

MÓDULO 3: EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Contenidos de este módulo

- 3.1- Diagnóstico
- 3.2- Historia clínica
- 3.3- Exploración física
- 3.4- Tests de valoración
- 3.5- Pruebas complementarias
- Bibliografía

3.1- Diagnóstico

El diagnóstico de la disfagia tiene como principal objetivo identificar cualquier fallo anatómico o fisiológico que pueda influir en la deglución y evaluar, por lo tanto, las dos características principales en la misma: la eficacia y la seguridad, ya definidas previamente. Un buen diagnóstico, y sobre todo a tiempo, permitirá una intervención que compense las alteraciones deglutorias y así poder iniciar o mantener la alimentación por vía oral, evitando consecuencias y/o mayores complicaciones para el paciente.

Se debe establecer una valoración del grado de disfagia para así individualizar el tratamiento: determinar que tipo de textura, consistencia y volumen es más adecuado para el paciente y así asegurar una deglución segura y eficaz.

La disfagia se puede diagnosticar en base a síntomas, signos clínicos, radiológicos o también debido a problemas nutricionales o respiratorios.

- Los síntomas y signos de la disfagia orofaríngea suelen ser bastante inespecíficos e incluyen:
 - Problemas de masticación.

- Dificultad en el inicio de la deglución.
 - Regurgitación oral o nasal.
 - Babeo.
 - Dificultad en el manejo de las secreciones, hipersialia.
 - Alteraciones en la voz durante y después de una comida.
 - Un cambio en la voz puede indicar residuo faríngeo por paresia de la musculatura faríngea. La presencia de la llamada voz húmeda puede indicar penetración en el vestíbulo faríngeo.
 - Los cambios en la calidad de la voz se consideran un indicador de la seguridad de la deglución y se correlacionan con penetración en el vestíbulo laríngeo.
 - Problemas al hablar y articulación difícil.
 - Tos antes, durante y después de la deglución.
 - La tos es la respuesta fisiológica a la aspiración en individuos sanos y es un signo fiable para predecir aspiración. En ocasiones puede no existir ese reflejo y eso puede enmascarar aspiraciones, llamadas *aspiraciones silentes* que tienen una frecuencia entre el 30 y 70%.
 - Episodios de sofocación durante las comidas.
 - Sensación de alimento pegado a la garganta.
 - Enlentecimiento anormal en la persona al comer, duración excesiva de las comidas.
 - Residuo en la cavidad oral.
 - La conservación del alimento debajo de la lengua, en las mejillas o en el paladar puede deberse a una alteración del funcionamiento muscular de la lengua y/o alteración de la sensibilidad.
 - Rechazo de la comida: dientes apretados, crispación en la garganta.
- En la **dísfagia esofágica**, los síntomas pueden parecerse a los ya citados o ser diferentes incluyendo:
- Sensación de pirosis retroesternal o en la garganta.
 - Sensación de presión en la zona anterior del tórax.
 - Despertar nocturno con tos (indicador de reflujo gastroesofágico).

Muchas veces alguno de estos aspectos puede pasar desapercibido, sobre todo los problemas de alimentación, y no se constatan hasta que ya existe una clara evidencia.

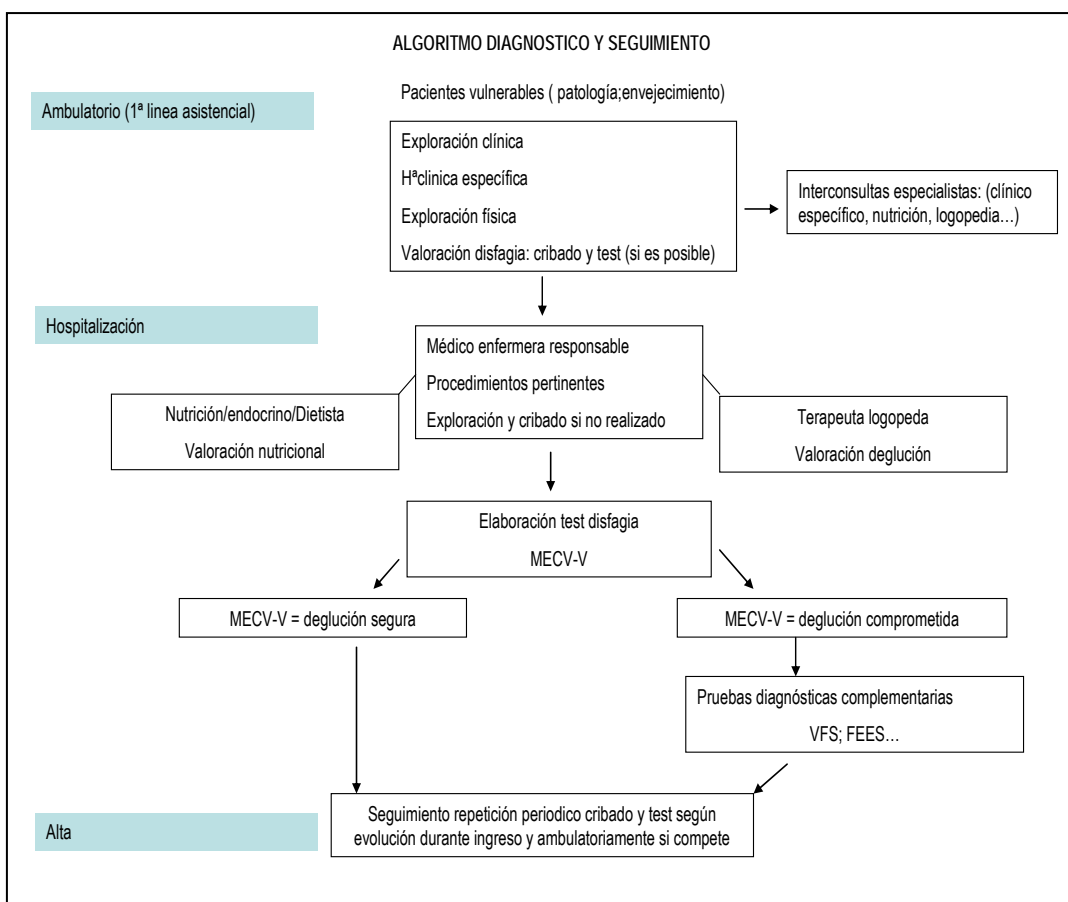
La ausencia de una buena ingesta nutricional puede tener varias consecuencias físicas y psicológicas que incluyen:

- Pérdida de peso.
- Mayor sensibilidad a infecciones.
- Problemas respiratorios debido al bloqueo de las vías respiratorias superiores o inferiores después de la aspiración en la laringe.
- Vergüenza y aislamiento social después de la tos, ruidos molestos y alargamiento de la hora de comer.

Conviene localizar pacientes vulnerables sospechosos de poder presentar disfagia por el cuadro clínico que presenten o en mayores de 65 años.

El diagnóstico comienza con una exploración clínica a pie de cama o consulta externa que se puede completar o no con técnicas instrumentales.

Inicialmente definir en qué fase del proceso deglutorio está, es decir, intentar concretar donde presenta la dificultad de paso del alimento. Cuando sea posible, preguntar al paciente que sea él mismo el que nos indique dónde presenta el problema. En un 80% de los casos, el paciente señala bien, o ligeramente por debajo, la zona donde siente el problema.



Adaptado de Clavé et al.

3.2- Historia clínica

La anamnesis proporcionada por el propio paciente, familiar o cuidador es esencial en la obtención de datos y nos puede orientar en el diagnóstico en un 85% de los casos. Además, una elaboración meticulosa permite diferenciar la disfagia orofaríngea de la disfagia esofágica y ayuda a realizar un diagnóstico diferencial de ésta.

El principal objetivo es decidir si el paciente presenta síntomas de disfagia orofaríngea y si precisará exploraciones complementarias, además simultáneamente habrá que contemplar la identificación de complicaciones nutricionales y respiratorias.

La situación que más precisa diagnosticar es la disfagia silente (aspiración sin tos por falta de reflejo tusígeno) muy común en enfermedades neurológicas. Alrededor del 40% de la disfagia es silente.

Además habrá que determinar qué consistencia y textura son los más aceptados por el paciente y cuales evita o rechaza para identificar una posible disfagia a sólidos y/o líquidos.

Recordar que la disfagia a sólidos sugiere la existencia de un problema obstructivo, mientras que la disfagia a líquidos indica una disfagia funcional.

Se recomienda anotar los datos relativos al paciente que puedan suponer un riesgo de disfagia:

- Historia familiar.
- Hábitos tóxicos.
- Estado actual.
- Procesos neurológicos.
- Historial de hospitalizaciones, sobre todo recientes, secuelas de intervenciones.
- Edad.
- Ingesta de fármacos.
- Medidas médicas de riesgo de disfagia; traqueotomías, intubación, uso de sondas, tratamientos quimio-radioterapéuticos etc.

Así mismo, se debe recoger bien la sintomatología del paciente:

- Xerostomía.
- Odinofagia.
- Retención de alimentos.
- Clasificar en lo posible el tipo de disfagia (anatómicamente y funcionalmente).
- Historial de enfermedades; neumonías recurrentes, presencia de anorexia, cambios de voz etc.

3.2.1- Métodos de cribado

Existen diversos métodos de cribado y/o escalas en la literatura, pudiendo destacar más de 10, por ejemplo:

- Swallowing Disturbance Questionnaire.

Cuestionario que se utiliza como herramienta de cribado para detectar disfagia antes de que haya neumonía aspirativa.

- Generic Scale for Dysphagia-Related Outcomes Quality of Life (SWAL-QOL).

Escala que consta de 44 ítems donde se valora el impacto de la disfagia en la calidad de vida, del paciente. Evalúa 10 dominios diferentes: selección de la comida, carga, salud mental, funcionamiento social, angustia, duración de las comidas, deseo de comer, comunicación, sueño y fatiga. Es la escala que mejor valora el impacto de la disfagia en la calidad de vida de los pacientes.

- EAT-10: Eating assessment tool.

Sencillo cuestionario de 10 preguntas que permite evaluar de forma sistemática si el paciente presenta síntomas clínicos de disfagia. Si la puntuación obtenida es superior a 3 indica la presencia de disfagia. Ha sido validado en el 2008 por el equipo de Belafsky. Puede ser utilizado para documentar la disfagia inicial y para monitorizar la evolución del paciente y la respuesta al tratamiento en diferentes tipos de trastornos de la deglución.

Enfermería juega un papel esencial en la identificación de problemas en la deglución. Se recomienda que desde enfermería se identifiquen: factores de riesgo, signos tempranos de disfagia y que haya una observación de la ingesta (sólido y líquido), monitorización del peso (incluyendo cálculo de IMC), observación de cualquier cambio en el mismo y del estado de hidratación.

3.3- Exploración física

Junto con una correcta anamnesis la exploración física es esencial para obtener signos indicativos de disfagia.

- Exploración de la voz:

Valoración de la voz, el tono y/o la intensidad como indicadores de una alteración en las cuerdas vocales. La voz húmeda, que se aclara con el carraspeo, es signo de penetración, las secreciones atraviesan las falsas cuerdas vocales o las verdaderas. La saliva puede permanecer remansada por el vestíbulo laríngeo.

- Exploración oro facial:

Se destaca la valoración del cierre labial, tono muscular, estado dental, asimetría del velo del paladar, reflejo nauseoso, reflejo del velo palatino, motilidad de la lengua, fasciculaciones y palpación de la base de la lengua.

- Exploración clínica de la deglución:

Valoración de estrategias compensatorias, varios intentos a la hora de tragar, tiempo en segundos que tarda en desencadenarse el reflejo deglutorio tras recibir la orden de tragar, test del agua y/o test clínico de deglución con diferentes volúmenes y consistencias que desarrollaremos a continuación. Se valora también, el ascenso laríngeo, poniendo un dedo sobre la quilla del cartílago tiroides mientras traga el paciente, o con tres dedos delimitando dicha estructura y su ascenso en relación con la región submentoniana.

- Exploración del suelo de la boca:

Valoración mediante la palpación bimanual del suelo y base de la lengua para detectar la presencia de masas (adenomegalias, tiroideas...) que puedan estar implicadas en la alteración de la deglución.

- Exploración de la laringe:

Se realiza por laringoscopia indirecta. Permite la observación de cualquier afectación laríngea, así como retenciones salivales patológicas en las paredes faríngeas, los senos piriformes y la vallécula. Sobre todo, prestar atención al tipo de saliva acumulada, espumosa mezclada con aire, que implica motilidad o lo contrario.

3.4- Test de valoración

3.4.1- Test del agua:

Test desarrollado y validado por DePippo et al. Es la prueba conocida más antigua y sencilla de realizar.

Para su aplicación se debe preparar un aspirador de secreciones. El paciente debe estar incorporado y con un babero o toalla. Con una jeringa de alimentación se administran 10 ml de agua y se observa si hay babeo, el número de degluciones y si hay tos o disfonía. Se repite 4 veces con el mismo volumen y se termina con la administración de 50 ml en vaso. Cualquier síntoma indica prueba positiva y, en caso de no presentar ningún síntoma la prueba será negativa.

Es un test sencillo pero sólo se realiza con un tipo de viscosidad (baja) y el único indicador de aspiración es la presencia de tos, por lo tanto, puede haber falsos negativos ya que puede no detectarse aspiraciones silentes y/o penetraciones. Esta prueba puede ir acompañada de un pulsímetro que mida la saturación de oxígeno. Se considera como signo de aspiración una desaturación de un 2% y si ésta es hasta un 5% indica el cese de la prueba. Así, esta prueba comporta cierto riesgo y además puede tener un diagnóstico erróneo con respecto a la seguridad, además tampoco determina si hay una deglución eficaz.

En conclusión, se ha consensuado que esta prueba es posible siempre en casos donde exista reflejo tusígeno e incluso una sensibilidad faríngea adecuada.

3.4.2- Test clínico de volumen-viscosidad (MECV-V)

Test desarrollado y validado por Clavé et al. Es una prueba sencilla y segura que indica la existencia de trastorno de deglución que puede realizarse en cualquier lugar (clínica o ambulatoria).

Utiliza tres viscosidades y tres volúmenes diferentes. Esta prueba indica los signos más frecuentes e importantes de la disfagia. Se obtiene información sobre la viscosidad y volumen más seguro para cada paciente.

Consiste en administrar al paciente diferentes volúmenes de alimento 5ml (bajo), 10ml (medio) y 20ml (alto) de alimento en texturas néctar, pudín y líquido que se pueden realizar con agua o zumo y un espesante.

Se inicia con la administración de 5ml de viscosidad néctar observando la posible presencia de los siguientes signos:

- Presencia de tos.
- Cambios en el tono de voz.
- Presencia de residuos orales.
- Existencia de una deglución fraccionada.
- Fallo del sello labial o residuos faríngeos.

Todo ello mientras se monitoriza la saturación de oxígeno.

➤ Una disminución de la saturación basal de oxígeno $\geq 3\%$ es un signo de aspiración. Esta prueba detecta muy bien la eficacia de la deglución valorando como prueba positiva cualquiera de estos tres aspectos:

- El sello labial: incapacidad de mantener el bolo dentro de la boca.
- La existencia de residuos orales en la lengua o debajo de la misma, en encías o cuando se sospecha de residuos en la faringe.
- Deglución fraccionada.

También detecta bien la seguridad ya que si durante la misma se presenta alguna de las alteraciones antes descritas (tos etc.) se debe determinar como positiva la prueba y aumentar la viscosidad al nivel siguiente y/o disminuir el volumen.

Metodología del test clínico de volumen-viscosidad (MECV-V)

Material que se necesita para su elaboración:

- Agua a temperatura ambiente o zumo (no espeso).
- Espesante comercial.
- Jeringa de 50ml.
- 3 vasos (para las distintas viscosidades).
- Pulsioxímetro.
- Hoja de registro (*figura 1*).

Figura 1: hoja de registro adaptada Clavé et al

METODO DE EXPLORACION CLINICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)										
VISCOSIDAD	NECTAR			LIQUIDO			PUDDING			
ALTERACIONES O SIGNOS DE LA SEGURIDAD										
	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	
TOS										
CAMBIO DE VOZ										
ALTERACIONES O SIGNOS DE EFICACIA										
	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	5ML	10ML	20ML	
SELLO LABIAL										
RESIDUO ORAL										
DEGLUCION FRACIONADA										
RESIDUO FARINGEO										
EVALUACION FINAL	PACIENTE CON DISFAGIA A									

Se precisa del paciente un mínimo estado de alerta que permita colaborar con la prueba.

Se le pide que hable para tener la voz inicial como control de cualquier alteración.

Se le explica el método y se le prepara (se le posiciona, se le coloca el pulsioxímetro...).

Serie primera

Viscosidad néctar

Volumen (ml): 5-10-20

Serie segunda

Viscosidad líquido

Volumen (ml): 5-10-20

Serie tercera

Viscosidad pudin

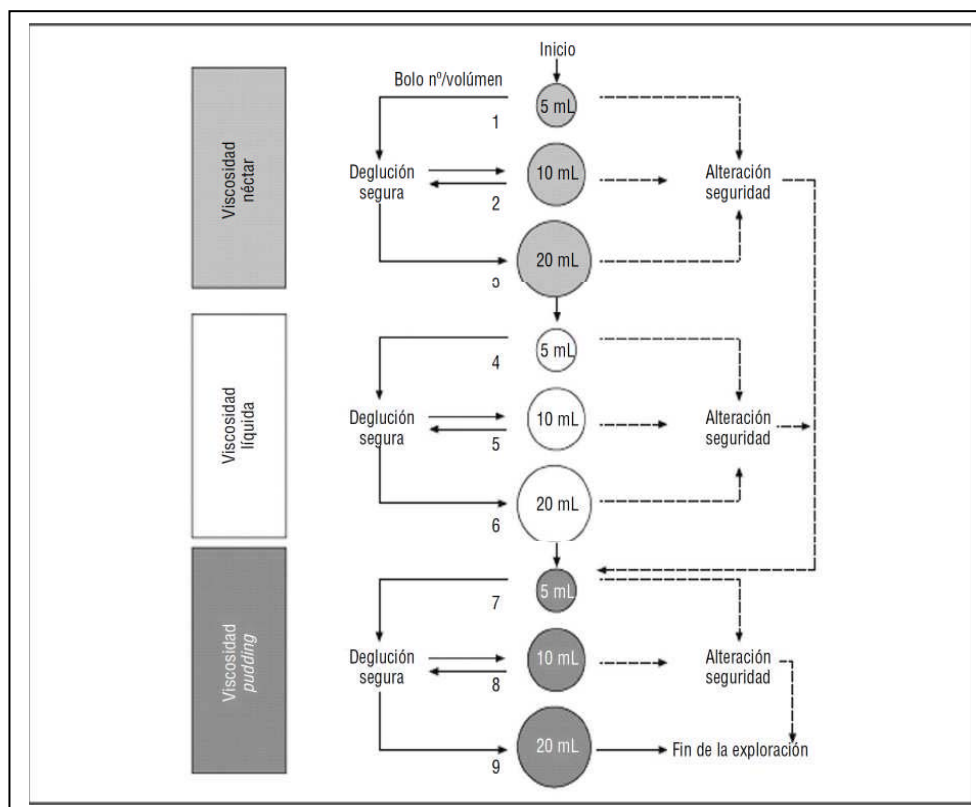
Volumen (ml): 5-10-20

La exploración se inicia con textura néctar a 5ml:

- Si durante la administración de la viscosidad néctar hay algún tipo de problema de seguridad se pasará a textura pudín.
- Si durante la administración de la viscosidad líquida hay algún tipo de problema de seguridad se pasará viscosidad pudín.
- Si durante la viscosidad pudín hay algún problema de seguridad se dará por finalizada la exploración.

Si hay una sospecha de base de gran alteración en la seguridad de la deglución, no se realizará la prueba y el paciente pasará directamente a pruebas de video fluoroscopia o pruebas complementarias. (Ver flujo de exploración *figura 2*)

Figura 2. Flujo de exploración. Clavé et al



3.5- Pruebas complementarias

3.5.1- Video fluoroscopia (VFS)

Es una técnica radiológica dinámica de baja radiación que permite el análisis a tiempo real de la propulsión del bolo de la boca al esófago. Detecta, por tanto, disfunciones en la fase oral y faríngea y sirve para orientar sobre el tratamiento a seguir en la disfagia orofaríngea (DO) y, a su vez, valorar la eficacia de las distintas estrategias terapéuticas que se elijan.

Se obtiene una imagen de video de perfil lateral y antero posterior de la ingesta de diferentes volúmenes y viscosidades (líquido, néctar y pudín) de un contraste hidrosoluble idealmente de la misma viscosidad que el utilizado en el MECV-V. Este contraste puede ser bario o contrastes iodados como el Gastrografín®. Actualmente se considera esta prueba como la técnica de referencia para el estudio de la DO, utilizándose desde hace 20 años a partir de que en 1983 J. Logeman modificase una prueba de bario que, inicialmente había sido diseñada para un estudio esofágico para estudiar la deglución. Esta prueba permite estudiar la respuesta motora orofaríngea e identificar los signos videofluoroscópicos, siendo sus principales objetivos:

- Evaluar la seguridad y la eficacia.
- Caracterizar las alteraciones de la deglución en términos de signos video fluoroscópicos.
- Evaluar la eficacia de los tratamientos.
- Cuantificar el reflejo deglutorio.

Los parámetros significativos de la videofluoroscopia coinciden con los mencionados en apartados anteriores:

- *Parámetros de alteración de fase oral:*
 - Fallo sello labial: incapacidad de mantenimiento de alimento/líquido en la boca.
 - Fallo lingual: incapacidad de formación, cohesión del bolo y de la propulsión a la parte posterior de la boca y faringe. En casos severos se puede encontrar apraxia deglutoria, a consecuencia de una reducción de la sensación oral y falta de reconocimiento del bolo.

- Presencia de residuos: puede ser secundario a la pérdida de tono muscular (bucal, lingual).
- Disfunción del sello palatino: si falla, parte del bolo o su totalidad caerá antes de tiempo dentro de la faringe pudiendo ser aspirado.
- Deglución fraccionada. Puede ser normal en bolos grandes (>15ml) pero en general se traduce con un mayor riesgo de aspiración.
- Retraso en la deglución faríngea: paso a través del EES. Existe un sistema de evaluación descrito por P. Kharilas que considera patológico valores por encima de los 0.24 segundos.

- *Parámetros de alteración de fase faríngea:*
 - Regurgitación nasofaríngea. Por sello velofaríngeo inadecuado o por incapacidad del bolo para atravesar el EES (por lo que sube a la nasofaringe).
 - Residuo vallecular. Por reducción del movimiento posterior de la lengua. Riesgo de aspiración durante la respiración post deglución.
 - Residuo en la cavidad faríngea. En individuos sanos puede existir tras la deglución un mínimo de residuo en la faringe. Si se produce acumulación en los senos piriformes puede ser debido a pérdida de fuerza muscular en las paredes faríngeas.
 - Penetración/aspiración. Ya definidas anteriormente. Según el mecanismo fisiopatológico, las aspiraciones pueden producirse antes, durante o después de la deglución:
 - Antes de la deglución: por caída del bolo a la hipofaringe antes del disparo del reflejo deglutorio.
 - Durante la deglución: debido a un cierre insuficiente de la vía aérea durante la contracción faríngea.
 - Después de la deglución: debido a la acumulación de residuo faríngeo que se aspira en la siguiente deglución.

- Anomalías del EES. En esta disfunción es aconsejable realizar una manometría complementaria.

3.5.2- Fibrolaringoscopia o fibroendoscopia (FEES)

Se incluyó el término FEES en 1988 (Langmore et al) en referencia al estudio de la DO con uso de fibroscopio flexible y se ha ido mejorando la técnica con los años. Actualmente se utiliza un fibroscopio asociado a un foco de luz y un aparato de video para grabar la secuencia de imágenes de la deglución. Permite examinar la anatomía de la cavidad oral, faríngea y laríngea y la sensibilidad de la faringe y laringe. El endoscopio se sitúa a nivel del paladar blando para visualizar la base de la lengua, epiglotis, pared faríngea superior y posteriormente debajo de la epiglotis para visualizar el vestíbulo laríngeo.

Primero se hace deglutir al paciente (las llamadas degluciones “secas”, sin alimento) y se evalúan las características normales del sello faríngeo, simetría del movimiento velar y un posible reflujo nasal. Después, el endoscopio avanza a nivel de la epiglotis y en esta posición se puede visualizar claramente la glotis y su función.

Posteriormente se explora la deglución con bolos de 5 y 10ml coloreados (generalmente de azul de metileno). Se instruye al paciente a mantener el bolo 20 segundos en la boca y después tragarlo. Se observa, en este tiempo, la parte posterior de la lengua, valorando el sello glosopalatal y si se produce la caída de parte del contraste dentro de la vía aérea (aspiración predeglutoria). Después de esta fase se retira el tubo a nasofaringe y cuando traga se vuelve a introducir rápidamente a nivel de epiglotis donde se verá si hay algún resto de contraste. El estadio faríngeo de la deglución no se puede estudiar mediante esta técnica ya que la faringe cierra alrededor del tubo (reflejo deglutorio) pero sí se pueden proporcionar buenas imágenes de la anatomía de la faringe que permite identificar anomalías.

Con la FEES se puede identificar:

- La incapacidad o el retraso excesivo en el inicio de la deglución faríngea.
- El residuo alimenticio dentro de la cavidad faríngea después de la deglución.
- La aspiración, aunque esta no se visualiza directamente, el acumulo de contraste y residuos puede indicar una evidencia indirecta.

En general es una prueba donde se le pide al paciente que fone, tosa y trague ya que la comparación del movimiento laríngeo a lo largo de esas tres actividades puede ser de ayuda en el diagnóstico.

La Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) indica su uso como nivel de recomendación C y lo equipara al uso de la VFS.

Tiene como ventaja que puede usarse a pie de cama, es barata, no irradia y puede repetirse cuantas veces haga falta. Como desventaja es que no se recomienda su uso para estudiar el movimiento del bolo en la fase oral, no es tampoco valorable la información que da del grado de constricción faríngea, apertura del esfínter esofágico superior, elevación del hioides/laringe durante la deglución. Además no puede visualizarse directamente la penetración o aspiración. Aparte, como última desventaja, es que no se puede usar en pacientes que cognitivamente no puedan responder a las órdenes.

3.5.3-Manometría esofágica

La manometría esofágica es un examen para medir la presión dentro de la parte inferior del esófago: es una medida de las presiones durante la deglución. Mide la actividad motora del esófago y de sus esfínteres en condiciones basales y en respuesta a la deglución identificando cualquier sospecha de alteración en las estructuras que generan presión faríngea (porción oral de la lengua, base de la lengua y paredes faríngeas). Es decir, mide si se producen las contracciones y relajaciones apropiadas a nivel esofágico. Se utiliza especialmente cuando se sospecha que el paciente tiene una porción oral de la lengua de pequeño tamaño, una base de lengua pequeña o una alteración de la función de las paredes faríngeas. Se coloca el tubo por la nariz (excepcionalmente por boca) para medir presiones en la faringe y así identificar la presencia y severidad de una alteración en la presión. El tubo contiene sensores de presión a varios intervalos a lo largo de su longitud que tiene unos 5 orificios separados por 1 cm. Refiere, por tanto, información acerca de la fuerza de propulsión faríngea, presión de reposo y relajación del EES, así como de la coordinación faringoesofágica durante la deglución.

Es preciso combinar esta técnica con una videofluoroscopia para identificar correctamente estructuras y movimiento que estén creando presiones en la faringe. Técnicamente es más difícil estudiar alteraciones esofágicas que faríngeas por la sensibilidad de los sensores que a este

nivel se pueden desplazar por los movimientos estructurales impredecibles. Existen manometrías de alta resolución que, en comparación con los catéteres rígidos de 4 - 8 canales de la manometría convencional, incorporan 36 sensores circunferenciales separados por 1 cm que proporcionan una medida de alta fidelidad a la fisiología y patofisiología faríngea, esfinteriana y del cuerpo esofágico.

Una nota: el paciente debe estar en ayuno durante las 8 horas previas a la prueba para evitar así el riesgo de vómito.

3.5.4- Otras pruebas

Manfluorografía

Es una técnica que utiliza un ordenador para procesar la información simultánea de los resultados de la manometría y de la videofluorografía. Se utiliza en pacientes con Parkinson y con enfermedades motoneuronales.

Ultrasonido

Ecoendoscopia o ultrasonografía. Integra en una misma exploración el estudio ecográfico y endoscópico. Utiliza frecuencias de sonido y permite una visualización clara de las distintas capas del tubo digestivo. La imagen ecográfica de la faringe es suficientemente buena para ser usada clínicamente. Permite visualizar la lengua y su movilidad con bolos repetidos de cualquier clase de alimento sólido o líquido porque no precisa de bario. Se utiliza en pacientes con accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneales, enfermedades neurológicas y, sobre todo, se está utilizando en pacientes con acalasia para valorar el lugar de inyección de la toxina botulínica.

La escintigrafía

Es un test de medicina nuclear que implica la toma de un bolo radioactivo permitiendo la observación de su recorrido. No es un método de diagnóstico ya que da imágenes del bolo pero no de la anatomía o de la fisiología de la faringe o cavidad oral. Permite cuantificar tanto la cantidad de residuo después de la deglución como la cantidad aspirada. Solamente se usa en pacientes con reflujo gastroesofágico.

BIBLIOGRAFIA

- Argüelles Arias F. y Herrerías J.M. Técnicas funcionales III: otras. Enfoque Multidisciplinar de la Patología Esofágica y sus Complicaciones. Ed.IMC,Madrid,2006.pp:129-137.
- Bascuñana Ambros H.. Diagnóstico de la disfagia neurológica. Rehabilitación (Madr). 1998;32:324-330.vol.32Nº5.
- Belafsky PC, Mouadeb DA:,Rees CJ,Pryor JC, Posma GN., Allen J. y Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10).Ann Otol Rhinol Laryngol,2008Dec;117(12):919-24.
- Clavé Civit P, Arreola García V. y Velasco Zarzuelo M. Evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea editado por Nestle. Ed. Glosa, 2011. pp57:_78.
- Dossier de disfagia. Fresenius Kabi. www.fresenius-kabi.es/nutricionenteral
- E. Trastornos digestivos en la enfermedad de Parkinson: disfagia y sialorrea. Rev Neurol 2010; 50 (Supl 2): S51-4.
- Hill M, Hughes T, Milford C .Tratamiento para las dificultades de la deglución (disfagia) en enfermedades musculares crónicas (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus 2007, Nº4, Ed.Wiley & Sons UK.
- Terré Bolliart R. Disfagia orofaríngea secundaria a daño cerebral: diagnóstico, evolución, factores pronósticos y tratamiento con toxina botulínica. Tesis doctoral de la UAP, departamento de medicina 2009.