

DISFAGIA

*Concepción Jiménez Rojas
Ana Isabel Corregidor Sánchez
Carmen Gutiérrez Bezón*

Introducción

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución. La afectación puede presentarse en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el estómago. Debe diferenciarse de la odinofagia, que es el dolor desencadenado por la ingesta de determinados alimentos, especialmente líquidos fríos o calientes.

Como consecuencia de la disfagia puede producirse penetración de material alimenticio en vías diferentes a la digestiva provocando, en ocasiones, episodios francos de aspiración traqueal o bronquial

(por paso de agua o alimentos a la tráquea y bronquios) o aspiraciones silentes (penetración de saliva o comida por debajo de las cuerdas vocales no acompañada de tos ni de otros signos observables de dificultad deglutoria) (8).

La actividad de masticación y deglución normal es un rápido y complejo proceso de movimientos voluntarios e involuntarios en el que participan al menos seis pares craneales, los tres primeros segmentos de los nervios cervicales y los 26 músculos de la boca, faringe y esófago (1). El envejecimiento por sí mismo no causa disfagia evidente clínicamente, aunque hay cambios asociados a la edad que afectan a las diferentes fases de la deglución (tabla 1).

Tabla 1. Fisiología de la deglución normal y cambios con la edad

Fases de la deglución	Cambios con la edad
Fase oral (voluntaria)	
1. Preparatoria: <ul style="list-style-type: none"> — Masticación. — Formación del bolo. 	1. Pérdida de piezas dentarias.
2. Tránsito: <ul style="list-style-type: none"> — Bolo en base de la lengua. — Propulsión contra el paladar duro y faringe. 	2. Desajuste de la prótesis.
3. Reflejo deglutorio: <ul style="list-style-type: none"> — Estimulación de los pilares amigdalinos e inicio del reflejo. 	3. Atrofia de los músculos de la masticación.
	4. Disminuye la producción de saliva.
Fase faríngea (involuntaria)	
1. Elevación del paladar blando.	1. Disminuye el tono muscular que puede alterar el aclaramiento faríngeo.
2. El músculo constrictor superior evita la regurgitación.	2. Mayor propensión al desarrollo de divertículos.
3. Peristaltis faríngea hacia hipofaringe.	3. Epiglotis más lenta y pequeña.
4. Cierre de cuerdas vocales.	4. Alargamiento del tiempo de apnea.
5. La laringe se mueve hacia delante y hacia arriba.	
6. La epiglotis cae sobre la apertura laríngea.	
7. Apertura del esfínter cricofaríngeo.	
Fase esofágica (involuntaria)	
1. Peristaltismo hacia la región esofágica.	Disminuye la amplitud de las contracciones peristálticas esofágicas.
2. Relajación del esfínter esofágico inferior.	

Tabla 2. Causas más frecuentes de disfagia en el paciente anciano

Localización disfagia	Lesiones estructurales	Enfermedades neuromusculares
I. Disfagia orofaríngea	Intrínsecas: Tumores, estenosis, cirugía, inflamatorias, infecciosas. Extrínsecas: Bocio, vasculares, vertebrales.	S.N.C. ACVA, demencias, Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica. Nervios craneales: Diabetes mellitus, parálisis laríngeo. Músculo: Miopatías, distrofias, hipo/hipertiroidismo, amiloidosis, disfunción cricofaríngea.
II. Disfagia esofágica	Intrínsecas: Neoplasias, estenosis, cirugía, cáusticas, cuerpos extraños. Extrínsecas: Tumores, aneurisma, cardiomegalia.	Carcinoma esofágico. Estenosis péptica. Compresión vascular (aneurisma de aorta). Adenopatías mediastínicas (carcinoma de pulmón, linfoma, tuberculosis). Osteoartropatía cervical. Acalasia, espasmo esofágico difuso. Esclerodermia, diabetes mellitus.

Tabla 3. Disfagia en la población anciana según patologías

Patología	Frecuencia
Accidente vascular cerebral	43-60%
Enfermedad de Parkinson	35-50%
Enfermedad de Alzheimer	45-50%
Neoplasias de cabeza y cuello	59%

Prevalencia y etiología de la disfagia en el anciano

Los trastornos de la deglución se dividen anatómicamente en dos tipos: disfagia orofaríngea y disfagia esofágica. Existe una gran variedad de patologías que pueden producir disfagia en cada una de las fases, siendo más frecuente en la población anciana la afectación orofaríngea.

Los pacientes con disfagia orofaríngea refieren generalmente dificultad para iniciar la deglución o para manipular los alimentos en la boca y una mayor dificultad para el manejo de los líquidos. Suelen aparecer otros síntomas asociados como regurgitación hacia la nariz, tos durante o inmediatamente después de la deglución, cambios en la calidad del habla, etc.

En la disfagia de origen esofágico aparece inicialmente una mayor dificultad para la ingesta de alimentos sólidos.

En la tabla 2 aparecen algunas de las etiologías de los dos tipos de disfagia en el anciano.

Existe una gran variabilidad respecto a los datos de incidencia de la disfagia en ancianos. En pacientes institucionalizados los estudios realizados muestran una incidencia del 50 al 65%. La prevalencia de disfagia es especialmente importante en pacientes con patología neurodegenerativa y oncológica (tabla 3).

Disfagia en pacientes con accidente cerebrovascular agudo (ACVA)

La disfagia es un problema común después de un ACVA, oscilando la incidencia recogida en los diferentes estudios entre un 25 y un 55%. Si bien el centro de la deglución se encuentra localizado en la sustancia reticular del tronco cerebral, la disfagia después de un ACVA no es exclusiva de pacientes con patología vascular bilateral o de tronco. En las lesiones hemisféricas izquierdas existe una mayor afectación de la fase oral, con dificultad para la coordinación motora y apraxia. Cuando la lesión es en el hemisferio derecho existe una mayor afectación de la fase faríngea con mayor frecuencia de broncoaspiraciones (2).

Los estudios videofluoroscópicos dirigidos a determinar la frecuencia y la naturaleza de estos problemas encuentran que el trastorno más común después de un ACVA es el retraso en el inicio del reflejo deglutorio, seguido en frecuencia por la disminución de la peristalsis faríngea y la alteración en el control lingual.

La disfagia después de un ACVA se asocia a un mayor número de infecciones pulmonares, mayor mortalidad intrahospitalaria, peor pronóstico funcional y malnutrición, entre otras complicaciones (3).

El seguimiento estrecho de los problemas deglutorios en los pacientes que han sufrido un ACVA por el equipo médico y de enfermería es de gran importancia, especialmente en la primera semana (se registra un porcentaje de resolución del 45 al 70% en los primeros 10 días). Se recomienda el mantenimiento inicial de la hidratación intravenosa, con monitorización y evaluación diaria de la disfagia para la reintroducción de la ingesta oral (si ésta es posible) de forma progresiva y adaptada individualmente a las características de la disfagia que presenta el paciente.

Disfagia en pacientes con enfermedad de Parkinson

La disfagia es un problema frecuente en la enfermedad de Parkinson (hasta un 50% pacientes en los estadios finales de la enfermedad); sin embargo, al ser de instauración lentamente progresiva, el enfermo suele tener escasa conciencia de su dificultad para tragar.

La afectación de la deglución va apareciendo de forma secuencial a lo largo de la enfermedad: inicialmente se produce una reducción de la peristalsis faríngea a lo que le sigue la afectación de la capacidad para formar el bolo adecuadamente por problemas en la motilidad lingual. Más adelante puede alterarse el cierre laríngeo, la función cricofaríngea y en las fases más avanzadas se produce un retraso en el inicio del reflejo deglutorio, de forma similar a muchos pacientes con disfagia secundaria a ACVA (4).

Disfagia en los pacientes con demencia

La disfagia en pacientes con demencia forma parte del amplio conjunto de los trastornos del comportamiento alimentario que pueden ocurrir a lo largo de esta enfermedad. Estos pueden clasificarse en diferentes grupos (5):

- a) Comportamiento resistente (reflejos defensivos).
- b) Dispraxia general/agnosia (déficit cognitivo global, confusión, inatención).
- c) Comportamiento selectivo.
- d) Disfagia orofaríngea propiamente dicha.

La disfagia orofaríngea en la demencia aparece en un 50% de los pacientes a lo largo de la evolución de la enfermedad. Puede predominar la afectación de la fase oral de la deglución por la incoordinación neuromuscular que ocurre entre las apraxias características de la enfermedad, o afectarse en mayor medida la fase faríngea como ocurre en demencias vasculares por secuelas de ACVA o en las fases avanzadas de las demencias de perfil neurodegenerativo.

Su aparición condiciona en gran medida la evolución clínica de la enfermedad, tanto por las complicaciones que conlleva como la malnutrición o las neu-

monías por aspiración (principal causa de fallecimiento en pacientes con demencia avanzada), como por las implicaciones que tiene en la carga de cuidados y en la toma de decisiones sobre la indicación de las diferentes medidas para la alimentación artificial cuando la disfagia es muy severa.

Disfagia en pacientes con patología oncológica

Los tumores de cabeza y cuello suelen acompañarse de disfagia por afectación muscular y nerviosa y por los efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos (mucositis por radioterapia y toxicidad mucosa por quimioterapia). En el caso del carcinoma esofágico, la disfagia a sólidos de corta evolución y progresiva puede ser el primer síntoma de sospecha.

En los casos de enfermedad oncológica avanzada la disfagia puede empeorar por el componente de astenia asociado, la xerostitis por efectos secundarios del tratamiento y la debilidad muscular generalizada con un mayor riesgo de broncoaspiraciones.

Complicaciones asociadas a la disfagia

Las complicaciones de la disfagia en el paciente anciano pueden agruparse de la siguiente forma:

- a) *Complicaciones derivadas de la presencia de material extraño en la vía aérea:* infecciones respiratorias de repetición y neumonía aspirativa. Ambos procesos se acompañan de una gran morbimortalidad en esta población.
- b) *Malnutrición y deshidratación y sus consecuencias.*
- c) *Dependencia, aislamiento social y mayor carga de cuidados, institucionalización.*
- d) *Necesidad en algunos casos de utilización de medios de nutrición artificial (sonda nasogástrica, gastrostomía).* Utilización de restricciones físicas para mantener el sistema de alimentación enteral artificial en algunos casos de pacientes con extubaciones de repetición.

Valoración del paciente con disfagia

En la valoración de los trastornos de la deglución en el anciano participan diferentes miembros del equipo: médico, personal de enfermería e idealmente logopeda.

En el proceso de valoración distinguimos tres apartados:

Anamnesis

- a) Duración y forma de inicio, relación con algún proceso clínico agudo conocido.

- b) Forma de evolución en el tiempo.
- c) Modificación según la consistencia de los alimentos. Cuando existe alteración del control lingual presenta una mayor dificultad para el inicio de la ingesta de sólidos que de líquidos. Cuando existe retraso del inicio del reflejo deglutorio el paciente deglute mejor los alimentos en forma de purés y se atraganta más con los líquidos, que caen hacia la vía aérea antes de que se desencadene el reflejo. Cuando la disfagia es esofágica afecta precozmente a los sólidos con sensación de detención de los mismos.
- d) Descripción minuciosa de lo que sucede cuando el enfermo intenta comer/beber y tiempo empleado para ello.
- e) Presencia de tos inmediata o diferida (hasta dos minutos) o sensación de atragantamiento durante la deglución indicativa de paso de alimento a la vía aérea.
- f) Babeo durante la masticación o deglución.
- g) Presencia de residuos en la cavidad oral al finalizar la ingesta.
- h) Modificación de la disfagia con la postura.
- i) Consecuencias nutricionales de la disfagia, pérdida de peso, cambios en la dieta.
- j) Consecuencias sociales e implicación en la complejidad de los cuidados.

Exploración física

Se puede realizar de forma sencilla la valoración motora de todas las estructuras que participan en la deglución (2):

- a) *Movilidad labial*: se explora pidiendo al paciente que pronuncie las vocales «I» (abriendo la boca) y «U» (cerrando la boca). Observar también la capacidad de mantener los labios cerrados a pesar de los cambios posturales.
- b) *Movilidad lingual*: debe explorarse en su región anterior y posterior. La exploración anterior se realizará pidiendo al paciente que toque con la punta de la lengua las zonas laterales de su boca. La exploración de la región posterior se realiza pidiendo al paciente que pronuncie la consonante «K». El paladar blando se explora pronunciando la vocal «A» de forma mantenida.
- c) *Sensibilidad oral*.
- d) *Exploración de reflejos*:

Reflejo palatino: se desencadenará al tocar en la línea media justo después de su unión al paladar duro.

Reflejo nauseoso: se provoca al tocar la base de la lengua o la pared posterior de la faringe.

Reflejo tusígeno: se produce con la entrada de material extraño en la vía aérea.

e) *Maniobra de palpación externa*:

Existe una sencilla maniobra que puede ayudarnos a una mejor valoración de la deglución: el explorador debe colocar su mano con los dedos extendidos debajo del mentón del paciente: el dedo índice debajo de la mandíbula, el medio en el hueso hioides, y el anular y meñique en la parte superior e inferior respectivamente del cartílago tiroideos (no se debe hacer presión pero sí con una discreta fuerza para valorar el movimiento de la mandíbula, hioides y de la laringe durante la deglución). Es especialmente útil en la valoración de disfagia neurógena con retraso del inicio del reflejo deglutorio (por ej., secundaria a ACVA y en las fases avanzadas de la enfermedad de Parkinson).

A pesar de la dificultad que entraña la valoración de la disfagia en la cabecera del enfermo, se han descrito diferentes «test» basados en la administración de pequeñas cantidades de alimentos de diferentes texturas y líquidos que junto al resto de la evaluación clínica nos permiten orientar la localización de la disfagia (con mayor afectación de las fases oral, faríngea o esofágica) y el tipo de textura más segura en cada paciente.

Exploraciones complementarias

Aportan una información valiosa pero deben decidirse de forma selectiva según los resultados obtenidos en la anamnesis y exploración simple (6):

- a) Estudio baritado simple, endoscopia, videoesofoscopia, manometría de EES: ante la sospecha de trastorno estructural o neuromuscular esofágico.
- b) Valoración por especialista de otorrinolaringología: siempre que sospechemos patología estructural orofaríngea especialmente para descartar procesos oncológicos.
- c) Estudio videofluoroscópico:

En la disfagia neurógena aporta una valoración dinámica de la deglución, que permite además monitorizar el efecto del tratamiento rehabilitador. Su realización no es imprescindible y no está disponible en todos los centros. Se explora la fase oral, la faríngea y la esofágica de la deglución, tanto en su aspecto anatómico como funcional.

Consta de dos tipos de proyecciones:

- *Lateral*: mide el tiempo de tránsito oral y faríngeo, la localización de posible estancamiento de material en cavidad oral o faríngea. También permite el estudio del reflejo de deglución, función faríngea y presencia de aspiración (cantidad y etiología de la misma).

- *Anteroposterior*: diferencia asimetrías funcionales, sobre todo en las cuerdas vocales, y la presencia de restos de material en la faringe después de la deglución.

Cuando no se dispone de videofluoroscopia, un estudio estático en proyección lateral puede aportarnos cierta información, realizando la radiografía dos segundos después de la ingesta de una pequeña cantidad de bario observando la presencia o no de aspiración y de material residual en fase oral o faríngea.

Abordaje práctico

Los principales objetivos del tratamiento de los pacientes con disfagia van orientados a conseguir una deglución eficaz y segura. Esto implica (7):

1. Conseguir que el paciente tenga un estado adecuado de hidratación/nutrición.
2. Disminuir el riesgo de broncoaspiraciones manteniendo la dieta oral.
3. Disminuir el riesgo de complicaciones médicas asociadas a la disfagia.
4. Conseguir la máxima funcionalidad de la deglución.
5. Valorar las necesidades y las formas más adecuadas de suplementación nutricional.
6. Orientar a otras vías de alimentación no oral si se precisan (sonda nasogástrica, gastrostomía, yeyunostomía).

Dada la heterogeneidad de los pacientes geriátricos que presentan disfagia (existe como hemos visto un gran porcentaje de disfagia que aparece en fases evolutivas muy avanzadas de procesos neurológicos degenerativos y oncológicos), las decisiones diagnósticas y terapéuticas deben regirse por criterios clínicos rigurosos. La proporcionalidad en el abordaje práctico debe contemplar aspectos pronósticos e individuales y evolutivos del proceso de base. Para facilitar el proceso hay autores que proponen un algoritmo diagnóstico-terapéutico para la disfagia orofaríngea (8) (figura 1).

En pacientes con disfagia secundaria a alteraciones estructurales, debe valorarse en primer lugar el tratamiento médico o quirúrgico específico del proceso etiológico de base. En el caso de patología estructural esofágica no subsidiaria de cirugía, deben considerarse otras opciones como las dilataciones con balón o el abordaje mediante técnicas como la colocación de *stents* por vía endoscópica que están consiguiendo muy buenos resultados (9).

La radioterapia en tumores de cabeza y cuello debe valorarse tanto como opción curativa como paliativa.

En el programa de recuperación de la disfagia se combinan dos tipos de abordajes: las técnicas com-

pensatorias y las técnicas terapéuticas (10). El abordaje compensatorio se dirige a facilitar la deglución modificando las variables externas que pueden condicionar el proceso. Las *medidas compensatorias* contemplan variables como la postura del paciente al tragar, el incremento de la estimulación sensorial, el volumen y la consistencia del alimento, así como el control del entorno. Estas intervenciones no precisan la participación activa del paciente, sino la formación específica del personal/cuidador para modificar las variables anteriormente mencionadas en función del déficit y necesidades de la persona.

Existen múltiples estudios de intervención en pacientes con disfagia de origen neurógeno (secundaria a ACVA y a enfermedad de Parkinson), basados en diferentes estrategias que combinan en mayor o menor medida cuatro aspectos fundamentales en el tratamiento:

- a) Medidas generales y ambientales.
- b) Tratamiento postural y compensatorio.
- c) Selección de consistencias y volúmenes.
- d) Modificaciones deglutorias y respiratorias (terapia directa e indirecta).

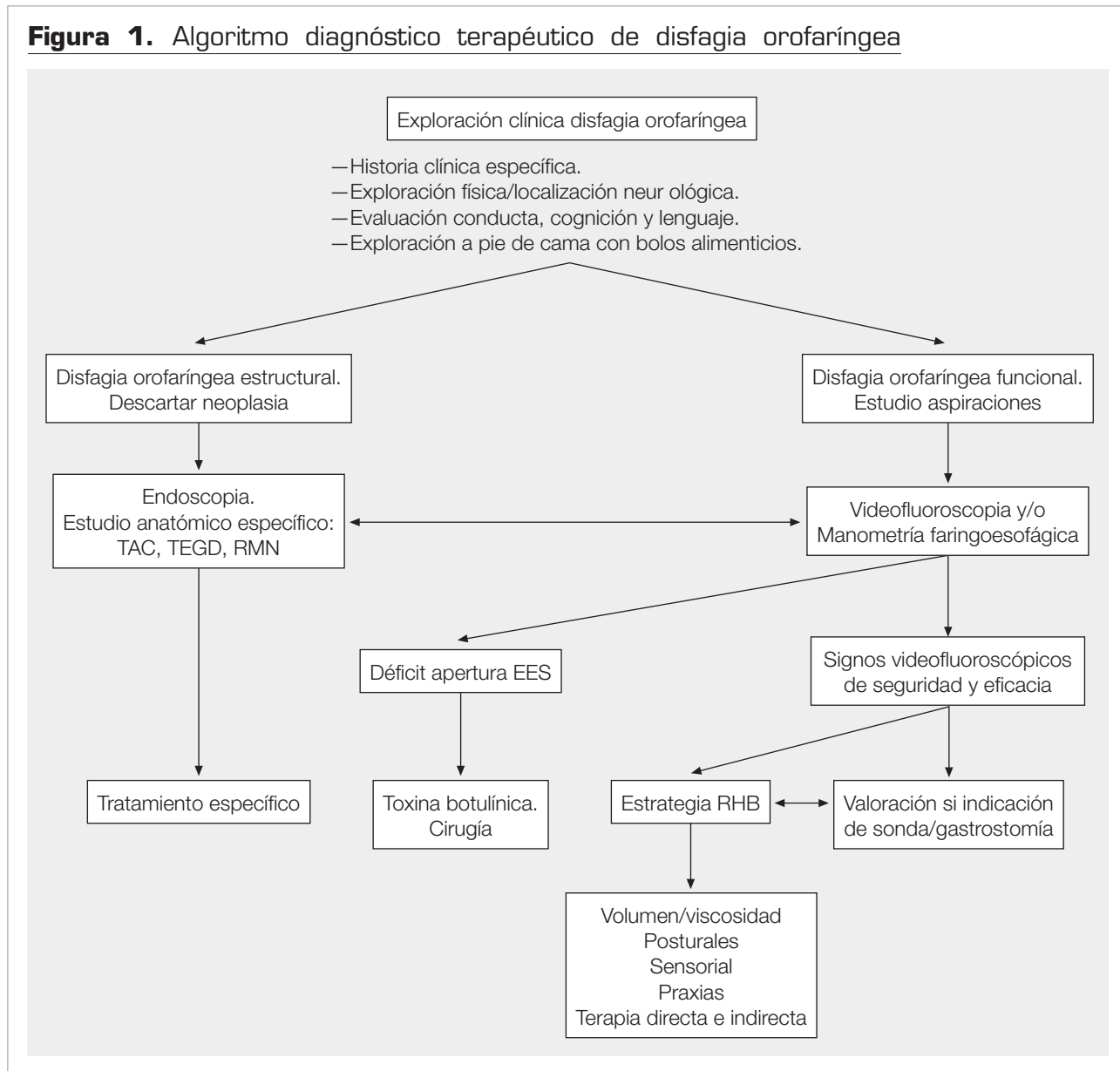
Las conclusiones de los estudios en pacientes con disfagia después de un ACVA aportan pocos resultados definitivos con respecto al tipo de terapia específica, tiempo de inicio de la misma, beneficios de la suplementación dietética o superioridad de los diferentes sistemas de nutrición artificial (sonda nasogástrica o gastrostomía) en el caso de no poder mantenerse la alimentación por vía oral (11).

No obstante, algunos estudios sí demuestran una mejor evolución de los pacientes sometidos a una valoración y abordaje protocolizado de la disfagia tras un ACVA frente a una atención convencional. En la actualidad se encuentran en curso estudios multicéntricos al respecto (12, 13).

En relación al tratamiento no farmacológico de la disfagia en pacientes con enfermedad de Parkinson, no hay tampoco evidencia sobre el abordaje terapéutico más efectivo, y también existen ensayos en marcha para determinar los efectos de las diferentes intervenciones (posturales y de modificación de texturas) (14).

El abordaje práctico de los aspectos ambientales, posturales, dietéticos y de los ejercicios de rehabilitación se hará con la participación de los diferentes miembros del equipo. La realización de los ejercicios de recuperación la llevará a cabo idealmente el logopeda. La ausencia de este profesional en el equipo no implica la imposibilidad de abordar el problema de la disfagia. El aprendizaje de una serie de técnicas sencillas de reentrenamiento de la deglución por alguno de los integrantes del equipo que atiende a los pacientes con ACVA y la educación del personal sanitario implicado puede resultar de gran utilidad.

Figura 1. Algoritmo diagnóstico terapéutico de disfagia orofaríngea



Modificado de Clavé P. REED 2004; 96: 119-31.

Medidas generales y ambientales para la disfagia neurógena

- Evitar elementos de distracción durante el tiempo de la alimentación.
- Mantener postura erguida sentado con ligera flexión anterior del cuello, preferiblemente en silla, si es en la cama elevar ligeramente las rodillas con almohada. Mantener la postura hasta pasados 20 minutos tras la ingesta.
- Realizar una adecuada limpieza bucal pre y postingesta.
- Iniciar con cantidades pequeñas. Permitir oler y probar.
- Instruir al paciente para que no reprima la tos, dar tiempo suficiente para compensar los défi-

cit motores orales y el retraso del inicio del reflejo deglutorio.

- Seleccionar los alimentos en textura, sabor (mejor condimentados y cítricos), consistencia (no mezclar líquidos y sólidos como sopa o cereales) y temperatura (mejor iniciar con alimentos fríos). Intentar acercarse a las preferencias del paciente.
- Dedicar un tiempo específico a la instrucción a familiares y cuidadores.
- En los pacientes con enfermedad de Parkinson, intentar horarios regulares fuera de la toma de L. Dopa y en fases «ON».
- Las recomendaciones generales para la alimentación en los pacientes con demencia quedan reflejadas en la tabla 4.

Tabla 4. Medidas generales para la alimentación en pacientes con demencia avanzada y disfagia

- Respetar gustos y experimentar sabores nuevos condimentados.
- Presentar en el plato (y en la cuchara) cantidades pequeñas.
- No mezclar consistencias sólidas con líquidas.
- Idear comidas que se puedan tomar en trozos pequeños y coger con los dedos (croquetas, taquitos de queso, sándwich troceado...).
- Masaje mandíbula cuando hay cierre.
- Colocarnos enfrente para imitación.
- Evitar contacto cuchara con dientes para no desencadenar el reflejo de morderla.
- Ambiente tranquilo, dedicar tiempo, no forzar si hay rechazo insistente (postponer).
- Enriquecer alimentos para que las cantidades pequeñas aporten más nutrientes: carbohidratos (copos de puré de patata, sémola, tapioca), grasas (nata, aceite de oliva, mantequilla), proteínas (queso rallado, clara de huevo, suplementos proteicos en polvo).
- Si se utilizan preparados artificiales seleccionar sabores según gustos y variar con frecuencia.

Tratamiento postural y compensatorio

Va a depender de dónde se encuentre la afectación predominante de la deglución:

- Si existe reducción del cierre labial: debe inclinarse ligeramente la cabeza hacia atrás.
- Cuando existe reducción de los movimientos de la lengua: debe inclinarse ligeramente la cabeza hacia atrás y colocar los alimentos en la mitad posterior de la misma.
- Cuando hay un retraso en el inicio del reflejo deglutorio: debe inclinarse la cabeza hacia delante para realizar los tragos supraglóticos.

Selección de consistencias y volúmenes

Respetando siempre la norma de no mezclar texturas y de utilizar cantidades pequeñas, se irán seleccionando las diferentes consistencias en función de dónde predomine la afectación:

- Cuando existe regurgitación nasal: se deben emplear texturas espesas (para ello se puede emplear espesante artificial, adición de gelatinas, harinas instantáneas o yogur).
- Cuando existe reducción de los movimientos de la lengua: consistencias aligeradas.
- Cuando hay un retraso en el inicio del reflejo deglutorio: se deben emplear consistencias espesas y de alto contenido hídrico.
- También se recomiendan bolos fríos, helados, sabores ácidos para la estimulación sensorial.

Modificaciones deglutorias y respiratorias (terapia directa e indirecta)

Las técnicas terapéuticas, ya sean indirectas (sin alimento dentro de la cavidad oral) o directas (manio-

bras directas de deglución de alimentos) tienen como objeto modificar/mejorar la maniobra de deglución del paciente y requieren una práctica preferentemente diaria, siendo necesaria la capacidad de comprensión y aprendizaje por parte del paciente y del cuidador.

Técnicas indirectas

El programa de técnicas indirectas incluye la planificación de ejercicios bucolinguofaciales para mejorar el tono, la sensibilidad, la velocidad y la motricidad de las estructuras orales y faríngeas. La realización de estos ejercicios implica la práctica de todos los movimientos que dan lugar al manejo del bolo alimenticio dentro de la cavidad oral. El diseño de estos ejercicios ha de contemplar todas las estructuras que participan en el proceso de deglución: labios, lengua, dientes, mandíbula, paladar y función respiratoria. Algunos ejemplos se reflejan en la tabla 5.

Se recomienda el ensayo de destrezas como el reconocimiento del sabor, la percepción de cantidad y volumen del alimento y la capacidad para detectar la localización de alimento en el interior de la cavidad bucal. Para ello pueden utilizarse objetos simples —previamente desinfectados— como botones de distintos tamaño sujetos con hilo, regalices blandos o duros, piruletas, etc.

Técnicas directas

La práctica de estas técnicas persigue que el anciano recupere, en la medida de lo posible, el control voluntario sobre la deglución y ésta se realice de forma segura y eficaz.

Existen diversas maniobras para el entrenamiento deglutorio. Inicialmente se enseña la deglución con saliva, y progresivamente se introducen alimentos de mayor consistencia y tamaño según el grado de conse-

Tabla 5. Ejercicios bucolinguofaciales y praxias bucofonatorias

Ejercicios bucolinguofaciales	
Respiratorios	<ul style="list-style-type: none"> — Control del soplo y la inspiración. — Respiración oral y nasal. — Entrenamiento de distintos ritmos respiratorios. — Períodos de apnea breves (simulación del momento del trago).
Labiales	<ul style="list-style-type: none"> — Apretar fuertemente los labios. — Esconder los labios. — Estirar los labios mientras permanecen cerrados. — Intentar unir las dos comisuras bucales. — Dar besos. — Pronunciar M, B, P.
Linguales	<ul style="list-style-type: none"> — Rotación de la lengua entre los dientes y los labios. — Sacar y esconder la lengua. — Dirigir la lengua hacia la derecha o izquierda. — Mover la lengua hacia arriba o abajo. — Barrer el paladar. — Empujar las mejillas.
Mandibulares	<ul style="list-style-type: none"> — Abrir y cerrar la boca. — Bostezar. — Mover a los lados. — Hinchar, succionar las mejillas alternativamente.
Dentales	<ul style="list-style-type: none"> — Simular masticación. — Con dientes superiores morder el labio inferior. — Con dientes inferiores morder labio superior.

cución y éxito del paciente. El personal reforzará al paciente positivamente por cada avance e introducirá secuencialmente nuevos alimentos.

Deglución supraglótica

El objetivo de esta técnica es conseguir que el paciente cierre las cuerdas vocales antes y durante la deglución, para evitar aspiraciones en la vía aérea. Es importante que las indicaciones que se le proporcionen al anciano sean claras y precisas, procurando que mantenga un nivel de atención adecuado. Se le explicarán los pasos a seguir durante las distintas fases de la terapia, facilitando que adquiera una perspectiva de las posibilidades de recuperación (que en escasas ocasiones será a corto plazo). El paciente ha de comprender que los ejercicios y las texturas se modificarán en función de la progresión de su recuperación. El procedimiento es el siguiente:

1. Inspirar profundamente y mantener la respiración.
2. Continuar manteniendo la respiración e inclinar ligeramente la cabeza hacia delante.

3. Tragar aguantando la respiración e intentando forzar el trago para que éste sea audible.
4. Después de tragar, toser o carraspear.

Para mejorar la comprensión y el aprendizaje de los tragos supraglóticos es conveniente que el profesional ensaye delante del paciente esta técnica y dirija la mano del paciente hacia el cuello del profesional, para que éste pueda palpar cómo las estructuras se elevan para cerrar el conducto aéreo. Posteriormente será el profesional el que colocará su mano en el cuello del paciente para cerciorarse de la realización correcta del trago. Finalmente, el mismo paciente colocará su mano en su cuello para palpar la maniobra.

Bibliografía

1. Elliot JL. Swallowing disorders in the elderly: A guide to diagnosis and treatment. *Geriatrics* 1988; 43 (1): 95-113.
2. Logemann J. Evaluation of swallowing disorders. En Logemann J. Evaluation and treatment of swallowing disorders. Boston: College-Hill Press; 1983. p. 89-125.
3. Chorane Library 2002. Interventions for dysphagia in acute stroke. Bath P, Smithard DG.

4. Ertekin C, Tarlaci S, Aydogdu I, Kiylioglu N, Yuceyar N, Turman AB, et al. Electrophysiological evaluation of pharyngeal phase of swallowing in patients with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2002 Sep; 17 (5): 942-9.
5. Blandford G, Watkins L, Mulvihill M, Taylor B. Assessing abnormal feeding behaviour in dementia: a taxonomy and initial findings. En Vellas B, Riviere S, Fitten J. *Weight Loss and eating behaviour in Alzheimer's patients*. Bruxelles: European Commission Ed.; 1998. p. 47-64.
6. Setting up and Organising a Videofluoroscopy Clinic. En *Riverside Dysphagia Training Course*. Londres: Charing Cross Hospital; 1991.
7. Casanovas M. Rehabilitación trastornos disfagia oro-faríngea. Simposio satélite Disfagia: valoración y tratamiento. SENPE 14 Mayo 2003.
8. Clavé P. *REED* 2004; 96: 119-31.
9. Owen W. ABC of the upper gastrointestinal tract. *BMJ* 2001; 323: 850-3.
10. Martinell Gispert-Sauch M. Estrategias terapéuticas en la disfagia neurógena. *Disfagia neurógena: evaluación y tratamiento*. Fundació Institut Guttmann 2002.
11. Bath PMW, Bath FJ, Smithard DG. Interventions for dysphagia in acute stroke (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford: Update Software; 2002.
12. The International stroke Trials Collaboration. The FOOD Trial (Feed Or Ordinary Diet). Neurosciences Trials Unit. Western General Hospital Edinburgh.
13. PEGASUS Study. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Feeding after Stroke. Stroke Research Unit. Queen Elizabeth Hospital Gateshead.
14. Deane K, Whurr R, Clarke CE, Playford ED, Ben-Sholmo Y. Tratamientos no farmacológicos para la disfagia en la enfermedad de Parkinson (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 1*. Oxford: Update Software; 2004.