

PROTOCOLO DE DISFAGIA

Introducción:

La disfagia orofaríngea es una condición patológica frecuente, especialmente en pacientes ancianos. Se asocia a una serie de enfermedades (principalmente neurológicas y traumáticas), y conlleva un riesgo considerable de aspiración y neumonía. La evaluación fibroscópica de la deglución es una técnica que permite estudiar la fisiología de la deglución, estimar el riesgo de aspiración y orientar sobre la forma más segura de alimentar al paciente.

1. FIBROENDOSCOPIA DE LA DEGLUCIÓN (FEES).

La evaluación fibroscópica de la deglución (o *FEES*) constituye una excelente herramienta en el estudio del paciente portador de una disfagia orofaríngea. Con su realización, se puede determinar la presencia de anomalías anatómicas en la vía aerodigestiva superior y la fisiología de la etapa faríngea de la deglución. Al determinar el riesgo de penetración y aspiración alimentaria, la *FEES* nos ayuda a decidir qué pacientes se puede realimentar y a quiénes debe mantenerse en régimen por boca (alimentación enteral por sonda nasogástrica, nasoyeyunal o gastrostomía). La evaluación fibroscópica de la deglución posee además una serie de ventajas respecto de otros exámenes como la videofluoroscopia, al ser un examen portátil, reproducible y que no implica exposición a radiación.

La validez de la *FEES* quedó demostrada en los estudios de Langmore, quien estimó que este examen tenía 88% de sensibilidad y 90% de concordancia con la videofluoroscopia respecto de la presencia de aspiración. Se ha cuestionado incluso que la videofluoroscopia (VF) siga siendo el *gold standard* del estudio de la disfagia orofaríngea: Wu y cols encontraron una superioridad de la *FEES* respecto de la VF en la detección tanto de penetración laríngea como de aspiración traqueal, al evaluar 28 pacientes con ambos exámenes.

El principal objetivo de los estudios de la deglución orofaríngea es la prevención de neumopatías aspirativas. En este sentido, la efectividad de la *FEES* fue sugerida por un estudio realizado por Spiegel, quien reportó la ausencia de neumonías aspirativas en pacientes derivados de hogares de ancianos, una vez que se introdujo la evaluación fibroscópica de la deglución. En forma similar, Ajemlan y cols. no tuvieron episodios de disfagia "clínicamente significativa" ni neumonías en un grupo de 51 pacientes con intubación prolongada, recientemente extubados y evaluados por *FEES*. Probablemente la evidencia más sólida en esta línea es un estudio

randomizado realizado por Aviv, en el que evaluó la Incidencia de neumonía en pacientes disfágicos, comparando a un grupo evaluado con videofluoroscopia con otro grupo evaluado con la técnica de FEESST. La FEESST (en Inglés, por *Fiberoptic Endoscopio Evaluation of Swallowing with Sensory Testing*) complementa la evaluación fibroscópica de la deglución descrita por Langmore con una evaluación sensitiva, determinando el umbral del reflejo aductor laríngeo a través el uso de pulsos de aire. En su estudio, Aviv describió una menor Incidencia de neumonía en el grupo evaluada por FEESST; esta diferencia alcanzó significación estadística en el grupo de pacientes con AVE.

La FEES ha demostrado ser un estudio muy seguro. Entre sus principales complicaciones se ha mencionado la epistaxis (0,6%), las reacciones vaso-vagales (0,06%) y el laringoespasma (0,03%).

2. ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN DEL PACIENTE CON DISFAGIA:

El trastorno de deglución es un desorden en el transporte del bolo alimenticio desde la boca al estómago. Se puede presentar en el contexto de alteraciones congénitas, traumas, lesiones cerebro vasculares o neurales, intubación prolongada, infecciones y otras.

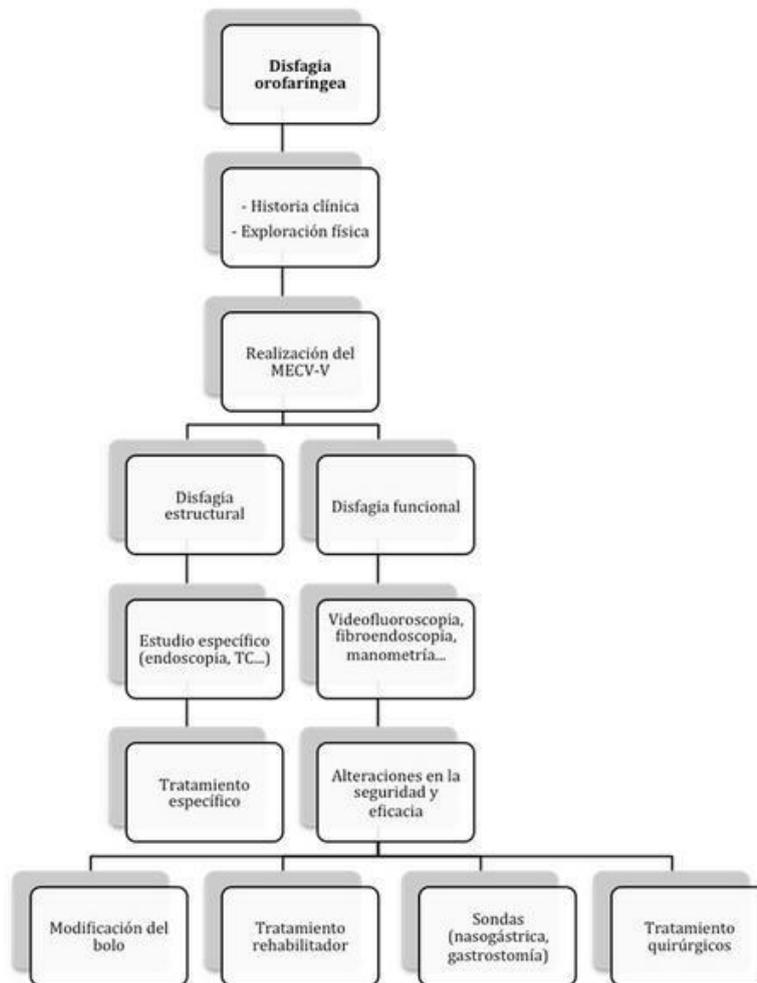
Para el estudio del trastorno de la deglución se debe partir con la anamnesis, evaluando la presencia, duración y tipo de disfagia, para luego realizar un examen físico completo con hincapié en el examen otorrinolaringológico, pulmonar y neurológico.

La videofluoroscopia es el *gold standard* en el estudio de esta enfermedad. Se realiza con un fluoroscopio, 2 radiólogos, 1 otorrinolaringólogo o un fonoaudiólogo. Las ventajas de este examen son la facilidad de interpretación de todas las fases de la deglución; la evaluación de los movimientos compensatorios, y del tamaño y consistencia del bolo que el paciente maneja. Sus desventajas son: que es un examen complejo de ejecutar, donde el paciente recibe radiación, debe colaborar y además es un examen prolongado en el tiempo.

La nasofibroscofia requiere sólo de un nasofibroscofia y un otorrinolaringólogo entrenado. Su ventaja es que evalúa el tamaño y consistencia del bolo que puede manejar el paciente. Es un examen barato, corto y no requiere radiación. La mayor ventaja es que se puede realizar incluso en pacientes postrados. Sin embargo, la nasofibroscofia no observa directamente la aspiración, no evalúa el esfínter cricofaríngeo ni la fase oral.

La intubación prolongada produce trastorno de la deglución por daño de la mucosa laríngea, que altera los mecanorreceptores y quimiorreceptores; también produce hipotonía muscular por desuso y efecto narcótico. Se ha observado, que el trastorno de deglución se presenta más frecuentemente, cuando el paciente ha presentado en algún momento de su evaluación un Glasgow menor a 14 puntos, si es un paciente mayor a 55 años, o que lleva menos de 96 horas extubado. La bibliografía menciona que en pacientes con intubación prolongada se espera entre un 10% a 30% de aspiración silente y entre un 5 a 20% de trastorno de la deglución, el cual estará resuelto en un 63% de los casos sin mediar intervención alguna al mes de extubado.

Los pacientes con accidente vascular encefálico presentan trastorno de la deglución por alteración neurológica e hipertensión endocraneana. Son factores de riesgo para presentar mortalidad secundaria a trastornos de la deglución en pacientes con accidentes vasculares encefálicos la presencia de déficit de conciencia, disfagia, incontinencia urinaria, presencia de temperatura mayor a 36°C, hiperglicemia sin diabetes. La disfagia será más frecuente en aquellos pacientes varones mayores de 70 años, asimetría del paladar, limpieza oral incompleta, respuesta de tos disminuida y gárgaras⁹. En los pacientes con accidentes vasculares encefálicos, según la bibliografía, la mejoría es parcial al mes del tratamiento en un 50% de los pacientes y a los 6 meses el 50% de los pacientes pueden estar sanos. Según estos datos se espera que un alto porcentaje de pacientes con accidente vascular encefálico requieran gastrostomía.



A continuación se describen los puntos en los cuales el explorador ORL debe hacer incapié durante la exploración FEES:

1. PRIMERA PARTE: PANORÁMICA DE LARINGOFARINGE.

a. INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA.

- i. Pedir que el paciente pronuncie 'aaaa' en secuencias cortas y largas.
- ii. Deglución 'seca'.

b. HIPOFARINGE Y LARINGE DE FORMA BASAL.

- i. Simetría. Paredes de hipofarínge.
- ii. Alteraciones estructurales.

c. RETENCIÓN DE SECRECIONES Y FRECUENCIA DE DEGLUCIÓN.

- i. Presencia de secreciones y localización. Aspiración o penetración basal.
- ii. Frecuencia de degluciones secas durante 2 min.
- iii. Anotar si existe la imposibilidad de deglución de paciente.

d. BASE DE LENGUA Y FUNCIÓN FARINGEA.

- i. Pronunciar 'gol' o 'futbol'. Sujetar la lengua y confirmar la movilización.
- ii. Pronunciar 'iiii', valsava o toser.

e. FUNCIÓN LARÍNGEA.

- i. Observar movimientos de cuerdas vocales con la respiración.
- ii. Fonación.
- iii. Protección de vía aérea. Tos efectiva.

f. TEST SENSORIAL.

- i. Tocar con fibroendoscopio lengua, paredes faríngeas y epiglotis.
- ii. Medialización de cuerdas vocales ante el contacto con el repliegue aritenopiglótico.

2. DEGLUCIÓN CON LÍQUIDOS / SEMISÓLIDOS.

- a. Administrar primero semisólidos e ir aumentando de volumen.
- b. Consistencia. Líquidos.
- c. Escala de volumen.

SIGNOS CLÍNICOS DE LA ALARMA	
Signos clínicos de fallo de eficacia	Signos clínicos de fallo de seguridad
- Incapacidad de mantener el bolo dentro de la boca (inadecuado sello labial).	
- Presencia de residuos orales en la boca una vez acabada la deglución.	- Cambio de la voz.
- Necesidad de hacer varias degluciones para el mismo bolo (deglución fraccionada).	- Desaturación de oxígeno (con pulsioximetría).
Sospecha de partículas del bolo en la faringe.	- Tos.

EVALUACIÓN FIBROSCÓPICA DE LA DEGLUCIÓN

Identificación

Nombre: _____

Edad: _____ Habitación: _____ Nº Ficha: _____

Examen solicitado por: _____

Diagnóstico de base: _____

Anamnesis deglución: _____

Condiciones del examen:

Fecha: _____

Estado de conciencia Lúcido Desorientado variable Soporoso

Posición: Sentado (90°) Semisentado (45°) en cama

Traqueostomía: Sí No Medicamentos utilizados: _____

Estudio anatómico-funcional de faringo-larínge

	Normal	Alterada	Ausente
Movilidad lingual:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elevación velo palatino:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cierre velofaríngeo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movilidad cordal:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contactibilidad faríngea:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elevación laríngea:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tos:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anomalías anatómicas: _____

Acumulación de secreciones:

- Grado 1 (escasa secreciones ocupan <10% de senos piriformes/valléculas)
- Grado 2 (abundantes secreciones acumuladas en senos piriformes/valléculas)
- Grado 3 (Ingreso de secreciones a vestibulo laríngeo, sin aspiración)
- Grado 4 (aspiración de secreciones)

Ilustración 1. PROTOCOLO EVALUACIÓN FIBROSCÓPICA DE LA DEGLUCIÓN

Estudio dinámico de la deglución

Alimentos utilizados:

- Papilla Líquido con espesante Otro _____

Volumen tolerado:

- 2,5mL 5ml 10 mL 20 mL

Administración de alimento:

- El mismo paciente Asistida

Hallazgos endoscópicos:

	Ausente	Leve	Moderado	Severo	Auto-limpieza
Derrame (spillage)*					
Residuos (pooling)*					
Penetración laríngea					
Aspiración					
Reflujo					

* Derrame: Bolo alimenticio entra a hipofaringe > 2 segundos antes de que se inicie deglución

Comentarios adicionales:

Conclusiones

Diagnóstico:

Recomendaciones

Evaluación / manejo por fonología: Sí No

Apto para alimentación por vía oral:

<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
<p>Dieta:</p> <p><input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Papilla espesa <input type="radio"/> Líquida</p> <p>Supervisión:</p> <p><input type="radio"/> No <input type="radio"/> Intermittente <input type="radio"/> Constante</p> <p><input type="radio"/> Ingesta terapéutica exclusiva por fonología</p>	<p>Régimen 0 por boca</p> <p>Se sugiere:</p> <p><input type="radio"/> Re-evaluación en _____ días</p> <p><input type="radio"/> Alimentar por sonda (SNG/SNY)</p> <p><input type="radio"/> Alimentar por gastrostomía</p>

Observaciones:

Examinador: Dr.
