Compartir

Comprender la función de los logopedas para el tratamiento de la disfagia

SARAH CLARK, MS, BA, CCC-SLP, Y BARBARA EBERSOLE, MA, BFA, CCC-SLP

JEANGILL / ISTOCK

Resumen: La colaboración entre enfermeras y logopedas es crucial para el examen y el tratamiento de la disfagia en contextos de cuidados intensivos. En este artículo se explora la función de cada disciplina en la atención de pacientes con disfagia.

Palabras clave: disfagia, disfagia esofágica, disfagia orofaríngea, logopeda.

LAS ENFERMERAS Y LOGOPEDAS que trabajan en ámbitos de cuidados intensivos son miembros valiosos de los equipos interdisciplinarios que tratan a diferentes tipos de pacientes. La colaboración entre especialidades es fundamental en los entornos sanitarios por el marcado énfasis en seguir prácticas basadas en la evidencia, ofrecer una atención a pacientes óptima, reducir la duración de la estancia, minimizar las infecciones vinculadas a la asistencia sanitaria y evitar los reingresos.

La atención óptima al paciente incorpora los puntos fuertes, los conocimientos y la investigación de cada disciplina implicada. Este artículo aborda las funciones de las enfermeras y los logopedas en las unidades médico-quirúrgicas a las que se ha asignado la atención a pacientes con disfagia.

Identificación de la disfagia

Una de las áreas de especialidad de los logopedas es la evaluación y tratamiento de la disfagia (disfunción en la deglución). Si no se administra tratamiento, la disfagia puede producir deshidratación y desnutrición[1,2]. También es un factor de riesgo para infecciones respiratorias como la neumonía por aspiración, que se asocia con una mayor mortalidad y morbilidad[3].

Normalmente, el proceso entero de deglución solo dura unos segundos, sin dejar comida o líquido. Consta de tres fases: oral, faríngea y esofágica. Un paciente puede tener dificultades para deglutir en cualquier fase (v. el cuadro *La fisiología de la deglución*). La disfagia se puede clasificar en *orofaríngea*, cuando un paciente tiene dificultad para transferir alimentos y líquidos de la boca hacia y por la faringe, y *esofágica*, cuando el alimento o líquido no pasa normalmente por el esófago[4].

Riesgo de disfagia

Hay varias enfermedades y trastornos que pueden provocar disfagia, entre ellas:

- Accidente cerebrovascular.
- Trastornos neurodegenerativos como la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica, la encefalopatía y la demencia.
- Trastornos pulmonares, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la dificultad respiratoria con resultado de intubación endotraqueal o traqueostomía.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Cáncer de cabeza y cuello.

Aunque es posible que estas no sean razones para un ingreso por procesos agudos, los pacientes pueden sufrir efectos crónicos de uno o más de estos trastornos durante su estancia en un hospital de cuidados intensivos.

Del mismo modo, no todas las dificultades para deglutir indican disfagia. Por ejemplo, un nivel de conciencia alterado es fácil que cause una menor ingesta oral, pero la falta de activación no es disfagia. Por otro lado, los pacientes con mala dentición pueden tener problemas para masticar, pero esto no tiene por qué provocar disfagia. Junto a la disfagia también puede aparecer disgeusia y anorexia, pero estos trastornos no son sinónimos.

¿Es común la disfagia?

Hay pocos datos sobre la incidencia y la prevalencia de la disfagia, y las cifras varían mucho. Se calcula que cada año nueve millones de adultos en Estados Unidos notifican problemas de disfagia.

En un análisis sistemático de artículos que mencionaban la prevalencia de disfagia orofaríngea hallaron evidencias en hasta un 80% de pacientes que habían sufrido un accidente cerebrovascular, hasta un 81% con

La fisiología de la deglución[23]

Las tres fases de la deglución son la oral, la faríngea y la esofágica:

- La fase oral es voluntaria e incluye la recuperación del bolo alimenticio o líquido (de la mano, copa, cuchara, etc.), la masticación, la manipulación del bolo y la propulsión de la cavidad bucal anterior a la posterior.
- La fase faríngea es refleja (involuntaria) y se inicia con el reflejo de deglución, que provoca el cierre bien coordinado y oportuno de las cuerdas vocales, la elevación de la laringe y la inversión de la epiglotis, que asegura el paso sin problemas de alimentos o líquidos por la faringe alejándose de la vía aérea superior.
- En la fase esofágica, que también es refleja, el bolo se desplaza de la parte superior del esófago a la parte inferior y entra en el estómago.

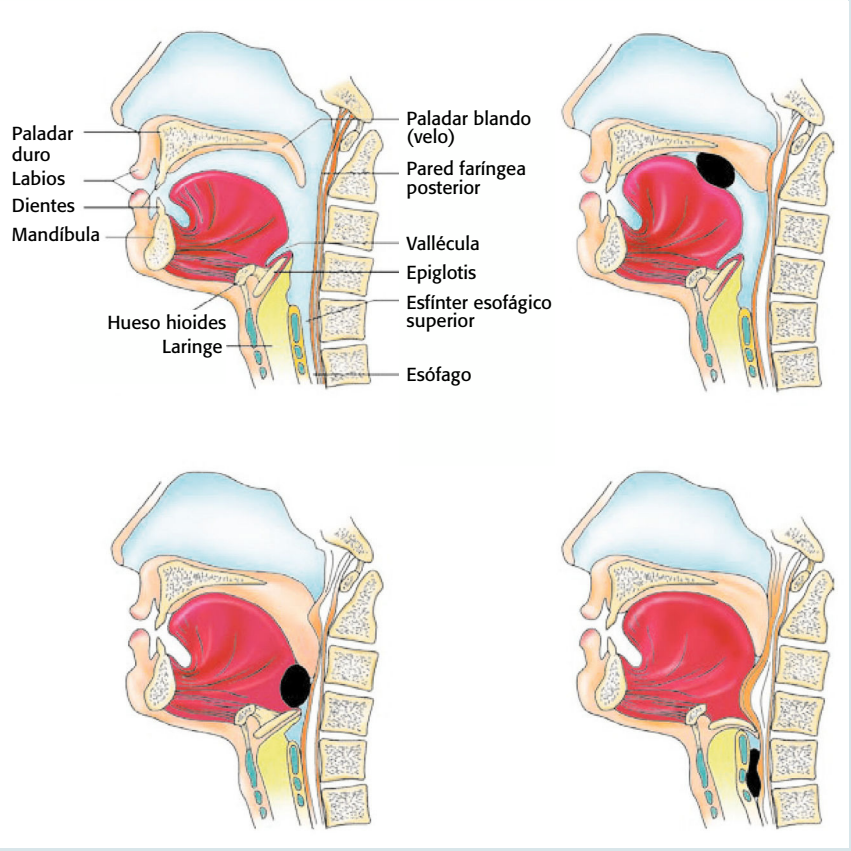


Imagen superior izquierda: anatomía normal; **imagen superior derecha:** fase oral; **imagen inferior izquierda:** fase faríngea; **imagen inferior derecha:** fase esofágica.

Fuente: Hickey JV. Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. 7th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott, Williams & Wilkins; 2014.

enfermedad de Parkinson, de un 27% a un 30% con lesiones cerebrales traumáticas, y un 92% de pacientes con neumonía extrahospitalaria[6]. La prevalencia estimada de disfagia en entornos de cuidados intensivos es del 30% en pacientes de 65 años y mayores y de entre el 55% y el 86% en personas mayores ingresadas por neumonía[3,7].

Detección de la disfagia

Las enfermeras tienen una función crucial en el tratamiento de la disfagia al examinar a pacientes en alto riesgo de aspiración antes de la ingesta oral y determinar si se requiere una evaluación del logopeda. Hay varias herramientas de examen iniciadas por enfermeras que se han confirmado como muy eficaces para detectar la aspiración (v. el cuadro *Herramientas de examen de aspiración validadas*)[8-14].

La investigación de la disfagia se ha centrado mayoritariamente en pacientes con deterioro neurológico, principalmente en los que han sufrido accidente cerebrovascular agudo[8-13]. Un análisis sistemático y un metaanálisis mostraron que la detección precoz de la disfagia reduce el índice de infecciones pulmonares en pacientes con disfagia, pero no quedaron tan claras la utilidad y la eficacia del examen de la disfagia junto a la cama del paciente fuera de las poblaciones con accidente cerebrovascular agudo[15-18].

Evaluación de la disfagia

La evaluación clínica de la deglución llevada a cabo por un logopeda incluye la revisión del historial médico del paciente, el motivo del ingreso, cualquier resultado de análisis relevante (como radiografía torácica o exploración cerebral) y su nivel de funcionamiento basal. Además, el logopeda toma nota del nivel de independencia del paciente. La presencia de disartria, disfonía y/o babeo puede indicar una función motora anómala, lo que aumenta la preocupación relativa a la disfagia.

Un *examen del mecanismo oral* analiza la estructura y el funcionamiento de los componentes físicos utilizados en la masticación y la deglución. Típicamente, los pacientes reciben alimentos de diferentes texturas y líquidos de diferentes viscosidades, y luego el logopeda evalúa los

Herramientas de examen de aspiración validadas

- La evaluación de deglución *Gugging Swallowing Screen* (GUSS)[9]
- La prueba de deglución Toronto *Bedside Swallowing Screening Test* (TOR-BSST)[8]
- La evaluación *Barnes-Jewish Hospital Stroke Dysphagia Screen* (BJH-SDS)[13]
- El protocolo de deglución de Yale (*Yale swallow protocol*)[14]
- La evaluación *Rapid aspiration screening for suspected stroke*[12]

signos y síntomas de eficacia reducida de masticación o deglución. Estos incluyen:

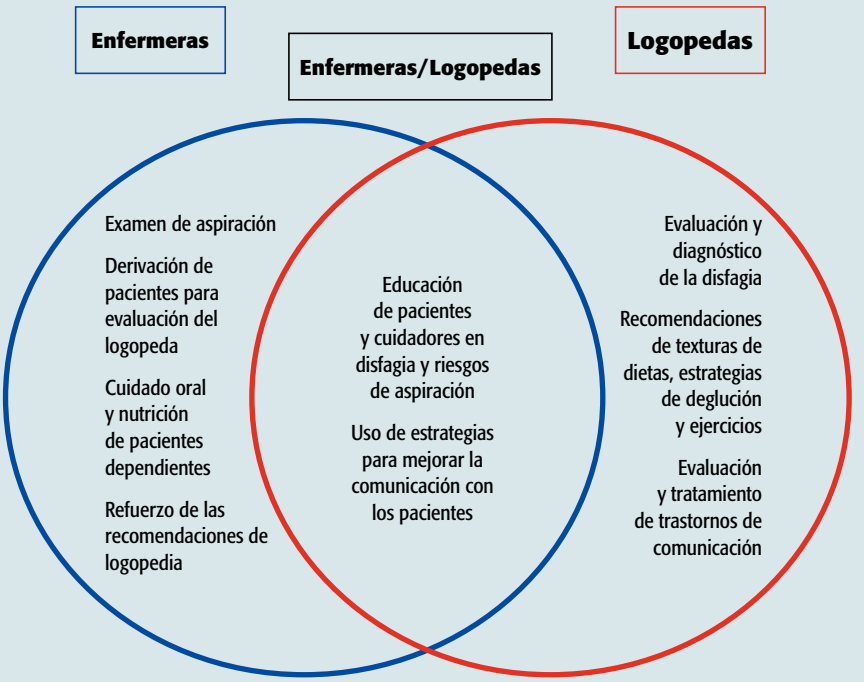
- Mala masticación.
- Acumulación de alimento/líquido en la boca.
- Menor elevación laríngea durante la deglución.
- Múltiples degluciones por bolo alimenticio.
- Expectoración o regurgitación del bolo alimenticio.
- Quejas del paciente por atragantamiento de bolo alimenticio (por ejemplo, "parece que se me ha quedado atascado").

El logopeda también evalúa signos claros de aspiración como carraspeo, tos, asfixia o voz de calidad húmeda.

Debido a la falta de visibilidad en las fases faríngea y esofágica, los exámenes de deglución a pie de cama son limitados. Cuando se sospecha de disfagia a raíz de una exploración a pie de cama, normalmente se recomienda realizar evaluaciones instrumentales para detectar la presencia de aspiración. Estas pruebas identifican de manera definitiva la presencia y las posibles causas de aspiración. Por ejemplo, puede haber debilidad en la musculatura, un tumor, un divertículo y/o un retraso en el reflejo de deglución. Esta información ayuda al logopeda a determinar las intervenciones más eficaces y el pronóstico global.

Un ejemplo de estudio instrumental es el *modificado de deglución de bario* (MBS), también conocido como examen videofluoroscópico de deglución. Para llevar a cabo este estudio radiográfico no invasivo, se pide al paciente que trague alimentos de diferentes texturas y líquido mezclado con bario. La fluoroscopia permite visualizar las tres fases de la deglución, así como cualquier penetración en la laringe (contraste en el vestíbulo laríngeo), aspiración (contraste bajo las cuerdas vocales) y retención faríngea posdeglutoria.

Funciones de las enfermeras y de los logopedas en el tratamiento de pacientes en cuidados intensivos



Las múltiples funciones de los logopedas[22]

Los logopedas evalúan y tratan trastornos de deglución y comunicación en una gran variedad de poblaciones de pacientes, incluyendo los trastornos siguientes:

- Deglución: también denominado disfagia; pone a los pacientes en riesgo de malnutrición, pérdida de peso y neumonía.
- Lenguaje: trastornos que afectan a cómo un paciente se comunica verbalmente y/o comprende el lenguaje; también denominado afasia.
- Habla: incluye disartria, un trastorno motor del habla que afecta a la articulación.
- Comunicación cognitiva: afecta a la memoria, la resolución de problemas, las habilidades de percepción visual y el razonamiento.
- Trastornos de la voz y de las vías respiratorias: como ronquera (también llamada disfonía) y trastornos laríngeos que afectan a la respiración, como disfunción de las cuerdas vocales y laringoespasmo.

Otra evaluación instrumental es la fibroendoscopia de la deglución o *fiberoptic endoscopic examination of swallowing* (FEES), en la cual se visualiza la orofaringe y la laringe a través de la nariz con un laringoscopio mientras el paciente deglute alimento o líquido tintado con colorante alimentario como contraste[19]. Las estructuras laríngeas y faríngeas se examinan, y en caso de que haya penetración, aspiración y residuos se puede apreciar después de la deglución. Este examen puede efectuarse a pie de cama o en la consulta del logopeda.

El MBS y el FEES son igual de sensibles para detectar la aspiración y complementarios entre ellos, pero cada uno tiene ciertas ventajas y limitaciones a la hora de evaluar la función deglutoria[20,21].

Intervenciones terapéuticas

A partir de estas evaluaciones clínicas e instrumentales, los logopedas hacen recomendaciones para la ingesta oral, la necesidad de vías nutricionales alternativas,

modificaciones en la dieta, posición adecuada, estrategias de deglución seguras y ejercicios orales o faríngeos. También pueden recomendar derivaciones para la evaluación gastrointestinal de la disfagia esofágica; evaluación en terapia ocupacional sobre estrategias para alimentarse solo; evaluación nutricional para recomendar suplementos, y evaluación otorrinolaringológica para patologías laríngeas (v. el cuadro *Las múltiples funciones de los logopedas*).

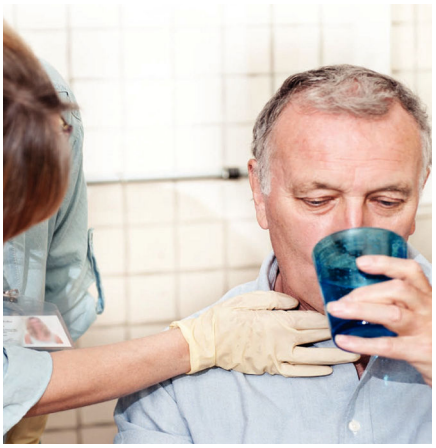
En cuidados intensivos, el objetivo principal de un logopeda es establecer una dieta segura. Normalmente, los logopedas solo visitan a los pacientes una o dos veces durante su estancia en el hospital, de modo que confían en que el personal de enfermería insista en las técnicas de deglución y en las recomendaciones dietéticas (v. el cuadro *Funciones de las enfermeras y los logopedas en el tratamiento de pacientes de cuidados intensivos*). Estas incluyen:

- Estrategias de deglución terapéuticas, como deglutir dos veces por mordisco o trago y alternar entre sólidos y líquidos.
- Modificaciones posturales, como girar la cabeza hacia la parte débil manteniendo la barbilla metida, salir de la cama para las comidas y luego quedarse en posición vertical.
- Cualquier asistencia para comer, como alimentarse lentamente, en mordiscos o tragos pequeños, o asistencia personalizada.
- Asegurarse de que los medicamentos orales se toman en la forma recomendada (triturados con puré, enteros con puré, con líquidos espesos, etcétera).
- Alentar a los pacientes a hacer ejercicios de deglución como haya indicado el logopeda.

Las enfermeras y logopedas pueden educar en prácticas de alimentación seguras a los cuidadores; estas prácticas son comer a velocidad lenta, en volúmenes de mordisco y trago pequeños, y observar las señales del paciente para parar o continuar.

Una relación de cooperación

En un contexto de cuidados intensivos, los logopedas diagnostican y tratan la disfagia principalmente mediante recomendaciones dietéticas seguras. Las enfermeras tienen un papel fundamental en la identificación de pacientes en riesgo de disfagia y en asegurarse de que se siguen las recomendaciones del logopeda. La colaboración entre enfermeras y logopedas facilita el diagnóstico a tiempo y garantiza una atención al paciente segura, eficaz y óptima. ■



En un contexto de cuidados intensivos, los logopedas diagnostican y tratan la disfagia principalmente mediante recomendaciones dietéticas seguras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iwamoto M, Higashibeppu N, Arioka Y, Nakaya Y. Swallowing rehabilitation with nutrition therapy improves clinical outcome in patients with dysphagia at an acute care hospital. J Med Invest. 2014;61(3-4):353-360.

2. Matsuo H, Yoshimura Y, Ishizaki N, Ueno T. Dysphagia is associated with functional decline during acute-care hospitalization of older patients. Geriatr Gerontol Int. 2017;17(10):1610-1616.

3. Cabré M, Serra-Prat M, Force L, Almirall J, Palomera E, Clavé P. Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: observational prospective study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2014;69(3):330-337.

4. Oropharyngeal dysphagia: etiology and pathogenesis. UpToDate. 2018. www.uptodate.com.

5. Bhattacharyya N. The prevalence of dysphagia among adults in the United States. Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;151(5):765-769.

6. Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. Dysphagia. 2016;31(3):434-441.

7. Madhavan A, LaGorio LA, Crary MA, Dahl WJ, Carnaby GD. Prevalence of and risk factors for dysphagia in the community dwelling elderly: a systematic review. J Nutr Health Aging. 2016;20(8):806-815.

8. Martino R, Silver F, Teasell R, et al. The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST): development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. Stroke. 2009;40(2):555-561.

9. Trapl M, Enderle P, Nowotny M, et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007;38(11):2948-2952.

10. Kertscher B, Speyer R, Palmieri M, Plant C. Bedside screening to detect oropharyngeal dysphagia in patients with neurological disorders: an updated systematic review. Dysphagia. 2014;29(2):204-212.

11. Cummings J, Soomans D, O'Laughlin J, et al. Sensitivity and specificity of a nurse dysphagia screen in stroke patients. Medsurg Nurs. 2015;24(4):219-222, 263.

12. Daniels SK, Pathak S, Rosenbek JC, Morgan RO, Anderson JA. Rapid aspiration screening for suspected stroke: part 1: development and validation. Arch Phys Med Rehabil. 2016;97(9):1440-1448.

13. Edmiaston J, Connor LT, Steger-May K, Ford AL. A simple bedside stroke dysphagia screen, validated against videofluoroscopy, detects dysphagia and aspiration with high sensitivity. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2014;23(4):712-716.

14. Suiter DM, Sloggy J, Leder SB. Validation of the Yale Swallow Protocol: a prospective double-blinded videofluoroscopic study. Dysphagia. 2014;29(2):199-203.

15. Hines S, Kynoch K, Munday J. Nursing interventions for identifying and managing acute dysphagia are effective for improving patient outcomes: a systematic review update. J Neurosci Nurs. 2016;48(4):215-223.

16. Pássaro L, Harbarth S, Landelle C. Prevention of hospital-acquired pneumonia in non-ventilated adult patients: a narrative review. Antimicrob Resist Infect Control. 2016;5:43.

17. Cornwall PL, Cowie B, Geraghty R. Examining nurse-led dysphagia screening tools in the general medical hospital population. Speech Lang Hear. 2017;20(1):29-37.

18. O'Horo JC, Rogus-Pulia N, Garcia-Arguello L, Robbins J, Safdar N. Bedside diagnosis of dysphagia: a systematic review. J Hosp Med. 2015;10(4):256-265.

19. Swallowing disorders and aspiration in palliative care: assessment and strategies for management. UpToDate. 2018. www.uptodate.com.

20. Daniels SK, Easterling CS. Continued relevance of videofluoroscopy in the evaluation of oropharyngeal dysphagia. Curr Radiol Rep.2017;5:6.

21. Langmore SE. History of fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing for evaluation and management of pharyngeal dysphagia: changes over the years. Dysphagia. 2017;32(1):27-38.

22. Who are speech-language pathologists, and what do they do? American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). 2018. www.asha.org/public/Who-Are-Speech-Language-Pathologists.

23. Linkov G, Ebersole B, Jamal N. Dysphagia. In: ENT Essentials. Philadelphia, PA: Jaypee; 2017:4(15).

Sarah Clark es logopeda en el Jeanes Hospital de Philadelphia, Pennsylvania. Barbara Ebersole es directora de los servicios de logopedia en el Jeanes Hospital, administradora del programa de cáncer de cabeza y cuello en el Fox Chase Cancer Center de la Temple University, directora adjunta del Temple Head and Neck Institute, e instructora clínica en el departamento de otorrinolaringología-cirugía de cabeza y cuello en la Lewis Katz School of Medicine de la Temple University; todo ello en Philadelphia, Pennsylvania.

Las autoras han declarado no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionado con este artículo.