

# S7 Diagnòstic i tractament de la disfàgia orofaríngia

**Exploracions complementàries:  
fibrolaringoscòpia.**

Mercedes Velasco, Hospital de la Vall  
d'Hebron.

Divendres 9 d'octubre de 2009

organitzadors:

patrocinadors oficials:



## Fibroendoscopia de la Deglució (F.E.E.S.)

Dra. Mercedes Velasco  
Foniatría i Logopèdia- Servei de Rehabilitació  
mmvelasco@vhebron.net

Parc Taulí- Sabadell- 09-10-2009

---

---

---

---

---

---

---

---

### Evidencia científica

- Toda persona con alteración de la deglució debe ser valorada por un especialista para poner en marcha técnicas de deglució seguras y estrategias dietéticas adecuadas.

**Nivel de Evidencia 1+ Grado de recomendación A**  
Stroke Foundation of New Zealand Inc. Life after stroke. New Zealand guideline for management of stroke. 2003.

- Las limitaciones de la exploración clínica en la cabecera del enfermo (bedside), especialmente en cuanto que no detecta las aspiraciones silentes y no informa sobre la eficacia de los tratamientos, hacen necesaria una exploración instrumental.

**Nivel de Evidencia 3. Grado de recomendación D**  
Leder SB, et al. Dysphagia 2002  
 Splaingard M, et al. Arch Phys Med Rehabil 1988

---

---

---

---

---

---

---

---

## Disfagia

Síntoma grave: -obstrucción vía aérea  
 -malnutrición  
 -deshidratación  
 -aspiración (50% neumonía)  
 -neumonía (50% mortalidad)

Síntoma diagnosticable: -exploración clínica  
 -exploración nutrición  
 -exploración deglució

Síntoma tratable: -adaptación dieta  
 -modificación del entorno  
 -técnicas específicas

!!!Trabajo en equipo!!!

---

---

---

---

---

---

---

---

### Diagnóstico de la Disfagia

¿Presenta alteración de la deglución?

¿Severidad y grado de urgencia de la Disfagia?

¿Presenta Aspiración?

---




---

---

---

---

---

---

---

---

### Exploración Instrumental

**Utilidad clínica:**

- diagnóstico de la alteración funcional
- ayuda en selección del tratamiento
- ayuda a evaluar efecto terapéutico de los cambios de dieta y maniobras

**Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)**




---

---

---

---

---



---

---

---

### Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing

Logemann, 1999; Langmore, 2001  
BJM 1992; 304: 1406-9 (estudio prospectivo, randomizado y multicéntrico)

<ul style="list-style-type: none"> <li>-Visualiza bien laringe e hipofaringe</li> <li>-Evalúa anatomía y fisiología fase faríngea sin ingesta</li> <li>-Muestra penetración y aspiración</li> <li>-Evalúa sensibilidad zona</li> <li>-Efecto maniobras compensatorias</li> <li>-Repetible lo necesario</li> <li>-Bedside</li> </ul>	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> </div> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Precisa fibroscopio por la nariz</li> <li>-No visualiza función oral</li> <li>-No evalúa deglución faríngea ni esofágica</li> <li>-Precisa cierta cooperación del paciente</li> </ul>
---	--

---

---

---

---

---

---

---

---

## F.E.E.S

ASHA Guidelines

- ◆ Alternativa a la exploración con bario en "Bedside"
- ◆ Introducido en 1988 como método diagnóstico para:
  - ◆ identificar residuo faríngeo (90% sensibilidad)
  - ◆ cierre CCVV/ protección vías aéreas
  - ◆ aspiración / aspiración silente en 90-100% casos
- ◆ De elección en paciente con disfagia y alt. faringolaríngeas
- ◆ No visualiza preparación ni fase oral
- ◆ No visualiza elevación laríngea
- ◆ Repetible sin riesgo de exposición a radiación

---

---

---

---

---

---

---

---



### Protocolo F.E.E.S.

- > Nasofibroscopio flexible hasta la úvula
- > Expl. mov. velopalatino: nasales
- > Expl. sello glosopalatino: /ak, ka/
- > Expl. anatómica laringofaringe: asimetrías, epiglotis, residuos secreciones
- > Expl. función laríngea: cierre glótico, carraspeo, tos, maniobra Valsalva
- > Deglución seca, basal
- > Exploración de la sensibilidad laríngea
- > Control de las secreciones basales




---

---

---

---

---

---

---

---




---

---

---

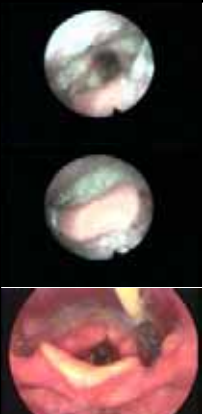
---

---

---

---

---



### Protocolo F.E.E.S.

**Escala de Secreciones Basales:**  
(Langmore, 2001)

0. Normal (húmedo)
1. Acúmulo fuera del vestíbulo laríngeo en algún momento
2. Acúmulo transitorio en el vestíbulo con rebosamiento ocasional, pero que el paciente puede aclarar
3. Retención salivar manifiesta en vestíbulo, constantemente y que no puede aclarar

---

---

---

---

---

---

---

---



### Protocolo F.E.E.S.

**Exploración Disfagia Orofaringea:**

- ✓ Detección del riesgo de aspiración
- ✓ Detección aspiraciones silentes
- ✓ Ingesta alimentos con diferentes texturas: galleta, pudin, miel, néctar, líquido, comida normal
- ✓ Ingesta diferentes volúmenes: 3 ml, 5 ml, 10 ml, 15 ml, 20 ml.
- ✓ Eficacia cambios posturales: lateralización cervical
- ✓ Eficacia maniobras protección vía aérea: supraglótica, supra-supraglótica, deglución forzada

**Riesgo Aspiración:**

1. Bajo riesgo
2. Moderado riesgo
3. Alto riesgo

---

---

---

---

---

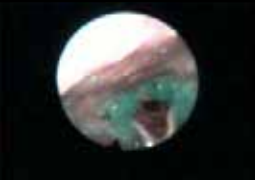
---

---

---

**¿Cuándo está indicada la F.E.E.S.?**

- Diagnóstico y orientación terapéutica
- Nuestra propia experiencia y medios
- Disfagia + Disfonía - Disartria
- Cuando necesitamos visualizar anatomía y función de laringe y faringe: alts morfológicas larínge, postcirugía, postintubación, alts PC bajos, SNG prolongada, alts sensibilidad faringolaríngea
- Necesidades médicas: encamados, no VFS, colaboración escasa del paciente, complicaciones pulmonares, inmunológicas
- Necesitamos valorar deglución con comida normal
- Biofeedback en terapia- familia



---

---

---

---

---

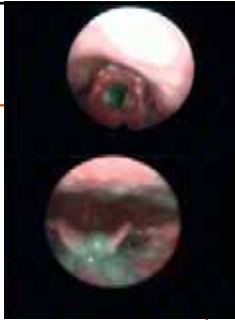
---

---

---

### Signos clínicos

- Cierre velofaríngeo (reflujo nasal)
- Insuficiencia glótica
- Secreciones en vestibulo o glotis
- Aspiración basal
- Hiposensibilidad faringo-laríngea
- Mecanismos protección vía aérea: báscula epiglotis, bandas, CCVV
- Penetraciones del bolo
- Aspiración (segura, silente, probable, pre, post)
- Déficit apertura EES



---

---

---

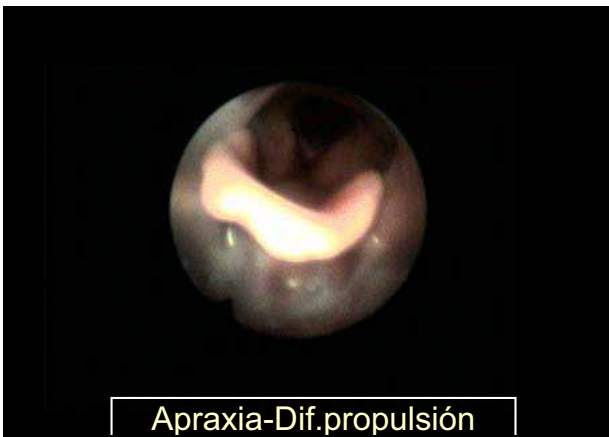
---

---

---

---

---



Apraxia-Dif. propulsión

---

---

---

---

---

---

---

---



Aspiración predeglución

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

---


---

---

**FESST**

- Combina la evaluación endoscópica de la deglución con una técnica que evalúa la sensibilidad faringolaríngea
- Se administran pulsos de aire en la mucosa faringolaríngea inervada por el nervio laríngeo superior (IX PC)
- desencadena el reflejo laríngeo adductor, reflejo de protección de la vía aérea mediado por el tronco cerebral

Aviv et al. Dysphagia, 2000



---

---

---

---

---

---

---

**Diagnóstico de severidad de la disfagia**

**Grado de Aspiración: (Schrotter-Morasch 1996)**

- 0. Ausencia de aspiración
- I. Aspiración **ocasional** con buen reflejo tusígeno.
- II. Aspiración **permanente** con buen reflejo de tos, ó aspiración **ocasional** sin reflejo tusígeno, pero con buen golpe de tos voluntario.
- III. Aspiración **permanente** sin reflejo tusígeno pero con buen golpe de tos voluntario.
- IV. Aspiración **permanente** sin reflejo tusígeno, tampoco voluntario.




---

---

---

---

---

---

---

---

**Aspiration- Penetration Scale**

- 5- líquido entra en la tráquea, por debajo del nivel de las cuerdas vocales (aspiración)
- 4- imposibilidad de expulsar líquidos espontáneamente o a la orden (penetración)
- 3- presenta capacidad para expulsar los líquidos a la orden, pero no espontáneamente (penetración)
- 2- expulsa espontáneamente los líquidos que han entrado a nivel del vestíbulo laríngeo (laringitis transitoria por penetración)
- 1- no penetración ni aspiración.

Rosenbek, J.C. et al. Dysphagia 1996.




---

---

---

---

---

---

---

---

**Diagnóstico = toma de decisiones**

¿Puede alimentarse?

¿Cómo iniciamos el tratamiento?

¿Cómo evaluamos el progreso?




---

---

---

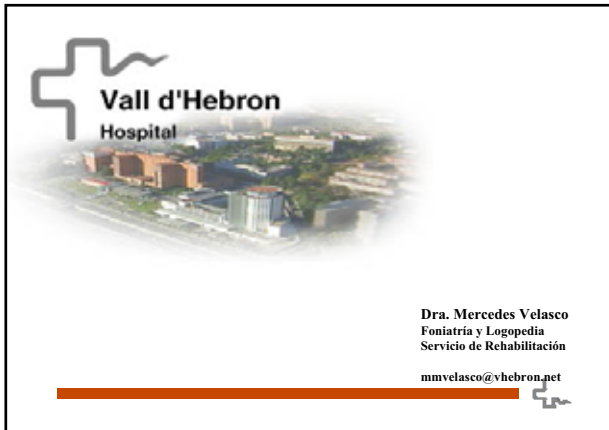
---

---

---

---

---



---

---

---

---

---

---

---

---