

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE UN MATERIAL EDUCATIVO DIRIGIDO AL
PERSONAL PROFESIONAL EN SALUD, PARA LA DETECCIÓN DE LA
DISFAGIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADULTA

PAOLA BALLESTEROS
XIOMARA LEDESMA

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA
POPAYÁN

2004

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN.....	7
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	10
ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	12
MARCO REFERENCIAL.....	14
METODOLOGÍA.....	65
RESULTADOS.....	67
CONCLUSIONES.....	75
RECOMENDACIONES.....	77
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS.....	81
Anexo I: Formato de Encuesta.....	82
Anexo II: Formato de Evaluación de Manual.....	83
Anexo III: Formato de Detección de Disfagia.....	84

RESUMEN

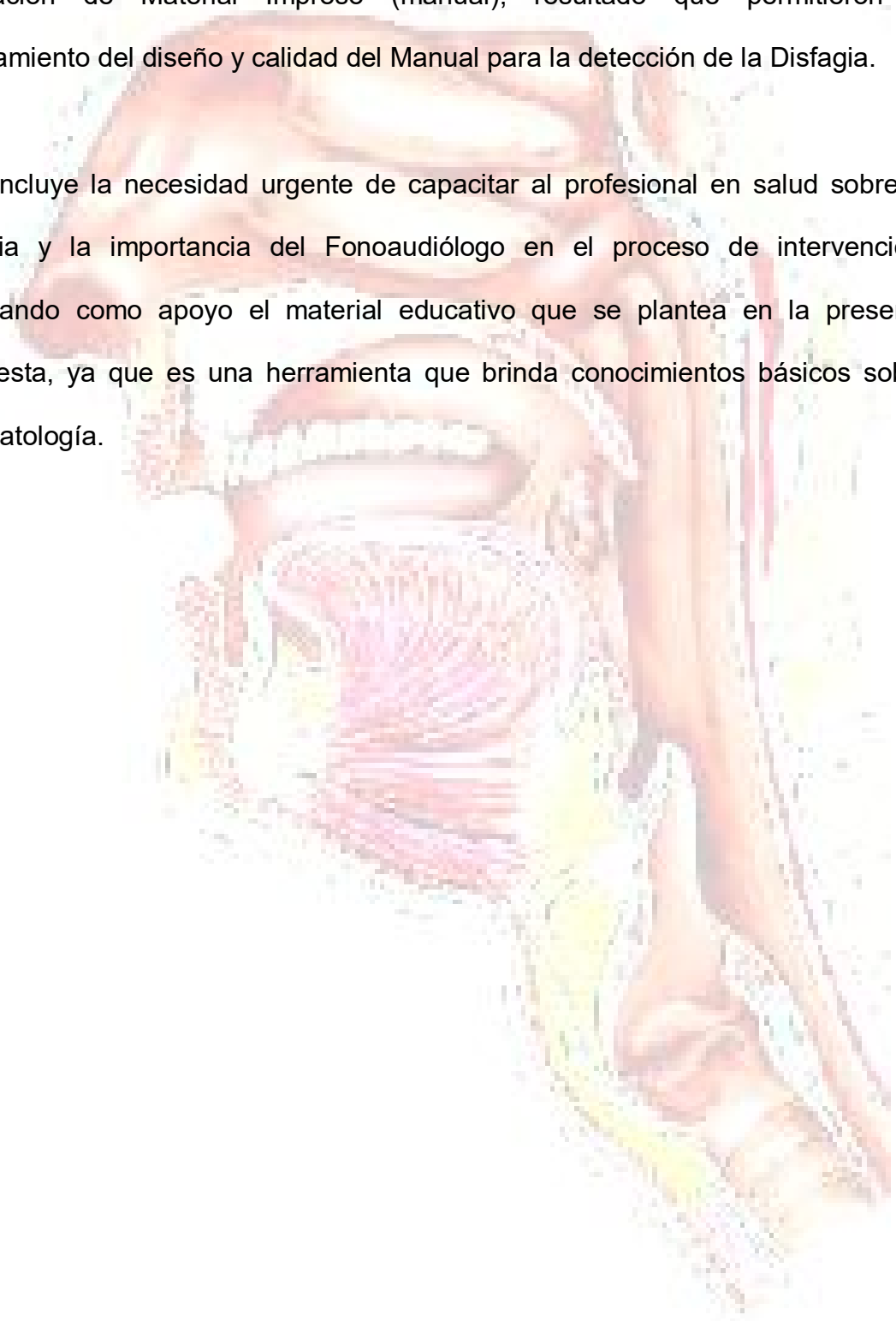
El presente trabajo es un propuesta educativa que pretende orientar al profesional en salud sobre la disfagia, mediante el diseño y elaboración de un material educativo (manual y video) para la detección de dicha patología en pacientes pediátricos y adultos; de tal manera que favorezca su captación y la remisión al servicio de Fonoaudiología para su manejo.

En la primera fase del diseño del material educativo se elaboró un formato de encuesta sobre conocimientos previos acerca de disfagia, el cual se aplicó a 15 profesionales en salud del Hospital Universitario San José de Popayán, entre ellos enfermeras, médicos, neurólogos, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería; donde se evidenció un notable desconocimiento del compromiso de la etapa oral de la deglución en un paciente disfágico y del papel del Fonoaudiólogo frente al manejo terapéutico de esta patología. Los resultados arrojados en las encuestas contribuyeron en la elección del contenido del manual y el video.

En la segunda y tercera fase se elaboró el material educativo (manual y video, respectivamente) el cual está constituido por “Aspectos generales, clasificación, etiología, signos y síntomas, diagnóstico diferencial, valoraciones subjetivas – objetivas, equipo interdisciplinario y Formato de Detección de la Disfagia.

En la cuarta y última fase se aplicó, en 10 profesionales en salud, un formato de evaluación de Material Impreso (manual), resultado que permitieron el mejoramiento del diseño y calidad del Manual para la detección de la Disfagia.

Se concluye la necesidad urgente de capacitar al profesional en salud sobre la disfagia y la importancia del Fonoaudiólogo en el proceso de intervención, empleando como apoyo el material educativo que se plantea en la presente propuesta, ya que es una herramienta que brinda conocimientos básicos sobre esta patología.



INTRODUCCIÓN

La deglución es el acto en el cual el alimento es transportado desde la cavidad oral, faringe y esófago hacia el estómago. La deglución normal involucra una serie compleja de contracciones musculares voluntarias e involuntarias que proceden desde la boca al estómago y está comúnmente dividida en etapas Orofaringea y esofágica. No obstante, las dificultades o molestias que se puedan presentar a este nivel, son una dolencia frecuente en la práctica cotidiana, en pacientes neurológicos y sistémicos en edades que comprenden desde la infancia hasta la edad adulta mayor o geriátrica, siendo estos últimos los de mayor prevalencia, influyendo con alto impacto sobre la salud y bienestar de quienes la padecen.

La ASHA (Asociación americana de habla, audición y lenguaje) define la disfagia como el trastorno de la deglución cuyos signos y síntomas pueden involucrar la cavidad oral, faringe, y/o esófago, dificultando la ingestión segura de los nutrientes esenciales para la subsistencia del ser humano. Esta alteración involucra las cuatro fases de la deglución: preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica. Según RANDALL Y SCHECHTER la disfagia, o dificultad para deglutir, se define como cualquier defecto en la captación o el transporte de nutrimentos necesarios para conservar la vida.

La presente es una propuesta educativa que brindará una orientación adecuada sobre la disfagia mediante el diseño y la elaboración de un material educativo dirigido a los profesionales en salud, sobre la detección de la disfagia en pacientes pediátricos y adultos, partiendo de la observación minuciosa de signos y síntomas, patologías asociadas y medios de detección objetiva y subjetiva que permitan la captación de dichos pacientes, para que sean remitidos al servicio de fonoaudiología para su manejo, ya que esta conlleva a grandes disturbios de la vida social y alimenticia de estas personas.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un manual y video para la detección de la disfagia en pacientes pediátricos y adultos, que permita una remisión al servicio de fonoaudiología para su manejo terapéutico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ◆ Determinar el conocimiento previo que tienen los profesionales en salud sobre la disfagia.
- ◆ Elaborar el material educativo (video y manual) de detección de la disfagia
- ◆ Evaluar el diseño y calidad del material educativo en el profesional de la salud.

JUSTIFICACIÓN

La disfagia se presentan en pacientes pediátricos debido a anomalías congénitas u otras afecciones adquiridas a lo largo de la infancia. En pacientes adultos es causada por enfermedades neurológicas, sistémicas y mixtas; en pacientes geriátricos, por el envejecimiento puede conducir al debilitamiento de los músculos mandibulares, la pérdida de dentición, disfunciones olfativas y gustativas, reducción de la salivación y como resultado de la medicación prolongada.

En una revisión hecha a la literatura médica nacional (estudios investigativos alrededor de esta temática en Colombia), encontramos que el fonoaudiólogo no interviene en esta patología, a pesar de que él trabaja a diario con pacientes que dentro de su problema de comunicación pueden presentar alteraciones del tracto aéreo digestivo superior el cual se caracteriza por sostener tres funciones: la conducción de la respiración, la conducción de los alimentos y la vehiculización periférica de la comunicación oral. Este tracto es capaz de cambiar de una función a otra en fracción de segundos y producir un amplio rango de variaciones sistémicas dentro de cada función.

La propuesta es importante porque permitirá a los distintos profesionales de la salud la identificación de signos y síntomas en las etapas preparatoria oral , oral, faríngea y esofágica orientando al paciente y/o a su familia en la búsqueda de las disciplinas que ayuden a su rehabilitación según la etapa afectada. Además favorecerá la remisión al profesional en fonoaudiología, siendo este el profesional idóneo para su intervención debido a que el habla y la deglución comparten músculos y funciones, por ello realizan ejercicios rehabilitatorios en musculatura oro-facial y cuello, que mejoran la masticación y la deglución; además reeducan la mecánica respiratoria proporcionando un mayor control de la misma para el adecuado manejo de dificultades como la aspiración, y advierten sobre la consistencia apropiada de las bebidas y los alimentos en la dieta del paciente.

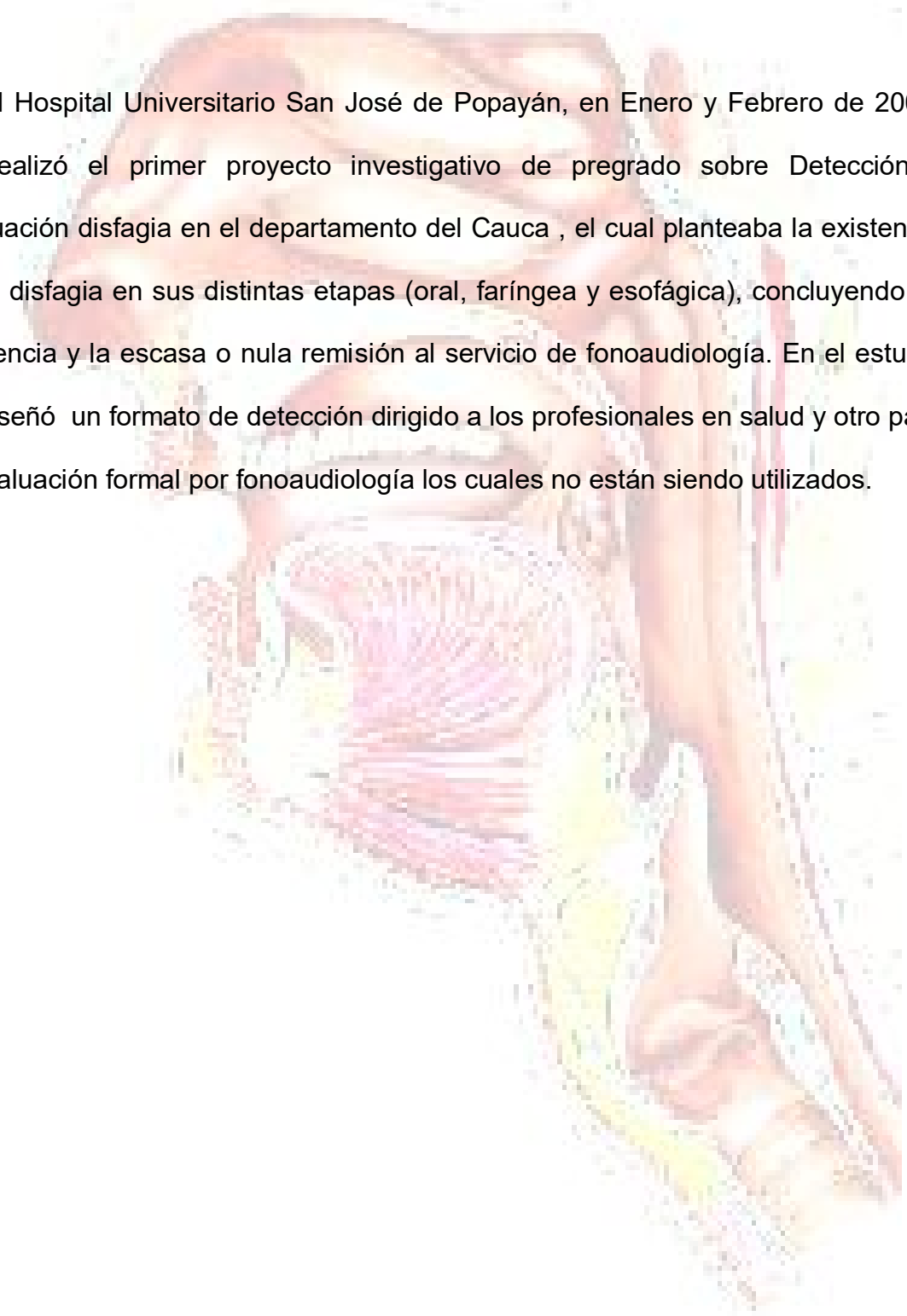
ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En Estados Unidos, la Disfagia, ocurre aproximadamente en el 13- 14 % de los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos, en 30- 35% de los pacientes en centros de rehabilitación y en 40-50 % de pacientes en centros privados, siendo el Patólogo del Lenguaje (fonoaudiólogo) quien ha estado activamente involucrado en la investigación de técnicas de evaluación óptimas y estrategias de tratamiento para la disfagia Orofaringea, desde 1930. El equipo de manejo del paciente disfágico, está dirigido por el Otorrinolaringólogo y el Patólogo del Lenguaje; en Italia y Francia el médico Foniátra en conjunto con el Ortofonista; en España, el Foniátra y la Logopeda; y en Brasil el Foniátra y el fonoaudiólogo.

En Colombia, aunque no hay datos disponibles, se sabe que los médicos Otorrinolaringólogos , Gastroenterólogos, Neurólogos y Fonoaudiólogos, atienden a pacientes con disfagia pero no los rehabilitan. Por lo tanto hace falta que el Fonoaudiólogo se involucre más en este campo, y participe en equipos multidisciplinarios para rehabilitar esta patología y los trastornos de habla y voz que la acompañan. La disfagia es un problema complejo que debe ser manejado por un equipo multidisciplinario que incluye (dependiendo de la causa): médico Gastroenterólogo, Neurólogo, Fonoaudiólogo o Foniátra (entrenado para el manejo de dichos pacientes) Otorrinolaringólogo, Neumólogo, Radiólogo,

Odontólogo, Fisiatra y Nutricionista, además, de un equipo técnico especializado integrado por: Terapeuta ocupacional, Fisioterapeuta y/o Enfermera.

En el Hospital Universitario San José de Popayán, en Enero y Febrero de 2003, se realizó el primer proyecto investigativo de pregrado sobre Detección y evaluación disfagia en el departamento del Cauca , el cual planteaba la existencia de la disfagia en sus distintas etapas (oral, faríngea y esofágica), concluyendo su presencia y la escasa o nula remisión al servicio de fonoaudiología. En el estudio se diseñó un formato de detección dirigido a los profesionales en salud y otro para la evaluación formal por fonoaudiología los cuales no están siendo utilizados.



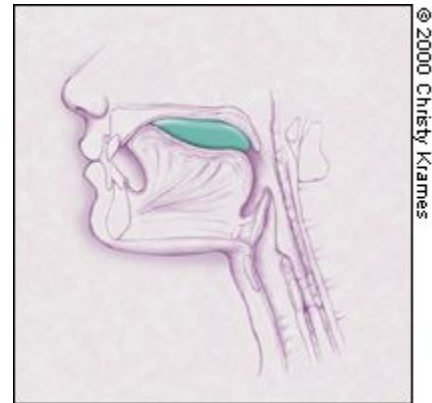
MARCO REFERENCIAL

DEGLUCIÓN NORMAL

“La deglución es una actividad neuromuscular compleja que consiste en una serie de movimientos coordinados y se divide en cuatro estados: preparatoria oral, oral, oral faríngea, y esofágica.

🔷 La primera fase de la deglución es la **preparatoria oral** ocurre cuando el alimento es probado completamente, se mezcla con la saliva y forma un bolo del tamaño y la consistencia apropiada para los movimientos dentro de la faringe y esófago. Durante esta fase, la lengua mantiene el bolo contra el paladar duro. Si se forma un bolo de alimento sólido, la lengua lo extiende en la cavidad oral exponiéndolo a la acción de trituración de los dientes. Esta es una actividad altamente coordinada que es rítmica y controlada para prevenir daños en la lengua. La lengua es elevada al paladar por la acción combinada de los músculos digástrico , geniogloso, geniohioideo y milohioideo. Los músculos intrínsecos de la lengua producen depresión inicial en el dorso que recibe la comida y la extiende, distribuyendo la comida a través de la cavidad oral. El músculo buccinador sujeta el alimento entre los dientes. En esta fase la base de la lengua está contra la base secundaria del velo del paladar por la contracción del músculo palatogloso que deja que la respiración continúe.

❖ La segunda fase es la **oral** está caracterizada por la elevación de la lengua y una acción posterior de remoción producida fundamentalmente por la acción del músculo estilogloso. Este propulsa el paso del bolo a los pilares amigdalinos anteriores hacia la faringe y

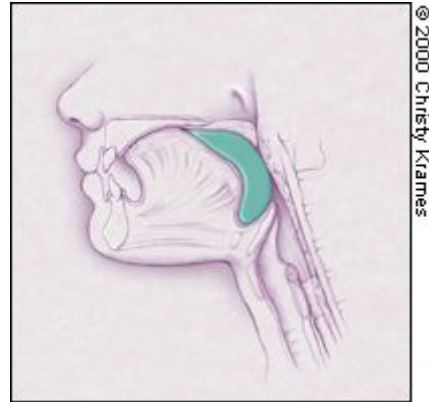


desencadena el reflejo de la deglución. Los receptores de este reflejo se encuentran en la base de los pilares anteriores, pero hay evidencia de otros que existen en la base de la lengua, epiglotis y fosas piriformes. Los impulsos sensoriales para el reflejo son conducidos a través de las ramas aferentes de los nervios craneales V (trigémino), IX (glosogárgico) y X (vago) a los centros de la deglución.

❖ La tercera fase es la **Faríngea**, su mayor componente es el reflejo de deglución; este resulta de la estimulación de la actividad motora por los nervios craneales IX y X. Donde el alimento después de ser expulsado hacia la parte posterior de la boca, se estimulan las zonas receptoras del reflejo de la deglución, que rodean el istmo de las fauces, de ahí salen impulsos hacia el tallo cerebral para desencadenar contracciones musculares como elevar el velo palatino, cerrando el pasaje a la faringe y la cavidad nasal; el dorso de la lengua se inclina profundamente y la saliva se desliza a la mesofaringe, la cual

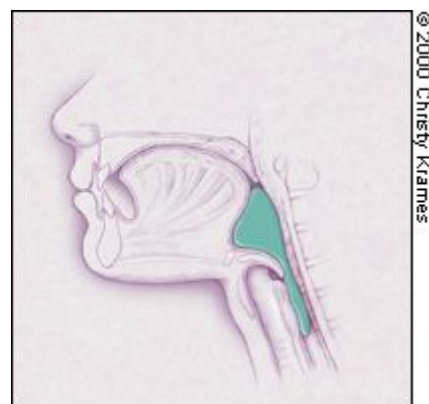
está separada de la cavidad bucal por la lengua y la contracción de las fauces;

la acción peristáltica de la musculatura faríngea, combinada con la actividad del dorso de la lengua, transporta la saliva hacia la hipofarínge. La actividad muscular cierra la faringe por arriba, la epiglotis se coloca horizontalmente y cierra la laringe, por su



parte superior se eleva. Esta acción aumenta la presión mientras la saliva es almacenada por encima de la epiglotis; el pasaje aéreo es cerrado de manera parcial por el dorso de la lengua y principalmente por la contracción de la laringe cuando el acto de la deglución se completa, el pasaje aéreo se abre nuevamente por el descenso del paladar blando y la faringe se llena de aire a través de la nariz.

🌈 La cuarta y última etapa es la **esofágica**, está enteramente bajo la influencia del sistema nervioso autónomo a través del nervio vago y los ganglios simpáticos cervicales y torácicos. Esta fase empieza cuando el bolo pasa a través del músculo cricofaríngeo que se encuentra



relajado y entra en el esófago cervical, en esta porción del esófago cervical se

presentan dos tipos de movimiento peristálticos: el peristaltismo primario, es la continuación de la onda peristáltica que empieza en la faringe y se extiende hasta el esófago durante la etapa faríngea. Si la onda peristáltica primaria no alcanza a transportar la totalidad de los alimentos que han penetrado en el esófago, la distensión de este por el resto de alimentos, origina una onda peristáltica secundaria. Las ondas peristálticas dependen de los reflejos vagales. Los impulsos viajan del esófago al bulbo por medio de las fibras vagales eferentes.” (1”)

DISFAGIA

“La disfagia o dificultad para deglutir es definida según Randall y Schechter, como un defecto en la ingesta o transporte de sustancias endógenas y nutrientes necesarios para el mantenimiento de la vida.” (1)

“Para la ASHA (asociación americana de habla, lenguaje y audición) la disfagia se define como el trastorno de la deglución cuyos signos y síntomas pueden involucrar la cavidad oral, faringe, laringe y/o esófago, dificultando la ingestión segura de los nutrientes esenciales para la subsistencia del ser humano. Dicha alteración involucra las cuatro fases de la deglución: preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica.” (2)

“FISIOPATOLOGÍA DE LA DISFAGIA (según Raj K. Goyal)” (3)

El transporte normal del bolo ingerido a través del conducto deglutorio depende de:

- ▶ El tamaño del bolo ingerido
- ▶ El diámetro de la luz del pasaje de la deglución
- ▶ La contracción peristáltica
- ▶ La inhibición deglutoria, que comprende la relajación normal de los esfínteres esofágicos superior e inferior durante la deglución.

La disfagia ocasionada por un bolo de gran tamaño o por estrechamiento de la luz se denomina disfagia mecánica, mientras que la disfagia debida a falta de coordinación o a debilidad de las contracciones peristálticas, o a una inhibición deglutoria alterada se denomina disfagia motora.

DISFAGIA MECANICA

La disfagia mecánica podría estar causada por un bolo alimentario muy grande, una estenosis intrínseca o una compresión extrínseca de la luz. En el adulto, la luz esofágica puede distenderse hasta un diámetro de 4 cm debido a la elasticidad de la pared esofágica. Cuando el esófago no es capaz de dilatarse más de 2,5 cm de diámetro puede aparecer disfagia, que está siempre presente cuando la distensión esofágica no es superior a 1,3 cm. Las lesiones circulares producen disfagia más a menudo que aquellas que afectan solamente a una porción de la

circunferencia de la pared esofágica, ya que los segmentos no afectados conservan su distensibilidad. Las causas habituales son: 1) Carcinoma, 2) Estenosis péptica y otras estenosis benignas, y 3) anillo esofágico inferior.

DISFAGIA MOTORA

La disfagia motora puede ser consecuencia de una dificultad para iniciar la deglución o de anomalías en el peristaltismo y la inhibición deglutoria debidas a enfermedades de los músculos esofágicos estriados o lisos. Las enfermedades de los músculos estriados afectan la faringe, al esfínter esofágico superior y a la porción superior del esófago.

La disfagia motora de la faringe es consecuencia de trastornos neuromusculares que ocasionan parálisis muscular, contracción no peristáltica simultánea o pérdida de la apertura del esfínter esofágico superior.

Las enfermedades de la musculatura lisa afectan la porción torácica del esófago y al esfínter esofágico inferior. El peristaltismo en este segmento se debe a mecanismos neuromusculares en la pared del propio esófago. Aparece disfagia cuando las contracciones peristálticas son débiles o no son peristálticas, o cuando el esfínter inferior deja de abrirse normalmente. La pérdida de la fuerza contráctil se produce por debilidad muscular, como ocurre en la esclerodermia, o por la pérdida de neuronas mientéricas, como en la acalasia. La causa de las contracciones no peristálticas, que se observa típicamente en el espasmo esofágico difuso, no está bien explicado, la alteración de la inhibición deglutoria

del esfínter esofágico inferior tiene que ver con un defecto en los nervios inhibitorios del esfínter y es la causa principal de disfagia en la acalasia.

“FISIOPATOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN

Los desórdenes de la deglución se clasifican acorde a la fase deglutoria que esté afectada. Los deterioros de las fases oral y Faríngea son algunas veces denominadas disfagias de “transferencia”.

Fase oral: son los desórdenes que afectan las fases preparatoria oral y oral propulsiva, generalmente resultan del deterioro del control de la lengua (4), aunque se pueden involucrar problemas dentales. Cuando los pacientes ingieren alimentos sólidos pueden presentarse dificultades en la masticación e inicio de la deglución. Si beben un líquido, pueden encontrar dificultad en contenerlo en la cavidad oral antes de deglutir, como resultado, el líquido se derrama prematuramente hacia la faringe cuando no está preparada, para la deglución y ocurre frecuentemente la aspiración.

Fase faríngea: Con la disfunción de la fase Faríngea de la deglución, el alimento se transporta al esófago que puede estar deteriorado, lo cual resulta en la retención del alimento en la faringe después de la deglución. En personas normales una pequeña cantidad de alimento se aloja comúnmente en la vallécula o senos piriformes después de la deglución (5). Con la obstrucción de la faringe

por estrechez, tejido o tumor, debilidad o incoordinación de los músculos faríngeos, o pobre apertura del esfínter esofágico superior (6), los pacientes pueden retener cantidades excesivas de comida en la faringe y experimentar una aspiración excesiva después de la deglución (4). El descenso faríngeo del alimento está severamente deteriorado, el paciente puede ser incapaz para ingerir cantidades suficientes de comida y bebida para sostener su vida.

Un divertículo faríngeo puede también impedir el vaciamiento faríngeo por desvío del bolo de su curso normal. Además, la debilidad del paladar blando y la faringe pueden, conducir a la regurgitación nasal de comida.

Fase esofágica: El deterioro de la función esofágica puede concluir en la retención de comida y líquido en el esófago después de deglutir (7). Esta retención se da como consecuencia de obstrucción mecánica, un desorden en la motilidad o deterioro en la apertura del esfínter esofágico inferior.

El cuerpo del esófago puede obstruirse por tejidos, estrechez o tumor. La fuerza de propulsión esofágica puede reducirse por debilidad e incoordinación de la musculatura esofágica, la sobreactividad de esta musculatura traerá como consecuencia espasmo esofágico, el cual reduce la eficacia del transporte de alimento a este nivel.

Aunque el reflujo gastroesofágico no es en sí un desorden de la deglución, está en estrecha relación con este problema (7) Los pacientes con reflujo gastroesofágico

tienen riesgo de reflujo por esofagítis, también riesgo de estrechez péptica, la cual puede obstruir el esófago y desencadenar en disfagia.

CLASIFICACION DE LOS DESORDENES DE LA ALIMENTACIÓN Y

DEGLUCIÓN EN NIÑOS (1)

“La disfagia en niños se clasifica generalmente como **disfagia oral** (fase preparatoria oral y oral anormales) o **disfagia faríngea** (fase faríngea anormal).

La **disfagia oral** se evidencia comúnmente en niños con desórdenes en el neurodesarrollo. Los padres describen que los niños comen “poco” o “de manera sucia”, y frecuentemente reportan importantes residuos orales después de las comidas, con el alimento generalmente retenido en el paladar duro o en el sulco lateral. Los niños con disfagia oral frecuentemente tienen deterioro en la fase preparatoria oral. Estos niños en común, muestran pobre coordinación labial y lingual, y como consecuencia pérdida anterior de la sustancia y pobre selle labial por succión o remoción del alimento con una cuchara. Otro patrón anormal de la alimentación incluye hundimiento de la mandíbula y de la lengua a la presentación del alimento. La retracción de la lengua puede interferir con la respiración y la deglución, así como en la formación del bolo y su propulsión.

La retracción mandibular, apretamiento y mordida tónica, ocasionan deterioro a nivel de movimientos e inhabilidad para masticar y propulsar adecuadamente el alimento.

La disfagia oral puede involucrar la fase oral de la deglución. Los niños con deterioro en la función oral frecuentemente, tienen dificultades en la coordinación de “succión, deglución y respiración”, el patrón de ingesta oral temprana concluye disminución de la resistencia durante la alimentación oral. La apraxia de la deglución oral, así como la reducción de la sensación oral también son comunes. Otras debilidades incluyen una formación y transporte de bolo reducido, patrones de sostenimiento anormales, contacto incompleto entre la lengua y el paladar, y bombeo lingual repetitivo.

Los pacientes con **disfagia en la fase faríngea** puede demostrar todas las características de la disfagia. Los padres de estos niños generalmente reportan tos, náuseas y atragantamiento con alimentos sólidos y líquidos. Sin embargo los signos clínicos de la disfagia faríngea resultan completamente sutiles, el 70% de los pacientes con disfagia faríngea presentan aspiración muy silenciosa con signos clínicos no claros (Logeman 1983). Estos niños sufrirán de recurrentes infecciones respiratorias superiores, o podrán tener una historia de neumonía. La disfagia en la fase faríngea podrá caracterizarse por un número de anteriores hallazgos anormales, durante y después de la deglución. El retraso faríngeo se define como un tiempo de tránsito faríngeo (tiempo en el cual el bolo pasa desde los arcos de las fauces sobre la base de la lengua, luego a los senos piriformes hasta llegar al esófago, de uno a dos segundos. En lugar del retraso faríngeo, los pacientes con riesgo de penetración presentan aspiración antes de la deglución. El deterioro en la elevación y cierre laríngeo también puede ocasionar penetración en

el vestíbulo laríngeo y aspiración durante la deglución, especialmente con una historia de trauma o disfunción neurológica. El exceso de líquido en la vallécula está caracterizado por la presencia de una acumulación del material del bolo en la vallécula que precede el funcionamiento de la próxima deglución. Un bolo que es de viscosidad delgada fácilmente puede entrar a la endolaringe antes de que el reflejo de deglución se ponga en funcionamiento, creando un riesgo de aspiración entre cada deglución. La falla del esfínter cricofaríngeo para lograr relajarse puede traer como consecuencia la acumulación de material en los senos piriformes, el cual puede en cualquier momento regarse en las vías respiratorias, causando aspiración en la medida que se produce otras degluciones. Finalmente la ausencia de deglución es propio de pacientes con daño neurológico como la hipoxia o daño encefálico. Esta se define como una falla del reflejo de deglución para ponerse en funcionamiento a los 30 segundos del paso del bolo por el arco de las fauces. Los pacientes con deglución ausente generalmente muestra penetración laríngea y una aspiración silenciosa severa.

CLASIFICACIÓN DE DISFAGIA EN PACIENTES ADULTOS (8)

”El grado de compromiso de las disfagias puede ser clasificado en leve, moderado y severo.

- ❖ **Grado leve:** trastornos de movilidad, transformación del bolo y retraso en la deglución.
- ❖ **Grado moderado:** alteraciones en la movilidad, coordinación, lentitud en el transporte, reflejo de deglución lento o ausente. Alteraciones vocales, riesgos de penetraciones y aspiraciones.
- ❖ **Grado severo:** además de las señales ya descritas, puede haber reducción en la elevación del hioides y laringe, alteración respiratoria y aspiraciones frecuentes.”


CAUSAS DE LA DISFAGIA EN NIÑOS (1)

Anomalías congénitas de la cavidad oral y nasal

- ❖ Atresia coanal
- ❖ Masas nasales congénitas
- ❖ Labio y/o Paladar Hendido


Anomalías congénitas de la laringe tráquea, esófago y grandes vasos


- ❖ Laringomalacia
- ❖ Parálisis del pliegue vocal
- ❖ Hendiduras laríngeas
- ❖ Fístula traqueoesofágica / atresia esofágica


 Duplicación esofágica


 Anillos vasculares

Causas infecciosas de la disfagia

 Faringitis aguda o tonsilitis

 Abscesos peritonsilares

 Abscesos retrofaríngeos

 Otros abscesos profundos de cuello

 Epiglotitis

 Esofagitis

Causas Neurológicas de la disfagia

 Enfermedades del nudo neuromuscular

 Enfermedades del Sistema Nervioso Central en estado crónico y agudo

Causas Neoplásicas de la disfagia

 Hemangioma





 Linfangioma

 Papiloma



 Leiomioma

 Neurofibroma

Causas Traumáticas







-  Daños en la cavidad oral y faríngea posterior
-  Disfagia relacionada con procedimientos quirúrgicos
-  Trauma externo
-  Ingestión caústica

Causas mixtas de la disfagia

-  Reflujo gastroesofágico
-  cuerpos extraños en el tracto aéreo digestivo superior

CAUSAS DE LA DISFAGIA ORAL Y FARINGEA EN ADULTOS(9)

Desórdenes neurológicos y accidentes cerebrovasculares

-  Infarto cerebral
-  Infarto del tallo cerebral
-  Hemorragia intracraneal
-  Enfermedad de Parkinson
-  Esclerosis múltiple
-  Esclerosis lateral amiotrófica


 Poliomiелitis


 Miastenia gravis


 Demencias


Lesiones estructurales

 Tiromegalia

 Hiperostosis cervical

 Tejidos congénitos

 Divertículo de Zenker

 Ingestión de material cáustico

 Neoplasma

Desórdenes psiquiátricos


 Disfagia psicógena

Enfermedades del tejido conectivo

 Poliomiосitis

 Distrofia muscular

Causas iatrogénicas

 Resorción quirúrgica

 Fibrosis por radiaciones

 Medicamentos

SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS QUE PUEDEN AFECTAR LA DEGLUCIÓN

(9)

FUNCIÓN OROFARÍNGEA	FUNCIÓN ESOFÁGICA
<u>Sedación, debilidad faríngea, distonía</u>	<u>Inflamación ocasionada por irritación por píldoras</u>
 Benzodiacepinas	 Tetraciclina
 Neurolépticos	 Doxiciclina (vibramicina)
 Anticonvulsantes	 Preparaciones de hierro
<u>Miopatías</u>	 Quinidina
 Corticoesteroides	 Drogas antiinflamatorias no esteroideas
 Drogas bajas en lípidos	 Potasio
<u>Xerostomía</u>	<u>Daños en la motilidad o aumento del reflujo gastroesofágico</u>
 Antialérgicos	 Anticolinérgicos
 Antihipertensivos	 Bloqueadores de canales de calcio
 Antihistamínicos	 Teofilina
 Antipsicóticos	<u>Esofagitis (relacionada a inmunosupresión)</u>
 Narcóticos	 Corticoesteroides
 Anticonvulsivos	
 Agentes antiparkinsonianos	
 Antineoplásicos	
 Antidepresivos	
 Anxiolíticos	
 Relajantes musculares	
 Diuréticos	
<u>Inflamación</u>	
 Antibióticos	

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DISFAGIA (9)

DISFAGIA ORAL O FARINGEA	DISFAGIA ESOFAGICA
<ul style="list-style-type: none">◆ Deglución con tos y atoramiento◆ Dificultad en la iniciación de la deglución◆ Alimento adherido a la garganta◆ Sialorrea◆ Inexplicable pérdida de peso◆ Cambios en los hábitos dietéticos◆ Neumonía recurrente◆ Cambios en la voz y el habla◆ Regurgitación nasal◆ Dificultad en el manejo de secreciones	<ul style="list-style-type: none">◆ Sensación de alimento adherido al pecho◆ Regurgitación oral o faríngea◆ Alimento adherido a la garganta◆ Sialorrea◆ Inexplicable pérdida de peso◆ Cambio en los hábitos dietéticos◆ Neumonía recurrente◆ Acidez

ASOCIACIÓN DE SÍNTOMAS Y ETIOLOGÍAS POSIBLES DE DISFAGIA

(10) CONDICIÓN	(11) DIAGNOSTICOS A CONSIDERAR
<ul style="list-style-type: none">  Disfagia progresiva  Disfagia súbita  Dificultad al iniciar la deglución  Alimento atorado después de la deglución 	<ul style="list-style-type: none">  Disfagia neuromuscular  Disfagia obstructiva, esofagitis  Disfagia Orofaringea  Disfagia esofágica
<p><u>Tos</u></p> <ul style="list-style-type: none">  Al iniciar la deglución  Después de deglutir 	<ul style="list-style-type: none">  Disfagia neuromuscular  Disfagia obstructiva
<p><u>Pérdida de peso</u></p> <ul style="list-style-type: none">  En la vejez  Con regurgitación 	<ul style="list-style-type: none">  Carcinoma  Acalasia
<p><u>Síntomas progresivos</u></p> <ul style="list-style-type: none">  Acidez estomacal 	<ul style="list-style-type: none">  Estenosis péptica, escleroderma
<p><u>Síntomas intermitentes</u></p>	<ul style="list-style-type: none">  Anillos y tejidos esofágicos, espasmo esofágico, esófago de cascanueces
<p><u>Dolor con disfagia</u></p>	<ul style="list-style-type: none">  Esofagitis, postradiación, infecciosas virus del herpes simple, monilia, e inducida por drogas
<p><u>El dolor empeora por</u></p> <ul style="list-style-type: none">  Únicamente alimento sólido  Sólido y líquido  Regurgitación de alimentos digeridos 	<ul style="list-style-type: none">  Disfagia obstructiva  Disfagia neuromuscular  Divertículo de Zenker
<p><u>Debilidad y disfagia</u></p>	<ul style="list-style-type: none">  Accidentes cerebrovasculares, distrofias musculares, miastenia gravis, esclerosis múltiple
<p><u>Halitosis</u></p>	<ul style="list-style-type: none">  Divertículo de Zenker
<p><u>Alivio de la disfagia por degluciones repetidas</u></p>	<ul style="list-style-type: none">  Acalasia
<p><u>Disfagia que empeora con alimentos fríos</u></p>	<ul style="list-style-type: none">  Desórdenes de la motilidad neuromuscular

HISTORIA MEDICA EN NIÑOS CON DESORDENES DE ALIMENTACIÓN Y DEGLUCIÓN (1)

Los desórdenes de alimentación y deglución se presentan con gran variedad en cuanto a severidad y etiología. La disfagia neurogénica se refiere a la disfunción de la deglución causada por debilidad o descoordinación después de una enfermedad neurológica. La disfagia mecánica se asocia con la anatomía oral, faríngea o laríngea anormal, que resultan de anomalías congénitas, de cirugías o de traumas. La disfagia del desarrollo describe la deglución disfuncional que se observa en niños sin una etiología neurológica definida, los cuales tienen retrasos en el desarrollo cognitivo. Los niños con disfagia del desarrollo son difíciles de distinguir de aquellos con disfagia neurogénica por que muchos niños con daños neurológicos también tienen retardo del desarrollo.

Una historia amplia es esencial para la evaluación de los niños con disfagia. A los padres o personas a cargo se les debe pedir que describan la rutina de alimentación del niño, incluyendo la ruta de alimentación, los tipos de alimentos, la frecuencia de la alimentación y la duración de esta. La pérdida de apetito puede indicar intervalos de alimentación inadecuados. En los niños con daño neurológico, la disfagia de líquidos es generalmente peor que la de sólidos y puede estar asociado con la respiración. Los niños con obstrucción de las vías respiratorias generalmente tienen más dificultad con la deglución de sólidos. Una alimentación ineficiente y lenta es a menudo una razón para que las fallas se incrementen. A los padres debería preguntárseles también sobre los síntomas

asociados, como la aversión oral, la succión débil, el comportamiento irritable, náusea y atragantamiento y los problemas para respirar o apnea. Los cambios de posición o de postura durante la alimentación, como la hiperextensión de la cabeza y el cuello y la disminución del tono oral y facial, también puede ser reportada en niños con disfagia. El estridor después de la deglución puede indicar la presencia de una aspiración ligera. La odinofagia y la eméesis se pueden asociar con la obstrucción de la faringe y/o el esófago. La historia médica debe incluir además de los padres y personas a cargo, a otros profesionales de la salud al equipo médico. Una historia de infección materna, abuso de drogas de polihidramnios, indica que el niño está en un riesgo creciente de disfagia a causa de un compromiso neurológico. La anoxia, la reanimación prolongada, los registros APGAR bajos y la dependencia de la tecnología en el nacimiento, también indican prognosis pobre. El nacimiento del bebé pudo haber sido traumático y la obstrucción resultante de la vía respiratoria superior o el daño en el Sistema Nervioso Central, puede causar disfagia. La ausencia de respiraciones o llanto en el momento del nacimiento puede indicar una lesión obstructiva de la hipofaringe. Las anomalías congénitas pueden causar disfagia directamente (por ejemplo paladar hendido, hendidura laringotraqueoesofágica), o indirectamente causando obstrucción de la vía aérea nasal o superior.

En niños más grandes se debe incluir en la historia adicional la fecha en que surgieron los síntomas, la severidad y la frecuencia de éstos. Cualquier alteración neuromuscular que se diagnostique temprano en la niñez, como parálisis cerebral,

la parálisis pseudobulbar y la distrofia muscular deben quedar registradas. Las alteraciones progresivas del Sistema Nervioso Central asociadas con la disfagia incluyen la malformación de Arnold Chiari y la leucodistrofia. Algunos niños pueden estar tomando medicamentos asociados con estados mentales alterados los cuales causan letargo y pérdida del apetito. Los daños cáusticos en el esófago pueden causar disfagia mecánica en los caminantes y niños mayores, mientras que un trauma severo en la cabeza puede ser otra causa de disfagia neurogénica. En los adolescentes con disfagia deberían buscarse causas psicossomáticas.

EVALUACIÓN DE LA DEGLUCIÓN EN NIÑOS(1)

Dado que las causa de la disfagia en los niños son diversas, una evaluación completa debe ser un proceso prolongado. Los niños que rechazan la alimentación oral o que aspiran durante la alimentación, deberían ser iniciados en otros métodos activos de alimentación, de manera temporal, en métodos como por ejemplo la gastrostomía, la alimentación por sonda nasogástrica o la hiperalimentación.

La evaluación de la función de la deglución en niños es útil para establecer la eficacia y seguridad de la alimentación oral, para cuantificar el grado de aspiración durante la deglución, para diagnosticar anomalías anatómicas y fisiológicas, para establecer el potencial del consumo oral y para hacer recomendaciones en cuanto al consumo nutritivo y estrategias terapéuticas. La evaluación de la deglución específica tomadas como muestras (la deglución de Bario modificada o el estudio

de la deglución de rehabilitación) le permite a los médicos recomendar cambios adecuados en la dieta. En casos de disfagia oral severa y faríngea, se pueden recomendar alimentaciones no orales a largo plazo. Las valoraciones repetidas se pueden usar para monitorear la progresión de la disfagia, como también los resultados de la intervención terapéutica.

EXAMEN CLINICO PARA DISFAGIA EN PACIENTES ADULTOS (12)

Una evaluación comprensiva de un paciente del cual se sabe o se sospecha que tiene disfagia involucra a varias disciplinas médicas o la unión de éstas. La evaluación tiene como propósito establecer los factores que los factores que están relacionados con la función de deglución, no tanto para diagnóstico la enfermedad



subyacente, aunque puede servir para clarificar la necesidad de otros estudios. La palabra disfagia según el diccionario médico ilustrado Dornald, se deriva del griego fogos, que significa comer. Las condiciones que pueden degenerar la alimentación son diversas. Aún teniendo en cuenta las definiciones más limitadas de disfagia como por ejemplo dificultades en la deglución, la complejidad de pacientes evaluados de manera comprensiva puede ayudarnos a encontrar la causa de esta alteración.

Una evaluación comprensiva de la disfagia debe verse como una evaluación de equipo, ya que una sola disciplina no puede establecer en detalle todas las fases de la deglución sin pretender enumerar todas las disciplinas que puedan contribuir a una evaluación comprensiva de la disfagia, y reconociendo que la responsabilidad y la experiencia varían según el ambiente, presentamos un resumen de los sistemas más importantes que se deben evaluar y los métodos que hay al alcance para la evaluación en el siguiente cuadro:

EVALUACIÓN COMPRENSIVA DE LA DISFAGIA:

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEGLUCIÓN	MÉTODOS DE EVALUACIÓN
<p>Fase oral: Estatus mental, juicio Músculos de la expresión facial Músculos de la masticación Membranas mucosas Dentición Músculos linguales Sensación orofacial</p>	<p>Orientación de pantalla, lenguaje, percepción visomotora Examen para simetría en reposo y durante el movimiento Palpar y hacer resistencia suave al movimiento Inspeccionar Inspeccionar Inspeccionar en reposo y en protrusión; resistencia al movimiento Subjetiva; identificar cualidades del estímulo</p>
<p>Fase faríngea: Cierre palatofaríngeo Contracción faríngea Músculos laríngeos extrínsecos Músculos laríngeos intrínsecos Músculos cricofaríngeos</p>	<p>Observar en reposo y durante la fonación, estimular el reflejo de mordedura Estimular mordedura; radiografía de movimiento, electromiografía Palpar laringe durante la deglución, auscultar Inspección laríngea indirecta o examen con fibra óptica Radiografía de movimiento</p>
<p>Fase esofágica: Morfología del esófago Motilidad esofágica Función del esfínter gastroesofágico, hernia hiatal, y reflujo</p>	<p>Radiografía de movimiento y endoscopia Manometría y radiografía de movimiento Manometría, radiografía de movimiento, perfusión de ácido, monitoreo de pH, endoscopia y biopsia.</p>

Un componente de la evaluación de la disfagia comprensiva es el examen clínico de disfagia (ECD). El ECD comprende una descripción detallada de una molestia subjetiva o problema, la adquisición de una historia médica relevante, las observaciones clínicas pertinentes y un examen físico detallado. Aunque lo ideal es grabar todos estos componentes en detalle, las circunstancias pueden requerir que los médicos modifiquen el examen para adaptarse a la situación y necesidades de un determinado paciente. Como mínimo, el ECD debe mostrarle al médico lo siguiente:

- ▶ Registro en pantalla de la presencia o ausencia de un daño en la deglución
- ▶ Aportar información con respecto a la etiología posible de la disfagia; esta información debe relacionarse con los aspectos anatómico y fisiológico
- ▶ Manifiestar los riesgos de aspiración relativa en determinados pacientes
- ▶ Determinar la necesidad de un medio alternativo para manejar la nutrición
- ▶ Recomendar pruebas adicionales y procedimientos para diagnosticar y tratar la disfagia

Las alteraciones de la deglución se pueden encontrar en diferentes poblaciones de pacientes, como por ejemplo, entre aquellos que han tenido eventos neurológicos agudos y cirugía de la cabeza y el cuello. La disfagia también es una manifestación de enfermedades neurológicas progresivas menos agudas y puede hallarse como síntoma aislado en pacientes ancianos anteriormente estables. El

ECD tiene que ser modificado y adaptado para compaginar con el ambiente clínico y la población de pacientes. Los procedimientos para la realización del ECD, tal y como se describen, deben considerarse como un lineamiento general más que como un libro de recetas aplicado a cualquier paciente con disfagia.

Signos de advertencia

Los pacientes de los que se sospecha que tienen disfunción de deglución deberían hacerse un ECD, como evaluación mínima. Varios signos de advertencia pueden alertar a los profesionales de salud sobre la presencia de la disfagia. La presencia de un estado mental confuso o de un habla desarticulada en un paciente con enfermedad neurológica debería mirarse con especial atención como una causa dentro del proceso de nutrición. Dado que la nutrición requiere cierto grado de vigilancia y planeamiento, los pacientes que muestren un juicio pobre, daños perceptuales o alteraciones de planeación motora, manifestándose así cualquier forma de daño cerebral, están en un riesgo de sufrir graves problemas de deglución. De igual modo, el habla desarticulada caracterizada por una articulación lenta, dispendiosa y mal pronunciada, con emisión nasal del aire y con una voz velada, es una manifestación de debilidad inherente o de falta de coordinación de músculos comunes tanto al habla como a la deglución. Un síntoma adicional que puede sugerir disfagia es la sialorrea (salivación excesiva), la cual se debe generalmente a daños motores o sensoriales de los mecanismos de deglución. Los episodios frecuentes de tos y atragantamiento con alimento y el

esputo también podrían considerarse como un signo de advertencia de la disfagia. Las comidas muy prolongadas, la pérdida inexplicable de peso, el masticado con mucho esfuerzo o la dificultad en la preparación oral del bolo, pueden todas significar dificultad en la deglución.

El paciente que se queja de dolor o de obstrucción durante la deglución debería mirársele seriamente como una advertencia de disfagia. Un hallazgo clínico sobre el examen indirecto de la laringe o la acumulación de alimento en la vallécula o en los senos piriformes sugiere que el mecanismo de deglución no ha podido liberar completamente el bolo desde la faringe hacia el esófago. La acumulación excesiva y la posibilidad de una aspiración traqueal se pueden determinar mediante estudios radiográficos de las degluciones.

Quejas subjetivas

La historia comienza con la información relacionada con una queja. Con frecuencia, la descripción subjetiva del problema le da al examinador claves importantes a cerca de su causa. En muchos casos, sin embargo, no se puede obtener una historia del paciente porque los problemas de deglución están a menudo asociados con estados mentales alterados o con un habla severamente dañada. En estos casos, la información debe provenir de un observador profesional, un profesional del cuidado de la salud, un miembro de la familia o de

registros médicos. Las preguntas específicas deben ser sobre la duración, la frecuencia de la dificultad en la deglución, la intermitencia o constancia del problema y los factores y circunstancias que lo alivian o lo alteran.

Es particularmente importante determinar la influencia de los alimentos sólidos y semisólidos y líquidos en la deglución. En general, los pacientes que sufren de condiciones neurológicas que los debilita o que tienen como resultado la descoordinación de los mecanismos de la deglución se quejan de que los líquidos son los que más les provocan atragantamiento (Linden y Siebens 1983). Ya que los fluidos se esparcen de manera natural cuando se mueven de la boca a través de la faringe hacia el esófago, requieren unos canales más precisos que los sólidos y por lo tanto son más difíciles de manejar cuando hay mecanismos motores descoordinados o débiles. Los pacientes que sufren de condiciones obstructivas mecánicas como la estrechez, tumores o tejidos, por lo general manifiestan no tener problemas en la deglución de líquidos. Es más probable que se quejen de que se les atascó algo sólido en la garganta o en el esófago. Los pacientes con problema de motilidad esofágica o con anomalías neuromusculares primarias del esófago pueden reportar disfagia tanto de los sólidos como de los líquidos (Castell y Donner 1987). Aunque hay alguna correlación entre la causa de la dificultad de la deglución y la consistencia del bolo, se recomienda ser cautos para no confundirse.

El efecto diferencial de los bolos de alimento caliente y frío puede tener significado para el diagnóstico. Por ejemplo, se sabe que los líquidos fríos reducen la

peristalsis esofágica primaria y producen distensión del esófago distal. Los espasmos esofágicos pueden producirse por ingestión de líquidos fríos. Para los pacientes con distrofia miotónica, la deglución de líquidos fríos generalmente provoca una contracción miotónica en la faringe e interfiere con las degluciones posteriores. Para la mayoría de otros pacientes con disfagia orofaríngea neuromuscular se les recomiendan los líquidos para facilitar la deglución.

Al detallar la historia médica, deberían hacerse preguntas específicas sobre síntomas frecuentemente asociados con disfagia.

Obstrucción

Aunque muchos médicos asocian las descripciones subjetivas de la obstrucción con tumores, estrechez, tejidos y divertículo, la obstrucción es a menudo una queja en los pacientes con condiciones neurológicas que conducen a debilidad muscular o descoordinación, y en pacientes con desórdenes de motilidad esofágica. Al paciente debería preguntársele si el alimento se le atora y luego pedirle que señale el punto exacto en que siente la obstrucción. Los pacientes con disfunción cricofaríngea y aquellos con divertículo faringoesofágico, generalmente describen la obstrucción del cartílago tiroideo. Aquellos con exceso de líquido en la vallécula o en los senos piriformes pueden también señalar un área cercana a la laringe como el sitio de obstrucción. Es importante saber sin embargo, que el área en la cual el paciente siente la obstrucción, no siempre

corresponde al verdadero lugar del estrechamiento o bloqueo, según se ha demostrado con radiografías. Las lesiones esofágicas distales, por ejemplo, pueden referirse a la parte inferior del cuello (Edwards 1976).

El tiempo en que se de una obstrucción puede ser una indicación más exacta de su nivel. Cuando la obstrucción se siente durante uno o dos segundos, lo más probable es que se relacione con la disfunción orofaríngea, mientras que la sensación percibida después de varios segundos se relaciona con el proceso del esófago.

Debe hacerse una distinción entre la sensación de obstrucción que se experimenta al deglutir y la sensación de “globo” o de que se tiene un cuerpo extraño. Los pacientes que se quejen de cualquiera de las dos cosas deben ser examinados porque en ambas hay una alta incidencia de anormalidad. La sensación de cuerpo extraño puede ser un síntoma temprano de cáncer hipofaríngeo o de enfermedad esofágica orgánica, como el esfínter esofágico superior hipertensivo o el reflujo (Castell y Donner 1978).

Las quejas de obstrucción intermitente no deben desecharse por considerarlas psicológicas. Los pacientes con lesiones orgánicas como la del anillo de Schatzki, la acalasia y el espasmo esofágico, pueden reportar dificultades intermitentes que se hacen más notables durante los periodos de estrés.

Dolor en la boca o en la garganta

La odinofagia, o dolor al tragar, raramente se asocia con la disfagia originada por el sistema nervioso central. El dolor en la boca o en la garganta se relaciona más con infecciones,(candidiasis, citomegalovirus o herpes), neoplasmas u obstrucciones mecánicas en la región orofaríngea.

Regurgitación nasal

A los pacientes debería preguntárseles sobre episodios de reflujo nasofaríngeo; por ejemplo, líquido o alimento firme que se mueve hacia la cavidad nasal y no hacia el esófago. Una penetración nasal ocasional acompañada de tos, probablemente no es importante. Los episodios frecuentes de regurgitación nasal sugieren que hay un mal funcionamiento del mecanismo faríngeo superior y palatal o una obstrucción mecánica en la hipofaringe.

Olor en la boca

- ✓ Los olores desagradables en la boca pueden estar asociados con varias condiciones, incluyendo una mala higiene, la retención oral de alimento, una enfermedad dental o periodontal y lesiones mucosas orales que traen como resultado cambios necróticos. Otra causa de olor en la boca es el divertículo faringoesofágico de Zenker. En estos casos el alimento que se queda atrapado en la cavidad oral puede putrefactarse y emitir un olor desagradable. Estos pacientes

pueden incluso describir episodios en los cuales el alimento se devuelve a la boca, algunas veces horas después de haberlo comido.

Atragantamiento o Tos

Al paciente que se queja con respecto a la deglución debe preguntársele sobre episodios de aspiración, en los cuales el alimento tiende a irse hacia la traquea. La tos o el atragantamiento que ocurre frecuentemente durante la alimentación es otra manifestación de aspiración. Aunque las sensaciones de aspiración pueden darse con una variedad de condiciones, lo más común es que se de en alteraciones neuromusculares de la deglución.

Historia Clínica de Neumonía

La evidencia de una neumonía por una aspiración recurrente puede estar asociada a una descoordinación muscular, a debilidad del mecanismo de deglución orofaríngeo o a disfunción esofágica. Puede surgir a partir de una inhabilidad del paciente para proteger el paso de aire debido a una parálisis muscular selectiva. La parálisis de los pliegues vocales es particularmente significativa. La neumonía recurrente también se da en pacientes que tienen obstrucciones mecánicas del tracto deglutorio, reflujo gastroesofágico severo o reflujo faringotraqueal y acalasia. El hecho de que se de neumonía por aspiración se debe principalmente a la severidad de la disfagia.

Otros síntomas respiratorios

Las condiciones relacionadas con la disfagia orofaríngea o esofágica pueden causar varios síntomas respiratorios. La tos crónica puede ser una manifestación de que el mecanismo de deglución orofaríngea está fallando, causando estancamiento de secreciones y un derrame intermitente de ellas en el paso del aire. La disfunción cricofaríngea, sea que se presente como un daño aislado o sea que se presente asociada con reflujo esofágico, también puede causar tos crónica. La tos nocturna generalmente está asociada con la acalasia (Castell y Donner 1987).

Los médicos están desarrollando una apreciación más exacta de la relación entre el mecanismo deglutorio y las funciones pulmonares. En pacientes con obstrucción mecánica o con alteraciones esofágicas neuromusculares, los síntomas respiratorios incluyendo la tos crónica, la respiración con dificultad, la producción de esputo y las disnea, son enfermedades muy comunes. El reflujo y la disfunción del esfínter esofágico inferior, se sabe que son factores etiológicos en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La evidencia también muestra que la disfunción cricofaríngea puede proceder o derivarse de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica en algunos pacientes,



Los pacientes generalmente lo identifican como una sensación de acedía o regurgitación ácida. Además hay pacientes que se quejan de la sensación de globo, hipo, halitosis, sabor ácido, garganta reseca o dolor en la garganta o la lengua.

El reflujo gastroesofágico se da por una falla del esfínter esofágico inferior en evitar que los contenidos estomacales vuelvan nuevamente al esófago. El reflujo es muy común. Se da principalmente en pacientes con hernia hiatal, una condición que está presente en cerca del 77% de las personas con más de 60 años de edad. También se da en pacientes con estrechez péptica, cáncer esofágico, alteraciones motoras esofágicas neuromusculares o pérdida de tono en el esfínter esofágico inferior debido a escleroderma.

Los casos severos o persistentes de este reflujo pueden producir irritación mucosa esofágica, disfunción del esfínter y del músculo esofágico, ulceración mucosa laríngea o granulomata, aspiración de contenidos estomacales (particularmente durante el sueño), o alguna combinación de todas estas enfermedades. El reflujo produce secuelas potenciales como la esofagítis, la úlcera esofágica y la estrechez esofágica. Otros daños menos evidentes pueden darse en la boca y la garganta. La faringitis crónica, la ronquera y la pérdida de esmalte dental pueden ser evidentes. Entre los síntomas pulmonares y cardiacos del reflujo están : el aumento del asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la apnea episódica, la bradicardia y la hipotensión.

Aunque el reflujo gastroesofágico no se puede apreciar en estudios radiográficos, el informe del paciente sobre los síntomas asociados con este padecimiento, deben tenerse como algo serio.

Dolor en el pecho

Este puede ser una manifestación de una alteración motora esofágica. Se considera que si el origen del dolor no es coronario, se trata de un espasmo esofágico difuso. El dolor esofágico intenso generalmente se percibe con radiación en la espalda, en la mandíbula, en el cuello o debajo del brazo izquierdo. Clínicamente no se le puede distinguir de el dolor causado por la arteria coronaria. La acedía y una sensación de ardor que los pacientes perciben con el esófago dilatado, a causa de la acalasia, son también claves importantes para el diagnóstico.

Otros síntomas auxiliares

Los síntomas ya mencionados están directamente asociados con daño a nivel de la deglución y la presencia o ausencia de estos síntomas facilitan el diagnóstico. Pero además de estos síntomas principales hay unos síntomas auxiliares que permiten evaluar qué tanto la disfunción en la deglución ha afectado al paciente de manera importante. Una evaluación cuidadosa exige una exploración de quejas

que tal vez el paciente no menciona como parte de la deglución, como por ejemplo, el habla y los cambios en la voz.

La pérdida de peso es una de las mejores formas de evaluar los efectos del daño en la deglución. Generalmente está relacionado directamente con el consumo nutricional que ha sufrido deterioro, aunque puede reflejar los efectos de un proceso de enfermedad que se está getting. Los cambios que se reportan en cuanto al peso son el parámetro de medida para el médico y le sirven para esquematizar la disfagia progresiva y evaluar la efectividad de un plan de manejo de la alimentación.

Un cambio en los hábitos alimentarios puede indicar que hay daños relacionados con una etapa específica de la deglución. Por ejemplo, hay alimentos que se evitan debido a la debilidad de unos músculos específicos. En el caso de la lechuga, ésta se evita cuando hay una debilidad faríngea temprana. La hora de la comida puede prolongarse o el paciente puede comer porciones más pequeñas para compensar el momento en que la iniciación de la deglución se retrasa o hay fatiga muscular deglutoria. El disfrute de las comidas se afecta en la medida en que la dificultad para deglutir aumenta, y deberían hacerse preguntas sobre el apetito y el placer de comer, al paciente. Cuando es posible, es de utilidad conocer detalladamente las comidas del día anterior y la cantidad de líquido ingerido por día.

Las alteraciones del gusto, la resequedad de la mucosa y los cambios en la consistencia de la saliva afectan el apetito y pueden obstaculizar el comienzo de la deglución. La disgeusia, las alteraciones del gusto y la halitosis pueden deberse a una mala higiene oral y gingivitis. El engrosamiento de las secreciones puede indicar un estado de deshidratación crónica del paciente debido a una deglución defectuosa de los líquidos o a que se está respirando por la boca, o a una disfunción de las glándulas salivales, o a la toma de medicamentos. Los pacientes débiles con extrema resequedad mucosa oral y faríngea, tal vez no sean capaces de deglutir con esta condición. Algunos síndromes asociados con la enfermedad autoinmune como la de Sjögren, tienen el efecto de disminuir la producción de saliva.

Ya que el habla y la deglución dependen de ciertos factores comunes neurológicos, musculares y anatómicos, los cambios en el habla o en la voz pueden darse paralelamente a las dificultades de deglución. A los pacientes se les debe preguntar si su habla ha cambiado en alguna forma; por ejemplo si hay ronquera o pérdida temporal de la voz. Un cambio en la coordinación articular o en la precisión, interpretada por el paciente como salivación o habla torpe, por lo general refleja un daño neurológico. Un simple cambio de la voz puede ser consecuencia de una alteración neurológica, neoplásica o inflamatoria, o puede estar relacionada con el reflujo gastroesofágico.

La disfagia puede causar perturbación del sueño, al igual que lo causa el reflujo gastroesofágico. En la disfagia orofaríngea severa a los pacientes se les puede dificultar mantener las vías respiratorias libre de secreciones cuando se reclinan o duermen, se presume que este es uno de los factores, junto con la regurgitación del alimento que contribuyen a la interrupción del sueño en los pacientes con el divertículo de Zenker

Historia Médica

En la historia médica se debe tener en cuenta información relevante sobre los siguientes aspectos:

- A) Salud General**
- B) Historia familiar**
- C) Exámenes previos de deglución**
- D) Condiciones neurológicas**
- E) Desórdenes pulmonares**
- F) Cirugías**
- G) Radiación**
- H) Historia Psiquiátrica / Psicológica**
- I) Tratamientos actuales**
- J) Medicamentos (actuales y pasados, prescripciones, sin receta médica)**

Observaciones clínicas

El médico puede reconocer diversos signos clínicos que pueden influenciar en el examen posterior de la función deglutoria. Entre ellos:

- A) Tubos o sondas de alimentación
- B) Traqueotomía (tipo de tubo)
- C) Estado nutricional y de hidratación
- D) Salivación excesiva
- E) Estado mental (atención, orientación, lenguaje expresivo y receptivo, función visual perceptual-motora, disturbios en la memoria)

Examen Físico



En muchos casos la descripción del problema y los datos de fondo dictan el curso apropiado a seguir para el examen físico. El examen detallado que se realiza puede ser usado totalmente o en parte, cuando el caso así lo requiera.

Puesto que la disfagia nunca es casi psicógena todos los pacientes con quejas pueden examinarse completamente.

El propósito de este examen para la valoración clínica de la deglución es establecer una causa posible de disfagia; para valorar la habilidad del paciente

de proteger la vía aérea, determinando la practicidad de la alimentación oral o recomendar métodos alternativos de manejo nutricional, para determinar la necesidad de pruebas diagnósticas específicas adicionales, estudios o remisiones; y establecer datos clínicos de fondo que puedan usarse para graficar los cambios en la función alimenticia de los pacientes con enfermedades de deterioro progresivo. (12)

B) Función del habla (voz, resonancia, articulación)

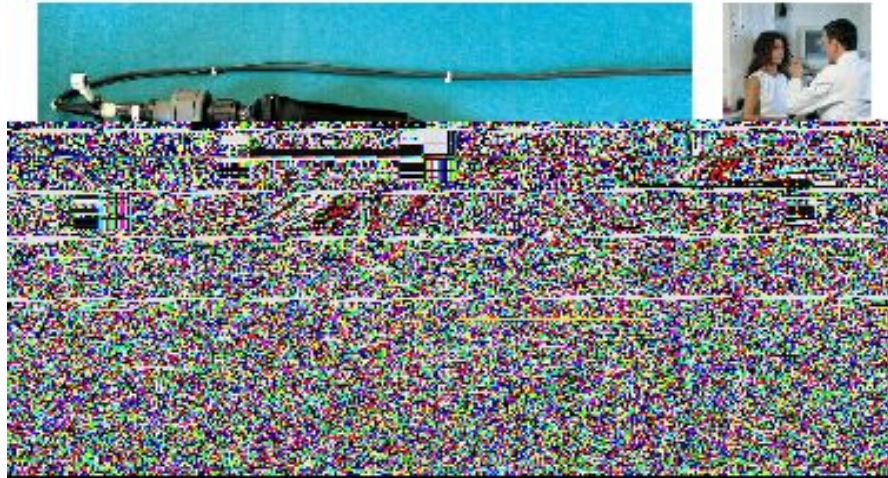
C) Peso

D) Musculatura periférica de la deglución y estructuras:

- ✓ Músculos de la expresión facial
- ✓ Músculos de la masticación
- ✓ Reflejos patológicos
- ✓ Mucosa oral
- ✓ Dentición
- ✓ Musculatura palatofaríngea
- ✓ Lengua
- ✓ Sensación
- ✓ Musculatura intrínseca laríngea
- ✓ Musculatura extrínseca laríngea


D) Test de la deglución

Estudios Especiales





A través de la historia clínica y la identificación al examen físico de la etiología de la disfagia en muchos pacientes, se pueden indicar pruebas posteriores para confirmar el diagnóstico o para estabilizar a los pacientes con riesgo de aspiración.

Los especialistas en radiología o gastroenterología conducen con mayor frecuencia estas pruebas. Algunos centros tienen equipos multidisciplinarios en disfagia, disponibles para ofrecer una evaluación, diagnóstico e intervenciones terapéuticas adecuadas(14)


 Nasofaringoscopia: Se utiliza particularmente en la evaluación de pacientes con disfagia orofaríngea. Este rápido procedimiento identifica masas y lesiones estructurales, y valora la sensibilidad laríngea al contacto. El abuso de tópicos anestésicos pueden anestesiar la faringe y confundir la

interpretación. Bajo una observación directa del nivel del paladar blando, los médicos evalúan el contenido oral del color del fluido en la boca y observa como el fluido flota alrededor de la vallécula desde la orofaringe hacia el esófago. Los pacientes que muestran aspiración sin tos, tienen un alto riesgo de complicaciones pulmonares.(14)

 **Estudios de Bario:** Un estudio de Bario (esofagograma) es frecuentemente el primer paso en la evaluación de pacientes con disfagia, especialmente si se sospecha de una lesión obstructiva, ya que identifica lesiones estructurales intrínsecas y extrínsecas; además evalúa mejor la motilidad que una endoscopia y con pocas complicaciones. Sin embargo su realización puede dificultarse en pacientes enfermos o poco colaboradores. Los estudios de doble contraste suministran mejor visualización de la mucosa esofágica. El examen conciso de dulces de consistencia esponjosa o pastillas, localizan las lesiones obstructivas en la cavidad oral o el esófago. La fluoroscopia puede identificar anomalías en la cavidad oral y orofaringe, si se observa de cerca, puede proveer algunos detalles sobre la función, detectando reflujo y peristálsis anormal (14).

 **Endoscopia:** La endoscopia gastroesofágica provee la mejor evaluación de la mucosa esofágica (15). Masa u otras lesiones, identificadas

por los estudios de Bario pueden iniciar una esofagogastroscoopia con biopsia y citología. En pacientes con disfagia aguda al inicio de la alimentación, la endoscopia gastroesofágica puede remover directamente un bolo impactado y dilatar la constricción, la endoscopia tiene un beneficio adicional detectando infecciones y erosiones, suministrando la posibilidad de biopsia. Mientras la endoscopia no valora la función motora o estenosis leve como el estudio de Bario (15) (la sensibilidad para detectar los anillos de Schatzki es solo del 58% comparado con el 95% de estudios de Bario), en un consenso del panel para el diagnóstico final en pacientes a quienes se les encuentre un diagnóstico de disfagia. El alto costo de endoscopias gastroesofágicas puede compensarse por los posteriores costos médicos, ya que este estudio provee exactitud en el diagnóstico de la disfagia.(16-17)

 **Estudios videoradiológicos:** Los pacientes con riesgo de aspiración silenciosa (ACV, deficiencias neurológicas) pueden beneficiarse de estos estudios que realizan un equipo compuesto por un Radiólogo, un Otorrinolaringólogo y un Fonoaudiólogo experto en desórdenes de la deglución (17). Esta evaluación utiliza medidas cuantificables en una variedad de consistencias alimenticias que ayudan objetivamente a la identificación de la presencia, naturaleza y severidad de los problemas orofaríngeos de la deglución , evaluando posteriormente las opciones terapéuticas; comparado con la radiografía superior gastrointestinal, los estudios video-radiológicos son

mejores en la identificación de pacientes con estenosis leve y compresiones extrínsecas (por ejemplo tumores o espuelas osteoartíticas de la vértebra) (18). Estos estudios son más costosos debido a la experticia del personal, el equipo y facilidades requeridas.

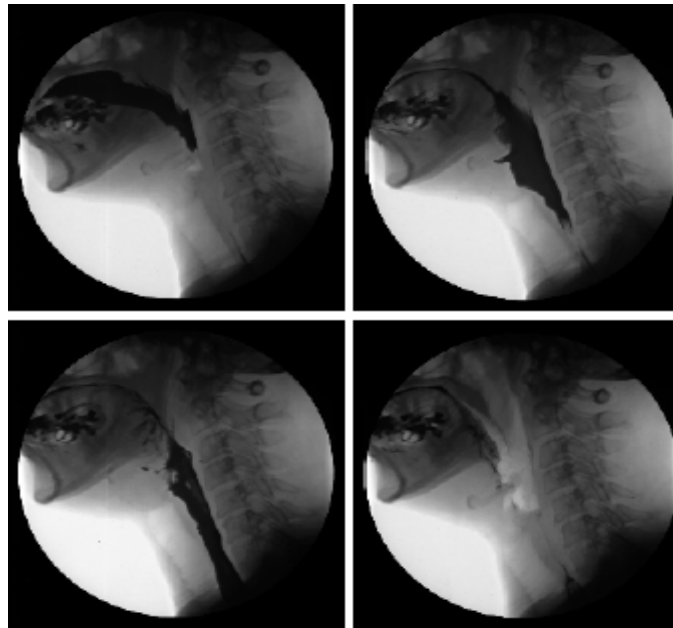






Imagen de Videofluoroscopia : Deglución normal

 **Manometría:** Valora la función motora del esófago y está indicada sino se identifican anomalías con los estudios de Bario o endoscopia gastroesofágica (19). Un cateter con sonda de presión electrónica múltiple se pasa hacia el estómago, mide las contracciones esofágicas superiores e inferiores. La Manometría detecta anomalías definitivas, en sólo el 25% de los pacientes con lesiones no obstructivas. Su uso en trastornos de la

orofaringe y esfínter esofágico superior no es particularmente efectivo, debido a la intolerancia de este procedimiento en algunos pacientes.

 **Monitoreo de PH:** a pesar de la suspensión del monitoreo de PH, este continúa siendo una valoración importante para pacientes sospechosos de reflujo (20). Una sonda nasogástrica se inserta hacia el esófago del paciente y registra los niveles de pH. Estos niveles se comparan con los registros de síntomas del paciente en un periodo de 24 horas para determinar si el reflujo o el ácido contribuye a la sintomatología. Los registros combinados de niveles de pH esofágicos y presión esofágica intraluminal pueden contribuir en el diagnóstico de pacientes con reflujo inducido por espasmo esofágico.

 **Otras técnicas de Imagenología:** las filmaciones radiográficas directas del pecho o cuello ofrecen una información limitada a menos que se destaquen las anomalías estructurales. La Tomografía computarizada y la Resonancia Magnética con imágenes escaneadas suministra una excelente definición de las anomalías estructurales, particularmente cuando se utiliza para evaluar pacientes sospechosos de disfagia causadas por trastornos en el Sistema Nervioso Central. La ultrasonografía de faringe y lengua ofrece iguales beneficios comparados con la videofluoroscopia, y puede colaborar en la evaluación de lesiones submucosas y extramurales del esófago (14)

 **Evaluación de Laboratorio:** Las evaluaciones iniciales de laboratorio serán limitadas a estudios específicos basados en el diagnóstico diferencial generado después de una compleja evaluación física e historia clínica. Un conteo de sangre completo controla las condiciones inflamatorias e infecciosas. Los estudios de la función tiroidea pueden detectar disfagia asociada a hipo o hipertiroidismo (enfermedad grave o carcinoma tiroideo). Otros estudios estarán basados en condiciones clínicas específicas (14)

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO (12)

Enfermera (o)

Los enfermeros a través de la orden médica tienen una responsabilidad directa en el monitoreo del estado nutricional y médico del paciente. En muchas instituciones coordinan las consultas y lideran el equipo para el manejo de disfagia, este abarca responsabilidades de administración y cuidado de la alimentación no oral incluyendo hiperalimentación y vías de alimentación, registrando la ingesta oral y no oral (particularmente de fluidos), cuidando el traqueostoma, manteniendo una buena higiene oral y asignando enfermeros o voluntarios que supervisen la alimentación en las horas destinadas para ello. Los(as) enfermeros(as) pueden tener responsabilidad, en el reporte de

sucesos y fallas durante la alimentación oral. Esas impresiones son registradas en notas progresivas.

Terapeuta Ocupacional

Lo concerniente a las técnicas manuales para la alimentación han sido una parte tradicional participando en el mejoramiento del diario vivir del paciente. La experiencia en el entrenamiento de los pacientes con defectos motores o pérdida de la función para adaptarse a nuevas técnicas de alimentación frecuentemente dan una ventaja al terapeuta ocupacional para la coordinación de la rehabilitación del disfágico. Estos terapeutas son expertos en sugerencias para cada tipo de equipo adaptativos a fin de que puedan ser mejor ajustados a las necesidades del paciente y en el suministro de técnicas de asistencia específica en las horas de la alimentación; también pueden dar entrenamiento en técnicas generales de rehabilitación física.

En conjunto con el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional puede dar terapias preliminares para la reducción de la espasticidad, mejorando la fuerza y coordinación muscular, impidiendo la evolución de los reflejos primitivos que interfieran con la deglución

Nutricionista / Dietista

La supervisión del nutricionista/dietista en el estado nutricional del paciente garantizan la ingesta de fluidos con los nutrientes requeridos para una condición médica adecuada. El nutricionista/dietista coordina especialmente como preparar los alimentos, teniendo en cuenta la historia nutricional del paciente, haciendo recomendaciones específicas relacionadas con la textura del alimento y sus valores nutricionales. Si el paciente está recibiendo alimentación por sonda, el nutricionista/dietista puede hacer recomendaciones acerca del tipo, cantidad y regularidad del alimento. También asesoran en la presentación visual de los alimentos, incluyendo el entorno en que cada comida se sirve.

El nutricionista/dietista es el recurso más importante cuando el tratamiento involucra el suministro de nutrición especializada y tecnología alimenticia. Un ejemplo puede ser la combinación de comidas que contengan altas calorías o contenidos bajos en sal, como la gelatina para facilitar la deglución, acudiendo a algunos sabores especiales. Estas personas, quienes sirven como enlace entre el equipo interdisciplinario y los cocineros pueden encontrarle ayuda para desarrollar una dieta especializada que facilite la deglución mientras se mantiene una integridad nutricional.

Fonoaudiólogos(as)

Muchos pacientes con dificultades en la deglución también están acompañados de desórdenes de la producción del habla. Por tanto el Fonoaudiólogo puede verse involucrado directamente en el diagnóstico y manejo del paciente disfágico. Muchas veces los desórdenes de la deglución pueden ser tratados antes de iniciar la rehabilitación del habla. El Fonoaudiólogo es experto en la reeducación muscular de las estructuras oral y laríngea. El fonoaudiólogo debe poseer las técnicas y el conocimiento necesarios que le permitan asumir el papel de líder en el equipo de tratamiento de la disfagia. Además debe tomar un papel activo en la investigación básica y clínica estableciendo el diagnóstico y protocolos de tratamiento para estos pacientes.

Neurólogo

Los Neurólogos son los primeros en dar el diagnóstico al equipo de manejo de la disfagia. En estas personas recae la responsabilidad de ayudar a diferenciar los desórdenes neurológicos, de los mecánicos y psicógenos de la deglución. Los neurólogos reúnen los resultados de los exámenes físicos, radiográficos, electromiográficos, electroneurográficos, y biopsias de músculo y nervio para llegar a un diagnóstico etiológico. También recomienda cuales pueden ser las

técnicas especiales y las prescripciones médicas para la deglución que favorezcan, modificando el manejo de las enfermedades neurológicas.

Otorrinolaringólogo / Cirujano de cabeza y cuello

El otorrinolaringólogo – Cirujano de cabeza y cuello es necesario para el diagnóstico de los desórdenes mecánicos de la deglución. Generalmente son miembros del equipo más común para el manejo de las anomalías sensoriales y motoras de la faringe y laringe, incluyendo el manejo quirúrgico de los cánceres de cabeza y cuello, desórdenes de la deglución posquirúrgicos y su estado nutricional posterior. El Otorrinolaringólogo puede efectuar procedimientos quirúrgicos especializados como miotomía cricofaríngea o esofagostomía al manejo de la disfagia persistente. La endoscopia fibróptica es un valioso instrumento para evaluar en el paciente la capacidad de proteger la vía aérea durante la deglución.

Gastroenterólogo

El gastroenterólogo sirve como consejero diagnóstico y quirúrgico para pacientes sospechosos de disfagia relacionada con el esófago o al tracto gastrointestinal. Habitualmente no están implicados en el tratamiento diario de

la disfagia , sin embargo puede ser miembros importantes en el equipo de manejo de la deglución. El gastroenterólogo suministra la visualización directa del esófago y estómago, recomendando la evaluación quirúrgica y el manejo de terapia farmacológica. El gastroenterólogo asesora en la realización de endoscopias percutáneas para la colocación de gastrostomas.

Terapeuta Respiratorio

El terapeuta respiratorio no está directamente implicado en el equipo de manejo de la disfagia pero provee valiosa información sobre el paciente con dificultades respiratorias y traqueostomas; estas incluyen monitoreo pulmonar y ayuda al médico con recomendaciones para la eliminación del traqueostoma. Con frecuencia este terapeuta suministra asesoría experta en la elección del traqueostoma y cómo debe ser utilizado durante la alimentación. Los terapeutas respiratorios son un recurso importante en el desarrollo de estrategias para la alimentación de pacientes que necesitan soporte ventilatorio y proporciona valiosas ideas sobre las consecuencias de la aspiración.

Médico General

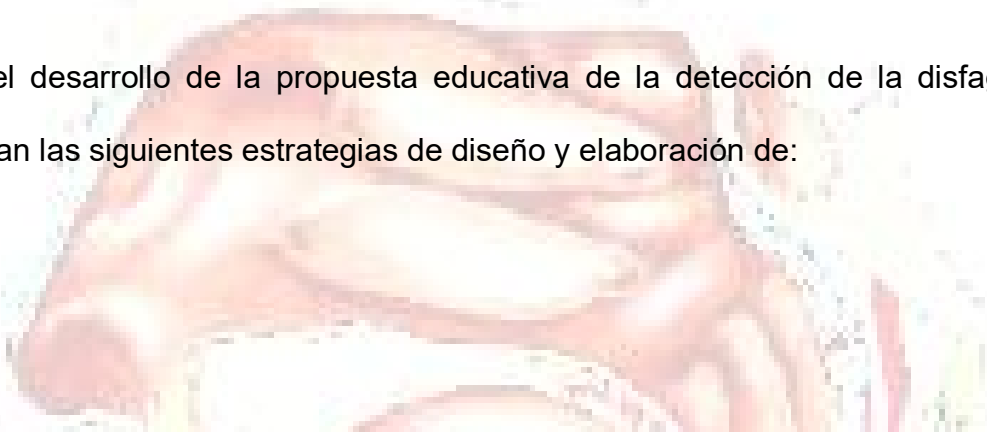
Aunque cada médico general no es necesariamente un miembro activo en el equipo de manejo de la disfagia, se pueden incluir como coordinador de manejo médico y quirúrgico del paciente. El médico ordenará la consulta inicial

al equipo de disfagia o especialidad médica. Es imprescindible que la orden se escriba claramente y la evaluación de la disfagia debe prescribirse específicamente.

Si el paciente es candidato para la ingesta oral, las órdenes deben coincidir con la del médico debido al riesgo potencial de aspiración y posteriores enfermedades del paciente. Cualquier cambio en la dieta también debe acompañarse de una orden escrita. En ocasiones estas ordenes son primordiales para facilitar la atención al equipo de manejo del disfágico. La atención inicial del médico acordará con el equipo de manejo de la disfagia cada paso para su manejo, llevando cada uno la responsabilidad adquirida para el paciente.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la propuesta educativa de la detección de la disfagia, se plantean las siguientes estrategias de diseño y elaboración de:



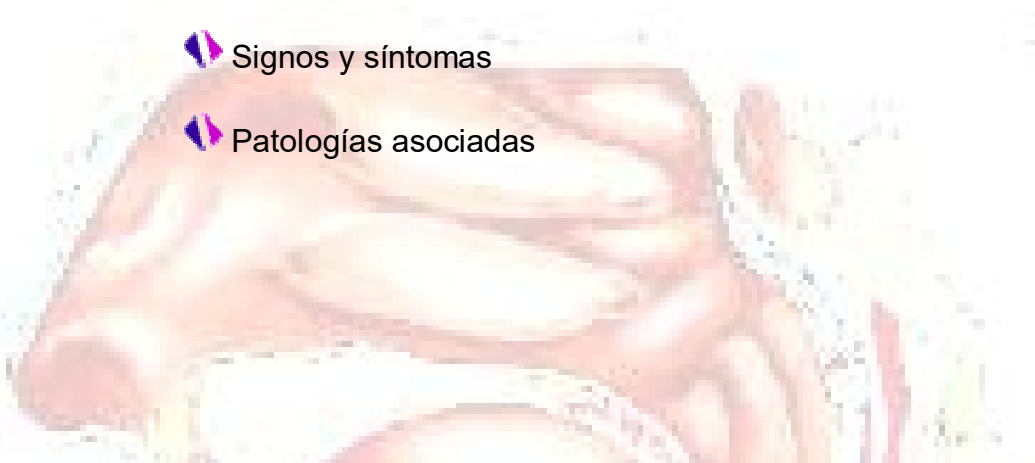
1) Formato de encuesta: para determinar el conocimiento previo que sobre la disfagia y su detección tienen los distintos profesionales en salud (anexo) que contiene:

- ◆ Concepto de disfagia,
- ◆ Conocimiento de la función que desempeña el fonoaudiólogo en la institución y su relación con la disfagia.
- ◆ Signos y síntomas
- ◆ Conocimiento de los aportes y de manejo de las disciplinas a quienes se remiten.

* El formato será aplicado a 15 profesionales en salud del Hospital Universitario San José de Popayán. Al analizarse estos resultados se continuará con las siguientes fases

2) Manual de detección de la disfagia: que contará con una presentación sobre:

- ◆ Aspectos generales de la disfagia (definición)
- ◆ Signos y síntomas
- ◆ Patologías asociadas



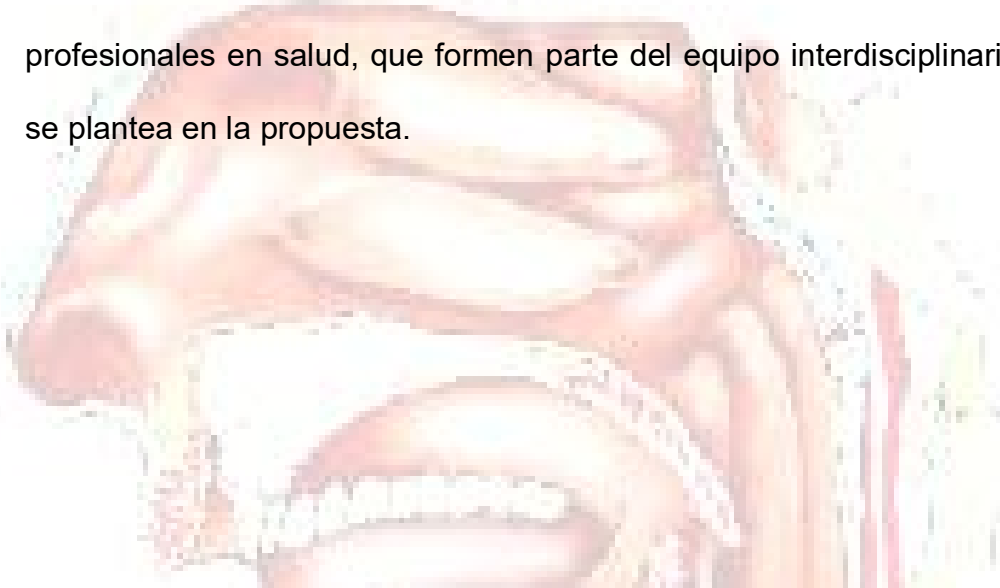
- ◆ Diagnóstico diferencial
- ◆ Valoraciones subjetivas y objetivas

3) Video de detección de la disfagia, que constará de:

- ◆ Definición de la deglución y sus fases.
- ◆ Fisiopatología de la deglución
- ◆ Causas o patologías asociadas a la disfagia
- ◆ Signos y síntomas
- ◆ Examen Físico
- ◆ Valoración objetiva de la deglución (Videofluorosopia)

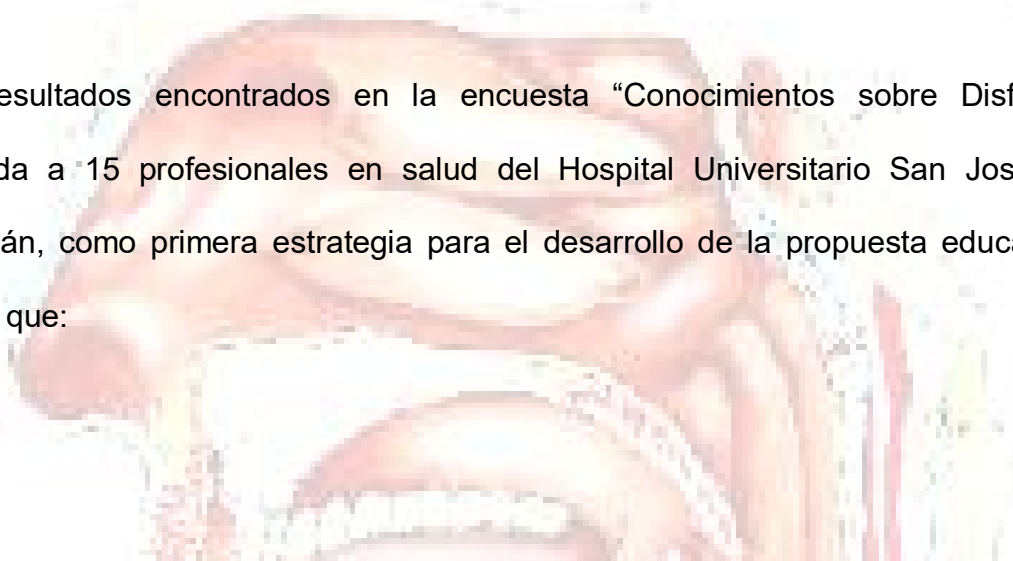
*La duración del video será de 6 minutos aproximadamente.

4) Aplicación del formato de evaluación del diseño y calidad del material educativo para el profesional de la salud: El formato será aplicado por 15 profesionales en salud, que formen parte del equipo interdisciplinario que se plantea en la propuesta.



RESULTADOS

Los resultados encontrados en la encuesta “Conocimientos sobre Disfagia” aplicada a 15 profesionales en salud del Hospital Universitario San José de Popayán, como primera estrategia para el desarrollo de la propuesta educativa, reveló que:



Según definición de Disfagia

13 profesionales (86,6%) definen la disfagia como una dificultad específica de deglución, 1 profesional (6,6%) como dificultad específica de masticación y deglución, y 1 profesional (6,6%) como dolor al tragar.

Según función del Fonoaudiólogo

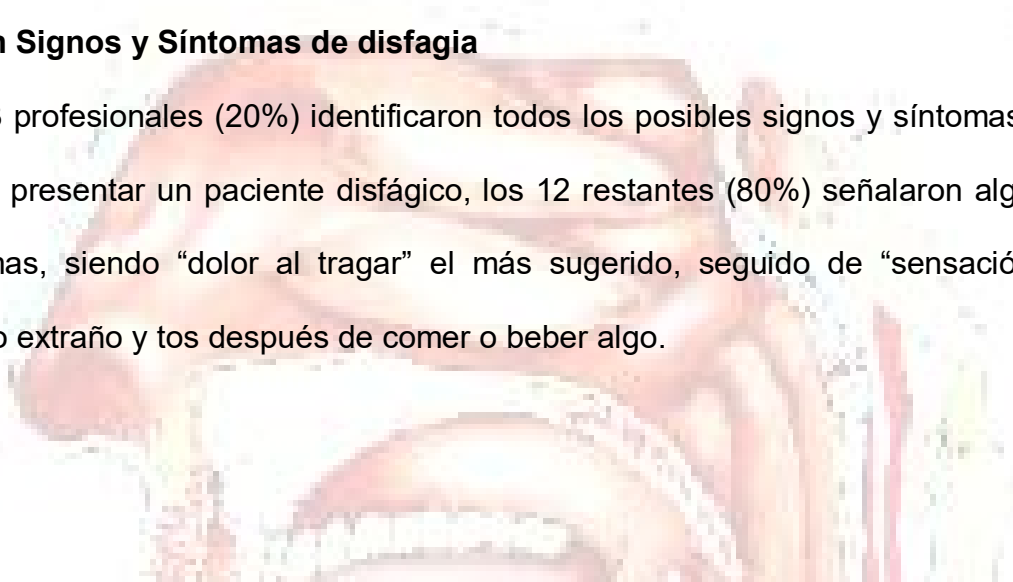
8 (53%) profesionales consideran que la función del fonoaudiólogo es la intervención en los problemas de fonación, audición y lenguaje, y los 7 (46%) restantes desconocen la función de dicho profesional en el Hospital.

Según relación Fonoaudiólogo – Disfagia

12 profesionales (80%) desconocen la relación que existe entre el fonoaudiólogo y un paciente disfágico, y los 3 (20%) restantes consideran que este profesional cumple una función de apoyo cuando el paciente disfágico manifiesta además una disfonía

Según Signos y Síntomas de disfagia

Solo 3 profesionales (20%) identificaron todos los posibles signos y síntomas que puede presentar un paciente disfágico, los 12 restantes (80%) señalaron algunos síntomas, siendo “dolor al tragar” el más sugerido, seguido de “sensación de cuerpo extraño y tos después de comer o beber algo.



Según tipo de Pacientes en que se presenta la Disfagia

6 profesionales (40%) señalaron que la disfagia se presenta con mayor frecuencia en adultos, 6 (40%) en pacientes Geriátricos, 2 (13,3%) en pacientes neonatos y pediátricos, y un profesional (6,66%) señaló la opción “no sabe”

Según la Etiología

Sólo 4 profesionales (40%) señalaron las nueve posibles causas sugeridas en la encuesta (Traumática, Congénita, neoplásica, Infecciosa, Inflamatoria, Neurológica, Inducido por drogas, Geriatria y Psicológica. Los 11 restantes (73,3%) marcaron 2 o 3 opciones.

Según la etapa de la Deglución en que se presenta la disfagia

6 profesionales (40%) señalaron que los pacientes disfágico presentan compromiso de las etapas Faríngea y Esofágica de la deglución, 5 profesionales señalaron (33,3%) que únicamente se compromete la etapa Esofágica, y 4 (26,6%) señalaron que es únicamente la etapa Faríngea la comprometida. En ningún caso se señala compromiso de la etapa oral.

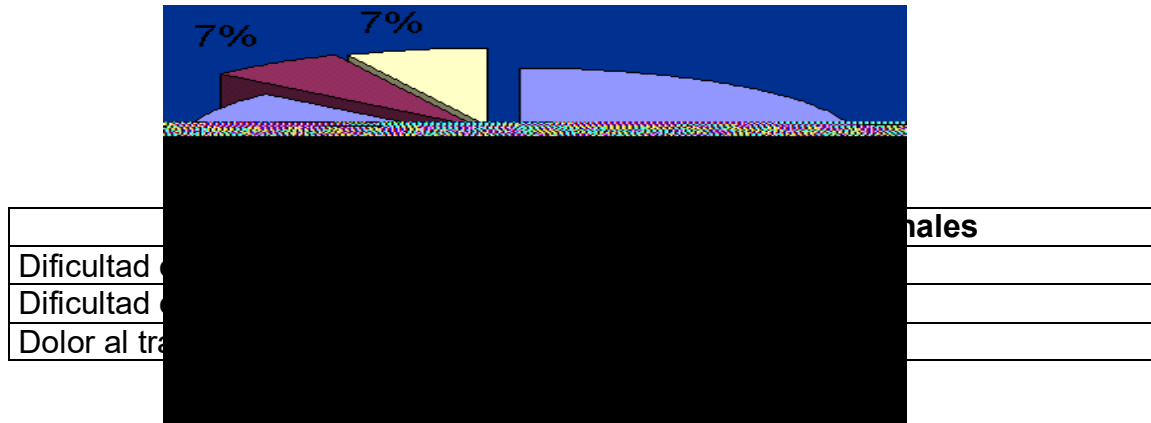
Según al servicio que se debe remitir para el manejo del paciente disfágico

En este aspecto los encuestados manifestaron que el manejo del paciente disfágico debe estar integrado por diferentes disciplinas, dependiendo del

compromiso o dificultad en la función deglutoria, destacándose la remisión al Gastroenterólogo (8 profesionales marcaron esta opción), seguido del Nutricionista (6), Neurólogo (5), Otorrinolaringólogo (4), con menor frecuencia al Médico Interno (3), Fonoaudiólogo (2), Fisiatra (1), las demás dependencias como Fisioterapia, Médico General, Psicólogo y Enfermería no fueron tomadas en cuenta para el manejo de dichos pacientes.

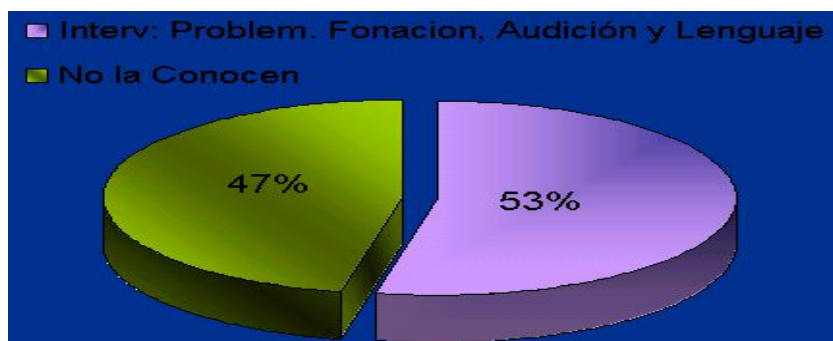
**RESULTADOS DE LA ENCUESTA SOBRE EL CONOCIMIENTO PREVIO DE
LA DISFAGIA POR PARTE DEL PERSONAL EN SALUD**

DEFINICIÓN DE LA DISFAGIA



FUNCIÓN DEL FONOAUDIÓLOGO

Definición	Profesionales
Intervención en problemas de fonación, audición y lenguaje	8
Desconocen su función	7



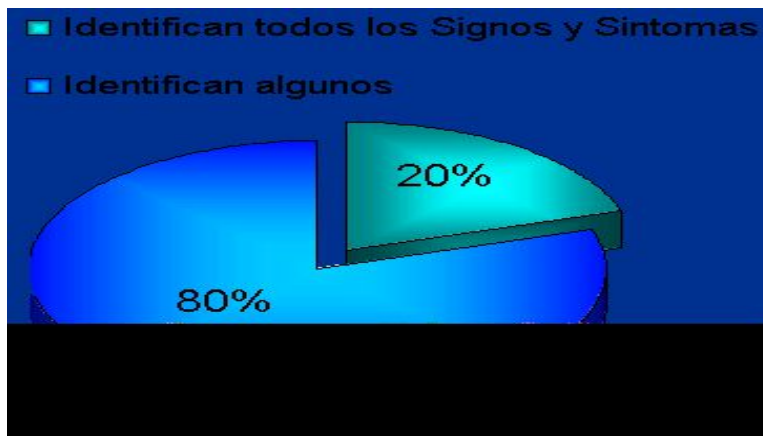
RELACIÓN FONOAUDIOLÓGIA-DISFAGIA

Definición	Profesionales
Si existe relación	3
Desconocen la relación	12

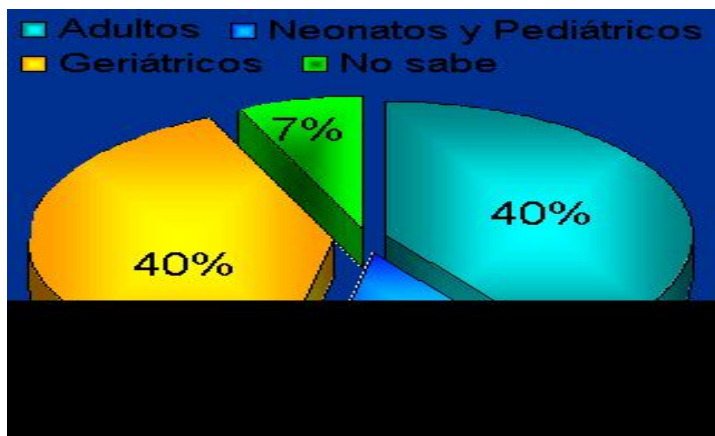


CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

Definición	Profesionales
Identifican todos los síntomas	3
Identifican algunos síntomas	12

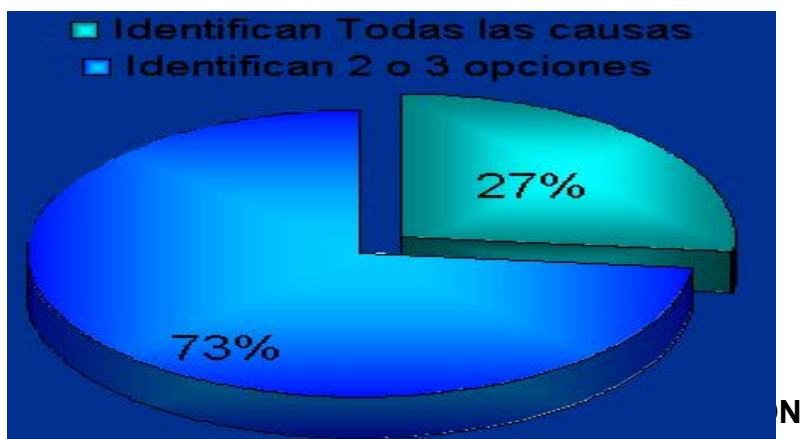


Definición	Profesionales
Adultos	6
Neonatos y pediátricos	2
Geriátricos	6
No saben	1

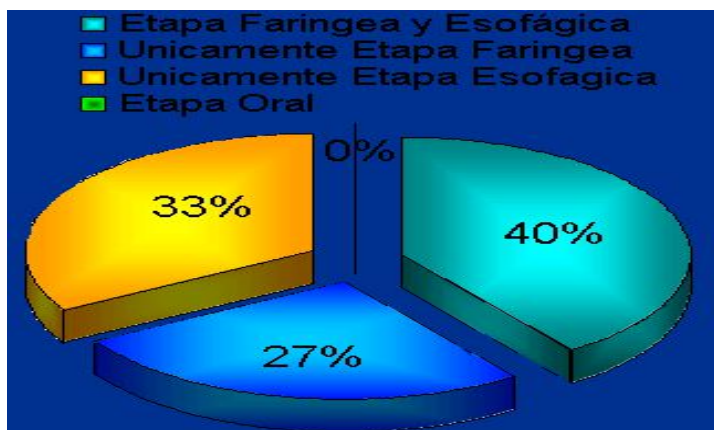


CAUSAS DE LA DISFAGIA

Definición	Profesionales
Identifican todas las causas	6
Identifican dos o tres opciones	2



Definición	Profesionales
Etapas faringea y esofágica	6
Únicamente etapa faringea	4
Únicamente etapa esofágica	5
Etapa oral	0

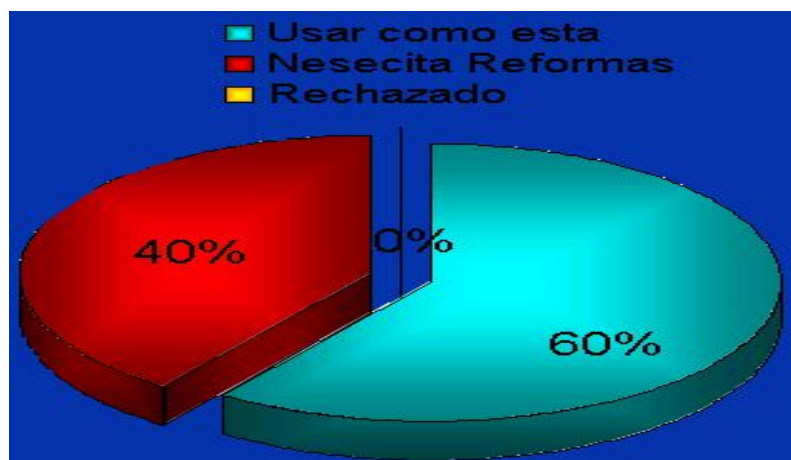


SERVICIOS DE REMISIÓN AL PACIENTE CON DISFAGIA

DISCIPLINAS A REMITIR	PROFESIONALES
Gastroenterología	8
Nutricionista	6
Neurólogo	5
Otorrinolaringólogo	4
Medico internista	3
Fonoaudiólogo	2
Fisiatra	1
Fisioterapeuta, médico general, psicólogo, enfermera	0

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE MATERIAL IMPRESO

Criterios específicos	1	2	3	4	5
Tema en forma Completa				5	10
Contenido Comprensible				7	8
Ilustraciones como complemento					15
Tamaño de la letra					15
Elementos de síntesis				8	7
Elementos para resaltar ideas				6	9
Calidad de Ortografía, puntuación y Redacción			3	12	
No Esta recargado de información escrita			4	11	
Lenguaje apropiado				10	5



CONCLUSIONES



✦ La propuesta brinda un aporte significativo al Departamento de Fonoaudiología y a los distintos profesionales en salud, puesto que incrementa el interés por el desarrollo de estrategias de enseñanza – aprendizaje sobre disfagia para el control y detección de aquellos pacientes que la padecen.

✦ La herramienta utilizada para obtener información (Encuesta sobre Disfagia) fue adecuada, pues permitió determinar los conocimientos básicos que sobre disfagia poseen los profesionales en salud, arrojando resultados que permiten concluir la importancia de capacitarlos sobre este tema poco estudiado y profundizado en nuestro país.

✦ Gracias a los resultados arrojados en las encuestas se pudo establecer el contenido del “Manual para la detección de la Disfagia”, haciendo de él un elemento completo, claro y puntual en el momento de ser utilizado por cualquier profesional en salud.

✦ Durante el desarrollo de la encuesta se observó que los profesionales en salud desconocen la función del Fonoaudiólogo como agente importante en el manejo del paciente disfágico, puesto que consideran que las etapas de la deglución que generalmente se encuentran comprometidas son la Esofágica y la Faríngea; por ello la intervención de dicho profesional no sería necesaria.

Teniendo en cuenta esta concepción se crea la necesidad de promocionar el servicio de Fonoaudiología desde sus diferentes áreas de desempeño, con el fin de consolidar su inclusión en equipos interdisciplinarios y ampliar su campo de acción.



RECOMENDACIONES

- ✦ Capacitar al profesional en salud sobre la disfagia y la importancia del Fonoaudiólogo en su proceso de intervención, empleando como apoyo el material educativo que se plantea en la propuesta, ya que es una herramienta que brinda conocimientos básicos sobre esta patología.

- ✦ Evaluar la funcionalidad del material educativo (manual y video) una vez capacitado el profesional en salud, con el fin de determinar la efectividad en la detección de pacientes pediátricos y adultos con disfagia.

- ✦ Realizar estudios investigativos sobre la disfagia que favorezcan la calidad de vida de las personas que la padecen y promuevan el perfeccionamiento del material educativo realizado

- ✦ Emplear el material educativo en los distintos centros de práctica del servicio de Fonoaudiología para la prevención de la disfagia.

BIBLIOGRAFÍA



1. Randall Plant y Schechter. The Otolaryngologic Clinics of North America. Volume 31, number 3, June 1998. Pag 397,398,400,407,409,436.
2. Artículo oficial de www.asha.org
3. Ray K. Goyal. Tratado de medicina interna. Volume 2. Pag 244,245.
4. Dodds WJ, Logemann JA; Stuart ET. Radiologic assessment of abnormal oral and pharyngeal phases of swallowing . AJR Am J. Roentgenol 1990; 154: 965-74.
5. Palmer JB, Rodin NJ, Lara G, Crompton AW. Coordination of mastication and swallowing. Dysphagia 1992; 7: 187-200.
6. Goyal RK: Disorders of the cricopharyngeus muscle. Otolaryngologic Clinics of North America 1984; 17: 115-30.
7. Castell DO: Esophageal disorders in the elderly. Gastroenterology Clinic of North America 1984; 17: 115-30.
8. Artículo de la página www.uninet.edu/union99/ . Autora Nidia Zambrana Toledo González. Mantenimiento de las orientaciones logopédicas en el paciente con disfagia orofaríngea de origen neurogénico. Conferencia pronunciada el 2 de diciembre de 1999.
9. Palmer Jeffrey B, Drenan Jennifer C, Baba Mikoto. American Family Physician. Abril 15 of 2000.
10. Johnson A. Deglutition. In: Scott-Brown WG; Kerry AG. Scott –Brown`s. Otolaryngology 6 th Ed. Boston. Butterworth-Heinemann, 1997.

11. Boyce WH. Drug-induced esophageal damage: Diseases of medical progress 1998; 47:547-50.
12. Groher. Michael E. Dysphagia: Diagnosis and management third ed. 1997. Pag: 169-180, 360-364.
13. Horner J, Massey EW. Silent aspiration following stroke. Neurology 1998; 317-9.
14. Spieker. Michael R. Evaluating Dysphagia. American family physician. June 15 of 2000.
15. Cooper GS. Indications and contraindications for upper gastrointestinal endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy Clinic of North America 1994; 4. 439-54.
16. Dooley CP; Larson AW; Stace NH; Renner IG; Valenzuela JE; Eliasoph J, et al. Double contrast barium meal and upper gastrointestinal endoscopy. A comparative study. Am Intern Med 1984; 101: 538-45.
17. Castell JA; Stumacher SG; Castell DO. Approach to patient with oropharyngeal dysphageal. Gastroenterologist 1994;2:14-9.
18. Kim CH; Weaver AL; H su JJ; Rainwater L; Zinsmeister AR. Discriminate value of esophageal symptoms. 1993, 68:948-54.
19. Feussner H, Kaver W, Siewert JR. The place of esophageal manometry in the diagnosis of dysphagia. Dysphagia 1993; 8:98-104.
20. Bollschweler E, Feussner H, Holscher AH, Siewerr JR. pH monitoring: the gold standar in detection of gastrointestinal reflux. Dysphagia 1993; 8: 118.