

Actualización en nutrición clínica

TREATMENT OF OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA

Oropharyngeal dysphagia appears in many diseases and is frequently underdiagnosed. It can have serious effects on health and quality of life. Knowledge of this entity and its severity is important to establish an appropriate treatment plan, the aim of which is to maintain good nutrition and hydration in the patient with a minimum risk of aspiration and maximum comfort. Nutritional treatment can consist of thickened liquids, diets with different consistencies and textures, and enteral nutrition with nasogastric tubes or gastrostomy, depending on the etiology, and the patient's life expectancy, level of consciousness, and quality of life. Although there is a need to gain greater insight into dysphagia and unify criteria, it is already known that multidisciplinary evaluation programs and treatment reduce risks and improve quality of life in patients with this condition.

Key words: Swallowing. Dysphagia. Modified texture diets. Enteral nutrition. Gastrostomy.

Tratamiento nutricional de la disfagia orofaríngea

LUCÍA LABORDA GONZÁLEZ^a Y PILAR GÓMEZ ENTERRÍA^b

^a*Servicio de Endocrinología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.* ^b*Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias. España.*

La disfagia orofaríngea es un síntoma que aparece en diferentes patologías, habitualmente infravalorado, y que puede tener repercusiones graves para la salud y la calidad de vida de las personas que la presentan. Es importante conocer su diagnóstico y su gravedad para establecer el plan terapéutico adecuado, cuyo objetivo es que el enfermo esté bien nutrido e hidratado con el mínimo riesgo de aspiración y el máximo bienestar.

El tratamiento nutricional (líquidos espesados, dietas con diferentes consistencias y texturas, nutrición enteral por sonda nasogástrica o gastrostomía) depende de la causa, las expectativas vitales, el nivel de conciencia y la calidad de vida del paciente.

Aunque es necesario conocer más y unificar criterios acerca de la disfagia, se sabe que los programas multidisciplinarios de evaluación y tratamiento reducen los riesgos y mejoran la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: Deglución. Disfagia. Alimentos con textura modificada. Nutrición enteral. Gastrostomía.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por disfagia la dificultad para realizar, de manera segura y eficaz¹, el proceso normal de la deglución del bolo alimenticio, los líquidos, la saliva o cualquier fármaco. Es un síntoma que aparece en situaciones y patologías muy variadas²⁻⁴ y adquiere importante relevancia clínica, ya que puede tener repercusiones graves para la salud y afectar significativamente a la calidad de vida de quien la presenta.

La deglución consiste en el desplazamiento del bolo alimenticio (o cualquier otra sustancia) desde la boca hasta el estómago. Es un acto complejo que realizamos más de mil veces a lo largo del día, incluso cuando dormimos. Para que se realice de modo seguro (protección del árbol respiratorio) y eficaz (que cumpla su objetivo de alimentar o hidratar), es necesaria la coordinación de múltiples mecanismos neuromotores, en los que participan 40 grupos musculares de 3 regiones anatómicas, innervados por las ramas motoras o sensitivas de 5 pares craneales (V, VII, IX, X y XII)⁵.

El proceso de la deglución puede dividirse en 3 fases coordinadas y sucesivas⁶, de las cuales sólo la primera, u oral propiamente dicha, es voluntaria, mientras que las 2 siguientes, orofaríngea y esofágica, son involuntarias (tabla 1). Son muchas las causas que

Correspondencia: Dra. L. Laborda.
Servicio de Endocrinología. Hospital de Cruces.
Avda. de Cruces, s/n. 48903 Baracaldo. Bizkaia. España.

Manuscrito recibido el 28-12-2005 y aceptado para su publicación el 6-2-2006.

pueden producir disfagia³, desde lesiones estructurales (como tumores, divertículos, traumatismos) a enfermedades neuromusculares (tras un accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, entre otras). Puede aparecer también como consecuencia de intervenciones quirúrgicas o después de aplicar quimioterapia o radioterapia. Dependiendo de la etiología, el modo de aparición (agudo o no) y la fase de deglución que esté afectada, existen diversas clasificaciones de la disfagia (tabla 2), con distinta repercusión clínica y con un abordaje terapéutico diferente. Es también importante recordar que puede ser transitoria o permanente.

En cualquier caso, las consecuencias son 2 fundamentalmente^{7,8}: por un lado, disminuye la eficacia deglutoria, con el consiguiente riesgo de desnutrición y/o deshidratación, dependiendo de que se afecte la ingestión de sólidos o de líquidos; por otro, disminuye la seguridad de la deglución, con desprotección de la vía respiratoria y la posibilidad de que el material pase al árbol respiratorio, por lo tanto, con riesgo de neumonías por aspiración y, aunque menos frecuentemente, taponamiento y asfixia por obstrucción de la vía aérea.

DISFAGIA OROFARÍNGEA

La afección de la fase orofaríngea de la deglución es la causa más frecuente de disfagia en la población anciana⁹ (puede afectar hasta al 45% de los mayores de 75 años), así como en las enfermedades neurodegenerativas, la demencia y después de un accidente cere-

brovascular¹⁰⁻¹². Puede cursar con síntomas muy variados, como babeo, retención de comida en la boca, regurgitación nasal o producción de tos o carraspeo coincidiendo con la ingestión. Sin embargo, y es importante recordarlo, en más del 40% de los casos de disfagia, ésta es asintomática, por lo que no suele diagnosticarse. Hay una serie de datos indirectos que deben hacernos sospechar de la existencia de disfagia, como la aparición de infecciones respiratorias de repetición, el aumento del tiempo destinado a la comida, el rechazo a determinados tipos de alimentos o bebidas y cuando se observa un mal estado de hidratación o una pérdida de peso no justificados. Un estudio europeo realizado en residencias geriátricas¹³ encontró que un 55% de los residentes eran incapaces de comer ciertos alimentos, un 44% había perdido peso en el último año y un tercio quedaba con hambre y sed después de las comidas; sólo un 40% de los residentes con disfagia estaban diagnosticados y, lo más significativo, de éstos, sólo el 32% recibía tratamiento para ello.

DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

Debe hacerse lo más precozmente posible, con la finalidad de reducir el riesgo de desnutrición, deshidratación y aspiración^{6,9,11,14}, instaurando el tratamiento más adecuado en cada caso. Además de la historia clínica general, se debe realizar una valoración nutricional lo más completa posible¹⁵ (aplicación del cuestionario Mini-Nutritional Assessment o similar), exploración física y determinaciones analíticas con parámetros nutricionales, que se debe repetir periódicamente para comprobar la eficacia de las medidas terapéuticas que se indiquen. Las pruebas diagnósticas más específicas encaminadas a detectar alteraciones de la deglución incluyen la realización de una encuesta clínica, pruebas de cribado y exploraciones complementarias^{6,11} (tabla 3).

TABLA 1. Fases de la deglución

Oral (voluntaria)
• Preparatoria de la formación del bolo: masticación, insalivación
• De transporte: propulsión para el desplazamiento del bolo hacia la faringe
Orofaringea (involuntaria; dura 1 s)
• Elevación y cierre del paladar blando: se protegen las vías respiratorias altas
• Cierre de la epiglotis, se detiene la respiración: protección de las vías respiratorias bajas
• Apertura del esfínter esofágico superior
Esofágica (involuntaria; dura 10 s)
• Propulsión del bolo al estómago

TABLA 2. Clasificación de la disfagia

Según la etiología
• Orgánica
• Funcional
Según la fase afectada
• Orofaringea
• Esofágica
Según el modo de aparición
• Brusco
• Progresivo
Según la consistencia afectada
• Líquidos
• Sólidos
• Ambos

TABLA 3. Diagnóstico de la disfagia

Encuesta clínica (realizada al paciente o sus cuidadores)
• Dificultad para tragar, consistencia afectada (diferentes tipos de líquidos o sólidos, saliva)
• Dificultad para iniciar la deglución, su fraccionamiento
• Tiempo medio de duración de la ingesta
• Tos o atragantamiento con distintas consistencias
• Afección de la calidad de vida
Pruebas de cribado
1. Sin bolo
• Estado de la dentadura, sello labial
• Movilidad, fuerza y resistencia linguales, de los maxilares
• Sello palatogloso, reflejo palatal
2. Prueba del agua (con o sin pulsioximetría)
• Aparición de babeo, tos, disfonía o deglución múltiple con agua (10 ml; 50 ml)
3. Con bolo
• Prueba de viscosidad/volumen: consistencia néctar, miel, <i>pudding</i> en volúmenes de 3-5-10 ml
Pruebas exploratorias
1. Videofluoroscopia
2. Fibroendoscopia nasal

Tanto la encuesta clínica como las pruebas de cribado deben ser realizadas por personal entrenado^{6,11} (enfermeras, logopedas); se pueden hacer a pie de cama y repetirlas para valorar la evolución de la disfagia y ajustar las medidas terapéuticas que se hayan aplicado. Para las pruebas de cribado, el paciente debe estar consciente, sentado o, al menos, incorporado y con la cavidad oral bien limpia. En cada aplicación, tanto con agua como con bolo, se observa si se produce babeo, retención de comida en la boca, tos, disfonía o deglución fraccionada: la prueba es positiva si se presenta uno cualquiera de estos síntomas.

Se ha intentado validar las pruebas de cribado comparándolas con los resultados de la videofluoroscopia. Aunque tanto la sensibilidad como la especificidad son variables en las distintas publicaciones¹² (del 42 al 92% y del 59 al 91%, respectivamente), proporcionan una información valiosa para el diagnóstico de disfagia, sobre todo cuando no se dispone de la posibilidad de realizar pruebas exploratorias más específicas.

La videofluoroscopia¹ permite la valoración dinámica de todas las fases de la deglución. Se administra contraste con diferentes consistencias y se realizan diferentes maniobras y posturas para valorar posibles técnicas compensatorias que mejoren la deglución, por lo que es necesario que el paciente sea capaz de colaborar.

La fibroendoscopia nasal tiene la ventaja respecto a la videofluoroscopia de que el enfermo no se ve sometido a radiaciones, por lo que puede repetirse periódicamente para valorar la evolución. Proporciona información respecto a la anatomía, la motilidad y la sensibilidad de faringe y laringe y, aunque no visualiza directamente la aspiración, puede inferirse por la presencia de residuos tras la deglución.

La valoración de todas las pruebas anteriores permite establecer el diagnóstico de disfagia y su gravedad⁶ (tabla 4), así como el plan terapéutico más adecuado a cada caso, cuyos objetivos estarán encaminados a mantener un estado de nutrición óptimo, con el mínimo riesgo de aspiración y con el máximo bienestar posible. En este sentido, la rehabilitación logopédica es importante, ya que en muchos casos permite aplicar una serie de técnicas que mejoran considerablemente la seguridad y la eficacia de la deglución^{1,8}. Entre estas técnicas se encuentran las llamadas praxias orofaciales, que consisten en el entrenamiento de los órganos de la deglución (labios, lengua, maxilares, velo del pa-

ladar, cuerdas vocales) que ayudan a la formación del bolo y controlarlo dentro de la boca. Incluyen también ejercicios de coordinación de la deglución con la respiración y técnicas posturales que facilitan las maniobras deglutorias.

TRATAMIENTO NUTRICIONAL

En los pacientes con disfagia orofaríngea grave, en los que se haya comprobado que han tenido episodios de aspiración por cualquiera de los métodos antes descritos, se debe suspender la alimentación oral. Dependiendo de la causa que haya producido la disfagia, las expectativas vitales y de la calidad de vida del paciente y el nivel de conciencia del enfermo, se deberá valorar las distintas opciones de soporte nutricional existentes¹⁶ (fig. 1), que requieren una revisión periódica para adaptarlas en cada momento, dependiendo de la evolución clínica. Siempre que sea posible, se procurará mantener una mínima ingesta oral.

Dieta oral

Debe proporcionar todos los requerimientos de energía y nutrientes que el enfermo necesite, sin olvidar el aporte de líquidos, para evitar situaciones de desnutrición y deshidratación. La desnutrición secundaria a la disminución de la ingesta²¹, producida en estos casos por la disfagia, origina no sólo una pérdida de peso progresiva, sino una reducción de la masa magra, con disminución de la fuerza muscular de los músculos deglutorios, lo que a su vez aumenta la gravedad de la disfagia¹⁷. Además, se produce una alteración del estado inmunitario que favorece la aparición de procesos infecciosos intercurrentes. Por su parte, la deshidratación, entre otras consecuencias, produce una disminución de la producción de saliva, lo cual incrementa la dificultad para deglutir.

Para evitar todo lo anterior, la dieta de la disfagia debe ser equilibrada, modificando la consistencia y la textura de los alimentos¹⁸, tanto sólidos como líquidos. A este respecto es importante recordar que la dificultad para la deglución de sólidos y líquidos no va paralela en muchas ocasiones: enfermos que pueden realizar una alimentación oral prácticamente normal pueden presentar disfagia importante para los líquidos, por lo que se debe realizar las modificaciones oportunas de manera independiente.

Para la confección de la dieta se puede utilizar tanto alimentos y métodos culinarios tradicionales como productos elaborados específicamente por la industria para personas con problemas de deglución^{19,20}.

En el caso de utilizar la alimentación tradicional, se intentará, siempre que sea posible, incluir los alimentos que el enfermo consumía antes de la aparición de la disfagia, asegurando a la vez el aporte diario de todos los grupos de alimentos en la cantidad adecuada. La modificación de textura de los alimentos sólidos se realiza mediante la trituración con batidora y, en algu-

TABLA 4. Gravedad de la disfagia

0	Ausencia de aspiración
I	Aspiración ocasional, con buen reflejo tusígeno
II	Aspiración frecuente, con buen reflejo tusígeno
III	Aspiración permanente, sin reflejo tusígeno, pero con tos voluntaria
IV	Aspiración sin tos
Grave	Aspiración del 10% del volumen administrado
El riesgo de neumonía es proporcional a la gravedad	

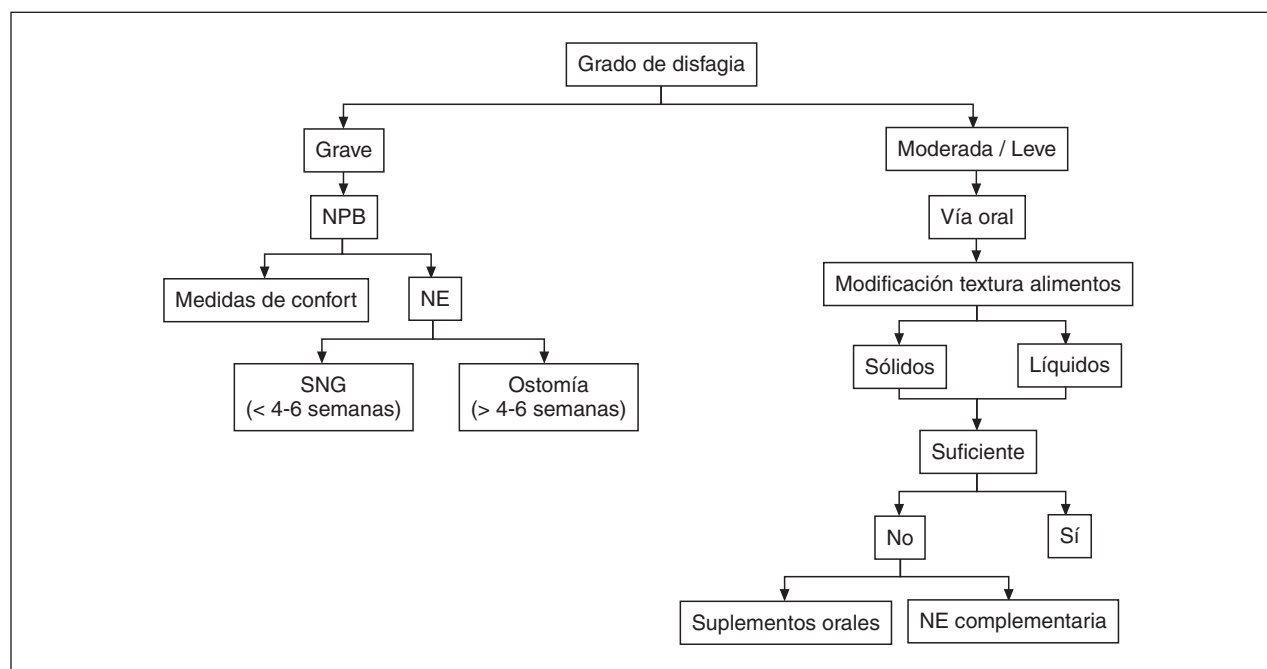


Fig. 1. Vía de elección del tratamiento nutricional de la disfagia. NPB: nada por boca; NE: nutrición enteral; SNG: sonda nasogástrica.

TABLA 5. Consejos dieta oral

- Mantener una buena higiene oral
- Enfermo sentado, con la espalda a 90°
- Cabeza en ligera flexión
- Ambiente tranquilo, sin distracciones durante la comida
- Reparto a lo largo del día: 5-6 tomas
- Incrementar densidad de nutrientes
- Potenciar y combinar sabores
- Presentación atractiva
- Evitar la monotonía
- Utensilios adecuados: cucharas pequeñas, vasos bajos y anchos
- Revisar la cavidad oral antes de cada cucharada
- No mezclar consistencias: platos con una única textura
- Permanecer sentado 20-30 min después de la comida

nas ocasiones, se debe completarla con el posterior paso por el colador para evitar la presencia de grumos, espinas u otros elementos que puedan causar problemas para la deglución. La textura final debe ser homogénea y, para aumentar la densidad de nutrientes de los platos, es aconsejable añadir durante su preparación productos como leche, harina, aceite o mantequilla. De esta manera, con raciones más pequeñas que evitan la posible aparición de cansancio al comer y aumentando el número de tomas al día, se puede conseguir que la ingesta oral sea la adecuada en cada caso.

Con objeto de estimular la ingesta y facilitar la deglución (tabla 5), se recomienda evitar la monotonía variando la presentación de los platos y potenciando las cualidades organolépticas de los alimentos, alternando y combinando sabores (dulce, salado, ácido). Se aconseja dar los alimentos sólidos en volúmenes

pequeños, utilizando inicialmente cucharillas de café (3 ml) o de postre (5 ml); y para los líquidos, vasos bajos y de boca ancha, que obligan a inclinar la cabeza hacia abajo. Los estímulos térmicos (alimentos fríos o calientes, mejor que templados), así como los táctiles (presión sobre la punta o laterales de la lengua), favorecen también el reflejo de la deglución.

Hay una serie de alimentos considerados de alto riesgo para los enfermos con disfagia, como son los que presentan diferentes consistencias (sopas, leche con cereales), los que son pegajosos (miel, chocolate, caramelos), fibrosos (espárragos, piña, jamón) o que contienen pepitas o espinas (uvas, tomate, pescado), por lo que sólo se introducirán en la dieta cuando se haya confirmado la normalización de la función deglutoria.

Además de la alimentación tradicional, se puede utilizar productos elaborados por la industria^{19,20}, cuya composición está adaptada a los requerimientos nutricionales del adulto. Existen diferentes presentaciones, tanto de textura como de sabores, y se puede utilizarlas para sustituir una comida completa o para enriquecer una dieta triturada tradicional. Tienen la ventaja de que su composición es conocida y su preparación, cómoda.

Aporte de líquidos

La escasa viscosidad (< 50 cp) de los llamados líquidos finos (agua, caldo, zumos) hace que, en la mayoría de los casos de disfagia de origen neurológico, el riesgo de aspiración sea alto y, al limitar la ingesta,

TABLA 6. Textura modificada de líquidos

Néctar
Líquidos cremosos que se pueden tomar con paja (51-350 cp*)
Ejemplo: yogur líquido; 100 ml de agua con 3,5-5 g de espesante comercial
Miel
Líquidos que no se pueden tomar con paja, pero sí beber en taza (351-1.750 cp)
Ejemplo: yogur batido; 100 ml de agua con 5-7 g de espesante comercial
Pudding
Líquidos que sólo se pueden tomar con cuchara (> 1.750 cp)
Ejemplo: cuajada; 100 ml de agua con 7-9 g de espesante comercial

*1 cp = viscosidad del agua a 22 °C.

se favorezca la aparición de cuadros de deshidratación. Para evitar esta complicación, se recomienda utilizar espesantes comerciales que, añadidos a distintos líquidos, modifican su textura aumentando su viscosidad sin alterar el sabor (tabla 6). Otra posibilidad es la administración de las llamadas aguas gelificadas, bebidas espesadas o gelatinas, que existen en el mercado con diferentes sabores. En cualquier caso, hay que garantizar que el aporte total de líquidos diario cubra los requerimientos del enfermo²⁴ según su situación clínica, que se incrementan en caso de fiebre.

Suplementos orales

Son preparados elaborados por la industria farmacéutica, de composición definida (completos o incompletos, adaptados a diferentes situaciones clínicas), que se presentan con texturas y sabores variados. Tienen como objetivo complementar una dieta oral insuficiente, por lo que su indicación debe ir siempre precedida por una valoración nutricional y un consejo dietético que se debe mantener durante todo el tratamiento. Existen pocos estudios aleatorizados y controlados sobre la suplementación en la disfagia. Recientemente se ha publicado un estudio multicéntrico realizado en 15 países (estudio FOOD)²², en el que no se encuentra diferencias significativas respecto a complicaciones, tiempo de estancia hospitalaria y calidad de vida entre los enfermos tras accidente vascular cerebral que reciben suplementos orales y los que sólo se controlan con dieta.

Nutrición enteral

En pacientes con disfagia grave o con bajo nivel de conciencia, en los que la alimentación por vía oral implica un riesgo elevado de aspiración, así como en los que la dieta no consigue cubrir los requerimientos nutricionales, es necesario valorar otras vías de administración de nutrientes. Puesto que en la mayoría de los casos el tracto gastrointestinal es funcional, la nutrición enteral (NE) es la vía de elección frente a la nutrición parenteral, que queda reservada para situaciones en las que no se pueda conseguir el acceso al tubo digestivo.

Dependiendo de la duración estimada de la NE, el acceso se hará por vía nasal (menos de 4 a 6 semanas) o mediante una ostomía (más de 4 a 6 semanas), utilizando en este caso técnicas percutáneas (endoscópicas o radiológicas) de preferencia frente a las técnicas quirúrgicas convencionales. Como en el caso de los suplementos, los pocos estudios que comparan la NE por sonda nasogástrica con la gastrostomía endoscópica percutánea²⁵ no aportan datos suficientes para optar por una u otra vía de acceso en el momento de iniciar una NE en la disfagia de presentación aguda.

Tampoco existe evidencia de que la administración de los preparados a nivel de yeyuno reduzca la incidencia de broncoaspiraciones en comparación con la perfusión gástrica y, puesto que la colocación de sondas en intestino delgado y su mantenimiento a ese nivel son dificultosos, se suele indicar la administración intragástrica de pequeños volúmenes cada vez, con el paciente en posición semisentada, al menos a 45°. La elección del tipo de preparado depende de los requerimientos energéticos y proteínicos y del volumen de líquidos que tolere.

La indicación de NE en los casos de disfagia secundarios a demencia^{26,27} es motivo de controversia, pues los estudios publicados no demuestran que mejore el pronóstico de la enfermedad, la calidad de vida o la aparición de úlceras por presión, y hay que individualizar la decisión en cada caso.

En conclusión, aunque en el diagnóstico y el tratamiento de la disfagia orofaríngea hay controversias, se sabe que el diagnóstico precoz y el tratamiento multidisciplinario reducen las complicaciones y mejoran la calidad de vida de los pacientes^{9,14}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clavé P, Verdguer A, Arreola V. Disfagia orofaríngea en el anciano. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:742-8.
2. O'Neill P. Swallowing and prevention of complications. *Br Med Bull*. 2000;56:457-65.
3. Saud B, Szykowski R. A diagnostic approach to dysphagia. *Clin Family Pract* 2004;6 :525-46.
4. Achem A, DeVault K. Dysphagia and aging. *J Clin Gastroenterol*. 2005;39:357-71.
5. Neurogenic dysphagia: the role of the neurologist [editorial]. *J Neurol Neurosurg Psych*. 1999;64:599.
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 78. Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. 2004.
7. Finestone HM, Green-Finestone S. Rehabilitation in medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients. *CMAJ*. 2003;169:1041-4.
8. Martin-Harris B, Brodsky M. Breathing and swallowing dynamics across the adult lifespan. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;131:762-70.
9. Rosenvinge S, Straky D. Improving care for patients with dysphagia. *Age Aging*. 2005;34:587-93.
10. Sala R, Luntó MJ. Alteraciones de la deglución en el accidente cerebrovascular. *Rev Neurol*. 1999;27:759-66.
11. AHA/ASA Endorsed Practical Guidelines. Management of adult stroke rehabilitation. *Stroke*. 2005;36:e100-43.

12. Ramsey D, Semithard D, Kalra D. Early assessment on dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*. 2003;34:1252-7.
13. Ekberg O, Hamdy S, Woisard V, et al. Social and psychological burden of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*. 2002;17:139-46.
14. Hinchey J, Shephard T, Furie K. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. *Stroke*. 2005;36:1972-6.
15. Kondrup J, Allison SP, Elia M. ESPEN Guidelines for nutrition screening 2002. *Clin Nutr*. 2003;22:415-21.
16. Perry L, McLaren S. Nutrition support in acute stroke: the impact of evidence-based guidelines. *Clin Nutr*. 2003;22:283-93.
17. Hudson HM, Daubert CR, Mills R. The interdependence of protein-energy malnutrition, aging and dysphagia. *Dysphagia*. 2001;15:31-8.
18. Pemman JP, Thonson M. A review of the textured diets developed for the management of dysphagia. *J Hum Nutr Diet*. 1988;11:51-60.
19. García-Luna PP, Romero H, Serrano P, et al. Alimentación básica adaptada a los ancianos y personas con alteraciones de la deglución. *Endocrinol Nutr*. 2002;49 Supl 2:21-9.
20. De Luis D, Aller R. Alimentación básica adaptada y disfagia. *Rev Clin Esp*. 2003;203:384-5.
21. Wright I, Cotter D. Comparison of energy and protein intakes of older peoples consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. *J Hum Nutr Diet*. 2005;18:213-9.
22. The FOOD trial collaboration. Routine oral nutritional supplementation for stroke patients in hospital (FOOD): a multicentric randomised controlled study. *Lancet*. 2005;365:755-63.
23. The FOOD trial collaboration. Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patient (FOOD): a multicentric randomised controlled trial. *Lancet*. 2005;365:64-72.
24. Castellanos C, Butler E, Gluch I. Use of thickened liquids in skilled nursing facilities. *JADA*. 2004;104:1222-6.
25. Bath PM, Bath FJ, Smithard DG. Intervención para la disfagia en el accidente cerebrovascular agudo (Revisión Cochrane traducida). *Biblioteca Cochrane Plus*, 2005; Número 4.
26. Soler R. Alimentación por sonda en el paciente con demencia avanzada. ¿Aporta realmente beneficios? *Rev Mult Gerontol*. 2001;10:7-8.
27. Finucane T, Christmas C. Tube feeding in patients with advanced dementia. A review of evidence. *JAMA*. 1999;282:1365-70.