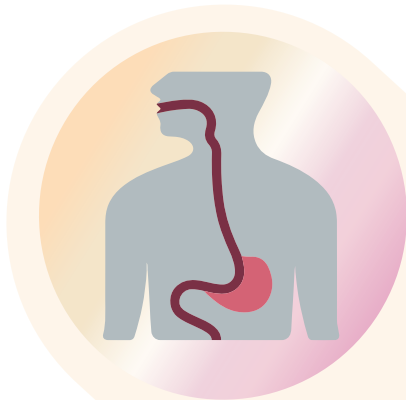


DISFAGIA OROFARÍNGEA



Información destinada al
profesional de la salud.

Deglución



La deglución es el proceso fisiológico mediante el cual se transportan sólidos y líquidos desde la boca hasta el estómago. Es un proceso rápido y complejo que requiere de la integración sensorial y motora de múltiples estructuras anatómicas, así como la coordinación entre el sistema digestivo, el sistema respiratorio y sistema nervioso central¹⁻³.

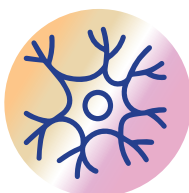
Disfagia orofaríngea (DO)

Múltiples enfermedades y comorbilidades pueden alterar la deglución, conduciendo a una ingesta insegura e ineficaz, síntoma que se conoce como DO.

Tiene una alta prevalencia en⁴⁻⁷:



**Personas
ancianas**



**Enfermedades
neurológicas**



**Cáncer de
cabeza y cuello**



La DO está reconocida por la OMS con los códigos de diagnóstico de la International Classification of Diseases (ICD): 787.2 en la ICD-9 y R13, en la versión ICD-10⁸.

Prevalencia⁹⁻¹¹

La prevalencia **depende de las patologías asociadas, del estadio de la enfermedad o del método diagnóstico utilizado.** La evidencia habla de una afectación de hasta un:

30-40 % población **≥ 65 años** de edad.

80 % pacientes con **enfermedad de Alzheimer.**

60 % pacientes con **enfermedad de Parkinson.**

64-78 % pacientes que han sufrido un **ictus.**

30-40 % pacientes con **esclerosis múltiple.**

80-100 % pacientes con un estado avanzado de la **esclerosis lateral amiotrófica, demencia o distrofia muscular.**

38,5 % **cáncer de cabeza y cuello.**

90 % niños con **discapacidades neurológicas importantes y parálisis cerebral.**

Complicaciones

La DO puede causar importantes complicaciones que **producen fragilidad**. Las complicaciones más frecuentes son: **la deshidratación, la desnutrición y las infecciones respiratorias por broncoaspiración¹²**.

Las alteraciones de la eficacia pueden provocar desnutrición o deshidratación. Por esta razón, es de alta importancia realizar cribados de nutrición a la población con DO^{13,14}.

Las alteraciones de la seguridad pueden causar riesgo de neumonías por aspiración, estando asociadas a manifestaciones clínicas como tos, cambios de voz y en ocasiones desaturación de oxígeno. Estas alteraciones junto con la colonización de la orofaringe por bacterias, son los principales factores implicados en la patogenia de la neumonía por aspiración¹³⁻¹⁶.

Detección precoz



La detección y valoración precoz reduce las complicaciones. Se debe comenzar con un método de cribado que, si da resultados positivos, debería aplicarse una evaluación clínica o una prueba diagnóstica instrumental.

El paciente con disfagia debe ser abordado de forma integrada por un equipo multidisciplinar de profesionales que lleve a cabo las evaluaciones, el diagnóstico y el tratamiento¹⁷.

Cribado, valoración y diagnóstico

Identificación del paciente vulnerable a padecer DO.

Se puede hacer mediante un cribado como el **Eating Assessment Tool-10 (EAT-10)** en el que una puntuación final ≥ 3 indica posible DO¹⁸.



Ante un cribado positivo se debe realizar una prueba de screening más completa con diferentes texturas y viscosidades como puede ser el GUSS o el MECV-V

(ver anexo). Estas pruebas permiten determinar las texturas con las que los pacientes presentan alteración de la eficacia y/o seguridad y al mismo tiempo orientan hacia la compensación de la DO conociendo las texturas con las que se considera una alimentación y una hidratación segura y eficaz^{19,20}.

El diagnóstico, se puede obtener mediante pruebas instrumentales como la fibroendoscopia de la deglución (FEES) o la videofluoroscopia (VFS), pruebas que permiten diagnosticar y probar técnicas de rehabilitación con exactitud^{21,22}.

Se recomienda complementar con un cribado de nutrición como el MNA o el MUST.

Intervención

Objetivos principales:

1

Prevenir las complicaciones que podrían derivarse como son **la malnutrición, la deshidratación y la neumonía aspirativa.**

2

Revertir la disfunción deglutoria siempre que sea posible.

Adaptación de las texturas

De acuerdo a los resultados obtenidos en la valoración, es necesario cambiar la textura de los alimentos y los líquidos a aquellas texturas y volúmenes que sean seguras y eficaces²³.

Es recomendable seguir el marco IDDSI como ayuda y guía para la adaptación de las texturas²⁴.



Para los líquidos se requieren espesantes como **FontActiv® Espesante Claro** y los alimentos, pueden ser suplementados con productos como **FontActiv® Forte**, **FontActiv® Diabest** y **FontActiv® Protein**. También existe la posibilidad de un manejo nutricional ya espesado como **FontActiv® Condensed**²⁵.

Tratamiento rehabilitador

La DO se puede mejorar mediante un programa de rehabilitación proporcionado por un logopeda.

Los programas constan de distintas estrategias como²⁶⁻²⁸:

- ✔ Estrategias de cambio postural.
- ✔ Maniobras de deglución.
- ✔ Ejercicios musculares.
- ✔ Técnicas de incremento sensorial.
- ✔ Electroestimulación transcutánea.
- ✔ Estimulación transcraneal. Este tratamiento requiere de otros profesionales.

Higiene oral: para evitar la contaminación bacteriana, se recomienda limpieza oral después de cada comida con colutorio antibacteriano¹⁶.

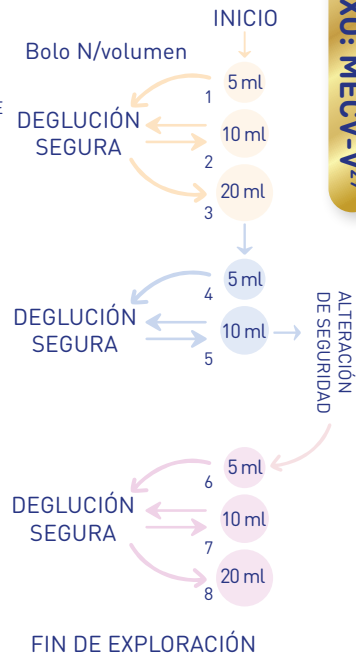
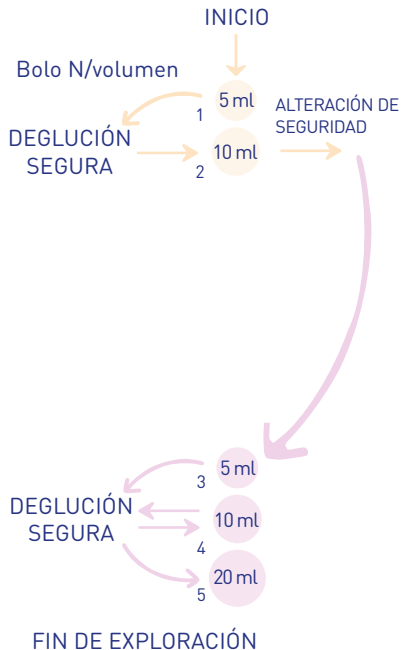
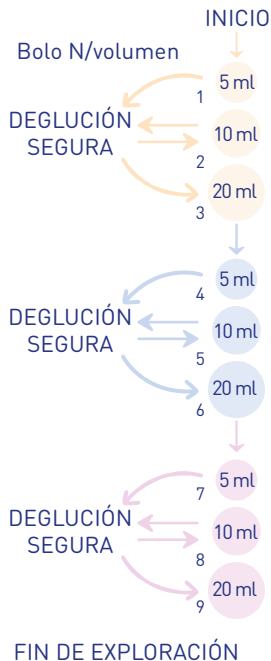
DEGLUCIÓN SEGURA

ALTERACIÓN DE
SEGURIDAD DEL NÉCTARALTERACIÓN DE
SEGURIDAD DE LÍQUIDOS

NÉCTAR

LÍQUIDO

PUDIN



Referencias bibliográficas

1. Miller AJ. Deglutition. *Physiol Rev* [Internet]. 1982 Jan [cited 2018 Jul 20];62(1):129–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7034008>
2. Jean A. Brain stem control of swallowing: neuronal network and cellular mechanisms. *Physiol Rev* [Internet]. 2001 Apr [cited 2018 Jul 20];81(2):929–69. Available from: <http://www.physiology.org/doi/10.1152/physrev.2001.81.2.929>
3. Donner MW. Radiologic evaluation of swallowing. *Am Rev Respir Dis* [Internet]. 1985 May [cited 2018 Jul 20];131(5):S20–3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4003903>
4. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing*. 2009;39(1):39–45.
5. Truelsen T, Pie-chowski-Jozwiak B, Bonita R, Mathers C, Bogousslavsky J, Boysen G. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *Eur J Neurol* [Internet]. 2006 Jun [cited 2019 Jan 29];13(6):581–98. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16796582>
6. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia After Stroke: Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications. *Stroke* [Internet]. 2005 Dec 1 [cited 2018 Jul 25];36(12):2756–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16269630>
7. Rofes L, Muria D, Palomeras E, Vilardell N, Palomera E, Alvarez-Berdujo D, et al. Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A cohort study. *Neurogastroenterol Motil* [Internet]. 2018 Aug 23 [cited 2019 Jan 21];30(8):e13338. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29573064>
8. <https://www.eciempas.sanidad.gob.es/browser/metabuscador>
9. Clavé P, Shaker R. Dysphagia: Current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015;12(5):259–70.
10. Reilly S.; Skuse D.; Poblete X. Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: A community survey. *J. Pediatr*. 1996, 129, 877–882. [CrossRef]
11. Calis, E.A.; Veuglers, R.; Sheppard, J.J.; Tibboel, D.; Evenhuis, H.M.; Penning, C. Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability. *Dev. Med. Child Neurol*. 2008, 50, 625–630. [CrossRef]
12. Rajati F, Ahmadi N, Naghibzadeh ZA, Kazemian M. The global prevalence of oropharyngeal dysphagia in different populations: a systematic review and meta-analysis. *J Transl Med*. 2022 Apr 11;20(1):175. doi: 10.1186/s12967-022-03380-0. PMID: 35410274; PMCID: PMC9003990.
13. Roy N, Stemple J, Merrill RM, Thomas L. Dysphagia in the Elderly: Preliminary Evidence of Prevalence, Risk Factors, and Socioemotional Effects. *Ann Otol Rhinol Laryngol* [Internet]. 2007 Nov 29 [cited 2018 Jul 23];116(11):858–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18074673>
14. Garcia Rodríguez I, Romero Gangonells E, Monserrat Gil de Bernabé M, Adamuz Tomas J, Virgili Casas N. Impact of dysphagia and malnutrition on the survival of hospitalized patients. *Endocrinol Diabetes Nutr (Engl Ed)*. 2022 Dec;69(10):859–867. doi: 10.1016/j.endien.2022.01.011. Epub 2022 Dec 1. PMID: 36464599.
15. Drancourt N, El Osta N, Decerle N, Henniquin M. Relationship between Oral Health Status and Oropharyngeal Dysphagia in Older People: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 20;19(20):13618. doi: 10.3390/ijerph192013618. PMID: 36294196; PMCID: PMC9602827.
16. Remijn L, Sanchez F, Heijnen BJ, Windsor C, Speyer R. Effects of Oral Health Interventions in People with Oropharyngeal Dysphagia: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2022 Jun 19;11(12):3521. doi: 10.3390/jcm11123521. PMID: 35743591; PMCID: PMC9225542.
17. O'Horo JC, Rogus-Pulia N, Garcia-Arquello L, Robbins J, Safdar N. Bedside diagnosis of dysphagia: A systematic review. *J Hosp Med* [Internet]. 2015 Apr [cited 2019 Jan 29];10(4):256–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25581840>
18. Burgos R, Sarto B, Seguro H, Romagosa A, Puiggró C, Vázquez C, et al. [Translation and validation of the Spanish version of the EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) for the screening of dysphagia]. *Nutr Hosp* [Internet]. [cited 2018 Jul 25];27(6):2048–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23588456>
19. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, Teuschl Y, Matz K, Dachenhausen A, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke* [Internet]. 2007 Nov 1 [cited 2018 Jul 25];38(11):2948–52. Available from: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/STROKEAHA.107.483933>
20. Rofes L, Arreola V, Clavé P. The Volume-Viscosity Swallow Test for Clinical Screening of Dysphagia and Aspiration. In 2012 [cited 2018 Jul 25]. p. 33–42. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/339979>
21. Martin-Harris B, Jones B. The videofluorographic swallowing study. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008 Nov;19(4):769–85. viii. doi: 10.1016/j.pmr.2008.06.004. PMID: 18940640; PMCID: PMC2586156.
22. Leder SB, Murray JT. Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing. *Phys Med Rehabil Clin N Am* [Internet]. 2008 Nov [cited 2018 Jul 25];19(4):787–801. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18940641>
23. Newman R, Vilardell N, Clavé P, Speyer R. Effect of Bolus Viscosity on the Safety and Efficacy of Swallowing and the Kinematics of the Swallow Response in Patients with Oropharyngeal Dysphagia: White Paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*. 2016 Apr;31(2):232–49.
24. <https://iddsi.org/25>. http://www.fontactiv.es/?gad_source=1&gclid=Cj0KQjw3bm3BhDJARIsAKnHovWIEJkyfscnSMuKbQ055HRN9ediTiD-Gh-MMtsJK3H34ly9vIGYQyUaIPeALw_wcB
25. Guía de diagnóstico y tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Glosa; 2011
27. Rasley A, Logemann JA, Kahrilas PJ, Rademaker AW, Pauloski BR, Dadds WJ. Prevention of barium aspiration during videofluoroscopic swallowing studies: value of change in posture. *AJR Am J Roentgenol* [Internet]. 1993 May [cited 2018 Aug 6];160(5):1005–9. Available from: <http://www.ajronline.org/doi/10.2214/ajr.160.5.8470567>
28. Logemann JA, Kahrilas PJ, Kobara M, Vakil NB. The benefit of head rotation on pharyngeoesophageal dysphagia. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 1989 Oct [cited 2018 Aug 6];70(10):767–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2802957>
29. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr*. 2008 Dec;27(6):806–15. doi: 10.1016/j.clnu.2008.06.011. Epub 2008 Sep 11. PMID: 18789561.

NUEVO



CI: 505935.B Sabor vainilla



BAJO EN LACTOSA



SIN GLUTEN

FontActiv® Condensed



Nutrición completa, segura y concentrada para pacientes con disfagia o riesgo nutricional.

Dieta completa hiperproteica, hipercalórica con fibra.

FINANCIABLE por el

SNS

2*

Textura IDDSI Nivel 2 (poco espesa)¹

- ▶ **Máximo aporte proteico** para mantener la masa muscular
- ▶ **Alta densidad calórica**
- ▶ **Fibra soluble prebiótica (FOS)**
- ▶ **Buen control glucémico** (sin sacarosa)
- ▶ **MCT:** energía de rápida absorción y tolerancia

1 de cada 3

pacientes con disfagia desarrollan **desnutrición proteico-calórica²**

2 de cada 3

sufren alteración de la seguridad de la **deglución²**



28

Vitaminas y minerales

1. Cichero JA, Lam PT, Steele CM, Hanson B, Chen J, Dantas RO, et al. Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework. *Dysphagia*. 2017;32(2):293-314.

2. Rommel N, Hamdy S. Dysphagia: clinical management in the context of ageing and neurological disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;13(1):49-59.



Más información en www.fontactiv.es

www.ordesaacademyofhealthyaging.com

