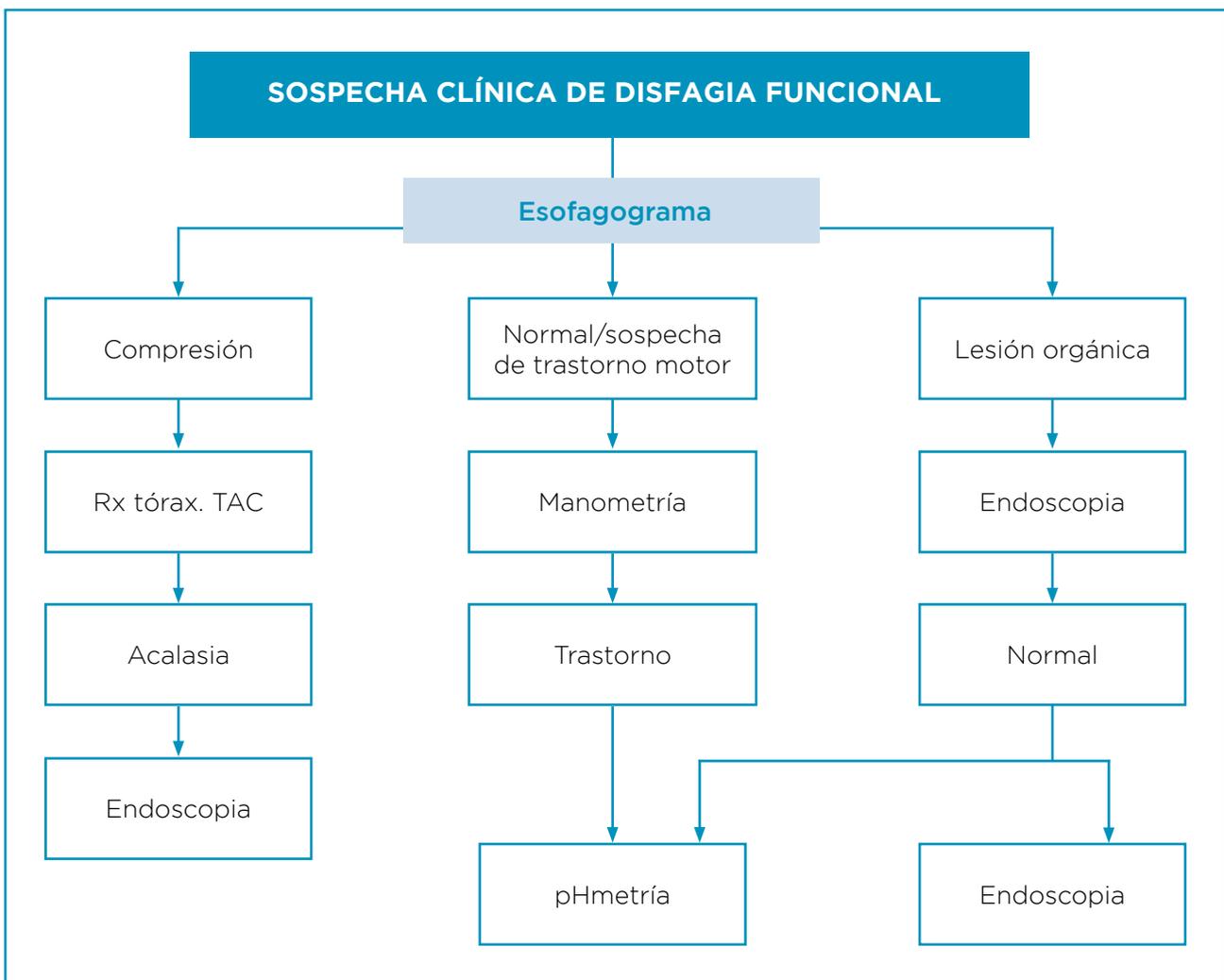


Figura 2. Algoritmo de actuación ante la disfagia de posible origen funcional. Extraído de Ponce M, et al. (2012)².

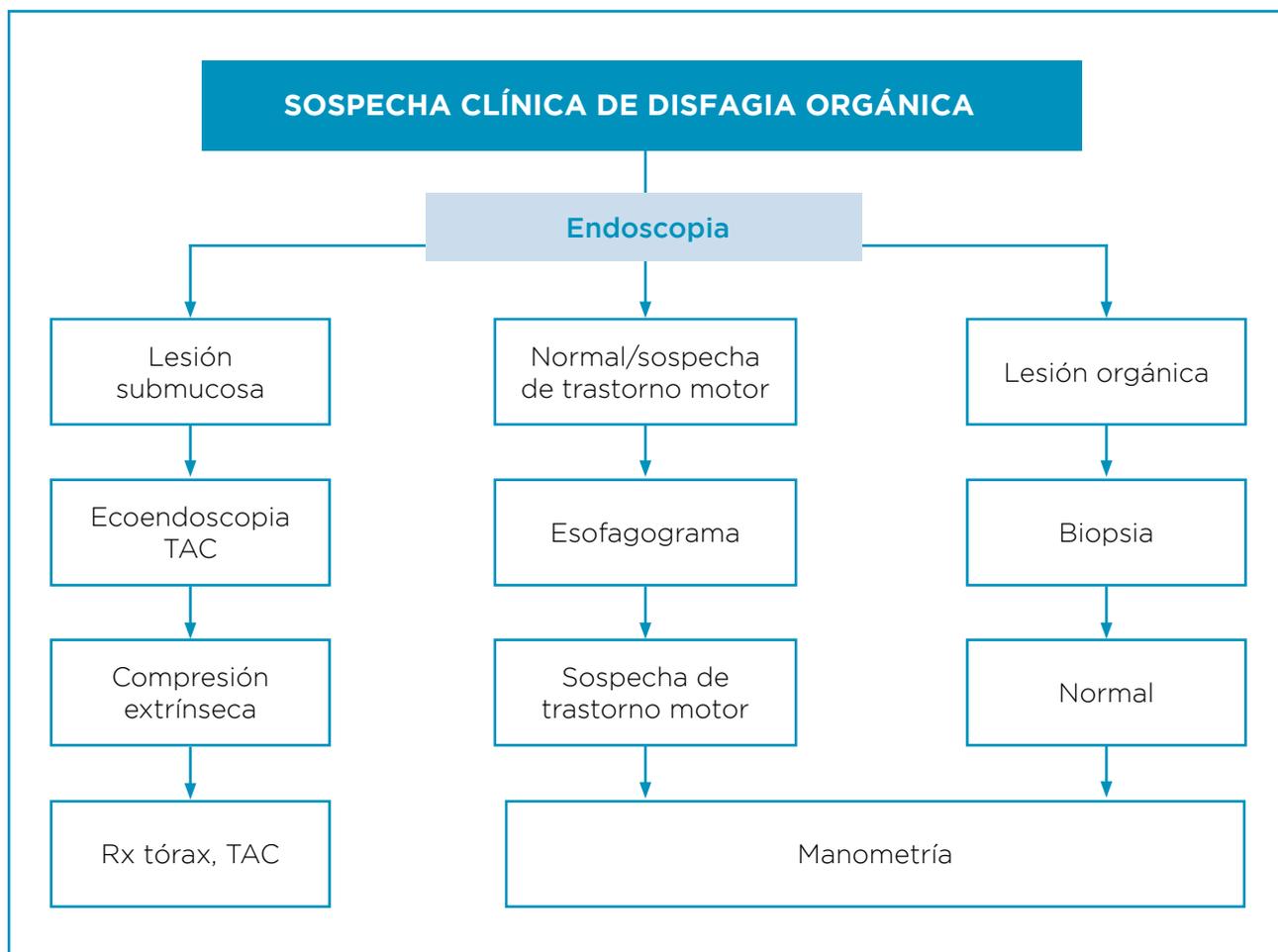


Figura 3. Algoritmo de actuación ante la disfagia orgánica. Extraído de Ponce M, *et al.* (2012)².

BIBLIOGRAFÍA

1. Casado Caballero FJ, Delgado Maroto A, Iñigo Chaves A. Disfagia esofágica y trastornos motores de esófago. RAPD online [Revista en Internet] 2017 [consultado 4 de marzo de 2019]; 40(1). Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2017/40/1/04>
2. Ponce M, Ponce J. Disfagia y odinofagia. En: Montoro MA, García Pagán JC, (eds.). Problemas comunes en la práctica clínica: Gastroenterología y hepatología. 2ªed. Madrid; 2012. p3-16.
3. Ponce M, Garrigues V, Ortiz V, Ponce J. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. Gastroenterología y Hepatología. 2007;30(8):487-497.
4. Molina Gil B, Guerra Blanco FJ, Gutiérrez Fonseca R. Disfagia y aspiración. Libro virtual de formación en otorrinolaringología SEORL. Capítulo 120. [Internet]. 1ª ed. Madrid. 2014. Sociedad Española de Otorrinolaringología y patología Cervico-Facial SEORL-PCF. [citado 3 marzo 2019]; Disponible en: <https://booksmedicos.org/libro-virtual-de-formacion-en-otorrinolaringologia-seorl/#more-120307>
5. Méndez-Sánchez IM, López-Vega MC, Pérez-Ais Á. Disfagia orofaríngea. Algoritmo y técnicas diagnósticas. RAPD online [Revista en Internet] 2017 [consultado 5 de marzo de 2019]; 40(3). Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2017/40/3/03/resumen>
6. Nazar G, Ortega T, Fuentealba I. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. Rev. Med. Clin. Condes.2009; 20(4):449-457.

7. Clavé Civit P. Evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea. En: Clavé Civit P, García Peris P (eds.). Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2013. p31-49.
8. Disfagia. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología [Internet]. WGO; 2014 [cited 12 April 2019]. Available from: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-spanish-2014.pdf>
9. ASGE Standards of Practice Committee, Pasha SF, Acosta RD, *et al.* The role of endoscopy in the evaluation and management of dysphagia. *Gastrointest. Endosc.* 2014;79:191-201.

V. COMPLICACIONES ASOCIADAS

Dra. Raquel Rodríguez Rodríguez

5.1. Introducción

La disfagia es un síntoma de alarma que requiere una evaluación rápida para definir su causa exacta (estructural, funcional, orofaríngea, esofágica) e iniciar un tratamiento adecuado. La importancia de su detección radica en la posibilidad de evitar las complicaciones que de la misma se derivan: malnutrición (disfagia a sólidos), deshidratación (disfagia a líquidos) y, en casos graves, neumonía como consecuencia de las aspiraciones broncopulmonares. Asimismo, también hay que tener en cuenta aquellas complicaciones relacionadas con los aspectos psicológicos, sociales y económicos que acompañan al paciente y que tienen un gran impacto en su vida y suponen una carga para los sistemas sanitarios¹.

5.2. Complicaciones de la disfagia

5.2.1. Derivadas de una disminución de la eficacia de la deglución¹⁻⁷

a. **Desnutrición:** la disfagia tiene un efecto directo sobre el estado de nutrición, siendo una causa potencial de desnutrición por la dificultad para deglutir alimentos sólidos y líquidos, por la anorexia y por el miedo a tragar. Los pacientes pueden presentar signos de desnutrición en el momento del diagnóstico de la enfermedad de base o en un tiempo breve. Además, empeora el pronóstico vital, aumenta las complicaciones y deteriora la funcionalidad del individuo, ya que se suele acompañar de cambios en la composición corporal, en donde la pérdida de masa muscular es evidente. Esta circunstancia empeora la capacidad funcional general del individuo y también la funcionalidad deglutoria, ya que puede afectar a los músculos de la masticación y de la deglución. Es decir, contribuye y potencia el síndrome de fragilidad. Según el Grupo Europeo para el Estudio de la Disfagia, hasta un 44 % de los pacientes presentaban pérdida de peso en el momento del diagnóstico.

En el cáncer de cabeza y cuello, la desnutrición oscila entre el 20-88 %, dependiendo de la localización del tumor, del tiempo desde la cirugía, y de si el enfermo ha recibido además quimioterapia y/o radioterapia.

La valoración del estado nutricional de los pacientes con disfagia es especialmente importante porque, independientemente de su situación nutricional antes del inicio de la patología causante de la disfagia, la dificultad para la deglución de alimentos naturales ocasionará algún grado de desnutrición a corto plazo. Los objetivos de la valoración del estado nutricional en enfermos con disfagia son:

1. Identificar a los pacientes desnutridos con mayor riesgo de morbimortalidad.
2. Conocer el consumo de nutrientes actuales.
3. Establecer los requerimientos nutricionales de agua, energía, macro- y micronutrientes.
4. Identificar a los pacientes que se beneficiarán de una intervención nutricional.
5. Supervisar la respuesta a la intervención nutricional.

Por lo tanto, dada la estrecha relación entre disfagia, riesgo de desnutrición y mayor morbimortalidad, en todos los pacientes con disfagia se debe realizar una valoración de su estado nutricional en el momento del diagnóstico de la enfermedad y periódicamente si su situación clínica cambia.

b. Deshidratación: es importante asegurar el estado de hidratación como parte de la evaluación general de cualquier paciente con disfagia, que debe realizarse en el momento del diagnóstico de la disfagia y de forma periódica, especialmente cuando la situación del paciente cambie.

El objetivo es evitar la deshidratación; pero además, el estudio del estado de hidratación permite conocer el volumen de líquidos que necesita el paciente y, por lo tanto, la cantidad total que debe administrarse a lo largo del día.

La dificultad para deglutir líquidos es la causa principal por la que un individuo con disfagia presenta riesgo de deshidratación.

Asimismo, existen una serie de factores relacionados con el riesgo de deshidratación como son:

1. La propia enfermedad origen de la disfagia, por astenia, anorexia, náuseas, disfagia y depresión.
2. El tratamiento de la enfermedad de base, por odinofagia, mucositis, xerostomía postradioterapia y tratamiento con morfina.
3. Miedo a la deglución de líquidos por dolor.
4. Temor a la posible penetración de los líquidos a la vía respiratoria.
5. Incapacidad para la autoadministración de líquidos: **a.** Incapacidad funcional; **b.** Disminución del nivel de conciencia.
6. Restricción hídrica por indicación médica.

Las consecuencias clínicas dependen del déficit de agua corporal, así, si la disminución de aporte hídrico persiste en el tiempo y no se detecta, el paciente se deshidrata. La pérdida de agua tiene consecuencias clínicas a corto plazo. Por un lado, aumenta el riesgo de aspiración porque la xerostomía disminuye el aclaramiento y la limpieza orofaríngea, aumenta la colonización bacteriana y facilita las infecciones orofaríngeas. Además, la deshidratación puede contribuir a episodios de confusión mental, vértigo, fatiga, astenia y empeorar un síndrome de fragilidad.



Si el déficit de aporte de líquidos se prolonga en el tiempo, puede causar insuficiencia renal aguda de origen prerrenal, mayor riesgo de infección urinaria por una mayor concentración de la orina, obstrucción intestinal por la presencia de fecaloma y mayor riesgo de úlceras de decúbito, caídas y fracturas.

5.2.2. Derivadas de una disminución de la seguridad de la deglución^{1,7-9}

Hasta el 50 % de los pacientes ancianos y con enfermedades neurológicas presentan aspiraciones o penetración de alimento en el árbol traqueo-bronquial, con riesgo aumentado de neumonía aspirativa. Esta se define como una infección respiratoria con evidencia radiológica de condensación, producida cuando el contenido de la cavidad oral colonizado por patógenos respiratorios es aspirado al pulmón en pacientes con alteraciones de la deglución.

El rango de prevalencia de neumonía por aspiración se establece entre un 6 % y un 53 % de todas las neumonías, dependiendo de la definición elegida y de la cohorte de pacientes estudiada. La mayoría (>80 %) de las aspiraciones de los pacientes neurológicos y los ancianos se producen durante la fase faríngea del ciclo deglutorio y tienen relación con un enlentecimiento de la respuesta motora orofaríngea. Sin embargo, no todo evento de aspiración lleva a una neumonía aspirativa, siendo una condición necesaria pero no suficiente.



La aspiración de contenido faríngeo puede pasar inadvertida por una limpieza traqueobronquial eficaz; pero en otros casos puede tener un importante impacto respiratorio: laringoespasma, neumonitis química o neumonía bacteriana. El riesgo de aspiración dependerá básicamente de la severidad del trastorno en la deglución, pero también puede aumentar en la presencia de patrones respiratorios alterados, como inspiración rápida o ritmo respiratorio caótico, entre otros.

Se han descrito una serie de factores predisponentes para el desarrollo de una neumonía aspirativa, que incluyen tanto características del material aspirado (volumen, pH, carga bacteriana) como características del huésped (eficacia de la tos, *clearance* mucociliar, estado de inmunidad celular y humoral). Algunos síntomas sugieren o confirman su presencia. Entre ellos, cabe destacar la tos y/o la sensación de asfixia durante la deglución, así como el desarrollo de broncopatía crónica, neumonía o absceso pulmonar.

Asimismo, la aspiración puede ser clínica o silente, es decir, asintomática, en función de la indemnidad o no de la sensibilidad laríngea, del reflejo tusígeno y de los mecanismos de limpieza traqueal. La aspiración silenciosa se define como una aspiración que no genera tos ni dificultad respiratoria. Al ser asintomática, este tipo de aspiración no puede ser detectada clínicamente y su diagnóstico se basa en la evaluación endoscópica o radiológica de la deglución.

Su prevalencia es de un 20-30 % en pacientes con disfagia, pudiendo elevarse hasta un 39 % en los pacientes con trastornos de deglución tras accidentes cerebrovasculares. Se plantea que este fenómeno estaría causado por una

incoordinación de la musculatura faringo-laríngea, por una hipoestesia faringo-laríngea y por una alteración en el reflejo de la tos.

Cuando hay un riesgo significativo de aspiración o incapacidad para la ingesta, debe optarse por un cambio en la vía de la alimentación, ya sea por sonda nasogástrica o por gastrostomía; sin embargo, no debe olvidarse que la nutrición por sonda no elimina de forma absoluta el riesgo de neumonía por aspiración.

5.2.3. Mayor dependencia, aislamiento social y mayor carga de cuidados

La mayoría de los pacientes con disfagia se aíslan socialmente, presentando frecuentes trastornos del ánimo o depresión. Así, el momento de comer y el miedo a atragantarse les genera angustia, por lo que poco a poco comienzan a evitar participar en la mesa con familia y amigos.

En otras ocasiones, se debe a los ejercicios que deben hacer a la hora de comer o a la presencia de regurgitaciones nasales, como en el caso de los pacientes con alteraciones estructurales tras cirugías muy agresivas.

Asimismo, no solo los pacientes sufren este impacto en su calidad de vida, sino que, además, sus cuidadores se ven afectados por la sobrecarga de cuidados que pueden necesitar estos pacientes en relación con la propia disfagia y a sus complicaciones, sin olvidar las que muchos ya tienen por el cuidado de su enfermedad de base¹.

5.2.4. Complicaciones derivadas del uso de medios de nutrición artificial^{1,4}

Una vez establecida la indicación de nutrición enteral a través de sonda u ostomía, se debe supervisar al enfermo para evitar y detectar precozmente las posibles complicaciones. Las de tipo leve más frecuentes son lesiones locales, como úlceras, inflamación, sangrado o incluso infección.

Ocasionalmente, puede haber complicaciones graves (infecciones abdominales, hemorragias, perforaciones y neumoperitoneo secundario a la extracción accidental precoz de la sonda).

También pueden aparecer náuseas y vómitos, distensión abdominal, estreñimiento y diarrea, así como alteraciones hidroelectrolíticas, deficiencias de micronutrientes y ácidos grasos esenciales e hiperglucemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Hernández J, Andrés Esteban LM, Ashbaugh Enguídanos RA, Atienza Sánchez E, (eds.). Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias. Con 36 recetas elaboradas en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 1.ª ed. Toledo. Grupo Aula Médica. 2018.
2. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Disfagia. En: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), (coord.). Tratado de Geriátría para residentes. Madrid; 2006. p545-553.
3. Sánchez Ceballos FL. Epidemiología de la disfagia en la población española. Tesis doctoral. Madrid: Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; 2016.
4. Clavé Civit P. Complicaciones de la disfagia orofaríngea. En: Clavé Civit P, García Peris P (ed.). Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Editorial Glosa SL; 2013. p31-49.
5. Galán Sánchez-Heredero MJ, Santander Vaquero C, Cortázar Sáez M. Relationship between dysphagia and malnutrition in patients over 65 years of age. *Enferm. Clínica* 2014; 24:183-190.
6. Martín A, Ortega O, Clavé P. Oropharyngeal dysphagia, a new geriatric síndrome. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018; 53(1):3-5.
7. Clavé P, Shaker R. Dysphagia: Current reality and scope of the problema. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2015; 12:259-70.
8. Nazar G, Ortega T, Fuentealba I. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2009; 20(4): 449-457.
9. Ponce M, Garrigues V, Ortiz V, Ponce J. Trastornos de la deglución: un reto para el gastroenterólogo. *Gastroenterología y Hepatología.* 2007;30(8):487-497.

VI. TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA: MEDIDAS AMBIENTALES Y ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN DEGLUTORIA. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS MÁS UTILIZADAS

Dra. Silvia Alcalde Muñoz

6.1. Introducción

Los principales objetivos en el tratamiento de los pacientes con disfagia van orientados a conseguir una deglución eficaz y segura, lo que implica:

- Conseguir mantener la máxima funcionalidad de la deglución y que el paciente mantenga un estado adecuado de hidratación y nutrición.
- Reducir las complicaciones médicas asociadas, especialmente las respiratorias por su elevada morbimortalidad.
- Valorar las necesidades y formas más adecuadas de suplementación nutricional.
- Orientar al paciente y familiares acerca de otras vías de alimentación no oral si están indicadas¹.

6.2. Medidas ambientales y estrategias de rehabilitación deglutoria

6.2.1. Medidas ambientales

Es importante que el paciente se encuentre acompañado en todo momento durante las comidas², realizar una buena limpieza bucal antes y después, permitirle oler y probar, alentarle para que no reprima la tos, no forzar si hay rechazo insistente, favorecer la imitación sentándose a la misma altura³ y darle el tiempo suficiente para compensar los posibles déficits motores y el retraso del reflejo deglutorio¹.

El lugar adecuado para comer debe ser tranquilo, sin ruidos ni distracciones, bien iluminado, y en la medida de lo posible, hay que permitir que el paciente coma solo, siempre bajo supervisión. Es importante asegurar un mismo horario de comidas, evitando las horas de más somnolencia, y con una duración de 30-40 minutos como máximo.

6.2.2. Estrategias de rehabilitación deglutoria

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 complicaciones⁴. 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 dinámico⁵. 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 bolo⁶; además, facilitan la actividad muscular y mejoran los tiempos deglutorios. Son particularmente beneficiosas en pacientes con limitaciones del movimiento o deterioro cognitivo⁵, con mejoría de las aspiraciones en un 25 % de los pacientes en los que se aplican y un nivel de evidencia B (estudios no aleatorizados de alta calidad)^{5,7}. La **flexión cervical anterior** es la más utilizada; consiste en aproximar el mentón al esternón, sin hiperflexión. Es con probabilidad la más segura⁵; 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 respiratoria⁷ y disminuyendo el riesgo de aspiraciones⁵. Combinada con la **rotación cefálica hacia el lado enfermo**, reduce los residuos en oro- e hipofaringe⁵; resulta, además, muy útil en hemiparesias tras un accidente cerebrovascular⁷. Todas las estrategias se resumen en la tabla 1⁵.

ESTRATEGIA POSTURAL	¿EN QUÉ CONSISTE?	¿QUÉ SE CONSIGUE CON ELLA?	¿A QUIÉN VA DIRIGIDA?
Flexión cervical anterior	Llevar mentón al esternón	<ul style="list-style-type: none"> • Protege vía respiratoria. • Menos riesgo de aspiraciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el reflejo deglutorio. • Menor movimiento posterior de lengua.
Flexión cervical posterior	Hiperextensión cervical	<ul style="list-style-type: none"> • Horizontaliza epiglotis. • Mejora drenaje faríngeo y velocidad de tránsito oral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal sello labial y nasofaríngeo. • Menor movimiento posterior de la lengua (p.ej.: glosectomías).
Rotación cefálica	Se lleva la cabeza hacia el lado enfermo	<ul style="list-style-type: none"> • Dirige la comida al lado sano durante la deglución. • Aumenta la eficacia del tránsito faríngeo. • Facilita apertura del esfínter esofágico superior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración motora unilateral (faríngea/laríngea). • Mal cierre de glotis.
Decúbito lateral y/o supino	Deglución con el paciente en decúbito lateral y/o supino	<ul style="list-style-type: none"> • Potencia efecto de la gravedad sobre el bolo. • Protege de la aspiración del residuo hipofaríngeo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del residuo hipofaríngeo. • Poca contracción faríngea.

Tabla 1. Estrategias posturales. Adaptado de Gutiérrez Fonseca R, (2014)⁵.

Estrategias de incremento sensorial oral

Son útiles si existen apraxias o alteraciones de la sensibilidad oral, disminuyendo cualquier retraso entre la fase oral y faríngea⁷. 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 deglutorios⁷⁻⁸. 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 del bolo** (que se describirán más adelante)⁷⁻⁸.

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 ella⁷⁻⁸:

- **Ejercicios de Shaker:** se utiliza la flexión anterior del cuello con el paciente en decúbito para rehabilitar la musculatura hioidea, mejorar la apertura del esfínter esofágico superior (EES) y reducir el residuo faríngeo, con un nivel de evidencia científica A (estudios controlados y aleatorizados de gran calidad)⁷.

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 (figura 1)⁹.



Figura 1. Ejercicio de Shaker. Extraído de Clavé Civit P, *et al.* (2013)⁷.

- **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 (tabla 2)^{5,7}.
- **Electromiografía de superficie y *biofeedback*:** o medición electrofisiológica de la actividad del sistema musculoesquelético sobre la piel para mejorar la coordinación y el fortalecimiento muscular⁸.

Maniobras deglutorias específicas

Están indicadas para mejorar la eficacia y seguridad de la deglución (tabla 3)^{4-5,7}, favoreciendo el cierre laríngeo y el paso del bolo al esófago sin residuos.

Son maniobras voluntarias que el paciente puede aprender y realizar de forma automatizada, aunque requiere un buen estado cognitivo y colaboración activa, con un nivel de evidencia B⁷. El uso de la videofluoroscopia mantiene su objetividad⁵.

De ellas, la más importante y practicada es la **deglución supraglótica**: se le pide al paciente que inspire, mantenga el aire en una apnea voluntaria en el momento de tragar y tosa en espiración. Aumenta el cierre de las cuerdas vocales antes y durante la deglución, incrementa el cierre voluntario de la laringe y elimina los residuos acumulados en la glotis y senos piriformes de la faringe⁷.

Junto con la **deglución súper-supraglótica**, disminuye el riesgo de aspiración gracias a la apnea que cierra el vestíbulo laríngeo antes de la deglución, estando ambas contraindicadas si existen enfermedades coronarias por el aumento de presión intratorácica que puede producir alteraciones del ritmo cardíaco⁷.

MANIOBRAS	DESCRIPCIÓN
Labiales	<ul style="list-style-type: none"> • Esconder los labios, apretarlos con fuerza y estirarlos mientras están cerrados. • Intentar unir las comisuras bucales. • Pronunciar M, P, B. • Dar besos.
Dentales	<ul style="list-style-type: none"> • Morder labio superior con los dientes inferiores. • Morder labio inferior con los dientes superiores. • Simular proceso de masticación.
Linguales	<ul style="list-style-type: none"> • Mover la lengua arriba y abajo, derecha e izquierda. • Rotarla entre dientes y labios, sacarla y esconderla. • Empujar las mejillas. • Barrer el paladar con ella.
Mandibulares	<ul style="list-style-type: none"> • Bostezar. • Mover a un lado y a otro. • Abrir y cerrar la boca. • Hacer movimientos de succión e hinchar las mejillas.
Respiratorias	<ul style="list-style-type: none"> • Usar diferentes ritmos respiratorios. • Simular el momento de tragar haciendo apneas breves. • Usar respiración nasal y oral. • Controlar la inspiración y el soplido.

Tabla 2. Ejercicios bucolinguofaciales. Adaptado de Jiménez Rojas C, *et al.* (2006)¹.

MANIOBRAS	¿EN QUÉ CONSISTE?	OBJETIVO
Deglución supraglótica	Inspirar → Apnea voluntaria → tragar y toser para eliminar los residuos acumulados en la glotis o faringe.	Cerrar las cuerdas vocales antes y durante la deglución para proteger vía respiratoria (evitar aspiración).
Deglución súper-supraglótica	Inspirar → Apnea voluntaria → inspiración profunda, deglución posterior y tos inmediatamente después.	Cierre máximo de la vía aérea antes y durante la deglución (evitar aspiración).
Deglución de esfuerzo	Deglución con cierta flexión anterior del cuello resistida. Repetidamente, se denomina “doble deglución con esfuerzo” o “deglución en seco”.	Propulsar mejor el bolo y la contracción faríngea. Doble deglución: la primera pasa el bolo y las demás aclaran residuos de la faringe.
Maniobra de Mendelssohn	Se toma el cartílago tiroides entre pulgar e índice, y a la vez que el paciente traga, lo eleva hacia anterior durante 3 segundos.	Aumenta duración y amplitud de la apertura esfínter esofágico superior.
Maniobra de Masako	Deglutir con la lengua entre los dientes.	Estabiliza lengua produciendo más contracción faríngea.

Tabla 3. Maniobras deglutorias específicas. Adaptado de Cámpora H, *et al.* (2012)⁴.

Técnicas de facilitación

Fundamentalmente es la electroestimulación neuromuscular (cervical y de pilares faríngeos)⁷ mientras el paciente practica unos ejercicios deglutorios para aumentar su potencia y mejorar la sincronización entre las diferentes fases de la deglución. Aunque podrían tener un papel relevante, se necesitan más estudios para valorar su nivel de eficacia⁷.

6.3. Tratamiento farmacológico y técnicas quirúrgicas más utilizadas

El tratamiento de la disfagia, independientemente de su etiología, es fundamentalmente dietético y rehabilitador⁵, valorando en aquellos casos en los que sea secundaria a alteraciones estructurales, el tratamiento médico o quirúrgico específico de la causa.

Si la disfagia se debe a estenosis pépticas, la mayoría se trata con inhibidores de la bomba de protones y dilatación, pudiéndose utilizar las inyecciones de esteroides para disminuir el número de dilataciones¹⁰.



El tratamiento quirúrgico está orientado a conseguir una deglución más eficiente y segura^{5,11}; en primer lugar, mejorando la funcionalidad de los principales esfínteres involucrados (EES, velopalatino y glótico)¹¹; y en segundo lugar, gracias a la exclusión laríngea o la separación de la vía aérea respecto a la digestiva⁵.

Y en aquellos pacientes en los que las alteraciones de la eficacia o seguridad conlleven la necesidad de nutrición enteral por encima de las 3-4 semanas y la expectativa de vida sea aceptable, puede estar indicada la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG), colocada bajo anestesia general y con baja morbilidad⁵.

6.3.1. Miotomía del cricofaríngeo

El EES es una estructura muscular y cartilaginosa, formado en su pared lateral y posterior por el músculo cricofaríngeo, fundamental para su apertura¹².

Cuando se contrae de forma excesiva y mantenida, puede producirse la llamada barra cricofaríngea^{5,12} y la herniación de la mucosa faríngea a través del triángulo de Lainert, localizado entre los fascículos del constrictor inferior de la faringe y el cricofaríngeo⁵.



En ambos casos, la miotomía del cricofaríngeo (desde el esternocleidomastoideo izquierdo se llega hasta el músculo constrictor inferior extendiéndose 5 centímetros en sentido distal)¹¹ puede ser una buena opción quirúrgica, estando indicada en pacientes con disfagia que presenten:

- a) Una propulsión lingual y faríngea inadecuadas.
- b) Falta de coordinación entre EES y faringe.
- c) Pobre relajación del EES y/o reducción de la distensibilidad muscular e incremento de la resistencia al flujo^{11,13}.

La disartria y el mal pronóstico neurológico de base son factores predictores de mala respuesta¹³. Sin antecedentes neurológicos y con el reflejo deglutorio preservado, los resultados son positivos en 2/3 de los pacientes, a diferencia de aquellos con trastornos espásticos de la apertura del EES (párkinson) y alteraciones de la respuesta motora orofaríngea⁵.

Como complicaciones se describen: hematomas/infecciones retrofaríngeas, fístulas o neumonías por aspiración¹³.

6.3.2. Toxina botulínica

La toxina botulínica tipo A deriva de la neurotoxina del *Clostridium botulinum*^{5,11} y bloquea la transmisión neuromuscular de acetilcolina en las terminaciones presinápticas¹³. Al inyectarse endoscópicamente sobre el músculo cricofaríngeo permite la deglución en pocos días gracias a la parálisis y relajación del músculo^{5,11}.



Está indicada en pacientes con disfunción primaria del cricofaríngeo, cuando se busque un efecto transitorio o como alternativa a la miotomía¹¹ en pacientes no candidatos a cirugía o dilatación endoscópica por balón, con el inconveniente de que las sesiones deben repetirse con periodicidad (el efecto dura 2-6 meses), y un uso limitado por riesgo de aspiración si existe enfermedad neurológica de base¹³. Cada sesión suele durar 20 minutos y solo requiere un ingreso hospitalario corto¹¹.

6.3.3. Pacientes con divertículo de Zenker¹¹

El divertículo de Zenker (DZ) es una protusión de la mucosa faríngea a través del triángulo de Killian, una zona relativamente débil en la pared posterior de la faringe entre el constrictor inferior de la faringe y el cricofaríngeo debido a un aumento de la presión hipofaríngea.

En estos pacientes, la miotomía puede ser beneficiosa incluso sin reseca el divertículo al normalizar la presión hipofaríngea y la distensibilidad del EES. Si los DZ son pequeños (<2 cm), solo se realiza la miotomía; si son moderados, miotomía y suspensión; y si son grandes, miotomía y resección. En general, los resultados de la cirugía abierta son excelentes (>96%) y la tasa de complicaciones, baja. Recientemente, se han desarrollado técnicas endoscópicas con electrocauterización o sutura mecánica, no siempre posibles en divertículos de pequeño tamaño.

6.3.4. Cirugía de los esfínteres velopalatino y glótico

- **Incompetencia del esfínter glótico:** además de rehabilitación fonatoria, serán necesarios tratamientos medializadores de la glotis que movilicen el pliegue vocal paralizado a una posición donde el contralateral pueda completar el cierre laríngeo^{5,11}, y que pueden englobarse en dos grupos:

- a. **Infiltración de sustancias** (colágeno, hidroxiapatita, grasa autóloga, etc.) para aumentar el volumen de la cuerda vocal, medializar el borde libre y permitir el contacto con la contralateral⁵.

Pueden realizarse de forma ambulatoria, y se indican cuando la brecha glótica es pequeña y el pronóstico del paciente favorable¹¹, con el inconveniente de que el resultado suele ser temporal⁵.

- b. **Quirúrgicos** (tiroplastias o laringoplastias), que medializan la cuerda paralizada gracias a la colocación de prótesis (silicona, hidroxiapatita o Gore-tex®) en su borde lateral^{5,11}. Es preferible cuando el déficit es permanente, la brecha vocal es amplia o existe una brecha en la glotis posterior¹¹.

- **Incompetencia del esfínter velopalatino:** causa de regurgitación oronasal, puede alterar la propulsión lingual dificultando la progresión del bolo⁵. En estos casos, se pueden utilizar prótesis que reemplacen la pérdida de tejido o empujen el paladar contra la pared faríngea posterior.

Y si el paciente no la tolera o no tiene suficientes dientes, se puede crear una sinuequia entre paladar y pared faríngea posterior que restablezca el esfínter y elimine la rinolalia¹¹.

6.3.5. Minimizar el riesgo de aspiraciones

- **Técnicas de suspensión laríngea:** para realizar diferentes sistemas (cerclajes, suturas, dispositivos, etc.) que buscan elevar y adelantar la laringe con el fin de mejorar la dinámica deglutoria y evitar su exposición a los residuos de la hipofaringe^{5,14}.
- **Técnicas de exclusión laríngea:** cierre endoscópico de supraglotis y, en último extremo, laringectomía total⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Disfagia. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), (coord.). Tratado de Geriatria para residentes. Madrid; 2006. p545-553.
2. De Luis Román DA, Aller R, Izaola O. Menú de textura modificada y su utilidad en pacientes con situaciones de riesgo nutricional. Nutr Hosp. 2014;29:751-759.
Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309231669006.pdf>
3. Red Menni de Daño Cerebral. Guía para el manejo de la disfagia. Pautas para personas con problemas de deglución. [Internet] Gipuzkoa: Servicio de Logopedia de Daño Cerebral del Hospital Aita Menni; 2014 [consultado 13 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://dañocerebral.es/cuidar-en-casa-a-una-persona-con-disfagia/>
4. Cámpora H, Falduti A. Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. Rev Am Med Resp 2012; 3: 98-107.
5. Gutiérrez Fonseca R. Tratamiento rehabilitador y conservador de la disfagia orofaríngea. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), (coord.). Intervención nutricional en el paciente con disfagia. Envejecimiento y nutrición. Madrid: IMC; 2014. p65-77.
6. Clavé P, Terré R, de Kraa M, *et al*. Approaching oropharyngeal dysphagia. Rev Esp Enferm Dig 2004; 96(2):119-131.
7. Clavé Civit P, Arreola García V, Velasco Zarzuelo M. Tratamiento rehabilitador. En: Clavé Civit P, García peris P, (ed.). Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. 2ª ed. Barcelona: Glosa S.L; 2013. p167-180.
8. Lembo AJ. Oropharyngeal dysphagia: Clinical features, diagnosis, and management. [Monografía en Internet] En: Talley NJ, Deschler DG, Robson KM, editors. UpToDate; 2016 [acceso 1 de junio de 2018].
Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-dysphagia-clinical-features-diagnosis-and-management>



9. Logemann JA, Rademaker A, Roa Pauloski B, *et al.* A randomized study comparing the Shaker exercise with traditional therapy: A preliminary study. *Dysphagia* 2009; 24(4):403-41.
10. Yates RB, Oeslschlager BK, Pellegrini CA. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia de hiato. En: Townsend C, Beauchamp D, Evers M, Mattox K, (coord.). *Sabiston. Tratado de cirugía*. 20ª ed. España: Elsevier; 2018. p1043-1064.
11. Clavé Civit P, Quer Agustí M. Tratamiento quirúrgico de la disfagia orofaríngea. En: Clavé Civit P, García peris P, (eds.). *Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea*. 2ªed. Barcelona: Glosa S.L; 2013. p180-186.
12. Martínez Marín JD. Barra cricofaríngea (acalasia cricofaríngea). Informe de un caso. *Rev Col Gastroenterol*. 2006; 21(4):306-308.
13. Lembo AJ. Oropharyngeal dysphagia: Clinical features, diagnosis, and management. [Monografía en Internet] En: Talley NJ, Deschler DG, Robson KM, editors. *UpToDate*; 2016 [acceso 1 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/oropharyngeal-dysphagia-clinical-features-diagnosis-and-management>
14. Nazar G, Ortega A, Fuentealba I. Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Rev. Med. Clin. Condes*. 2009; 20(4):449-457.



VII. LA ALIMENTACIÓN EN LA DISFAGIA: ADECUACIÓN DE TEXTURAS Y USO DE ESPESANTES

Dra. Silvia Alcalde Muñoz

7.1. Introducción

El objetivo primordial de todo profesional sanitario ante un paciente con disfagia debe ir dirigido a conseguir una alimentación segura (reduciendo al máximo las complicaciones respiratorias) y eficaz (es decir, en suficiente cantidad para conseguir un buen estado nutricional y de hidratación)¹, siempre individualizando el tratamiento según las características del paciente e integrando dichas modificaciones dietéticas dentro del ámbito social y familiar. La adaptación de las texturas de los sólidos y la viscosidad de los líquidos se considera en la actualidad la intervención más sencilla, valiosa y con gran eficacia terapéutica, ya que mejora la seguridad y minimiza las aspiraciones².

7.2. Aspectos generales de la alimentación

Resulta fundamental conseguir texturas homogéneas, evitando alimentos pegajosos (miel, chocolate) y con doble textura (caldo y fideos), fibrosos (espárragos, piña), frutas o verduras con pepitas (uvas, fresas, etc.), que produzcan sialorrea (caramelos), que se fragmenten con facilidad o que desprendan agua o zumo al morderse (tabla 1)^{1,3,4}. La adición de ácido cítrico mejora los reflejos deglutorios.

CLASE DE ALIMENTO	OPCIONES
Con dobles texturas/ texturas mixtas	Leche con galletas, sopas con pasta/arroz, purés con carne o pescado, cereales con leche o muesli, yogures con trozos.
Que pueden fundirse	Helados, gelatinas.
Pegajosos	Leche condensada, caramelos, bollería, miel, chocolate, plátano.
Resbaladizos (se dispersan en la boca)	Almejas, guisantes, habas, arroz, lentejas, garbanzos.
Que desprenden líquido al morderse	Sandía, melón, mandarina, naranja, pera de agua.
Crujientes, secos o duros	Pan de cereales, tostadas, biscotes, frutos secos, pan, galletas, patatas.
Con pieles o semillas	Grumos, pescados con espinas, mandarinas, uvas, fresas, tomates.

Tabla 1. Alimentos con texturas de riesgo en pacientes con disfagia. (Continúa en página siguiente)

CLASE DE ALIMENTO	OPCIONES
Que se desmenuzan en la boca	Carne picada, galletas de hojaldre, tostadas.
Fibrosos	Piña, lechuga, espárragos, apio.
Que no forman bolo	Arroz, legumbres, guisantes.

Tabla 1. Alimentos con texturas de riesgo en pacientes con disfagia. Adaptado de González Alted C, (2013)⁴.

Lo ideal sería enriquecer los alimentos para que, aunque sean cantidades más pequeñas aporten más nutrientes (tapioca, sémola), grasas (aceite de oliva, mantequilla, nata) y proteínas (clara de huevo, queso rallado)⁵.

En general, las raciones deben ser pequeñas, con más tomas repartidas a lo largo del día (el tiempo de deglución aumenta de 2 a 4 veces) y que no excedan los 45 minutos¹.

Es preferible evitar las pajitas y utilizar cucharas antes que jeringas^{1,3} (permiten observar la deglución y la presión en la lengua estimula el reflejo deglutorio), administrando pequeñas cantidades cada vez, procurando que el paciente no hable mientras coma, evitando que se acumulen alimentos, y asegurándose de que la boca esté vacía antes de administrar una nueva cucharada de alimento. Si aparecen tos, hay que detener la alimentación¹.

7.3. Cambios de volumen y viscosidad del bolo

7.3.1. Tipos del volumen³

Para asegurar la eficacia y seguridad de la deglución, no solo hay que adaptar la textura sino también el volumen que se administra con cada cucharada, que en ocasiones está más relacionado con las aspiraciones que la propia viscosidad³.

- **Alto:** cuchara sopera (10-15 ml)³.
- **Medio:** cuchara de postre (10 ml)³.
- **Bajo:** cucharilla de café (5 ml)³.

7.3.2. Viscosidad del bolo

La viscosidad es una propiedad de sólidos y líquidos que representa su resistencia al flujo y puede medirse en *pascal seconds* (Pa.s) o *centipoise* (cP). Casi todos los fluidos que se beben son «finos» o de baja viscosidad, pero para el paciente con disfagia suponen el mayor riesgo de aspiración hacia la vía aérea. Lo ideal sería ajustar los fluidos de forma objetiva (videofluoroscopia), pero dado que a veces resulta difícil su uso en la práctica clínica, pueden utilizarse las propiedades

cualitativas de cada nivel descritas por la ADA (American Dietetic Association) y la BDA (British Dietetic Association) y ajustarlas según el MECV-V (tabla 2)⁶.

TIPO DE TEXTURA		DESCRIPCIÓN
CUALITATIVA	CUANTITATIVA	
Líquidos finos	1-50	Agua. Sin modificación de viscosidad.
Néctar (nivel 1)	51-350	Se puede beber en vaso o con pajita. Al caer, forma un hilo fino y deja un residuo fino (p. ej.: zumos con pulpa).
Miel (nivel 2)	351-1750	Se puede beber en vaso o con cuchara. Al caer, forma gotas gruesas y deja un residuo grueso (p. ej.: miel).
Pudin (nivel 3)	>1750	Solo se puede tomar con cuchara. Al caer mantiene su forma. (p. ej.: aguas gelificadas).

Tabla 2. Modificación de las viscosidades de los fluidos según la American Dietetic Association y la British Dietetic Association. Adaptado de Clavé Civit P, *et al.* (2013)⁶.

La prevalencia de penetraciones y aspiraciones es máxima con líquidos y disminuye en néctar, miel y pudin por ese orden, tal y como demostró el Dr. Clavé en un estudio⁷, donde la prevalencia de las aspiraciones con líquidos fue de 21,6 % en pacientes con enfermedades neurológicas no progresivas (p. ej.: ictus), se redujo al 10,5 % con la viscosidad néctar y al 5,3 % con la de tipo pudin^{2,6}, mientras que en enfermedades neurodegenerativas (p. ej.: esclerosis lateral amiotrófica) de 16,2 % (líquidos) se redujo al 8,3 % (néctar) y 2,9 % (pudin), con resultados similares en ancianos frágiles⁷.

7.3.3. Espesantes y sus indicaciones

Dado que por desgracia, pocos fluidos en la alimentación humana son lo bastante viscosos como para evitar las aspiraciones, es preciso utilizar espesantes comerciales que modifiquen dicha propiedad, siendo importante instruir tanto al paciente como a sus cuidadores para que los sepan identificar y conozcan el comportamiento del espesante sobre los diferentes alimentos⁶.

Existen fundamentalmente dos grandes grupos:

- 1. Derivados del almidón:** los más conocidos y utilizados. Cada gránulo de almidón captura agua en su interior y se expande.
- 2. Basados en gomas:** fijan el agua entre las partículas del espesante, no se alteran ante los cambios de temperatura⁶.

Según el Real Decreto 1205/2010 (24 de septiembre)⁸, los espesantes estarían indicados en disfagia neurológica o excepcionalmente motora, con el fin de evitar o retrasar el uso de sonda nasogástrica o gastrostomía cuando dichos enfermos pueden ingerir alimentos sólidos sin riesgo de aspiración, pero la sufren o tienen riesgo de sufrirla al ingerir líquidos que no pueden ser espesados con alternativas de consumo ordinario^{6,8,9}.

7.4. Generalidades de la dieta¹

Dado el aumento de apetito por la mañana y el prolongado ayuno nocturno, el aporte energético más adecuado está entre 1800 y 2000 kcal/24 h, distribuyéndose de la siguiente manera:

- **Desayuno (30 %):** al ser la toma que rompe el ayuno nocturno y tener la necesidad de aportar el 30 % de la energía diaria, las papillas de cereales comerciales pueden ser de gran ayuda (disolviendo de forma óptima el cereal para evitar grumos). Se pueden añadir zumos espesados o aguas gelificadas enriquecidas con lácteos.
- **Comida (25 %)-Cena (35 %):** en la medida de lo posible, hay que esforzarse en preparar comidas variadas y atractivas, intentando realzar sus características organolépticas para mantener el tradicional gusto por la comida. Como plato principal puede elaborarse un puré con alimentos naturales y completarlo con aguas gelificadas, frutas o lácteos.
- **Merienda (10 %):** puede ser una buena ocasión para introducir las frutas (zumos espesados, aguas gelificadas, compotas o batidos), mejor sin piel y/o pepitas, y si no es posible mucho tiempo de dedicación, una buena opción pueden ser las frutas deshidratadas.

7.4.1. Hidratación

En general, los ancianos frágiles, con enfermedades oncológicas y neurodegenerativas suelen tener unas necesidades hídricas menores dado que la actividad física es menor, y por tanto, también sus pérdidas insensibles, siendo suficiente un aporte de un litro al día, aunque según el grado de disfagia que padezca el paciente, habrá que planificar las tomas para prevenir la deshidratación³. Suele lograrse con líquidos espesados o aguas gelificadas¹, aportándolas en las tomas principales, a media mañana y en la merienda, e intentar en la medida de lo posible que sirva como aporte energético en forma de aguas gelificadas enriquecidas con lácteos o postres cremosos¹.

7.4.2. Nutrición enteral

En general, la nutrición enteral (NE) por sonda u ostomía en pacientes con disfagia grave para mantener o mejorar el estado nutricional es una recomendación A de la ESPEN, indicada en pacientes que ingieren menos del 50 % de sus requerimientos

nutricionales por vía oral, pero el tracto digestivo es funcional³. Es importante saber que no prolonga la supervivencia, no protege de las aspiraciones ni de la colonización de las secreciones orales, no previene ni cura las úlceras por decúbito, y presenta pocos beneficios en pacientes con demencia avanzada².

La vía de administración depende del acceso: sonda nasogástrica (nariz-estómago, la más utilizada), sonda nasoentérica (nariz-intestino, si hay alteraciones gástricas), gastrostomía (acceso directo al estómago) o yeyunostomía (directa al intestino), estas dos si se prevé NE durante más de 4-6 semanas³. Como contraindicaciones, se encuentran: una supervivencia menor a seis semanas, coagulopatías graves, sepsis e insuficiencia respiratoria/cardíaca descompensada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez- Busto F, Andia V, Ruiz de Alegría L, Francés I. Abordaje de la disfagia en demencia avanzada. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(S2):29-36.
2. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(S2):22-28.
3. Ashbaugh Enguñados RA. Intervención nutricional en el paciente con disfagia orofaríngea (DOF). En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), (coor.). Intervención nutricional en el paciente con disfagia. Envejecimiento y nutrición. Madrid: IMC; 2014. p79-90.
4. González Alted C. Adaptación de la alimentación y manejo de los trastornos de la deglución en pacientes con daño cerebral adquirido. En: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (eds.). Guía de nutrición de personas con disfagia. Madrid; 2017.p19-21. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/402017002_guia_nutricion_perso.pdf
5. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Disfagia. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), (coor.). Tratado de Geriatria para residentes. Madrid; 2006. p545-553.
6. Clavé Civit P, Arreola García V, Ferrero López I, Rofes Salsench L. Tratamiento dietético de la disfagia orofaríngea mediante cambios de textura y viscosidad del bolo alimenticio. En: Clavé Civit P, García peris P, (eds.). Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. 2ªed. Barcelona: Glosa S.L; 2013. p115-123.
7. Clavé P, De Kraa M, Arreola V, Girvent M, Farré R, Palomera E, *et al*. The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenenic dysphagia. Aliment Pharmacol Ther. 2006;24(9):1385-94.
8. Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado [Sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [consultado 6 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2010/09/24/1205>
9. Vademecum.es [Sede web] [actualizado 1 de enero de 2015; consultado 6 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-modulos+espesantes-v06zf99>

VIII. LA DISFAGIA EN EL ANCIANO: CAMBIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO, PREVALENCIA Y ETIOLOGÍA

Dra. Silvia Alcalde Muñoz

8.1. Introducción y prevalencia

La disfagia es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos a pesar de su elevada prevalencia y al enorme impacto que posee sobre la capacidad funcional, el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes que la padecen¹.

En ancianos, los trastornos de la deglución son fundamentalmente orofaríngeos (la más frecuente, en un 80 %), esofágicos, o una combinación de ambos, siendo especialmente importante su prevalencia en pacientes con enfermedades neurodegenerativas y oncológicas²⁻³.

La prevalencia de la disfagia orofaríngea (DO) en mayores de 70 años es muy alta, especialmente en hospitalizados (44 %) e institucionalizados (60 %), donde las cifras pueden llegar hasta el 80 %³; afectando a un 15-25 % de los ancianos que residen de forma independiente en la comunidad¹.

8.2. Fisiopatología y factores de riesgo

Aunque el envejecimiento no es *per se* una causa de disfagia clínicamente evidente, existen una serie de cambios asociados a la edad que pueden afectar a todas las fases de la deglución y contribuir, en mayor o menor medida, a su aparición⁴, y que se engloban bajo el término presbifagia⁵, y se resumen en la tabla 1.

A partir de los 70 años, la fase faríngea de la deglución dura mucho más, se requieren múltiples degluciones por bolo, y se retrasa el inicio de la fase esofágica, con pérdida de la distensibilidad del esfínter esofágico superior (EES)⁵ y mayor tiempo para el cierre del vestíbulo laríngeo y la apertura del EES, lo que se traduce en mayor paso de contenido alimentario a la vía aérea y más riesgo de penetraciones y aspiraciones⁶.

Determinadas comorbilidades (hipertensión arterial o diabetes *mellitus*) pueden favorecer la presencia de lesiones vasculares cerebrales silentes con repercusión sobre la seguridad de la deglución⁶ además de otras (síndrome de apnea obstructiva del sueño, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los trastornos tiroideos) que pueden ser factores de riesgo², o ciertos medicamentos (neurolépticos, antidepresivos, anticolinérgicos u otros sedantes) que por su acción sobre el SNC pueden contribuir a su aparición en pacientes mayores frágiles⁶.

Por otro lado, un gran número de patologías neurológicas son más frecuentes en la población anciana, siendo el ictus una de las causas más frecuentes (40-60 %), además de otras enfermedades degenerativas como párkinson (35-82 %), demencias (hasta un 90 %) o esclerosis múltiple (24 %)^{3-4,7}. Como causas esofágicas de disfagia destacan el divertículo de Zenker, la acalasia y los tumores esofágicos⁸.

TIPO	FASES	MECANISMOS	CAMBIOS ASOCIADOS A LA EDAD
VOLUNTARIAS (control cortical)	1.ª Oral Preparatoria	<ul style="list-style-type: none"> Masticación y formación del bolo: <ul style="list-style-type: none"> Sellado labial (mantenerlo en cavidad). Saliva, lengua y mandíbula (reducir viscosidad para que sea fácil de tragar). 	<ol style="list-style-type: none"> Pérdida de dientes. Prótesis móviles. Atrofia de músculos masticatorios. Se produce menos saliva.
	2.ª Oral de Transporte	<ul style="list-style-type: none"> Lengua impulsa al bolo contra paladar duro y faringe. Reflejo de deglución. 	<ol style="list-style-type: none"> Pérdida de dientes. Prótesis móviles. Atrofia de músculos masticatorios. Se produce menos saliva.
INVOLUNTARIAS	3.ª Faríngea	<ul style="list-style-type: none"> Elevación del paladar blando. Elevación de hueso hioides y cierre de cuerdas vocales. Elevación y cierre de la laringe gracias a la epiglotis. Se abre EES y se contraen los músculos constrictores faríngeos (aclaran residuos de hipofaringe). 	<ol style="list-style-type: none"> Disminuye el tono muscular (menor aclaramiento de faringe). Divertículos. Epiglotis más lenta y pequeña. Mayor tiempo de apnea.
	4.ª Esofágica	<ul style="list-style-type: none"> El bolo llega a esófago. Relajación del esfínter esofágico inferior (EEI). 	Menor amplitud de las ondas de peristalsis esofágica.

Tabla 1. Fases fisiológicas de la deglución y cambios asociados al envejecimiento. EES: esfínter esofágico superior. Adaptado de Jiménez Rojas C, et al. (2006)⁴.

8.3. Disfagia sarcopénica⁵

La sarcopenia, un síndrome geriátrico definido por el European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) como la disminución de fuerza, función y masa muscular generalizada; se considera una causa potencial de disfagia, y aunque ambas son frecuentes en ancianos, pueden existir una sin la otra.

La **disfagia sarcopénica**, si bien está asociada con la edad, requiere que la dificultad en la deglución se deba a la pérdida de masa y fuerza muscular de los músculos deglutorios y otros grupos de musculatura esquelética. Los criterios diagnósticos se explican en la tabla 2. El manejo y medidas terapéuticas son superponibles a la disfagia no sarcopénica.

8.4. Evaluación clínica

La disfagia en el paciente mayor no tiene por qué ser diferente de la presente en otros grupos etarios, con la particularidad de que, si la situación basal lo impide, a veces es preciso interrogar a los familiares o cuidadores, prestando atención a las comidas, dado que muchas veces los pacientes fraccionan los alimentos o evitan aquellos que empeoran los síntomas, sin llegar a manifestarlo verbalmente⁸.

De hacerlo, suelen ser tres los síntomas más frecuentes:

1. Aumento del tiempo para comer, ingesta más lenta.
2. Asfixia, tos o carraspeo durante o después de las comidas.
3. Sensación de que la comida se detiene en la garganta⁷.

1. Presencia de disfagia.
2. Presencia de sarcopenia generalizada (pérdida de masa y fuerza muscular esquelética).
3. Los resultados de imágenes (TAC, RMN o ultrasonografía) son consistentes con la pérdida de masa muscular en los músculos deglutorios.
4. Exclusión de otras causas de disfagia, excepto sarcopenia.
5. Se considera que la principal causa de la disfagia es la sarcopenia.

Diagnóstico:

- **Definitivo:** se cumplen criterios 1-4.
- **Probable:** se cumplen 1, 2 y 4.
- **Posible:** se cumplen 1, 2 y 5.

Tabla 2. Criterios diagnósticos de disfagia sarcopénica. TAC: Tomografía Axial Computarizada; RMN: Resonancia Magnética Nuclear. Extraído de Patino-Hernández D, *et al.* (2016)⁵.



Es importante interrogar al paciente acerca de posibles síntomas de alarma (p.ej.: pérdida de peso) o presencia de síntomas neurológicos (disartria o cambios en la voz), así como cambios recientes en la consistencia del alimento⁷⁻⁸, y antecedentes personales de desnutrición, hospitalizaciones recientes, historia farmacológica y el antecedente de cirugías, radioterapia o quimioterapia².

Respecto a la **exploración física**, además de una exploración neurológica, es importante examinar la cavidad oral para ver si hay pérdida de piezas dentales, cierre labial anormal o con menor fuerza y amplitud de la movilidad lingual⁷.

8.5. Diagnóstico de la disfagia en ancianos

a. **Cribado de la DO:** mediante el *Eating-Assessment Tool-10* (EAT-10): que es positivo al obtener 3 o más puntos⁸.

b. **Diagnóstico clínico:** Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). Una herramienta desarrollada por el Dr. Pere Clavé y que utiliza tres volúmenes (5, 10 y 20 ml) y tres viscosidades (líquido, néctar y pudín), siendo útil para comprobar tanto alteraciones de la seguridad (tos, voz húmeda o desaturación de oxígeno, este último muy útil en las llamadas aspiraciones silentes) como de la eficacia (residuo oral/faríngeo, deglución fraccionada y sello labial)^{6,8-10}.



Tiene una sensibilidad mayor al 85 %, es sencillo, seguro, se puede repetir las veces que se desee⁶ y puede utilizarse en mayores con demencia, ictus y enfermedades neurodegenerativas⁸, identificando a los pacientes a los que es necesario restringir líquidos además de orientar acerca del volumen y la viscosidad del bolo más adecuados según las características del paciente^{1:6}.



c. **Diagnóstico instrumental:** cuya elección depende de si se sospecha organicidad (endoscopia, esofagogastroduodenoscopia, TAC, RMN) o funcionalidad (videofluoroscopia, fibroendoscopia, manometría esofágica)⁸.

8.6. Tratamiento⁸

De forma general, el tratamiento de la disfagia requiere de un equipo multidisciplinar con estrategias que deben individualizarse según el paciente. En el anciano, además de la rehabilitación, resulta fundamental:

- **La adaptación de la dieta:** texturas homogéneas, no mixtas, sin grumos, etc.
- **La adaptación de la presentación de los medicamentos:** evitar cápsulas, triturar comprimidos, uso de fármacos de absorción sublingual o administración con espesantes/aguas gelificadas.
- **La suspensión de fármacos que puedan favorecerla o agravarla:** antieméticos, sedantes y anticolinérgicos.

- **La educación del paciente y sus cuidadores:** acerca de la mejor técnica de alimentación (enriquecer comidas, cambios posturales, etc.) y mejoras en la higiene oral (tratamiento de enfermedad periodontal o candidiasis orofaríngeas).

8.7. Complicaciones de la disfagia en ancianos

En ancianos, la severidad de la disfagia puede abarcar desde la dificultad leve hasta la imposibilidad total para la deglución, originando dos grandes grupos de complicaciones¹:

8.7.1. Derivadas de la pérdida de la eficacia: deshidratación y malnutrición

La desnutrición que se produce es, fundamentalmente, de tipo proteico, con pérdida de peso y disminución de grasa y de masa magra, lo que acelera la sarcopenia de los músculos deglutorios y a su vez, cierra el círculo de la disfuncionalidad^{3,6}.

En el trabajo de Suominen sobre 2 114 pacientes mayores de 82 años, se vio que el 24 % estaba malnutrido y el 60 % en riesgo de desnutrición, encontrándose que esta se relacionaba directamente con la presencia de disfagia por encima de cualquier otro parámetro¹⁰.

La deshidratación, por su parte, favorece la confusión mental, la sequedad mucocutánea y una menor salivación y expectoración, lo que agrava aún más la deglución^{6,10}.

8.7.2. Derivadas de la pérdida de seguridad: neumonías por aspiración

Las neumonías por aspiración (NA) se definen como aquellas infecciones respiratorias con evidencia radiológica de condensación producidas cuando los contenidos de la cavidad oral colonizados por patógenos respiratorios son aspirados al pulmón en pacientes con alteraciones de la deglución^{1,3,6}.

La aspiración pulmonar es una causa importante de morbilidad en ancianos, especialmente en los más frágiles, ingresados en hospitales de agudos e institucionalizados (en los que el riesgo aumenta hasta 10 veces).

De los pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad, la NA representaría el 6 % (un 10 % en mayores de 80 años) con una mortalidad acumulada de hasta el 34 %.

La dependencia para las actividades de la vida diaria y las residencias geriátricas se consideran factores pronósticos independientes⁶ (en ancianos institucionalizados con DO, la NA se produce en el 43-50 % durante el primer año, con una mortalidad de hasta el 45 %)¹⁰.

Hasta el 45 % de los ancianos con disfagia presenta penetración en el vestíbulo de la laringe y el 30 %, aspiración, la mitad sin tos (aspiración silente) y un 45 %, residuo en la orofaringe¹⁰.



La NA supone la principal causa de muerte en pacientes con enfermedades neurológicas y pacientes frágiles con alteración de la deglución, y la tercera causa de muerte en los mayores de 85 años⁶.

Es importante señalar que en los pacientes ancianos, la NA se suele presentar más como un síndrome geriátrico (*delirium*, caídas, deterioro funcional agudo, incontinencia *de novo* o reagudización de una comorbilidad previa) que con los síntomas respiratorios típicos de la neumonía⁶.

Una menor respuesta inmune, la edad, el tabaquismo, la dependencia, el tratamiento antibiótico previo, la desnutrición y la fragilidad, así como la falta de higiene oral y bucal son factores que favorecen la colonización bacteriana, y por tanto, la prevalencia de NA en los ancianos^{1,3,6,11}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clavé P. Disfagia orofaríngea en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(4):139-140.
2. Sánchez García E, Olaya-Loor GE, Mateos-Nozal J. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la disfagia orofaríngea en el anciano. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2018; 62(12):3684-88.
3. Martín A, Ortega O, Clavé P. Disfagia orofaríngea, un nuevo síndrome geriátrico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(1):3-5.
4. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Disfagia. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), (coord.). Tratado de Geriatria para residentes. Madrid; 2006. p545-553.
5. Patino-Hernandez D, Germán Borda M, Venegas Sanabria LC, Chavarro-Carvajal DA, Cano-Gutiérrez CA. Disfagia sarcopénica. Rev Col Gastroenterol. 2016;31(4418-23).
6. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(S2):22-28.
7. Khan A, Carmona R, Traube M. Dysphagia in the Elderly. Clin Geriatr Med 2014; 30(1):43-53. Disponible en: <https://geriatric.theclinics.com/>
8. Gómez-Nussbaumer D, Polanía E. Protocolo diagnóstico de la disfagia en el anciano. Protocolos de práctica asistencial. Medicine. 2016;12(1):46-8.
9. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volumetric viscosity swallow test for the clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. Clin Nutr. 2008;27(6):806-15.
10. García-Peris P, Velasco C, Velasco M, Clavé P. Disfagia en el anciano. Nutr Hosp Suplementos. 2011;4(3):35-43.
11. Almirall J, Cabré M, Clavé P. Neumonía aspirativa. Med Clin (Barc). 2007;129(1):424-432.

IX. LA DISFAGIA EN ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS: DEMENCIA, PÁRKINSON Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Dra. Silvia Alcalde Muñoz

9.1. Introducción

Bien es sabido que los pacientes ancianos frágiles y aquellos que tienen enfermedades neurodegenerativas y cerebrovasculares suponen un colectivo de riesgo para presentar disfagia¹. En concreto, la disfagia orofaríngea (DO) puede afectar a más del 30 % de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular; a un 52-82 % de pacientes con párkinson; es el síntoma inicial en el 60 % de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica (ELA); afecta a un 40 % de pacientes con miastenia *gravis*; al 44 % de los que tienen esclerosis múltiple (EM); hasta el 84 % de pacientes con enfermedad de Alzheimer¹⁻²; y al 25-42 % de pacientes tras un traumatismo craneoencefálico¹.

A continuación, se describen por separado las características de la disfagia en enfermedades neurológicas específicas: algunas por su elevada prevalencia en las consultas de AP (ictus, demencia y párkinson) y otras por su importancia (ELA, EM).

9.2. Demencia

La disfagia en las demencias debe considerarse como un síndrome frecuente en una enfermedad de curso largo y progresivo, que afecta en sus últimos estadios a más del 70 % de los pacientes, con frecuencia mayores, con baja inmunidad, pluripatológicos y polimedicados³. Puede afectarse la fase oral de la deglución por incoordinación neuromuscular (apraxias) o la fase faríngea, más típica de las demencias vasculares por secuela de ictus o en estadios avanzados de las demencias neurodegenerativas⁴. A medida que progresa el empeoramiento cognitivo y funcional, la conducta alimentaria se encuentra más deteriorada, de forma que la disfagia afecta especialmente a los pacientes en estadios GDS (*Global Deterioration Scale*)-FAST (*Functional Assessment Staging*) 6 y 7 (ver Anexo I). Sus complicaciones no difieren de las de la disfagia en pacientes sin demencias, siendo la neumonía aspirativa (NA) la principal causa de muerte³.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es el prototipo de demencia cortical, cuya disfagia (denominada pseudobulbar) se debe principalmente a la afectación del neocórtex cerebral y del sistema límbico, con deterioro de las conductas alimenticias voluntarias y estereotipadas³. Un signo temprano es la anosmia, lo que conlleva un menor gusto por los alimentos, por lo que muchos pacientes sienten que las comidas no saben bien (las encuentran siempre saladas o ácidas) y prefieren los dulces, que afectan negativamente a su nutrición.

Cuando la demencia progresa, se pierde interés por la comida y su preparación, lo que afecta negativamente a los requerimientos calóricos. Además de que no todos aceptan con agrado los cambios en la consistencia del alimento¹.

En la EA, la pérdida ponderal está habitualmente presente desde los primeros estadios, aunque el paciente mantenga su capacidad deglutoria intacta, interviniendo tanto factores primarios (atrofia de la corteza temporal, mayores requerimientos energéticos o disminución de los neurotransmisores orexígenos como el neuropéptido Y) como secundarios (tabla 1), siendo precisa una revisión sistemática de la medicación para detectar aquellos fármacos que pueden interferir con la ingesta (tabla 2)³.

FACTORES PRIMARIOS	FACTORES SECUNDARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Atrofia cortical y sistema límbico. • Alteraciones de gusto y olfato. • Alteraciones conductuales. • Apraxias/agnosias. • Hiporexia. • Disfagia orofaríngea. • Presencia de citoquinas proinflamatorias. • Disminución de neuropéptido Y (estimulante del apetito). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia en actividades de la vida diaria (lo que incluye la alimentación). • Enfermedades intercurrentes. • Dietas restrictivas. • Problemas bucales/prótesis/pérdidas dentales. • Depresión, estreñimiento y dolor. • Fármacos que pueden interferir con la ingesta (ver tabla 2).

Tabla 1. Factores primarios y secundarios implicados en la pérdida ponderal en el paciente con demencia tipo alzhéimer avanzada. Adaptado de Gómez-Busto F, *et al.* (2009)³.

FÁRMACOS	EFFECTO QUE PRODUCEN
Anticolinérgicos	Xerostomía, menor salivación.
Ansiolíticos sedantes (benzodiacepinas), neurolépticos	Disminución de la atención, inhibición del reflejo deglutorio.
Antipsicóticos	Disminución de la atención.
Antibióticos	Náuseas, hiporexia, candidiasis, sabor metálico, etc.
Bifosfonatos	Reflujo gastroesofágico, esofagitis, etc.
Digoxina (niveles tóxicos)	Náuseas y vómitos.

Tabla 2. Algunos de los fármacos que pueden interferir en la ingesta. Adaptado de Gómez-Busto F, *et al.* (2009)³.

Los pacientes con EA presentan aumento del tiempo de ingesta, fase oral prolongada, menor capacidad de masticación, reflejo deglutorio demorado (mayor en EA severa vs. leve-moderada) y protección aérea inconsistente^{1,3}, por lo que es habitual la dificultad en el manejo de las secreciones, la retención del alimento en la cavidad oral, la tos (antes, durante o inmediatamente después de la deglución), voz húmeda y atragantamientos frecuentes, por lo que su observación por parte del paciente, familiares o cuidadores debería llevar al profesional sanitario a iniciar su estudio y ver qué tipo de modificaciones se podrían emplear para mejorar la deglución. Junto con la exploración física y la evaluación del estado nutricional, el método de diagnóstico de referencia sería el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V)³ encontrándose que la severidad de las alteraciones de la deglución en la videofluoroscopia se correlaciona con la severidad de la demencia¹.

A continuación, en la tabla 3 se resumen las principales diferencias entre EA y demencia frontotemporal.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES	DEMENCIA TIPO ALZHEIMER	DEMENCIA FRONTOTEMPORAL
La disfagia se desarrolla en etapas...	Tempranas	Tardías
Apetito	Disminuido	Aumentando
Pérdida de peso	10 %	30 %

Tabla 3. Características diferenciales de la disfagia en enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal. Adaptado de Barroso J. (2009)¹.

Si existe inestabilidad postural cefálica, hay que impedir la hiperextensión del cuello con un soporte adecuado para la cabeza; asegurando la sedestación a 30° tanto al inicio como al final de la ingesta durante mínimo 30 minutos y prestando atención al estado nutricional no solo cuando aparece la disfagia sino durante toda la enfermedad. Dado que no se ha visto que el uso de sondas de alimentación mejorase el estado nutricional, ni redujese las complicaciones, la guía ESPEN de nutrición enteral en pacientes geriátricos no considera su uso en la fase final de la demencia. De igual modo, la gastrostomía percutánea no disminuyó ni las aspiraciones ni la presencia de neumonías, propiciando, por el contrario, un aumento de la flora patógena bucal³.

9.3. Accidentes cerebrovasculares

La DO funcional afecta a más del 30 % de pacientes que han sufrido un ictus⁵, pudiendo oscilar las cifras en torno al 25-55 %⁴. La videofluoroscopia (VFS) muestra disfagia en el 64-90 % de ACV en fase aguda y aspiración confirmada en el 22-42 %¹, siendo el retraso en el inicio del reflejo deglutorio el hallazgo más común, seguido



de menor peristalsis faríngea y control lingual⁴. Aunque el centro de la deglución se localiza en la sustancia reticular del tronco cerebral, la disfagia tras un ACV no es solo exclusiva de patología vascular bilateral o troncoencefálica. En lesiones hemisféricas izquierdas se afecta más la fase oral, con apraxia y problemas de coordinación; en las derechas, lo hace más la faríngea, con mayor frecuencia de broncoaspiraciones⁴. La desnutrición secundaria a la disfagia produce mayor riesgo de dependencia y la NA es la principal causa de muerte durante el primer año tras el alta hospitalaria⁵.

9.4. Enfermedad de Parkinson

En la enfermedad de Parkinson (EP), la acinesia de cara y boca altera la masticación, la formación del bolo y su propulsión hacia la faringe y, si es muy intensa, aumenta el riesgo de deglutir fragmentos poco masticados y de asfixia por bloqueo en faringe⁶. Según progresa, disminuye la peristalsis faríngea y la motilidad lingual⁴, las degluciones son menos potentes y más lentas, y los fraccionamientos del bolo, frecuentes y simultáneos a la respiración, aumentan el riesgo de aspiraciones⁶, por lo que el retraso del reflejo deglutorio es lo habitual en las fases más avanzadas⁴.



Por su parte, los tratamientos farmacológicos pueden producir alternancia de xerostomía y sialorrea, lo que impide que el alimento se propulse correctamente⁶. En estadios finales, hasta un 50 % de los pacientes pueden padecerla, aunque al ser su instauración lentamente progresiva, el paciente no suele tener mucha consciencia de ella⁴.

9.5. Esclerosis lateral amiotrófica

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) se caracteriza por debilidad y amiotrofia progresivas con clínica de primera y segunda motoneurona. Existe una forma de presentación espinal, más de inicio en extremidades (la más frecuente) y una bulbar, donde la disfagia es el síntoma más relevante y con cierto predominio a partir de los 80 años⁷.

La parálisis y amiotrofia lingual impiden la masticación normal y la propulsión correcta del alimento hacia la faringe, y la debilidad bucolingual convertirá las comidas en fatigosas si implican demasiadas contracciones musculares. Si la parálisis es faríngea, el trastorno es peor, porque la deglución deja de ser eficaz y las broncoaspiraciones aparecen enseguida, mientras que si la parálisis es laríngea, las aspiraciones son sistemáticas con cada deglución, con una tos que no es efectiva si existe afectación de los músculos espiratorios. En los primeros casos, la adecuación de texturas y líquidos espesados junto con los cambios posturales suele ser suficiente para evitar las complicaciones respiratorias, mientras que si las broncoaspiraciones son sistemáticas y el estado general del paciente lo permite, es preciso valorar la nutrición enteral y la gastrostomía percutánea⁶.

9.6. Esclerosis múltiple

Las lesiones inflamatorias multifocales de la sustancia blanca que se producen en la esclerosis múltiple (EM) pueden traducirse en múltiples déficits motores, sensitivos y cognitivos, que pueden desarrollar disfagia, pudiendo estar presente en el 24-65 % de pacientes y es peor tanto si hay afectación cerebral, como en fases avanzadas de la enfermedad⁸, donde la disfagia se produce especialmente para líquidos por alteración de las vías geniculadas. La afectación cerebelosa altera, por su parte, la estabilidad respiratoria e incrementa las aspiraciones, que pueden intentar minimizarse mediante la adecuación de texturas y evitando la extensión cervical al ingerir los líquidos⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(S2):22-28.
2. Pérez Aisa, Ángeles. Disfagia orofaríngea: concepto. Prevalencia. Fisiología de la deglución. Etiología y complicaciones. Ponencia. España: Universidad de Málaga; 2017. Disponible en: <https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/13122>
3. Gómez- Busto F, Andia V, Ruiz de Alegría L, Francés I. Abordaje de la disfagia en demencia avanzada. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(S2):29-36.
4. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez AI, Gutiérrez Bezón C. Disfagia. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), (coord.). Tratado de Geriatria para residentes. Madrid; 2006. p545-553.
5. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Repercusiones clínicas de la disfagia y la desnutrición en el paciente con ictus. Endocrinol. Diabetes Nutr.2018;65(10):625-6.
6. Merrot O, Guatterie M, Fayoux P. Enfermedades neurológicas de la faringe y trastornos de la deglución en la infancia y la edad adulta. EMC Otorrinolaringología. 2012;41(1):1-15 [Artículo E-20-610-A-10].
7. Espauella Ferrer M, Aragonès Pascual JM, Amblàs Novellas J, Molist Brunet N. Esclerosis lateral amiotrófica y disfagia en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol.2015;50(2):97-104.
8. Goldsmith T, Cohen AK. Swallowing disorders and aspiration in palliative care: Definition, consequences, pathophysiology, and etiology [Monografía en Internet] En: Schmader KE, Deschler DG, Smith TJ, (eds.). UpToDate; 2018 [acceso 15 de octubre de 2018]. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-definition-consequences-pathophysiology-and-etiology?search=dysphagia %20palliative&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-definition-consequences-pathophysiology-and-etiology?search=dysphagia%20palliative&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1)

X. LA DISFAGIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Dra. Silvia Alcalde Muñoz

10.1. Introducción

La disfagia en los pacientes incluidos en los programas de cuidados paliativos es un síntoma muy frecuente, especialmente en neoplasias malignas del tracto digestivo superior, enfermedades neurológicas progresivas, y por la fragilidad que se desarrolla próxima al final de la vida. Comprender la fisiopatología de la enfermedad que la produce resulta muy importante para su correcto manejo, puesto que lo que puede ser beneficioso en una determinada enfermedad puede no serlo en otra¹. Aunque el manejo no difiere de los pacientes no incluidos en estos programas, no hay que olvidar que el objetivo principal es asegurar el confort y aliviar el dolor por encima de una nutrición e hidratación óptimas¹⁻², dado que, en muchas ocasiones, la desnutrición está relacionada con la progresión de una enfermedad sistémica que no responde a un tratamiento específico² y en pacientes oncológicos puede tener un origen multifactorial, incluyendo el denominado síndrome caquexia-anorexia, que repercute negativamente en su calidad de vida³.

Dado que la fisiopatología de la disfagia ya se ha descrito, solo se comentarán las particularidades de especial interés, haciendo hincapié en la alimentación e hidratación al final de la vida.

10.2. Etiología

Existen tres causas fundamentales por las que la disfagia en pacientes que reciben cuidados paliativos puede producirse:

10.2.1. Enfermedad que padecen¹

- a. **Tumores:** especialmente los que afectan al SNC, cabeza y cuello (faringe y laringe los más frecuentes) y tracto digestivo superior. En ellos, la disfagia puede deberse a obstrucción, infiltración, linfedema (especialmente en región facial, que dificulta la ingesta) o afectación nerviosa¹ (tabla 1). A los efectos tumorales, se suman los trastornos de la deglución secundarios a disminución de consciencia y atención (especialmente en los del SNC), sarcopenia, efecto masa y complicaciones asociadas⁴. Otros tumores malignos (pulmón, mama, páncreas, colorrectal o hematológicos) también pueden desarrollar disfagia orofaríngea¹.
- b. **Enfermedades neurodegenerativas:** párkinson, demencias, ictus, EM, ELA, miopatías, etc.
- c. **Otras enfermedades crónicas que pueden asociar fragilidad:** enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fallo cardiaco, enfermedad renal terminal, etc.

TUMORES DEL SNC	
Primarios	La disfagia se produce sobre todo por crecimiento/compresión.
Extrínsecos (schwannomas, meningiomas) y de base del cráneo (cordomas, paragangliomas, condrosarcomas)	La disfagia se produce por compresión o infiltración medular, de pares craneales (V, VII, IX, X, XII) y núcleos implicados en deglución.
TUMORES ESOFÁGICOS	
Cervicales	La disfagia es esofágica → Globo faríngeo a nivel de la garganta.
Torácicos	La disfagia es esofágica → 1.º sólidos y luego líquidos, tos refractaria y reflujo gastroesofágico (adenocarcinomas). Se debe a obstrucción (intraluminal) o compresión (extraluminal).
OTROS	
Pulmón	La disfagia se debe a compresión/invasión del nervio laríngeo recurrente, con parálisis laríngea (disfonía y disartria, menor protección de vía aérea).

Tabla 1. La disfagia como consecuencia tumoral. Adaptada de Goldsmith T, Cohen AK, (2018)¹.

10.2.2. Tratamiento recibido por la enfermedad¹

- a. **Cirugía:** que produce alteraciones estructurales, motoras y sensoriales, fibrosis y fístulas (p. ej.: traqueoesofágicas en tumores malignos de esófago con incremento de aspiración y neumonía)¹.
- b. **Quimioterapia (QT):** con efectos tóxicos sobre mucosa oral, faríngea y esofágica, con desarrollo secundario de infecciones durante los períodos de inmunosupresiones, con xerostomía, náuseas, mucositis, odinofagia, disgeusia y sangrado de mucosas¹.
- c. **Radioterapia (QT):** produce cambios funcionales (menor peristaltismo, menor apertura del esfínter esofágico superior y cierre laríngeo incompleto, entre otras), inflamación, edema y fibrosis, atrofia muscular y depósitos de colágeno, mucositis (progresiva e irreversible, hasta 6 meses-5 años después, y que puede complicarse con ulceración y necrosis), y afectación muscular, en forma de *trismus* (pterigoideos y maseteros) y aumento del grosor de los músculos esternocleidomastoideo y constrictor inferior (mucho más marcada, secundaria a edema e inflamación secundaria a la de la mucosa faríngea que lo recubre) evidenciado en escáner⁵. Las aspiraciones pueden empeorar después de muchos



años de tratamiento, siendo precisa la ingesta de grandes cantidades de líquido para intentar compensar la xerostomía inducida¹.

d. **Fármacos:** el primer caso de disfagia inducida por fármacos fue declarado en 1970. Desde entonces, se sabe que unos 160 fármacos están implicados en el desarrollo de disfagia, bien como un efecto secundario (antipsicóticos, neurolépticos, fármacos que producen xerostomía como antieméticos, antihistamínicos o antidepresivos), bien como complicación de su efecto terapéutico (antineoplásicos, inmunosupresores, corticoesteroides) o bien al inducir un daño en la mucosa esofágica (bifosfonatos, antiagregantes o antiinflamatorios no esteroideos)^{1:6}.

10.2.3. Enfermedades concurrentes

Estenosis benignas, hernia de hiato y reflujo gastroesofágico, dolor (dental, óseo, tejidos blandos) o alteración cerebral (trauma, infección, hipoxia, enfermedades neurodegenerativas).

10.3. Clínica y consecuencias de la disfagia



Los síntomas no difieren de los ya conocidos, con el matiz de que, en muchos casos, los trastornos de la deglución se producen de forma asintomática, con más riesgo de aspiraciones silentes, especialmente después de los tratamientos de tumores de cabeza y cuello y con EM avanzada^{1:7}. La aspiración pulmonar es una causa importante de morbimortalidad en ancianos y pacientes con enfermedades terminales avanzadas, especialmente, neurodegenerativas, con múltiples formas clínicas entre las que destacan la neumonía aspirativa y la neumonitis química (síndrome de Mendelson)^{1:8}.



10.4. Nutrición e hidratación al final de la vida

En nuestra sociedad, el hecho de comer juega un papel muy importante, en parte por su asociación con un estado óptimo de salud y por factores biológicos, éticos y religiosos. Es muy frecuente que al final de la vida se presenten problemas relacionados con la alimentación, sobre todo por la elevada incidencia de malnutrición (50-75 %) y la preocupación que los síntomas asociados (anorexia, pérdida de peso), generan en el paciente y sus familiares. No se trata de quitar importancia a la nutrición o hidratación, sino de adecuarlas a las fases de la enfermedad, recordando que el objetivo en los pacientes que reciben cuidados paliativos es la de proporcionar calidad de vida mediante una atención integral, activa y continuada, no curar⁹.

10.4.1. La nutrición en cuidados paliativos

La malnutrición al final de la vida no solo es un síntoma muy frecuente, sino también un factor de mal pronóstico, y aunque podría pensarse que su corrección mejoraría la situación del enfermo, es importante señalar que su presencia es consecuencia y no la causa de la enfermedad, resultando irreversible en los

últimos estadios. Por ello, el objetivo principal debe ser la de asegurar el control de síntomas asociados por los que siempre se ha de interrogar (xerostomía, mucositis, diarrea, estreñimiento, náuseas-vómitos, etc.), antes que el uso de planteamientos intervencionistas para recuperar el estado nutricional sin beneficios clínicamente significativos⁹.

En pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas, es importante tener presente la llamada **caquexia cancerosa**, que se define como una pérdida progresiva de masa muscular de origen multifactorial, caracterizada por un complejo sintomático (anorexia, saciedad precoz, pérdida de peso, astenia y disfunción orgánica) que conduce a un progresivo deterioro funcional y que no puede ser completamente revertida por el soporte nutricional convencional³.

Un primer paso a la hora de planificar el tratamiento es la realización de una evaluación multidimensional que además de conocer el estado nutricional, incluya las preocupaciones del paciente respecto a la alimentación, síntomas, la situación de la enfermedad, los tratamientos empleados, el estado psicológico y el soporte familiar con el que cuenta^{3,9}. Teniendo en cuenta la saciedad gástrica precoz y la anorexia, se recomienda fraccionar la dieta en 6-7 tomas, flexibilizar los horarios, evitar dietas restrictivas² y advertir de que la sobreingesta puede inducir o empeorar síntomas asociados, por lo que habrá que utilizar suplementos nutricionales si no se consigue una adecuada ingesta a pesar de las recomendaciones de alimentación⁹. No es preciso insistir en dietas hipercalóricas o hiperproteicas en fases avanzadas de la enfermedad ni ricas en fibra para la prevención del estreñimiento (dado que a veces los pacientes no las toleran y existen tratamientos para ello), y el uso de la sonda nasogástrica debería restringirse a aquellos casos en los que la obstrucción explica la desnutrición, debilidad y/o anorexia, mientras que si estos son consecuencia de la progresión de la enfermedad, la sonda no los resolverá².

10.4.2. Hidratación al final de la vida

La decisión de hidratar en los últimos días cuando el paciente reduce la ingesta oral, es de las más complejas y controvertidas, ya que tanto los pacientes bien hidratados como los que no lo están experimentan sensación de sed, que suele estar más relacionada con alteraciones en la mucosa oral y mejora con pequeñas cantidades de líquidos y buenos cuidados de la boca^{3,9}. En general, si se decide hidratar, unos 1 000 cc/día suelen ser suficientes para mantener una diuresis normal y un balance hidroelectrolítico adecuado, siendo la vía subcutánea la de elección en domicilio (hipodermoclisis) y una alternativa adecuada a la vía endovenosa, al presentar menos complicaciones^{3,9}. Debe realizarse con suero fisiológico (menos irritante para la piel) y en las zonas abdominales, que permiten difundir mejor el líquido³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goldsmith T, Cohen AK. Swallowing disorders and aspiration in palliative care: Definition, consequences, pathophysiology, and etiology [Monografía en Internet] En: Schmader KE, Deschler DG, Smith TJ, (eds.). UpToDate; 2018 [acceso 15 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-definition-consequences-pathophysiology-and-etiology?search=dysphagia%20palliative&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1
2. SECPAL.com [Sede Web] [consultado 4 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_9-alimentacion-y-nutricion
3. Gómez Candela C, Alonso Babarro A. Guía clínica de soporte nutricional en cuidados paliativos. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2015. Disponible en: www.secpal.com
4. Pace A, Di Lorenzo C, Guariglia L, Jandolo B, Carapella CM, Pompili A. End of life issues in brain tumor patients. J Neurooncol. 2009;91(1):39.
5. Servagi-Vernat S, Ali D, Roubieu C, Durdux C, Laccourreye O, Giraud P. Dysphagia after radiotherapy: State of art and prevention. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases. 2015; 132:25-29.
6. Balzer KM. Drug-Induced Dysphagia. International Journal of MS Care. 2000; 2(1): 40-50. Disponible en <https://doi.org/10.7224/1537-2073-2.1.40>
7. Logemann JA, Pauloski BR, Rademaker AW, Lazarus CL, Gaziano J, Stachowiak L, *et al*. Swallowing disorders in the first year after radiation and chemoradiation. Head Neck. 2008;30(2):148-58.
8. Barroso J. Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(S2):22-28.
9. Grupo de Trabajo "Atención Médica al final de la vida". Ética de la alimentación y la hidratación al final de vida. Madrid: Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2016. Disponible en: [http://infocuidadospaliativos.com/Gastroenterología_y_Hepatología.2007;30\(8\):487-497](http://infocuidadospaliativos.com/Gastroenterología_y_Hepatología.2007;30(8):487-497)

CONCLUSIONES

Dra. Silvia Alcalde Muñoz

Como se ha visto a lo largo de esta monografía, la disfagia es un síntoma cuya prevalencia aumenta con la edad, infradiagnosticado e infratratado, poco estudiado y valorado clínicamente pese a la importante repercusión negativa que tiene sobre la calidad de vida, y su importante morbimortalidad, requiriendo de pruebas complementarias solo en casos seleccionados, por lo que el principal objetivo para el médico de AP cuando se sospeche, debe ser un diagnóstico precoz y el conocimiento de aquellas estrategias no farmacológicas más efectivas para asegurar una deglución eficaz y segura, disminuyendo el riesgo de complicaciones, especialmente respiratorias. A continuación, se enumeran una serie de puntos clave a modo de conclusiones finales, que esperamos que sean de utilidad para el lector y resuman los aspectos más importantes de la disfagia.

Puntos clave

- La disfagia es la **dificultad** para **realizar** una **adecuada deglución** y afecta a unos dos millones de españoles, de los cuales solo un 10 % están correctamente diagnosticados y tratados.
- Aunque existen cambios asociados a la edad que pueden afectar a todas las fases de la deglución (presbifagia), **no se debe considerar que la disfagia es una parte natural del proceso de envejecimiento**. En el 80 % de los casos es orofaríngea, considerándose un síndrome geriátrico con elevada prevalencia a partir de los 70 años.
- Ante un paciente con disfagia, es importante **distinguir entre orofaríngea y esofágica**, saber qué alimento la produce, su progresión en el tiempo, la presencia de otros síntomas y si se produce en el contexto de alguna enfermedad sistémica.
- La **disfagia orofaríngea** (DO) suele ser una manifestación clínica de enfermedades sistémicas y neurodegenerativas (ictus, alzhéimer, párkinson) aumentando su prevalencia en pacientes institucionalizados. Se caracteriza por la dificultad para la masticación, degluciones fraccionadas, sialorrea, regurgitaciones nasales/orales inmediatas y tos durante o inmediatamente después de la deglución.
- La **disfagia esofágica** puede deberse a trastornos de la motilidad (acalasia, espasmo esofágico difuso) u obstrucción mecánica (neoplasias, estenosis pépticas, reflujo gastroesofágico). Se acompaña de pirosis, dolor torácico atípico y regurgitaciones tardías.
- La localización de los síntomas en el cuello no discrimina entre disfagia orofaríngea y esofágica.

- Existen varios test validados para el **cribado** de la disfagia, siendo el *Eating-Assessment Tool 10 (EAT-10)* el más sencillo y rápido para utilizar en la consulta de AP, y que detecta la disfagia con una puntuación ≥ 3 y con predicción del riesgo de aspiración a partir de >15 puntos.
- Respecto al **diagnóstico clínico**, el test más utilizado es el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V), útil para detectar alteraciones tanto de la eficacia como de la seguridad de la deglución, y que puede aplicarse en ancianos, enfermedades neurodegenerativas e ictus.
- Como **diagnóstico instrumental**, la **endoscopia** es de primera elección si se sospecha malignidad (toma de biopsia, citología, cultivo, estudio histopatológico), permite dilatar las estenosis, colocar prótesis en neoplasias y extraer cuerpos extraños impactados en el esófago.
- Otras **pruebas complementarias** utilizadas en la práctica actual, especialmente en la DO son la **videofluoroscopia** (*gold standard*), y la fibroendoscopia, además de esofagograma, la manometría convencional y la manometría de alta resolución.
- El **principal objetivo del tratamiento** va a ir encaminado a asegurar una correcta hidratación y nutrición y **minimizar las complicaciones, especialmente las neumonías por aspiración**, que suponen la primera causa de muerte en pacientes con enfermedades neurodegenerativas y el primer año de seguimiento después de un accidente cerebrovascular.
- Entre las estrategias de **rehabilitación deglutoria**, destacan los cambios posturales (flexión cervical anterior), estrategias de incremento sensorial (estimulación mecánica de pilares o lengua), praxias neuromusculares (ejercicios de Shaker) y maniobras deglutorias específicas (deglución supraglótica).
- Entre las **técnicas intervencionistas** más utilizadas destacan la miotomía del cricofaríngeo y la inyección de toxina botulínica sobre el músculo cricofaríngeo, la miotomía 3 suspensión/resección del divertículo de Zenker, y técnicas dirigidas a solucionar la incompetencia de los esfínteres glótico y velopalatino.
- La **adaptación de las texturas de los sólidos y la viscosidad de los líquidos** se considera en la actualidad la **intervención más sencilla**, valiosa y con gran eficacia terapéutica ya que minimiza las aspiraciones. La reducción del volumen y el aumento de la viscosidad del bolo mejoran la seguridad, siendo la prevalencia de aspiraciones máxima con líquidos y disminuyendo con néctar, miel y pudín (por ese orden).
- Es un síntoma muy frecuente en las unidades de **cuidados paliativos**. El manejo no debe diferir del resto de pacientes no incluidos, aunque no hay que olvidar que el principal objetivo debe ser proporcionar alivio sintomático y asegurar el confort, no la reversión de la malnutrición, irreversible en los últimos estadios y consecuencia, no causa de la enfermedad de base.



Tal y como afirma la chef Carme Ruscalleda:

«La comida es ilusión y fantasía. Es necesario trabajar para que las personas que sufren este trastorno recuperen las ganas de comer con platos adaptados pero atractivos».



Anexo I

Esca la Global Deterioration Scale (GDS) y Functional Assessment Staging (FAST), correspondencia en EA, adaptado de la traducción al castellano del grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias (guía SEN, 2002)¹.

ESTADIO GDS	ESTADIO FAST Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO	CARACTERÍSTICAS
GDS 1. Ausencia de alteración cognitiva	1. Adulto normal	Ausencia de dificultades objetivas o subjetivas.
GDS 2. Defecto cognitivo muy leve	2. Adulto normal de edad	Quejas de pérdida de memoria. No se objetiva déficit en el examen clínico. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Defecto cognitivo leve	3. EA incipiente	<p>Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar. • Evidencia de rendimiento laboral pobre. • Dificultad incipiente para evocar nombres de personas. • Tras la lectura retiene escaso material. • Olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor. • Escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido. • Disminución de la capacidad organizativa. <p>Se observa evidencia objetiva de defectos de memoria únicamente en una entrevista intensiva.</p>
GDS 4. Defecto cognitivo moderado	4. EA leve	<p>Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas. Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento disminuido de acontecimientos actuales y recientes. • El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal. • Dificultad de concentración evidente en la sustracción seriada. • Capacidad disminuida para viajar, controlar su economía, etc.

Continúa en la página siguiente

GDS 4. Defecto cognitivo moderado	4. EA leve	Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • Orientación en tiempo y persona. • Reconocimiento de caras y personas familiares. • Capacidad de viajar a lugares desconocidos. La negación es el mecanismo de defensa predominante.
GDS 5. Defecto cognitivo moderadamente grave	5. EA moderada	El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia. Requiere asistencia para escoger su ropa. Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares). Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar. Dificultad para contar al revés desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2. Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos.
GDS 6. Defecto cognitivo grave	6. EA moderada grave	Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones. Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir. Retiene algunos datos del pasado. Desorientación temporoespacial. Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo. Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos. Ritmo diurno frecuentemente alterado. Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva).
	6a	Se viste incorrectamente sin asistencia o indicaciones.
	6b	Incapaz de bañarse correctamente.
	6c	Incapaz de utilizar el váter.
	6d	Incontinencia urinaria.
	6e	Incontinencia fecal.
GDS 7. Defecto cognitivo muy grave	7. EA grave	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales y motoras. Con frecuencia se observan signos neurológicos.
	7a	Incapaz de decir más de media docena de palabras.
	7b	Solo es capaz de decir una palabra inteligible.
	7c	Incapacidad de deambular sin ayuda.
	7d	Incapacidad para mantenerse sentado sin ayuda.
	7e	Pérdida de capacidad de sonreír.
7f	Pérdida de capacidad de mantener la cabeza erguida.	

BIBLIOGRAFÍA

1. Arrieta Antón E, Fernández Pascual L, González Rodríguez V, Goñi Imizcoz M, Guerrero Díaz MT, López Merino P, *et al.* Guía de atención al paciente con demencia en atención primaria. Valladolid: Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León; 2007.



Anexo II

EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia

FECHA

APELLIDOS

NOMBRE

SEXO

EDAD

OBJETIVO

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.
Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.
¿Hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas?

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

6 Tragar es doloroso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar fuera de casa

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

9 Toso cuando como

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

10 Tragar es estresante

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

B. PUNTUACIÓN

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos)