

**HACIA LA CONSOLIDACIÓN DEL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO E  
INTERVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN DEL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR MÉDERI**

**DIANA LISSETTE PEÑA CORTES  
MÓNICA ANDREA MACHUCA MARTÍNEZ**

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO  
FACULTAD DE REHABILITACIÓN Y DESARROLLO HUMANO  
PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA  
BOGOTÁ  
2009**

**HACIA LA CONSOLIDACIÓN DEL SERVICIO DE DIAGNÓSTICO E  
INTERVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN DEL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO MAYOR MÉDERI**

**DIANA LISSETTE PEÑA CORTES  
MÓNICA ANDREA MACHUCA MARTÍNEZ**

**Informe final de Investigación presentado como requisito  
Parcial para obtener título de fonoaudióloga**

**Investigador Principal:  
Sandra Patricia Santoyo Prada, Fnlga.  
Grupo de Investigación en Rehabilitación e Integración  
Social de la Persona con Discapacidad**

**UNIVERSIDAD COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO  
FACULTAD DE REHABILITACIÓN Y DESARROLLO HUMANO  
PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGÍA  
BOGOTÁ  
2009**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la gerencia y equipo médico de la Red Méderi, por permitir la implementación de la encuesta.*

*A nuestra docente Sandra Santoyo por otorgarnos su apoyo, consejos, paciencia, y opiniones que nos sirvieron para sentirnos orgullosas en la participación dentro del proyecto de investigación.*

*A nuestras familias por el apoyo que siempre nos han brindado y con el cual hemos logrado culminar la carrera profesional, siendo para nosotras ser fonoaudiólogas la mejor de las herencias.*

## TABLA DE CONTENIDO

- I. Introducción.**
- II. Justificación.**
- III. Planteamiento del problema.**
- IV. Objeto de estudio.**
- V. Cuestiones a responder mediante la investigación.**
- VI. Objetivos.**
- VII. Marco teórico.**

### **CAPITULO I**

- 1. Definición de disfagia.**
- 2. Epidemiología de la disfagia.**
- 3. Tipos de disfagia.**
  - 3.1. Disfagia orofaríngea**
    - 3.1.1. Definición.**
    - 3.1.2. Síntomas.**
    - 3.1.3. Etiología de la disfagia orofaríngea.**
      - 3.1.3.1. Enfermedad de Parkinson.
      - 3.1.3.2. Esclerosis Lateral Amiotrófica.
      - 3.1.3.3. Esclerosis Múltiple.
      - 3.1.3.4. Enfermedad de Alzheimer.
      - 3.1.3.5. Accidente Cerebro Vascular.
  - 3.2. Disfagia Esofágica.**
    - 3.2.1. Definición.**
    - 3.2.2. Síntomas.**
    - 3.2.3. Etiología de la disfagia esofágica.**
      - 3.2.3.1. Anillos Esofágicos (Anillo de Schatzki).
      - 3.2.3.2. Carcinoma de Esófago.
      - 3.2.3.3. Hernia Hiatal.
      - 3.2.3.4. Esofagitis por ingesta de cáusticos y/o medicamentos.
      - 3.2.3.5. Acalasia.
      - 3.2.3.6. Reflujo Gastroesofágico.

- 4. Complicaciones de la disfagia**
  - 4.1. Aspiración y penetración.**
  - 4.2. Desnutrición.**
  - 4.3. Deshidratación.**
- 5. Diagnóstico de la disfagia.**
  - 5.1. Evaluación con tecnología blanda.**
    - 5.1.1. Anamnesis.**
    - 5.1.2. Examen anatomofiológico.**
    - 5.1.3. Evaluación de pares craneales.**
    - 5.1.4. Evaluación de la función deglutoria.**
    - 5.1.5. Test del vaso de agua.**
  - 5.2. Evaluación instrumental (tecnología de punta).**
    - 5.2.1. Estudios radiológicos
      - 5.2.1.1. Radiología simple.
      - 5.2.1.2. Videofluoroscopia.
      - 5.2.1.3. Esofagograma.
    - 5.2.2. Estudios endoscópicos.
      - 5.2.2.1. Endoscopia digestiva alta.
      - 5.2.2.2. Nasofaringoscopia.
      - 5.2.2.3. Evaluación endoscópica por fibra óptica de la deglución (fess).
    - 5.2.3. Estudios manométricos.
      - 5.2.3.1. Manometría faringoesofágica.
- 6. Manejo terapéutico fonoaudiológico.**
  - 6.1. Técnicas compensatorias.**
    - 6.1.1. Cambios posturales.
      - 6.1.1.1. Cabeza hacia atrás.
      - 6.1.1.2. Cabeza hacia delante.
      - 6.1.1.3. Flexión lateral
    - 6.1.2. Modificación del volumen y velocidad del bolo.
    - 6.1.3. Modificación de las consistencias de los alimentos.
    - 6.1.4. Empleo de prótesis intraorales.
    - 6.1.5. Técnicas de incremento sensorial.
  - 6.2. Técnicas de tratamiento.**
    - 6.2.1. Ejercicios neuromusculares.

- 6.2.2. Maniobras deglutorias.
- 6.2.2.1. Deglución supraglótica.
- 6.2.2.2. Deglución supersupraglótica.
- 6.2.2.3. Deglución forzada.
- 6.2.2.4. Maniobra de mendelsohn.
- 6.2.2.5. Maniobra de masako.

**6.3. Manejo médico de la disfagia.**

- 6.3.1. Tratamiento quirúrgico de la disfagia.
- 6.3.1.1. Gastrostomía endoscópica percutánea.
- 6.3.1.2. Miotomía cricofaríngea.

**7. Centros de Deglución.**

- 7.1. Definición.
- 7.2. Organización del centro de deglución.
- 7.3. Equipo interdisciplinario del centro de deglución.
- 7.4. Algoritmos para el diagnóstico de la disfagia.

**VIII. Marco Metodológico.**

**IX. Población y Muestra.**

**X. Metodología y desarrollo de investigación.**

**XI. Resultados.**

**XII. Cronograma.**

**XIII. Conclusiones.**

**XIV. Recomendaciones.**

**Bibliografía.**

**Anexos**

## I. INTRODUCCIÓN

El presente informe de investigación de la primera fase del proyecto “*Hacia la consolidación del servicio de diagnóstico e intervención de los trastornos de la deglución del hospital universitario mayor Méderi*”, se organiza a partir de un marco metodológico, donde se presentan los aspectos relacionados con la disfagia, las causas, el diagnóstico en términos de uso de tecnología blanda y tecnología de punta, el abordaje terapéutico del paciente con esta patología, para culminar con una aproximación a lo que hoy en día se denomina centros de deglución como espacios pensados para la atención e investigación de la población que presenta trastornos de la deglución.

En el segundo momento del informe, se expone el marco metodológico, en donde presenta la población y muestra, descripción de la metodología empleada para la investigación, métodos de recolección de información y los resultados obtenidos para la primera fase de investigación; así mismo se presentan las conclusiones del proyecto y recomendación para la segunda fase que espera dar a conocer una propuesta para la consolidación de un servicio de diagnóstico y manejo de los trastornos de la deglución en el marco de los centros de excelencia en las disciplinas de la salud.

## II. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha evidenciado un incremento dramático en la demanda de servicios de deglución y alimentación en todos los escenarios: hospitales de tercer y cuarto nivel, centros médicos, atención domiciliaria, hogares para adultos, escuelas, programas de intervención temprana y en unidades de cuidado intensivo tanto neonatal como de adultos.

Los desórdenes de la deglución (disfagia), se presentan en múltiples diagnósticos médicos desde infantes prematuros hasta adultos mayores. La incidencia y la prevalencia varían entre los distintos grupos de diagnóstico. La morbilidad relacionada con disfagia puede convertirse en una preocupación mayor para todas las personas que giran en torno al trastorno. Por ejemplo, la disfagia resultante de accidentes cerebro-vasculares es considerada la mayor causa de morbilidad debido a complicaciones respiratorias, tales como neumonía, y malnutrición y se registra que la mortalidad para los adultos mayores por neumonía es del 43% (1).

De otra parte, es claro que los avances científicos y tecnológicos han aumentado considerablemente la sobrevivencia y el período de vida tanto de adultos como de niños con enfermedades graves o con discapacidades severas. La conciencia sobre las expectativas del cuidado de la salud y los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con disfagia ha sido tema en los últimos tiempos y el escenario de la atención se extiende desde las salas de agudos a las salas de crónicos e incluso hasta el hogar. Por lo anterior, es patente la necesidad de establecer una red de cuidado de la salud que sea capaz de integrar los recursos del hospital y de la comunidad y de optimizar los recursos humanos e instrumentales, de manera que la admisión, el manejo, el tratamiento y el seguimiento del paciente sean la prioridad.

Ahora, la cantidad de literatura sobre los trastornos de la deglución muestra que este tema ha cobrado importancia entre los especialistas de la salud y uno de los principales temas sobre los cuales ha girado la investigación es la

necesidad de la aproximación interdisciplinaria de la disfagia, tomando en consideración la patología de base y definiendo el campo de la práctica en los escenarios médicos y de rehabilitación de cada uno de los integrantes del grupo.

En Colombia, a pesar de que los profesionales de la salud identifican y manejan la patología de manera individual, poco asumen la intervención interdisciplinaria y no muestran evidencia acerca de cómo tratar el problema más allá de su objeto de estudio, dándole poco valor a abordaje integral del paciente con disfagia.

En los últimos años, la fonoaudiología ha ampliado considerablemente su radio de acción. Uno de los campos que refleja el impacto del fonoaudiólogo continúa siendo el clínico, aunque en este momento ya no sólo circunscrito a los problemas de habla y lenguaje derivados de diferentes patologías, sino que ahora el profesional de esta disciplina hace parte integral de las clínicas o programas que abordan y manejan pacientes con trastornos de la deglución, apoyando su diagnóstico y tratamiento.

En el momento actual, la integración de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario a la Corporación Hospitalaria Juan Ciudad y en particular con el Hospital Universitario Mayor Méderi, presenta para el programa de Fonoaudiología un escenario que permite pensar en la articulación con otras disciplinas médicas con el fin de conformar un servicio interdisciplinario para el abordaje del paciente con disfagia de manera tal que, además de cumplir con las funciones sustantivas de la Universidad de docencia, investigación y extensión además, redunde en servicios de alta calidad en beneficio de la población que allí asiste, por lo tanto es indispensable realizar investigación clínica acerca de lo que se viene realizando en el abordaje de los pacientes que presentan trastornos de la deglución en cuanto a: admisión, evaluación-diagnóstico, intervención y seguimiento, con el objetivo de formalizar y reglar la práctica profesional interdisciplinaria al respecto.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La disfagia es una de las entidades menos conocida a pesar de su enorme impacto en la capacidad funcional, la salud y la calidad de vida de las personas que la padecen. Se manifiesta en dificultad o malestar para mover el bolo alimentario desde la boca hasta el estómago. Desde un punto de vista anatómico, puede deberse a disfunciones orofaríngeas o esofágicas y desde el punto de vista fisiopatológico, las causas pueden ser estructurales o funcionales (2). Estudios recientes han demostrado que la disfagia afecta en diferentes grados entre el 56 y el 78% de la población adulta (3). Una proyección de una agencia de los Estados Unidos ha estimado que más de 16 millones de adultos de dicho país requerirán cuidados específicos por disfagia en el año 2010 (4).

Sin embargo, el abordaje de esta patología en ocasiones no es claro en términos de diagnóstico, intervención médica, quirúrgica o terapéutica por lo que los pacientes muchas veces no evidencian resolución o evolución favorable frente a su problemática, además de que a veces la disfagia complica el estado general de salud conllevando hasta la muerte. Por tanto, la investigación pretende indagar sobre la magnitud de los desórdenes de la deglución, los profesionales que realizan el diagnóstico y el manejo que se está haciendo de esta patología en el Hospital Universitario Mayor, además de conocer qué tipo de tecnología dura y blanda se está utilizando en los procedimientos de evaluación-diagnóstico e intervención. Finalmente, sobre la base de este análisis, se formulará una propuesta para la implementación de un servicio, en consonancia con los últimos avances nacionales e internacionales, para el ofrecimiento de un servicio de atención en disfagia en el Hospital Universitario Mayor.

#### **IV. OBJETO DE ESTUDIO.**

El objeto de estudio de la presente investigación gira en torno a la concepción que tienen los profesionales de la salud que intervienen pacientes con desórdenes deglutorios en los diferentes servicios médicos del Hospital Universitario Mayor, buscando determinar la importancia que para ellos tiene la evaluación clínica, el empleo de la tecnología, la intervención y el manejo interdisciplinario de la disfagia.

## V. CUESTIONES A RESPONDER MEDIANTE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación pretende dar respuesta a tres interrogantes (Tabla 1) que en conjunto pretenden, por un lado, describir el panorama actual que se evidencia en el Hospital Universitario Mayor frente al manejo que le da el cuerpo de profesionales de la salud a los pacientes con disfagia, y en segundo lugar, identificar los procedimientos y dar recomendaciones para optimizar el manejo de la población aquejada con esta patología, promoviendo la creación de un servicio de diagnóstico e intervención en el marco de los centros de excelencia que operan en el mundo.

**Tabla 1. Interrogantes que guían la investigación.**

¿En el hospital se emplea un protocolo preestablecido para el diagnóstico de disfagia?
¿Se emplea tecnología de punta para el diagnóstico de la disfagia?
¿El equipo de profesionales hospital considera significativo el abordaje interdisciplinario para las alteraciones deglutorias?

## **VI. OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL.**

Analizar las necesidades y los requerimientos, en términos del recurso humano, infraestructura, tecnología y los procedimientos para la oferta de un servicio interdisciplinar de diagnóstico (instrumental-tecnológico) de los trastornos adquiridos de la deglución en el cuarto nivel de atención de la red hospitalaria Méderi.

### **Objetivos Específicos:**

- Conocer la magnitud de los problemas de deglución en el Hospital Universitario Mayor Méderi.
- Identificar los servicios que reciben los pacientes con disfagia.
- Identificar los profesionales responsables del manejo de los pacientes con trastornos de la deglución.
- Identificar la tecnología (dura y blanda) que se utiliza en el abordaje de los pacientes con disfagia.
- Diseñar un modelo de prestación de servicios (centro de deglución) para los pacientes con disfagia.

## **VII. MARCO TEÓRICO.**

### **CAPITULO I**

#### **1. Definición de Disfagia :**

El término disfagia se deriva del griego phagein (deglutir), haciendo referencia a cualquier anomalía en el proceso de la deglución, durante el transporte del bolo alimenticio desde la cavidad oral hasta el estómago y que afecta cualquiera de las fases de la deglución (5).

#### **2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DISFAGIA**

Malagelada, Bazzoli, Elewaut, Fried, Krabshuis (2004)<sup>(6)</sup> mencionan que “no se disponen 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; así mismo, 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 se acrecienta con la edad.”

Farneti y Consolmagno (2007) <sup>(7)</sup> afirman que: “el número de personas mayores que padecen disfagia va en aumento, puesto que esta población tiene mayor riesgo de padecer todo tipo de enfermedades y discapacidades; es importante destacar que los efectos secundarios alcanzan a comprometer la calidad de vida del adulto mayor, puesto que puede ocasionar aspiraciones que en casos significativos conllevan a neumonías; los datos internacionales muestran que para el año 2010 cerca de 16.500.000 personas en los Estados Unidos necesitaran de atención para esta alteración; por otra parte, la incidencia y la prevalencia de la disfagia depende de la patología subyacente, señalando los trastornos neurológicos, enfermedades del sistema nervioso central, desórdenes neuromusculares y lesiones estructurales, entre otras.”

Betancor, Serrano, Esperanza, Miralles, Cervera (2006) (8) afirman que: “los trastornos de la deglución son frecuentes en ancianos en el ámbito hospitalario e influyen notablemente en la calidad de vida de estas personas”. En pacientes institucionalizados la incidencia varía del 30-40%, sobre todo en aquellos que padecen deterioro cognitivo, o secuelas de enfermedad vascular cerebral y la incidencia oscila entre 25-50% en estos pacientes (9). La disfagia es frecuente en los ancianos y se presenta entre el 7 y 10% de los mayores de 50 años y más del 25% de los ancianos hospitalizados y cerca del 40% de los recluidos en hogares geriátricos presentan problemas de la deglución.

En una revisión realizada en el año 2007 por Pere, Arreola, Velascob, Querc, Castellví, Almira, García y Carraug (10) acerca de la incidencia de la disfagia y su distribución por diagnóstico principal (en el caso específico de las disfagias neurogénicas), se encontró que un 30% de los pacientes que han sufrido un Accidente Cerebrovascular (ACV) presenta el citado desorden, mientras que el porcentaje asciende a 52 - 82% y 84% en las enfermedades de Parkinson y Alzheimer, respectivamente. Asimismo, en los casos de esclerosis lateral amiotrófica (ELA), miastenia gravis y esclerosis múltiple, la proporción de sujetos afectados es de 60%, 40% y 44%.

La Fundación Jiménez Díaz de España, reporta un estudio realizado en 1999 por el Grupo de Estudio Europeo para el Diagnóstico y Tratamiento de la Disfagia y el Globo esofágico (EGDG) entre pacientes de edad avanzada de residencias de países europeos (Inglaterra, Alemania, Francia y España). En dicha investigación “se encontró sólo un treinta y seis por ciento (36%) de diagnóstico formal de esta enfermedad, el cual era el más bajo de todo el continente” (11).

En otro estudio patrocinado por Novartis, se evaluaron las condiciones de salud de cuatrocientas (400) personas de edad avanzada en centros geriátricos y hospitales de Inglaterra, Alemania, Francia y España, confirmando que un cincuenta y cinco (55%) de las personas manifestaron incapacidad para ingerir ciertos alimentos y bebidas a causa de un problema de deglución y el cuarenta

y ocho (48%) de los sujetos manifestó que los problemas de deglución le produjeron un impacto significativo en su vida (12).

Ángel y Suárez (2004), consideran que en Colombia no existen datos precisos sobre la prevalencia de las disfunciones orofaríngeas; sin embargo, las estadísticas de los años 1998 al 2000 de la Clínica Carlos Lleras Restrepo (Entidad Social del Estado), indican que de mil cuatrocientos veintisiete (1427) pacientes que recibieron atención fonoaudiológica, el 11.7% solicitó el servicio o fue remitido por desórdenes miofuncionales, disfagia y problemas de habla asociados (13).

### **3. Tipos de Disfagia**

#### **3.1. Disfagia Orofaringea**

##### **3.1.1 Definición:**

Es la incapacidad de formar el bolo alimenticio y/o dificultad para transportarlo desde la boca al esófago (14).

##### **3.1.2. Signos y síntomas:**

Entre los signos y síntomas frecuentemente relacionados con disfagias orofaríngeas están:

- Sialorrea.
- Tos, antes durante y después de la deglución.
- Pérdida de peso
- Neumonía por aspiración
- Dificultad para iniciar la deglución
- Regurgitación nasal
- Disartria.

### 3.1.3. Etiología de la Disfagia orofaríngea.

La disfagia orofaríngea se ha convertido en un síntoma a veces invisible. Está ligada a diversas enfermedades o a la falta de diagnóstico oportuno, que da lugar a complicaciones más graves. A continuación se describirán una serie de patologías que se han relacionado de forma clara con la presencia de disfagia orofaríngea.

- 3.1.3.1. **Enfermedad de Parkinson:** Es un desorden neurológico progresivo, resultante de la degeneración de la dopamina, la producción de neuronas en la sustancia nigra y el núcleo dorsal motor en los ganglios basales del Sistema Nervioso Central, que ocasiona una alteración en la deglución tanto en la etapa oral como faríngea, aproximadamente entre un 20% y un 40% de los pacientes presentan retardo en el inicio del reflejo faríngeo de 2 a 3 seg., reducción de la contracción faríngea y alteración en la elevación, cierre laríngeo (15).
- 3.1.3.2. **Esclerosis lateral amiotrófica:** Es un trastorno neurológico degenerativo causado por un deterioro de la neurona motora motriz superior, que produce un retraso en la respuesta deglutoria e insuficiencia en la elevación y cierre laríngeo, como disfunción cricofaríngea.
- 3.1.3.3. **Esclerosis Múltiple:** La esclerosis múltiple es una enfermedad del sistema nervioso central que afecta al cerebro y la médula espinal. La esclerosis múltiple (EM), hace referencia a la aparición de placas o parches de desmielinización esparcidos por todo el Sistema Nervioso Central, se considera una enfermedad desmielinizante por compartir dos características importantes con estas; Lesiones limitadas a la sustancia blanca del Sistema Nervioso Central y pérdida de mielina en las lesiones, se denomina Esclerosis múltiple por la multiplicidad de las lesiones y de su aspecto estático. El efecto principal de la desmielinización es impedir la conducción eléctrica saltatoria desde un nodo de Ranvier, en el que se concentran los canales de sodio, hacia el siguiente nodo. Aproximadamente, treinta

por ciento (30%) de los pacientes con este diagnóstico presentan disfagia, manifestando reducción del control lingual y contracción faríngea, retardo en el inicio del reflejo faríngeo y alteración del cierre laríngeo (16).

3.1.3.4. **Enfermedad de Alzheimer:** afección cerebral progresiva y degenerativa que afecta la memoria, el pensamiento y la conducta. El tejido cerebral muestra "nudos neurofibrilares" (fragmentos enrollados de proteína dentro de las neuronas que las obstruyen), "placas neuríticas" (aglomeraciones anormales de células nerviosas muertas y que están muriendo, otras células cerebrales y proteína) y "placas seniles" (áreas donde se han acumulado productos de neuronas muertas alrededor de proteínas). Aunque estos cambios ocurren en cierto grado en todos los cerebros con la edad, se presentan mucho más en los cerebros de las personas con enfermedad de Alzheimer. La destrucción de las células nerviosas (neuronas) lleva a una disminución de los neurotransmisores (sustancias secretadas por una neurona para enviar los mensajes a otra neurona), cuyo equilibrio correcto es crítico para el cerebro. Esta enfermedad llega a afectar el habla produciendo apraxia; la deglución se altera por la reducción de los movimientos linguales, el retardo en el inicio de la deglución faríngea, debilidad faríngea bilateral, la reducida elevación laríngea y del movimiento de la base de la lengua (16).

3.1.3.5. **Accidente Cerebrovascular (ACV):** es la brusca interrupción del flujo sanguíneo al cerebro producida por un episodio agudo que afecta las funciones del sistema nervioso central en virtud función del área cerebral afectada. En el ACV se puede observar deterioro de la etapa oral de la deglución, ausencia o retraso en el desencadenamiento de la fase faríngea y según estudios realizados por Veis and Logemann, en treinta pacientes con ACV se encontró: que el 82% presentaron retardo en el reflejo faríngeo, 50% reducción del control lingual, 32% aspiración de alimentos y 5% disfunción cricofaríngea.

## **3.2. Disfagia esofágica**

### **3.2.1. Definición.**

Dificultad para transportar el alimento por el esófago una vez el bolo ha atravesado la faringe y el esfínter esofágico superior (EES) (14).

### **3.2.2. Signos y síntomas.**

Entre los signos y síntomas comúnmente referidos a la disfagia esofágica se encuentran:

- Sialorrea
- Regurgitación nasal.
- Dolor torácico
- Pérdida de peso
- Disfagia para sólidos como para líquidos.

### **3.2.3. Etiología de la Disfagia esofágica**

En el caso de la disfagia esofágica se dan alteraciones sobre la estructura donde se señalan, tumores benignos esofágicos o faríngeos, alteraciones en la estructura o cambios secundarios a una intervención quirúrgica. Las enfermedades del esófago se encuentran entre las primeras 50 causas por las cuales las personas buscan atención médica (17). Las entidades patológicas que causan disfagia pueden producir ruptura esofágica, deficiencias nutricionales y neumonía aspirativa. Dentro de las patologías relacionadas con disfagia esofágica encontramos:

- 3.2.3.1. **Anillos esofágicos (Anillo de Schatzki):** El anillo esofágico inferior conocido como Schatzki o anillo B, se encuentra localizado en la unión escamo-columnar con una hernia del hiato. Esta es una membrana de la mucosa usualmente de no más de 2 a 3 mm de grosor. En ocasiones se asocia a disfagia para sólidos cuyos síntomas se alivian mediante una dilatación (18).

- 3.2.3.2. **Carcinoma de esófago:** Este tumor está relacionado a personas que fuman y abusan de bebidas embriagantes. La ingestión de cáusticos y sus secuelas en el esófago son factores de riesgo para desencadenar esta patología. La dificultad para deglutir alimentos es uno de los principales síntomas que generalmente progresa de dificultad para pasar alimentos sólidos y luego a líquidos. La tos también es una queja común y generalmente se presenta posterior a aspiración. El Reflujo gastroesofágico crónico puede desarrollar una condición denominada Esófago de Barret el cual aumenta el riesgo hasta cuarenta veces de desarrollar adenocarcinoma del cardias (19).
- 3.2.3.3. **Hernia hiatal:** Se define como hernia hiatal el prolapso del estómago proximal hacia el tórax a través del hiato esofágico del diafragma. La hernia hiatal es una condición esencialmente adquirida que no sólo es la más frecuente de las hernias diafragmáticas, sino una de las anormalidades más frecuentes que afectan el tracto gastroesofágico superior (20). La mayoría de los pacientes con hernia hiatal por deslizamiento son asintomáticos. Cuando se hacen manifiestas, la sintomatología está dada básicamente por pirosis, regurgitación y dolor retroesternal, síntomas clásicos del RGE que es la manifestación más significativa en los pacientes con hernia hiatal. Puede presentarse disfagia generalmente asociada a esofagitis, estenosis péptica, anillo de Schatzki o por la compresión de la crura diafragmática en la porción herniada del estómago.
- 3.2.3.4. **Esofagitis:** Es un término general para designar cualquier inflamación, irritación o hinchazón del esófago. En Estados Unidos y otros países occidentales se reporta que alrededor del 5% de la población presenta esofagitis en la edad adulta, y la disfagia es un síntoma que está presente en el 19% de los pacientes que la padecen.
- 3.2.3.5. **Acalasia:** La acalasia proviene de un término griego, que significa falta de relajación. Es el trastorno de la motilidad esofágica caracterizada por la ausencia de peristaltismo en el cuerpo del esófago; falta de relajación del esfínter esofágico inferior a la

deglución y por una razón de alta presión en la parte inferior del esófago (21, 22,23). La acalasia es una enfermedad poco común pero no rara, su incidencia va del 0.4 a 0.6 por 100.000 habitantes, se presenta desde la infancia hasta la edad adulta pero la mayoría de casos están entre los 20-40 años, sin preferencia por el sexo (16,17). Se aprecia preferentemente en los países de América del Sur, afectando a 12.000.000 de individuos según la Organización Panamericana de la Salud. (18) La disfagia es el síntoma principal tanto para sólidos y líquidos en diversos grados; tienen una evolución larga, es intermitente, y este síntoma se exagera con la ingesta de líquidos fríos y en problemas emocionales; se alivia elevando los hombros, estirando el cuello o realizando maniobra de Valsalva. (21, 22, 17,18). Se acompaña de regurgitación (60-90%) de alimentos no digeridos por acumulación de estos en la zona por encima de la estenosis, y presentan dolor torácico retroesternal en 35-50% de los pacientes. La pérdida de peso es variable y puede ser indicador de la gravedad del proceso (21, 22,18). Puede producirse aspiración nocturna del material retenido en el esófago". (24)

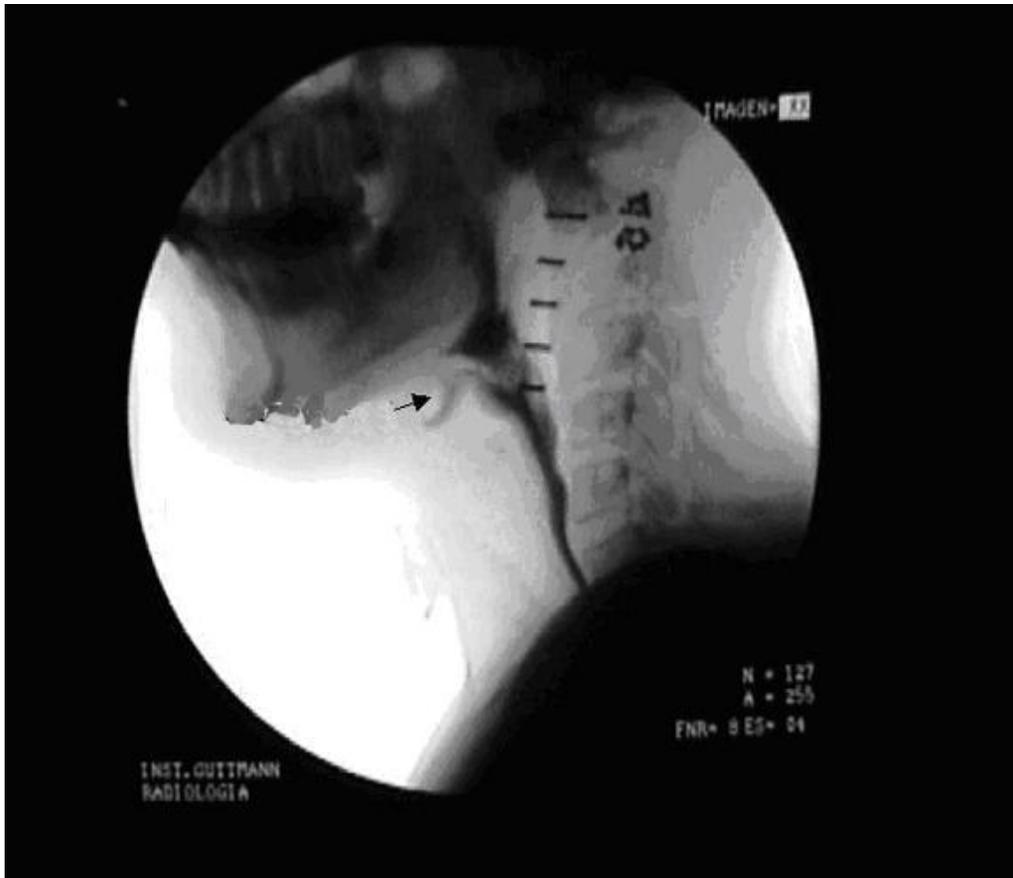
- 3.2.3.6. **Reflujo Gastroesofágico:** Esta patología hace alusión al retorno sin esfuerzo del contenido gástrico a la boca, de forma esporádica y especialmente en el período posprandial, que acontece con una prevalencia de hasta el 18% en lactantes. Cuando este fenómeno incrementa su frecuencia e intensidad, puede llegar a superar la capacidad defensiva de la mucosa esofágica y provocar una enfermedad por RGE (ERGE), con sintomatología variable, evidente o silente, típica o atípica, con repercusiones clínicas, que no siempre se logran controlar con tratamiento médico, provocando ocasionalmente esofagitis (0,5%) y/o estenosis esofágicas (0,1%). Puede tener diversas causas entre las que se encuentran: tono del esfínter esofágico inferior insuficiente (EEI), inadecuada respuesta del EEI al aumento de la presión intrabdominal, hernia de hiato, peristaltismo esofágico anómalo; se puede acompañar de Esofagitis por Reflujo (es la inflamación del esófago causada por el reflujo del

contenido gástrico al esófago) en un 15% de la población muestran síntomas de reflujo una vez a la semana y un 7 % diariamente (25).

#### **4. COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA.**

##### **4.1. *Aspiración y Penetración:***

Según Crivelli (1999), la aspiración puede deberse a: grandes cantidades de un bolo sólido, cantidades de líquidos, fluidos corporales como secreciones orales, líquido gástrico, etc. Adicionalmente, el experto considera que la aspiración puede causar infecciones respiratorias, abscesos pulmonares, neumonía espirativa y asfixia aguda (26). La penetración es definida según Boliart (2001) (27). Como el paso de contenido del bolo al vestíbulo laríngeo por encima de las cuerdas vocales; cuando el contenido alimenticio atraviesa las cuerdas vocales y entra a la vía respiratoria se define como, aspiración (Fig. 1). Ambos fenómenos son síntomas de disfunción deglutoria.



**(Fig. 1) Aspiración.** Tomado de: Terre Bololiart, F. Orient, D. Guevara. Disfagia orofaríngea en pacientes afectados de esclerosis múltiple. *Rev Neurol* 2004; 39 (8): 707-710. (28)

Diversos estudios muestran que la incidencia de neumonía varía considerablemente, dependiendo de la población de pacientes estudiados. La neumonía como resultado de un ECV se reporta entre el 1.5% y 13%. Los factores de riesgo para la neumonía aspirativa en pacientes hospitalizados y en pacientes de instituciones terciarias incluyen: alteración del sensorio, enfermedad de base severa, estado de dependencia, edad avanzada, alimentación por sonda, reflujo gastroesofágico, inmunodepresión, desnutrición y disfagia (27).

La neumonía por aspiración es una complicación grave de la disfagia que tiene una mortalidad muy elevada (del 50%). Más grave aún es el hecho de que hasta una tercera parte de los pacientes que aspiran lo hacen de forma silente, sin que se acompañe de tos, lo que aumenta el riesgo de presentar neumonía (29).

#### **4.2. Desnutrición.**

El impacto de la disfagia sobre el estado nutricional es considerable, puesto que se altera la capacidad para deglutir y la dieta adecuada es un reto. La desnutrición es un factor de riesgo para el desarrollo de neumonía porque hace al paciente susceptible a una colonización alterada de la orofaringe y reduce la resistencia a la infección por depresión del sistema inmune. Como lo menciona Criveli (1999), en pacientes admitidos a servicios de rehabilitación se ha reportado un 49% de desnutridos entre todos los pacientes con secuelas de ACV, y en el 65% de aquellos que presentaban disfagia. La elección de la metodología para evaluación nutricional dependerá de la experiencia del grupo tratante de los pacientes con disfagia (26).

#### **4.3. Deshidratación.**

Crivelli (1999) (26) plantea que el principal síntoma de deshidratación es una disminución del flujo salival, lo cual promueve una alteración de la colonización de la orofaringe y una alteración de la preparación del bolo debido a la falta de saliva, por lo que es esencial hacer un monitoreo frecuente al estado de hidratación, puesto que los pacientes que padecen de disfagia están restringidos en términos de su ingesta de líquidos.

### **5. DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA**

La Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición ASHA (2001) (30) describe que el fonoaudiólogo tiene extenso conocimiento de la anatomía y de la fisiología, de la zona aerodigestiva superior (regiones anatómicas del esófago orales, faríngeas, y cervicales) y en general de la morfofisiología relacionada con la deglución, al igual que el desarrollo morfológico según la edad, niños y adultos incluyendo la edad geriátrica. El fonoaudiólogo también tiene un amplio conocimiento de las etiologías médicas y del comportamiento subyacente de las alteraciones de la deglución; igualmente en los desórdenes de la comunicación que incluyen la cognición, lenguaje, que en un momento

determinado puede afectar el diagnóstico y tratamiento del desorden deglutorio, por lo tanto, su participación en el equipo interdisciplinario que aborda esta población es determinante.

Para el diagnóstico de la disfagia se debe tener en cuenta, en primer lugar, la exploración clínica, la cual, se iniciará por el análisis de la historia clínica del paciente, identificando tanto el estado cognitivo, nutricional y respiratorio (coordinación respiración – deglución y la fonación) como los antecedentes patológicos, quirúrgicos y farmacológicos. En segundo lugar, durante la exploración física se considerarán la anatomía y funcionalidad las estructuras orofaciales que intervienen en la deglución. Por último se realizará la evaluación con alimentos de diferentes volúmenes y viscosidades, con el objetivo de valorar los aspectos de la deglución, como: la masticación, ascenso y descenso laríngeo, coordinación deglución-respiración, fonación, regurgitación nasal u oral, presencia de tos, residuos en cavidad oral, cantidad y duración de la ingesta, calidad de la voz, entre otros.

El diagnóstico oportuno de la disfagia depende de la labor de los profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario, retomando la información pertinente que proporciona una evidencia indirecta de una alteración en la deglución (31). Esto permite identificar signos y síntomas, determinar el riesgo de aspiración, contemplar la posibilidad de establecer vías alternas de nutrición y definir la necesidad de realizar exámenes complementarios para el diagnóstico certero de disfagia.

Igualmente, es necesario efectuar la exploración de la cavidad oral, cabeza, cuello y la región supraclavicular, así como el examen detallado de los pares craneales implicados en la deglución (V, VII, IX, X, XI y XII). Se requiere también evaluar la expresión oral y la calidad vocal, identificando los factores que pueden afectar la función deglutoria como la presencia de tos, fatiga y postura, entre otros aspectos.

La ASHA (2000) (32), ha suministrado directrices sobre los conocimientos teóricos y las habilidades que un fonoaudiólogo debe poseer para prestar

servicios a pacientes con disfagia por ejemplo el manejo de instrumentos y protocolos para el diagnóstico de las alteraciones deglutorias. En los últimos diez años la carrera de Fonoaudiología ha sido testigo del aumento de la tecnología que se ha desarrollado para evaluar la disfagia (32).

## **5.1. EVALUACIÓN CON TECNOLOGÍA BLANDA.**

La finalidad de la administración de diferentes exámenes diagnósticos no instrumentales e instrumentales es establecer el tipo de alteración y causa de la disfagia, al mismo tiempo que se determina la seguridad de la deglución y los posibles tratamientos: alimentación oral o no oral, modificaciones dietéticas, entre otros. A continuación se describen los diferentes exámenes no instrumentales e instrumentales.

### **5.2.1. Anamnesis.**

Ricci Maccarini, Filippini, Padovani, Limarz, et. al (2007) (33) refieren que “la evaluación no instrumental desempeña un papel importante en la evaluación de los pacientes con disfagia. Esa evaluación es llamada “Examen de Cabecera” que tiene como objetivo establecer si la disfagia está presente, evaluando la gravedad y causas, proporcionando así un plan de rehabilitación”.

Ricci Maccarini, Filippini, Padovani, Limarz, et. al (2007) (33) propone una serie de ítems a evaluar para el diagnóstico de la disfagia (Anexo 1).

El primer paso en la evaluación no instrumental es la realización de la anamnesis que debe incluir:

- Datos generales del paciente y condiciones generales: (situación nutricional y respiratoria).
- Diagnóstico neurológico: normalidad o presencia de enfermedad degenerativa.

- Descripción sobre los procedimientos que el paciente ha recibido, como intervención oncológica o cirugía maxilo facial.
- Nivel de vigilia.
- Condiciones neurológicas.
- Nivel de comunicación.
- Tipo y modalidad de Alimentación: hábitos alimenticios del paciente.
- Cualidades de la voz y articulación del habla.
- Presencia de sialorrea.
- Prolongación en la masticación.

### **5.2.2 Examen anatomofiológico.**

Luego de la Evaluación general del paciente, se realiza una evaluación anatomofisiológica de las estructuras involucradas en la deglución, que contemple: (33) (Anexo 2).

- Labios: tamaño, forma, actividad pasiva y praxias.
- Lengua: tamaño, forma, actividad pasiva y praxias.
- Mandíbula: tamaño, forma, actividad pasiva y praxias.
- Paladar blando: tamaño, forma, actividad pasiva y grado de excursión.

El otro paso consiste en evaluar la sensibilidad de la zona peribucal superficial y profunda de las estructuras anatomofisiológicas: labios, boca, lengua, paladar blando y reflejos; estos últimos se evalúan preferiblemente en pacientes neurológicos.

- Normal: se evidenciara el reflejo de tos.
- Patológica: reflejo de mordedura y succión.
- Conjuntamente se debe realizar una evaluación gustativa.

### **5.1.3. Evaluación de Pares Craneales.**

Teniendo en cuenta la disfagia muchas veces es secundaria a trastornos neurológicos es indispensable que el fonoaudiólogo evalúe los pares craneales involucrados en la deglución (V, VII, IX, X, XI y XII), tanto en su aspecto sensitivo como en su aspecto motor. (33) (Anexo 3).

### **5.1.4. Evaluación de la función deglutoria.**

Luego de evaluada la función neurológica la las estructuras anatomofisiológicas que participan en la deglución, se procede a evaluar las fases de la deglución preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica, haciendo uso de consistencias diferentes: líquidos, sólidos y semisólidos (33). Estos pasos se realizan con el fin de diagnosticar disfagia y crear un plan de tratamiento para esta alteración (Anexo 4).

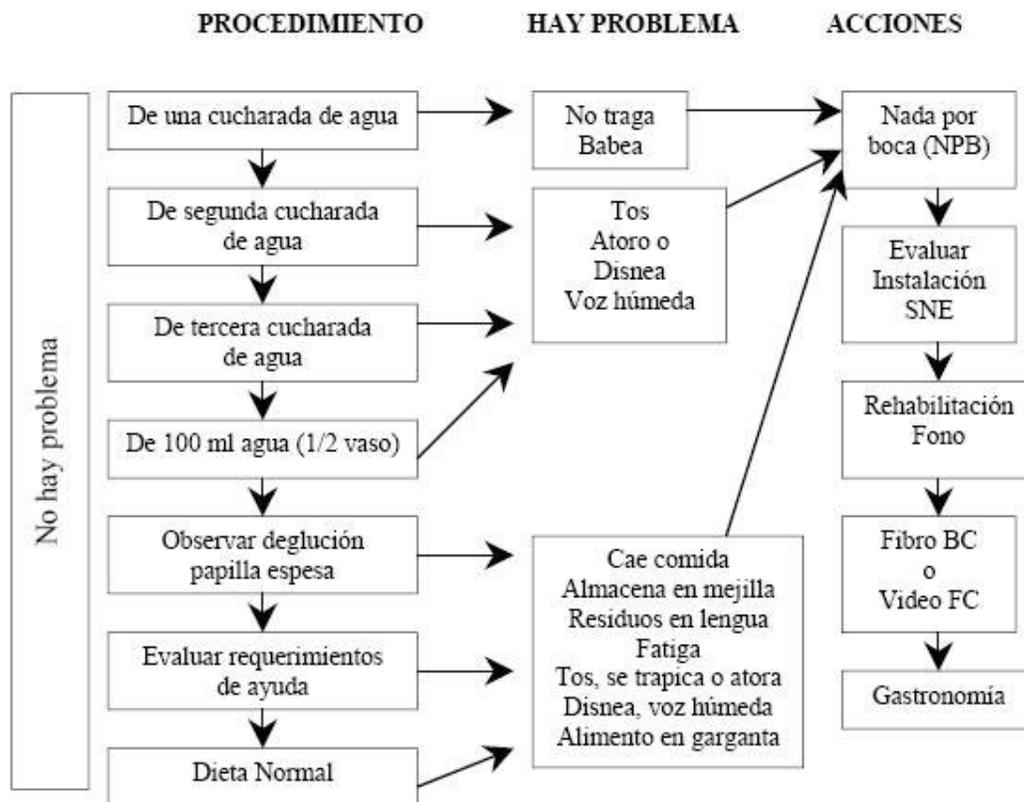
### **5.1.5. Test del vaso de agua**

En pacientes que tienen importante compromiso neurológico y que no se pueden someter a una valoración completa de la función deglutoria se les puede aplicar el test de vaso de agua (9) que va a permitir determinar la presencia de signos de aspiración, en los que se encuentran, el test consiste en dar 50cc de agua y observar si hay presencia de tos o atragantamiento en un primer tiempo, posteriormente se da 50cc de gelatina u otro espesante similar y observando la presencia de los signos nombrados anteriormente, si es positivo para cualquiera de las dos consistencias se confirma la existencia de disfagia, ante lo cual se debe seguir el protocolo presentado en la figura 2 (34).

## PROTOCOLO DE TAMIZAJE PARA DISFAGIA

Paciente vigil	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Puede hablar y toser	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Puede tragar su saliva	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Si cualquiera es No, no alimentar antes de evaluación  
 Si todas son Si, prepare al paciente. Sentado a 90°



(Figura 2) Tomado de: Hemorragia Subaracnoidea secundaria a rotura de aneurisma cerebral. Series de guías clínicas. Ministerio de salud. N – 42; 2007. (34).

### 5.2. Evaluación Instrumental (Tecnología de punta).

Si la certeza del diagnóstico de la exploración clínica es de carácter dudoso, se debe recurrir a los exámenes instrumentales, categoría en la cual se encuentran estudios radiológicos, endoscópicos y manométricos que permiten evaluar la gravedad y mecanismo de disfunción de las estructuras que

intervienen en el proceso deglutorio y evaluar el funcionamiento de los músculos y estructuras que participan en la deglución, la exploración clínica sirve como herramienta para la identificación de la disfagia y determinar la necesidad de una evaluación instrumental (35). A continuación se describen los exámenes que se han utilizado para la evaluación de este trastorno.

### **5.3.1. Estudios radiológicos**

#### **5.3.1.1. Radiografía Simple**

Permite la visualización de edemas en tejidos blandos de las estructuras anatómicas que intervienen en la deglución y que pueden estar alteradas, así como la presencia de cuerpos extraños que impiden el éxito proceso, sin embargo no permite realizar un análisis sobre la fisiología de la deglución (35).

#### **5.3.1.2. Videofluoroscopia**

Clavéa, Arreolaa, Velascob, Querc et. al. (2007) (10) definen la videofluoroscopia como “una técnica radiológica dinámica que consiste en la obtención de una secuencia en perfil lateral y anteroposterior de la ingesta de diferentes volúmenes y viscosidades de alimentos (líquido, néctar y pudding) de un contraste hidrosoluble” y refieren que actualmente está considerada como una medida objetiva para el estudio de la disfagia orofaríngea, porque permite explorar con mayor detenimiento la fase oral y la faríngea, e identifica pacientes que presentan aspiraciones silentes.

Clavéa, Arreolaa, Velascob, Querc et. al. (2007) (10) apoyan en su estudio a Clavé P, Terré A, De Kraa M, Serra-Prat M (2004), con los siguientes signos:

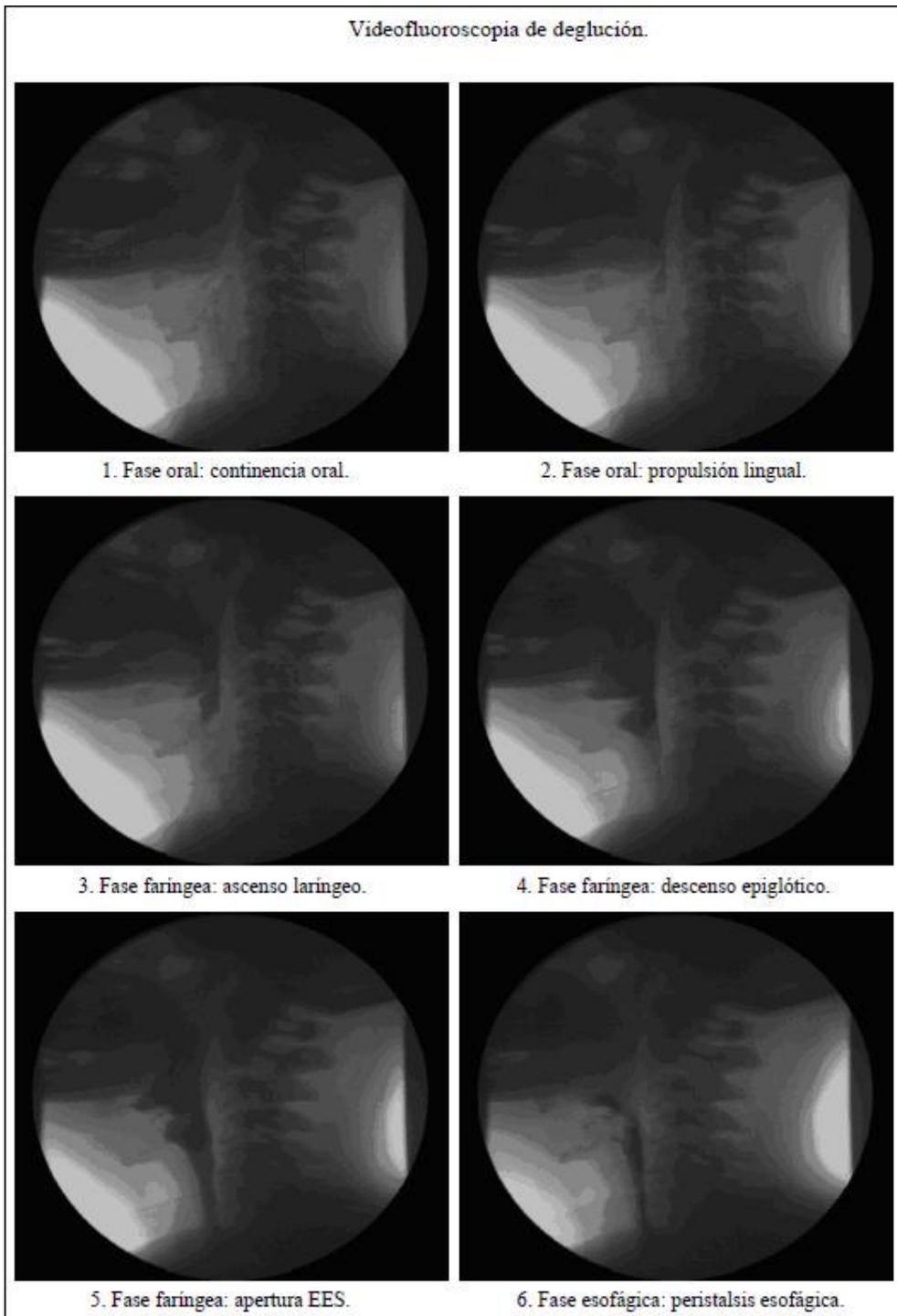
- Signos que se evidencian en la fase oral:

- Apraxia deglutoria: Se presenta una dificultad, retraso o imposibilidad en iniciar la fase oral, secundaria a patologías como, Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) y Alzheimer; entre otras.
- Alteraciones del control lingual: Hay imposibilidad de formar el bolo, causando que el alimento se almacene en la cavidad oral o en la vallécula,

creando insuficiencia del sello palatogloso (lengua-paladar blando); esta disfunción origina la caída del bolo a la hipofaringe, antes del disparo del patrón motor deglutorio faríngeo, mientras la vía respiratoria está todavía abierta, lo que origina una aspiración predeglutoria.

- Signos que se evidencian en la fase faríngea:

- Clavéa, Arreola, Velasco, Querc et. al. (2007) (10), reportan hallazgos de *residuos hipofaríngeos simétricos*, donde los senos piriformes almacenan residuos alimenticios, debido a una contracción faríngea débil, y a alteraciones de apertura del Esfínter Esofágico Superior (EES), generando una incoordinación del patrón motor deglutorio faríngeo y/o aspiraciones (Figura 3).



**(Fig. 3) Videofluoroscopia de la Deglución.** Tomado de Molina Gil, B. Guerra Blanco, F, Gutiérrez Fonseca R. Fundación Jiménez-Díaz. Madrid. Disfagia y Aspiración. [Fecha de acceso 10 Noviembre de 2008]; URL disponible en: <http://www.disfagia.es/Disfagia%20Aspiracion.pdf> (36).

### **5.3.1.3. Esófagograma:**

Perry, Claire, Love et al. (2001) <sup>(37)</sup> lo describen como un “examen que estudia pacientes que presentan disfagia, especialmente cuando se sospecha de una lesión obstructiva, además identifica lesiones estructurales intrínsecas y extrínsecas del esófago.”

## **5.3.2. Estudios endoscópicos**

### **5.3.2.1. Endoscopia digestiva alta:**

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento que consiste en introducir un instrumento flexible a través de la boca para observar el esófago, estómago y primera parte del intestino <sup>(38)</sup>.

### **5.3.2.2. Nasofaringoscopia:**

Perry, Claire, Love et al. (2001) mencionan que es un procedimiento que identifica masas y lesiones estructurales de la faringe además examina la sensibilidad de la laringe. Siendo útil para evaluar la disfagia orofaríngea <sup>(37)</sup>.

### **5.3.2.3. Evaluación endoscópica por fibra óptica de la deglución (FEES):**

“Es una técnica objetiva, confiable y sensible para el diagnóstico de la disfagia orofaríngea. Siendo un examen versátil, portátil y seguro, que permite evaluar e implementar maniobras compensatorias para permitir una deglución segura. Con su realización, se puede determinar la presencia de anomalías anatómicas en la vía aerodigestiva superior y la fisiología de la etapa faríngea de la deglución; al determinar el riesgo de penetración y aspiración” <sup>(39)</sup>.

## **5.3.3. Estudios manométricos**

### **5.3.3.1. Manometría faringoesofágica**

Clavéa, Arreola, Velasco, Querc et. al. (2007) <sup>(10)</sup> describen que es una técnica que estudia los mecanismos de apertura del esfínter esofágico superior (EES). Se emplea una sonda con el fin de visualizar adecuadamente dicho esfínter, como también, la amplitud y propagación de la peristálsis esofágica, igualmente, la coordinación durante los movimientos deglutorios de la faringe y

del EES, cuerpo esofágico y Esfínter Esofágico Inferior (EEI), permitiendo así, valorar las alteraciones de la contracción o relajación del EES, en los distintos niveles y la coordinación entre los mismos.

Generalmente, las pruebas instrumentales son realizadas por otros especialistas como el gastroenterólogo y otorrinolaringólogo. Es por esto, que el fonoaudiólogo debe estar en capacidad de interpretar y participar en dicho proceso para formular un plan de intervención de acuerdo a la gravedad y la naturaleza de la dificultad deglutoria.

## **6. MANEJO TERAPÉUTICO FONOAUDIOLÓGICO**

El fonoaudiólogo tiene un amplio conocimiento y habilidades relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la deglución; es por esto que conceptual y procedimentalmente tiene la capacidad para evaluar e intervenir pacientes con trastornos de la alimentación como lo menciona La Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición ASHA (2001), (30) el fonoaudiólogo diseña un plan que contemple los siguientes objetivos:

- Identificar la normalidad o alteración de la anatomía y fisiología en las fases de la deglución.
- Identificar las alteraciones secundarias a la disfagia como aspiraciones o penetraciones, realizando las remisiones correspondientes.
- Realizar el plan intervención correspondiente según cada caso, y proporcionar así mismo la respectiva documentación del progreso.
- Proporcionar el asesoramiento a la persona que padece disfagia y a sus familias.
- Asesorar a los demás miembros del equipo interdisciplinario sobre las necesidades de los pacientes.

## **6.1. Técnicas compensatorias**

En el abordaje del paciente con disfagia además de realizar intervenciones encaminadas a retornar la alimentación oral de forma eficaz y eficiente, también se aplican maniobras para compensar déficit deglutorios así lo describen Bascuñana y Gálvez (2003) (40) que presentan las técnicas de tratamiento compensatorias como una de las posibles estrategias de tratamiento dirigidas a eliminar los síntomas sin cambiar la fisiología de la deglución; éstas son controladas por el terapeuta o el cuidador e incluyen:

**6.1.1. Cambios Posturales:** Donde se modifican las dimensiones de la laringe interviniendo en la direccionalidad del bolo alimenticio, sin aumentar el esfuerzo y mejorando los tiempos de tránsito oral y faríngeo. Estas estrategias se usan cuando haya eficacia y aseguramiento de la deglución.

**6.1.1.1. Cabeza hacia atrás:** Sí el tránsito oral es ineficaz por disminución del movimiento de la lengua, se debe usar la postura con la cabeza hacia atrás, que permite por gravedad limpiar la cavidad oral.

**6.1.1.2. Cabeza adelante:** Que consiste en estrechar la entrada de la vía aérea empujando la epiglotis hacia atrás, cuando exista un retraso en el reflejo faríngeo.

**6.1.1.3. Flexión lateral:** Si hay presencia de disminución de la fuerza muscular oral y faríngea, se utiliza la flexión lateral de columna cervical, que permite dirigir el bolo hacia el lado fuerte utilizando la gravedad para controlar el bolo.

**6.1.2. Modificación del volumen y velocidad del bolo alimenticio:** Se emplea principalmente para disparar el reflejo deglutorio con mayor rapidez, por medio de la ingesta de una cantidad mayor de alimento.

**6.1.3. Modificación de consistencias de los alimentos:** Se utilizan sólidos, semisólidos y líquidos según el caso particular de cada paciente. Se puede modificar la consistencia de los alimentos espesando los líquidos y los alimentos blandos. Se brindan las consistencias adecuadas según la causa de

la disfagia por ejemplo si hay una disminución de la movilidad lingual es recomendable utilizar alimentos sólidos y no consistencias tipo puré; en la disminución del cierre de la vía aérea es aconsejable manejar consistencias tipo pudín o comidas espesas y evitar líquidos; y si hay un retraso en el disparo del reflejo faríngeo se deben utilizar líquidos espesos o sólidos; para pacientes con secuelas de procedimientos quirúrgicos como en el caso de la resección del 50% o más de la lengua se deben manejar líquidos y evitando los sólidos.

**6.1.4. Prótesis intraorales:** Son útiles para mejorar la deglución en pacientes con cáncer en la cavidad oral, colocan las prótesis luego de una intervención quirúrgica para realizar las compensaciones necesarias en cavidad oral.

**6.1.5. Técnicas de incremento sensorial:** Estas técnicas tienen como propósito aumentar la sensación de la cavidad oral y disminuir cualquier retraso entre la fase oral y faríngea, por ejemplo realizar presión con una cuchara contra la lengua cuando se está suministrando alimento mejorará la sensación oral del bolo, también el empleo de sabores ácidos, la ingesta volúmenes grandes de alimentos sólidos, la estimulación táctil, masajes faciales en las zonas afectadas y por último la estimulación térmica tienen como objetivo aumentar la sensibilidad oral, alertando al córtex y al tronco cerebral. Otra técnica consiste en estimular los pilares del velo del paladar para mejorar la latencia del disparo del reflejo faríngeo, cuando se inicie la fase oral, ésta es útil cuando se ha identificado radiográficamente en dos degluciones consecutivas, un retraso en el reflejo faríngeo.

## **6.2. Técnicas de tratamiento**

Ahora, a parte de las técnicas compensatorias existen las técnicas de tratamiento que están orientadas a cambiar la fisiología de la deglución, requiriendo de la colaboración del paciente. Bascuñana y Gálvez (2003) (40) las dividen así:

**6.2.1. Ejercicios neuromusculares:** Diseñados para ayudar a mejorar la funcionalidad de los órganos fonarticuladores: labios, lengua, carrillos, velo del paladar, laringe y faringe. Por medio de ejercicios de:

- Contrarresistencia.
- Fortalecimiento.
- Presión.
- Coordinación.
- Velocidad.

**6.2.2. Maniobras deglutorias:** Diseñadas para el control voluntario de la deglución faríngea y tienen como objetivo, cambiar un aspecto concreto de la fisiología deglutoria, las más trabajadas en el abordaje del paciente con trastorno de la deglución están:

6.2.2.1. *Deglución Supraglótica:* Destinada a realizar control voluntario de la respiración (apnea) con el fin de cerrar las cuerdas vocales antes y durante la deglución.

6.2.2.2. *Deglución Súper-supraglótica:* Consiste en mantener el aire de forma tensa logrando mayor vascularización de los aritenoides permitiendo el movimiento hacia delante para cerrar la vía aérea antes y durante la deglución.

6.2.2.3. *Deglución Forzada:* Se emplea cuando hay reducción del movimiento posterior de la base de la lengua, consiste en aumentar la fuerza de la base de la lengua y la garganta mientras se deglute y así evitar que el alimento se quede en la vallécula.

6.2.2.4. *Maniobra de Mendelsohn:* Diseñada para realizar una elevación laríngea, aumentando la duración y la amplitud del esfínter esofágico superior, prolongando el tiempo de su apertura de forma voluntaria, realizando la mayor fuerza posible por parte del paciente para mejorar la coordinación y tiempo de deglución faríngea.

6.2.2.5. *Maniobra de Masako*: Ejercita el músculo glossofaríngeo, cuando hay disminución de la contracción de la pared faríngea posterior, se debe colocar la lengua entre los dientes y pasar el bolo alimenticio permitiendo dirigir la pared faríngea posterior hacia delante mientras se sujeta la lengua.

### **6.3. MANEJO MÉDICO DE LA DISFAGIA.**

En la decisión de manejo del paciente con disfagia además del tratamiento terapéutico se proponen abordajes médicos y quirúrgicos que dependen del tipo de patología desencadenante del cuadro disfágico.

#### **6.3.1. Tratamiento quirúrgico de la disfagia**

##### **6.3.1.1. *Gastrostomía endoscópica percutánea***

Es un método seguro y efectivo para proveer nutrición enteral prolongada en pacientes que tiene alteraciones en la deglución, pero que mantienen intacto el sistema digestivo y que por diferentes razones no se pueden nutrir por vía oral. Pueden presentar disminución de la capacidad de ingesta por procesos neurológicos o por patología tumoral de la cavidad orofaríngea, cuello y esófago, entre otros (41).

##### **6.3.1.2. *Miotomía cricofaríngea***

Indicada en pacientes que presentan disfagia orofaríngea, con una disfunción aislada del músculo cricofaríngeo, y con pronóstico neurológico favorable, la fase voluntaria oral esta conservada e igualmente la fuerza propulsiva de la lengua y de los constrictores de la faringe es la adecuada (10).

## **7. CENTROS DE DEGLUCIÓN**

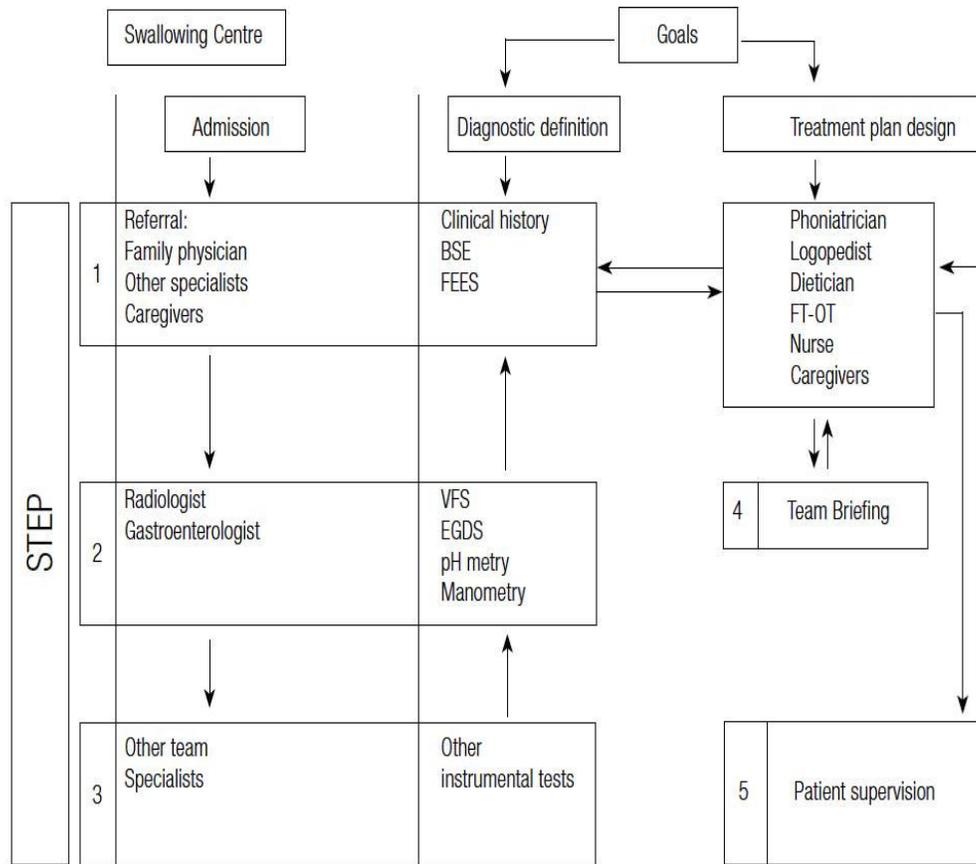
### **7.1. DEFINICIÓN**

Hoy en día en el mundo se opera con el concepto de Centros de Investigación de Excelencia que de acuerdo con el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, son una red nacional de grupos de investigación articulada alrededor de un programa común de trabajo en un área científica y tecnológica considerada como estratégica para el país y que responde a unas necesidades básicas de la población.

Así, los Centros de Disfagia tienen como objetivo facilitar el manejo del paciente *empezando* desde la admisión, pasando por el diagnóstico, tratamiento y por último el seguimiento correspondiente. Estos centros permiten un acercamiento multidisciplinario al manejo de la disfagia, empleando los recursos apropiados, ampliando con esto el cubrimiento a la comunidad. Igualmente, uno de los objetivos de estos centros es el supervisar los resultados alcanzados por el plan del tratamiento y realizar un seguimiento al paciente. Pere y Viridiana (42), plantean que estos centros operan con “recursos diagnósticos y terapéuticos concentrados en los denominados - unidades o centros de disfagia- (Swallowing Centres), que actúan como centros de referencia, en los que es posible ofrecer a los pacientes con disfagia, procedentes de diferentes centros hospitalarios, los recursos diagnósticos y los tratamientos u orientaciones terapéuticas requeridas.

## **7.2. ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE DEGLUCIÓN:**

Según Farneti y Consolmagno (2007) (7) el centro de disfagia se articula en dos niveles: organización interna y externa (Figuras 4-5); la primera, organización interna, del centro es coordinada por un médico especialista que se convierte en el líder y que trabaja conjuntamente con un foniatra y con el resto del equipo. Por otro lado en la organización externa, generalmente, el foniatra o el fonoaudiólogo asisten al radiólogo durante los estudios radiológicos, que se realizan luego de la admisión del paciente al centro de deglución; el foniatra revisa los antecedentes y hace una evaluación física completa, con el FEES (Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing with Seensory Testing), sino se puede definir claramente el diagnóstico de disfagia se realiza Videofluoroscopia, posteriormente o alternativamente, si es necesario el paciente puede ser referido al gastroenterólogo para la evaluación específica por medio de exámenes instrumentales (esofagograma, pH-metría o manometría, entre otros). Estas pruebas proporcionan la información pertinente de los cambios anatómicos o fisiológicos para poder formular las estrategias útiles para el tratamiento oportuno del paciente. Se remite al paciente en algunas oportunidades a otros los especialistas cuando la etiología no permite un diagnóstico certero siendo necesario que se sume al equipo interdisciplinario el neurólogo, cirujano, internista o el neumólogo, según el caso.



(Figura 4) Organización externa del centro de deglución Tomado de: D. Farneti, P. Consolmagno. Audiology and Phoniatician Unit, Infermi Hospital, Rimini, Italy. The Swallowing Centre: rationale for a multidisciplinary management . Il centro deglutizione: rationale per una gestione multidisciplinaria. Acta otorhinolaryngologica italica 2007;27:200-207. (7)



(Figura 5) Organización interna del centro de deglución Tomado de: D. Farneti, P. Consolmagno. Audiology and Phoniatrician Unit, Infermi Hospital, Rimini, Italy. The Swallowing Centre: rationale for a multidisciplinary management . Il centro deglutizione: rationale per una gestione multidisciplinaria. Acta otorhinolaryngologica italica 2007;27:200-207. (7)

### 7.3. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL CENTRO DE DEGLUCIÓN.

El abordaje de la disfagia en las unidades requiere de un equipo multidisciplinario que posea las habilidades para el oportuno diagnóstico y tratamiento de signos y síntomas de ésta. Dentro del equipo se debe considerar la participación del fonoaudiólogo, enfermera, gastroenterólogo, otorrinolaringólogo, neurólogo, médico, cirujano, dietista, radiólogo, geriatra y nutricionista.

Los objetivos del equipo multidisciplinario en las unidades de disfagia son:

- a) Identificación temprana de las personas que padecen disfagia
- b) Diagnóstico de cualquier etiología médica o quirúrgica de disfagia que tenga posibilidades de un tratamiento específico, al igual que los tumores del área ORL y esofágicos, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones.

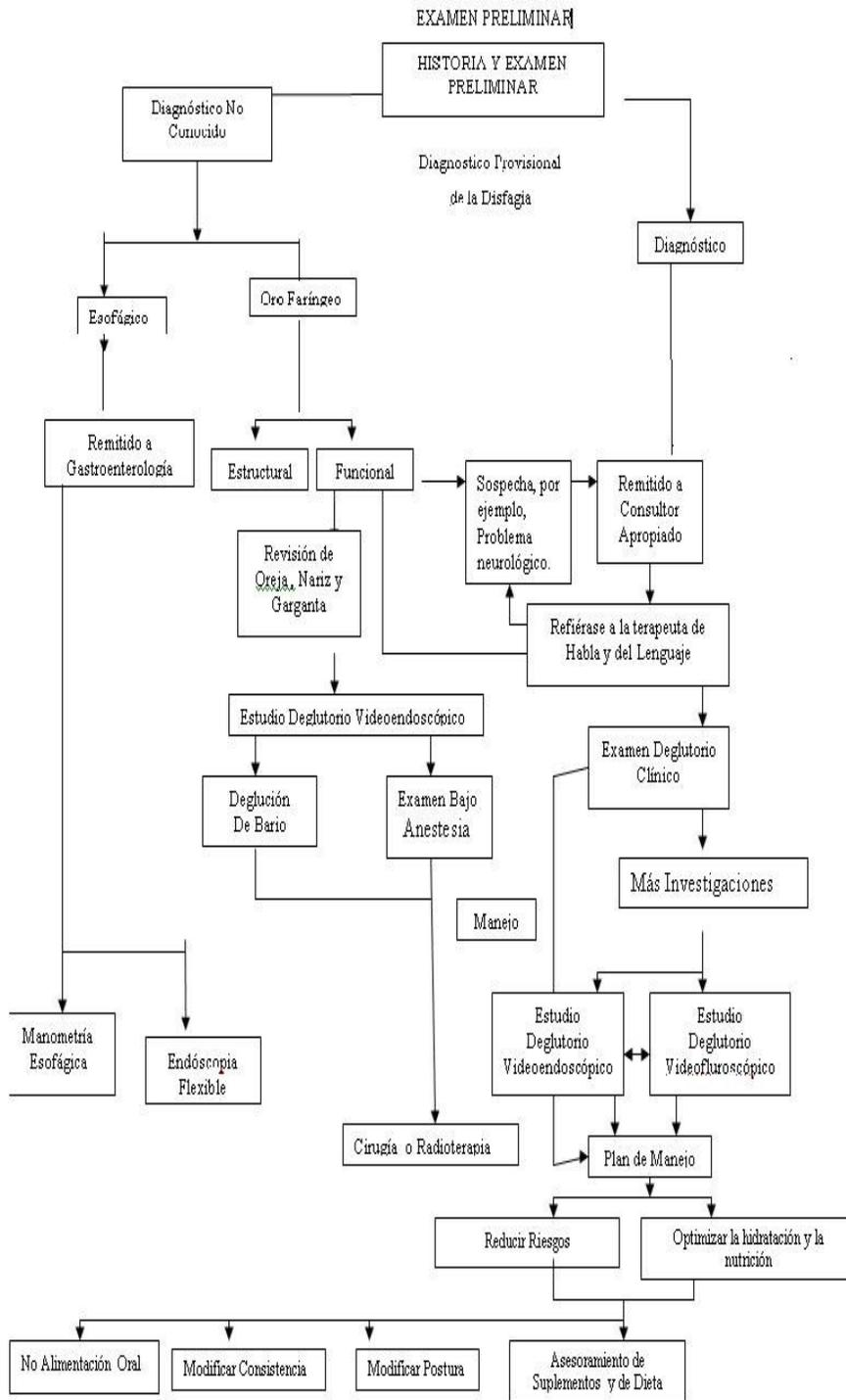
- c) La caracterización de las alteraciones biomecánicas orofaríngeas responsables de la disfagia en cada paciente.
- d) El diseño de un conjunto de estrategias terapéuticas destinadas a proporcionar una deglución eficaz y segura al paciente, o bien proporcionar una vía alternativa a la alimentación oral.

La Fundación Jiménez Días <sup>(11)</sup>, experta en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de deglución, menciona que dentro de los profesionales que intervienen en el diagnóstico de la disfagia se encuentran: el *otorrinolaringólogo*, quien se encarga de valorar las fases de la deglución e interpreta los estudios realizados; el *fonoaudiólogo*, identifica la normalidad o alteración de la anatomía y fisiología, en las fases de la deglución, así mismo, las alteraciones secundarias a la disfagia como lo son el riesgo de aspiración o penetración; el *neumólogo*, valora el estado pulmonar del paciente y diagnostica las complicaciones respiratorias, y las patologías traqueoesofágicas en conjunto con el *gastroenterólogo*, que establece los trastornos de motilidad esofágica y contribuye a la realización de exámenes digestivos necesarios para la evaluación del paciente; el *neurólogo*, realiza el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades neurológicas que alteran el proceso deglutorio, y facilita así mismo, mediante el tratamiento, el restablecimiento del mismo; *el radiólogo*, realizará los estudios complementarios para el diagnóstico de la disfagia; por último el *nutricionista*, realiza la evaluación y monitoreo de los indicadores clínicos del estado nutricional del paciente.

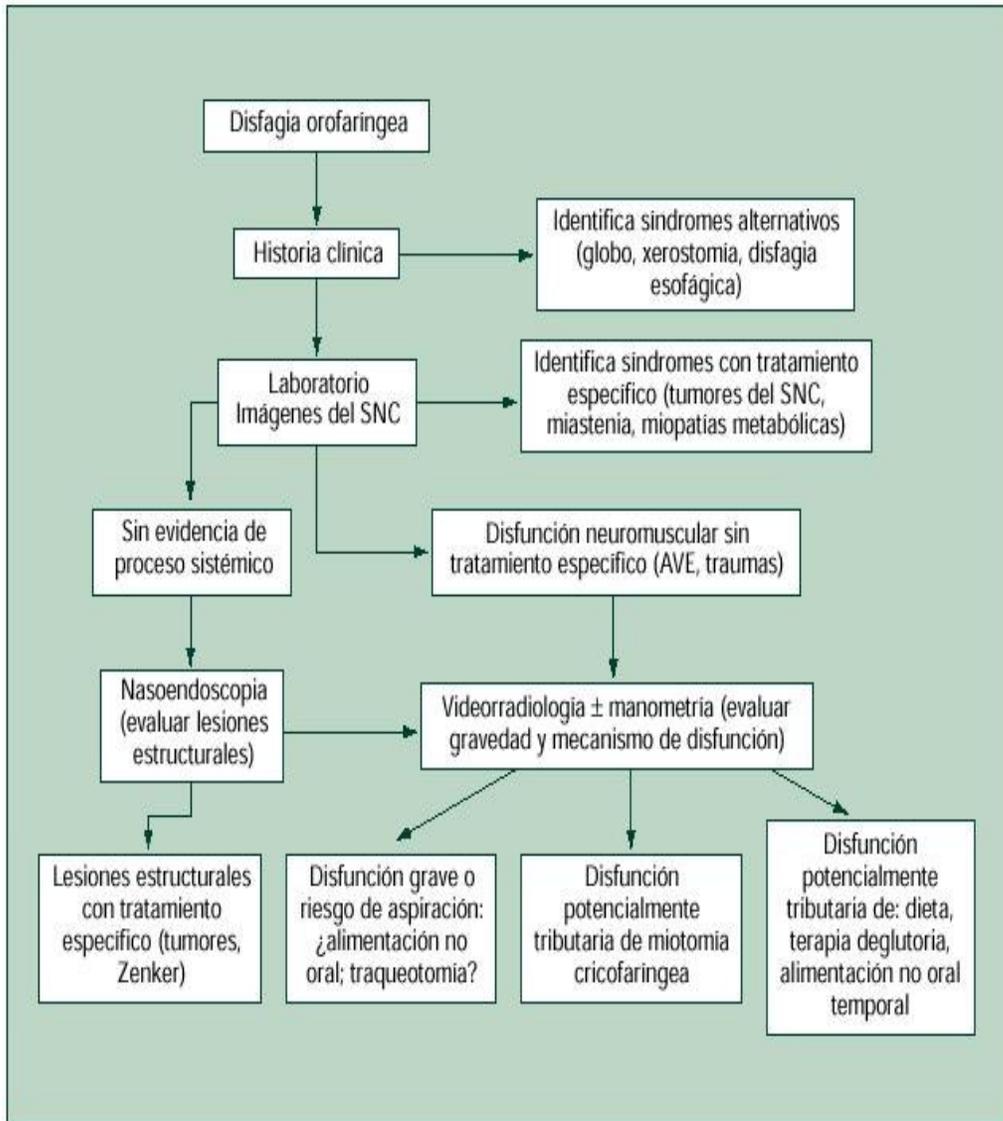
#### **7.4. Algoritmos para el diagnóstico de la disfagia.**

Gracias a las investigaciones realizadas se han establecido algoritmos para el diagnóstico diferencial de la disfagia. Uno de estos es el Diagrama de Flujo para la Investigación y Manejo de la Disfagia, planteado por Leslie, Carding, Wilson (2008) Figura 6 <sup>(43)</sup> ; en el se establece que la revisión de la historia clínica y un examen clínico detallado, permiten que el profesional identifique la patología de base, en cuyo caso el paciente debe ser remitido a la especialidad correspondiente, en este caso se mencionan remisión a gastroenterología si hay hallazgos de una alteración esofágica, evaluada con manometría esofágica o endoscopia flexible. Si no se detecta la etiología de forma clara, se realiza

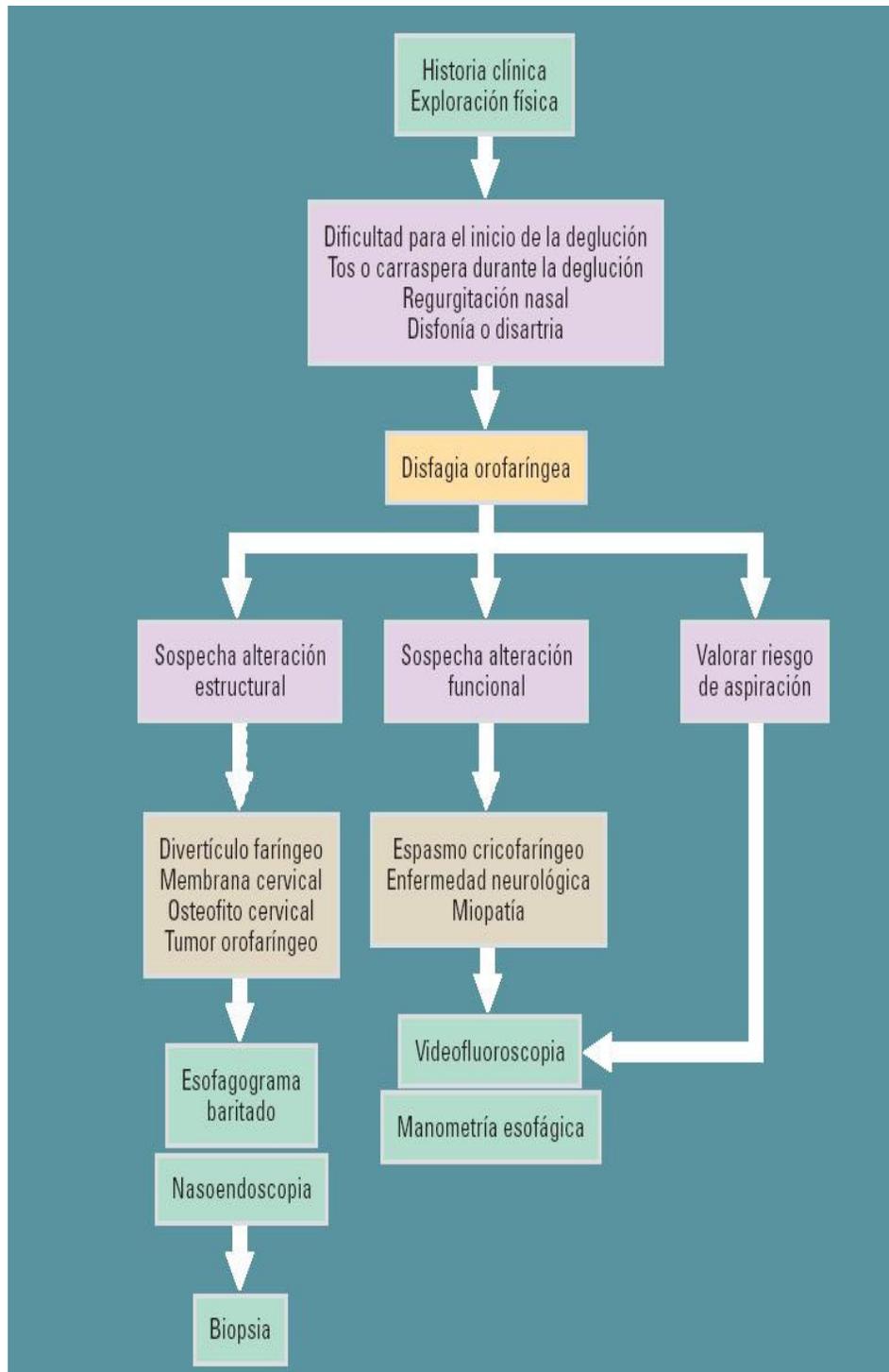
una investigación más detallada para determinar la causa. Si se encuentran alteraciones en las estructuras que intervienen en la deglución se realiza un estudio deglutorio videoendoscópico. Y por último se determina el manejo del paciente que puede ser quirúrgico, médico o terapéutico que en caso de ser necesario busca reducir el riesgo de aspiración, optimizar la hidratación y la nutrición por medio de modificación de consistencias o posturas, cambiar la dieta o el determinar si se establece la alimentación no oral, como se evidencia estos algoritmos operan bajo el concepto de interdisciplinariedad sobreponiendo el beneficio del paciente.



**(Figura 6)** Diagrama de Flujo para la Investigación y Manejo de la Disfagia Tomado de: Paula leslie, Paul Cardining, Janet Wilson. Investigation and management of chronic dysphagia. February of 2008; Vol. 326, 22. (43).



(Figura 7) Algoritmo para el Diagnóstico de la Disfagia Orofaringea Tomado de: 44. F. Mora, A. Peña. Disfagia Orofaringea 1999. [Fecha de acceso: 23 de septiembre de 2008]; 2000 1-9. Disponible en: [www.aegastro.es](http://www.aegastro.es) (44).



(Figura 7) Algoritmo para el Diagnóstico de la Disfagia Orofaríngea. 45. A. Caunedo Álvarez, H, Gutiérrez. Servicio de aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla Medicine 2008; 10(1), 49-52. (45).

## **8. MARCO METODOLÓGICO**

El tipo de investigación que se ha usado en el presente estudio es exploratorio-descriptiva y evaluativa. Inicialmente, se realizó una indagación sobre el estado de la atención a pacientes con disfagia en relación con los profesionales que los manejan, los procedimientos de evaluación-diagnóstico e intervención, el uso de tecnología blanda y dura; igualmente, se indagó acerca del establecimiento de equipos interdisciplinarios para el abordaje de esta patología.

Los participantes de la investigación en este caso fueron los profesionales de la salud de los distintos servicios que, según la literatura mundial, participan en el abordaje de la disfagia de la red hospitalaria Méderi, estos profesionales brindaron información acerca de los tópicos de la investigación a saber: magnitud de la demanda de atención por trastornos de la deglución, procedimientos de evaluación-diagnóstico e intervención y uso de tecnología dura y blanda. Para esto se utilizó como instrumento de recolección de datos un cuestionario que se aplicó a los profesionales de la salud de la red con dos tipos de preguntas abiertas y cerradas y se aplicaron por entrevista personal.

Los datos obtenidos por las diferentes formas de recolección se codificaron en matrices elaboradas para tal fin, para luego ser analizados utilizando estadística descriptiva para cada variable, realizando distribución de frecuencias complementada con frecuencias absolutas (número de casos), frecuencias relativas (porcentajes) y frecuencias acumuladas (absolutas o relativas) en lo referente a los procedimientos de evaluación diagnóstico e intervención que se destinan en cada caso, al igual que para la aplicación de tecnología dura y blanda.

## **9. POBLACIÓN Y MUESTRA.**

La población estuvo constituida por la totalidad de profesionales que laboran en Hospital Universitario Mayor que se relacionan con el manejo de pacientes con disfagia. La muestra fue de quince (15) profesionales de los diferentes servicios médicos que generalmente interviene en el diagnóstico de la disfagia.

## **10. METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE INVESTIGACIÓN.**

Se presentan a continuación las fases en las que está dividido el proyecto:

**FASE I:** Se realizó una investigación acerca del estado de la atención a pacientes con disfagia en el Hospital Universitario Mayor, en relación con los procedimientos de evaluación-diagnóstico e intervención y el uso de tecnología. De igual forma se indagó acerca del establecimiento de equipos interdisciplinarios para el abordaje de estos pacientes.

Esta fase, se enmarcó dentro de un estudio de tipo exploratorio – descriptivo, cuyo objetivo según lo expone Deobold y cols, consiste en llegar a conocer situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Con base en lo anterior, se indagó sobre el abordaje a los pacientes con disfagia en relación con manejo interdisciplinario, los procedimientos de evaluación-diagnóstico e intervención y el uso de tecnología blanda y dura; esto incluyó la aplicación de un instrumento de recolección de datos, entrevista personalizada con preguntas de tipo cerrado y de selección múltiple, sobre los “factores relacionados con el diagnóstico de la disfagia” (Anexo 5), la cual se aplicó a quince (15) profesionales que hacen parte de los diferentes servicios médicos del Hospital Universitario Mayor y que intervienen en los desórdenes deglutorios.

Los datos derivados de dicha herramienta fueron objeto de análisis empleando estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central (media

aritmética), lo que permitió establecer promedios máximo y mínimo de las variables.

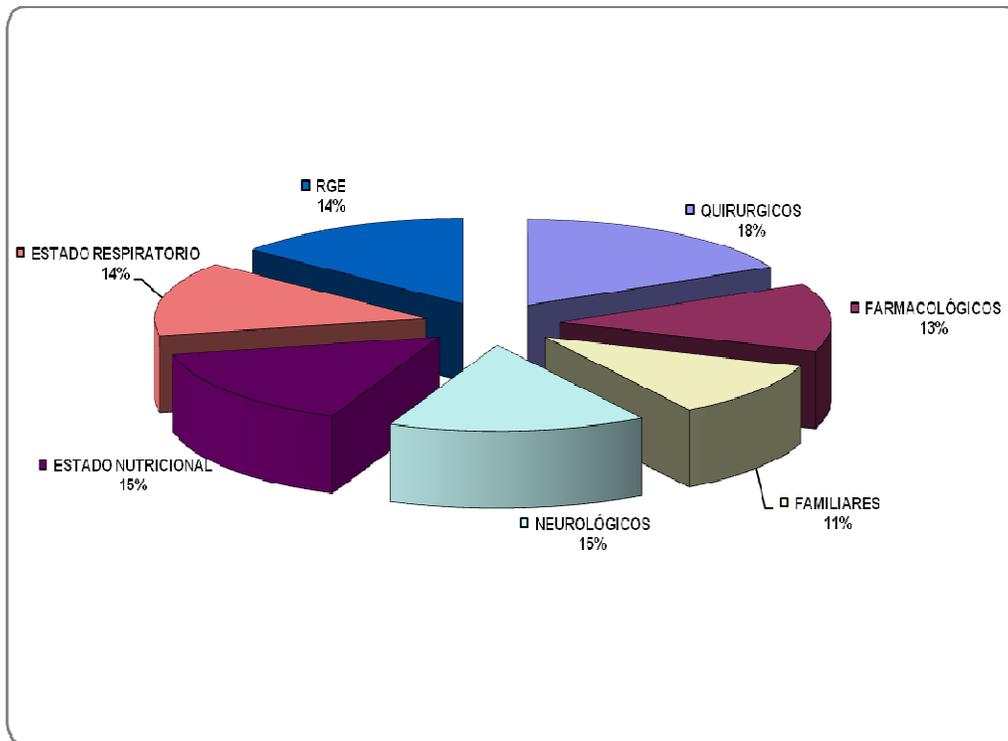
**FASE II:** Para esta fase se plantea indagar acerca de la magnitud de la consulta por trastornos de la deglución en la red hospitalaria Méderi. Que pretende culminar con la propuesta para la implementación de un servicio de diagnóstico e intervención de los trastornos de la deglución Hospital Universitario Mayor Méderi.

## **11. RESULTADOS.**

Con respecto a la evaluación no instrumental, los profesionales tuvieron en cuenta como principales antecedentes al abordar a los pacientes con disfagia los Quirúrgicos con un dieciocho por ciento (18%), seguido de los neurológicos y estado nutricional con un quince por ciento (15%) correspondientemente, estado respiratorio y Reflujo GastroEsofágico (RGE) cada uno con un catorce por ciento (14%) seguidos por los antecedentes farmacológicos con un trece (13%) y para finalmente considerar los antecedentes con un once por ciento (11%), como se muestra en (Grafica 1) .

Partiendo de lo anterior, es posible analizar los datos derivados de la encuesta a la luz de lo reportado en La Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición. ASHA (2001) (30). Esta organización asevera que para el diagnóstico de la disfagia se debe tener en cuenta, *en primer lugar*, el estado cognitivo, nutricional y respiratorio (coordinación respiración – deglución y la fonación). En constaste, se observa claramente que los profesionales consideran el antecedente quirúrgico como principal antecedente que se relaciona con la disfagia. Sin bien dicho factor puede haber intervenido en la aparición del desorden, no constituye un antecedente primordial.

**Grafica 1 Antecedentes que se relacionan con disfagia.**

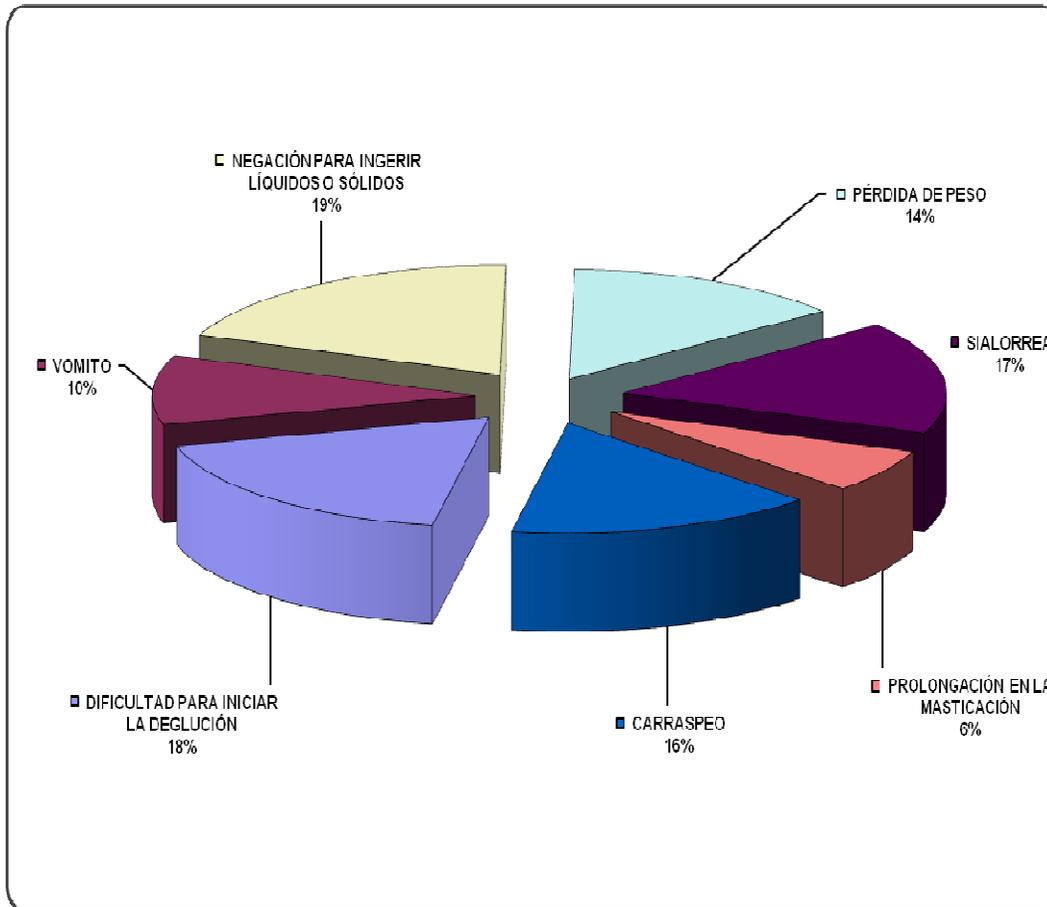


En los síntomas indicadores de disfagia (Grafica 2), los profesionales tienen en cuenta la negación para líquidos o sólidos con un diecinueve por ciento (19%), seguido por dificultad para iniciar la deglución representado con un dieciocho por ciento (18%), luego se encuentra sialorrea con un diecisiete por ciento (17%), carraspeo representado por el dieciséis por ciento (16%), un catorce por ciento (14%) correspondiente a pérdida de peso, diez por ciento (10%) a síntomas como el vomito y finalmente prolongación en la masticación con un seis por ciento (6%) como se muestra en (Grafica 2).

Terre, R. Orient, F. Guevara, D. et Al. (2004) (42) respaldan esta información, afirmando que la gravedad de la disfagia puede variar desde una dificultad moderada hasta la imposibilidad total para la deglución y causa dos grupos de complicaciones de gran trascendencia clínica: a) si se produce una disminución de la eficacia de la deglución, el paciente va a presentar desnutrición y deshidratación y, b) si se produce una disminución de la seguridad de la vía

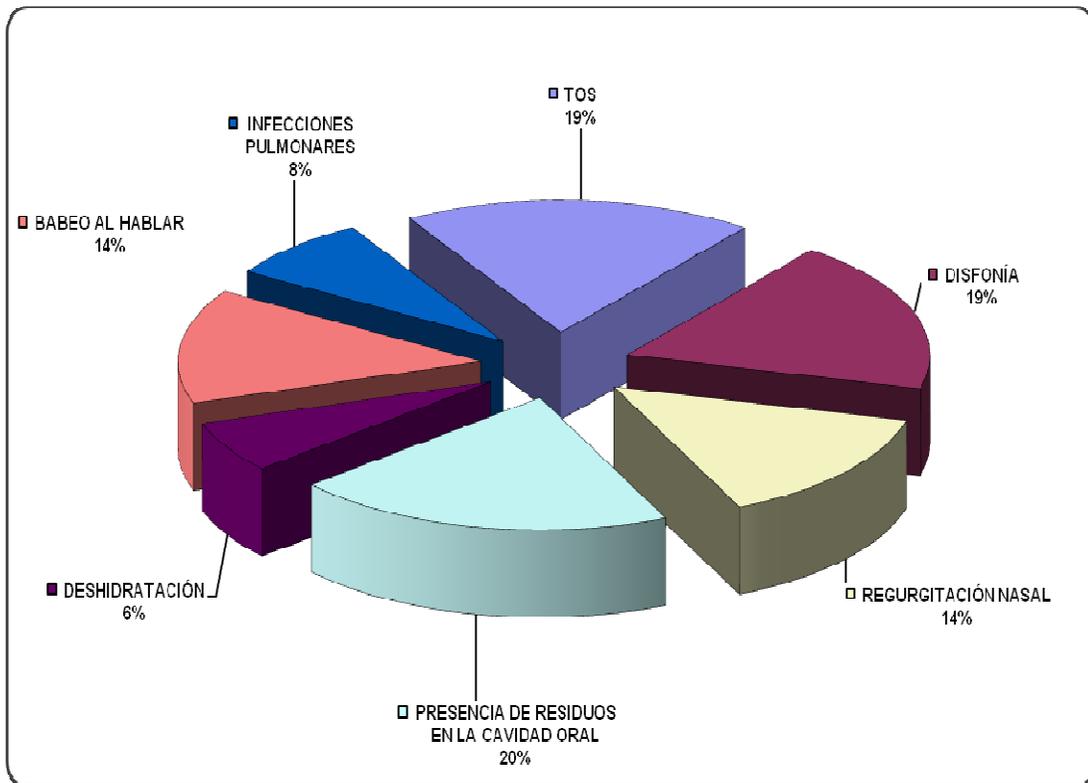
aérea, es posible que se presente bronco aspiración que puede ocasionar neumonía aspirativa, en el 50% de los casos, con una mortalidad asociada de hasta el 50%. Por ende, la disfagia puede ocasionar un grave impacto en la calidad de vida del paciente.

**Grafica 2 Síntomas de disfagia.**



En cuanto a los signos de disfagia se encuentra presencia de residuos en la cavidad oral con un veinte por ciento (20%), seguido por disfonía y tos con un diecinueve por ciento (19%) respectivamente, un catorce por ciento (14%) representado por signos como regurgitación nasal y babeo al hablar, infecciones pulmonares con un ocho por ciento (8%) y por último se encuentra el seis por ciento (6%) como se muestra en (Grafica 3).

**Grafica 3 Signos de Disfagia.**

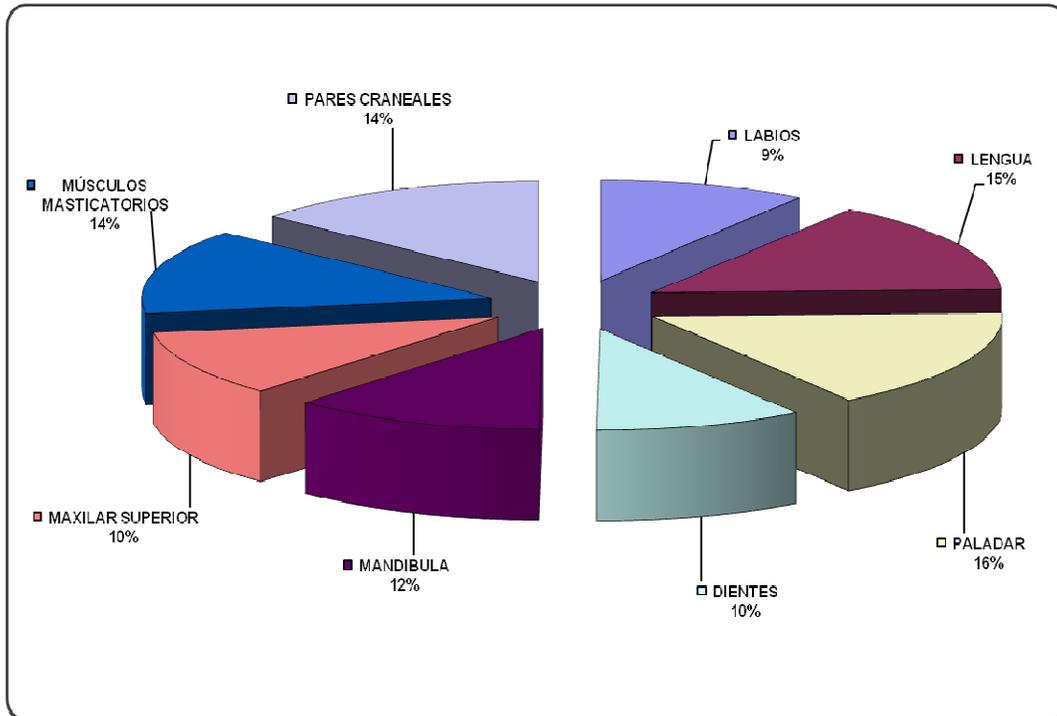


Se evidencia que la estructura que más tienen en cuenta los profesionales durante la evaluación de la disfagia es el paladar con un dieciséis por ciento (16 %), seguido por la lengua (15%), los músculos masticatorios y pares craneales (ambos con un 14%), la mandíbula (12%) y finalmente las estructuras como el maxilar superior y dientes y labios con un 10% y 9% respectivamente (Grafica 4).

Es preciso recalcar que la disfagia se puede producir por una amplia variedad de alteraciones estructurales que afectan la anatomía de la orofaringe durante la deglución o que obstaculicen el paso del bolo. Más frecuentemente pueden encontrar su origen en las alteraciones funcionales que afectan la propulsión del alimento o hacen lenta la velocidad de diferentes reflejos orofaríngeos imprescindibles para la deglución. Entre las anomalías estructurales más frecuentes se incluyen los tumores de cabeza, cuello y esófago (46). Los profesionales del Hospital Universitario Mayor son expertos en la anatomía y

fisiología sin embargo no relacionan este conocimiento con los datos pertinentes para el diagnóstico preciso de los trastornos de la deglución.

**Grafica 4 Evaluación de las estructuras involucradas en la deglución.**

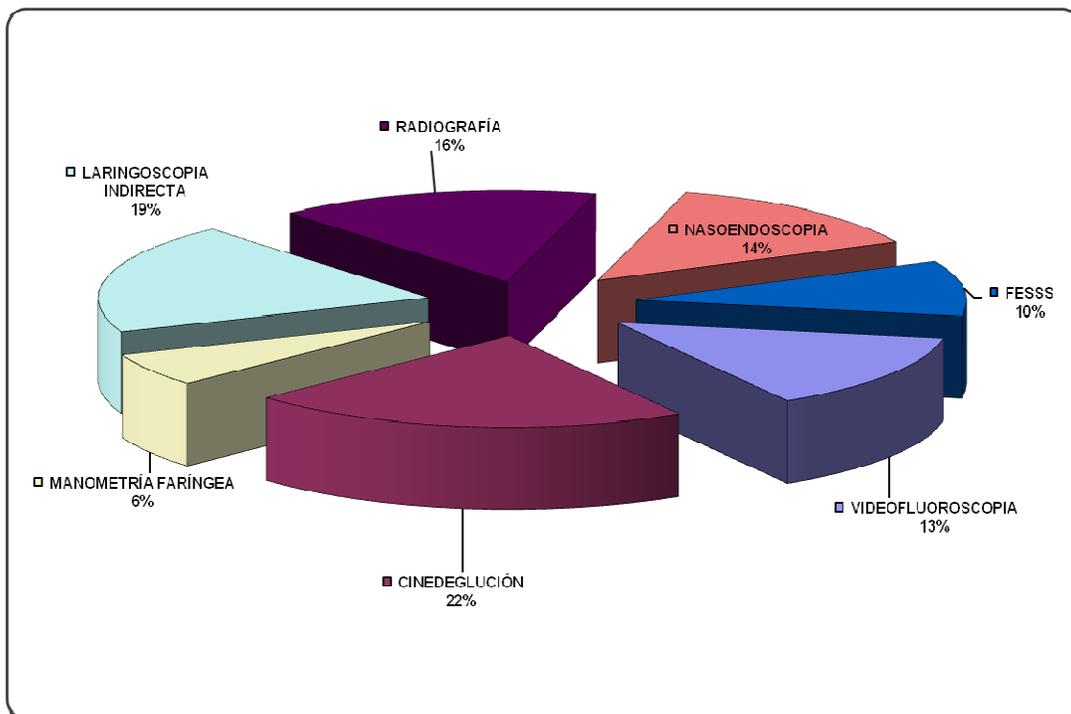


El tipo de examen del cual se hace más uso en el Hospital Universitario Mayor por los profesionales es la Cinedeglución con un veintidós por ciento (22%), seguido de la laringoscopia indirecta con un diecinueve por ciento (19%). Adicionalmente se emplean la radiografía (16%), la nasoendoscopia (14%), la videofluoroscopia (13%), el FEES con un (10%) y la manometría faríngea con un seis por ciento (6%), (Grafica 5).

En estudios realizados por Clavéa, Arreola, Velasco, Querc et. al. (2007) (10). Mencionan que la Videofluoroscopia es una técnica objetiva para el estudio de la disfagia orofaríngea, porque permite explorar con mayor detenimiento la fase oral y la faríngea e identifica pacientes que presentan aspiraciones silentes. Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, se puede concluir que la Videofluoroscopia es una prueba más completa de

manera que permite determina qué, cuándo, y cuánto material alimentario aspira el paciente. Debemos tener en cuenta el Hospital Universitario Mayor cuenta con tecnología para el diagnostico de la disfagia como la cine DEGLUCIÓN, es decir si bien no es el optimo se realiza una evaluación instrumental diferente a la valoración clínica.

**Grafica 5 Uso de la tecnología para el diagnóstico de la disfagia.**

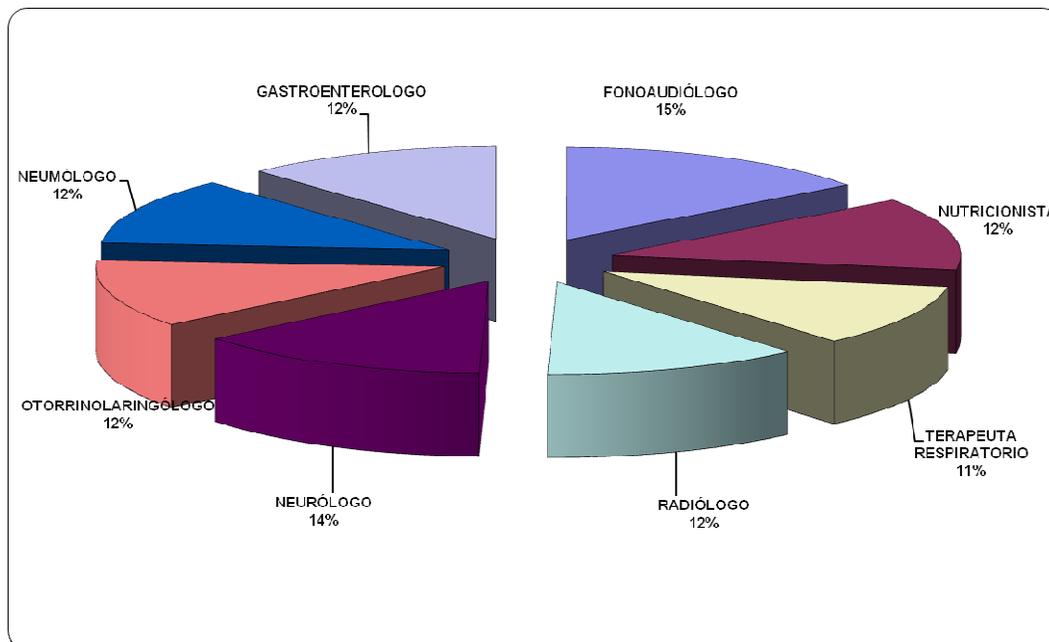


La mayoría de los profesionales encuestados, manifestaron que el miembro del equipo interdisciplinario más tenido en cuenta es el fonoaudiólogo, con un quince por ciento (15%), seguido del neurólogo con un catorce por ciento (14%), y en un doce por ciento (12%) respectivamente se encuentran el gastroenterólogo, neumólogo, otorrinolaringólogo y nutricionista, en ultimo lugar se encuentra el terapeuta respiratorio con un once por ciento (11%), (Grafica 6).

Tal como lo menciona la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición. ASHA (2001) (30). Sobre la labor del fonoaudiólogo en las alteraciones deglutorias, es el miembro del equipo interdisciplinario que tiene un extenso

conocimiento de la anatomía y de la fisiología relacionada con la deglución. Por consiguiente es quien debe orientar y discutir los posibles caminos junto con los demás profesionales para brindar así un abordaje interdisciplinario para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones deglutorias. En consecuencia, el diagnóstico oportuno de la disfagia depende de la labor de los profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario, puesto que permite la identificación de signos y síntomas, riesgo de aspiración, para el diagnóstico certero de disfagia.

**Grafica 6 Equipo interdisciplinario para abordar pacientes con disfagia:**



## 12. CONCLUSIONES.

- La disfagia es una alteración relacionada con múltiples patologías, que requiere de un diagnóstico oportuno y certero para así evitar múltiples complicaciones (e incluso la muerte).
- Es de vital importancia el conocer la incidencia y prevalencia de la disfagia en Colombia, puesto que aún no hay datos precisos que justifiquen la inversión en servicios que propicien el abordaje interdisciplinario.
- Se deduce a partir de los resultados que la consulta por trastornos de la deglución es frecuente en el Hospital Universitario Mayor. Sin embargo, la atención es realizada por profesionales de forma unitaria y no de manera interdisciplinaria. Se destaca el rol del fonoaudiólogo, profesional capaz de brindar estrategias para el diagnóstico y tratamiento exitosos, que llevan a prevenir complicaciones y a incrementar la calidad de vida de las personas que presentan el desorden.
- Es fundamental que el profesional de la salud del Hospital Universitario Mayor haga uso de protocolos que le brindan una estructura fundamental al proceso de evaluación-diagnóstico y propician el empleo eficaz de herramientas tecnológicas; de esta manera se propicia el manejo acertado del caso.
- Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, es fundamental el plantear la conformación de un centro de deglución en el Hospital Universitario Mayor, que brinde las herramientas necesarias para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con disfagia y sea igualmente un centro de asesoría y consultoría de los trastornos de la deglución a nivel nacional e internacional.

- Se requiere mayor investigación administrativa acerca del costo para la implementación de un centro de deglución y el resaltar la relación costo-beneficio para la institución que hipotéticamente se considera positiva.

### **13. RECOMENDACIONES.**

Sobre la base de este análisis, se recomienda continuar con la fase dos, para formular la propuesta de implementación del Centro de Deglución en el Hospital Universitario Mayor Méderi.

## Bibliografía

1. Gonzalez, C.L. Calia, F.M. Bacteriologic flora of aspiration-induced pulmonary infection. Archives of Internal Medicine 1975.
2. Clavé, P.Terre, R. De Kraa, M. Serra-Prat, M. Actitud a seguir ante una disfagia orofaríngea. Revista Española Enfermedad Digestiva. 2002.
3. Ekberg, O. Hamdy, S. Woisard, V. Wuttge- Hanning, A. ortege, P. Social and psychological burden of : its impact on diagnosis and tretatment. Revista Dysphagia.2002.
4. Robbins, J.A., Langmore, S. Hind, J.A., Erlichman, M. Dysphagia research in the 21 century and beyond: proceedings form dysphagia experts meeting 2001.
5. Arias, F. et al. Disfagia aguda de causa oncológica. Manejo terapéutico. En: revista Scielo, Pamplona: versão impressa. 2004. v. 27.
6. J.R. Malagelada, • F. Bazzoli, A. Elewaut, M. Fried, J.H. Krabshuis. Recomendaciones de la WGO – OMGE. Para el manejo de la disfagia. January 2004.
7. D. Farneti, P. Consolmagno. Audiology and Phoniatrician Unit, Infermi Hospital, Rimini, Italy. The Swallowing Centre:rationale for a multidisciplinary management . Il centro deglutizione: rationale per una gestione multidisciplina. Acta otorhinolaryngologica italica 2007;27:200-207
8. Betancor E, Serrano P, Esperanza A, Miralles R, Cervera AM. Disfagia en el anciano. Rev Mult Gerontol 2006; 16(1): 37-41.

9. Vora Betancor, Pilar Serrano, Ascensión Esperanza, Ramón Miralles, Antón M<sup>a</sup> Cervera. Disfagia en el Anciano. Servicio de Geriátría del IMAS, Hospital de la Esperanza, Centro Fórum, Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS), Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona. (Nutr Hosp 2002, 17:168-174).
10. Pere Clavéa, Viridiana Arreola, Mercedes Velascob, Miquel Querc et. al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Cir Esp. 2007;82(2):62-76.
11. Jiménez Díaz Capiro. Fundación Unidad de Disfagia. [ En línea] [fecha de acceso 25 Noviembre de 2008]; URL disponible en [www.capiosanidad.es](http://www.capiosanidad.es).
12. Novartis Consumer Health. [En línea] [fecha de acceso 25 Noviembre de 2008]; URL disponible en [www.dysphagiaonline.com](http://www.dysphagiaonline.com).
13. Angel G. Luisa Fernanda, Suarez Brand. Janneth. Especialización en Terapia Miofuncional Orofacial y Disfagia. Resumen Ejecutivo. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina Departamento de la Comunicación Humana y sus Desordenes. Rev. Fac Med Univ Nac Colombia 2004 Vol. 52 No. 3.
14. J. Domingo. Disfagia problemas de deglución. Hospital Universitario Miguel Servet Zaragoza Mayo 2001.
15. Caviedes, I. Buchi. D, Yazigi. R, Lavados. P. Patología de la deglución y enfermedades respiratorias. revista chilena de enfermedades respiratorias. Rev Chil.enfe.resp.vol 8n.1 Santiago Jan 2002.

16. Goldblum JR et al. Histopathological features in esophagomyotomy specimens from patients with achalasia. *Gastroenterology* 1996 Sep. 111(3) 648-54.
17. Martínez, I. Sánchez. C, Capítulo IX Disfagia. guías para el manejo de urgencias. Pag 757-759
18. Koshy S, Nistrat T. Fisiopatología y tratamiento endoscópico y con globo de los trastornos de la motilidad esofágica. *Clínica Quirúrgica de Norte América Vol 5 Ed. Interamericana* 1997.
19. Sepúlveda A. Lizona C. Cirugía laparoscópica. Ed. Video Cirugía Santiago de Chile 1993.
20. Cueto J. Weber A. Cirugía Laparoscópica. Cap. 9 Ed. Interamericana. México 1994.
21. Schwart. Principios de Cirugía. Tomo 1, pag. 981-7. Ed. Interamericana. México. 1991.
22. Sabinston D. Tratado de patología quirúrgica. Tomo 1 pag, 730-8. Ed. Interamericana. México. 1988.
23. Ellis H, Jr. Schlegel et al. Surgical treatment of esophagus hiipermotilidad disturbances. *JAMA* 188:862 1964.
24. Cervantes J. Patiño J. Cirugía Laparoscópica y Torascoscópica. Cap 23. Ed. Interamericana. México 1997.
25. Ancona E. et al. Esophageal Achalasia: Laparoscopic versus Conventional open Heller-Dor operation. *Am J Surg* 1995 Sept. 170:265-70.

26. Crivelli, A. Disfagia Orofaringea. Actualización del tema. Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. Hospital San Martín. La Plata. Argentina 1999.
27. Terre Boliart. Unidad de Daño Cerebral. Institut Guttmann. Hospital de Neurorehabilitación. Badalona (Barcelona) Neurol Supl 2007;3(7):43-46.
28. Terre Boliart, F. Orient, D. Guevara. Disfagia orofaríngea en pacientes afectados de esclerosis múltiple. Rev Neurol 2004; 39 (8): 707-710
29. Nestle Nutrition. Dissier de Disfagia. Nestlé España S.A. [fecha de acceso 25 Noviembre de 2008]; Disponible en: [www.nestle.es/nutricionclinica](http://www.nestle.es/nutricionclinica).
30. American Speech Language - Hearing Association. Roles of Speech-Language Pathologists in Swallowing and Feeding Disorders: Technical Report. 2001. [fecha de acceso: 23 de septiembre de 2008]; III. 175-193. Disponible en: <http://www.asha.org/NR/rdonlyres/B8DE1480-C7B4-4383-A1F6-5829E9CB0CF5/0/v3TRRolesSLPSwallowingFeeding.pdf>
31. Ruiz López, F. Evaluación e Intervención de la Disfagia en la Esclerosis Múltiple. Asociación Malagueña de E.M .2005; de la 1 a la 6.
32. American Speech-Language-Hearing Association. (In press). Clinical Indicators for Instrumental Assessment of Dysphagia (guidelines). ASHA Desk Reference. Rockville, MD. [fecha de acceso: 23 de septiembre de 2008]; 2000 1-9. Disponible en: Disponible en: [http://www1.appstate.edu/~clarkhm/swall\\_dist\\_022/clin\\_ind.pdf](http://www1.appstate.edu/~clarkhm/swall_dist_022/clin_ind.pdf)
33. A. Ricci Maccarini, A. Filippini, D. Padovani, M. Limarzi. et. Al. Clinical non-instrumental evaluation of dysphagia. La valutazione clinica non strumentale della disfagia. Acta Otorhinolaryngol Ital 2007;27:299-305

34. Hemorragia Subaracnoidea secundaria a rotura de aneurisma cerebral. Series de guías clínicas. Ministerio de salud. N – 42; 2007.
35. Radiografía simple de abdomen. [En línea] Julio del 2008. [fecha de acceso 25 Noviembre de 2008]; URL disponible en: [http://www.tuotromedico.com/temas/rx\\_abdomen.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/rx_abdomen.htm).
36. Molina Gil, B. Guerra Blanco, F, Gutiérrez Fonseca R. Fundación Jiménez-Díaz. Madrid. Disfagia y Aspiración. [fecha de acceso 10 Noviembre de 2008]; URL disponible en: [http://www.disfagia.es/Disfagia%20 Aspiracion.pdf](http://www.disfagia.es/Disfagia%20Aspiracion.pdf)
37. Lin Perry, Claire P. Love. Et al. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke a systematic review. Dysphagia 16:7-18 (2001).
38. Departamento de Gastroenterología Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile. [fecha de acceso 3 Diciembre de 2008]; URL disponible en: <http://www.gastrouc.cl/endoscopiaalta.htm>
39. Nazar, Ortega, Godoy. Evaluación fibroscópica de la deglución. (Fibrosopic evaluation of swallowing). Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2008; 68:131-142.
40. H. Bascuñana Ambros y S. Galvez Koslowski. Tratamiento de la disfagia orofaríngea. Clinica Matt. Tarragona. (Madr) 2003;37 (1): 40-54.
41. D. Igual Fraile , A. Marcos Sánchez 1 , P. Robledo Andrés M. Fernández Bermejo. Gastrostomía endoscópica percutánea: su utilidad en Atención Primaria. Vol. 13 – Núm. 1– Enero 2003; medifam ; 13: 12.
42. Terre, R. Orient, F. Guevara, D. et Al. 2004. Disfagia orofaríngea en pacientes afectados de esclerosis múltiple. Revista de Neurología. 39 supl. 8.

43. Paula leslie, Paul Cardining, Janet Wilson. Investigation and management of chronic dysphagia. February of 2008; Vol. 326, 22.
44. F. Mora, A. Peña. Disfagia Orofaríngea 1999. [fecha de acceso: 23 de septiembre de 2008]; 2000 1-9. Disponible en: [www. aegastro.es](http://www.aegastro.es).
45. A. Caunedo Alvarez, H, Gutierrez. Servicio de aparato Digestivo . Hospital Univertario Virgen Macarena . Sevilla Medicine 2008; 10(1), 49-52
46. Pere Clave, Albert Verdaguer y Viridiana Arreola. Disfagia Orofaringea en el anciano. Unidad de Exploraciones Funcionales Digestiva. Hospital de Mataro: consorcio Sanitari del Maresme. Mataro. Barcelona. España. Med Clin (Barc). 2005;124(19):742-8.

## ANEXOS

### ANEXO 1

Traqueotomía:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Anterior <input type="checkbox"/>
Tubo de traqueotomía (TT):	LPC <input type="checkbox"/> CFN <input type="checkbox"/>	FEN <input type="checkbox"/> LGT <input type="checkbox"/>	CFS <input type="checkbox"/>
La terapia de oxígeno:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
Eliminación del TT:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
Duración del cierre TT _____ Veces por día _____			
Metabolismo <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Intolerancia <input type="checkbox"/>			
AB Ingesta en el pasado:    No <input type="checkbox"/> Sospecha <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha: _____			
Peso: _____ Altura: _____ Hidratado <input type="checkbox"/> deshidratado <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/>			
<b>Alimentación</b>			
Parenteral: <input type="checkbox"/>			
Enteral: <input type="checkbox"/>	NGT <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/>	Totalmente <input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/>
Orales (Intentos Anteriores)		Parcialmente <input type="checkbox"/>	Totalmente <input type="checkbox"/>
De: Líquido <input type="checkbox"/> Semi-líquido <input type="checkbox"/> Sólidos <input type="checkbox"/> Semi sólidos <input type="checkbox"/> Antes de Masticar Sólidos <input type="checkbox"/>			
"Naturales" sólidos <input type="checkbox"/> Asistida <input type="checkbox"/> Bajo Control <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/>			
Preferencias alimenticias:			
Fecha: _____			
Firma: _____			

**ANEXO 2**

<b>Evaluación morfológica de los pacientes con Disfagia</b>				
<b>Nombre:</b>				
<b>Control del Tronco:</b>				
<b>Control de Cabeza y Cuello:</b>				
<b>Movimientos</b>	<b>Ausente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Normal</b>	<b>Notas</b>
Flexión				
Extensión				
Rotación A la derecha				
Rotación a la izquierda				
Inclinación a la derecha				
Inclinación a la izquierda				

Labios (VII CN)	<b>En Reposo (con la patología)</b>	SI	NO
	Desviación		
	Atrofia		
	Hipotonía		
	Hipertonía		
	Contractura		
	Discinesia		
	Sialorrea		

<b>Movimientos</b>	<b>Ausente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Normal</b>	<b>Notas</b>
Abrir				
Extensión/ Sonrisa				
Protrusion / Beso				
<b>Fuerza</b>	<b>Ausente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Normal</b>	<b>Notas</b>
Mantenga depresor De la lengua				
Contra resistencia				
Diacosinesis				

Movimiento	Ausente	Insuficiente	Normal	Notas
Bajar				
Lateralización				
Ante versión				
<b>Dientes:</b>				
Parcialmente <input type="checkbox"/> Totalmente <input type="checkbox"/> Dentaduras <input type="checkbox"/> Sin prótesis <input type="checkbox"/>				

Mandíbula en Reposo (V CN)	En Reposo (patología)	SI	NO
	Abajo		
	(bloqueo –fuera)		

Lengua (XII CN)	En Reposo (patología)	SI	NO
	Simetría		
	Asimetría		
	Hipotonía		
	Hipertonía		
	Tics		
	Desviación		
	Temblor		
	Ampliada		
	Retraído		
	Discinesia		

Movimiento	Ausente	Insuficiente	Normal	Notas
Elevación				
Lateralización				
Protrusion				
<b>Contra resistencia</b>	<b>Ausente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Normal</b>	<b>Notas</b>
Vertical				
Lateral Derecha				
Lateral Izquierda				
Central				
Diacosinesia				

Paladar Blando (XII CN)	<b>En Reposo (patología)</b>	SI	NO
	Simetría		
	asimetría		
	Discinesia		

<b>Movimiento</b>	<b>Ausente</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Normal</b>	<b>Notas</b>
Simetría durante la Fonación				
Tensión (Duración)				
Diacosínesis				

**ANEXO 3**

<b>Evaluación de la sensibilidad de los reflejos en los pacientes con Disfagia</b>									
<b>Nombre :</b>									
		<b>Si</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>		<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Cara:</b>	Tacto Suave			Presión			Temperatura		
<b>Labios:</b>	Tacto Suave			Presión			Temperatura		
<b>Lengua:</b>	Tacto Suave			Presión			Temperatura		
<b>Paladar:</b>	Tacto Suave			Presión			Temperatura		
<b>Sabor:</b>									
Salado <input type="checkbox"/> Acido <input type="checkbox"/> Amargo <input type="checkbox"/> Dulce <input type="checkbox"/>									

<b>Funciones y Reflejos</b>		
<b>Reflejos Patológicos</b>	SI	NO
Reflejo de Mordida		
Reflejo de succión		
Puntos cardinales reflejo		
<b>Reflejos Normales:</b>		
Reflejo Palatal		
Reflejo Nauseoso		
Reflejo tos		
Reflejo Deglución		

<b>Tos:</b>	Ausente <input type="checkbox"/>	Ineficaz Reflejo <input type="checkbox"/>	Eficaz Reflejo <input type="checkbox"/>
	Ausente <input type="checkbox"/>	Voluntaria ineficaz <input type="checkbox"/>	Voluntaria eficaz <input type="checkbox"/>
<b>Respiración:</b>	Apnea <input type="checkbox"/>	Coordinación apnea	Deglución <input type="checkbox"/>
<b>Prueba de Agua:</b>	Voz Seca <input type="checkbox"/>	Voz Húmeda <input type="checkbox"/>	Inhalación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Lengua, Boca, Movimientos Faciales :</b>			
<b>Apertura de la boca</b> <input type="checkbox"/>	Protrusion Lengua <input type="checkbox"/>	Soplar <input type="checkbox"/>	
<b>Déficit de Comunicación:</b>	<input type="checkbox"/> Afasia	<input type="checkbox"/> Disfonía	
	<input type="checkbox"/> Anartria	<input type="checkbox"/> Disfagia	
<b>Fecha:</b>			
<b>Firma :</b>			

<b>Tarjeta Gustativa</b>						
<b>Nombre:</b>						
<b>Fecha:</b>	<b>Comida</b>	<b>Consistencia</b>	<b>Sabor</b>	<b>Temperatura</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Modalidad</b>
<b>Registro:</b>						
<b>Modificación de la Deglución: (Número, frecuencia, la eficacia etc.):</b>						
<b>Atento a las modificaciones, vigilancia la interferencia en el contacto y la manifestación de la consistencia:</b>						

**ANEXO 4**

<b>Prueba Oral en Pacientes Con Disfagia</b>			
Nombre:			
<b>Fase Preparatoria Oral</b>			
<b>L</b>	<b>SL</b>	<b>S</b>	Dificultad de entrada del alimento:
			Dificultad para mantener los alimentos en la boca:
			Dificultad para masticar:
			Persistencia de los alimentos:
			Dificultad en el posicionamiento del bolo:
			Aspiración predeglutoria :
<b>Fase Oral</b>			
<b>L</b>	<b>SL</b>	<b>S</b>	Alteración de la protrusion del bolo a la faringe, repetitiva:
			Transito oral prolongado:
			Cae el bolo en hipofaringe antes de la deglución:
			Aspiración después de la deglución:
<b>Fase Faringea</b>			
<b>L</b>	<b>SL</b>	<b>S</b>	Alteración del reflejo de la deglución: Al Final <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
			Aspiración después de la deglución :
Leyenda: S: Sólidos (Galletas; L: Líquidos (Leche/ jugo de arandino); SL: Semi liquido (yogurt/gelatina).			
Fecha:			
Firma:			

## ANEXO 5

### IDENTIFICACIÓN DE LA DISFAGIA - ENTREVISTA A PROFESIONALES FACTORES RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO DE LA DISFAGIA.

Para completar la siguiente encuesta seleccione con una X su respuesta.

<b>Fecha (día, mes año):</b>	
<b>Nombre:</b>	
<b>Profesión:</b>	<b>Especialidad:</b>
<b>Experiencia clínica:</b>	

#### AL MOMENTO DE ABORDAR PACIENTES CON SOSPECHA DE DISFAGIA, USTED TIENE EN CUENTA:

<b>1. Antecedentes que se relacionan con disfagia.</b>		
	Si	No
Quirúrgicos		
Farmacológicos		
Familiares		
Neurológicos		
Estado nutricional		
Estado respiratorio		
Reflujo gastroesofágico		
Observaciones:		

#### SÍNTOMAS INDICADORES DE DISFAGIA COMO:

<b>2. Relaciona o tiene en cuenta estos síntomas como indicadores de disfagia?</b>		
	Si	No
Dificultad para iniciar la deglución		
Vomito		
Negación para ingerir sólidos o líquidos		
Perdida de peso		
Sialorrea		
Prolongación en la masticación		
Carraspeo		
Odinofagia		

<b>3. Signos indicadores de disfagia como:</b>		
	Si	No
Tos		
Disfonía		
Regurgitación nasal		
Presencia de residuos en la cavidad oral		
Deshidratación		
Babeo al hablar		
Infecciones pulmonares		

<b>4. Evaluación anatomofisiológica de las estructuras involucradas en la deglución como:</b>		
	Si	No
Labios		
Lengua		
Paladar		
Dientes		
Mandíbula		
Maxilar superior		
Músculos masticatorios		
Pares craneales		
Observaciones:		

**EN LO RELACIONADO CON EL USO DE LA TECNOLOGÍA PARA EL DIAGNOSTICO USTED:**

<b>5. Remite o emplea tecnología para el diagnostico de la disfagia como:</b>		
	Si	No
Videofluroscopia		
Cinedeglución		
Manometría faríngea		
Laringoscopia indirecta		
Radiografía		
Nasoendoscopia		
FESS ( Evaluación fibroendoscopica de la deglución)		
Otro:		
Observaciones:		

**DE ACUERDO AL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUE DEBE ABORDAR LOS PACIENTES CON ESTA PATOLOGÍA CONSIDERA USTED QUE DEBEN FORMAR PARTE DE ESTE EQUIPO:**

<b>6. ¿Señale los profesionales que usted considere deben participar en el diagnostico y manejo de la disfagia?</b>		
	Si	No
Fonoaudiólogo		
Nutricionista		
Terapeuta respiratorio		
Radiólogo		
Neurólogo		
Otorrinolaringólogo		
Neumólogo		
Gastroenterólogo		
Otro:		
Observaciones:		