

**Curso
2016/17**

TUTOR: MARTA RUIZ
MAMBRILLA

ELENA FERNÁNDEZ
GÓMEZ



Universidad de Valladolid

**[REVISIÓN SISTEMÁTICA DE
LA DISFAGIA EN EL DAÑO
NEUROLÓGICO]**

TRABAJO FIN DE GRADO

Índice

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Objetivos.....	5
Metodología.....	6
Resultados	8
Discusión.....	25
Conclusión.....	29
Anexos	

RESUMEN

Introducción: La disfagia es una alteración asociada a las molestias o problemas al tragar. La persona que padece esta enfermedad tiene dificultades para la formación del bolo alimenticio en la boca o para que este se desplace desde la boca hasta el estómago.

Objetivo: Analizar el estado de la disfagia en los pacientes que han presentado un daño neurológico.

Métodos: Se ha efectuado una búsqueda sistemática en las diversas bases de datos, con su correspondiente lectura crítica y por último, se plasmará la información en una plantilla.

Resultados: Se ha presentado un mínimo número reducido de derivaciones al logopeda para tratar este tipo de patologías. Además, no hay consenso sobre los beneficios de la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) aunque la visión de los médicos ha sido positiva y se presenta una dieta adecuada en los diferentes centros sanitarios que se han observado en esta revisión bibliográfica.

Conclusiones: No se conocen todos los aspectos relacionados con el trabajo del logopeda. No obstante, la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) puede ser beneficiosa dependiendo el tipo de patología para la cual se implante. Por último, en los centros sanitarios se están concienciando con el tema de la disfagia.

Palabras clave: disfagia, PEG, logopedia, equipo multidisciplinar, enfermedades neurológicas.

ABSTRACT

Introduction: Dysphagia is an alteration associated with discomfort or swallowing problems. The person who suffers from this disease has difficulty forming the bolus or for the bolus to move from the mouth to the stomach.

Objective: To analyze the state of dysphagia in patients who have presented neurological damage.

Method: A systematic search has been carried out in the various databases, with its corresponding critical reading and finally, the information will be translated into a template.

Results: A minimal number of referrals to the speech pathologist has been reported to treat this type of pathology. In addition, there is no consensus on the benefits of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) although the physicians' view has been positive and an adequate diet is presented in the different health centers that have been observed in this bibliographic review.

Conclusions: All aspects related to speech therapy work are not known. However, percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) may be beneficial depending on the type of disease being implanted and in health centers are being made aware of the issue of dysphagia. Finally, health centers are becoming aware of the issue of dysphagia.

Key words: Dysphagia, PEG, speech therapy, multidisciplinary team, neurological diseases.

INTRODUCCIÓN

La deglución es una de las funciones básicas del organismo. Es un proceso neuromuscular complejo, en el que intervienen más de 50 pares de músculos y que requiere de una coordinación muy precisa.¹

Según los datos demográficos, la proporción de personas mayores de 65 años va en aumento, por tanto, es esta población la que tiene más riesgo de padecer cualquier tipo de enfermedades y discapacidades. Entre ellas, está la disfagia o dificultad para la deglución, es decir, la sensación de dificultad en el avance de la comida desde la boca al estómago, puede darse como resultado de causas diversas, por ejemplo, enfermedades del sistema nervioso central, desordenes neuromusculares y lesiones estructurales.²

Ahora bien, se puede clasificar, la disfagia en dos tipos, entre los cuales se distinguen:

- **Disfagia orofaríngea¹:** esta disfagia, indica una dificultad para formar y mover el bolo de alimento desde la boca y faringe hasta el esófago (a nivel cervical). Se origina por las siguientes causas:
 - Alteraciones estructurales: dificultando la progresión del mismo.
 - Trastornos funcionales: obstaculizan la propulsión del bolo.
 - La reconfiguración orofaríngea durante la deglución.
 - La apertura del esfínter esofágico superior.

- **Disfagia esofágica¹:** esta disfagia, como su nombre indica, es la dificultad del paso del alimento a través del esófago.

Dentro de los síntomas ocasionados por la disfagia, se incluyen las dificultades en la masticación o preparación del bolo, babeo excesivo, atragantamiento, tos y cambios en la calidad de la voz después de la deglución, sensación de obstrucción del alimento en cualquier nivel del tracto alimentario, deglución dolorosa, dificultad en la preparación oral del bolo alimenticio o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta al estómago, retraso o falta de transferencia del bolo, error en la dirección y paso a la vía aérea.

La disfagia produce complicaciones como la malnutrición, la deshidratación, la pérdida de peso y aún otras más graves como la neumopatía aspirativa, que oscilan entre el 51% al 73 % y hasta llegar a la muerte.³

El diagnóstico de disfagia requiere de una minuciosa historia clínica y un examen físico detallado.⁴Estos métodos permiten analizar la fisiología de la deglución y determinar el riesgo de aspiración, entre otras muchas funciones.

Entre el gran número de métodos diagnósticos, el proceso más idóneo para caracterizar el trastorno de la disfagia es la evaluación fibroscópica. Y, en conjunto, con un equipo de profesionales, entre los que se incluye el logopeda, que adapta la dieta y aplica las maniobras compensatorias pertinentes, y así, se realizará una deglución segura.⁵ Si esto no fuera posible, existen otras alternativas para la alimentación de estos pacientes como las sondas de alimentación enteral o la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Dicha alimentación, estaría reservada para pacientes con nivel de conciencia disminuido, pacientes con tos incomoda durante la alimentación y pacientes con historia de neumonía aspirativa recurrente.⁶

Este trastorno no solo está presente en la población anciana, las patologías neurológicas presentan tasas elevadas de prevalencia de disfagia, que varían de unas enfermedades a otras. Así, afecta al 30% de pacientes que han sufrido un ACV⁷, en el Parkinson su prevalencia esta en 52- 82% y en el 90% pueden aparecer en estadios avanzados de la enfermedad⁸, la disfagia es el síntoma inicial en el 60% de pacientes con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)⁹, afecta al 40% de pacientes con Miastenia Gravis, al 44% de los pacientes que padecen Esclerosis Múltiple (EM)¹⁰ y hasta el 84% de los enfermos de Demencia.¹

Respecto al abordaje terapéutico y en relación al seguimiento de este trastorno, se debe llevar a cabo por un equipo multidisciplinar, entre los cuales debe encontrarse el logopeda y otros muchos profesionales. Sin embargo, cada uno actúa en su ámbito de trabajo para así, poder tratar la disfagia de la mejor manera posible y cubriendo las necesidades de cada paciente. Con el único fin de llegar a una alimentación lo más adecuada posible.⁹

OBJETIVOS

Con este trabajo sobre la revisión bibliográfica de la disfagia en el daño neurológico, se pretende profundizar en la literatura en relación al proceso de la alimentación en la disfagia con el planteamiento de los siguientes objetivos:

1. Valorar y revisar los distintos tipos de tratamientos logopédicos pautados a los pacientes neurológicos con disfagia.
2. Destacar las enfermedades neurológicas que más frecuentemente se asocian a la disfagia como síntoma y otros síntomas neurológicos en los artículos revisados.
3. Revisar las pruebas utilizadas para diagnosticar la disfagia, desde el punto de vista médico y/o logopédico.
4. Revisar el método de trabajo de la disfagia en los campos de las residencias y los hospitales, por parte de diferentes profesionales, destacando si se deriva al logopeda en algún momento del tratamiento.
5. Resaltar los beneficios que supone una intervención multidisciplinar en disfagia y si se tiene en todas un tratamiento multidisciplinar.

METODOLOGÍA

La revisión bibliográfica, se desarrollo desde los meses de febrero a junio de 2017, realizándose la búsqueda sistemática de artículos en las siguientes bases de datos: dialnet, pubmed, índice médico español y google académico.

En numerosas de estas bases no se encontraron resultado acerca de la disfagia y en alguno, como, pubmed, se descartaron por ser artículos en otro idioma.

Posteriormente, se procedió a la lectura crítica de los textos completos de los artículos seleccionados para determinar si se adecuaban a nuestros criterios de inclusión.

Se excluyeron aquellas publicaciones de carácter únicamente médico.

Una vez efectuada la búsqueda, lectura crítica y selección de estudios, se utilizó una plantilla de extracción de datos de cada artículo, donde se ha recogido: nombre y autor, paciente, edad y sexo, enfermedades neurológicas que cursan con disfagia (E.L.A., E.M., Parkinson, Demencia y A.C.V), pruebas realizadas por el logopeda y el médico, tratamiento que se lleva a cabo en los hospitales y residencia sobre la disfagia, tratamiento con el equipo multidisciplinar y posibles tratamientos de la disfagia (donde incluimos al logopeda, la PEG y otros posibles tratamientos).

La distribución de los artículos es la siguiente: enfermedades neurológicas y disfagia se han obtenido 14 artículos.

La elección de artículos para las pruebas diagnósticas ha sido de 7 artículos.

La distribución del tratamiento pautado en la disfagia en los hospitales y residencias es de 6 artículos. Y el tratamiento equipo multidisciplinar, la elección ha sido de 3 artículos.

En relación al posible tratamiento de la disfagia se han obtenido 8 artículos.

Por lo tanto, teniendo un total de 40 artículos en la revisión bibliográfica, decidimos, por concreción, que 26 de estos, se han ajustado de una manera más aproximada a los objetivos propuestos.

Resultados

Autor (año)	Paciente/Edad/Sexo	Enfermedades neurológicas que cursan con disfagia					Prueba realizadas: Médicos/Logopedas	Equipo y tto. en hospitales y residencias	Posibles tratamientos	
		E.L.A	E.M	Parkinson	Demencia	A.C.V			Derivar al logopeda	PEG
Luisa Ch. et al. (2008)	112/64								Mort: 8 -30%. De 608 pac. ↑ 20% † 1,6% Complicación en 16, de estas 12% †	
Gonzalo N. et al.(2008)	75/12-99/ Masculino						Con Fibrosc. Durac: 10 o 20 min. Con papilla y líquido colorante			
Paula M. et al. (2008)							Endoscopia fibróptica Ultrasonidos Videomanom RMN Medición del Ph Electrodos			
Ivet Cl. et al. (2007)	46 (29 ELA Espinal y 16 ELA bulbar).	Malnut. Déficit: ↓ masa magra y grasa. Acelera atrofia masa respirat.							PEG en 5 pacientes en 30 días: viven 873 días → viven 513 sin PEG La PEG mantenimiento del peso	<u>ELA bulbar:</u> antes del tto. nutricional: viven 806 días. Después del tto: 128 días. <u>ELA espinal:</u> antes del tto: viven 1.024 días y después del tto: 185.

TABLA 1

Mort: Mortalidad Pac: Paciente ↑: Sobrevivir ↓: Disminuir †: Muertes Tto. : Tratamiento
 Fibrosc.: Fibroscopio Durac.: Duración Min: Minuto RMN: Resonancia Magnética Malnut.: Malnutrición Respirat. : Respiratorio.

Autor (año)	Paciente/ Edad/sexo	Enfermedades neurológicas que cursan con disfagia					Prueba realizadas: Médicos/ Logopedas	Equipo y tto. en hospitales y residencia s	Posibles tratamientos		
		E.L.A	E.M	Parkinson	Demencia	A.C.V			Derivar al logopeda	PEG	Otros tratamientos..
Mercedes V. et al. (nov.2007)		100 % →ELA bulbares. 60 % →ELA restantes formas clínicas.	E.M, pre- valenci a→ 45 %	Parkinson: el 35 y el 45 %	Alzheimer disfagia, un 85%. En residencias : se presenta, 60%.	30 %: disfagias agudas. 2- 6 %: disfagias crónicas.	<u>MECV-V</u> :Detección aspiraciones y penetraciones <u>Test de agua.</u> Jeringuilla adm .agua <u>Fibroendoscopia</u> Imágenes adm. colorante y texturas <u>Videofluoroscopia</u> : perfiles ingesta volúmenes con contraste.				
Melissa C. et al. (2011)	27/ 49 17 masc. 10 femén.						Déficit fase oral y faríngea (92%), Control deficiente, pred. sólidos (70%), Déficit propulsión bolo (92,5%) Retardo en el disparo deglutorio (51%), Residuos vallecúlas 88% y aspirac.: 26%.				
Concepción M.etal.(2005)	30(65-85)						Dieta inadecuada. Se dan propuestas: la adm. albumina y postres. Y alcanzar 1800 calorías.				

TABLA 1(CONTINUACIÓN)

Tto: Tratamiento

Adm. : Administración

Masc.: Masculino

Femen.: Femenino

Pred. : Predominio

Aspirac. : Aspiración

Autor (año)	Paciente/ Edad/sexo	Enfermedades neurológicas que cursan con disfagia					Prueba realizadas: Médicos / Logopedas	Equipo y tto. en hospitales y residencias	Posibles tratamientos		
		E.L.A	E.M	Parkinson	Demencia	A.C.V			Derivar al logopeda	PEG	Otros tratamientos ..
Rafael G. et al. (2009)		-Reducido control lingual -Falta de contracción faríngea -Retardo inicio del reflejo faríngeo -Reducida elevación laríngea -Disfunción cricofaríngea	-Control lingual reducido. -Retardo inicio reflejo faríngeo. -Reducción contracción faríngea. -Falta cierre laríngeo	-Movimiento repetitivo del bolo -Retardo inicio reflejo faríngeo -Contracción faríngea y cierre laríngeo reducidos	-Apraxia deglución -Reducción lengua -Retardo inicio reflejo faríngeo -Debilidad faríngea bilateral -Reducida elevación laríngea y lengua	<u>Tronco encéfalo</u> - Ausencia del reflejo faríngeo -Reducida elevación faríngea. <u>Sust. blanca:</u> -Retardo 3 a 5 seg. transito oral y faríngeo. <u>Nivel cortical:</u> Apraxia deglución.					
M^o Isabel F. et al. (2009)	146			Hasta el 58 %	Hasta el 58 %	Los estudios muestran entre el 28 y 73%	<u>Objetivo:</u> prevenir complicaciones. Grado cognitivo, + o - disfagia. Al alta, ½ sondas que al ingreso	1/3 remitidos logopeda: maniobras, uso cuchara , afianzar los conocimientos , etc.			
Rodolfo P. et al. (2015)						206 disfagias: † 17 Fact. asoc: Afasia 26% Disartria 43%.	Pacientes con ictus: + 7 días hospitalizados. Detección y rehab.temprana : ↓costes y - A.C.V				

TABLA 1(continuación)

Seg.: Segundos Fact. : Factores Asoc. : Asociados +: Más -: Menos ↓: Disminuir † : Muerte Rehab. : Rehabilitación

Autor (año)	Paciente/ Edad/sexo	Enfermedades neurológicas que cursan con disfagia					Prueba realizadas: Médicos/ Logopedas	Equipo y tto. en hospitales y residencias	Posibles tratamientos		
		E.L.A	E.M	Parkinson	Demencia	A.C.V			Derivar al logopeda	PEG	Otros tratamientos.
Inmaculada J. et al. (2015)	418	Debilidad muscular: parálisis Afecta: comunicación, deglución , autonomía motora, respiración y esfínteres.						418 pacientes con ELA y tto. Con atención multidisciplinar viven 1246 días y aquellos SOLO consulta neuro viven 1148 días .			
Pere Cl. et al. (2007)							- <u>MECV-V</u> : evitar aspiraciones. - <u>Fluoroscopia</u> : aspiraciones y reflejo deglutorio. - <u>Manometría</u> : "enfoca" la apertura del EES.	Estimulación lengua, pilares faríngeos. Modificar el bolo. Maniobras	<i>Justificada:</i> Disfagia aguda. <i>Desaconsejable:</i> Enf. Crónicas <i>Contraindicaciones:</i> infecciones Hemorragias, etc.	- <u>Tratamiento quirúrgico</u> → mejorar eficacia de los esfínteres - <u>Inyección de toxina Botulínica</u> en el EES. - <u>Electroestimulación</u> .	
Mayda Nelia, L. et al (2004)	170 (124 hombres – 46 mujeres)							Conclusión: +frec. disfagia en disartria y menos frec. disfasias.			
María Lucía R. et al (2016)	5(51-71)			Estado avanzado: ↓movim. lengua y esófago, ↑tr. faríngeo Aspiración.			-Auscultación cervical: 3 tipos de clic. -Endoscopia.				

TABLA 1 (continuación)

Prof.: Profesionales Diag.: Diagnostico Tto: Tratamiento MECV-V: Método volumen- viscosidad Frec. : Frecuencia Movim.: Movimiento Tr.: Transito

Autor (año)	Paciente/ Edad/sexo	Enfermedades neurológicas que cursan con disfagia					Prueba realizadas: Médicos/ Logopedas	Equipo y tto. en hospitales y residencias	Posibles tratamientos		
		E.L.A	E.M	Parkinson	Demencia	A.C.V			Derivar al Logopeda	PEG	Otros Tto.
M ^o Luisa R. et al. (2013)					La disfagia +frec. Los primeros estadios						<p>PEG→prevenir aspiración: prevenir aspiraciones con complicac.</p> <p>PEG→desnutrición no mejora estado nutricional</p> <p>PEG→ aumenta la supervivencia Efectos opuesto: reducir calidad de vida</p>
Fernando G. et al (2009)					Anorexia, ↓ poderal, apraxia en ingesta y disfagia. † por desnutrición y neumonía		Evaluar MECV-V + est. posturales + modif. dieta. Preparados comerciales + suplementos para su dieta.	Equipo multidisciplinario: ofrecer información y alternativas + familia.			La PEG no ha demostrado beneficios
María P. et al. (2015)									El 85% médicos, logopeda recomienda PEG para demencia		<p>76,7% médicos beneficios PEG: 80% ↓neumonía, 95% mejora nutrición. Salud privada: + reticentes ↓neumonía. Neuro→100% creen ↓aspiración.</p>
Inmaculada P. et al. (2014)	47 paciente (57% hombre 33% mujeres)	Malnutrición: frec. (53%). Perdida muscular, Perdida apetito Hipercatabolismo.						Equipo de multidisciplinar con neuro, endocrino, neumólogo y rehabilitador.			Retraso PEG: de 14 años. El 43%: tto. nutricional previo a PEG de 21 meses. †68%:

TABLA 1 (continuación) Complicac. : Complicaciones

PEC: Gastrostomía endoscópica percutánea Frec.: frecuencia ↓ : Perdida o disminución +: Más MECV-V: Método de volumen viscosidad Modif. : Modificación

Autor (año)	Paciente/ Edad/sexo	Enfermedades neurológicas que cursan con disfagia					Prueba realizadas: Médicos/ Logopedas	Equipo y tto. en hospitales y residencias	Posibles tratamientos		
		E.L.A	E.M	Parkinson	Demencia	A.C.V			Derivar al logopeda	PEG	Otros tratamientos.
Luis José S. et al (2010)							Anamnesis: 30% disfagias Paso USA : empeoró y ↑ 65 %: trastorno mixto Tos: signo +frec. Aspirac. sin tos poca sensib. faringe.	Equipo multidisciplinar: Con intervención del logopeda, dietista y nutricionista.			
Yanely R. et al(2008)			Masticación deglución (19%). Al progresar Aspiración malnutrición neumonía y deshid (51%).				Realizar una evaluación. Examinar los pares craneales. Exámenes.	Afectados rehabilitación en atención 1ª, 2ª y 3ª Incluir neuro, médico, fisio, T.O, logopeda , enfermera, psiquiatra, etc.	<u>Objetivo:</u> mantener su estado nutricional. Modificando el medio, textura, conducta durante el proceso, etc.		
Judith G. et al. (2010)	627(85 años). 15 mujeres y 8 varones.			Oscila entre el 35 y el 45 %	Prevalencia 84 %. En España, ancianos institucionados			Disfagia puede influir medicam. Diversas fases obtener medicación adec.			
Álvaro M. et al. (2010)							La rehab. dirigido a personas para nivel				

TABLA 1 (continuación)

U.S.A: Unidad de Subagudos ↑: Aumentar T.O: Terapeuta Ocupacional Medicam.: Medicamentos Rehab.: Rehabilitación Aspirac. : Aspiración

Autor (año)	Paciente/ Edad/sexo	Enfermedades neurológicas que cursan con disfagia					Prueba realizadas Médicos/ Logopeda	Equipo y tto. en hospitales y residencias	Posibles tratamientos		
		E.L.A	E.M	Parkinson	Demencia	A.C.V			Derivar al logopeda	PEG	Otros tratamientos..
José J. B. et al. (2001)								+20% pacientes, Aspirac.: 7% y neumonía: 5%. Dieta específica (13%) Residencias: presentan 54% estas dieta y 4,6% medidas: 36% La instauración SNG O PEG: 51% en residencias			
Esmeralda C.et al. (2016)	33(87 años) 85 mujeres 15 hombres							33 ancianos: 79% desnutridos. IMC con 37% bajo peso. Tipo de dieta → dieta túrmix 91% no suplementos (o 21% mixtos). 79%: ayuda alimentarse.			
Rafael S. et al. (1998)	Pacientes entre 1/07/1994- 39/07/1994							Alta : 33% no disfagia disfagia: 66% 47% exitus. 6 meses: 56%resuelta, 40% exitus y 4%continúan			
Ivet Cl. et al. (2007)											Método LSVT: -Disminución TTO Y TTF - Menores residuos

TABLA 1 (continuación)

IMC: Índice Masa Corporal TTO: Tiempo Tránsito Oral TTF: Tiempo Tránsito Faríngeo LSVT: Lee Silvermann Voice Treatment ↑ : Elevación Exitus: Muertes

Respecto al objetivo de valorar y revisar los distintos tipos de tratamientos logopédicos pautados a pacientes neurológicos con disfagia.

1. Entre ellos está el derivar al logopeda, es decir, que un tercio de los enfermos con disfagia son remitidos, tras la valoración inicial, al logopeda.¹¹ El objetivo del tratamiento de los trastornos de la deglución por parte del logopeda es mantener o mejorar su estado nutricional mediante una ingesta oral segura, y así facilitando la alimentación de forma independiente.

El logopeda es quien valora las maniobras facilitadoras de la deglución, en las cuales, se permite modificar las dimensiones de la faringe y se evitan aspiraciones indeseadas. Estas estrategias, el enfermo las aprenderá, y las podrá poner en práctica él solo al realizar la deglución y así, tendrá beneficios a la hora de llevar a cabo dicho acto de la deglución. Este profesional, ha desarrollado estrategias de incremento sensorial, estimulación mecánica de la lengua, estimulación de los pilares faríngeos, la utilización de sabores ácidos o fríos, para desencadenar el reflejo de deglución, o también facilitar la movilidad del bolo (con modificación de volumen, de temperatura y de sabor), entre otras muchas.

Se presentan las maniobras específicas, el paciente las aprende y efectúa de manera automática y por último, las prácticas neuromusculares, que presentan como objetivo mejorar la fisiología de la deglución y la musculatura suprahiodea. Una de estas prácticas, denominada maniobra shaker, es un ejercicio de flexión anterior del cuello. En concreto, esta maniobra, disminuye residuos posdeglutorias y de las aspiraciones posdeglutorias.⁴

En el artículo de Mayda Nelia L. et al. se seleccionó al 49%(59) pacientes del Servicio de Logopedia, con disfagia y patologías neurológicas, sometidos a un plan de terapia a través de: posturas compensatorias, aplicación de masaje, realización de ejercicios articulatorios pasivos y activos para mejorar la movilidad de las estructuras, ejercicios de respiración e incorporación de alimentos de diferentes texturas (Tabla 1: Anexos).

Antes de la terapia, 55 pacientes presentaban diagnóstico de disartria y 40 presentaron dificultades de deglución. De estos 40: el 20% presentaban dificultades de disfagia para líquidos y el 30% presentaban dificultades de disfagia en general.

Después de la terapia, el 11% presentaban dificultades en general, el 16% presentaban dificultad en líquidos y **el 50% no presentaban disfagia**. Respecto a las patologías de lenguaje, el 43% presentaban disartria, el 30% presentaban disfasia, etc.¹²

Otro tipo de consejos del logopedas, de carácter general, son el uso de la cuchara, el empleo de la jeringas para la alimentación, la realización de la ingesta dependiendo del nivel de conciencia o afianzar los conocimientos sobre la disfagia.¹¹

2. Otro posible tratamiento para la disfagia sería la PEG, la gastrostomía endoscópica percutánea, (más conocida por sus siglas en inglés: PEG) es un procedimiento mediante el cual se coloca un tubo flexible de alimentación a través de la pared abdominal hasta el estómago. Asimismo, permite la administración del alimento directamente en el estómago, sin pasar por la boca y el esófago.

Este tratamiento, ha ganado aceptación en los últimos años. Diversos estudios muestran que los pacientes alimentados con gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) presentan menores complicaciones por lo que resulta beneficiosa. La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) en general, está justificada en pacientes con disfagia aguda que pueden evolucionar favorablemente a reutilizar la vía oral en un periodo inferior a 2 meses.⁴

Según el artículo Luisa Ch. et al. **se muestra en el estudio, que la mortalidad a los 30 días de realizar el procedimiento fluctúa entre el 8% y el 32%**. Este alto porcentaje se atribuye a la comorbilidad subyacente. De 608 pacientes, con nutrición enteral a través de sonda PEG, el 20% sobrevivieron. Las principales razones son que en un 66% de los casos presentaban enfermedades neurológicas. Al realizar el procedimiento, las complicaciones inmediatas que se observaron en 16 pacientes fueron: de ellos 5(31%) presentaron infecciones del estoma; 5(31%) fuga a través del estoma, 4(25%) perdieron la sonda y 2 pacientes (12%) murieron por peritonitis consecuencia directa del procedimiento.¹³

En otro estudio propuesto por Inmaculada P. et al. esté, de 37 pacientes, la duración global del **soporte nutricional enteral fue de 11 meses con un porcentaje de exitus del 68% (n=25) con una mortalidad del 50% en los primeros 6 meses tras la colocación de la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG)**¹⁴ (Tabla 3: Anexos).

En el E.L.A que cursa con disfagia y con desnutrición, ésta, se reducirá con la nutrición por la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). Se ha ejecutado mediante la colocación de PEG en 5 pacientes (2 con E.L.A espinal y 3 con E.L.A bulbar) durante más de 30 días. Al comparar los datos con el resto de pacientes del **tratamiento nutricional, la mediana de supervivencia fue de 873 días en el grupo con PEG respecto a 513 días en grupo sin PEG**. Los pacientes portadores de PEG tienen un retraso en la implantación de ella, desde su diagnóstico de unos 933 días (Tabla 2: Anexos).

Entre los pacientes con tratamiento nutricional: en E.L.A Bulbar, aquellos que entraron antes en el tratamiento nutricional tuvieron **una media de supervivencia de 806 días respecto a 129 días en los que entraron después en dicho tratamiento**. Y en la ELA Espinal, aquellos que entraron antes en el tratamiento nutricional tuvieron **una media de**

supervivencia de 1.024 días respecto 185 días los que entraron después. Tiene que haber un tratamiento nutricional precoz.³ (Tabla 2: Anexos).

Entre los aspectos generales consultados, el 77% de los médicos han indicado la gastrostomía endoscopia percutánea (PEG) en el último año. Y que las recomendaciones del logopeda han influido en la instauración de la PEG.¹⁵ Los médicos describieron una serie de beneficios para esta: **79% cree que disminuye la incidencia de neumonía aspirativa, 73% plantea que mejora la supervivencia y el 95% están de acuerdo que mejora el estado nutricional.**¹⁶

Respecto a la sonda PEG, si previenen neumonías aspirativas, los estudios han citado que es una técnica sencilla, con ella, se realiza una deglución más segura, mejorando la situación nutricional del paciente, evitando las neumonías por aspiración y previendo las aspiraciones de úlceras por presión. Los autores, M^a Luisa de la Rica et al, planean que aumenta el riesgo de desarrollar neumonía, debido a la inhalación de pequeñas cantidades de alimentos, y hasta provocar la muerte.

Si la PEG, previene la desnutrición, incluso con bajo peso y con demencia avanzada puede sobrevivir por largos periodos de tiempo pero no se llega a una conclusión. Gómez-Bustos plantea que en pacientes con la enfermedad avanzada, se observa una capacidad de deglución suficiente para no perder peso. La preocupación no debe plantearse solo cuando aparece la disfagia, sino prestarle atención durante toda la evolución de la enfermedad.

Si la PEG, aumenta la supervivencia, se demostró que la mortalidad en los pacientes alimentados mediante PEG es elevado en el año 2000. En él se describen cifras de mortalidad iniciales **al 28% en los primeros 30 días** tras la colocación de la sonda PEG. Otros estudios, describieron que tras 6 meses, solo el 50% de los pacientes es probable que sobrevivan, mientras que **otros, demuestran un 54% de mortalidad en 30 días** y tras un año, el 70-90% de mortalidad (Tabla 3: Anexos).

Y para concluir este objetivo, decir que en las demencias avanzadas, el 85% de los logopedas recomiendan la aplicación de la PEG.¹⁶

3. Otros tratamientos, no menos importantes para el tratamiento de la disfagia:

Mediante tratamiento quirúrgico para realizar una deglución más eficaz, describiremos los siguientes métodos:

Inyección de toxina Botulínica en el Esfínter Esofágico Superior (EES): se inyecta la toxina botulínica tipo A. Su inyección directa en el musculo cricofaríngeo permite conseguir relajación y la deglución en pocos días.

Laringoplastia: requiere una incisión cervical y así, creando una sinequia entre el paladar y la pared posterior faríngea.

Electroestimulación: permite incrementar el ascenso hioideo y laríngeo. Para mejorar la protección contra las aspiraciones.⁵

Otro tratamiento novedoso es el método Lee Silverman VoiceTreatment (LSVT): desarrollado en EE.UU, es un programa de tratamiento Logopédico que estimula al paciente para producir una voz más alta a través del aumento del esfuerzo vocal. Se produce una disminución significativa del Tiempo de Tránsito Oral (TTO) y Tiempo de Tránsito Faríngeo (TTF) que se presentaban prolongados, así como menor cantidad de residuos.¹⁷

Respecto al objetivo de enumerar las enfermedades neurológicas y sus síntomas más frecuentes:

- **Esclerosis Lateral Amiotrófica (E.L.A):** es una enfermedad neurológica degenerativa que se produce por una alteración de las neuronas de la vía piramidal, dando lugar a distintos trastornos motores que se van apareciendo de manera progresiva. Se distinguen dos tipos: una ELA Espinal (60%), que se inicia con trastornos motores a nivel de extremidades y otra, ELA Bulbar (100%) con trastornos motores a nivel de pares cerebrales. La supervivencia media de estos pacientes desde el diagnóstico es de entre 2 y 5 años.

Puede afectar a la comunicación oral, la deglución, la autonomía motora y la respiración quedando preservados la sensibilidad y el control de esfínteres.

Esta enfermedad se caracteriza por una pérdida de fuerza y masa muscular, disminuyendo la misma por las alteraciones tróficas y por el estado de malnutrición.

La malnutrición se caracteriza por la pérdida de peso en relación con la disminución de la ingesta: por los síntomas de **disfagia**, anorexia, por debilidad en las extremidades superiores, y, por otra parte, por el hipercatabolismo y una disminución del apetito.

Este déficit nutricional incrementa la pérdida de masa magra y grasa acelerando la atrofia muscular, especialmente de la musculatura respiratoria.³

En estos pacientes las alteraciones más comunes en la deglución son: reducido control lingual, falta de contracción faríngea, retardo en el inicio del reflejo faríngeo, reducida elevación laríngea y disfunción cricofaríngea.¹⁸

- **Esclerosis Múltiple (E.M):** es una de las principales causas de discapacidad neurológica en el adulto joven. Se caracteriza por inicios con recaídas (58%- 66%), estas recaídas van provocando deterioros y a los 30 años, la mitad de estas

personas evolucionan a la forma secundaria progresiva (alcanzada esta fase, no hay recuperación aunque puede presentar largos periodos de estabilidad).

La severidad depende de la etapa de la enfermedad y las áreas del sistema nervioso que están afectadas.

Generalmente las personas con E.M, presenta un habla hipernasal, la voz es áspera, el nivel del tono inadecuado, la articulación es deficiente y en cuanto a la respiración, hay un aumento de la frecuencia respiratoria, emisión de aire y jadeo.¹⁰

Las principales dificultades observadas en la deglución en relación con esta enfermedad son: control lingual reducido, retardo en el inicio del reflejo faríngeo, reducción en la contracción faríngea y falta de cierre laríngeo.¹⁸

Los trastornos de la deglución se caracterizan por **la presencia de disfagia**, aparece entre el 3 al 41% de los casos.

En las fases iniciales de E.M se pueden presentar alteraciones en la masticación y la deglución en el 19% que se incrementan al 51% en las formas progresivas de la E.M. En la fase progresiva, incluye aspiraciones de saliva y alimentos, con desarrollo potencial de malnutrición, neumonía y deshidratación.¹⁰

- **Parkinson:** es la segunda enfermedad neurodegenerativa, con una prevalencia creciente relacionada con el envejecimiento de la población. Se origina por la degeneración progresiva de las células dopaminérgicas de la sustancia negra del mesencéfalo y denervación gradual del cuerpo estriado.

La enfermedad se caracteriza por la lenta aparición de cuatro síntomas clínicos: bradicinesia, temblor en reposo, rigidez y alteraciones de los reflejos posturales.¹⁷

El paciente con Parkinson ya sea en estadios precoces o avanzados presenta, disartria caracterizada por monotonía, reducción del volumen, ritmo variable, voz entrecortada, ronca, consonantes imprecisas, el **90% presentaran disfagia**, al disminuir los movimientos de la lengua y el esófago, aumentar el tránsito orofaríngeo, la ineficacia e inseguridad orofaríngea es frecuente, movimiento repetitivo del bolo de anterior a posterior (el bolo es incapaz de descender y este, se desplaza nuevamente hacia el centro hasta que finalmente es suficiente para propulsar el bolo hacia atrás)¹⁹, retardo del inicio del reflejo faríngeo, contracción faríngea reducida, elevación y cierre laríngeo están reducidos, debilidad de la peristalsis faríngea, tiempo de tránsito oral y faríngeo prolongados y el riesgo de aspiración aumenta.¹⁹

- Demencia: es una pérdida o debilitamiento de las facultades mentales, generalmente graves y progresivas, debido a la edad.

Las demencias se acompañan de disfagia en una proporción de entre el 25-50%.

La desestructuración de la conducta alimenticia va pareja a la severidad de la demencia, a la pérdida funcional y cognitiva, afectando clínicamente al 45-50% de demencias severas de diferente etiología. Sus consecuencias más importantes son la deshidratación, la pérdida ponderal, la desnutrición, la broncoaspiración, siendo la neumonía aspirativa, la principal causa de muerte de estos pacientes.¹

La pérdida ponderal esta habitualmente presente desde los primeros estadios, habiendo preocupación por la pérdida de peso y apetito, se suman las alteraciones conductuales, como el rechazo a la comida o el olvido por comer. En las fases avanzadas aparece apraxia de la deglución, reducción de los movimientos de la lengua, retardo en el inicio del reflejo faríngeo, debilidad faríngea, reducida la elevación laríngea y el movimiento de la base de la lengua y se presenta **disfagia**.¹⁸

- Accidente Cerebro-Vascular: se entiende por ACV “un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular de más de 24 horas de duración”.⁷

Sus consecuencias dependen del lugar y el tamaño de la lesión.

Efectos de lesiones en distintos niveles del tronco-encéfalo:

-Bulbar: se presenta una disfagia severa inicialmente. Hay una ausencia del reflejo faríngeo. A las dos semanas hay un retardo en el inicio de 10 a 15 segundos o más, reducida la elevación laríngea, parálisis faríngea uni o bilateral.

- Protuberancia: hay una ausencia del reflejo faríngeo, parálisis unilateral y está reducida la elevación laríngea con disfunción cricofaríngea.

-Sustancia blanca: hay un retardo de 3 a 5 segundos en el tránsito oral y retardo en el inicio faríngeo de 3 a 5 segundos.

-Hemisferio izquierdo anterior: se muestra una apraxia de la deglución de leve a severa. Puede haber un retardo en el tránsito oral de 3 a 5 segundos y en el inicio del reflejo faríngeo de 2 a 3 segundos. La deglución faríngea es normal.

-Hemisferio derecho anterior: puede haber un retardo en el tránsito oral de 2 a 3 segundos y en el inicio del reflejo deglutorio de 3 a 5 segundos. La elevación laríngea esta retardada.¹⁸

En el ictus, las secuelas más frecuentes son afasia, disartria, apraxia del habla, hipertensión arterial, elevada **presencia de disfagia**, trastornos perceptivos y cognitivos, alteraciones emocional como depresión, baja autoestima, etc.^{20, 21}

Respecto al objetivo de las diversas pruebas para diagnosticar la disfagia, se han desarrollado una serie de métodos para el estudio de la deglución:

Las pruebas médicas más frecuentes son la Evaluación **fibroscópica de la deglución (FEES)**, es un examen versátil y portátil, generalmente bien tolerado. Para su realización, se requiere de un nasofaringolaringoscopio flexible.

Evalúa los siguientes aspectos: la anatomía faringo-laríngea, manejo de saliva y secreciones, efectividad de la tos, movilidad del velo del paladar, contractibilidad faríngea, competencia del sello velofaríngeo, un posible reflujo nasal, elevación laríngea y movilidad cordal. El objetivo es evaluar el grado de aspiración para evitar repercusiones respiratorias. Se clasifica la severidad con una escala, que va desde el grado 1 (escasa secreciones) hasta el grado 4 (aspiración de secreciones).

Se administra el alimento al paciente durante el examen. El médico va observando el recorrido de las consistencias desde el velo del paladar hasta el vestíbulo laríngeo, para evaluar posibles aspiraciones. En este examen, es muy importante el posicionamiento del nasofibroscopio. En la etapa faríngea de la deglución, desde el punto fibroscópico, es una etapa ciega: la imagen se “blanquea” debido a la elevación del paladar blando.⁴

Se presenta una bandeja de consistencias para la evaluación de la deglución incluyendo: pudín, néctar, papilla, líquido espeso y sólido. Se utiliza una cantidad pre-establecida de espesante además de colorante azul vegetal. Una parte fundamental de la FEES es la exploración sin alimento, que permite valorar la localización de las secreciones²⁰.

Según el artículo de Melissa C. et al. donde se muestra los **resultados** de 27 pacientes, en los cuales el 93% presentan una alteración en la deglución en la fase oral o faríngea. En la fase oral, se encontró un control del bolo deficiente en un 71%, predominante con los alimentos sólidos, evidenciando por la masticación prolongada y varios intentos para deglutir. El déficit de la propulsión del bolo estuvo presente en el 93% debido al congelamiento del dorso lingual, que no le permitía descender para permitir el paso del bolo. El retardo en el disparo del reflejo deglutorio se encontró en un 52% y los residuos en la valleculea se encontraron en el 88,88% y aspiraciones laríngeas en el 26%.²⁰ (Tabla 4: anexos)

Otras prueba realizada es la **videofluoroscopia o el trago de bario modificado**, son imágenes dinámicas de las fases orales, faríngeas y esofágicas de la deglución. Evalúa el grado de protección de la vía aérea durante el proceso de la deglución.

Se evalúan los alimentos con contraste, y se analizan diversas posiciones de la cabeza y el cuello con el fin de encontrar la más adecuada para lograr una deglución segura. Si el paciente presenta una aspiración se detiene el examen.

Otras muchas pruebas son: ultrasonido, electromiografía, videomanometría, medición del Ph esofágico en 24 horas, resonancia magnética.²² La importancia de poder identificar la disfagia por parte del médico correspondiente, radica en que cese un síntoma grave, con complicaciones que pueden causar la muerte del paciente.

La exploración clínica, por parte del logopeda, es la siguiente:

Test del agua: se realiza con una jeringa de alimentación se administran 10 ml. de agua y se observa si hay babeo, el nº de degluciones, si hay tos y si hay disfonía. Se repite 4 veces con este volumen y se concluye con 50 ml. La prueba es positiva si se presenta algún síntoma anterior y negativa si no se presenta ningún síntoma. Solo se considera la tos como único signo de detección de una aspiración.

La exploración se puede complementar con la medición de la saturación de oxígeno durante la exploración.⁶

Método de exploración clínica volumen- viscosidad (MECV-V): es un método clínico para los pacientes con disfagia orofaríngea, y por tanto con riesgo de presentar alteraciones de la eficacia y seguridad de la deglución. Utiliza bolos de tres viscosidades y tres volúmenes diferentes y nos orienta sobre cuales son la viscosidad y el volumen más adecuado para compensar al paciente. Los signos que detectan el MECV-V son: inadecuado sellado labial, existencia de residuos orales en la boca, deglución fraccionada y sospecha de presencia de partículas del bolo en la faringe.

Si durante la aplicación del MECV-V, el paciente presenta cualquier de estas alteraciones: tos, cambios de voz o desaturación de oxígeno, la prueba se considera positiva, es decir, el bolo es poco seguro para el paciente, por lo que será necesario aumentar la viscosidad y/o disminuir el volumen.⁶

Según el artículo de Luis José S. et al. se exponen unos **resultados** de 86 pacientes en los cuales en su anamnesis, se presentó disfagia en el 26,7% de la muestra. Solo un 9% había utilizado espesantes previamente. Mediante el MECV-V, la prevalencia de disfagia orofaríngea fue del 53%. El 65% (30) tuvieron un trastorno mixto, el 32%(15) un trastorno de eficacia y tan solo un paciente (2,17%) con un trastorno de la seguridad.

Los trastornos en el sellado labial y la aparición de residuo oral fueron los más relevantes de la eficacia y de la seguridad el signo más relevante fue la tos.²³

Respecto al objetivo de cómo se trabaja la disfagia en los campos de las residencias y los hospitales y los beneficios que supone una intervención multidisciplinar en disfagia,

En opinión de los facultativos, el 58% estiman que más del 20% de sus enfermos presentan disfagia. El total de dietas realizadas en los hospitales es de 63. 000 y de éstas el 13% se realiza de forma específica para enfermos con disfagia.

Pero se presenta **una inadecuada adaptación en la dieta en los hospitales para los pacientes con disfagia** con respecto a la consistencia de algunos platos.²⁴

En las residencias, el 40% de los residentes no presentan 3 comidas completas y el 80% no beben más de 5 vasos de agua al día. Por esto, presentaban un índice de masa corporal (IMC) estos ancianos, entre **bajo peso, el 37%** y una obesidad leve, el 3%. En relación a la dieta que tomaban se distribuye de la siguiente manera: **túrmix el 91%** o de fácil masticación, el 3%. El 75% de estos ancianos no tiene pautados suplementos nutricionales.²⁵

Es importante que el 97% de estos ancianos presenta deterioro cognitivo, por esta causa:

El 79% necesita ayuda para alimentarse, es decir, con mayor nivel de dependencia, existe un mayor nivel de desnutrición.

De 43 residencias encuestadas, el 40% no presentaban casos de disfagia y en los hospitales, **el 75% presentaban trastornos de disfagia**. En los hospitales, el 83% presentaban dieta de disfagia para los pacientes con disfagia y el 54% de las residencias tenían una dieta específica para estas necesidades, pero solamente el 5% incluía medidas dietéticas, **el 90% de las residencias elaboraban puré en la dieta de sus residentes, los espesantes para líquidos se usaban en un 60%** y papillas y gelatinas en torno a un 30 % respecto a las residencias.²⁵

La pauta para instaurar la sonda nasogástrica en **las residencias es de un 50% y la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es de un 30%**, se encontraron un total de 60 residencias con SNG y 20 con PEG.

Según el artículo de M^a Isabel F.et al., argumentan que no presentaban sonda de alimentación al alta 17 de los 38 pacientes, un 45% menos. De estos 17 casos, 12 de ellos, se les restableció una alimentación oral eficaz y segura y los otros 5 restantes, presentan un tratamiento de confort al entrar en fase de últimos días.¹¹

Entre las complicaciones en las residencias, **las más habituales son las aspiraciones (75%)** pero en los hospitales presentaron aspiraciones de relevancia clínica durante la estancia y acabaron falleciendo.²

Respecto a los fármacos, la vía oral es la forma de administrar la medicación, habitualmente, la más cómoda y económica. La existencia de disfagia dificulta la correcta administración de la medicación, generando errores de medicación y habiendo planes de mejora en los hospitales.

Se valora si hay algún problema en la manipulación de las diferentes formas farmacéuticas (dificultades para triturar, disolver o mezclar con espesante los alimentos).

Hubo 134 intervenciones destinadas para adecuar la prescripción médica y a indicar su correcta administración, entre ellas: un 5% para el cambio del principio activo, siendo sustituido el omeprazol por esomeprazol, el 4% fue destinado para el cambio de comprimido o cápsula por polvos, un 78% para las normas de manipulación de los medicamentos, etc.²⁶

Es clave el manejo multidisciplinario por parte de un equipo integrado por los diferentes profesionales necesarios para la atención del enfermo, que actúe de forma coordinada desde el diagnóstico y ante las diferentes situaciones que puedan surgir a lo largo de la evolución de la enfermedad con el apoyo del equipo de atención primaria, asociaciones de pacientes y familia.

Los profesionales que integran este equipo multidisciplinario son neurólogo, nutricionista, rehabilitador, fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional, enfermera, trabajador social, psicólogo y médico de familia, entre otros.

Los objetivos fundamentales de este equipo multidisciplinario son: optimizar el tratamiento y el seguimiento, reducir los desplazamientos, coordinar la comunicación entre profesionales y mejorar la supervivencia y la calidad de vida.⁹

Se ha demostrado que hay una mayor supervivencia en los pacientes atendidos por equipos multidisciplinarios.

DISCUSIÓN

Respecto al tratamiento derivado por la disfagia, son muy pocos sujetos los que son remitidos para tratar la disfagia al logopeda, tan solo un 33% de ellos.¹¹ Puede ser, porque no llega a conocerse en toda su plenitud nuestra profesión o no se conoce que también dentro de nuestras funciones está, la de tratar la disfagia. Igualmente, puede deberse por la baja presencia de logopedas en hospitales ya que, según esta revisión bibliográfica, hay un índice muy alto de disfgias y en tan solo en un caso cita la derivación de los pacientes al logopeda.

A la hora de rehabilitar la disfagia, el logopeda presenta múltiples técnicas, que se tienen que adaptar al sujeto, no todas servirán al mismo sujeto, ya que no presentan la misma disfagia.^{4, 5}

De este modo si el paciente presenta una disfagia severa y no puede presentar alimentación oral, se realizará de otras maneras como por gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). En esta revisión bibliográfica hay contradicciones de los autores, unos autores muestran que sí beneficia al paciente en su nutrición, que previene aspiraciones y mejora la supervivencia pero otros autores, comentan que puede provocar hasta la muerte.¹⁶

Se muestra en estudios, en los cuales la mortalidad en las intervenciones con PEG son elevadas (un 32%).¹³ Este porcentaje tan alto de mortalidad puede deberse a las complicaciones que tiene esta intervención, que no podemos dejar a un lado que es una intervención y que todas ellas van a tener complicaciones, están expuestas a ellas.

Hay un porcentaje también elevado de recomendación por parte de los médicos en cuanto a la PEG, algún beneficio encontrarán en dicha técnica. Los médicos describieron una serie de beneficios de la PEG en pacientes:

El 79% cree que disminuye la incidencia de neumonía aspirativa, la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es un soporte idóneo para prevenir aspiraciones y no llegar a producirse neumonías como sugieren algunos autores, ya que la PEG se presenta en la zona abdominal y no hay ningún mecanismo en la zona del aparato respiratorio para que se produzcan aspiraciones al aparato respiratorio.

El 73 % plantea que mejora la supervivencia nutricional, la PEG es un soporte ideal para mejorar la malnutrición, si un paciente presenta una disfagia severa o, por ejemplo, una

E.L.A en una fase avanzada, estos sujetos no pueden presentar alimentación por vía oral, se instaurará la PEG a estos sujetos y se administrará la alimentación por dicho soporte.

Hemos observado en los resultados que el grupo que tenía instaurado la PEG sobrevivía más días que los que pertenecían en el grupo contrario; llegando a sobrevivir 360 días más.

Es necesaria una implantación precoz en las medidas de nutrición, ya que se puede observar que cuanto antes se inicie la alimentación con PEG, mayor será la supervivencia para el sujeto y la calidad de vida.^{3,14}

La E.L.A se debe por la pérdida de la fuerza y tono de la masa muscular que se presentan, llegando a atrofiarse³. Todo esto, entre la atrofia y la respectiva pérdida de tono y fuerza se produce una pérdida de tono generalizado que afecta a todas las musculaturas, respectivamente. Así, si su alimentación se realiza por PEG, el aporte nutricional se seguirá realizando y de manera complementaria aumenta la supervivencia, aunque sea de meses.

La FEES es una prueba muy completa para realizar por el médico en su consulta. Evalúa muchos aspectos importantes para la deglución hasta las degluciones “secas”^{4, 5, 6}, así, valoraría el médico la capacidad del paciente para liberarlas por él mismo.

Al realizar la prueba, se observa que el 93% de los pacientes²⁰ con Parkinson presenta afectada la fase oral y faríngea porque presentan una bradicinesia y una rigidez. De esta manera, la deglución se irá haciendo más lenta y dificultosa.

El control del bolo deficiente en el 71%, evidenciado por la masticación prolongada y varios intentos para deglutir, esto se debe a los grandes temblores que presentan estos sujetos en reposo, sobre todo, suceden en la mandíbula. Lo puede favorecer el estrés.

El retardo en el disparo deglutorio se encontró en el 52%²⁰, esto se debe a que en esta enfermedad se reducen los movimientos de la lengua y se produce una debilidad de la base de esta y de las paredes faríngeas. Esto, provocará la acumulación de residuos en las vallecúlas en el 88,88%²⁰. Todo, debido a que la lengua no realiza su función correctamente por su falta de tono muscular, también debido a la rigidez de la patología.

Y las aspiraciones se presentan en el 26% de los pacientes²⁰, por la rigidez, se compromete la elevación de la laringe y esto, imita la vascularización de la epiglotis con riesgo importante de penetración y/o aspiración laríngea.

La prueba, videofluoroscopia, es una prueba sencilla para detectar la aspiraciones silentes, un síntoma importante para los logopedas. Es más cómoda que la anterior, ya en la FEES

es incómodo tener el endoscopio en la zona oral durante la realización de la revisión, también puede haber personas que tengan el reflejo nauseoso más exaltado.^{4, 20}

La FEES es más completa, ya que evalúa más aspecto para la deglución pero presenta algún inconveniente y la videofluoroscopia es más simple y con menos inconvenientes.

El test de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) es un método elemental para logopedas. Antes de empezar a trabajar con el paciente se debe saber en que consistencia el paciente deglute sin ningún riesgo.

El test de agua supone riesgos y no determina si la deglución es eficaz. Es un riesgo porque en las recomendaciones que ofrecen las guías de deglución, aconsejan que no se debe alimentar a los pacientes con jeringas, ya que el contenido desciende a mucha presión y no da tiempo a que la epiglotis a realizar su cierre, yéndose a vía aérea y no se puede determinar con un solo signo, la valoración final de la deglución.

En los hospitales se presenta un porcentaje del 75% de disfagia, el porcentaje es tan elevado porque hay muchas patologías que cursan con disfagia y porque esta es un síndrome geriátrico con alta prevalencia en ancianos.²⁵ Podemos decir que, por desgracia, cada vez somos más ancianos y el porcentaje de disfagia seguirá aumentando. Por este motivo, cada vez más en los hospitales y las residencias se deberá de preparar más dietas especiales para disfagia.

En el hospital, el 83% presenta dieta de disfagia, ya debería de haber un logopeda para tratar dicha disfagia y conseguir una alimentación segura y eficaz. Pero si no hay pues la mejor manera de tratar la disfagia sería con la dieta, reduciendo los riesgos y evitar la muerte en el hospital.²⁵ Puede que haya una dieta pero no tiene que ser la adecuada y ni utilizar las pautas adecuadas, así puede subir el porcentaje pero no tiene porque ser una dieta reeducativa para la disfagia. Y en las residencias, el 54 %. El porcentaje es más bajo, al haber menos recursos económicos no se realiza esta dieta específica.

Después de esta revisión podemos argumentar que no hay un consenso sobre la dieta de la disfagia en los hospitales o las residencias, ya que en esta observación, se cifran porcentajes más elevados y en otras fuentes menos elevados, también puede depender del lugar que este más concienciado con la disfagia y realice más concienciación a sus trabajadores sobre la dieta y las pautas a seguir y en otros lugares, se realice de manera contraria.

Los espesantes para líquidos se usaban en un 60%²⁵ por la razón de que en, estos casos, si que presentarían problemas, por ejemplo, como trastornos de seguridad o eficacia.

Y estas situaciones ya si que llaman más la atención. En otro caso, al realizar la preparación de un puré, si el puré presenta una consistencia homogénea y sin grumos, el sujeto no presentaría problemas de disfagia. Pero los líquidos, son más llamativos.

Es importante que el 97% presenta deterioro cognitivo, por este motivo, el 79% necesita ayuda para alimentarse. Esta alimentación, será por un auxiliar, este personal lo ejecuta con el tiempo justo para realizar la alimentación a más ancianos y por esto motivo, **el 40% no presentan 3 comidas completas** y el 80% no beben más de 5 vasos de agua al día.²⁵

El tipo de dieta más empleada es la dieta túrmix,²⁵ ya que esta dieta no requiere de mucho presupuesto para la institución, por eso, es la más aceptada por su bajo coste, fácil realización y sencilla para la disfagia.

Los hospitales y las residencias deberían de ser ejemplo en sus dietas de disfagia, ya que son un punto de referencia sanitario. Para esto, se debe de implantar la presencia de más logopedas en hospitales, y estos, aportar sus conocimientos sobre la disfagia y la alimentación adecuada al presentar esta patología.

En las residencias, ante el inminente número de ancianos debería ser más constante el tratamiento de la disfagia, ya que con la edad, la mayoría de ellos, van a presentar problemas de disfagia graves y se tendrían que prevenir al 100% con más dietas de disfagia, con espesantes en líquidos, etc.

Es recomendable observar en cada paciente los medicamentos que presenta y adaptarlos a la textura de los sólidos y a la viscosidad de los líquidos en los que van mezclando los medicamentos y/o las indicaciones explícitas de manipulaciones correctas para cada uno de ellos, que pueden hacer que pierdan sus principios.²⁶

Respecto a la Esclerosis Multiple (E.M), se debe a la gran espasticidad, temblores, rigidez continua, que afectan a todo el cuerpo, por la debilidad y atrofia que presenta su laringe a la hora de realizar la deglución.¹⁰ Por esta razón, se realiza la instauración de la PEG.

Respecto al Accidente Cerebro-Vascular (A.C.V.) es una enfermedad aguda con tendencia posterior a la mejoría funcional^{7, 20}, ya que a lo largo de unos meses hay ciertos tejidos que adquieren la especialización de otros tejidos dañados y estos tejidos, realizan las funciones de los dañados, por ello, tiene una mejoría funcional con una intención logopédica precoz.

En cuanto a la Demencia, su mayor problema es la memoria, puede empezar con pérdida del apetito, siguiendo con apraxia de la deglución (esto sucederá cuando la demencia va progresando y las funciones cognitivas estén deteriorándose) hasta llegar a la demencia total donde habrá rigidez, también, y la disfagia será muy acentuada.¹

CONCLUSIONES

Tras realizar la revisión sistemática podemos concluir que:

1. El soporte nutricional se ha asociado a un aumento de la supervivencia de los pacientes con ELA, como también una intervención precoz y la implantación de la PEG. Esta técnica es un procedimiento seguro y efectivo, idóneo para el soporte nutricional a largo plazo que puede mejorar calidad de vida de estos pacientes.
2. La PEG se ha convertido en el procedimiento preferido para la administración nutricional enteral por sonda en los pacientes con disfagia y se prevé para una duración con ella superior a las 6 semanas. Para los pacientes con demencia avanzada, indican que pueden tener el efecto opuesto al deseado y, en realidad, aumenta la mortalidad, reduce la calidad de vida, puede provocar algún daño y hay factores que afectan negativamente en la supervivencia de los pacientes. A pesar de estas cuestiones, esta sigue siendo una intervención frecuente.
3. La disfagia orofaríngea en pacientes con Parkinson es un síntoma frecuente que puede abarcar desde la cavidad oral hasta el esfínter esofágico superior. La aparición precoz de disfagia severa es excepcional en esta afectación.
4. El logopeda realiza diferentes técnicas y maniobras para la evaluación de la disfagia, alcanzando una alimentación oral segura y eficaz del paciente. Respecto a las técnicas del logopeda para la disfagia, el objetivo por nuestra parte es la modificación de la consistencia de los alimentos de acuerdo con la naturaleza del trastorno de base, ayudando a mejorar y valorar la nutrición de toda la dieta.
5. La disfagia aparece hasta en el 51% de la Esclerosis Múltiple .Es necesario evaluar completamente la función de la deglución, especialmente en pacientes con lesiones del tallo encefálico. Las técnicas de neurorehabilitación compensatoria son eficaces para eliminar la disfagia en alto grado, lo que permite una mejor nutrición y evitar complicaciones respiratorias.
6. El A.C.V es una enfermedad aguda y, en general, constata un buen índice de mejoría a medio plazo. La presencia de disfagia en la fase aguda del A.C.V supone un riesgo global de muerte del 40%, produciendo la mayor parte de los exitus en el primer mes.
7. Las técnicas más utilizadas son: la evaluación fibroscópica de la deglución (FEES) es una técnica sensible, de validez segura y confiable en el estudio de la disfagia. Entre sus ventajas destaca la portabilidad y la ausencia de radiación.

Permite analizar la fisiología de la deglución, determinar el riesgo de aspiración y, en conjunto con el logopeda, indicar la dieta y maniobras compensatorias que permitan una deglución segura. Y la videofluoroscopia, se utiliza cuando la clínica que presenta el paciente no es concluyente, y se debe complementar la evaluación con ella, para obtener una respuesta más completa de las anomalías en la fase orofaríngea y de su gravedad.

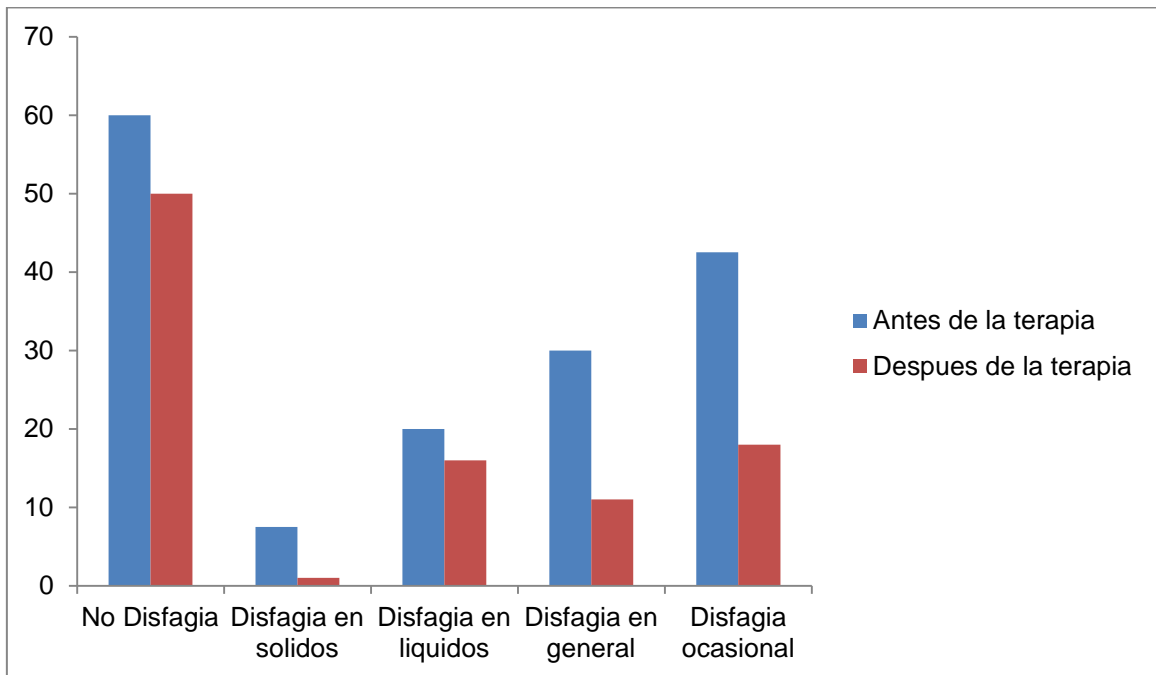
8. En residencias, mediante la administración de suplementos nutricionales se ha disminuido el porcentaje de ancianos en riesgo de malnutricional de un 32% a un 21%, demuestra que la administración de suplementos nutricionales disminuye el riesgo de desnutrición. Los ancianos presentan importantes complicaciones y las medidas dietéticas deberían ser ampliadas y establecer criterios de intervención adecuados. Respecto a los hospitales, para mejorar la calidad asistencial será necesaria la implantación de un programa de atención a la disfagia, dado sus repercusiones clínicas, se deberá realizar una dieta adecuada, en cuanto al valor nutricional de cada paciente.
9. La atención a la persona afectada debe ser contemplada en el marco de un equipo multidisciplinar integrado por todos los profesionales que vayan a intervenir a lo largo del proceso de su enfermedad para ofrecer una mayor supervivencia con la mejor atención y calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

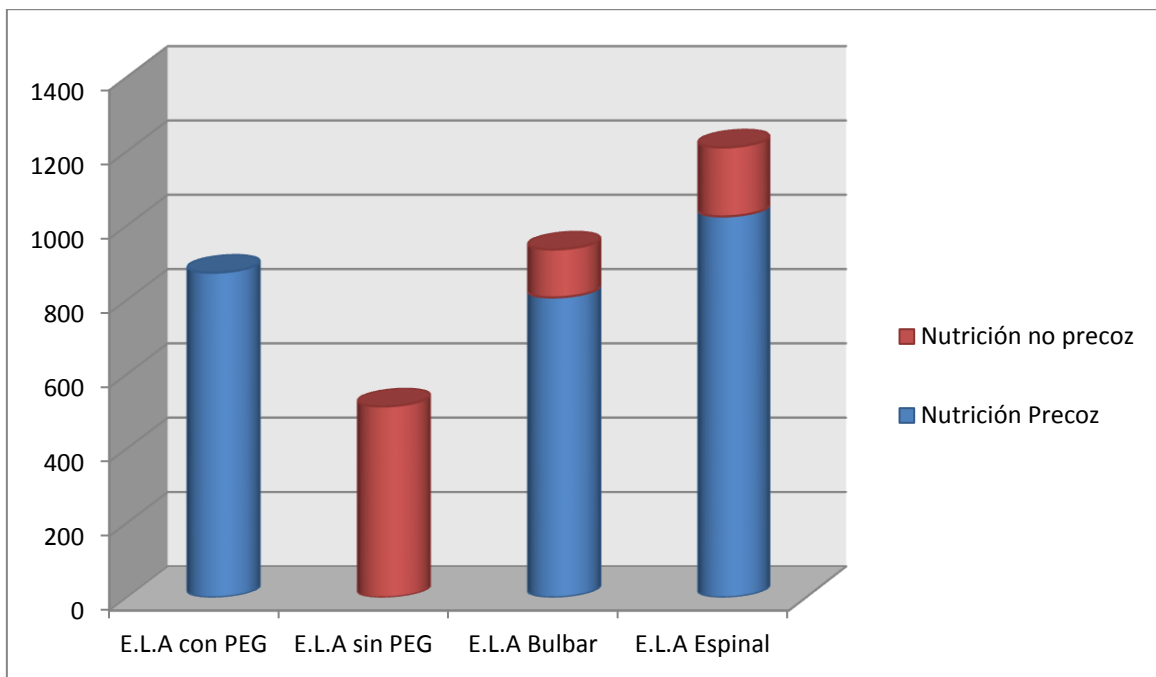
1. Fernando G. et al. Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2009; 44:29-36.
2. José. J. B et al. Manejo de la disfagia en el anciano institucionados: situación actual. Nutr. Hosp. 2002; 17: 168- 174.
3. Juan José L. et al. Efecto del soporte nutricional sobre la superviviente en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica. Nutr. Hosp. 2011; 26:515-521.
4. Gonzalo N. et al. Evaluación fibroscópica de la deglución. Rev. Otorrinolaringol.Cir. Cir Cabeza Cuello. 2008; 68: 131-142.
5. Pere C. et al. Diagnostico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir. Esp. 2007; 82:62-76.
6. M^o Mercedes V. et al. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnostico y tratamiento. Nutr. Clín. Med. 2007; 1:174-202.
7. Álvaro M. et al. El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile. 2010; 21: 348-355.
8. Miriam Lucia R. et al. Concordancia entre fibroendoscopia y auscultación cervical en la disfagia de sujetos con enfermedad de Parkinson. Rev. Mex. AMACAOF. 2016; 5:83-88.
9. Inmaculada J. et al. La opinión del paciente cuenta: Experiencia en la atención nutricional en un equipo multidisciplinar de ELA.Nutr. Hosp. 2015; 31:56-66.
10. Yanely R. et al. Evidencias de la terapia ocupacional y logopedia en la esclerosis múltiple. Rev. Mex. Med. Fis. Rehab. 2008; 20:17-22.
11. M^o Isabel F. et al. Utilización de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga distancia. Nutr. Hosp. 2009; 24: 588- 595.
12. Mayda Nelía L. Presencia de la disfagia en los trastornos neurológicos de la comunicación. Rev. Mex. Neuroci. 2004; 5:455-459.
13. Luisa Ch.et al. Complicaciones inmediatas de la gastrostomía percutánea de alimentación: 10 años de experiencia. Nutr. Hosp. 2009; 24:73-76.
14. Inmaculada P. et al. Gastrostomía endoscópica percutánea en esclerosis lateral amiotrófica: experiencia en un hospital de tercer nivel. Nutr. Hosp. 2014; 30: 1289-1294.
15. María B. et al. Criterios de médicos tratantes para indicar instalación en gastrostomías en pacientes con demencia avanzada. Rev. Med. Chile. 2015; 143: 1405- 1410.
16. M^o Luisa de la R. et al. Uso de la sonda de alimentación en el paciente con demencia avanzada. Revisión sistemática. Rev. Clín. Med. Fam. 2013; 6:37-42.

17. Ivet C. et al. Papel de la logopedia en el tratamiento de la disartria y de la disfagia en la enfermedad de Parkinson. *Neurol. Supl.* 2007; 3:30-33.
18. Rafael G. et al. Disfagia en el paciente neurológico. *Rev. Hosp. Univ. Chile.* 2009; 20: 252-262.
19. Melissa C. et al. Análisis de la disfagia orofaríngea por medio de la evaluación fibroendoscopia de la deglución en pacientes con enfermedades de Parkinson. *Cir. Cir.* 2012; 80:31-37.
20. Rodolfo P. et al. Factores asociados a la disfagia orofaríngea postictus. *Rev. Neurol.* 2015; 61: 295- 300.
21. Rafael S. et al. Alteraciones de la deglución en el accidente cerebrovascular: incidencia, historia natural y repercusiones sobre el estado nutricional, la morbilidad y la mortalidad. *Rev. Neurol.* 1998; 27: 759-766.
22. Paula Andrea H. et al. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico de disfagia en niños. *Iatreia.* 2009; 22: 169-179.
23. Luis José S. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. *Nutr. Hosp.* 2011; 26:501- 510.
24. Concepción M. et al. Análisis de situación y adecuación de dietas para disfagia en un hospital provincial. *Nutr. Hosp.* 2006; 21: 26-31.
25. Esmeralda C. et al. Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados. *Gerokomos.* 2016; 27:147-152.
26. Judith G. et al. Pilotaje de un protocolo para la adecuación de la forma farmacéutica de la medicación oral al grado de disfagia, de los pacientes ingresados en un servicio de medicina interna. *Nutr. Hosp.* 2011; 26:933-939.

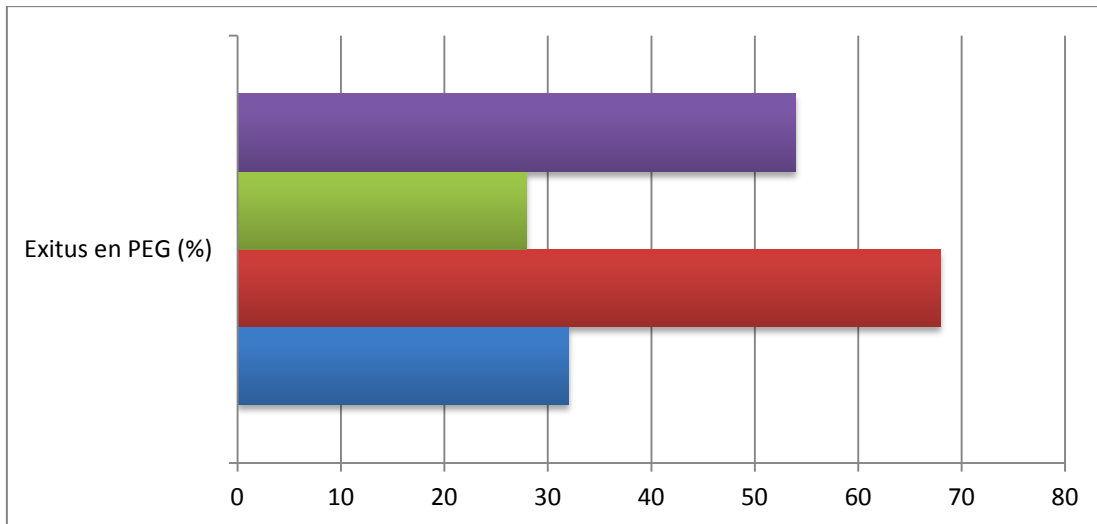
ANEXOS



Disfagia después de sesiones de Logopedia **TABLA 1**



Nutrición en la enfermedad neurológica del E.L.A **TABLA 2**



Comparativa de exitus con PEG en los artículos TABLA 3

DÉFICIT EN LA DEGLUCIÓN	PORCENTAJE
1. Alteración fase oral o faríngeo	93 %
2. Control deficiente del bolo	71%, predominante con los sólidos.
3. Déficit propulsión del bolo	93%
4. Retardo en el disparo del reflejo	52%
5. Residuos en las valleculas	88,88%
6. Aspiraciones	26%

Resultados tras la evaluación fibroscopica de la deglución TABLA 4

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	PORCENTAJE
A.C.V	30%
Parkinson	52-82%
E.L.A	60%
Miastenia Gravis	40%
E.M	44%
Demencia	84%

TABLA 5