



II JORNADA

DISFAGIA



EN CASTILLA LA MANCHA

Disfagia en enfermedades degenerativas

M^a Mercedes Velasco, PhD

Unidad de Disfagia- Servicio de ORL

Hospital General de Catalunya

Prevalencia de la DO en neurodegenerativas

Población		Prevalencia	Referencias
Ancianos	hospitalizados	55-75%	Cabre M, 2010; Almira J, 2012
	comunidad	11-38%	Serra-Prat, 2011; Yang, 2013 Kawashima, 2004; Holland 2011
	Hospitalizados UGA	29-47%	Lee 1999; Cabre 2014
	Institucionalizados	40-65%	Lin 2002 ; Ferrero 2012 Nogueira 2013 ; Park 2013
Ictus	fase aguda	37-78%	Martino 2005
	fase crónica	25-81%	
Parkinson		35-82%	Kakizawa 2016
	riesgo malnutrición	3-60%	Kalf 2012
	estadios avanzados	82-95%	Michou 2013
EM	métodos Dx diferentes	24-34%	De Pauw 2002 ; Calcagno 2002
		83%	Terré 2004; Aghaz 2018
ELA	desnutrición	20-30%	Chen A, 2005
	DO	47-86%	Ruoppolo G, 2013
Cáncer C&C		38-50%	García-Peris 2007 Caudell 2008
TCE		27-30%	Takizawa 2016

Clinical Interventions in Aging

Dovepress

open access to scientific and medical research

Open Access Full Text Article

REVIEW

European Society for Swallowing Disorders –
European Union Geriatric Medicine Society
white paper: oropharyngeal dysphagia as a
geriatric syndrome

This article was published in the following Dove Press journal:
Clinical Interventions in Aging
7 October 2016
Number of times this article has been viewed



Laura WJ Baijens,¹ Pere Clavé,^{2,3}
Patrick Cras,⁴ Olle Ekberg,⁵
Alexandre Forster,⁶ Gerald F
Kolb,⁷ Jean-Claude Leners,⁸
Stefano Masiero,⁹ Jesús Mateos-
Nozal,¹⁰ Omar Ortega,^{2,3} David
G Smithard,¹¹ Renée Speyer,¹²
Margaret Walshe¹³



Hereditary myopathies

Myotonic dystrophy 1

Myotonic dystrophy 2

Oculopharyngeal muscular dystrophy

Mitochondrial myopathies

Facioscapulohumeral dystrophy

Congenital myopathies

Duchenne muscular dystrophy

Limb girdle muscular dystrophies

Pompe's disease

Myofibrillar myopathies

Miscellaneous (MEGF10 myopathies, Vocal cord and pharyngeal weakness with distal myopathy, matrin-3).

Acquired myopathies

Idiopathic inflammatory myopathies ('myositis')
including inclusion body myositis

Neurogenic disorders

ALS/PMA

Bulbar poliomyelitis/PPS

SMA type 1

Bulbospinal muscular atrophy (Kennedy's disease)

Peripheral neuropathies (GBS, diabetes mellitus)

Neuromuscular junction disorders

Myasthenia gravis

Lambert-Eaton syndrome

Congenital myasthenic syndromes

Las RARAS!!

Pero hay más.....

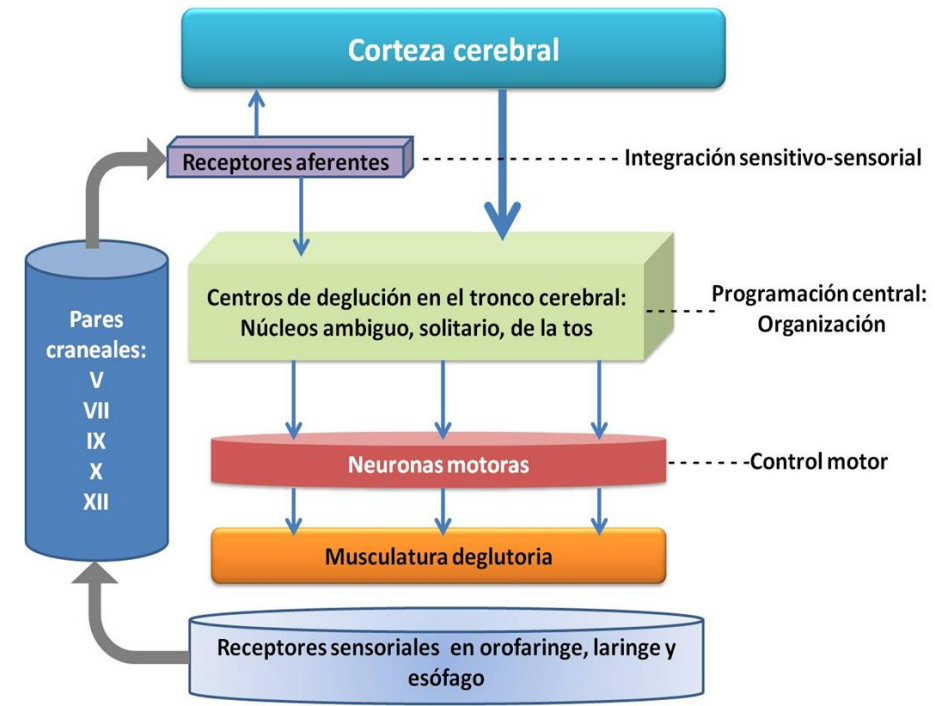
Steinert- DM 1	25-80%	20% severa
Oculofaríngea D	32% primer síntoma	Afecta 96%
Duchenne	61% atagantamientos	65% sensación de impactación



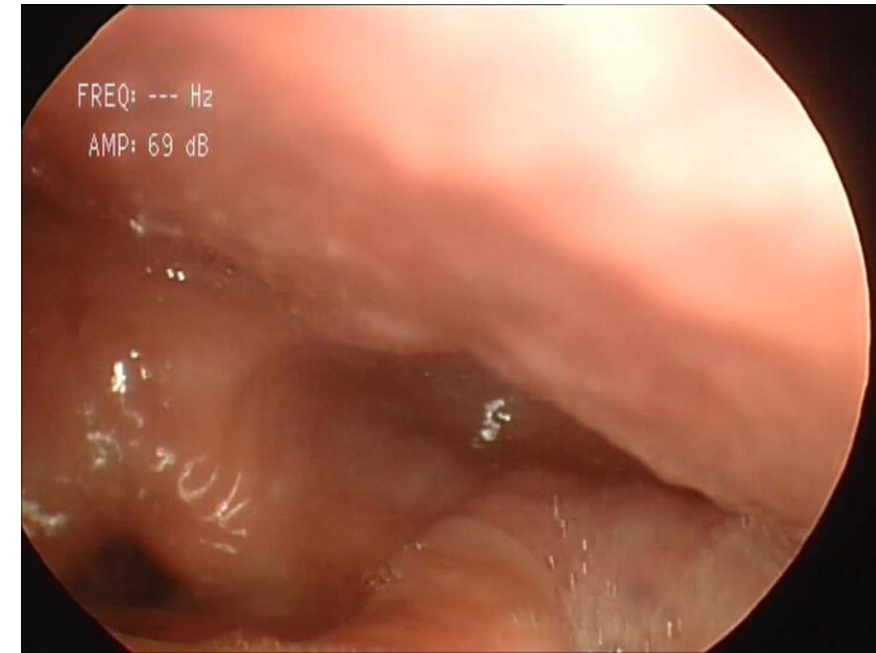
Pocos estudios y de poca calidad.....

Déficits Bulbares = Disartria Disfonía Disfagia

- ❖ **DISARTRIA:** Alteración del habla debido a trastornos del control muscular (paresia, lentitud, incoordinación) de los mecanismos de expresión del lenguaje
 - Secundaria a lesión del SNC, SN periférico o del músculo
- ❖ **DISFONÍA:** Alteración de cualquiera de los tres parámetros acústicos de la voz: intensidad, tono o timbre. *generalmente se alteran los tres aspectos.
 - Funcional o Orgánica o Mixta
- ❖ **DISFAGIA:** Dificultad para ingerir el alimento, para hacerlo progresar desde la boca al estómago, manteniendo la protección de la vía aérea
 - DO supone anomalía en uno o más mecanismos y órganos de la deglución: boca, faringe, laringe, esófago



Modificado de Mistry , 2008.



Alteraciones de la deglución en Neuromusculares

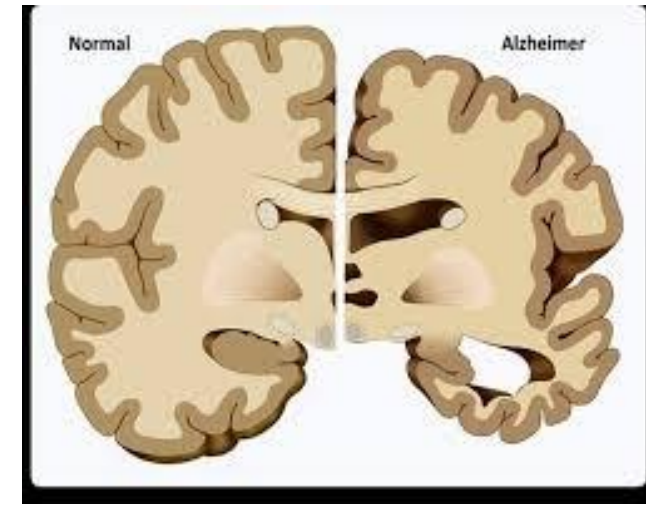
- DOF poco reconocida
- Alt Seguridad y Eficacia
- ↓ Calidad de vida
- ↑ Morbilidad
- Pérdida de peso- malnutrición
- Mayor riesgo de aspiración
- Mayor riesgo de mortalidad



- Debilidad muscular
- Coexistencia con problemas respiratorios
- Dificultad para expulsar secreciones
- Dificultades de masticación
- Fase oral alargada
- Déficit de aclaramiento faríngeo
- Acúmulo de residuos = impactaciones
- Penetraciones y Aspiraciones frecuentes
- Tos inefectiva
- Coexistencia de soporte respiratorio (CPAP, mascarar..)
- Patología esofágica
-

Y en demencias....

- **Demencias:** prevalencia DOF de 13%- a 57%.
 - DOF en fases iniciales en FTD ...
 - Déficit atención, toma de decisiones, apraxia, funciones ejecutivas
 - PEG no mejora supervivencia ni QoL
- **Alzheimer :** prevalencia 84-93% en moderadas a severas
 - Infraestimada...relacionada con reducción progresiva de ingesta
 - En fases iniciales de AD supone alargar ingestas, reducción movimientos linguales, apraxia deglutoria y reflejo deglutorio enlentecido → malnutrición, deshidratación
 - En fases moderadas dificultades para aclarar los residuos con aspiración pre, durante y postdeglutoria
 - NE puede ser útil en fases agudas...
 - En severas no mejora la supervivencia ni disminuye el riesgo de aspiración





Disfagia y Enf. Parkinson



- DO global: 36'9%.
Varía por continentes: Oceanía 56'3% > Africa > Asia > Europa 36'1% > América 28'9%
- Prevalencia depende del estadio, método diagnóstico, duración enfermedad, edad del paciente

➤ Fase Oral:

- Dificultades iniciar deglución
- Residuos orales
- Deglución fraccionada
- Caída prematura a faringe

➤ Fase Faríngea:

- Reflujo nasal
- Penetración
- Aspiración
- Alt. Peristaltismo esofágico

- También en fases precoces: solo 5% sin DO, pero el 25% aspiraban y el 20% silente
- Líquidos y sólidos viscosidades más afectadas
- Discrepancias entre signos de exploración instrumental y autopercebidos

¿Cómo se aborda la DO en Enf Parkinson?

- Revisión sistemática (PRISMA).
Calidad estudios de I a IV



B

Pacientes con Hoehn & Yahr II o mayor, babeo, bajo peso o signos de disfagia, deben ser explorados en Fase ON y OFF. Deben realizar Ingestas en ON

- Pacientes con signos de DO, neumonía o rápido deterioro QoL deben ser evaluados de forma **instrumental**.

- **FEES** exploración de elección. Si no es posible hacer VFSS.
- Si no es posible → prueba clínica

A-100% consenso

- *En pacientes con DO se debe optimizar el tratamiento **antiparkinsoniano** para mejorar la clínica motora.*

B

- *Pacientes diagnosticados de DO deben recibir tratamiento de **rehabilitación** (adaptación del bolo, maniobras posturales y programas de ejercicios) de forma **individual**, después de una evaluación multidimensional de la deglución.*

A-100% consenso

- Burgos 2017. ESPEN Guideline clinical nutrition in neurology. Clinical Nutrition 37 (2018) 354e396
- Schindler A, et al. Consensus on the treatment of dysphagia in Parkinson's disease. J Neurol Sci. 2021;430.

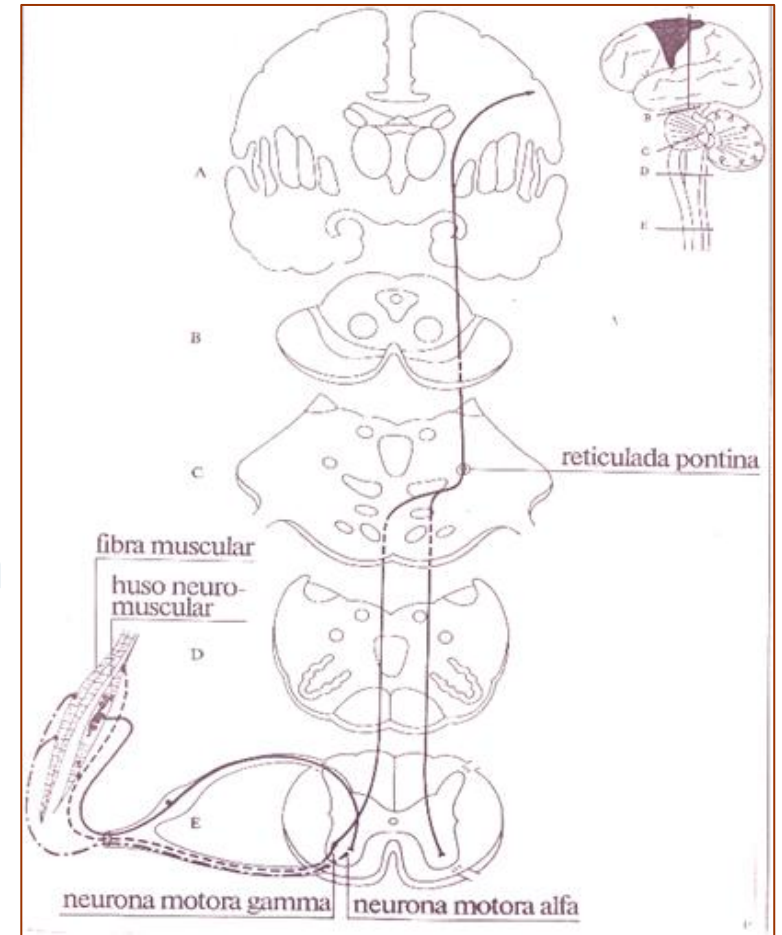
¿Cómo se aborda la DO en Enf Parkinson?

- Pacientes con EP en Tto de estimulación cerebral, la disfagia debe evaluarse a **corto y largo plazo**: detectar cambios y proporcionar intervención si necesario.
- Tto estándar disfagia si **nivel cognitivo** suficiente y en función de **alt fisiopatológica a partir de hallazgos instrumentales**: postura, habilidades.
- Deshidratación: los espesantes pueden ser beneficiosos, con viscosidad determinada instrumentalmente y con control de hidratación.
- LSVT® está diseñado para tratar la voz, no debe considerarse un tratamiento primario para la disfagia en pacientes EP
- La EMST puede ser beneficiosa si hay penetración o aspiración y una cognición adecuada, y se debe prescribir en función alt fisiopatológicos en base a hallazgos instrumentales.



Esclerosis Lateral Amiotrófica:

- Progresión rápida y fatal
- Progresión clínica a zonas contiguas: EESS → bulbar
- Bulbar: parálisis progresa en sentido ant-post. y a veces inicia en laringe.
 - Afectación ant. de lengua, masticación y retropulsión (falsas rutas).
- Disfagia síntoma inicial en 10-30% pacientes
- El 47-86% presentan Disfagia, alt Seguridad y Eficacia



E.L.A. y Disfagia: alt. nutricionales

Sensación de cuerpo extraño



**dificultad para formar y
controlar el bolo alimenticio**



fatiga al masticar



alargamiento del tiempo oral



atragantamiento y tos con líquidos



dificultad en progresión de sólidos.

Alteraciones en Deglución en relación a la progresión de las dificultades de fonación.

Pérdida de peso 2 meses previos al Diagnóstico
(¿disfagia desapercibida?)

Aspiraciones silentes, progresivas, deterioro estado nutricional

- ✓ Después sólo toleran consistencia triturada o líquidos con espesantes
- ✓ Texturas intermedias
- ✓ Volumen pequeño, fatiga
- ✓ PEG precoz

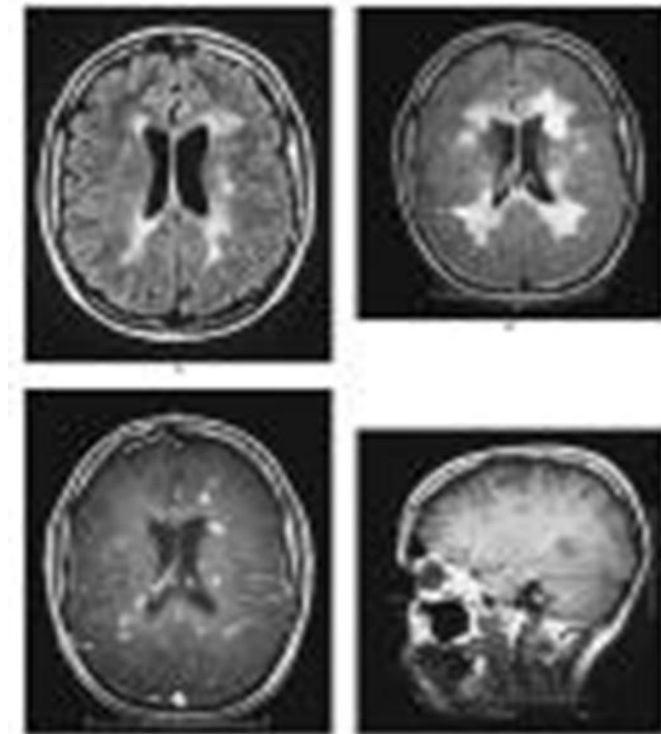
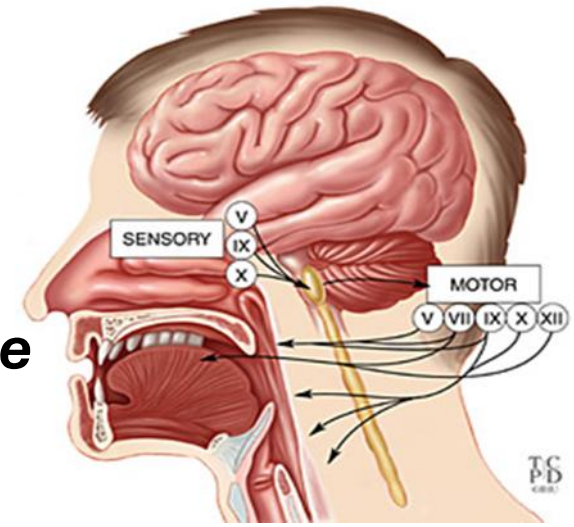
¿Cómo se aborda la DO en E.L.A.?



- **Screening** de la DO en **todos** los casos, al diagnóstico y en seguimiento (cada 3 meses), en función del deterioro **A**
- Screening de **malnutrición** en **todos** los casos, al diagnóstico y en seguimiento cada 3 meses. **B**
- No hay métodos diagnósticos específicos disponibles. Los métodos de evaluación para trastornos neurológicos son apropiados: Cuestionarios estructurados, pruebas del agua y MECV-V, Técnicas instrumentales (VFSS,FEES)
- Se recomienda realizar **VFSS** para el diagnóstico precoz de la DO. **A**
- En pacientes con DO moderada se deben **adaptar** líquidos y sólidos para evitar aspiraciones, en función de los resultados de la VFSS **A**

Esclerosis Múltiple y Disfagia

- DO es el signo más prevalente en la EM
- ***Gran variabilidad clínica, según zonas lesionales bilateralmente***
- Alt. Deglución de grado variable:
 - alt. control y propulsión lingual,
 - descoordinación neuromuscular,
 - alt. reflejo deglutorio,
 - síntomas de penetración y aspiración (voz húmeda)
- Coexisten espasticidad, debilidad, ataxia en los ms deglutorios
- DO contribuye al deterioro de la QoL
- Neumonía aspirativa contribuye a la mortalidad en las etapas finales



¿Cómo se aborda la DO en la Esclerosis Múltiple?

A-95% consenso

- Se deben realizar exploraciones de **detección** de DO al inicio de la enfermedad, especialmente si alt. cerebelosas.
- La exploración debe **repetirse** a intervalos regulares dependiendo de la situación clínica.
- **No** hay suficientes **pruebas** para recomendar un método de detección específico para esta población.

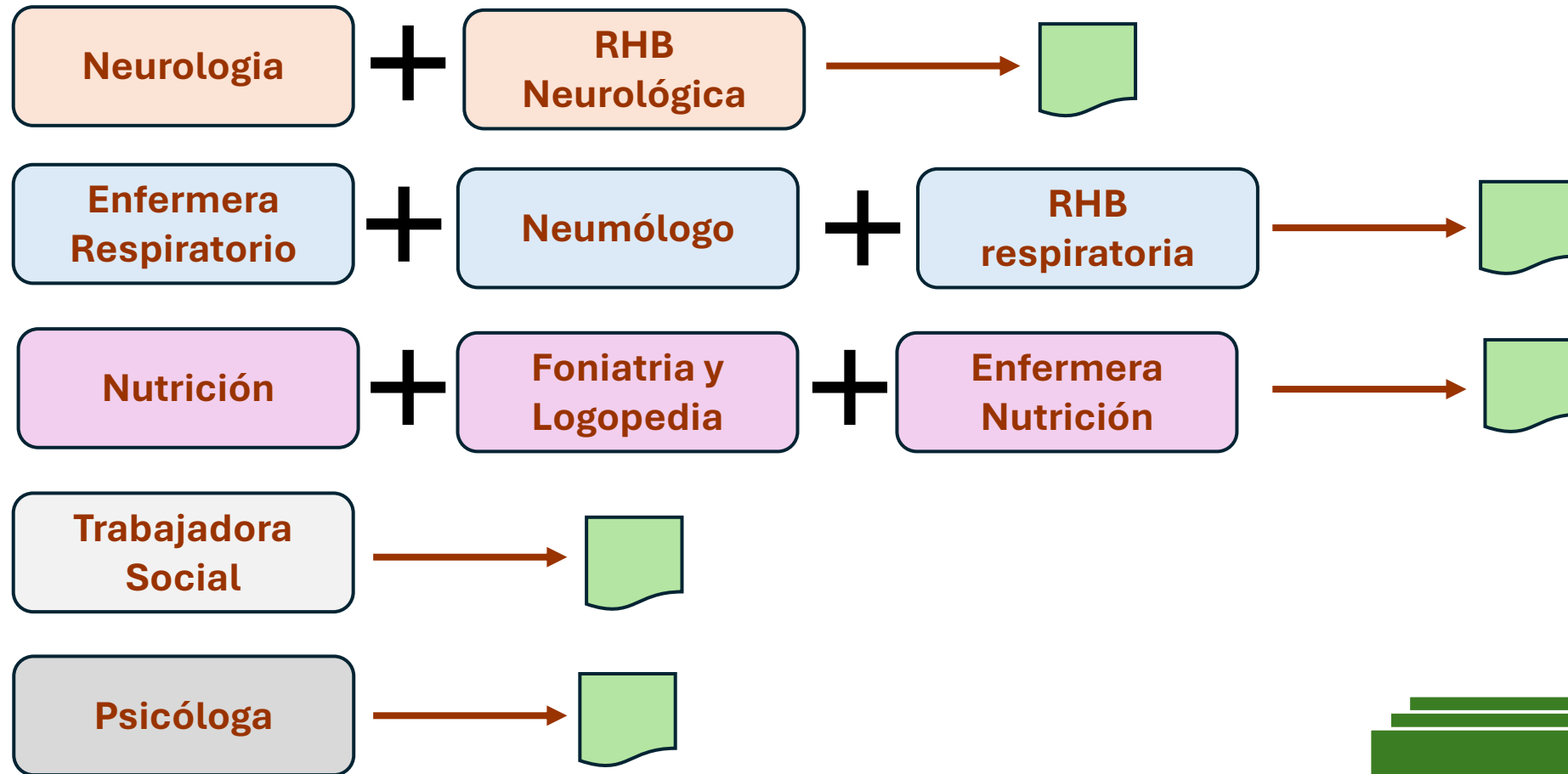
A-95% consenso

- Debe realizarse exploración **instrumental** en pacientes con alto riesgo de disfagia (discapacidades severas, disfunción cerebelosa y larga duración de la enfermedad) o con síntomas de disfagia.
- No hay suficiente evidencia para recomendar un método de diagnóstico específico

A-100% consenso

UMELA: valoración integral ELA y NM

Enfermera Gestora de Casos



**REUNIÓN INTERDISCIPLINAR:
PUESTA EN COMÚN, TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS**





Muchas gracias por vuestra atención

Dra. Mercedes Velasco, PhD

<https://orcid.org/0000-0002-4367-7818>

mmvelasco.foniatria@gmail.com