

Consecuencias médicas, sociales y económicas de la disfagia

Lograr un manejo excelente de la disfagia sigue siendo un reto

Se estima que la disfagia afecta a aproximadamente al 8% de la población mundial, y en España al 5,6% en adultos, con cifras más elevadas en pacientes hospitalizados, alcanzando hasta el 10,3% en unidades geriátricas y el 7,5% en servicios de neurología, reflejando el impacto de la edad y las enfermedades de base en su aparición.

La disfagia es la dificultad para trasladar el alimento desde la boca hasta el estómago. Puede ser orofaríngea —la más frecuente y que representa casi el 80% de los casos— o esofágica. Su origen puede ser neurológico, estructural o muscular, y es habitual en pacientes con ictus, enfermedades neurodegenerativas como Parkinson o ELA, así como en personas intervenidas por tumores de cabeza y cuello.

La disfagia tiene consecuencias importantes: empeora la calidad de vida y la supervivencia del paciente y aumenta las estancias hospitalarias y los costes sanitarios. Especial atención requieren los mayores que presentan presbifagia (dificultad para tragar que se produce con la edad): entre el 10 y el 30% de los mayores de 65 años presenta algún grado de disfagia, superando el 80% en mayores de 80 años. En pacientes frágiles e ingresados, la cifra también se incrementa de forma notable.

Andrés Jiménez Sánchez, Vocal del Área de Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), nos informa sobre las funciones del especialista en Endocrinología y Nutrición, que permiten mejorar la seguridad del paciente y su calidad de vida.

¿La población conoce la disfagia?

La disfagia es la dificultad para el paso de alimento sólido y/o líquido desde boca hasta estómago. Es una entidad heterogénea con codificación CIE-11 asociada, y con un conocido e importante impacto en morbilidad. Pese a ello, siguen existiendo barreras para una implementación generalizada de



Andrés Jiménez Sánchez, Vocal del Área de Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN).

una nutrición e hidratación segura y eficaz en la persona con disfagia. El Día Mundial de la Disfagia es el 12 de Diciembre, una fecha en la que se intenta mejorar la concienciación sobre esta patología.

¿Cuáles son las consecuencias médicas, sociales y económicas de la disfagia?

Las consecuencias de la disfagia afectan profundamente a la salud, calidad de vida y economía de los pacientes y sus familias, teniendo también un impacto reseñable en el sistema sanitario.

A) Consecuencias médicas

- La eficacia alterada al tragar y la ingesta restringida de alimentos y líquidos conducen (en menor o mayor medida) a un déficit de energía, nutrientes (principalmente, proteínas), e hidratación.
- El déficit nutricional puede provocar el desarrollo de sarcopenia, disminución de la funcionalidad, reducción de la inmunidad, mala cicatrización de heridas e hipovolemia o alteración del nivel de conciencia por deshidratación, lo que aumenta la fragilidad del paciente y empeora el pronóstico de su enfermedad de base.
- La alteración en la seguridad de la deglución en la disfagia orofaríngea puede causar penetraciones y aspiraciones de alimentos, líquidos o saliva que causen tanto atragantamiento (con obstrucción parcial o total de vía aérea) como neumonía por aspiración (debido a la migración de patógenos provenientes de la cavidad bucal).
- En conjunto, estas complicaciones son una fuente

importante de mortalidad, que puede alcanzar hasta el 50%.

B) Consecuencias sociales y psicológicas

- La disfagia tiene un impacto negativo sustancial en el bienestar psicológico, estando fuertemente asociada con trastornos como ansiedad y depresión. La persona con disfagia puede experimentar pánico o ansiedad durante el acto de comer, viendo reducida su calidad de vida.

- El miedo a atragantarse, la vergüenza, la necesidad de una dieta adaptada y la lentitud al comer hace que muchas personas con disfagia eviten comer en público, facilitando el aislamiento social.

- La adaptación de la dieta puede generar estrés, tensión y conflictos dentro de las familias, incrementando la carga de los cuidadores.

C) Consecuencias económicas

- La disfagia genera gasto económico para todas las partes implicadas: pacientes, cuidadores y sistema sanitario.

- Como costos sociales, encontramos la pérdida de productividad en el paciente, y los gastos derivados del cuidado que necesita esta patología para pacientes y familiares.

- Con respecto al sistema sanitario, las personas con disfagia tienen un mayor tiempo de hospitalización, incrementando el coste económico de dicho ingreso. La presencia de disfagia es un factor de riesgo de reingreso, especialmente a causa de neumonía por aspiración, con el consecuente aumento del coste. La disfagia, en el contexto de un ingreso por descompensación de enfermedad crónica o aparición de enfermedad aguda, puede facilitar el desarrollo de fragilidad y desnutrición, las cuales a su vez incrementan la probabilidad de ser trasladado al alta a instituciones sociosanitarias en vez de a su domicilio original (con la consiguiente pérdida de independencia para el paciente y un aumento de costes sanitarios directos).

¿Qué medidas terapéuticas permiten evitar sus complicaciones y cómo se debe abordar la disfagia?

En el tratamiento de la disfagia van a estar involucrados múltiples profesionales sanitarios (logopeda, enfermero, nutricionista, médico, etc.) y el propio paciente y sus familiares. Se va a llevar a cabo tanto en diferentes entornos asistenciales, como en el domicilio de paciente. Además, debemos tener en cuenta que podemos tener diferentes niveles de disfagia (orofaríngea, esofágica), mecanismos productores de disfagia (neuromuscular, mecánica,

sarracénica y psicógena) y situaciones añadidas (sarcopenia, diabetes mellitus, gasto energético por actividad física, etc.) con requerimientos específicos.

Por tanto, el abordaje de la disfagia necesita un enfoque multidisciplinar y personalizado, pensando tanto en la seguridad como en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. En general, podemos dividir el tratamiento de la disfagia en:

A) Cuidados

1. Modificaciones dietéticas y reológicas. La individualización del volumen y textura de la dieta y líquidos de la persona con disfagia es una intervención de primera línea. El aumento de la viscosidad de los líquidos se consigue mediante el uso de espesantes y se gradúa según sistema IDDSI. Es importante que administremos una textura homogénea, evitando el uso de alimentos pegajosos, con dobles texturas, que se fundan en la boca, o que no se disgreguen de forma fácil y homogénea durante la mezcla con la saliva en la boca (por ejemplo, por ser fibrosos o tener semillas). Debido a que las dietas de textura modificada pueden llevar a ingestas reducidas de energía (especialmente cuando no se trata de una dieta hospitalaria, sino una llevada a cabo en domicilio), se recomienda enriquecer el contenido calórico-proteico de los platos añadiendo aceites de cocina, huevos y productos lácteos (nata, crema, queso batido). Dado que los líquidos espesados pueden generar saciedad temprana o aversión, es importante monitorizar la adhesión a su uso y la evolución de ingesta e hidratación una vez iniciados.

2. Maniobras posturales y de protección de la vía aérea. Se recomienda comer erguido (sentado a 90°), manteniendo esa postura durante al menos 30 a 60 minutos después de terminar la comida. La postura de "barbilla al pecho" (chin-tuck o chin-down) durante la deglución aproxima la base de la lengua a la pared faríngea y estrecha la entrada a la laringe, reduciendo el riesgo de aspiración. En personas con debilidad unilateral de la musculatura deglutoria, se recomienda girar la cabeza hacia el lado enfermo, para así cerrarlo y forzar al bolo a discurrir por el lado sano.

3. Estrategias deglutorias ejecutadas por el paciente. Encontramos la deglución supraglótica: tras una inspiración, contener la respiración antes y durante el trago para cerrar las cuerdas vocales, y toser inmediatamente después para limpiar cualquier residuo. También tenemos la deglución forzada: apretando la lengua y los músculos de la garganta con fuerza, para aumentar la contracción de la base

de la lengua, facilitar el paso del bolo y reducir residuos. Finalmente, la doble deglución: Tragar varias veces seguidas para despejar cualquier residuo faríngeo antes de volver a inspirar.

4. Rehabilitación y entrenamiento muscular con logopedia. Hay una gran variedad de ejercicios que pueden realizarse. Uno de los más típicos es la maniobra de Mendelsohn, que consiste en que el paciente se concentre en mantener voluntariamente la laringe elevada unos segundos al tragar, favoreciendo la apertura del esfínter esofágico superior. El ejercicio de Shaker (flexión isométrica e isotónica de la cabeza estando recostado) fortalece los músculos suprahioides, aumenta la apertura del esfínter esofágico y disminuye el residuo tras la deglución. El entrenamiento de fuerza de la musculatura respiratoria con espirómetro mejora la fuerza tusígena. También pueden realizarse ejercicios de fuerza y resistencia de lengua y labios, que ayudan a prevenir la atrofia muscular local y mejorar la formación y gestión del bolo alimenticio.

5. Adecuada higiene bucodental. Una mala higiene oral fomenta la colonización bacteriana y favorece la neumonía por aspiración. Se recomienda un correcto cepillado dental después de cada comida, limpieza diaria de prótesis y uso de enjuagues bucales suaves (como clorhexidina sin alcohol).

6. Modificaciones conductuales y ambientales. Se aconseja comer despacio, sin agobios ni distracciones, introduciendo cantidades pequeñas (usando cucharaditas) de abajo hacia arriba. No se deben mezclar líquidos y sólidos en un mismo bocado. Existen vasos específicos para disfagia y otros dispositivos que pueden facilitar la correcta alimentación en domicilio.

B) Tratamiento médico

1. Nutricional. Si enriqueciendo la alimentación no conseguimos alcanzar requerimientos nutricionales, debemos utilizar módulos o suplementos nutricionales orales completos. Cuando la vía oral es insegura pese a los cuidados previamente descritos o es ineficaz para cubrir necesidades de energía, nutrientes e hidratación de manera prolongada, utilizamos nutrición enteral, con sonda nasogástrica o gastrostomía (según el tiempo de evolución, riesgo anestésico y previsión de evolución del caso).

2. Neuroestimulación y tratamiento médico específico. Para tratar de recuperar el reflejo de deglución retrasado, pueden emplearse agonistas TRPV1 (como capsaicina y piperina) y fármacos dopaminérgicos. También disponemos de técnicas no invasivas

de estimulación eléctrica neuromuscular (NMES) o estimulación magnética transcranial repetitiva (rTMS) que modulan la actividad neuronal tras un ictus.

3. Reducción de la polifarmacia y optimización del tratamiento médico habitual. Es importante revalorar la indicación y relación riesgo/beneficio de fármacos que puedan causar atrofia muscular o alterar la coordinación muscular normal, crean sedación o causan xerostomía (boca seca). Tratar enfermedades de base que puedan alterar la normal propulsión del bolo por el esófago (por ejemplo, administrar antiácidos en reflujo gastroesofágico).

¿Los alimentos que ofrece el mercado cubren las necesidades de un paciente con disfagia?

El problema de la alimentación natural para las personas que necesitan una modificación de textura es que, para mantener un adecuado aporte nutricional, suele necesitar un alto volumen diario que es difícil que el paciente cumpla por falta de apetito o fatiga durante la deglución. Además, es difícil conseguir que el plato sea completamente homogéneo en cuanto a su textura, aunque esto puede paliarse adicionando espesantes basados en goma xantana (dentro de la gama de productos dietéticos para usos médicos especiales). En los últimos años se ha visto una ampliación en la oferta de alimentos para usos médicos especiales (purés, compotas) que, sin llegar a ser una suplementación nutricional oral (SNO), facilitan la fortificación (especialmente, proteica) y mejora de la hidratación (con agua gelificada) como adición a dietas de textura modificada a base de alimentos naturales. En los casos en que el aporte nutricional siga siendo insuficiente, hemos de introducir los SNO o plantear una nutrición enteral completa, según la situación clínica individual del paciente. Por tanto, no debemos de ver estas diferentes opciones como mutuamente excluyentes, sino como un espectro continuo de opciones nutricionales para nuestro paciente, en el que iremos escalando y combinando según sus necesidades.

¿Cuáles son los avances más importantes para el abordaje de la disfagia?

Los últimos años han asociado avances en los siguientes apartados:

1. Implementación de técnicas de neuromodulación y neuroplasticidad. En la disfagia tras un ictus, el paradigma actual busca rehabilitar la fisiología

normal de organismo al estimular la formación de nuevas sinapsis neuronales a nivel periférico (NMES/PES) y central (rTMS/tDCS), ofreciendo mejoras funcionales sostenidas superiores al tratamiento convencional.

2. *Avances en farmacoterapia.* Para reactivar el arco reflejo y la eficacia motora:

- Agonistas TRP (capsaicina, piperina, mentol, cinamaldehído y citral): mejoran la biomecánica deglutoria al estimulan nervios laríngeos, reduciendo la latencia del reflejo deglutorio y mejorando la apertura del esfínter esofágico superior.

- Agonistas dopaminérgicos: pueden mejorar la disfagia orofaríngea neuromuscular, principalmente en Parkinson e ictus.

3. *Innovación diagnóstica.* La manometría esofágica de alta resolución y la ecografía muscular de lengua y maseteros permiten identificar, respectivamente, disfagia sarracénica esofágica y orofaríngea de forma precoz y objetiva.

4. *Estandarización logística.* La implementación global de la IDDSI elimina la ambigüedad terminológica: al estandarizar texturas y viscosidades del nivel 0 al 7, se reducen errores clínicos y se garantiza una comunicación interdisciplinar precisa entre distintos niveles asistenciales.

¿A qué retos se enfrentan los profesionales ante la disfagia y en qué formación deberían incidir los profesionales a la hora de abordar el problema?

Lograr un manejo excelente de la disfagia sigue siendo un reto, principalmente por la distancia existente entre el conocimiento teórico y su aplicación práctica en el día a día. Aunque el personal sanitario que no está subespecializado en disfagia identifica el concepto, persisten dificultades para

reconocer signos precoces y mantener medidas de seguridad. Esta falta de estandarización se extiende al cribado de disfagia, circuitos de derivación, adaptación segura de la medicación oral o decisiones complejas sobre gastrostomías. Esta disparidad a la hora de la aplicación del diagnóstico y cuidado podría afectar a la adecuación, agilidad y homogeneidad de la intervención sobre la disfagia.

Parece por tanto necesario fomentar la formación estructurada de profesionales sanitarios (especialmente en profesionales sanitarios que pueden atender a una persona con disfagia pero que no están subespecializados en esta patología) y cuidadores, dando prioridad a contenidos orientados a competencias como (1) reconocimiento de síntomas, (2) tratamiento dietético-higiénico para mejorar seguridad de la alimentación y (3) optimización de la coordinación interprofesional para las personas con disfagia.^{N3}

La gravedad de las consecuencias de la disfagia hace necesario establecer medidas terapéuticas que permitan evitar sus complicaciones. El tratamiento puede ser compensatorio, rehabilitador o una combinación, de ambos, e incluye: adaptación de texturas y viscosidades (evitando alimentos con grumos, pegajosos, duros o con líquido en su interior), posturas seguras durante la ingesta, higiene oral estricta, espesantes y aguas gelificadas para garantizar la hidratación, menaje adaptado, supervisión del cuidador y ejercicios de deglución y rehabilitación muscular.

DATOS Y PREVALENCIA



5,6% de adultos en España padece disfagia

8% de la población mundial padece esta enfermedad

En **pacientes frágiles y hospitalizados**, la cifra se **incrementa** de forma notoria