

DEGLUCIÓN Y ESCALAS DE SEVERIDAD Y FUNCIONALIDAD

PARA PACIENTES CON DISFAGIA

**Documento de consulta sobre guía del que hacer fonoaudiológico e
intervención en áreas de manejo clínico**

Docente Compilador

Cynthia Lineth Ramírez C.

Cynthia.ramirez00@usc.edu.co,

<https://orcid.org/0000-0001-6256-8740>

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

AGOSTO – NOVIEMBRE 2025

El presente documento constituye una guía de consulta para orientar el ejercicio fonoaudiológico en el ámbito clínico, específicamente en el área de deglución. Su propósito es facilitar la comprensión del proceso de atención, desde la valoración inicial hasta la intervención y el seguimiento, proporcionando orientaciones prácticas que favorezcan una atención segura, integral y basada en la evidencia científica.

DEFINICIÓN DE LA DEGLUCION.

La deglución es el paso de los alimentos desde la cavidad bucal hasta el estómago permitiendo la alimentación del organismo a la vez que se asegura la protección de la función respiratoria. Según Jean, la deglución es la función motora más elaborada del ser humano, porque requiere la coordinación secuencial de activaciones y de inhibiciones de 25 pares de músculos de la boca, la faringe, la laringe y el esófago.

FASES DE LA DEGLUCIÓN.

La deglución suele describirse en forma cronológica, constituida por cuatro tiempos (o fases):

Tiempo oral: Según Clavé, Pere & Shaker, Reza, el tiempo oral comienza con la entrada en la boca del bolo alimentario y termina con el inicio del tiempo faríngeo. Este tiempo es voluntario o automático y su regulación es esencialmente cortical. Consta de un tiempo de preparación bucal y un tiempo de iniciación. La boca ejerce el papel de intermediario entre el mundo exterior incontrolable y variado, y nuestro medio interno, seguro y homogéneo a nivel digestivo.

Tiempo faríngeo: Según Clavé, Pere & Shaker, Reza. El tiempo faríngeo suele considerarse el más complicado de la deglución, porque incluye el paso por la confluencia aero-digestiva. Este tiempo es reflejo y comienza en el momento en el que el bolo alimentario está en contacto con las zonas de desencadenamiento, al final de la iniciación, para terminar en la entrada en el esófago. Los fenómenos mecánicos que constituyen el tiempo faríngeo (que dura menos de un segundo) están imbricados.

Tiempo esofágico: Según Clavé, Pere & Shaker, Reza, El tiempo esofágico comienza cuando el bolo alimentario pasa a través del esfínter superior y termina al entrar en el estómago. Este tiempo es reflejo. El nervio eferente es el nervio X y la distensión de la porción superior del esófago puede ser un estímulo desencadenante (peristaltismo primario), pero también existe una parte automática local para las fibras lisas de los dos tercios inferiores (peristaltismo secundario).

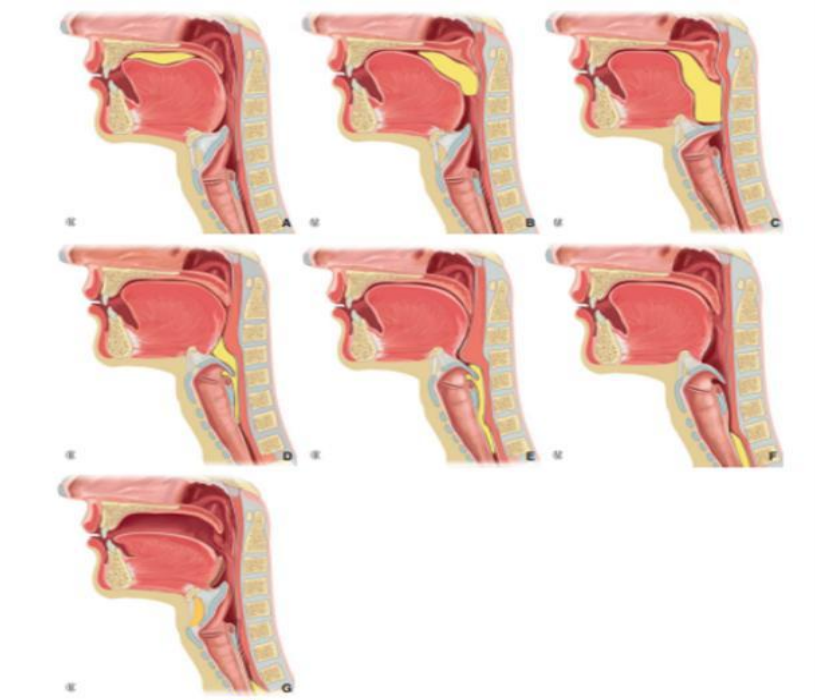


Figura 1: Etapas de la deglución: tiempo oral y tiempo faríngeo.

CONTROL NEUROLOGICO.

El control neurológico de la deglución es esencial debido a los riesgos que implica el cruce entre la vía aérea y digestiva, así como por la complejidad misma del proceso, el cual se compone de fases distintas que ocurren de manera rápida y coordinada. En la fase oral, que puede realizarse de forma voluntaria o automática, predomina la regulación cortical. En cambio, las fases faríngea y esofágica, que son reflejas, dependen principalmente de los centros ubicados en el tronco encefálico. La actividad motora es regulada por estructuras cerebrales y núcleos profundos. A pesar de los avances, aún no se comprende completamente este control neurológico; sin embargo, su estudio ha progresado gracias a investigaciones en pacientes con lesiones cerebrales y al uso de técnicas modernas como la resonancia magnética funcional, la tomografía por emisión de positrones, métodos de estimulación cerebral y análisis bioquímicos especializados.

NEUROLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN

La deglución es un proceso neuromuscular complejo que integra diferentes estructuras a nivel anatómico, muscular y neurológico, las cuales son llevadas a cargo por circuitos complejos del sistema nervioso central y periférico.

En este proceso trabajan de manera conjunta diferentes pares craneales que tienen funciones sensitivas, motoras y mixta, los cuales se encargan de transmitir información desde las estructuras orofaciales hacia el tronco encefálico, de dicha forma poder enviar respuestas motoras a cada estructura implicada para llevar a cabo la deglución.

Los nervios craneales que participan en la mecánica deglutorias son: el Par craneal V (trigémino), VII (facial), IX (glossofaríngeo), X (vago), XI (accesorio) y XII (hipogloso) los cuales realizan diferentes funciones de acuerdo con cada fase específica de la deglución.

garantizando la adecuada coordinación entre la masticación, el tránsito del bolo, la protección de la vía aérea y el paso del bolo hacia el esófago.

Por tanto, la comprensión de la neurología de la deglución es fundamental en la práctica fonoaudiológica, ya que permite identificar y/o descartar diferentes patologías en nuestro que hacer; para así orientar intervenciones terapéuticas basadas en el soporte teórico.

Cuadro de pares craneales:

P.C	Nombre	Función del P.C	Función deglutoria
V	Trigémino (Rama mandibular)	Mixto (motor y sensitivo)	Motor: activa los músculos masticadores (masetero, temporal y pterigoideos), permitiendo la trituración y preparación del bolo alimenticio; también inerva el milohioideo y el vientre anterior del digástrico, que ayudan en la elevación del hueso hioides durante la fase oral. Sensitivo: aporta sensibilidad táctil y propioceptiva a labios, mejillas, mucosa oral, encías y 2/3 anteriores de la lengua, proporcionando información necesaria para controlar el bolo antes de la deglución.
VII	Facial	Mixto	Motor: controla los músculos de la mímica facial, incluyendo OFAS esenciales para el sellado labial, la contención del bolo y la prevención de escape anterior o lateral. Sensitivo: transmite la información gustativa de los 2/3 anteriores de la lengua, favoreciendo la fase anticipatoria de la deglución.

IX	Glosf aríngeo	Mixto	Motor: inerva el músculo estilofaríngeo, que eleva la faringe durante la deglución y ayuda en el paso del bolo hacia el esófago. Sensitivo: aporta sensibilidad al tercio posterior de la lengua, amígdalas y faringe, siendo crucial en el disparo del reflejo deglutorio.
X	Vago	Mixto	controla los músculos de la faringe, laringe y esófago a través de sus ramas: Rama faríngea: eleva el paladar blando y coordina el cierre velofaríngeo. Nervio laríngeo superior: contrae músculos cricotiroideos, modulando la tensión de las cuerdas vocales. Nervio laríngeo recurrente: interviene en la aducción y abducción de las cuerdas vocales para proteger la vía aérea durante la deglución. Sensitivo: recibe información de la faringe, laringe y esófago, detectando la presencia del bolo y desencadenando reflejos protectores como la tos

XII	Hipogl oso	Motor	Controla todos los músculos intrínsecos y extrínsecos de la lengua (excepto el palatogloso), permitiendo los movimientos de protrusión, retracción, elevación y depresión lingual. Estos movimientos son esenciales para la manipulación, propulsión y dirección del bolo durante la fase oral y su paso eficiente hacia la faringe.
------------	---------------	-------	--

COMO EVALUAR LOS PARES CRANEALES EN EL CONTEXTO CLÍNICO

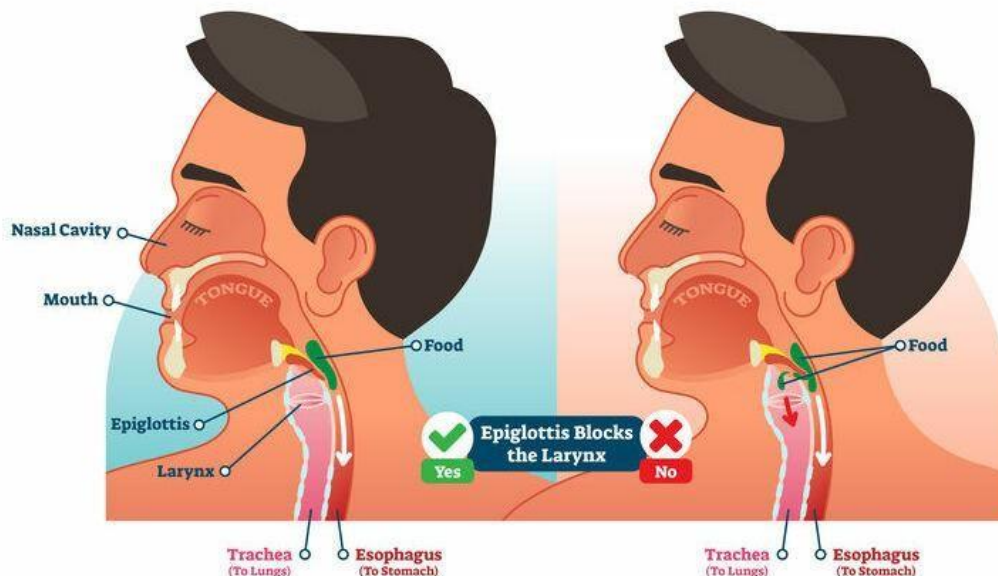
Par craneal	¿Como evaluar?
P.C V Trigémino (Rama mandibular)	Pedir al paciente realizar apertura oral y cierre contra resistencia para evaluar músculos pterigoideos. Evaluar sensibilidad táctil de labios y mejillas con bajalenguas o gasa. Observar estabilidad mandibular al abrir la boca.
P.C VII Facial	Pedir al paciente que realice praxias (sonreír, hacer beso, cierre labios movimientos linguales). Observar escape anterior del bolo. Evaluar músculo buccinador (inflar mejillas, contener el aire en cada lado).

P.C IX Glossofaríngeo	Evaluar reflejo nauseoso. Observar elevación faríngea al tragar. Valorar sensibilidad en faringe si el paciente tolera estimulación.
P.C X Vago	Observar elevación del paladar blando (“aaa”). Evaluar calidad vocal: voz húmeda, ronca, soplada. Evaluar reflejo tusígeno espontáneo o provocado. Evaluar tos post-ingesta (signo de penetración/aspiración).
P.C XII Hipogloso	Protrusión lingual (si el nivel cognitivo lo permite). Movimientos laterales y elevación. Observar fasciculaciones. Durante alimentación: evaluar propulsión del bolo

Elaboración: Propia

DISFAGIA

La disfagia es la dificultad para tragar o deglutir líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución. La afectación puede presentarse en la preparación oral del bolo o en el desplazamiento del alimento desde la boca hasta el estómago. Debe diferenciarse de la odinofagia, que es el dolor desencadenado por la ingesta de determinados alimentos, especialmente líquidos fríos o calientes. Como consecuencia de la disfagia puede producirse penetración de material alimenticio en vías diferentes a la digestiva provocando, en ocasiones, episodios francos de aspiración traqueal o bronquial (por paso de agua o alimentos a la tráquea y bronquios) o aspiraciones silentes (penetración de saliva o comida por debajo de las cuerdas vocales no acompañada de tos ni de otros signos observables de dificultad deglutoria).



Hospitals, C. (2024, 30 enero). Disfagia: Causas, síntomas y tratamiento. CARE Hospitals.

En Colombia la disfagia es un problema de salud pública relevante. Según la Universidad del Rosario se estima que la disfagia afecta entre 500 y 800 personas por cada 100 000 habitantes, lo que demuestra su relevancia poblacional. Otro estudio realizado en centros geriátricos de Cartagena en adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas se

documentó una prevalencia alta de disfagia orofaríngea (54,5 %). (Castro Caballero, Silva Escudero y Fernández Contreras, 2024)

Por esto, al describir la disfagia es fundamental diferenciar en qué etapa ocurre la alteración, ya que cada fase presenta causas, características clínicas y abordajes terapéuticos propios.

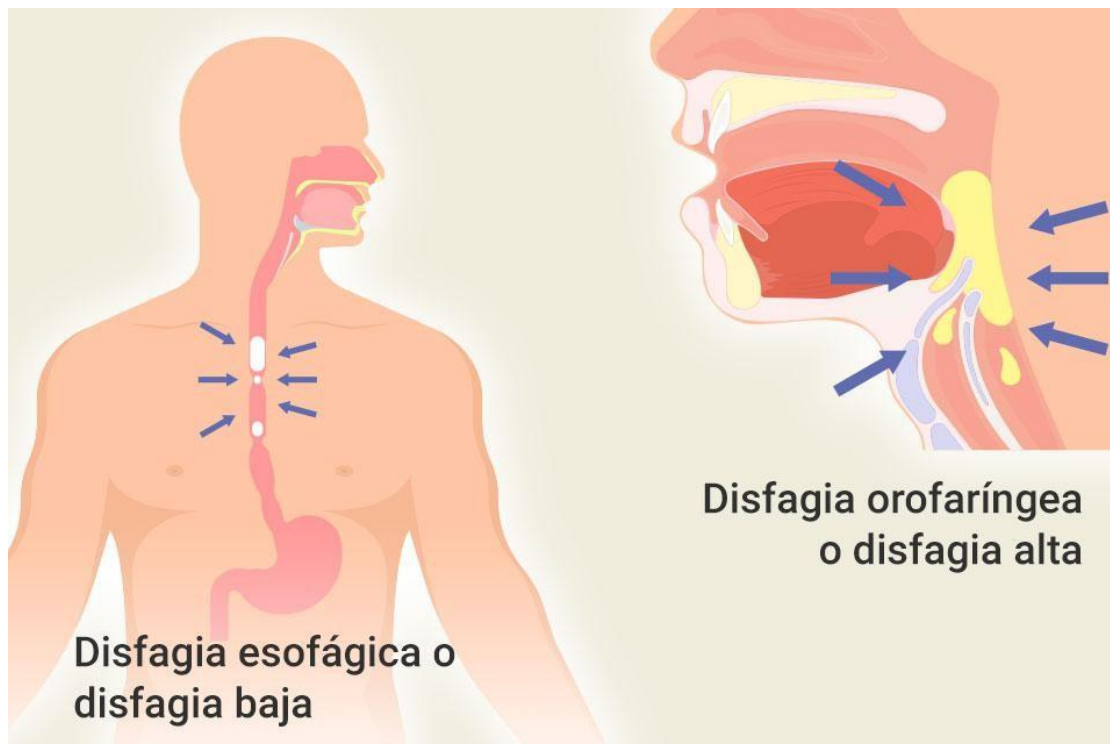
DISFAGIA OROFARÍNGEA

También denominada disfagia paralítica. Incluye las alteraciones de la deglución de localización oral, faríngea, laríngea y del esfínter esofágico superior y supone casi el 80% de las disfgias diagnosticadas. En personas mayores, la afección generalmente surge de enfermedades del sistema nervioso central como el accidente cerebrovascular, la enfermedad de Parkinson y la demencia (Nascimento et al., 2020), (Jeong et al., 2024) por otro lado, puede surgir de obstrucciones mecánicas se incluyen el divertículo de Zenker, la acalasia cricofaríngea, los cánceres de cabeza y cuello y las complicaciones posteriores a la cirugía y la radioterapia, así como los osteofitos cervicales. Los síntomas principales suelen ser salivación excesiva, lentitud para iniciar deglución, tos, vuelta del alimento a la nariz, cambios en el habla y es más habitual que tengan problemas para ingerir líquidos.

DISFAGIA ESOFÁGICA

Se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior y los cardias, generalmente producida por causas mecánicas, y supone el 20 % de las disfgias que se diagnostican. Se debe a trastornos obstructivos, motores o sensitivos. La acalasia y la esclerodermia son las causas más comunes de alteraciones en la motilidad que producen disfagia. El carcinoma es la causa más frecuente de disfagia obstructiva.⁸ Otras causas son la ingestión de químicos irritantes con la estenosis cicatrizal asociada. En estos casos suele ser más habitual que se presenten problemas para ingerir sólido. (Dysphagia, s.f.)

La disfagia esofágica aguda generalmente surge después de la ingestión de sustancias extrañas, mientras que los tumores, como los relacionados con el cáncer de pulmón y el linfoma, pueden comprimir mecánicamente el mediastino, lo que provoca dificultades para tragar. Además, afecciones como la enfermedad por reflujo gastroesofágico y las membranas esofágicas pueden estrechar la luz del esófago, mientras que los trastornos neuromusculares esofágicos, como la acalasia, pueden presentar disfunción de la deglución (Le, Low, & Yadlapati, 2023).



De las Heras, A. R. (2023, 1 diciembre). Disfagia, qué es, causas, tipos, cómo se produce y consejos dietéticos. WebConsultas.

MANIOBRAS POSTURALES Y COMPENSATORIAS PARA LA REHABILITACIÓN DE LA DISFAGIA.

Para la rehabilitación de la disfagia existen diferentes estrategias terapéuticas que se pueden implementar, para favorecer varios aspectos en la mecánica deglutoria de los pacientes con disfagia. Dentro de estas encontramos a las maniobras posturales para la deglución y a las maniobras compensatorias o deglutorias.

Las maniobras posturales son un grupo de técnicas que consisten en cambiar la posición de la cabeza y el cuello para modificar la forma de la faringe y dirigir el paso del bolo alimenticio; su finalidad es promover la seguridad de la mecánica deglutoria durante la nutrición. En ellas encontramos las siguientes posiciones: Cabeza hacia abajo, Cabeza girada o inclinada y Cabeza hacia atrás.

Por su parte las maniobras deglutorias son conjunto de tácticas terapéuticas que buscan mejorar aquellas afectaciones que se encuentran dentro de la disfagia haciendo cambios en la fisiología de la deglución, que con el tiempo se vuelvan permanentes.

En este apartado les daremos una explicación detallada de algunas de estas maniobras como: Deglución forzada, Supraglótica, Super-supraglótica, Mendelssohn, Masako, Ctar, y Shaker.

(Recuerda que para llevar a cabo estas maniobras se necesita de la supervisión y dirección de un profesional en la rehabilitación de la deglución como un fonoaudiólogo o logopeda)

MANIOBRAS POSTURALES

Cabeza hacia abajo

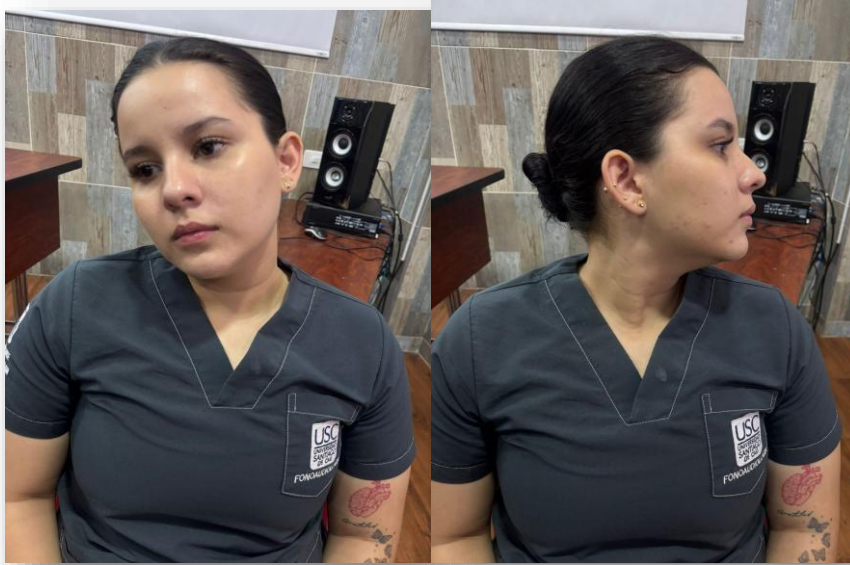


El paciente debe flexionar su cabeza, de tal forma que su mentón toque el pecho.

Esta maniobra busca ayudar al paciente a mantener el bolo en cavidad oral, ensancha las vallecúlas y estrecha las vías respiratorias; disminuyendo el riesgo de penetraciones o aspiraciones en pacientes que tengan con alteraciones en la fase preparatoria oral o retenga constantemente residuos en vallecúlas.

Para llevar a cabo esta maniobra el paciente requiere de una buena fuerza lingual adecuada.

Cabeza Girada o Inclínada



El paciente gira o inclina la cabeza hacia el lado que presenta mayor afectación o debilidad antes de tragar.

Esta maniobra ayuda a disminuir el escape anterior, reflujo laringofaríngeo y la regurgitación nasal; se recomienda llevarla a cabo en pacientes que presenten parálisis o paresia de faringe y cuerda vocal, parálisis o paresia laríngea unilateral o apertura reducida en el esfínter esofágico superior.

Ya que su finalidad es dirigir el bolo alimenticio hacia el lado más fuerte, Disminuyendo la excitación y cerrando el seno periforme del lado que se encuentre lesionado.

Cabeza hacia atrás



El paciente deberá realizar una extensión, elevando levemente su mentón al tragar.

Esta maniobra favorece el agradamiento orofaríngeo, aumentando la presión del esfínter esofágico superior. Se recomienda utilizarla en pacientes que cuenten con la fase faríngea conservada, pero presenten dificultades durante la propulsión del bolo alimenticio desde cavidad bucal hasta la faringe.

MANIOBRAS DEGLUTORIAS

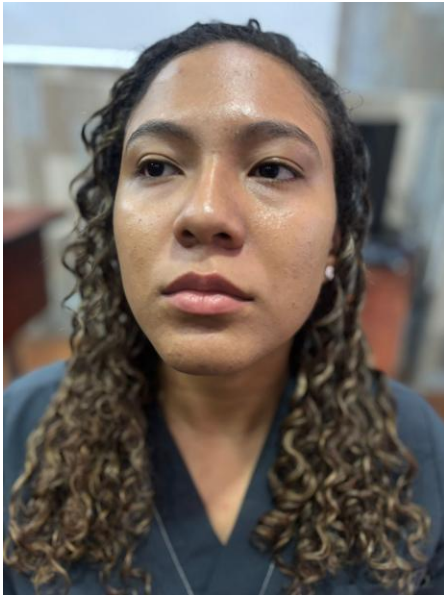
Deglución Forzada



El paciente debe estar sentado a 90 grados sobre una cama o silla con espaldar recto.

Paso a paso: Se aplica una resistencia manual sobre la frente del paciente y se le ordena “Empuje mi mano con la frente mientras traga lo más fuerte que pueda” esta maniobra requiere que el paciente realice un esfuerzo muscular durante la deglución; de tal forma que al tragar haga una pequeña flexión de cabeza y cuello y es utilizada cuando hay debilidad de la pared faríngea posterior y evidencia de residuos en vallecúlas deglutorias.

Supraglótica



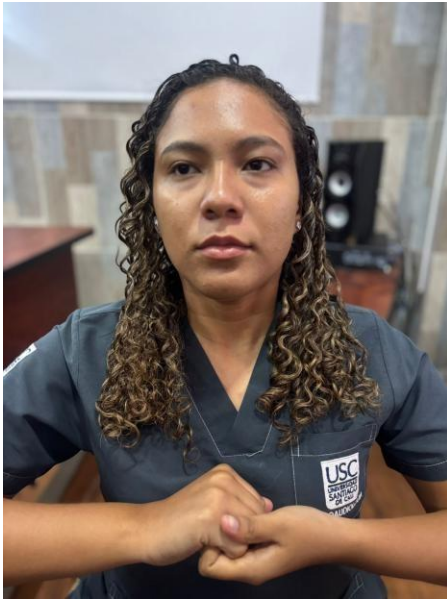
El paciente debe estar sentado a 90 grados sobre una cama o silla con espaldar recto.

Esta maniobra consiste en realizar una apnea voluntaria antes y durante la deglución.

Paso a paso: Se le solicita al paciente que Inspire o tome aire por la nariz, que mantenga el aire (la apnea), trague mientras contiene la respiración y al final realice una espiración forzada o tos.

Su objetivo es mejorar el cierre de las cuerdas vocales para favorecer a la protección de la vía aérea; se puede implementar en pacientes que presenten aspiración de alimentos y no tengan antecedentes de déficit cognitivo.

Super – Supraglótica



Esta maniobra es similar a la anterior, el objetivo es conseguir un cierre máximo de la vía aérea, prolongando la apnea respiratoria.

El paciente debe estar sentado a 90 grados sobre una cama o silla con espaldar recto.

Paso a paso: Se le pide al paciente que Inspire o tome aire por la nariz, que mantenga el aire, trague mientras contiene la respiración, empuje sus manos hacia abajo contra el espaldar de una silla o entrelace y tire hacia afuera (para generar una apnea con esfuerzo que mejore el cierre glótico) seguidamente que realizar una espiración forzada o tos y trague otra vez (antes de espirar el aire)

Mendelsohn:



El paciente debe estar sentado a 90 grados sobre una cama o silla con espaldar recto.

Paso a paso: Se le pide al paciente realizar degluciones simples o de saliva y con apoyo se le enseña a percibir el ascenso de la laringe; colocando las yemas de los dedos sobre su cartílago tiroides y manteniendo unos segundos la posición de máxima elevación laríngea luego del que paciente haya tragado.

Esta maniobra se usa en pacientes que presentan una disminución en la duración excursión hiolaríngea o que tengan una apertura disminuida del esfínter esofágico superior.



Masako

El paciente debe estar sentado a 90 grados sobre una cama o silla con espaldar recto.

Paso a Paso: se le solicita al paciente que sostenga la punta de la lengua entre los dientes o los labios y trague saliva, mientras mantiene firmemente la lengua en esa posición.

Esta maniobra mejora el contacto de la base de la lengua con la pared faríngea posterior y la presión generada en la cavidad bucal durante la propulsión del bolo en la etapa preparatoria oral de la deglución, evitando la acumulación de residuos faríngeos después de tragar.

Shaker:



El paciente debe estar acostado de boca arriba, con los brazos a los lados y las palmas de las manos pegadas a las piernas.

Paso a paso: Se le pide al paciente que levante la cabeza, sin levantar los hombros y que al hacerlo logre mirarse los dedos de los pies.

Después se le indica sostener cabeza en esa posición durante 60 segundos en 3 repeticiones o levantar y bajar la cabeza 30 veces seguidas.

Esta maniobra busca fortalecer los músculos suprahioides que participan en la elevación laríngea y en el control a nivel extrínseco de la apertura del esfínter superior esófago.

C-TAR



El paciente debe estar sentado a 90 grados sobre una cama o silla con espaldar recto.

Para llevar a cabo esta maniobra se necesita de una pelota u objeto redondo que sea firme como una toalla o media enrollada, para que funcione como instrumento de apoyo.

Paso a Paso: Se le solicita al paciente poner la pelota pequeña o toalla enrollada debajo del mentón, bajar la barbilla presionando dicho objeto contra el pecho y después mantener la presión durante 3 segundos.

Esta maniobra también tiene la finalidad de fortalecer los músculos suprahioides y se debe realizar de 3 a 5 repeticiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Catini, M. E., & Falduti, A. (2020). Maniobras deglutorias utilizadas en el tratamiento de la disfagia orofaríngea. *Argentinian Journal of Respiratory & Physical Therapy*, 2(3). <https://doi.org/10.58172/ajrpt.v2i3.1354>

Dysphagia, I. A. on. Acercamiento integrativo en la disfagia. Medigraphic.com. https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm162d.pdf?utm_source=c

Hospitals, C. (2024, 30 enero). Disfagia: Causas, síntomas y tratamiento. CARE Hospitals. <https://www.carehospitals.com/es/blog-detail/dysphagia/>

Marmouset, F., Hammoudi, K., Bobillier, C., & Morinière, S. (2015). Fisiología de la deglución normal. *EMC – Otorrinolaringología*, 44(3), 1–12. [https://doi.org/10.1016/S1632-3475\(15\)72752-9](https://doi.org/10.1016/S1632-3475(15)72752-9)

Prevalencia de la disfagia de adultos mayores con implementación de la escala EAT-10. *Acta otorrinolaringol cir cabeza cuello* [Internet]. 2025 Apr. 30 [cited 2025 Nov.6];53(1):61-8. Available from: <https://revista.acorl.org.co/index.php/acorl/article/view/766>

INTRODUCCIÓN

Dentro del ámbito clínico es de vital importancia realizar procesos clínicos pertinentes donde se recopile, se analice y se interprete información sobre habilidades comunicativas y a nivel de funcionalidad oral, de esta manera se pueden establecer diagnósticos funcionales y realizar diseños de planes de intervención que se ajusten a las necesidades de los usuarios. Este proceso de evaluación constituye una organización sistemática, integral y dinámica orientado a identificar fortalezas, dificultades y necesidades de apoyo para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Partiendo de la importancia de la evaluación clínica en fonoaudiología es relevante que estos incluyan el uso de escalas estandarizadas que permitan describir de manera objetiva tanto la severidad como la funcionalidad de las alteraciones en la deglución. Estas herramientas son fundamentales para establecer un perfil diagnóstico, orientar la toma de decisiones terapéuticas y monitorear la evolución del paciente, involucrando los diferentes actores.

Para clasificar la severidad, se utilizan escalas como la DOSS (Dysphagia Outcome and Severity Scale), la cual clasifica la disfagia a partir de los resultados arrojados por estudios videofluoroscópicos, la escala de Campora, es de uso en contextos clínicos latinoamericanos y esta permite determinar el impacto en trastornos deglutorios en relación a la seguridad y eficacia; y la ASHA NOMS (National Outcomes Measurement System), es una escala que permite valorar el desempeño comunicativo y deglutorio en situaciones funcionales de la vida diaria. Por otro lado, las escalas de funcionalidad permiten precisar el nivel de independencia y riesgo en la alimentación y la deglución. Dentro de estas escalas se encuentran La FOIS (Functional Oral Intake Scale) la cual evalúa el grado de ingesta oral en relación con la necesidad de soporte alternativo; la PAS (Penetration-Aspiration Scale) mide la severidad de la penetración y aspiración laríngea durante la deglución; la FILS (Food

Intake Level Scale) determina el nivel de alimentación oral en pacientes con disfagia; y la EDACS (Eating and Drinking Ability Classification System) clasifica la habilidad para comer y beber en personas con parálisis cerebral.

En la actualidad, no existe un consenso entre profesionales que tengan de base la utilización de estas escalas, sin embargo, su uso es fundamental en fonoaudiología, ya que aportan información sobre el nivel de independencia del paciente, y recomendaciones sobre el tipo de dieta y nutrición que este debe adoptar, orientando así el tratamiento y reduciendo los riesgos que afecten su estado clínico, de esta manera proyectar estrategias que se puedan integrar en el manejo interdisciplinario.

ESCALAS DE SEVERIDAD

Las escalas de severidad en disfagia, como herramienta permiten evaluar de forma objetiva y sistemática la gravedad de los trastornos de la deglución, estableciendo parámetros claros sobre las características concretas del proceso de alimentación. En los procesos de evaluación existen diferentes escalas, y cada escala propone distintos niveles que apoyan la clasificación de la disfagia en función a su severidad, a su vez, las escalas permiten realizar a un control en procesos en evaluaciones iniciales, estableciendo metas de forma continua, hasta ver la posibilidad de egreso del paciente, de esta manera, también son herramientas que estipulan eficacia en los tratamientos prescritos. Estos instrumentos deben ser objetivos, válidos y fiables, por lo que deben contar con estudios psicométricos que los abalen. Es importante valorar:

Su fiabilidad, es decir, la precisión o exactitud en las medidas, la ausencia de errores de medición.

Su validez, es decir, el grado en el que se mide lo que se pretende medir. Existen tres tipos de validez: de criterio (predicción de comportamientos), de constructo (calidad medida) y de contenido (representatividad).

Las escalas de severidad de la disfagia más utilizadas y generalizadas actualmente son: Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS), Escala Cámpora, ASHA'S National Outcomes Measurement System (ASHA'S NOMS).

Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS)

La escala DOSS fue propuesta por O'Neil KH, Purdy M, Falk J et al. en 1999. 14 Se trata de una escala funcional de siete niveles de fácil administración que asigna una severidad al trastorno, y permite una mejor consistencia en las recomendaciones para el nivel de nutrición, dieta e independencia. Los ítems propuestos por esta escala son los siguientes (Cuadro 1):

Cuadro 1. Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS)

Vía oral suspendida – Necesidad de nutrición no oral.	
NIVEL 1	<u>Disfagia severa:</u> vía oral suspendida. No tolera administración por vía oral de forma segura. El paciente puede presentar uno o más de los siguientes síntomas: Retención severa del bolo en la faringe, siendo incapaz de despejarlo. Pérdida o retención severa del bolo en la etapa oral, siendo incapaz de despejarlo. Aspiración siliente en dos o más consistencias, con tos voluntaria no funcional. - Imposibilidad de tragar.
NIVEL 2	<u>Disfagia moderada/severa:</u> Máxima asistencia o uso de estrategias con vía oral parcial (tolerancia de al menos una consistencia de forma segura con uso total de estrategias). El paciente puede presentar uno o más de los siguientes síntomas: - Retención severa en la faringe, siendo incapaz de despejarlo o necesitando múltiples ayudas.

	Pérdida o retención severa del bolo en la etapa oral, siendo incapaz de despejarlo o necesitando múltiples ayudas. Aspiración con dos o más consistencias, sin reflejo de tos o con tos voluntaria débil: Aspiración con una o más consistencias, sin tos y penetración en la vía aérea hacia las cuerdas con una o más consistencias
Nutrición por vía oral – Dieta modificada y/o independencia	
NIVEL 3	<u>Disfagia moderada:</u> total asistencia, supervisión o estrategias, restricción de dos o más consistencias. El paciente puede presentar uno o más de los siguientes síntomas: Retención moderada en la faringe, despejado con ayuda. Retención moderada en la cavidad oral, despejado con ayuda. Penetración en la vía aérea a nivel de las cuerdas vocales sin tos con dos o más consistencias: Aspiración con dos consistencias con reflejo de tos débil o ausente. Aspiración con una consistencia, sin tos ni penetración.
NIVEL 4	<u>Disfagia leve/moderada:</u> supervisión intermitente, restricción de una o dos consistencias. El paciente puede presentar uno o más de los siguientes síntomas: Retención en la faringe, despejado con ayuda. Aspiración con una consistencia, con reflejo de tos débil o ausente:

	Penetración a nivel de los pliegues vocales con tos en dos consistencias. Penetración a nivel de los pliegues vocales sin tos con una consistencia.
NIVEL 5	<u>Disfagia leve:</u> supervisión a distancia, puede necesitar de restricciones de una consistencia. El paciente puede presentar uno o más de los siguientes síntomas: Aspiración solamente de líquidos, pero con un fuerte reflejo de tos para despejar completamente. Penetración a la vía aérea antes de los pliegues vocales con una o más consistencias, o sobre las cuerdas vocales despejado espontáneamente. Retención en la faringe que es despejada espontáneamente. Leve disfagia oral con reducción de la masticación y/o retención oral que se despeja espontáneamente.
Nutrición por vía oral – Dieta Normal	
NIVEL 6	<u>Con límites funcionales/independencia modificada:</u> Dieta normal, deglución funcional. El paciente puede tener un leve retraso en la fase oral o faríngea, retención o restos cubriendo la epiglotis, pero consigue despejarlo espontáneamente. Puede necesitar tiempo adicional en las comidas. No hay aspiraciones ni penetraciones en ninguna consistencia.
NIVEL 7	<u>Normalidad en todas las situaciones:</u> Dieta normal, sin necesidad de estrategias o tiempo adicional.

Tomado de: Burgoa Prieto, 2019

La escala DOSS incorpora tres aspectos importantes que permiten la comparación entre una amplia variedad de pacientes y entre diferentes momentos de la evolución de un mismo paciente. Estos aspectos son el nivel de independencia, el nivel de nutrición y el nivel y modificaciones de la dieta. Sin embargo, la escala no define completamente algunos parámetros (es decir, lo que constituye una "retención leve", por ejemplo) y por lo tanto requiere determinación clínica subjetiva. Además, requiere de una prueba videofluoroscópica de la deglución para poder observar adecuada y objetivamente las retenciones, aspiraciones y penetraciones, con el fin de su correcta aplicación.

La escala otorga dos niveles a la nutrición por vía alternativa y cinco a la nutrición por vía oral, diferenciando en este último caso tres niveles para la nutrición con dieta modificada, y dos para la dieta normal. Un punto positivo de esta escala es que ofrece una lista de posibles síntomas que pueden presentarse en cada nivel, lo que contribuye a una mejor definición del trastorno.

Esta escala organiza la severidad en orden decreciente, siendo el primer nivel el más grave y el último la normalidad.

Escala Cámpora

Cámpora en 2001 propone una escala de severidad basada en cinco estadios que clasifican el trastorno desde el estado de normalidad, hasta el estado más severo (Cuadro 2):

Cuadro 2. Escala Cámpora

NORMAL	Masticación y deglución segura y eficiente en todas las consistencias de los alimentos.
LEVE	Masticación y deglución eficiente en la mayoría de los alimentos. Ocasionalmente puede presentar dificultad. Requiere del uso de técnicas específicas para lograr una deglución satisfactoria.

MODERADA	Deglución aceptable con dieta blanda, pero puede tener dificultad con líquidos y sólidos. Requiere supervisión y tratamiento.
MODERADAMENTE SEVERA	Paciente cuya ingesta oral no es exitosa. Requiere supervisión constante y asistencia. Sólo puede alimentarse con un terapeuta.
SEVERA	La nutrición del paciente es por método alternativo. No ingiere alimento por boca.

Tomado de: Burgoa Prieto, 2019

ASHA's National Outcomes Measurement System (ASHA'S NOMS)

La escala NOMS, propuesta por la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) en el año 2003, clasifica la función de la deglución según las limitaciones de la dieta del paciente basándose en los siguientes siete niveles (Cuadro 3)

Cuadro 3. ASHA'S National Outcomes Measurement System (ASHA'S NOMS)

NIVEL 1	El individuo no puede tragar nada de forma segura por la boca. Toda hidratación o nutrición debe ser recibida por medios no orales.
NIVEL 2	El individuo no puede tragar de manera segura por vía oral para la nutrición y la hidratación, pero puede tomar ciertas consistencias solo con supervisión terapéutica. Se requiere método alternativo de alimentación.
NIVEL 3	Se requiere un método de alimentación alternativo, debido a que la ingesta es de menos del 50% por boca, o la alimentación es segura solo con supervisión, estrategias compensatorias y alta restricción de consistencias.
NIVEL 4	La deglución es segura, pero por lo general, necesita algunas estrategias compensatorias y presenta restricción de algunas consistencias (alimentación supervisada), o aún requiere alimentación por sonda

NIVEL 5	La deglución es segura, requiere mínimas estrategias compensatorias y mínimas restricciones de consistencias. Toda la nutrición e hidratación es por boca.
NIVEL 6	La deglución es segura, pudiendo requerir ayudas ocasionales. El paciente es capaz de manejar sus propias dificultades cuando estas puedan ocurrir. Puede necesitar evitar alimentos específicos o necesitar más tiempo.
NIVEL 7	La alimentación independiente no está limitada por el mecanismo deglutorio. La deglución es segura y eficiente para todas las consistencias.

Tomado de: Burgoa Prieto, 2019

Esta escala organiza la severidad de forma decreciente, de modo que el primer se corresponde con el mayor nivel de severidad, hasta llegar al último que representa la normalidad.

(Burgoa Prieto, 2019)

ESCALAS DE FUNCIONALIDAD

Las escalas de funcionalidad permiten valorar el nivel de ingesta y las habilidades relacionadas con la alimentación y la deglución. Entre ellas se encuentran la Functional Oral Intake Scale (FOIS), que clasifica la ingesta oral en personas con disfagia; la Food Intake Level Scale (FILS), que mide el grado de dependencia y limitaciones durante la alimentación; la Eating and Drinking Ability Classification System for Individuals with Cerebral Palsy (EDACS), diseñada para describir las capacidades y limitaciones de alimentación en personas con parálisis cerebral; y la Penetration-Aspiration Scale (PAS), que evalúa la severidad de la penetración y aspiración durante la deglución. Estas escalas se explican a continuación.

Functional Oral Intake Scale (FOIS)

La Escala Funcional para la Ingesta Oral, FOIS por sus siglas en inglés, fue propuesta en 2005 por Crary, Mann, Groher y Helseth, y traducida al español en 2015 por Campos, Cancino, Díez de Medina y Fierro. Propone siete niveles de funcionalidad para la ingesta oral, divididos en dos bloques en función de la vía de alimentación (Cuadro 4):

Cuadro 4. Functional Oral Intake Scale (FOIS)

NIVELES DE FUNCIONALIDAD PARA	
LA INGESTA ORAL	CARACTERISTICAS
DEPENDIENTE DE VÍA DE ALIMENTACIÓN ALTERNATIVA	
NIVEL 1	Nada por vía oral.
NIVEL 2	Dependiente de alguna vía alternativa y mínima vía oral de alimentos o líquidos.
NIVEL 3	Dependiente de vía alternativa con consistente vía oral de alimentos o líquidos
INGESTA POR VÍA ORAL EXCLUSIVA	
NIVEL 4	Vía oral total de una única consistencia.
NIVEL 5	Vía oral total con múltiples consistencias, pero con necesidades de preparación especial o compensaciones.
NIVEL 6	Vía oral total con múltiples consistencias, sin necesidades de preparación especial o compensaciones, pero con restricciones alimentarias.
NIVEL 7	Vía oral total sin restricciones.

Tomado de: Burgoa Prieto, 2019.

La escala se organiza en orden decreciente de severidad, de modo que el primer nivel es el más grave y el último refleja la normalidad.

Según las investigaciones, la escala FOIS puede ser una herramienta útil con la cual documentar el cambio clínico, siendo apropiada como medida independiente de la ingesta oral funcional en estudios prospectivos de la disfagia relacionada con el accidente cerebrovascular. Por otro lado, también se considera una herramienta de gran utilidad en la evaluación y clasificación de pacientes que necesitan cuidados paliativos, ya que no implica una carga sobre el paciente.

Food Intake Level Scale (FILS)

La escala FILS por sus siglas en inglés, Food Intake Level Scale, fue diseñada por primera vez como un prototipo en 1993, siendo posteriormente validada en 2013. Propone diez niveles de severidad divididos en tres bloques en función de la participación de la vía oral en la alimentación del paciente (Cuadro 5):

Cuadro 5. Food Intake Level Scale (FILS)

Alimentación por vía oral imposible	
NIVEL 1	La deglución es difícil o imposible. Existen signos de aspiración y no existe reflejo de deglución. No es posible realizar un entrenamiento de la deglución.
NIVEL 2	Presencia de aspiración, pero tiene la capacidad de rehabilitarse desde el punto de vista de la deglución de manera indirecta en un comienzo, no usando alimentos.
NIVEL 3	A pesar de que existen signos clínicos de aspiración, se puede realizar entrenamiento directo de la deglución, pudiendo alimentarse sólo con pequeñas cantidades de comida. El resto del aporte es por vía enteral.

Alimentación por vía oral y alternativa	
NIVEL 4	La alimentación es enteral, pero es capaz de recibir aportes vía oral durante el tratamiento logopédico o por gusto, en pequeñas cantidades con cuidadores entrenados.
NIVEL 5	Alimentación por vía oral 1 a 2 veces al día con alimentos adaptados de acuerdo al tratamiento. Vía de alimentación enteral para el agua y el resto de las comidas.
NIVEL 6	Puede alimentarse vía oral 3 veces al día con alimentos acordes a los indicados en el tratamiento logopédico. El agua se aporta vía enteral.
Alimentación por vía oral exclusiva	
NIVEL 7	Come 3 comidas por vía oral. El agua se da con espesante y no se usa vía enteral.
NIVEL 8	Puede comer normalmente 3 veces al día, salvo para alimentos específicos que dificultan la deglución. Puede consumir agua.
NIVEL 9	No hay restricciones de dieta y todas las comidas son por vía oral con supervisión.
NIVEL 10	No hay restricciones de dieta. El paciente ingiere todo con normalidad.

Elaboración: Propia

La escala FILS es conceptualmente similar a la escala FOIS, aunque mientras la FOIS clasifica a los pacientes con alimentación por sonda con grados notablemente variables de ingesta oral y nutrición alternativa dentro de un solo nivel, la FILS los divide en tres niveles separados para que la gravedad se pueda clasificar más completamente. Sin embargo, se requieren mayores estudios de comparación entre ambas escalas.

Eating and Drinking Ability Classification System for Individuals with Cerebral Palsy (EDACS)

El Sistema de Clasificación de la Capacidad de Comer y Beber, EDACS por sus siglas en inglés, fue propuesto en 2013 por la Sussex Community NHS Foundation Trust. Esta escala se desarrolló para clasificar las limitaciones en la capacidad de alimentación de personas con Parálisis Cerebral (PC) a partir de los tres años de edad, proponiendo cinco niveles de severidad (Cuadro 6):

Cuadro 6. Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS)

NIVEL 1	Come y bebe de manera segura y eficiente
NIVEL 2	Come y bebe de manera segura, pero con algunas limitaciones de eficiencia.
NIVEL 3	Come y bebe con algunas limitaciones de seguridad, y con posibilidad de limitaciones en la eficiencia
NIVEL 4	Come y bebe con importantes limitaciones de seguridad.
NIVEL 5	No puede comer o beber de forma segura. Se puede considerar la alimentación por sonda para proporcionar la nutrición.

Tomado de: Burgoa Prieto, 2019

Las características clave de esta escala son la seguridad y la eficiencia, las cuales se utilizan para determinar los diferentes niveles de capacidad. Para esta escala, la seguridad se refiere a las texturas de alimentos o fluidos que una persona con PC puede morder, masticar y tragar sin riesgo de asfixia y aspiración. Por otro lado, la eficacia, es entendida como la pérdida de alimentos y líquidos por la boca, y la amplitud y velocidad de los movimientos orales asociados con la alimentación, que repercuten en el tiempo y esfuerzo empleado en las comidas.

Penetration-Aspiration Scale (PAS)

En el año de 1996, Rosenbek junto a otros colegas del Veterans Administration/University of Wisconsin Swallowing Laboratory desarrollaron una escala la cual pudiera evaluar la severidad de una posible invasión de la vía respiratoria durante la video fluoroscopia de la deglución. Fue así como nació la Escala de Penetración y Aspiración (PAS). (cuadro 6):

Cuadro 6. Penetration-Aspiration Scale (PAS)

CATEGORÍA	PUNTUACIÓN	DESCRIPCIÓN
Sin Pen. O Asp.	1	El material no ingresa a la vía aérea.
Penetración	2	El material ingresa a las vías respiratorias permanece por encima de las cuerdas vocales y es expulsado de las vías respiratorias.
	3	El material ingresa a las vías respiratorias permanece por encima de las cuerdas vocales y no se expulsa de las vías respiratorias.
	4	El material ingresa a las vías respiratorias, entra en contacto con las cuerdas vocales y es expulsado de las vías aéreas.
	5	El material ingresa a las vías respiratorias, entra en contacto con las cuerdas vocales y no se expulsa de las vías respiratorias.
Aspiración	6	El material ingresa a las vías respiratorias, pasa por debajo de las cuerdas vocales y es expulsado hacia la laringe o fuera de las vías respiratorias.
	7	El material ingresa a las vías respiratorias, pasa por debajo de las cuerdas vocales y no se expulsa de la tráquea, aunque el paciente se esfuerce.
	8	El material ingresa a las vías respiratorias, pasa por debajo de las cuerdas vocales y no se hace ningún esfuerzo para expulsarlo.

La versión con 8 puntos de esta escala es multidimensional, lo cual significa que esta estudia más de un comportamiento en estos dos principales ítems, la profundidad a la que puede llegar el bolo a invadir la vía aérea y la respuesta de la persona con disfagia

Esta escala se ha organizado de manera ordinal, esto significa que a partir del punto dos, el grado de severidad aumenta en comparación con el punto anterior. La aspiración es más severa que la penetración, por ende, la aspiración recibe un puntaje de 6, 7 y 8, mientras que la penetración recibe un puntaje de 2 o 3 si el residuo se mantiene por encima de las cuerdas vocales y 4 o 5 si el residuo entra en contacto con las cuerdas vocales. (Disfagia Máster, 2023)

CONCLUSIONES

- Las escalas de severidad de la disfagia son instrumentos que permiten cuantificar el trastorno de un paciente mediante la valoración de su evolución, aportando objetividad y concreción, y orientando el tratamiento y reduciendo los riesgos.
- Estas escalas son herramientas disponibles y valiosas, cuya utilización debe ser generalizada por parte de los profesionales que trabajan con la disfagia.
- Existen diversas escalas que atienden a diferentes factores, siendo necesario seleccionar de forma adecuada cuál de ellas es la que resulta más útil para cada momento y situación de la evaluación de un paciente.
- La escala FOIS destaca por ser la más difundida por los profesionales que trabajan con la disfagia.
- La escala FOIS ofrece una visión rápida, global y funcional de la severidad de la disfagia, mientras que la FILS permite reflejar los pequeños avances en pacientes con una evolución lenta.

- La escala DOSS requiere de pruebas de imagen para su adecuada aplicación, por lo que, aunque es una escala concreta, fiable y reconocida, que puede resultar de gran utilidad a profesionales como los médicos ORL, presenta limitaciones para la utilización por parte de los logopedas.
- La escala NOMS es muy reconocida y utilizada por los profesionales, a pesar de no haberse encontrado estudios psicométricos que la abalen.
- La escala EDACS resulta una herramienta específica para el colectivo con PC, pero presenta limitaciones en la aplicación a la población general.

(Burgoa Prieto, 2019)

REFERENCIAS

- Burgoa Prieto, S. (2019). Escalas de severidad de la disfagia: importancia de su uso en logopedia [Trabajo de fin de grado, Universidad de Valladolid]
- Disfagia Máster. (2023). Uso y consideraciones de la Escala de Penetración y Aspiración (PAS). Disfagia Máster. <https://disfagiamaster.org/uso-y-consideraciones-de-la-escala-de-penetracion-y-aspiracion-pas/>
- Logemann, J. A. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders* (2nd ed.). Pro-Ed.