

# Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios.  
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja  
Periodicidad continuada  
Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja  
Correspondencia: [revistaorl@revistaorl.com](mailto:revistaorl@revistaorl.com)  
web: [www.revistaorl.com](http://www.revistaorl.com)

Artículo original

## Cribado clínico de la disfagia orofaríngea en un hospital general. Primeros resultados

Clinical screening for oropharyngeal dysphagia in a general hospital. Early outcomes

*Beatriz García-Botrán, José Granell-Navarro, Raimundo Gutiérrez-Fonseca, Raquel Barba-Martín\**

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Servicio de Otorrinolaringología.  
\*Servicio de Medicina Interna. Móstoles. Madrid. España.  
[jose.granell@hospitalreyjuancarlos.es](mailto:jose.granell@hospitalreyjuancarlos.es)

Recibido: 27/06/2014

Aceptado: 07/07/2014

Publicado: 08/07/2014

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener conflictos de intereses

**Imágenes:** Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Referencia del artículo:

García-Botrán B, Granell-Navarro J, Gutiérrez-Fonseca R, Barba-Martín R. Cribado clínico de la disfagia orofaríngea en un hospital general. Primeros resultados. Rev Soc Otorrinolaringol Castilla Leon Cantab La Rioja. 2014 Jul. 5 (14): 112-123

<b>Resumen</b>	<p>Introducción y objetivo: La disfagia orofaríngea es una patología de elevada prevalencia, infradiagnosticada e infratratada, que afecta al 15% de los pacientes en hospitalización de agudos, pudiendo llegar hasta el 80% en el caso de la enfermedad cerebrovascular. Los datos disponibles sugieren que prevención de la morbimortalidad asociada al control de las complicaciones de la disfagia (aspiraciones y malnutrición) es una actividad hospitalaria coste-efectiva. El objetivo del presente trabajo es realizar una primera valoración del volumen de actividad y de los resultados iniciales de un nuevo programa de disfagia en un hospital general. Material y método: Tras constituir la Unidad de Disfagia y realizar una campaña informativa en el hospital, se inicia la actividad con cribado por sospecha clínica. La demanda se tramita como interconsulta al servicio de ORL; la primera valoración la realiza la enfermera de disfagia. Se presentan los primeros resultados de actividad a través de la explotación del registro específico de disfagia. Resultados: En los primeros 3 meses (30/01/2014 a 30/04/2014) se ha realizado 135 valoraciones. La media de edad de los pacientes es de 80 años (DE= 12,9). El 50% de las solicitudes proceden de Medicina Interna y otro 30% de neurología. Los motivos más frecuentes de demanda fueron los procesos respiratorios con sospecha de origen aspirativo (33%) y la valoración en el contexto de un accidente cerebrovascular (26%). Dos tercios de los casos se han manejado sólo con valoración a pie de cama (incluido el test de volumen-viscosidad). En 47 casos se ha completado el estudio con una videoendoscopia de deglución, videofluroscopia o ambas. Las recomendaciones dietéticas iniciales han sido muy restrictivas, permitiéndose dieta oral libre sólo en el 15% de los casos. Discusión: El origen de la demanda intrahospitalaria de valoración de disfagia se corresponde con la epidemiología y la etiología reflejadas en la literatura. La protocolización de las valoraciones, adaptada a los recursos del centro, permite que el manejo de la disfagia sea operativo y sostenible. De acuerdo con los resultados iniciales, parece deseable escalar hacia el cribado por grupos de riesgo. Conclusiones: La sospecha y valoración clínicas de la disfagia tiene implicaciones en el cuidado de los pacientes.</p>
<b>Palabras clave</b>	Trastornos de la deglución; neumonía aspirativa; cribado
<b>Summary</b>	<p>Introduction and objective: Oropharyngeal dysphagia is a highly prevalent disease, underdiagnosed and undertreated, which affects 15% of hospitalized patients, although it might rise to 80% in the case of stroke. Available data suggest that prevention of morbidity and mortality associated with the control of the complications of dysphagia (aspiration and malnutrition) is a cost-effective activity. The aim of this paper is to review the burden of activity and the initial results of a new program of dysphagia in a general hospital. Method: After establishing the Dysphagia Unit and conducting an information campaign in the hospital, we started the screening activity based on clinical suspicion. The demand is processed as a request of evaluation to the ENT department; the first assesment is performed by the dysphagia nurse. We present the early results of the program through the exploitation of a specific dysphagia database. Results: In the first 3 months (01/30/2014 to 30/04/2014) we performed 135 examinations. The mean age of patients was 80 years (SD = 12.9). 50% of the requests came from Internal Medicine department and 30% from Neurology. The most frequent reasons were respiratory processes with suspected aspiration origin (33%) and assessment in the context of stroke (26%). Two thirds of the cases were managed only with bedside assessment (including volume-viscosity test). In 47 cases the study was completed with a videoendoscopy of deglutition, videofluroscopy or both. The initial dietary recommendations have been very restrictive, allowing free oral diet only in 15% of cases. Discussion: The origin of the demand for the assesment of dysphagia in the hospital corresponds to the epidemiology and etiology reflected in the literature. The protocolization of the assesment, adapted to center resources, allows the management of dysphagia to be operational and sustainable. According to the initial results, it seems desirable to scale towards screening based on risk groups. Conclusions: Suspicion and clinical assesment of dysphagia has implications for patient care.</p>
<b>Keywords</b>	Deglutition disorders; pneumonia, aspiration; mass screening

## Introducción

La disfagia se define como la alteración o dificultad en el proceso de la deglución. La disfagia orofaríngea (DO) es un concepto anatómicamente más

restringido que expresa una alteración en el transporte del alimento o las secreciones endógenas (saliva) desde la boca al esófago[1]. A pesar de haberse introducido específicamente en las últimas versiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), es una patología claramente infradiagnóstica (y por tanto infratratada) a pesar de conllevar una alta tasa de complicaciones[2]. Se estima que afecta globalmente al 10-15% de los pacientes ingresados en hospitalización de agudos, con una prevalencia particular en algunas patologías, como la enfermedad cerebrovascular (13-80%)[3], los trastornos neurodegenerativos más prevalentes como la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson (52-84%)[4], y los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (50%)[5]. La incidencia real de la DO es difícil de estimar porque los hallazgos diagnósticos dependen de la sensibilidad de las pruebas utilizadas. Por ejemplo, la videofluoroscopia de la deglución puede mostrar anomalías hasta en el 63% de los pacientes ancianos sin sospecha clínica de disfagia[6]. Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, directamente tratados en los servicios de ORL, constituyen un grupo particular porque en ellos las alteraciones de la deglución tiene habitualmente un papel importante en el proceso de diagnóstico y tratamiento del propio proceso, y por tanto es raro que pasen desapercibidas[7]. Sin embargo el grupo más numeroso de pacientes ingresados con disfagia corresponde habitualmente a servicios médicos (no quirúrgicos), en los que la propia disfagia no es el diagnóstico principal.

La DO cumple los requisitos necesarios para ser objeto de cribado[8]. Es un problema de salud importante por prevalencia y gravedad. Existen métodos diagnósticos simples, seguros, válidos, fiables, eficientes y aceptables. El diagnóstico precoz posibilita la intervención, lo cual permite modificar la evolución desfavorable predecible, y además esta intervención es coste-efectiva. Las experiencias de cribado en grupos de pacientes, como en la enfermedad cerebrovascular, son ya antiguas[9]. Existen también datos con alto grado de evidencia para valorar la efectividad de la intervención[10]. Por ejemplo, el 81% de los pacientes con un accidente cerebrovascular muestran evidencia de alteraciones de la deglución en videofluoroscopia[11]: la disfagia en estos pacientes se asocia a infecciones pulmonares en el 32% de los casos y a una elevada mortalidad a los 90 días[12]; la detección precoz y el tratamiento de la disfagia reduce el riesgo de neumonía aspirativa, mejora la calidad de los cuidados y optimiza el alta. En la enfermedad de Alzheimer las principales causas de mortalidad son la malnutrición y la neumonía aspirativa, ambas relacionadas con la disfagia (alteraciones de eficacia y seguridad).

El enfoque de manejo diagnóstico, o la población diana del cribado en su caso, debe de particularizarse en cada centro, adaptándose a los recursos disponibles y al mapa de procesos en cada caso. Evidentemente son necesarios unos recursos básicos, pero el manejo más elemental de la disfagia no precisa de una disponibilidad tecnológica particular, y a un nivel más básico puede llevarse a cabo en cualquier centro hospitalario. Probablemente los únicos prerrequisitos son la sensibilización con el problema y la organización de los recursos (siempre con apoyo institucional).

Recientemente hemos iniciado de manera formal en nuestro centro la actividad específica dirigida al manejo de la disfagia a nivel institucional. El

objeto del presente trabajo es revisar los datos del pilotaje para estimar el volumen de actividad, comprobar la operatividad del proceso, hacer una primera valoración de resultados y orientar las líneas de futuro.

### Material y método

Se realizó un estudio descriptivo de la actividad de cribado de disfagia en los tres primeros meses de funcionamiento reglado de un nuevo programa específico en un hospital general.

Antes de la implementación del mismo se realizó una campaña informativa dirigida al personal sanitario del centro en general y a los facultativos de los servicios médicos en particular. EL programa cuenta con el apoyo formal y práctico de la dirección asistencial y la gerencia del centro. El planteamiento inicial fue solicitar la valoración en caso de sospecha clínica de disfagia y tramitarla en forma de interconsulta dirigida al servicio de ORL. La primera valoración y el seguimiento de la evolución de los pacientes los realiza la *enfermera de disfagia*. Se trata de una figura que consideramos clave en el proceso. Se encuentra adscrita al servicio de ORL, tiene formación específica en disfagia y su actividad es fundamentalmente itinerante en el centro. A todos los pacientes se les abre una *ficha de disfagia*. Operativamente esto se realiza en un dispositivo móvil (iPad). A todos los pacientes se les realiza una anamnesis dirigida (por ejemplo, es importante conocer los antecedentes del paciente, el tipo de dieta previa a la consulta, el número de comidas que realiza habitualmente al día y la ingesta hídrica, o si ha presentado episodios recurrentes de neumonía) y una exploración clínica específica orientada a la DO.

La prueba básica de evaluación a pie de cama es el Test de Volumen-Viscosidad (TVV)[13]. Este consiste en administrar volúmenes crecientes (5-10-20 cc) de diferentes consistencias (líquido, néctar, miel, pudding) para detectar alteraciones de seguridad y eficacia en la deglución.

Los pacientes que necesitan exploración instrumental ORL se trasladan a la consulta (en cama o preferiblemente en silla, ya que ésta última permite una postura más adecuada para facilitar la deglución). En la consulta se realiza una video-endoscopia de la deglución (VED) a través de una exploración nasofibrolaringoscópica, que se asocia siempre a un nuevo TVV con control visual de la deglución. En los casos en los que se considera necesario se completa el estudio con una videofluoroscopia de la deglución (VFD), que es la prueba más objetiva y fiable y que consideramos el *gold standar* para el diagnóstico de DO.



## DOSS - Dysphagia Outcome & Severity Scale

### NUTRICION: NO ORAL

**Nivel 1 - DISFAGIA SEVERA**

- Restricción total de la vía oral
- Retención severa y mantenida en faringe sin capacidad de limpiar
- Aspiración silente en dos o mas consistencias
- Ausencia de tos

**Nivel 2 - DISFAGIA MODERADA - SEVERA**

*Tolera una consistencia, asistencia máxima y estrategias de deglución*

- Retención en cavidad oral
- Retención en faringe sin posibilidad de limpiar
- Aspiración en dos o mas consistencias sin tos
- Asistencia completa
- Consistencia pastosa
- Maniobras compensatorias

### NUTRICION: ORAL ADAPTADA

**Nivel 3 - DISFAGIA MODERADA**

*Supervisión intensiva, restricción de dos mas consistencias*

- Retención en cavidad oral y faringe que limpia con dificultad
- Penetración con dos o mas consistencias
- Ausencia de tos
- Aspiración con dos consistencias y tos debil o ineficaz
- Asistencia - Supervisión
- Dieta semisólida / Pastosa

**Nivel 4 - DISFAGIA LEVE - MODERADA**

*Supervisión intermitente y restricción de una o dos consistencias*

- Retención en cavidad oral que se limpia con dificultad
- Retención en faringe que se limpia con dificultad
- Penetración en dos consistencias con tos
- Penetración en una consistencia con tos
- Aspiración en una consistencia con tos inefectiva o debil
- Dieta blanda / Semisólida
- Supervisión

**Nivel 5 - DISFAGIA LEVE**

*Precisa supervisión , puede necesitar restricción de una consistencia*

- Disfagia oral leve con masticación reducida o retención que llega a limpiar
- Retención en faringe que limpia espontaneamente
- Penetración que limpia con efectividad
- Aspiración de líquidos con reflejo tusígeno
- Distorsión de la voz
- Dieta blanda

### NUTRICION: ORAL

**Nivel 6 - DEGLUCION FUNCIONAL- DIETA MODIFICADA**

*Independiente, dieta modificada, deglución funcional*

- Retraso faríngeo que compensa
- Tiempo extra para comer
- Sin penetración ni aspiración

**Nivel 7 - DEGLUCION NORMAL - DIETA NORMAL**

- Dieta normal
- No tiempo adicional
- No estrategias especiales

**Figura 1.** Escala DOSS (*Dysphagia Outcome and Severity Scale*)<sup>14</sup>, para la sistematización de los resultados de la valoración de la disfagia y la clasificación por severidad, con orientación del manejo nutricional. Es posible el marcado de observaciones o recomendaciones en dos o más niveles, prevaleciendo siempre las más restrictivas, que son las que determinan la gravedad.

En algunos pacientes no es posible realizar valoración alguna por su situación basal, ya que se precisa un mínimo de colaboración. En tales casos se espera a la evolución del proceso para realizar una valoración más completa. En todos los procesos evolutivos (pe. ACV) la valoración se repite cuantas veces sea necesaria.

Las herramientas básicas de tratamiento son la sesión de educación a pacientes y familiares, y la adaptación de la dieta. El eventual tratamiento de rehabilitación corre a cargo de logopedas dedicados a la rehabilitación de la deglución.

Se revisa la demanda de la valoración de disfagia y la procedencia de la misma en relación con servicios y diagnósticos. Tomamos como referencia el número de ingresos totales en el centro para estimar la actividad. Se analiza el tipo de evaluación requerido en cada caso y la necesidad o no de pruebas instrumentales para llegar a un consejo terapéutico. Para las indicaciones de manejo se ha utilizado la escala DOSS (*Dysphagia Outcome and Severity Scale*)[14], que resume por un lado los resultados de las pruebas funcionales, incluido el TVV y las maniobras compensatorias, así como las necesidades de supervisión, y por otro clasifica a los pacientes según la gravedad de la disfagia (Figura 1).

El trabajo estadístico se ha realizado con el programa IBM SPSS *Statistics* versión 20.

## Resultados

Se ha establecido un periodo de estudio de 3 meses, entre el 30/01/2014 y el 30/04/2014, que se corresponden con los 3 primeros meses de registro sistemático. El número total de ingresos en el centro en este periodo ha sido de 4859 pacientes, correspondiendo 1329 a medicina interna, 172 a neurología y 147 a ORL. En este periodo se realizó valoración de disfagia en el programa en 135 pacientes.

Respecto a la distribución por sexos, 62 eran varones (45,9%) y 73 mujeres (54,1%). La media de edad fue de 80,09 años (DE=12,9), con un mínimo de 33 años y un máximo de 102 años. En relación con el servicio de procedencia, la mitad de las solicitudes de valoración proceden del servicio de medicina interna (50,4%). Los otros servicios médicos más demandantes son neurología (30,4%) y geriatría (11,9%). Los pacientes propios del servicio de ORL representan un pequeño porcentaje de la actividad (3,7%). Existen demandas puntuales de otros servicios como neurocirugía, cirugía cardíaca y cirugía maxilofacial. Existen diferencias de medias de edad por servicios, siendo los mayores los pacientes de geriatría y medicina interna, de edad intermedia los de neurología, y más jóvenes los de los servicios quirúrgicos como ORL (Figura 2).

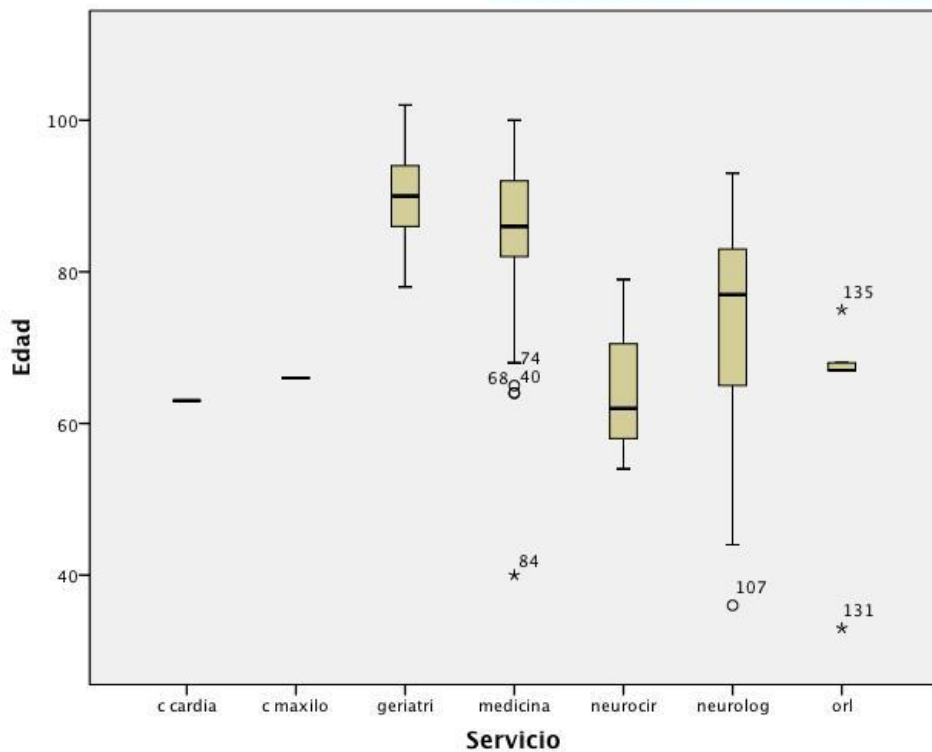
En relación con el total de ingresos, se ha realizado valoración de la disfagia en el 2,78% de los pacientes ingresados en el centro en el periodo de estudio. Este porcentaje se eleva hasta el 5,12% en los ingresos en Medicina interna, y el 23,84% en los de neurología.

El diagnóstico principal que motiva el ingreso de paciente se relaciona, como es lógico, con el servicio en el que ingresa. En la tabla 1 se listan los diagnósticos en los principales servicios médicos demandantes.

El TVV se realizó a pie de cama en 115 pacientes (85,2% del total de las valoraciones). Los 20 pacientes no explorados a pie de cama bien no podían colaborar para el TVV, o bien por circunstancias diversas se exploraron directamente de forma instrumental. El TVV solo ha mostrado ausencia de alteraciones en 22 casos (19,1%).

Más del 80% de las exploraciones a pie de cama demostraron por tanto alteraciones en la seguridad o en la eficacia de la deglución.

En el 65% de los casos el consejo terapéutico se ha hecho sólo con la valoración a pie de cama, basado en la exploración clínica y el TVV. Esto es posible en los casos en los que el TVV es normal y en los que es claramente patológico y suficiente para la orientación del caso. En las situaciones intermedias se ha añadido una exploración instrumental.



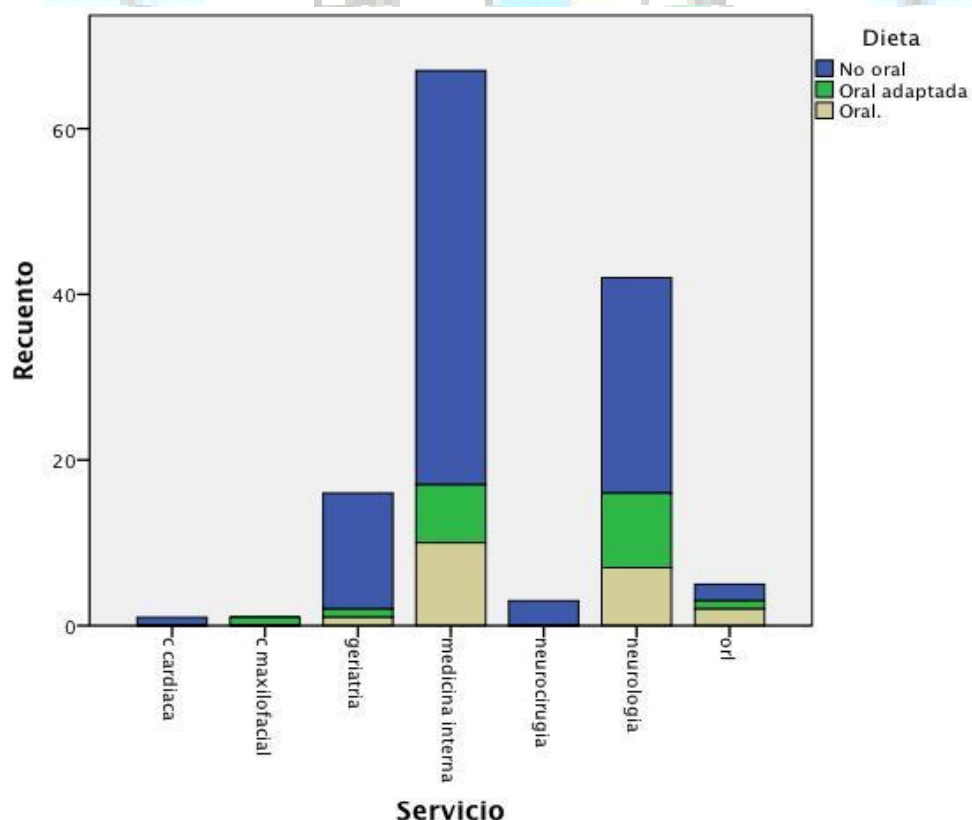
**Figura 2.** Gráfico de cajas de la distribución de edad de los pacientes según el servicio de procedencia. El grupo de edad más avanzada son los pacientes de geriatría (media 89,75a; DE=6,1a), seguidos de medicina interna (media 84,5a; DE=9,8a), y neurología (media 73,29a; DE=12,4a). Son de menor edad los pacientes de los servicios quirúrgicos, como ORL (media 62a; DE=16,5a) o neurocirugía (media: 65a; DE=12,7).

En 47 casos se ha añadido una exploración instrumental con videoendoscopia de deglución (20 casos), videofluroscopia (20 casos), o ambas (7 casos).

En el 71% del total de los pacientes valorados se ha hecho una recomendación de nutrición no oral, en el 14% de nutrición oral adaptada y solo en el 15% de nutrición oral. Existen diferencias en los resultados de la valoración dependiendo del servicio demandante (Figura 3). La nutrición no oral fue más frecuente en el servicio de geriatría (87,5%) seguido de medicina interna (74,6%) y de neurología (61,9%), aunque no existe significación estadística para estas diferencias ( $p=0,283$ ). Existen también diferencias en las recomendaciones entre los pacientes con y sin exploración instrumental, de modo que sólo al 10,2% de los pacientes con exploración exclusiva a pie de cama se les ha permitido dieta oral libre, mientras que este porcentaje se eleva al 23,4% en los pacientes con exploraciones complementarias. Esta diferencia sí es estadísticamente significativa ( $p=0,012$ ).

**Tabla 1.** Diagnóstico principal de ingreso en los pacientes con sospecha clínica de disfagia (diagnóstico secundario) en los servicios médicos más demandantes. Número absoluto en 3 meses de estudio.

Servicio	Diagnóstico	N
Medicina Interna (67 pacientes)	Infección respiratoria	42
	Febre sin foco/sepsis	5
	ITU	9
	Hematoma subdural	1
	Gastroenteritis	3
	Hemoptisis	1
	ICC	3
	Insuf. Renal	1
	Neumotorax	1
	TEP	1
Neurología (42 pacientes)	ACV	36
	Encefalitis	1
	Esclerosis múltiple	1
	Epilepsia (estatus)	1
	Miastenia	2
	TCE	1
Geriatría (16 pacientes)	Fx cadera	5
	Infección respiratoria	3
	Febre sin foco/sepsis	5
	Insuf Renal	1
	Hemorragia digestiva	1
	Desnutrición	1



**Figura 3.** Recomendaciones terapéuticas por servicios. Se representa el número de casos en columnas por servicios, con grupos apilados según la recomendación de dieta no oral, oral adaptada y oral.



## Discusión

Nuestro centro proporciona atención especializada a un área de referencia de 175.112 habitantes. En el área existen 45 centros socio-sanitarios (4 públicos y 41 privados), con 3864 residentes, lo cual supone un grupo de población de edad muy avanzada, con gran comorbilidad y un elevado consumo de recursos sanitarios. La actividad de hospitalización refleja este hecho, de modo que un porcentaje importante de la misma corresponde a ingresos médicos no programados. Este contexto hace más relevante, si cabe, la atención a la disfagia.

La demanda global de valoración de disfagia ha sido del 2,78% de los ingresos. Dado que la instauración del programa es muy reciente, es de suponer que está infravalorada. El volumen de demanda por servicios es difícil de estimar porque depende de las particularidades de cada centro, por ejemplo de la existencia o no de un servicio de geriatría o del reparto de la patología entre los servicios médicos. Puede haber también variaciones estacionales. Se ha valorado al 5% de los pacientes ingresados en Medicina Interna y al 24% de los ingresados en neurología. Dado que la gran mayoría de pacientes ingresados en neurología corresponden a ictus, probablemente este porcentaje es todavía muy pequeño.

Existen diversas formas de orientar la detección de los casos de disfagia en hospitalización. La valoración por sospecha clínica es el más elemental e implementable de forma inmediata en cualquier centro. La clave es la valoración antes de que haya evidencia de complicaciones, en base a características clínicas del paciente que lo convierten en sujeto de riesgo. El grupo de pacientes que se beneficia de la valoración de la deglución es un grupo de edad avanzada (media de 80 años en nuestro estudio), sin diferencias relevantes por sexos. Los servicios médicos ocupan la mayor parte de la actividad (92,7%), lo cual se corresponde con la prevalencia a nivel hospitalario de los procesos causantes de disfagia. Los pacientes con ACV constituyen un grupo particular, no solo por la elevada prevalencia de disfagia (que se corresponde con la demanda), sino porque el manejo adecuado de la disfagia es crítico para propiciar la evolución favorable del proceso[15]. Desde medicina interna se solicitan fundamentalmente valoraciones en relación con patología respiratoria, bien por insuficiencia respiratoria no especificada, por infección respiratoria o sospecha de broncoaspiración, o por neumonía franca de etiología presumiblemente aspirativa. Otros cuadros infecciosos con posible relación con aspiraciones son la fiebre sin foco o la sepsis de causa no determinada. Geriatría comparte con medicina interna estos diagnósticos respiratorios, aunque tiene un grupo particular de pacientes no propios, valorados en el contexto de patología traumatológica (fracturas de cadera)[16]. En todos ellos la disfagia corresponde a formas más o menos complejas de presbifagia, que aunque en muchos casos tenderán a un deterioro progresivo, se benefician particularmente del consejo nutricional[17].

En nuestro modelo de organización la respuesta inicial a la demanda la da la *enfermera de disfagia*. Dado que formalmente la enfermera no puede responder autónomamente a una interconsulta médica la intención es cambiar este modo de demanda en cuanto el sistema informático lo permita, estableciendo un funcionamiento acorde con el enfoque de cribado y los recursos dedicados. La *enfermera de disfagia* es una figura central en el día a

día de funcionamiento del programa. Su actividad está específicamente dirigida al manejo de la disfagia y es fundamentalmente itinerante el hospital, de modo que se desplaza a las plantas de hospitalización donde surge la demanda. De hecho resuelve autónomamente la mayoría de la demanda. En dos tercios de los casos revisados la valoración a pie de cama con el TVV se ha considerado suficiente para confirmar o descartar la presencia de disfagia y emitir una recomendación de manejo.

Si persisten dudas tras el TVV a pie de cama, lo cual ha sucedido en un tercio de los casos, se realizan exploraciones instrumentales. La VED es accesible en cualquier servicio de ORL. Se realiza habitualmente en consulta, y asociada a un nuevo TVV. La VFD requiere un equipamiento específico y no está disponible en todos los centros. El uso que hacemos de ella en nuestro programa probablemente está sobredimensionado ya que representa su elevada disponibilidad por una superespecialización particular de nuestro servicio (ver enlaces relacionados). La VFD no es en absoluto imprescindible para iniciar un programa de disfagia, pero puede aportar información relevante en determinadas situaciones como en patología de la fase oral, en la aspiración silente y en patología esofágica que valoramos mal con las otras exploraciones[18].

En los pacientes valorados con exploraciones instrumentales se ha sido más permisivo con la alimentación. Esto probablemente representa que en caso de duda diagnóstico con la valoración a pie de cama, la recomendación tiende a ser conservadora (como corresponde por las potenciales complicaciones). La exploración instrumental aporta mayor certeza respecto a la eficacia y seguridad, y nos permite ser más permisivos. En cualquier caso las recomendaciones dietéticas analizadas se refieren solo a la valoración inicial y deben entenderse evolutivamente. El objetivo es una orientación adecuada de la alimentación oral en los pacientes con DO.

No debemos olvidar que el cribado solo tiene sentido si existe la capacidad de dar respuesta a los hallazgos del mismo. Es obvio que el manejo multidisciplinar de la disfagia incluye el tratamiento rehabilitador de la misma, la oferta de dietas modificadas y el adecuado seguimiento de los pacientes, frecuentemente con reevaluaciones repetidas.

Dada la prevalencia de la disfagia en la hospitalización de agudos, parece deseable establecer un cribado por grupos de riesgos. Los criterios de riesgo pueden ser de diversos tipos. Posiblemente deba definirse un criterio de edad[19] e incluir el 100% de determinados diagnósticos clínicos (pe. ACV). De hecho, en nuestro centro la incidencias de complicaciones respiratorias en pacientes con ACV se ha reducido tras la introducción del programa de disfagia hasta un 7,45%, cifra que mejora los estándares habituales[20]. Existe una sensibilización creciente sobre el problema de la disfagia en los hospitales de agudos. En muchos centros existen estructuras específicas de atención a la disfagia, y en muchos otros se encuentran en desarrollo. La forma de identificar a los pacientes que deben ser sujetos de valoración es variable y condicionada por la estructura y recursos de cada centro. Sin embargo las experiencias de otros centros suelen resultar particularmente útiles en la creación de este tipo de programas, proporcionando referencias sobre las que construir, adaptar y desarrollar programas propios. Tal ha sido nuestra experiencia, y el motivo del presente trabajo.

## Conclusiones

La disfagia orofaríngea es un problema prevalente en hospitalización de agudos. Su manejo puede gestionarse con estructuras sencillas, pero se precisa apoyo institucional. La sospecha y valoración clínicas de la disfagia tiene implicaciones en el cuidado de los pacientes.

## Bibliografía

1. Cook IJ, Kahrilas PJ. AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*. 1999; 116: 455-78.
2. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, Wuttge-Hannig A, Ortega P. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*. 2002; 17:139-46.
3. Altman KW. Dysphagia evaluation and care in the hospital setting: the need for protocolization. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011;145:895-8.
4. Rofes L, Arreola V, Romea M, Palomera E, Almirall J, Cabré M, et al. Pathophysiology of oropharyngeal dysphagia in the frail elderly. *Neurogastroenterol Motil*. 2010; 22: 851-8.
5. García-Peris P, Parón L, Velasco C, de la Cuerda C, Cambor M, Bretón I, et al. Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life. *Clin Nutr*. 2007; 26:710-7.
6. Ekberg O, Feinberg MJ. Altered swallowing function in elderly patients without dysphagia: radiologic findings in 56 cases. *AJR Am J Roentgenol*. 1991; 156:1181-4.
7. Granell J, Garrido L, Millas T, Gutierrez-Fonseca R. Management of oropharyngeal Dysphagia in laryngeal and hypopharyngeal cancer. *Int J Otolaryngol*. 2012; 2012:157630.
8. Documento marco sobre cribado poblacional. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 177ª Comisión de Salud Pública. 15 de Diciembre de 2010. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/documentomarcocribado.htm> [consultada el 18 de Mayo de 2014]
9. Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia*. 2001; 16: 7-18.
10. Geeganage C, Beavan J, Ellender S, Bath PM. Interventions for dysphagia and nutritional support in acute and subacute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17; 10:CD000323
11. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing disorders following acute stroke: prevalence and diagnostic accuracy. *Cerebrovasc Dis*. 2000; 10:380-6.
12. Sharma JC. Non-neurological variables and mortality of acute stroke. *Int J Clin Pract*. 2001; 55: 619-26.
13. Clavé P, Arreola V, Romea M, Medina L, Palomera E, Serra-Prat M. Accuracy of the volumen-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *CLin Nutr*. 2008; 27:806-15.
14. O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*. 1999;14:139-45.

15. López-Liria R, Fernández-Alonso M, Vega-Ramírez FA, Salido-Campos MA, Padilla-Góngora D. Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. *Rev Neurol.* 2014; 58: 259-67.
16. Love AL, Cornwell PL, Whitehouse SL. Oropharyngeal dysphagia in an elderly post-operative hip fracture population: a prospective cohort study *Age Ageing.* 2013; 42:782-5.
17. Almirall J, Rofes L, Serra-Prat M, Icart R, Palomera E, Arreola V, et al. Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for community-acquired pneumonia in the elderly *Eur Respir J.* 2013; 41: 923-8.
18. Costa MM. Videofluoroscopy: the gold standard exam for studying swallowing and its dysfunction. *Arq Gastroenterol.* 2010; 47: 327-8.
19. Silveira Guijarro LJ, Domingo García V, Montero Fernández N, Osuna del Pozo CM, Álvarez Nebreda L, Serra-Rexach JA. Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. *Nutr Hosp.* 2011; 26: 501-10.
20. Hannawi Y, Hannawi B, Rao CP, Suarez JI, Bershad EM. Stroke-associated pneumonia: major advances and obstacles. *Cerebrovasc Dis.* 2013; 35: 430-43.

#### Enlaces relacionados

- <http://www.disfagia.es>
- <http://www.hospitalreyjuancarlos.es/es/cartera-servicios/especialidades-quirurgicas/otorrinolaringologia>