



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**LA DISFAGIA EN EL ADULTO MAYOR Y SU
TRATAMIENTO**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

ARACELI RAMÍREZ ESTÉVEZ

DIRECTOR: C.D. ROBERTO GÓMEZ GONZÁLEZ

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'R. Gómez González', is written over the printed name of the director.

MÉXICO, D. F.

2005

m. 343092

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Gracias por todo su amor, comprensión y cariño que me han brindado durante mi vida; gracias también por su apoyo, consejos y desvelos que me dieron en todo el transcurso de mi vida escolar, porque por ellos pude lograr mis metas y sueños, por todo esto: GRACIAS.

A mis hermanos:

A todos mis hermanos, gracias por todo el apoyo y consejos que me brindaron, por estar cuando más los necesite, muchas gracias.

A mi esposo y mi hijo:

Gracias por todo el amor, el tiempo y la paciencia que siempre me han tenido, porque en ustedes siempre encontré el coraje y la fuerza por seguir adelante para lograr concluir mis estudios.

A mis maestros:

Gracias a todos mis maestros por enseñarme todos sus conocimientos y tener la paciencia para que yo los aprendiera.

Al Dr. Roberto Gómez González:

Gracias por el tiempo que le dedico a este trabajo y a sus conocimientos ya que sin su ayuda no se hubiera podido lograr esta tesina.

INDICE

| | |
|-----------------------------------|----|
| INTRODUCCION..... | 1 |
| CAPITULO I | |
| Consideraciones Generales..... | 3 |
| Etapas de la Deglución..... | 4 |
| Trastornos de la Deglución..... | 6 |
| CAPITULO II | |
| Definiciones..... | 8 |
| Sintomatología General..... | 9 |
| Etiología..... | 10 |
| CAPITULO III | |
| Tipos de Disfagia..... | 15 |
| Epidemiología..... | 21 |
| CAPITULO IV | |
| Examen Físico..... | 22 |
| Opciones de Tratamiento..... | 30 |
| Recomendaciones Terapéuticas..... | 41 |
| CONCLUSIONES..... | 44 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 45 |

INTRODUCCIÓN

Son muchas las características fisiológicas que se asocian al proceso de envejecimiento, aunque éste varía entre los individuos. Asimismo ocurre en los distintos órganos y sistemas del organismo, los cuales pueden envejecer a distinta velocidad; y las capacidades funcionales también se ven disminuidas.

Dentro de esta individualidad, se pueden generalizar que los procesos y secreciones digestivas se ven afectadas, y en consecuencia la persona mayor presenta frecuentemente disfagia o dificultad para tragar alimentos sólidos y/o líquidos.

El deterioro de la deglución puede significar una dilatada recuperación, deshidratación, mal nutrición, complicaciones pulmonares que pueden conducir desde una neumonía hasta la muerte.

Este trabajo se realiza con la finalidad de que el Cirujano Dentista se entere y tome conciencia de que la disfagia, es una patología común en los pacientes adultos mayores, ya que un acto tan sencillo y cotidiano como lo es el tragar, puede convertirse en una complicada patología producto de la edad, o de factores que alteren el proceso de deglución. Y que es consecuencia del propio proceso de envejecimiento que afecta a la musculatura e inervación del tracto gastrointestinal, la cual muchas veces pasa desapercibida y no se le da la importancia debida.

LA DISFAGIA EN EL ADULTO MAYOR Y SU TRATAMIENTO

Es por esto que es necesario poner atención a una serie de síntomas que pueden comprometer una función básica del cuerpo, que, en circunstancias normales, se realiza de manera prácticamente automática. Así que es responsabilidad del Cirujano Dentista diagnosticar y evaluar su afectación, así como recomendar el tratamiento adecuado dependiendo de la causa y del tipo de trastorno que se presente en cada persona.

Ya que si se toman en cuenta como signos de alerta iniciales la tos durante la comida o la retención exagerada en la boca de líquidos o alimentos se podrían prevenir y no tener complicaciones severas a futuro, porque en un paciente con disfagia lo primero y más importante es detectarla precozmente y actuar de forma rápida antes de que el paciente se desnutra o se deshidrate. Porque el comer es una de las funciones del cuerpo humano más agradable y por supuesto vital; por lo tanto nuestro paciente se merece tener una adecuada calidad de vida y todo nuestro empeño por ayudarlo a optimizarla.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

La deglución es un acto complejo que involucra a la boca, el área de la garganta y el esófago (tubo que transporta el alimento hasta el estomago). Muchos nervios y músculos afectan el funcionamiento correcto de estas partes.

Parte del mecanismo de la deglución se hace bajo control consciente (voluntario) sin embargo, gran parte de este proceso es involuntario.

En cualquier punto los problemas que van desde masticar los alimentos y llevarlos hasta la parte posterior de la boca, hasta movilizarlos hasta el estomago, pueden causar dificultad para deglutir.

Con frecuencia, los síntomas de dolor torácico, alimentos atorados en la garganta, pesadez, o presión en el cuello o en la parte superior del pecho son el resultado de las dificultades para deglutir.¹

La deglución comprende tres etapas que están controladas por los nervios que comunican el tracto digestivo con el cerebro.

ETAPAS DE LA DEGLUCIÓN

1. Etapa de preparación oral:

Los alimentos se mastican y se humedecen con la saliva. La lengua impulsa los alimentos y los líquidos hacia la parte posterior de la boca, hacia la garganta. (esta etapa es voluntaria: tenemos control sobre la masticación y el comienzo de la deglución).

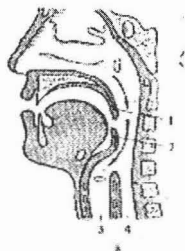


Fig. a 1- Paladar blando descendido; 2- epiglotis levantada; 3- tráquea; 4- esófago₂

2. Etapa faringea :

Los alimentos ingresan en la faringe (garganta). Una aleta llamada epiglotis cierra el pasaje hacia la tráquea para que los alimentos no puedan pasar a los pulmones. los músculos de la garganta se relajan, los alimentos y los líquidos bajan rápidamente por la faringe (garganta) hacia el esófago. la epiglotis se vuelve a abrir para permitir la respiración (esta fase comienza por control voluntario pero luego pasa a hacer una fase involuntaria que no podemos controlar conscientemente).

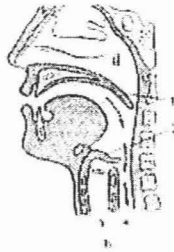


Fig. b 1- Paladar blando levantado; 2- epiglotis descendida; 3- tráquea; 4- esófago₂

3.- Etapa esofágica:

Los líquidos caen al estomago a través del esófago, por acción gravitatoria. Los músculos del esófago impulsan los alimentos hacia el estomago con movimientos ondulatorios conocidos como peristaltismo, la banda muscular que se encuentra entre el extremo del esófago y la parte superior del estomago (conocida como esfínter esofágico inferior) se relaja en respuesta a la deglución, permitiendo que los alimentos y los líquidos ingresen al estomago (los eventos de esta fase son involuntarios).₃

TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN

Los trastornos de la deglución se producen cuando una o más de estas etapas no se llevan a cabo de la manera correcta.

TRASTORNO DE LA FASE ORAL:

Es variada, puede ser simple o compleja. Tomando en cuenta que algunos fármacos como los anticolinérgicos, los antihistamínicos, los diuréticos y los antidepresivos que les prescriben a los ancianos disminuyen la secreción de saliva.

Es necesario tener en cuenta enfermedades como el Alzheimer, el síndrome de Parkinson y la esclerosis múltiple ya que comprometen a la fase oral.

TRASTORNO DE LA FASE FARINGEA:

Es esencialmente neurológica. Puede manifestarse como una alteración aguda, o como una alteración crónica compensada. Los ataques cerebro vasculares del hemisferio derecho pueden comprometer la fase faringea causando aspiración.

Los ataques cerebro vasculares del tronco, comprometen las fases oral o faringea, causando apraxia, babeo, disfagia y aspiración. Tienen incidencia en este trastorno de la fase faringea el Parkinson, el Alzheimer, otras enfermedades, como la esclerosis lateral amiotrofica y algunas cirugías en la zona troncal, boca, cuello y columna.

TRASTORNOS DE LA FASE ESOFAGICA:

Es muy frecuente, se estima que el 25% de la población parece reflujo gastroesofagico. Es frecuente la carraspera, la disfonía y las crisis de laringe y bronco espasmo.⁴

CAPITULO II

DEFINICIONES:

DISFAGIA: (del griego. Dys, mal, y phágoma; comer)

f. Med. Dificultad o imposibilidad de deglutir.⁵

El término disfagia significa "dificultad para deglutir". Es la imposibilidad de que los alimentos o los líquidos pasen con facilidad desde la boca hacia la garganta y luego pasen por el esófago hacia el estómago durante el proceso de deglución.³

Según la parte del esófago afectada se denominara disfagia alta o faríngea o disfagia media o baja esofágica. Este síntoma solamente aparece durante el acto de deglución, lo que ayuda a distinguirlo del llamado bolo histérico en el que existe constantemente la sensación de "molestia-bulto en la garganta".⁶

Es la sensación de que el alimento se atora en la garganta o en la parte superior del abdomen, esto se puede sentir en la parte alta del cuello o en la parte baja por detrás del esternón.¹

La disfagia no es una enfermedad en sí, sino que es un síntoma caracterizado por la sensación consciente y no dolorosa del dificultoso paso de los alimentos por el esófago.⁷

La disfagia se refiere a la dificultad para iniciar la deglución (habitualmente denominada disfagia oro faríngea) o a la sensación de que está obstaculizado el pasaje de los alimentos y/ o líquidos desde la boca al estómago (habitualmente denominada disfagia esofágica). La disfagia es la

“percepción” de que hay un impedimento al pasaje normal del material deglutido.¹

SINTOMATOLOGÍA GENERAL:

Los trastornos de la deglución pueden caracterizarse por debilidad o la incoordinación de los músculos de la boca y de la garganta, o por déficit de los nervios motores y sensitivos que impiden masticar y/ o deglutir tras una lesión neurológica.

LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS INCLUYEN:

- Babeo
- Retención de la comida en la boca
- Tos después de tragar
- Borboteo
- Sensación de nudo en la garganta
- Comer lentamente
- Intentar tragar un solo bocado varias veces
- Dificultad para coordinar la succión y la deglución
- Arcadas durante la alimentación
- Sensación de que los alimentos o los líquidos se pegan en la garganta o el esófago o que tiene un nudo en estas áreas
- Molestias en la garganta o en el tórax
- Congestión en el tórax después de comer o beber
- Voz áspera o húmeda mientras come o después de hacerlo
- Cansancio o disnea mientras se come o se bebe
- Infecciones frecuentes de las vías respiratorias

LA DISFAGIA EN EL ADULTO MAYOR Y SU TRATAMIENTO

- Cambio de color durante la alimentación, por ejemplo, ponerse azul o pálido
- Regurgitar o vomitar con frecuencia
- Salida de los alimentos o líquidos por la nariz mientras come o después de hacerlo
- Estornudos frecuentes después de comer
- Pérdida de peso
- Empujar la punta de la lengua contra los dientes durante la masticación
- Dificultad para efectuar la masticación con los molares
- Dificultad para armar el bolo alimenticio
- Masticar con la boca abierta
- Llevar la cabeza hacia atrás al deglutir.^{2,3,8,9,10}

ETIOLOGÍA:

La disfagia es producida por un desorden del esófago distal por el cual el paciente percibe la sensación de un "nudo".¹¹

Cuando uno trata de establecer la etiología, es útil seguir la misma clasificación adoptada para la valoración de los síntomas, es decir, hacer una distinción entre aquellas causas que afectan fundamentalmente la faringe y el esófago proximal (orofaríngeo o disfagia alta) y las causas que afectan fundamentalmente el cuerpo del esófago y la unión esofagogástrica (disfagia baja o esofágica) sin embargo, es verdad que muchos de los trastornos se superponen y pueden producir disfagia orofaríngea o esofágica.

Es muy importante hacer una anamnesis cuidadosa que incluya el uso de medicación, ya que puede haber medicamentos involucrados en la patogenia de la disfagia.¹²

La causa puede ser mecánica o paralítica.

La de tipo mecánica es atribuible a resección quirúrgica o alteración de uno o más de los órganos de la deglución debido a un traumatismo, a obstrucción o a cáncer.

La causa más común de la disfagia paralítica es un accidente vascular cerebral, que ha lesionado el cortex cerebral o los nervios craneales del tronco cerebral.¹³

Hay muchas causas diferentes de la dificultad para deglutir y el médico las puede diferenciar de manera efectiva a través de la historia clínica, el examen físico y con la realización de pruebas.

Los problemas relacionados con las áreas superiores de la boca y la faringe son, entre otros:

Obstrucción del paso del alimento o líquidos:

- Globo histérico (trastorno emocional o de ansiedad)
- tumores
- enfermedades de la columna cervical
- divertículo de Zencker (bolsa de la mucosa y submucosa que protruye hacia atrás del músculo cricofaríngeo, debido a una falta de coordinación entre la propulsión faríngea y la relajación cricofaríngea)
- membranas esofágicas

Problemas musculares y nerviosos como:

- Apoplejía (Trastorno neurológico repentino dependiente de alteración cerebro vascular, hemorragia intracraneal y puede incluir lesiones cerebro vasculares oclusivos).
- Mal de Parkinson (Entidad clínica sin causa conocida, se caracteriza por temblor, rigidez muscular lentitud de movimientos, retardo en las respuestas físicas o mentales es decir bradicinesia y alteración de la marcha y de los reflejos posturales).
- Enfermedad de Huntington (Proceso hereditario con transmisión autosómico dominante caracterizado por discinesias coreotéticas es decir, trastorno de la capacidad para efectuar movimientos voluntarios,

aparición de movimientos rápidos muy complejos y saltones que se efectúan involuntariamente y demencia).

- Esclerosis múltiple (Enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por la presencia de múltiples lesiones en la sustancia blanca del SNC).
- Miastenia grave (Debilidad y fatigabilidad muscular que se localiza en la musculatura extrínseca del ojo, tríceps, cuádriceps y musculatura de la lengua).
- Distrofia muscular (Enfermedades primarias del tejido muscular, de origen hereditario, son degenerativas y de evolución progresiva).
- Infecciones como la polio y la sífilis (Polio: causada por el polio virus, enfermedad infecciosa vírica y aguda de la infancia que incide de los 4 a los 9 años de edad, suele iniciar por un periodo catarral. Sífilis: infección sistémica de evolución crónica , transmitida por contacto sexual y producida por el treponema pallidum)
- Polimiositis (Inflamación de varios músculos a la vez, junto con cambios degenerativos y regenerativos caracterizados por debilidad y pérdida de masa muscular)

Los problemas relacionados con el esófago incluyen:

Obstrucción para el paso del alimento o los líquidos:

- Tumores
- Estenosis (estrechamiento) que pueden ser causadas por radiación, ingestión de químicos, medicamentos o úlceras.
- Anillo de Schatzki (estructura submucosa de 2-4 mm, probablemente congénita, que causa un estrechamiento anular del esófago distal en la unión escamoso cilíndrica)
- Cuerpos extraños

Problemas musculares y nerviosos como:

- Acalasia (Incapacidad para relajar las fibras del músculo liso del aparato gastrointestinal en cualquier sitio de unión de una parte con otra).
- Espasmo esofágico difuso (trastorno neurógeno generalizado de la movilidad esofágica en el que el peristaltismo normal está reemplazado por contracciones fásicas no propulsoras y, en algunos casos, por un funcionamiento anormal del esfínter esofágico inferior)
- Esfínter esofágico inferior hipertenso (el músculo que se encuentra al final del esófago que permite que el alimento pase al estómago)^{14,15}
- Esófago de cascanueces
- Esclerodermia (Endurecimiento o contracción crónicas de los tejidos conectivos de cualquier parte del cuerpo incluidos piel, corazón, esófago, riñones y pulmones).¹

CAPITULO III

TIPOS DE DISFAGIA:

Debe tomarse la decisión sobre la ubicación de la disfagia de acuerdo a la descripción del paciente; la lesión estará a nivel de la ubicación percibida por el paciente o por debajo.

De similar manera, es importante establecer si la disfagia es para sólidos, líquidos o ambos, y si es progresiva o intermitente. También es importante establecer la duración de los síntomas.

Si bien frecuentemente pueden aparecer juntas, es importante también excluir la odinofagia (dolor a la deglución). Finalmente, en base a los síntomas, es preciso descartar entidades como el globo faríngeo (sensación de nudo en la garganta), presión en el tórax, disnea, fago fobia (miedo a deglutir) entre los diagnósticos diferenciales.

Hay características claves que se deben considerar en la historia clínica, como por ejemplo:

- a) ubicación
- b) tipos de alimentos y/ o líquidos
- c) permanente o intermitente
- d) duración de los síntomas

Hay que decidir si la disfagia es orofaríngea o esofágica y esto se puede lograr en base a una anamnesis muy cuidadosa que dé una valoración exacta del tipo de disfagia.

DISFAGIA OROFARINGEA:

La disfagia orofaríngea es una secuela común de una gran variedad de enfermedades agudas o crónicas, que incluye accidentes cerebro vasculares, carcinoma orofaríngeo y enfermedades neuromusculares degenerativas.¹⁶

La disfagia orofaríngea recibe también el nombre de disfagia alta, refiriéndose a una ubicación oral o faríngea.

Los pacientes tienen dificultades para iniciar la deglución, y habitualmente identifican el área cervical como el área que presenta el problema.

Síntomas que frecuentemente acompañan este tipo de disfagia:

- Dificultad para iniciar la deglución
- Regurgitación nasal
- Tos
- Voz nasal (rinolalia)
- Disminución del reflejo de la tos
- Ahogos
- Disartria (articulación imperfecta del habla por trastorno del control muscular que resulta del daño del SNC y periférico) y diplopía (pueden acompañar a las afecciones neurológicas que provocan disfagia orofaríngea). Puede haber halitosis en los pacientes con un gran divertículo de Zencker lleno de residuos, también con una acalasia avanzada o una obstrucción de larga data con acumulación luminal o residuos en descomposición.

Se puede obtener un diagnóstico preciso cuando hay una afección neurológica definida acompañando la disfagia orofaríngea como:

- Enfermedad Ptosis palpebral (caída del párpado superior por parálisis del tercer nervio o de la inervación simpática)
- Indicaciones de miastenia gravis (debilidad al final del día)
- Enfermedad de Parkinson
- Otras patologías neurológicas incluyendo distonía cervical, hiperostosis cervical y malformación de Arnold-Chiari (herniación del rombo encéfalo)
- Los déficit específicos de los nervios craneales que participan en la deglución pueden también ayudar a detectar el origen del trastorno orofaríngeo, permitiendo establecer un diagnóstico.

CAUSAS DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA:

En las personas de más edad, habitualmente es provocada por patología del sistema nervioso central, incluyendo accidentes cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson y demencia

CAUSAS MECANICAS Y OBSTRUCTIVAS

Infecciones (por ejemplo, abscesos retroperitoneales)

- Agrandamiento de la tiroides
- Adenopatías ganglionares
- Divertículo de Zenker (con pequeños divertículos que pueden ser provocados por disfunción del esfínter esofágico superior)

- Reducción de la complacencia muscular (fibrosis, miositis)
- Neoplasias de cabeza y cuello
- Osteofitos cervicales (raro)
- Neoplasia orofaríngea y cánceres (raro)

TRASTORNOS NEUROMUSCULARES

- Enfermedades del sistema nervioso central como accidente cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, parálisis bulbar o de los pares craneanos (por ejemplo, esclerosis múltiple, enfermedad de la neurona motora), esclerosis lateral amiotrófica.
- Trastornos de la contractilidad, como espasmo cricofaríngeo o miastenia gravis, distrofia muscular óculo-faríngea y otras.
- Se ha identificado disfagia posterior a un accidente cerebro vascular en alrededor de 50% de los casos. La severidad de la disfagia tiende a estar asociada con la severidad del accidente cerebro vascular. Hasta 50% de los pacientes con Parkinson manifiesta algunos síntomas consistentes con disfagia orofaríngea y hasta 95 % muestra anomalías en la video-esofagografía. Puede haber una disfagia clínicamente significativa precozmente en la enfermedad de Parkinson pero es más frecuente en las etapas tardías.

OTRAS:

- Mala dentadura (defectos biomecánicos de la prótesis, ya sea por falta de retención, estabilidad o apoyo, distancia vertical aumentada o disminuida, etc.)¹⁷
- Xerostomía

DISFAGIA ESOFÁGICA:

La disfagia esofágica recibe también el nombre de disfagia "baja", refiriéndose a una probable ubicación en el esófago distal, algunos pacientes la describen en la región cervical y esto simula una disfagia orofaríngea.

La disfagia que se presenta tanto para sólidos como para líquidos a menudo implica un problema de motilidad esofágica. Esta sospecha se ve reforzada cuando la disfagia intermitente a sólidos y líquidos se acompaña de dolor torácico.

La disfagia que ocurre solo con los sólidos pero nunca con los líquidos sugiere la posibilidad de obstrucción mecánica con una estenosis luminal. Si es progresiva, considerar particularmente una estrechez péptica o un carcinoma. Vale la pena destacar que los pacientes con estenosis péptica habitualmente tienen una larga historia de pirosis y regurgitaciones pero sin pérdida de peso. A la inversa, los pacientes con cáncer de esófago tienden a ser hombres de más edad con pérdida marcada de peso.

La halitosis puede sugerir acalasia avanzada u obstrucción de larga data con acumulación de residuos de descomposición lenta en la luz del esófago.¹²

Hay tres tipos de afecciones que tienen mayor probabilidad de provocar disfagia:

- Patologías de la mucosa (intrínseca) que esténosan la luz a causa de inflamación fibrosis o neoplasia.
- Patologías mediastinales(extrínsecas) que obstruyen el esófago por invasión directa o por medio de adenomegalias

- Patologías neuromusculares que afectan la musculatura lisa esofágica y su inervación, produciendo la destrucción de la peristalsis o de la relación con los esfínteres esofágicos inferiores o ambos.

CAUSAS DE LA DISFAGIA ESOFÁGICA:

Patología de la mucosa

- Estreches secundaria a enfermedad de reflujo gastroesofágico
- Anillos o bandas y membranas esofágicas
- Tumores esofágicos
- Lesiones cáusticas (ingestión de lejía, esofagitis por píldoras, etc.)
- Lesión por radiación
- Esofagitis infecciosa

Patologías mediastinales

- Tumores (por ejemplo cáncer pulmonar, linfoma)
- Infecciones (por ejemplo tuberculosis, histoplasmosis)
- Cardiovascular (aurícula dilatada , compresión vascular)

Patologías que afectan la musculatura

- Acalasia
- Esclerodermia
- Trastornos de la motilidad
- Posquirúrgicas (dispositivos antireflujo)¹²

EPIDEMIOLOGIA:

Las enfermedades del esófago se encuentran entre las primeras 50 causas por las cuales las personas buscan atención médica. Las entidades patológicas que causan disfagia pueden producir ruptura esofágica, deficiencias nutricionales y neumonía aspirativa.

Los pacientes de edad avanzada tienen un mayor riesgo de padecer disfagia y sus complicaciones.

Aproximadamente el 7 – 10% de los adultos mayores de 50 años tiene disfagia. En los pacientes hospitalizados este porcentaje puede llegar a 30 – 40%, dando origen a una alta incidencia de complicaciones de aspiración.⁹

Por otro lado, no se dispone de datos epidemiológicos a nivel global, ya que la tasa basal de la mayoría de las patologías que pueden provocar disfagia tiende a diferir entre Europa Occidental y Norte América y Sur de Asia, Oriente Medio o África.

Asimismo las tasas básicas varían dependiendo de la edad del paciente y habría que recordar también que el espectro de trastornos que provocan disfagia en la infancia es diferente del espectro de patologías del adulto.

Por lo tanto, sólo es posible hacer aproximaciones a escala global. Generalmente la disfagia aparece en todos los grupos de edad, pero su prevalencia aumenta con la edad.¹²

CAPITULO IV

EXAMEN FISICO:

Un examen físico cuidadoso puede identificar la causa de disfagia.

La ausencia del reflejo nauseoso se asocia con mayor riesgo de aspiración. La inspección meticulosa de la boca y de la faringe permite descubrir lesiones que pueden interferir con el paso del alimento por la boca o el esófago por causa de dolor u obstrucción.⁹

El examen clínico incluye una anamnesis y un examen físico sobre el mecanismo deglutorio siguiendo los siguientes puntos a evaluar:

- Historia Clínica
- Historia alimentaria
- Métodos de alimentación
- Detalle de la alteración deglutoria

Observar:

- Estado de la respiración
- Estado de alerta
- Postura y tono corporal
- Evaluación de la deglución en sus diferentes fases

La historia clínica y el examen físico identifican la etiología de la disfagia en la mayoría de los pacientes.⁹ En algunos otros casos es necesario utilizar

otros medios para confirmar el diagnóstico. Es importante establecer cuidadosamente el problema de la deglución (disfagia orofaríngea o esofágica).¹⁸

DIAGNOSTICO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA:

Una de las pruebas para el diagnóstico es la de deglución del agua cronometrada, es una prueba de screening básico, barata y potencialmente útil, para complementar la evidencia obtenida por la historia clínica y el examen físico.

La prueba consiste en que el paciente beba 150 ml. De agua de un vaso lo más rápidamente posible, mientras que el examinador registra el tiempo que le lleva beberla y el número de degluciones. A partir de estos datos se puede calcular la velocidad de deglución y el volumen promedio por cada trago. Esta prueba puede ser complementada con una "prueba de alimentos" usando un poco de flan que se coloca en el dorso de la lengua.

Es preciso considerar pruebas más específicas y confiables para la evaluación de la disfagia, dependiendo de las características de los pacientes y la importancia de su problema.¹²

DIAGNOSTICO DE LA DISFAGIA ESOFÁGICA:

La principal preocupación de la disfagia esofágica es excluir la neoplasia maligna.

La historia del paciente puede dar pistas; es probable que haya una neoplasia si hay:

- 1.- Duración breve
- 2.- Progresión de la enfermedad
- 3.- Mayor disfagia para sólidos que para líquidos
- 4.- Pérdida de peso

Es más probable que se trate de una acalasia si:

- 1.- Hay disfagia tanto para sólidos como para líquidos
- 2.- El problema lleva ya varios meses o años
- 3.- No hay pérdida de peso¹²

EXAMENES DIAGNOSTICOS:

ESOFAGOGRAMA:

Un examen con bario es el primer paso para estudiar a los pacientes con disfagia, especialmente cuando se sospecha una lesión obstructiva, porque identifica lesiones estructurales intrínsecas y extrínsecas del esófago.

El esofagograma permite observar mejor las alteraciones de la motilidad que la endoscopia.

No es costoso y tiene pocas complicaciones.⁹

El esofagograma baritado (tomado con el paciente en posición supina y de pie) destaca las irregularidades en la luz del esófago e identifica la mayoría de los casos de obstrucción, membranas y anillos.

El estudio baritado de la orofaringe y el esófago durante la deglución es la prueba inicial de mayor utilidad; puede ser también útil en la detección de acalasia y espasmo esofágico difuso.

También puede incluir un comprimido de bario para identificar las estenosis sutiles. La deglución de un trago de bario puede ser útil también en los pacientes disfágicos con una endoscopia negativa, si se agrega el comprimido.^{10,12}

ENDOSCOPIA:

La esofagoscopia es el método más directo para establecer la causa de una disfagia y para identificar las lesiones de la mucosa, como las úlceras superficiales y la esofagitis, que pueden no verse con facilidad en el estudio baritado normal.

Si existe una importante estenosis luminal, la exploración puede llevarse a cabo mediante un endoscopio de pequeño calibre, aunque a veces es imprescindible dilatar la zona antes de poder realizar el examen endoscópico completo. Las biopsias transendoscópicas son de gran utilidad para diagnosticar carcinomas, esofagitis por reflujo u otras enfermedades mucosas. La obtención de células mediante raspado de la mucosa con un cepillo de Teflón durante la endoscopia permite a veces un diagnóstico citológico de carcinomas.²¹

La fibroendoscopia es una prueba de gran utilidad en el estudio de las enfermedades esofágicas.²²

En los pacientes que desarrollan disfagia aguda cuando están comiendo, la endoscopia puede identificar el sitio de estancamiento del alimento y removerlo.

La endoscopia tiene el beneficio adicional de detectar infección o erosión de la mucosa con la capacidad de realizar biopsias.^{9, 10}

MANOMETRIA ESOFAGICA:

Este método diagnóstico esta disponible con menor frecuencia que la deglución con bario y la endoscopia pero puede ser muy útil en casos seleccionados.

Se basa en el registro de la presión de la luz del esófago usando bario sólido o técnicas de perfusión.¹²

La manometría esta indicada cuando no se encuentran anomalías en el esofagograma con bario o en la endoscopia. Su uso en enfermedades del esfínter esofágico superior no es efectivo, debido a que la mayoría de los pacientes no toleran el procedimiento.⁹

Las tres principales causas de disfagia que pueden ser diagnosticadas por manometría esofágica son acalasia, esclerodermia (peristalsis esofágica ineficaz) y espasmo esofágico.

Este estudio de gabinete se realiza en dos formas básicas. Se pueden emplear 3 o 4 sondas de polivinilo que se encuentren unidas paralelamente, con orificios laterales y con la punta a cinco centímetros de distancia el uno del otro. Este grupo de sensores son introducidos con el fin de que queden alojados en el estómago. Una vez conseguida la introducción de la sonda, esta se conecta a sistemas de registro convencionales y es mantenida a través de los sistemas sensores de presión, por medio de bombas especiales de perfusión. Al ir retirando centímetro a centímetro el grupo de tubos, uno puede ir registrando de manera progresiva el esfínter esofágico, medirlo en su presión y en su longitud, con cada uno de los sensores; posteriormente, se registra la relajación del esfínter a la orden de la deglución y se siguen

registrando en forma continua los eventos de la deglución, en todos los niveles del cuerpo del esófago.

A continuación al llegar al esfínter esofágico superior se estudia su longitud, amplitud y su relajación a la orden de la deglución. Por último se registra por lo menos en uno o dos de los sensores de presión la deglución en la hipo faringe.

Con esta información motora del esófago uno puede visualizar en forma clara la presión del esfínter esofágico superior e inferior, la mecánica de la deglución, la presencia de contracciones anormales o bien la ausencia de las mismas. Un dato que es de gran importancia es la medición precisa de la longitud y la amplitud del esfínter gastroesofágico inferior, para tener una idea clara de la suficiencia del mismo y para poder determinar si hay o no posibilidad de reflujo.²³

CENTELLOGRAFÍA DE TRANSITO ESOFÁGICO CON RADIONUCLEOTIDOS:

El paciente traga un líquido radiomarcado (por ejemplo agua mezclada con coloide de azufre con tecnecio-99m) y se mide la radioactividad dentro del esófago.

Los pacientes con trastornos de la motilidad habitualmente tienen una desaparición retardada del fármaco radiomarcado del esófago. La técnica es usada primariamente con fines de investigación, pero actualmente se esta comenzando a usar con fines clínicos en algunas instituciones especializadas.¹²

ESTUDIOS RADIOLOGICOS:

La papilla de bario con radioscopia y esofagograma es la prueba diagnóstica más utilizada para el diagnóstico de las enfermedades esofágicas y puede ser empleada para valorar las alteraciones tanto motoras como anatómicas. Se estudia la faringe para identificar estasis de bario en las valléculas y senos piriformes y la regurgitación del material hacia la nariz y el árbol traqueobronquial. Puesto que la fase faríngea de la deglución no dura más de un segundo, la videofluoscopia suele ser obligada para hacer la identificación y análisis de las anomalías de la función de esta zona.

La esofagografía de doble contrasté revistiendo la mucosa esofágica con bario y distendiendo la luz con aire mediante gránulos efervescentes especialmente resulta especialmente útil en la demostración de las úlceras y cánceres precoces de la mucosa.

OPCIONES DE TRATAMIENTO

El tratamiento exitoso de un paciente con problemas deglutorios es un gran reto, pero esto no va a ser posible sin una adecuada coordinación de un equipo interdisciplinario que lleve el tratamiento, se necesita también mucha paciencia y colaboración por parte de la familia, debiendo haber un familiar que se haga cargo de la alimentación mientras sea necesario y sobre todo el paciente necesita creer que va a mejorar, así que el cirujano dentista debe tener la obligación ética de estar preparado para manejar a este tipo de pacientes.¹⁸

La primera fase de tratamiento para un paciente que sufre trastornos en la deglución es la rehabilitación, que consiste en favorecer los mecanismos habituales de compensación.

Se efectúan maniobras de deglución, cambios posturales y estimulación sensitiva.

Se evalúan modificaciones en la dieta, cambios en la consistencia de los alimentos y modificaciones de los utensilios que se usan para comer.

Cuando el tratamiento médico y la rehabilitación son insuficientes se utilizan otros procedimientos que persiguen asegurar la nutrición, proteger la vía aérea de la aspiración y reducir la disfagia.

LA DISFAGIA EN EL ADULTO MAYOR Y SU TRATAMIENTO

De acuerdo al diagnóstico, se utilizan las distintas líneas de tratamientos que pueden ir desde inyecciones locales hasta traqueotomías o procedimientos endoscópicos, según cual sea la patología.

La utilización de técnicas quirúrgicas se aplica cuando la disfunción glótica y el síndrome aspirativo son severos, pudiendo comprometer la vida del paciente. En estos casos se requiere de procedimientos quirúrgicos para proteger la vía aérea, como la medialización de las cuerdas vocales o las inyecciones de colágeno.

Existen cirugías con el fin de cerrar la vía aérea, como las separaciones laringotraqueales.⁴

DISFAGIA OROFARINGEA:

Hay pocas opciones de tratamiento para la disfagia orofaríngea, ya que los trastornos neurológicos y neuromusculares que la producen rara vez pueden ser corregidos mediante terapia farmacológica o quirúrgica.

Entre las excepciones están el tratamiento médico de la enfermedad de Parkinson y la miastenia.

NUTRICION Y DIETA:

El cambio de dieta con alimentos más blandos y medidas posturales constituyen medidas útiles.

Siempre que sea posible conviene mantener la alimentación por vía oral.

Si existe un riesgo elevado de aspiración o cuando la ingesta por boca no permite un estado nutricional adecuado, debe considerarse un soporte nutricional alternativo.

Se puede pasar una sonda de alimentación blanda y fina perforada, bajo guía radiológica. La alimentación por gastrostomía después de un accidente cerebro vascular reduce la mortalidad y mejora el estado nutricional comparado con la alimentación naso gástrica

La gastrostomía endoscopia percutánea implica pasar una sonda de gastrostomía al estómago por vía percutánea abdominal, guiada por endoscopia, y de estar disponible, es habitualmente preferible a la gastrostomía quirúrgica.

La probabilidad de que eventualmente se puedan retirar los tubos de alimentación es menor si los pacientes que son de edad avanzada sufren de un accidente cerebro vascular bilateral o si presentan aspiración durante el estudio de videofluoroscopia inicial.

Los tratamientos quirúrgicos dirigidos a aliviar las causas espásticas de la disfagia, tales como una miotomía cricofaríngea, han sido exitosos en hasta un 60% de los casos, pero su uso sigue siendo controvertido; por otra parte a menudo ayuda la remoción de otros impedimentos mecánicos como un divertículo de Zencker de gran tamaño, que comprime el divertículo.

REEDUCACIÓN DE LA DEGLUCIÓN:

Se han desarrollado diversas técnicas de terapia de la deglución para facilitar la deglución alterada.

Entre ellas se incluyen los ejercicios de fortalecimiento, estimulación térmica y gustativa.

DISFAGIA ESOFÁGICA:

Las opciones de manejo que se pueden considerar para la disfagia esofágica son:

| AFECCIÓN | TRATAMIENTO CONSERVADOR | TRATAMIENTO INVASIVO |
|--|--|---|
| Espasmos esofágicos difusos | Nitrato, bloqueadores de los canales de calcio | Dilataciones seriadas o miotomía longitudinal |
| Acalasia | Alimentos blandos, bloqueadores de los canales de calcio | Dilatación, inyecciones de toxina botulínica, miotomía |
| Esclerodermia | Antireflujo, manejo médico sistémico del esclerodermia | Ninguno |
| Enfermedad por reflujo gastroesofágico | Medicación antirreflujo, bloqueadores de H2, inhibidores de la bomba de protones | Dilatación |
| Esofagitis infecciosa | Antibióticos (nistatina, acyclovir) | Ninguno |
| Divertículo de Zencker | Ninguno | Reparación endoscopia o externa, además de miotomía cricofaríngea |
| Anillo de Schatzky | Alimentos blandos | Dilatación |

ESTENOSIS ESOFÁGICAS PEPTICAS:

Las estenosis pépticas son el resultado de enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD), pero también pueden ser provocadas por medicación.

En el diagnóstico diferencial debemos descartar:

- Estenosis cáusticas tras la inyección de sustancias químicas corrosivas
- Estenosis inducidas por medicamentos
- Estenosis postoperatoria
- Estenosis micótica

Después de la confirmación endoscópica, la dilatación es el tratamiento de elección. A continuación se describe el procedimiento:

Las estenosis esofágicas deben ser dilatadas de manera progresiva con bujías de Savary flexibles o balones. La elección entre los tipos de dilatadores debería basarse en la disponibilidad de los dilatadores en una institución determinada y de la experiencia y el confort del operador al usarlos.

Si se realiza una dilatación con bujías, la primera bujía que se pase debe tener un diámetro aproximadamente igual al diámetro estimado de la estrechez. Se introducen bujías de un diámetro cada vez mayor hasta que se encuentre la primera resistencia, luego de lo cual no se pasan más de dos bujías más durante la sesión. Si se usan dilatadores de balón, la dilatación inicial habitualmente debería estar limitada a un diámetro no mayor de 15 mm.

El grado de dilatación de un paciente individual debería basarse en la respuesta sintomática del tratamiento y en las dificultades encontradas durante el procedimiento de dilatación.

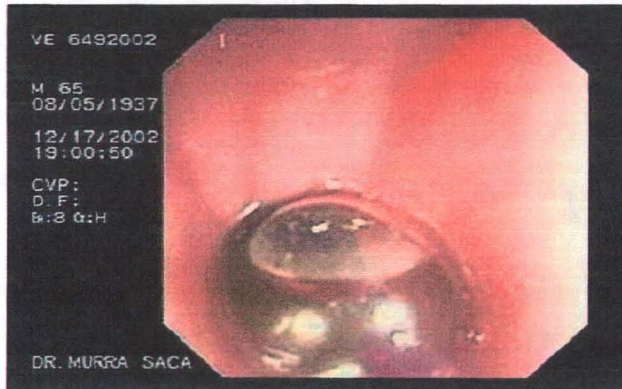
La mayoría de los pacientes experimentan un buen alivio de la disfagia dilatando hasta un diámetro entre 12 mm y 17 mm.

Por lo general no conviene dilatar las estrecheces a un diámetro mayor a 20 mm.

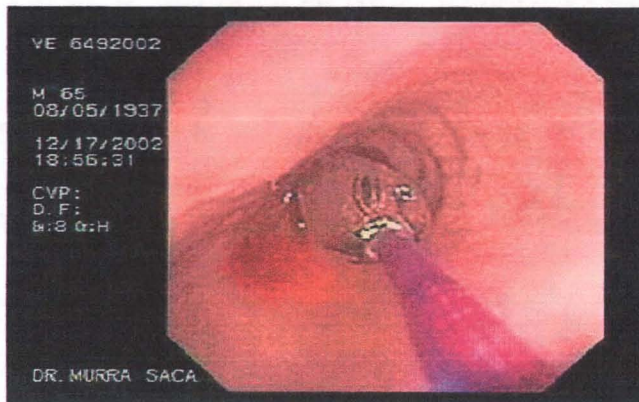
La terapia antirreflujo agresiva con inhibidores de la bomba de protones mejora la disfagia y disminuye el número de dilataciones esofágicas necesarias en los pacientes con estrechez esofágica péptica.

Para los pacientes cuya disfagia persiste o si el paciente vuelve después de un intento inicial de dilatación y terapia antirreflujo, la cicatrización de la esofagitis por reflujo debe ser confirmada endoscópicamente antes de repetir la dilatación

A los pacientes que presentan solo un alivio transitorio de poca duración se les puede enseñar la técnica de aplicación de las bujías para que lo hagan por sí mismos.



Se observa el balón especial el cual ha sido introducido en el endoscopio por el canal de biopsia, con este balón dilatamos la estrechez del aparato digestivo.¹⁹



Otra imagen endoscopia de dicho balón.¹⁹

TRATAMIENTO DE LOS ANILLOS DE LA MUCOSA DEL ESÓFAGO INFERIOR (ANILLOS DE SCHATZKI):

La terapia de dilatación para los anillos de la mucosa esofágica inferior consiste en el pasaje de una única bujía de gran tamaño o balón (15 a 20 mm) en un intento por fracturar los anillos.

Luego de una dilatación abrupta, se trata agresivamente cualquier esofagitis por reflujo asociada.

Sin embargo, es probable que haya una recidiva de las disfagias, y se debe informar a los pacientes que es probable que en el futuro haya que repetir las dilataciones.

Se recomienda que los pacientes sean sometidos a manometría esofágica si la disfagia persiste o si regresa rápidamente a pesar de la dilatación adecuada y un correcto tratamiento antirreflujo.

Estas terapias serían necesarias solo para los pacientes con anillos de la mucosa inferior después de haber descartado otras causas de disfagia.

ACALASIA:

Trastorno esofágico de etiología desconocida que causa una alteración del peristaltismo esofágico y de la relajación del esfínter esofágico inferior.¹⁴

El manejo de la acalasia depende en gran medida del riesgo quirúrgico. Hay un procedimiento endoscópico de bajo riesgo como una inyección de toxina botulínica, a menudo efectivo pero de efectos transitorios (habitualmente seis meses o menos), que se reserva para los pacientes que tienen contraindicación total de cirugía.

Para aquellos en los que la cirugía es una opción, la mayoría de los gastroenterólogos comienzan con una dilatación neumática endoscópica (riesgo de perforación cercano a 6%) y optan por la miotomía laparoscópica en aquellos en los que fracasan dos dilataciones forzadas. Algunos gastroenterólogos prefieren optar directamente por la cirugía, sin intentar primero con la dilatación forzada.

El tratamiento médico con nitratos o bloqueadores de los canales de calcio a menudo es ineficaz o mal tolerado. Se puede utilizar inyecciones de toxina botulínica como terapia inicial para los pacientes que presentan riesgos quirúrgicos si el clínico juzga que la medicación y las bujías serían mal toleradas.

La inyección de toxina botulínica parece ser un procedimiento seguro que puede inducir una remisión clínica durante por lo menos seis meses en aproximadamente dos tercios de los pacientes con acalasia.

Sin embargo la mayoría de los pacientes necesitarán inyecciones repetidas para mantener la remisión; y solo alrededor de dos tercios de los

pacientes en remisión a los seis meses permanecerán en remisión al año, a pesar de las inyecciones repetidas.

Cuando estos tratamientos han fracasado, el médico y el paciente deben decidir si los beneficios potenciales de la dilatación neumática o miotomía superan los riesgos sustanciales que plantean estos procedimientos a los pacientes ancianos o enfermos.

Una gastrostomía para alimentación es una alternativa más segura que la dilatación neumática o la miotomía, pero muchos pacientes neurológicamente intactos encuentran que la vida con una gastrostomía es inaceptable.¹²

RECOMENDACIONES TERAPEUTICAS

Cuidados en el hogar:

Se debe comer lentamente y masticar muy bien los alimentos.

Es posible que para la persona sea más fácil la deglución de los líquidos o alimentos en puré que la de los sólidos. Se recomienda evitar ingerir alimentos demasiado fríos o demasiado calientes si se observa que empeora el problema.

Se debe buscar asistencia médica si el problema continúa, incluso si los síntomas son intermitentes y, además, se le debe hacer saber al médico de otros síntomas como tos, sonidos silibantes, fiebre, escalofríos, dolor abdominal, dolor al deglutir, náuseas o vómitos, vómito con sangre, pérdida de peso, acidez o sabor agrio en la boca.¹

RECOMENDACIONES:

- Los alimentos deben tener un sabor suave y servirse a temperatura ambiente
- En las personas con poca sensibilidad, debe evitarse los trozos pequeños de alimentos, ya que pueden perderse en la boca y aumentar el riesgo de ahogo.
- En determinados casos, están contraindicados los alimentos con doble textura tales como caldo con fideos, gelatina con frutas, carne picada con caldo, fruta en conserva con jugo y cereales con leche. Es preferible seleccionar los alimentos que forman un bolo

dentro de la boca o que no se deshacen en partes. Por ejemplo el plátano, puré de papas, suflés y macarrones con queso.

- Si el paciente tiene debilidad muscular, hay que evitar los alimentos que se adhieren al paladar, ya que causan fatiga.
- Si el exceso de formación mucosa es un problema, evitar los alimentos dulces, los productos lácteos y los zumos, ya que aumentan o espesan la saliva.
- Para compensar la disminución de la producción de saliva, humedecer los alimentos con pequeñas cantidades de líquidos (salsa, mayonesa, etc...)
- Cambiar los tipos de alimentos lo más a menudo posible, para evitar una dieta monótona y la posible dependencia frente a determinados alimentos.
- Dar a probar gelatina de diferentes sabores, es una manera muy fácil de ayudar a tomar líquidos.
- En las farmacias hay posibilidades de adquirir productos especiales espesantes que añadidos a alimentos líquidos y semisólidos, permiten conseguir diferentes texturas, tanto en frío como en caliente. Pueden tener sabor neutro o diversos sabores, y generalmente están enriquecidos con varias vitaminas, minerales y oligoelementos. Las texturas más frecuentes que ofrecen son:

Normal = similar a unas natillas, consistentes pero resbalosas.

Espeso = pastoso = sólido: consistencia de flan o de pudding.

- Es muy importante que la persona mantenga una buena posición durante las comidas para tener un buen alineamiento del canal alimentario; la deglución se facilita con la flexión:

- En posición sentada derecha, con las caderas flexionadas en ángulo de noventa grados, la espalda recta y los pies planos en el suelo, y la persona debería estar incorporada durante 15 a 30 minutos tanto antes como después de las comidas. Esto disminuye el riesgo de aspiración.
- Si esta en cama, elevar la cabecera y colocar almohadas detrás de la persona para conseguir la flexión de noventa grados de la cadera y el cuello.^{8, 13,20}

El paciente, por padecer disfagia, deja de comer y no recibe el aporte calórico necesario, o no come adecuadamente en relación con la cantidad y calidad de los alimentos a ingerir, puesto que, en algunos casos y con el fin de facilitar el paso del alimento se siguen dietas poco nutritivas, especialmente con poco aporte de proteína.

Por otra parte, en las personas mayores la sensación de sed disminuye por lo que es más probable que tiendan a deshidratarse.

La disfagia; además, provoca inseguridad (por miedo a atragantarse) por lo que hay que facilitarles la toma de dichos líquidos y alimentos con texturas adaptadas mediante espesantes, purés homogéneos o gelatinas.²¹

Las modificaciones dietéticas, suplementación o nutrición artificial, se han de manejar aisladamente o en conjunto, según la condición clínica, recordando que la prescripción de nutrición parenteral "debe reservarse a los pacientes incapaces de ingerir el 75 % de sus necesidades nutricionales y el 90 % de líquidos y siempre que las modulaciones en dieta o el uso de suplementos calórico-proteicos se hayan demostrado inhábiles para conseguir una suficiencia nutricional".²²

CONCLUSIONES

La disfagia es un problema que afecta de forma importante a la población anciana en general.

Para los enfermos con disfagia es imprescindible que adoptemos medidas dietéticas adecuadas y hacer patente la necesidad de mejorar la formación e información sobre el manejo cotidiano de nuestros pacientes.

Hay que recordar que el tratamiento odontológico no es independiente del tratamiento médico y viceversa, ya que es indispensable que el Cirujano Dentista realice una historia clínica médica general.

La incorporación de pruebas diagnósticas en odontología vinculadas con medicina debe fortalecer la interacción del grupo interdisciplinario y no limitar sus actitudes y respuestas hacia el paciente.

Por lo tanto, el Cirujano Dentista por tener un contacto frecuente con el paciente estará capacitado para reconocer los síntomas, identificar los factores etiológicos y por lo tanto diagnosticarla, podrá proporcionar el tratamiento adecuado, para así mejorar la calidad de vida del paciente; porque el comer es una de las funciones del cuerpo humano más agradable y por supuesto vital, por lo tanto nuestro paciente se merece tener una adecuada calidad de vida y todo nuestro empeño por sacarlo adelante.

BLIBLIOGRAFIA

1.- Lehrer k Jennifer, Nombres Alternativos

[http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003115,htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003115.htm)

2.- Disfagia

<http://www.neurorehabilitacion.com/disfagia.htm>

3.- La Disfagia

http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_digest_sp/dysphagi.cf

4.- Patología de la deglución

<http://www.alemana.cl/not/not/not030217.html>

5.-Enciclopedia Universal Sopena, Diccionario Ilustrado de la Lengua Española, Editorial Sopena Ramón, S.A, España, 1979, Tomo III, pag.2847

6. Doctor Giganto F. Disfagia, diagnóstico y tratamiento

http://www.lasalud.com/toma_decisiones/disfagia.htm

7.- Disfagia

<http://www.latinsalud.com/articulos/00207.asp?ap=3>

8.-Dificultad para tragar líquidos

<http://www.consumer.es/webles/nutricion/salud-y-alimentacion/adulto-y-vejez/2001/06/21/37168.php-55k->

9.- Martínez I. Sánchez D. Disfagia

<http://www.fepafem.org.ve/guias-de-urgencias/alteraciones-gastrointestinales/disfagia.pdf>

10.- Salgado A. Manual de Geriatría, Editorial Salvat, 1994

11.- Guía para el tratamiento de la disfagia debida a desordenes benignos del esófago distal.

<http://www.iqb.es/digestivo/guias/guia004.htm-20K>

12.- Malagelada J. Bazzoli F. Recomendaciones de la OMGE para el Manejo de la Disfagia.

<http://www.omge.org/guidelines/guide11/guideline11es.htm>

13.- Gobierno de Chile, SERNAC, Nutrición y Cuidados del Adulto Mayor, recomendaciones para una alimentación saludable

<http://www.sernac.cl/contenido/atach/1097/nutricion%20y%20cuidados%20del%20adulto%20mayor.pdf>

14.- Berkow R. Fletacher A. El Manual de Merck de Diagnóstico y Terapéutica, novena edición. Madrid, Editorial Harcourt Brace, 1997

15.- Diccionario Médico de Bolsillo, Dorlan, 23ª edición, México, Editorial Interamericana, 1989

16.- Lee H. Disfagia Oral-Faríngea

<http://www.file:///a:/disfagia%20oral.faringea.htm>

17.- Ozawa. Estomatología Geriátrica, 1ª Edición. México, Editorial Trillas, 1994

18.- La Disfagia en ancianos exige una estricta valoración

<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,15422,00.html-4k>

19.- Dr. Murra Saca J. Médico Gastroenterólogo, Notas sobre Gastroenterología cibernética Dr. Julio Murra

<http://www.murrasaca.com/esespanol.htm-25K->

20.- Botella T. Ferrero L. Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual.

Nutrición Hospitalaria (2002) XVII (#) 168-174

21.- La mitad de los afectados por disfagia son ancianos y pacientes con enfermedades neurológicas

Notisalud, noticias y temas de interés en salud

22.- Domarus A. Medicina Interna, 12ª Edición, Ediciones Doyma, Barcelona, 1992

23.- Harrison, Principios de Medicina Interna, volumen II, 13ª Edición, Editorial Interamericana, México, 1994