

PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA, QUE REALIZAN LOS FONOAUDIÓLOGOS EGRESADOS DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA, QUE LABORAN EN LA CIUDAD DE POPAYÁN, EN EL PRIMER PERIODO DE 2010.

CLAUDIA PATRICIA CAICEDO ORBES
YULY ESPERANZA GUZMÁN BUITRÓN
YODY DEICY OBANDO VALLEJOS
LUIS ARTURO PERLAZA CUERO
KHATERYNE YOULET PORTILLA ASCUNTAR

DIRECTORA DE PROYECTO:

CLAUDIA XIMENA CAMPO CAÑAR
Especialista en terapia miofuncional y disfagia
Especialista en audiología

ASESORA METODOLÓGICA:

MIRYAN ADELA BARRETO ARIZABALETA
Especialista en teoría, técnicas y métodos en investigación
Social
Especialista en docencia para la educación superior

UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDIOLOGIA
POPAYÁN-CAUCA
2010

Agradecimientos

Este logro se lo dedico a Dios y a la virgensita de Santa Marta por iluminar mi vida y guiar mi camino hasta esta profesión de la cual espero recibir muchas alegrías y satisfacciones, de igual forma se lo dedico a mis padres Henry Caicedo y Rosario Orbes por su cariño y amor, por estar siempre dispuestos a apoyarme, porque a pesar de su lejanía durante estos años nunca me sentí sola, sus palabras fueron mi fuerza y consuelo en todas las dificultades, a mis hermanos Adriana, Jhon Henry, Luis Fernando y Victor, a quienes siento que les debo todo, porque su amor siempre fue incondicional, nunca existieron obstáculos para recibir sus caricias, y sé que siempre estaremos juntos porque nuestro amor es infinito, a mis sobrinos Juliana, Isabella, Juan Diego y Cristian porque siempre han inspirado mis logros con su sonrisa, con su ternura, con su inocencia y con esa sensación indescriptible que siento por su presencia en mi vida, también se lo dedico a Gabriel Osejo por llenar mi vida de tranquilidad, amor y toda la paciencia que necesité para alcanzar mi sueño, a mis amigas inolvidables Idaly, Khateryne, Esther, Carmen, Lilibiana y mi querida Vivis por acompañarme en los momentos difíciles, por entenderme, por llenar mi corazón de un cariño tan especial, a Diego por enseñarme lo valiosa que puede llegar a ser cada una de las personas con quienes compartimos, por su alegría que nunca se quebranto ni siquiera en los momentos adversos, a William porque su tranquilidad logro llegar a mi corazón, a los profesores de Unicauca por sus enseñanzas que serán de gran importancia para mi vida y a todas las personas que conocí a lo largo de mi carrera y que aportaron en mi formación profesional y personal.

Claudia Patricia Caicedo Orbes

Existen seres en la vida de una persona que se convierten de una manera especial en la medicina, vitamina y adrenalina, que son tu guía, consejero, maestro y héroe que están a tu lado y caminan junto a ti, para levantarte cuando has caído, para escucharte, para instruirte en la vida y enseñarte nobles valores como: el amor, rectitud, compasión, justicia, desinterés, trabajo, caridad, verdad y el perdón. Te enseñan a ver la vida con otro sentido cuando piensas que ya no lo tienes, a ser alguien testarudo, aferrado a tu convicción y a mantener en alto tus ideales sin perder la calma o razón. Por eso, hoy agradezco a estos seres que amo mucho: Mi Dios, mi Padre, mi Madre, Hermanos, Yuli y Carloz por la existencia en mi vida para alcanzar este logro.

Yuly Esperanza Guzmán Buitrón

Zuiero agradecer a Dios por permitir que mis padres sigan conmigo y darme sabiduría para escoger la Fonoaudiología como profesión. A mi Padre Leonel, por acompañarme en su silencio. A mi Madre Carmen, por apoyarme incondicionalmente en todas las decisiones que he tomado. A mi novia Loly, por su paciencia durante estos cinco años. A mis Hermanos, Sobrinos, Tías y demás Familiares por su compañía y apoyo. A mis Amigos por estar siempre ahí, a mis Compañeros por los gratos momentos y a mis docentes por compartir sus conocimientos conmigo.

Luis Arturo Perlaza Cuero

En el transcurso de mis estudios académicos, son muchas las personas que me han brindado su apoyo constante durante mi formación profesional, gratifico a cada una de ellas por brindarme animo, compañía y comprensión. Agradezco a Dios por darme salud, serenidad y fuerza suficiente para seguir adelante, a mi hijo Jhoan Cortés por ser la luz que ilumina mis ojos cuando se sienten apagados, tu eres el motor que impulsa mi vida, a mis padres Campo Obando y Nelcy Vallejos por ser padres ejemplares y ayudar que mis sueños se hagan realidad, sin ustedes no estuviera en esta etapa , se merecen la misma alegría que siento por este momento tan grato, a mis hermanos Yeferson y Fabio Obando por ser incondicionales en los momentos más difíciles , a mis tíos Juan Obando y Nancy Vallejos por brindarme su cariño y estar siempre dispuestos a ayudarme, a Oscar León por su tolerancia, amor y comprensión, a todos mis compañeros y amigos con los cuales compartí momentos importantes lejos de casa, gracias por animarme en momentos oscuros y tristes. Por último quiero agradecer a la academia por abrirme sus puertas para que mi meta sea una realidad.

Yody Deicy Obando Vallejos

Este triunfo resultado de mi dedicación y esfuerzo se lo dedico de manera especial a: Dios, por guiar mi vida cada día, fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A mi padre Francisco por su esfuerzo, amor y apoyo incondicional durante mi formación personal y profesional. A mi madre Doris por brindarme su confianza y sus consejos que sirvieron de ayuda para comprender y entender mejor las cosas. A mi hermano pachito por su cariño durante cada etapa de mi vida, a mi prima Erika por los momentos compartidos y las tardes de alegría, a mis profesores, por transmitirme sus conocimientos, a mis amigos y compañeros de estudio, por compartir las angustias y gratificaciones durante estos cinco años de estudios.

A todos muchas gracias

Khaterque Voulet Portilla Ascuntar

RESUMEN

Objetivo: Determinar los procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea que realizan los Fonoaudiólogos de la Universidad del Cauca que laboran en la ciudad de Popayán en el primer periodo de 2010.

Método: La investigación fue de tipo cuantitativo, descriptiva, de corte transversal, La población estuvo conformada por 21 Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca, que atendían a población con disfagia. **Resultados:** se encontró que el 66.7% no hacen uso de un protocolo para evaluar y diagnosticar la disfagia, los procedimientos que mas refirieron realizar fueron: Evaluación de los órganos fonoarticuladores, blue test y anamnesis. El procedimiento menos realizado fue auscultación cervical. Ninguno reportó realizar evaluación de la voz y técnica de los cinco dedos. Los signos de mayor importancia para diagnosticar disfagia oral fueron mal manejo del bolo y derrame de líquido por comisuras labiales, y para diagnosticar disfagia faríngea fue tos. El 47.6% no clasifican la disfagia de acuerdo al grado de severidad y el 42.8% de los Fonoaudiólogos remite a pruebas instrumentales como la videofluroscopia. **Conclusión:** Los procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea entre cada Fonoaudiólogo son diferentes, a pesar de trabajar en las mismas instituciones, lo cual puede deberse a la falta de protocolos estandarizados que hace que cada uno evalúe lo que considera pertinente.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
I. PROBLEMA	
1.1. Descripción del área problemática	1
1.2. Formulación del problema	3
II. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	
2.1. Antecedentes Locales	4
2.2. Antecedentes Nacionales	5
2.3. Antecedentes Internacionales	6
III. JUSTIFICACIÓN	8
IV. OBJETIVOS	
4.1. Objetivo general	10
4.2. Objetivos específicos	10
V. REFERENTE TEÓRICO	
5.1. Definición y etiología de la disfagia orofaríngea	13
5.2. Evaluación de la disfagia orofaríngea	15
5.3. Procedimientos de evaluación clínica de la disfagia .orofaríngea	18
5.3.1. Anamnesis	19
5.3.2. Evaluación del nivel de conciencia	20
5.3.3. Evaluación del lenguaje	22

5.3.4. Evaluación postural	24
5.3.5. Evaluación de la respiración	26
5.3.6 evaluación de órganos fonoarticuladores:	28
5.3.6.1. Exploración exobucal	30
5.3.6.2. Exploración endobucal	32
5.3.7. Evaluación de los sentidos	35
5.3.8. Evaluación de reflejos orofaríngeos	35
5.3.8.1. Reflejo de mordedura	36
5.3.8.2. Reflejo de succión	36
5.3.8.3. Reflejo nauseoso o de gag	36
5.3.8.4. Reflejo de tos	37
5.3.9. Evaluación de la voz	39
5.3.10. Evaluación de las funciones de alimentación	40
5.3.10.1 Succión	40
5.3.10.2 Masticación	41
5.3.10.3. Deglución	42
5.3.11. Evaluación no instrumental de la disfagia orofaríngea	44
5.3.11.1. Evaluación en seco	44
5.3.11.2. Técnica de los cinco dedos	44
5.3.11.3. Auscultación cervical	45
5.3.11.4. Test del agua	47
5.3.11.5. Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)	49
5.3.11.6. Prueba de tinte vegetal o blue test	51

5.4. Evaluación instrumental de la disfagia orofaríngea	51
5.4.1. Videofluoroscopia	52
5.4.2. Fibroscopia, endoscopia o fibroendoscopia	53
5.5. Procedimientos de diagnóstico de la disfagia orofaríngea	54
5.5.1. Clasificación de la disfagia según el grado de severidad	57
VI. DISEÑO METODOLÓGICO	
6.1. Tipo de estudio	59
6.2. Operalización de variables	59
6.3 Población	64
6.4. Técnica e instrumentos de recolección de la información	65
6.5. Procedimiento	65
VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	66
VIII. CONCLUSIONES	84
IX. RECOMENDACIONES	88
X. REFERENCIAS	90
XI. ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

PAG.

Tabla N° 1. Distribución porcentual de los Fonoaudiólogos según el sector laboral en la atención de la disfagia.....	67
Tabla N° 2. Distribución porcentual de la población atendida por los Fonoaudiólogos que laboran en disfagia.....	69
Tabla N° 3. Distribución porcentual de la capacitación en disfagia de los Fonoaudiólogo.....	70
Tabla N° 4. distribución porcentual de los Fonoaudiólogos que utilizan un protocolo de evaluación y diagnóstico de la disfagia.....	71
Tabla N° 5. Distribución porcentual de la clasificación de la disfagia de acuerdo a las fases.....	78
Tabla N° 6. Distribución porcentual de la clasificación de la disfagia de acuerdo al grado de severidad.....	79
Tabla N° 7. Distribución porcentual de Fonoaudiólogos que remiten a pruebas instrumentales.....	80

LISTA DE GRÁFICAS

PAG.

Gráfica N°1. Frecuencia de los procedimientos de evaluación de la disfagia realizados por los Fonoaudiólogos.....72

Gráfica N°2. Frecuencia de procedimientos de evaluación de la disfagia que realiza cada Fonoaudiólogo.....75

Gráfica N° 3. Frecuencia de signos de disfagia oral observados por los Fonoaudiólogos.....76

Gráfica N° 4. Frecuencia de signos de disfagia faríngea observados por los Fonoaudiólogos.....77

Gráfica N° 5. Frecuencia de signos de disfagia oral según la capacitación en disfagia.....81

Gráfica N° 6. Frecuencia de signos de la disfagia faríngea según capacitación en disfagia.....82

ANEXOS

Anexo 1. Instructivo del protocolo de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea

Anexo 2. Protocolo de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea

Anexo 3. Etiología de la disfagia.

Anexo 4. Signos de la disfagia oral y faríngea.

Anexo 5. Consentimiento informado.

Anexo 6. Instrumento de recolección de la información.

Anexo 7. Instructivo del instrumento de recolección de la información.

Anexo 8. Procedimientos de evaluación realizados por cada Fonoaudiólogo

Anexo 9. Signos de disfagia oral observados por los Fonoaudiólogos

Anexo 10. Signos de disfagia faríngea observados por los Fonoaudiólogos

I. PROBLEMA

1.1 Descripción del área problemática

Según la Asociación Americana del habla, lenguaje y audición (ASHA 1990), la disfagia es un desorden de deglución cuyos signos y síntomas pueden involucrar la boca, la faringe, la laringe y el esófago. Un estudio epidemiológico realizado en los Estados Unidos por Logemann en 1996, indica que de 6 a 10 millones de personas sufren algún grado de disfagia y que los registros de incidencia han ido en aumento. A pesar de que en Colombia no existen datos precisos sobre la prevalencia de las disfunciones orofaríngeas, las estadísticas de la Universidad Nacional en los años 1998 al 2000, indican que de 1427 pacientes atendidos por Fonoaudiología, el 11.7% solicitó el servicio o fue remitido por desórdenes miofuncionales, disfagia y problemas de habla asociados (Angel, L., Suarez, J., 2004).

Debido a la importancia de una mejor atención a pacientes con disfagia, en países como Estados Unidos, Chile y Brasil se han realizado protocolos sobre procedimientos de evaluación de dicho desorden, para que los profesionales encargados de atenderlos tengan en cuenta los aspectos que se deben evaluar.

En Colombia no existe un protocolo estandarizado de evaluación de la disfagia, sin embargo la Asociación Colombiana de Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje (Angel, L., Casa, A., Suarez, J. ACFTL 2003) ha propuesto un Manual

de Procedimientos que aporta información general de la evaluación, pero no explica detalladamente la secuencia y manera de realizarlos.

Lo anterior se ve reflejado en la Universidad del Cauca (Programa de Fonoaudiología), la cual capacita a sus estudiantes de pregrado en el manejo de disfagia, quienes tienen la oportunidad de establecer contacto directo con pacientes y contar con acompañamiento docente; a pesar de que en la Institución se han realizado algunos esfuerzos por elaborar un protocolo de evaluación de la Disfagia, aun no se ha unificado para que sea utilizado en los sitios de práctica.

Por otra parte, debido a la importancia que ha tomado la labor del Fonoaudiólogo en la atención de la disfagia, diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) han habilitado este servicio, el cual debe cumplir con requisitos mínimos establecidos por la resolución 1043 de 3 de abril 2006, entre ellos tener protocolos de los procedimientos de las patologías que estas atienden. Aunque es deber de las IPS, tener dichos procedimientos es responsabilidad del Gremio de Fonoaudiólogos construirlos, proponerlos, validarlos, estandarizarlos y hacer uso de ellos, para que éstas Instituciones puedan cumplir con la ley establecida.

1.2 Formulación del problema

¿Qué procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea, realizan los Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca, que laboran en la ciudad de Popayán, en el primer periodo de 2010?

II. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

A continuación se citaran antecedentes que guardan similitud con algunos de los aspectos de la investigación y que suministran datos importantes para realizar comparaciones con los resultados obtenidos:

2.1 Antecedentes Locales

En el año 2009, en la Universidad del Cauca, Campo A., Guevara A., Zambrano I., realizaron una investigación titulada: Situación laboral de los egresados del programa de fonoaudiología de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, cuyo objetivo fue conocer la situación laboral de los Fonoaudiólogos egresados. Este estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal, con una muestra de 45 egresados. El instrumento de recolección de la información fue una encuesta, en la cual se encontró que el 75,6% correspondía al género femenino. Con respecto al nivel educativo alcanzado, el 90% se preocupó por realizar otros estudios con el fin de avanzar en su nivel educativo y el 55,6% se vinculó en el sector privado.

Los aspectos en los cuales esta investigación se relaciona con la presente son los siguientes: el instrumento de recolección de la información, que fue una encuesta con la cual se pudo obtener la información que posteriormente se analizó. Además las preguntas que contenía la encuesta de este estudio eran

muy similares a las de la investigación y al comparar algunos resultados como género, sector laboral, nivel educativo de los egresados se establecieron semejanzas en los porcentajes.

2.2 Antecedentes Nacionales

A nivel Nacional se encontró un estudio titulado “El desempeño profesional de los empleados de Enfermería de la Universidad de Caldas y su relación con la ley de seguridad social en salud y con el perfil de formación”, realizado por García C. y Cols en el año 2007. El objetivo de este estudio fue establecer la relación entre el desempeño laboral de los egresados entre los años 1995-2004, en el contexto del actual sistema de salud y su perfil de formación. Este fue un estudio descriptivo de tipo cuantitativo correlacional, en el cual se tomó una muestra de 140 egresados, 45 empleadores y jefes inmediatos. El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista individual para egresados, una encuesta para empleadores, y para el programa curricular una guía de análisis crítico del perfil de formación. Los resultados mostraron que la mayoría de los profesionales correspondían al sexo femenino; el 64% laboraba en instituciones privadas. En cuanto a los estudios de postgrado el 21% ha realizado especializaciones y el 1.4% realizó maestría.

El aporte de este estudio para la investigación, fue la visualización de la situación profesional de los egresados en cuanto al sector laboral, lo cual puede relacionarse con los sitios en los que laboran los Fonoaudiólogos.

La siguiente investigación fue titulada “Prevención en Fonoaudiólogos de la Universidad del Valle”, realizada por Cabrera, G., Carrasquilla G., (1998). El objetivo fue conocer el ejercicio preventivo al interior de las prácticas profesionales de un grupo de Fonoaudiólogos de la ciudad de Cali. Este estudio fue de tipo descriptivo, la muestra estuvo conformada por 45 profesionales que cumplieron algunos criterios como graduación, residencia y ejercicio comprobado en la ciudad al momento del estudio. El instrumento de recolección de la información fue un cuestionario auto administrado de 13 ítems, referidos a variables laborales, ocupacionales y profesionales. Como resultado se encontró que el 56% de los Fonoaudiólogos tenían vínculo laboral con entidades privadas, un 22% con instituciones públicas y el 22% restante con mixtas o repartía su tiempo laboral entre entidades públicas y privadas.

La relación que presentó este antecedente con la investigación fue el análisis de variables muy semejantes como son el sector laboral de los profesionales.

2.3 Antecedentes Internacionales:

Estudio titulado “Desempeño profesional de un grupo de egresados de la escuela de Nutrición y Dietética, Universidad Central de Venezuela 1981 – 2001”; publicado por Moya y Bauce en el año 2005, el cual tenía como objetivo indagar aspectos relacionados con el desempeño laboral de los egresados. Este fue un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en el cual se

tuvo en cuenta 63 egresados. Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario acerca de las áreas exploradas. Como resultados se obtuvo que 72.9% laboran en el sector público, mientras que 27.1% lo hacen en el sector privado, un 37% han realizado estudios postgrados y el 63% cursos de ampliación.

Este estudio se relacionó con esta investigación, puesto que indagó acerca del desempeño profesional de los egresados de la escuela de nutrición y dietética, teniendo en cuenta variables como sector laboral y nivel de estudios alcanzados.

Igualmente se encontró un estudio de Torrealba M. llamado "Conocimientos sobre signos de alarma de Infecciones respiratorias agudas del equipo de Salud del Departamento de Pediatría" Dr. Agustín Zubillaga, Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, realizado en el año 2001. El objetivo de esta investigación fue el conocimiento del equipo de Salud del Departamento de Pediatría, de este hospital. El estudio fue de tipo descriptivo transversal. La muestra estuvo conformada por 43 residentes; la información se obtuvo de la aplicación de una encuesta con preguntas abiertas, los resultados mostraron que el 33.3% de los residentes no identificaban los signos clínicos a investigar en un niño con tos, disnea y en los signos de peligro en un niño con neumonía grave.

Este estudio se relacionó con la investigación porque se tuvo en cuenta los conocimientos sobre los signos que debe detectar un profesional en una patología específica.

III. JUSTIFICACIÓN

El Programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, hasta Junio de 2010 contaba con 262 egresados, de los cuales 25 laboraban en las Instituciones de Salud de la ciudad de Popayán atendiendo pacientes con disfagia.

La atención en disfagia, requiere de un profesional capacitado y/o actualizado que conozca la anatomofisiología de la deglución, la etiología, la sintomatología utilice protocolos estandarizados, ya que esta alteración según González y Araya (2000) puede ocasionar distintos trastornos tales como neumonía, desnutrición, deshidratación y obstrucción de la vía aérea, llegando incluso a ponerse en riesgo la vida del paciente (Florín, C., Menares C., Salgado F., Tobar L., Villagra R., 2004).

Esta investigación permitió conocer los procedimientos de evaluación y diagnóstico en disfagia que están realizando los Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca que laboran en la ciudad de Popayán. Con los resultados encontrados, se elaboró un protocolo de evaluación y diagnóstico de

dicho desorden, que beneficiará a los profesionales que atienden ésta alteración, ya que permitirá recolectar la mayor información posible, realizar procedimientos con una secuencia lógica, para evitar que información relevante sea omitida. A la población atendida, puesto que se realizará una mejor evaluación que ayudará a encaminar a un mejor plan de intervención y ofrecerá apoyo al plan de estudio, ya que los estudiantes del Programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca contarán con un protocolo unificado y completo, el cual podrá ser utilizado en sus prácticas académicas. Igualmente, enriquecerá el proceso de investigación del programa de Fonoaudiología, ya que éstos resultados podrán ser utilizados en futuras investigaciones.

IV. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar los procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea que realizan los Fonoaudiólogos de la Universidad del Cauca que laboran en la ciudad de Popayán en el primer periodo de 2010.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar sociodemográfica y profesionalmente los Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca.
- Identificar los procedimientos de evaluación de la disfagia orofaríngea utilizados por los Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca.
- Identificar los procedimientos de diagnóstico de la disfagia orofaríngea utilizados por los Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca
- Establecer análisis bivariado entre las características profesionales de los Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca y los diferentes procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea que realizan.

- Elaborar un protocolo de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea mediante la recopilación teórica y los resultados obtenidos.

V. REFERENTE TEÓRICO

El Programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, propende por la formación de profesionales idóneos, bajo criterios que fundamentan el saber, el ser y el hacer en la intervención de los procesos de la comunicación humana y sus desórdenes. (Universidad del Cauca, Facultad Ciencias de la Salud, Programa de Fonoaudiología).

El Fonoaudiólogo de dicha Universidad se desempeña en las áreas de audición, habla y lenguaje. En el área de habla este profesional realiza actividades dirigidas a los procesos como la fonación, articulación, respiración, funciones de alimentación, fluidez y prosodia. Una de las alteraciones que se encuentran en el área de habla es la disfagia, la cual es atendida en algunas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del Municipio de Popayán. De acuerdo a lo establecido por la ASOFONO (Angel, L., Suarez, J., 2004) ésta puede ser atendida por un Fonoaudiólogo sin especialidad en el área.

En cuanto a la atención que prestan las diferentes IPS, en Colombia el Ministerio de Protección Social ha establecido mediante la Resolución 1043 de 3 de Abril de 2006, las condiciones que deben cumplir estas instituciones para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención (Manual único de procedimientos de la Resolución N° 1043 de 3 de abril de 2006). En el anexo técnico número 2 de dicha resolución, se define el protocolo como el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación

específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio.

Por otra parte el acuerdo 008 de diciembre 29 de 2009 define procedimiento como una secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

5.1 Definición y etiología de la disfagia orofaríngea:

Debido a que en esta investigación se tiene en cuenta la disfagia orofaríngea como patología, a continuación se darán a conocer aspectos relacionados con definición y etiología de la misma:

Díaz, R. (2010), considera que básicamente cualquier cosa que interfiera con la capacidad de una persona de alimentarse oralmente crea un desorden de alimentación.

Igualmente, De Sena E. (2002), define la disfagia como la dificultad de coordinación de los movimientos de deglución, que afecta a niños y adultos.

Del mismo modo, González y Araya en 2000 refieren que ésta dificultad puede ocasionar distintos trastornos tales como neumonía, desnutrición,

deshidratación y obstrucción de la vía aérea, llegando incluso a ponerse en riesgo la vida del paciente (Florín, C., Menares C., Salgado F., Tobar L., Villagra R., 2004). También Nazar, G., Ortega, A., Fuentealba, I. (2009) dicen que la disfagia orofaríngea se asocia a complicaciones como neumonía aspirativa, desnutrición, deshidratación y obstrucción de la vía aérea y es especialmente prevalente en mayores de 75 años, en portadores de cuadros neurológicos (p.ej. accidente vascular encefálico) y en pacientes que han requerido una instrumentación de su vía aérea (intubación orotraqueal y/o traqueostomía)

Logemann en 1983 afirma que las anomalías comunes son debilidad en la musculatura de los labios, boca, lengua, paladar, faringe y esófago, no coordinación de movimientos, intervención quirúrgica en tejidos y sensaciones disminuidas en las cavidades oral y faríngea que provocan demora en la estimulación de la deglución (Florín C. et al, 2004).

En cuanto a la etiología de la disfagia oral-faríngea (u orofaríngea), se puede encontrar que es una secuela común a una gran variedad de enfermedades agudas o crónicas, que según Veis en 1985, incluye accidentes cerebrovasculares, según Lazarus en 1987 daños cerebrales traumáticos y de acuerdo a Baker en 1991 carcinoma orofaríngeo, y muchísimas enfermedades neuromusculares degenerativas (Huckabee, M. 1997).

En conclusión, la etiología de la disfagia orofaríngea puede ser mecánica, neuromuscular, iatrogénica y/o degenerativa (ver anexo 1).

5.2 Evaluación de la disfagia orofaríngea:

Para Díaz, R., (2010), el objetivo fundamental de la evaluación de la deglución es determinar cuáles son las causas de los problemas de alimentación que básicamente permite establecer: la necesidad de evaluaciones adicionales, si alimentar al paciente es seguro o no y si se realiza un manejo inmediato o futuro estableciendo prioridades.

También considera que la evaluación de la deglución debe ser clínica donde se realice un examen de nervios craneales, evaluación de la sensación de la cavidad oral, evaluación de los movimientos orales no nutritivos y evaluación de movimientos orales nutritivos por lo menos con un líquido, un puré, un semisólido, un sólido e instrumental.

Igualmente considera que con esta evaluación se determinan signos de dificultad oral (masticación incompleta, retención de bolo, ausencia total o parcial de movimientos de lengua, disfunción velofaríngea, dificultad con control de labios, reflujo nauseoso aumentado) y signos que puedan comprometer la vía aérea (reflujo nasofaríngeo, aumento de la frecuencia respiratoria con signos de congestión, cambios en saturación de O₂, tos en presencia de alimento, cambios en la coloración de la piel y congestión ocular, regurgitación, cambios en las características de la voz o el llanto). Además, considera que la

presencia de uno o más signos que comprometan la vía aérea requiere evaluación instrumental.

Logemann (2010) considera importante establecer los antecedentes del paciente para conocer la causa y luego realizar un examen clínico e instrumental de la deglución. De la misma manera González et al en 2000, refieren que toda evaluación de la deglución debe ser clínico y radiográfico, el cual tiene como propósito determinar la presencia de disfagia, el mecanismo de la alteración, el grado de severidad, los riesgos para el paciente, el manejo terapéutico y la evolución (Florín C. et al 2004). Así mismo, Cherney, L., Pannell J., Cantieri C., (1994), mencionan que la evaluación del mecanismo de deglución del paciente es un proceso de múltiples pasos que incluye: una evaluación previa a la alimentación que contiene una historia completa del problema y la observación de la funcionalidad de las estructuras orales, faríngeas y laríngeas.

En cuanto al examen clínico Florín C. et al (2004), señalan que consiste en una serie de procedimientos organizados que permiten evaluar la deglución y obtener un posible diagnóstico que incluye: recopilación de antecedentes (datos personales, historia médica, exámenes, evaluación de otros profesionales), observación del paciente (se debe tomar atención al estado de vigilia, atención y memoria), observar la vía de alimentación, uso de sonda nasogástrica o nasoyeyunal y presencia de traqueostomía, examen oral (se deben examinar las estructuras anatómicas, la sensibilidad oral y la función laríngea), examen

del proceso de la deglución (se evalúan cada una de las etapas de la deglución, mediante la administración de sustancias líquidas, semisólidas y sólidas).

Igualmente, Linden y Siebens en 1983, y Logemann en 1983 consideran que la evaluación clínica es útil para identificar las áreas de disfunción y para reconocer pacientes en riesgo de aspiración que requieren más evaluación (Cherney, L. et al 1994). Así mismo, Leopold y Kageí en 1983, determina que la evaluación clínica permite la observación de conductas que pueden interferir o compensar la habilidad de deglución del paciente (ej. cantidad y velocidad de ingestión, nivel general de alerta) (Cherney, L. et al 1994). Miller en 1984 refiere que la evaluación clínica es una parte indispensable de la evaluación de la disfagia, debido a los datos prácticos y funcionales que se consiguen (Cherney, L. et al 1994).

En conclusión, la valoración adecuada del paciente establece las bases para su asistencia apropiada, y puede mejorar la calidad de vida de las personas que sufren trastornos de la deglución (Florín C. et al, 2004).

Por tanto, algunos autores han propuesto protocolos los cuales permitan facilitar la mejor evaluación. Para esta investigación se tendrán en cuenta a:

- Mann en 2002 considera tener en cuenta en si protocolo de evaluación: estado de conciencia, cooperación, comprensión auditiva, respiración, frecuencia, respiratoria al tragar o deglutir, afasia, apraxia, disartria,

salivación selle labial, movimiento lingual, fuerza lingual, coordinación lingual, preparación oral, reflejo de gag, paladar, limpieza del bolo, transito oral, tos refleja, tos voluntaria, voz, traqueotomía, fase faríngea y respuesta faríngea (Cedeño, N. 2010).

- Cherney et al (1994) que en su capítulo de evaluación clínica de la disfagia en adultos, estiman que se debe tener en cuenta en la evaluación: las capacidades previas a la alimentación (estado médico/nutricional, observación de la función motora oral, faríngea y laríngea), evaluación clínica de la disfagia, una guía de evaluación de pacientes con disfagia severa, guía de evaluación de pacientes con traqueotomía, guía de evaluación de pacientes que reciben dieta oral.
- González y Toledo en 2000 que consideran en su protocolo de evaluación clínica de la deglución tener en cuenta: antecedentes generales, aspectos oro-funcionales de la deglución (anatomía oral, función labial, función mandibular, función lingual, función velo paladar, sensibilidad laríngea y tos) y proceso de la deglución (etapa preparatoria oral, etapa oral, etapa faríngea, después de la deglución) (Florín, C. et al, 2004).

Debido a que esta investigación tiene como tema central los procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea; a continuación se

describirán los procedimientos fonoaudiológicos utilizados en cada uno de estos procesos:

5.3 Procedimientos de evaluación clínica de la disfagia orofaríngea:

Según el acuerdo 008 de 2009 (Ministerio de la Protección Social, República de Colombia), un procedimiento es la secuencia lógica de un conjunto de actividades realizadas dentro de un proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Para este estudio se tendrán en cuenta los siguientes procedimientos tanto de evaluación como de diagnóstico de la disfagia:

5.3.1 Anamnesis:

Cherney L. et al (1994) consideran que antes de la deglución oral de cualquier alimento, se obtiene información médica y de seguridad importante bien sea del paciente, quien lo cuida, su médico o de la hoja clínica del paciente. Igualmente refieren que el formulario de evaluación previa a la alimentación ha sido diseñado para guiar al médico en la recolección y documentación de la información relevante.

La evaluación previa a la alimentación es típicamente completada para aquellos pacientes que tienen alto riesgo de aspiración (ej. aquellos pacientes que todavía no están comiendo oralmente o aquellos con traqueotomías). El

formulario puede también ser usado para clasificar la función oral, faríngea o laríngea antes de la evaluación de deglución.

Para el diligenciamiento de la anamnesis, se tendrá en cuenta información personal como: nombre del paciente, afiliación, edad, sexo, dirección, teléfono, educación, estado civil, ocupación, condiciones actuales de vida, historia del problema. Registros clínicos médicos como: glasgow, signos vitales, presión arterial, pulso, temperatura, niveles de SO₂, frecuencia cardíaca y respiratoria. Notas de diferentes disciplinas de la salud, tratamientos médicos y/o nutricionales, información suministrada por acompañante del paciente o por el paciente; antecedentes médicos (dificultades gastrointestinales, respiratorias, circulatorias, metabólicas, cardíacas, problemas traumáticos, problemas neurológicos y motores, estado de conciencia, enfermedades previas diferentes a la disfagia, medicamentos para controlar esas enfermedades, etapa de la enfermedad actual, ventilación mecánica en cualquier momento de la evolución, presencia de cánula, exámenes de laboratorio, tomografía axial computarizada, traqueotomía o traqueostomía). Antecedentes familiares (problemas relacionados a respiración, comunicación, habla, accidente cerebro vascular, hipertensión, parálisis facial, carcinoma y otros que tengan componentes genéticos de transmisibilidad). Además se tendrán en cuenta signos y síntomas relacionados con disfagia como: demora al comer, tos, dolor, datos acerca de cómo se alimentaba, derrame de líquido, acumulación de alimento, pérdida de peso, fiebre, presencia de flema, sensación de obstrucción, regurgitación nasal y dificultad para masticar.

5.3.2 Evaluación del nivel de conciencia:

El estado de conciencia determina la percepción y el conocimiento del mundo psíquico individual y del mundo que nos rodean. Este parámetro se refiere al grado de alerta y orientación respecto al medio que rodea al paciente y así poder determinar el nivel de conciencia en él.

Mann en 2002, considera evaluar el estado de alerta del paciente, observando y evaluando la respuesta del paciente al hablar, el movimiento o el dolor. Igualmente determina que se debe incorporar la respuesta de Enfermería o Personal Médico (Cedeño, N. 2010). Asimismo, González y Toledo en 2000, consideran tener en cuenta dentro los antecedentes generales del paciente la cognición de este (alerta, déficit atencional, impulsividad, agnosia para alimentos, deterioro intelectual clínico, resultados de minimental y Raven) (Florín et al 2004).

Según, Mellano, P. (2000), los estados de conciencia son:

Vigil (alerta): el paciente se encuentra con ojos abiertos y examen mental es normal.

Obnubilado (somnia): paciente tiende a quedarse dormido, se encuentra desorientado e indiferente al medio.

Sopor (estupor): paciente dormido que despierta sin lograr lucidez, con estímulos verbales (sopor superficial) o dolorosos (sopor profundo).

Coma: paciente no despierta con ningún estímulo. Puede tener reflejos anormales frente al estímulo doloroso, los que son integrados en tronco-encéfalo, por ejemplo, rigidez de descerebración y decorticación.

La evaluación se realiza mediante preguntas para observar el nivel de orientación y alerta del paciente. Inicialmente si está orientado en tiempo, en espacio y persona. Además de las preguntas, para conocer el nivel de alerta de una persona se puede recurrir a otros estímulos: ruidos, mover al paciente, tocarlo, aplicar un pellizco suave en la región infra clavicular, presionar con el dedo en la región retro auricular. Se trata de evaluar el grado de respuesta que se obtiene con estímulos de distinta intensidad, algunos de los cuales puede llegar a producir dolor, pero teniendo el cuidado de ser prudente, hay que saber dosificar el estímulo y no infligir daño.

5.3.3 Evaluación del lenguaje:

El lenguaje es una herramienta para la comunicación, la actividad intelectual y un método para regular u organizar los procesos mentales humanos. Respecto a este, González y Toledo en su protocolo de evaluación de la disfagia, consideran dentro de los antecedentes generales los trastornos del lenguaje

tipo afasia u otros (Florín C. et al, 2004). Mann en 2002, propone valorar la afasia (discapacidad o deterioro del lenguaje en el cruce de distintas modalidades lingüísticas: hablar, escuchar y leer), mediante evaluación informal de la expresión verbal del paciente, pidiéndole que repita los sonidos, palabras, secuencias, nombres de objetos, números, partes del cuerpo, respuesta a preguntas sencillas. (Cedeño N. 2010).

Por otra parte, se calcula que los accidentes cerebrovasculares (ACV, “ictus” o ataque cerebral) pueden causar la mitad de los casos de afasia (las lesiones cerebrales traumáticas producen alrededor de un tercio, mientras que los tumores, las enfermedades neurodegenerativas y las infecciones del sistema nervioso central, se encuentran entre el resto de causas) (Helm-Estrabrooks N., Albert M., 2005). Debido a que estas causas están muy relacionadas con la etiología de la disfagia orofaríngea (ver anexo 1), se considera importante evaluar el lenguaje en los pacientes, para descartar posibles trastornos del lenguaje como la afasia y determinar las estrategias comunicativas que se utilizaran durante la evaluación y/o intervención.

Para la evaluación de la afasia hay diferentes test como el de Minnesota (1965), el cual evalúa: reconocimiento de palabras comunes, discriminación entre pares de palabras, reconocimiento de letras, identificación de ítems denominados serialmente, comprensión de oraciones, seguir direcciones, comprensión de párrafos, oraciones escritas y de textos escritos. Igualmente Francisco Lopera (1987) plantea una propuesta de evaluación clínica de la

afasia donde se evalúan las áreas de: lenguaje espontáneo y narrativo, comprensión auditiva, denominación, lenguaje automático y seriado, lecto-escritura, pero para fines de esta investigación se tendrán en cuenta algunos aspectos de este último autor dividiendo el lenguaje en dos: lenguaje comprensivo y expresivo.

En el lenguaje comprensivo: se inicia con una conversación espontánea, se hacen preguntas para determinar si el paciente se encuentra orientado en persona, lugar y tiempo. También se le pide que ejecute órdenes simples y/o complejas, relacionadas con situaciones familiares. Identificación señalando y/o nominando de partes del cuerpo, objetos conocidos por el paciente y/o láminas de vocabulario por categorías.

En el lenguaje expresivo: se le pide al paciente que repita palabras sencillas y/o complejas de corta o larga longitud, frases y oraciones donde se podrá observar la fluidez y articulación de éste. En cuanto al lenguaje automático: se le pide al paciente que enuncie números, días de la semana y meses del año.

5.3.4 Evaluación postural:

Debido a que la postura es muy importante en cualquier proceso de habla, en la disfagia orofaríngea es importante observar: cabeza, hombros, cuerpo: frente, espalda y perfil. También la alineación en el eje horizontal y vertical a nivel facial y corporal, la presencia de desequilibrios musculares en: maseteros,

orbiculares, mentoniano, músculo esplenio del cuello, trapecio, esternocleidomastoideo, músculo dorsal ancho, músculo infraespinoso, dolor asociado a posturas incorrectas, y hábitos posturales.

Respecto a esta, Queiroz, I. (2002) determina que el primer momento de la evaluación es para la postura corporal como un todo. Cuando se busca al paciente en la sala de espera, mientras él entra en el consultorio, se debe observar con atención cómo es la postura del cuerpo y de la cabeza en relación con los hombros. La evaluación de la postura se realiza mediante la observación del paciente, para determinar las características posturales, teniendo en cuenta:

Postura facial:

En términos de la anatomía, se examinará la cara en forma interna y externa. Se debe observar siempre la asimetría, el tono y la postura de las estructuras examinadas (Queiroz I, 2002). Hay que examinar desde los puntos de vista anatómico y funcional relacionando las partes duras y blandas para prever las funciones que podrán realizarse en las estructuras existentes (Queiroz I. 2002). En esta evaluación, se realiza observación de la postura facial tanto en el eje vertical y horizontal buscando determinar simetría o asimetría de estructuras faciales (implantación de pabellones, cantos externos e internos de los ojos, pómulos, comisura labiales, surco nasolabial, cejas, ángulos goniacos, alas nasales, proporcionalidad, surco mentolabial). Así mismo se observa la

existencia de laterorinias y laterognatismo hacia la derecha o izquierda, perfil facial (cóncavo, convejo o recto), y biotipo facial (leptoprosopo, euriprosopo o mesoprosopo).

Postura corporal:

Queiroz I. (2002), propone examinar cabeza, hombro y cuerpo: frente, espalda y perfil. Igualmente, hay que tener en cuenta la posición en la que se encuentra el paciente (bipedestación, sedente o en decúbito dorsal).

5.3.5 Evaluación de la respiración:

El aparato respiratorio es un conjunto de órganos tubulares y alveolares situados en la cabeza, el cuello y la cavidad torácica. Al respirar por la nariz esta se encarga de condicionar el aire inspirado, oler y contribuir con el habla.

De aquí la importancia que adquirió la evaluación de la respiración, ya que un simple cambio de hábito, es decir, parar de respirar por la boca o por la nariz y boca al mismo tiempo, ocasiona perjuicios al ser humano.

Algunos de esos prejuicios son muy visibles, como las asimetrías faciales y los problemas posturales, y otros menos perceptibles, como las alteraciones oclusales. Además, un mal mecanismo respiratorio, puede alterar alguna funciones relacionadas con la deglución: problemas digestivos y atoramientos

por la falta de coordinación entre la respiración y la masticación, deglución atípica con ruido, proyección anterior de la lengua, contracción exagerada del orbicular, movimientos de cabeza, exceso de saliva, voz con hipernasalidad, hiponasalidad o ronca (Queiroz, I. 2002). Así mismo, viendo la importancia que tiene la respiración, Zambrana N. (1998) determina que en la valoración de la respiración, el primer aspecto a tener en cuenta es el tipo respiratorio: superior, mixto, medio, inferior y completo (costo-diafragmático-abdominal).

Debido a que las alteraciones respiratorias relacionadas con un mal hábito influye directamente en la deglución, se recomienda realizar la prueba de Glatzer, que de acuerdo a Junqueira P. (2002), se coloca el espejo de Glatzer debajo de los orificios nasales del paciente para ver el pasaje de aire por la nariz, si su salida es simétrica en los orificios nasales, o si hay salida mayor en una de ellas. Es importante pedir que el paciente no modifique su manera de respirar en el momento en que se coloca el espejo, también se debe mantener el espejo bajo las narinas por algunos segundos más con el fin de corroborar los resultados. En esta prueba igualmente se le pide al paciente que emita las vocales y seguidamente las consonantes. El espejo se empañará con el aire espirado y de esta manera se verifica si el aire pasa mejor por una de las narinas o si existe obstrucción severa, nasalidad normal de las consonantes m, n, ñ e hipernasalidad de sonidos orales.

Otra prueba que puede dar información indispensable de la respiración es la prueba de Rosenthal, en la cual se le pide al paciente inhalar y exhalar por cada

narina veinte veces. Se observará fatiga respiratoria, ahogo respiratorio y dilatación de las narinas.

Igualmente Mann en 2002, señala que se debe evaluar la frecuencia respiratoria al tragar o deglutir (coordinación de la respiración al tragar), observar la frecuencia en reposo, observar el modo respiratorio (nasal-oral), el ritmo de deglución de la saliva del paciente en relación con la inhalación y exhalación. Anotar el patrón o regreso de la deglución, es decir, si el paciente vuelve a la exhalación o no. Observar el momento de tos si existe, en relación con la deglución, pedir al paciente cerrar la boca para respirar, luego que contenga la respiración (cómodamente). Se debe registrar la duración (Cedeño, N. 2010).

De acuerdo a Mann en 2002 (Cedeño, N. 2010), se clasificará la respiración teniendo en cuenta:

Capacidad de controlar la frecuencia respiratoria para tragar, el paciente vuelve a exhalar después de tragar, y cómodamente puede contener la respiración 5 segundos.

Falta de coordinación o algún tipo de control. El paciente puede alcanzar la respiración nasal y mantener la respiración por un corto periodo, el paciente vuelve a inhalar de vez en cuando después de tragar.

No hay control independiente, el paciente respira por la boca principalmente y es ineficaz de contener la respiración con comodidad, el ritmo de respiración es variable.

5.3.6 Evaluación de órganos fonoarticuladores:

Para evaluar una alteración orofacial, sea esquelética o funcional, es preciso examinar los órganos fonoarticulatorios y las funciones orofaciales intentando detectar todas las alteraciones morfológicas y funcionales (Zambrana, N. 1998). Estos órganos se tienen en cuenta, ya que su integridad van a determinar una buena funcionalidad de la deglución.

Díaz, R., (2010), considera que en el examen físico y de la deglución, se debe examinar la cavidad oral presentando particular atención a los movimientos de la lengua, el paladar, el estado de la cavidad oral incluyendo higiene y dentición, presencia de adenoides y amígdalas hipertróficas. Examinación de los músculos de la cara principalmente aquellos encargados de los movimientos labiales, examinación de los músculos laríngeos y del cuello y exanimación de la sensación de la cavidad oral y de la cara.

Cherney L. et al (1994), determinan que la observación de la función motora oral, faríngea y laríngea se realizan sin la ingestión de comida y los resultados pueden determinar si el paciente es un candidato apropiado para mas evaluación de la alimentación oral y la deglución.

Igualmente Zambrana, N. (1998) dice que se debe hacer un examen en posición estática y dinámica de las estructuras como: labios, lengua, músculos buccinadores, músculos maseteros, paladar duro, paladar blando, arcadas dentarias, maxilar superior e inferior y articulación temporo mandibular.

En esta investigación, se referirá la exploración exobucal y endobucal a nivel estático y dinámico, de los órganos fonoarticuladores, teniendo en cuenta forma, tamaño y color de estos:

5.3.6.1 Exploración exobucal:

Cherney L. et al (1994) dicen que se debe observar los labios, lengua y mandíbula en descanso, observar su estructura general, posición de descanso y la presencia de movimientos involuntarios, registrar la presencia de babeo. Observar el estado de la mucosa oral (ej. humedad) y la condición de la dentadura del paciente.

Se realiza observación del maxilar superior e inferior, de perfil se observas si existe retracción o proyección hacia adelante del maxilar o de la mandíbula. La asimetría puede localizarse en ambos maxilares de un lado de la cara (alteraciones oblicuas) o en una parte del maxilar superior o inferior. El perfil

facial con respecto a la posición de la mandíbula, se clasifica como ortonática, prognático y retrognático. Se observa con relación a toda la cara, los tipos faciales se clasifican como mesofacial, braquifacial o dolicofacial, de acuerdo con la tipología del cráneo (Zambrana, N. 1998). Igualmente se tiene en cuenta la apertura y cierre mandibular.

De acuerdo a González R., Toledo R., en 2000, se evalúa la sensibilidad: capacidad del paciente para reaccionar ante estímulos táctiles. Se consigna como conservada o alterada. (Florín C. et al, 2002).

Se examina la musculatura orofacial:

Músculos buccinadores, que de acuerdo a Zambrana, N. (1998), el paciente debe inflar las mejillas de aire, mientras se observa y se palpa la resistencia que ofrecen, de esta forma se clasifican los buccinadores en normotónicos, hipertónicos o hipotónicos. Se Observa además, si existe simetrías en situación de reposo. Goncalves, E. (2002), refiere que se puede evaluar este musculo, contra una resistencia del dedo índice, de manera intrabucal.

Para evaluar los músculos maseteros, el paciente debe apretar los molares mientras el terapeuta palpa los dos maseteros observando el grado de tonicidad y simetría entre ambos lados (Zambrana, N. 1998). Por otro lado, Goncalves, E. (2002), refiere que para observar la simetría, potencia y velocidad de contracción de los músculos elevadores, maseteros y temporales, se le solicita

al paciente que aprete con fuerza los dientes. Con los dedos sobre cada parte de los músculos, se puede percibir la contracción. Igualmente en la exploración, se palpan los músculos orbiculares de los labios y mentoniano.

Por otro lado, en la exploración exobucal, se realiza una evaluación de los labios, en estado estático, observando si están: cerrados (con o sin tensión del músculo mentoniano), entreabiertos, muy abiertos. En cuanto a la forma se observará: simétricas, asimetrías, inversión y eversión (superior y/ o inferior), corto (superior). Igualmente, se realiza una descripción de las cicatrices presentes como secuelas de fisuras o accidentes (Zambrana, N. 1998). También se debe observar el tamaño: si son delgados, medianos o gruesos, o de igual proporcionalidad. Color: si son rosados, cianóticos, rojizos, pálidos. El tono muscular determinando si se encuentra aumentado o disminuido y sensibilidad si esta aumentada o disminuida.

En cuanto a la valoración dinámica de labios se tendrá en cuenta la movilidad de estos mediante praxias de: lateralización, proyección, estiramiento, vibración, beso con labios unidos y producción de silabas bilabiales. Según la dificultad para realizar los movimientos solicitados, se califica la movilidad como: normal, con dificultad, imposibilidad del movimiento.

5.3.6.2 Exploración endobucal:

En la exploración, se examinarán los frenillos labiales (Zambrana, N. 1998). Se observará si son cortos, largos o hay ausencia de estos. Igualmente se observarán las encías teniendo en cuenta la forma, el tamaño y el color.

Dietes y oclusión dental: definido como un órgano anatómico duro, enclavado en los alvéolos de los huesos maxilares a través de un tipo especial de articulación denominada gonfosis.

Las relaciones de contacto de los dientes en función y parafunción se denominan oclusión dental. Sin embargo el término no solo designa al contacto de las arcadas a nivel de una interfaseoclusal, sino también a todos los factores que participan en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio y uso de los dientes en la actividad o conducta motora bucal.

Según Zambrana N. (1998) con los dientes en oclusión se evalúa: ausencia de piezas dentarias, línea media, diastemas, posición de los dientes y tipo de mordida (abierta anterior o posterior o mordida cruzada). También por medio de la observación se determina el grosor de las encías (delgadas, normales o gruesas), la integridad de la arcada superior (normal, cicatrizal, hendida), forma de la arcada tanto superior como inferior (parabólica, proa, cuadrada), color de la encía (normal, blanca, roja) y otros aspectos que se puedan evaluar como diastemas y apiñamientos.

Paladar duro: es una zona de roce cuya interacción lengua-paladar permite articular sonidos y la adecuada deglución. En la evaluación se tiene en cuenta la forma (normal, alto, ojival, ancho, estrecho, plano o corto, existencia de cicatrices y/o fisuras). En la parte anterior del paladar se verifica si los pliegues palatinos están hipertróficos, lo que indica que la lengua no se apoya en ellos durante la deglución ni en situación de reposo (Zambrana N. 1998).

Paladar blando: es una estructura músculo membranosa que se encuentra formado por los músculos estafilinos (externo e interno), palatoestafilino, palatogloso o faringoestafilino, quienes le dan movimiento. En el aspecto estático se evalúa verificando estado anatómico de la úvula (bífida o surcada), la presencia de cicatrices y/o fisuras y la dimensión suficiente o insuficiente (corto) del paladar blando. Mann en 2002 recomienda evaluar paladar, observando función del velo en el habla y reflexivamente. Para esto, hay que pedir al paciente producir fuertemente /a/ y mantener durante varios segundos, luego pedir que repita /a/ en varias ocasiones. Tener en cuenta la acción de la elevación, observar cualquier hipernasalidad durante el discurso. (Cedeño, N., 2010).

Lengua: órgano móvil situado en el interior de la boca, impar, medio y simétrico, que desempeña importantes funciones como la masticación, la deglución, el lenguaje y el sentido del gusto. Según Zambrana N. (1998), en reposo se evalúa si la lengua está apoyada en el paladar duro, interpuesta entre las arcadas dentarias, presionando lateralmente las arcadas, proyectada sobre la

arcada superior e inferior o posicionada hacia atrás. También se evalúa la forma (normal, microglosia, macroglosia, ancha, estrecha o voluminosa). Igualmente añade que en la evaluación se le pide al paciente que saque la lengua, para verificar si existen marcas laterales de los dientes.

En el aspecto dinámico: se tendrá en cuenta la movilidad (lateralización, proyección, retracción, vibración, afilar y ensanchar). La tonicidad se evalúa con un bajalenguas de madera se empuja punta de la lengua mientras el paciente intenta realizar una fuerza contraria. La lengua no debe apoyarse en los dientes ni en los labios. Dependiendo la respuesta la se reportara: normal, hipotónica, hipertónica.

Para evaluar el frenillo lingual se solicita al paciente que eleve la lengua para verificar su forma (normal, corto, de inserción larga o con poca elasticidad). En algunos casos la visualización es difícil; por lo que se debe solicitar al paciente que lleve la lengua contra el paladar duro y lo mantenga en esta posición.

Para la observación del músculo milohioideo el profesional debe visualizar el suelo bucal. En general cuando el músculo esta hipertónico, el suelo presenta un volumen aumentado.

5.3.7 Evaluación de los sentidos:

Se evaluará el olfato y gusto, los cuales son sentidos indispensables de la deglución. El olfato se evaluará, pidiéndole al paciente cerrar los ojos y nominar los olores presentados. El gusto se evaluará colocando en la lengua diferentes sabores; para observar la integridad de los receptores gustativos y pares craneales involucrados (V, VII y IX).

5.3.8 Evaluación de reflejos orofaríngeos:

Un reflejo es una respuesta involuntaria a un estímulo sensorial. Algunos se integran en la infancia (mordedura y succión) y otros se conservan hasta la edad adulta (tos y nauseoso) como mecanismos de protección.

5.3.8.1 Reflejo de mordedura:

Se caracteriza por cierre mandibular fuerte ante la presencia de un cuerpo extraño cerca de las arcadas dentarias y brinda información acerca de la integridad del V y VII par craneal. Aparece al nacer y se integra a los 9 o 12 meses. Su presencia en la edad adulta indica lesión neurológica.

5.3.8.2 Reflejo de succión:

Este reflejo aparece a las 17 semanas de gestación y se integra a los 6 o 12 meses. La existencia de este en la edad adulta nos determina dificultades en la integridad de los pares craneales V, VII, IX y XII.

5.3.8.3 Reflejo nauseoso o de gag:

Debido a que en las revisiones bibliográficas realizadas; no se encontró diferencias entre el reflejo de gag y nauseoso, para esta investigación se tomarán como el mismo reflejo (reflejo nauseoso).

Se caracteriza por la presentación de arcadas o náuseas causadas por un cuerpo extraño, al entrar en contacto con el espacio situado entre la cavidad oral y la faringe. Informa sobre la integridad de los pares craneales IX, X, y XII. Cherney, L. et al (1994), señalan que hay que intentar lograr el reflejo de náusea estimulando la base de la lengua o la pared posterior faríngea con la cabeza de un espejo laríngeo. Comparar y registrar la fuerza del reflejo después de estimular cada lado. Aunque un reflejo disminuido o ausente no necesariamente indica una dificultad en la deglución, puede proveer información acerca de la protección de las vías respiratorias o de una disfunción del nervio craneal. Otra manera de evaluar este reflejo, consiste en pedirle al paciente abrir la boca o abrir la boca de este, posteriormente introducir un bajalenguas, con el cual se estimulará de forma superficial la base de la lengua o la pared posterior de la faringe. En el momento en que el reflejo se desencadena se retirará el bajalenguas de la boca del paciente.

Por otra parte, Mann en 2002 define al reflejo de gag como la respuesta motora refleja desencadenada en respuesta a los estímulos nocivos. Mide la respuesta de los receptores táctiles superficiales y la información aferente que viaja a través del X par craneal (y posiblemente, una parte del IX par craneal, se evalúa al poner en contacto un espejo laríngeo sobre la base de la lengua y desencadenar una reacción involuntaria de contracción de la pared faríngea o paladar blando (Cedeño, N. 2010).

5.3.8.4 Reflejo de tos:

Este reflejo es responsable de expulsar las sustancias extrañas de las vías aéreas inferiores mediante movimientos espiratorios bruscos y violentos efectuados con la glotis semicerrada y acompañada del sonido característico.

Los puntos de partida del reflejo de tos lo mencionan varios autores en estomago, riñones, útero, y oído medio. No obstante los puntos de mayor excitabilidad son: bifurcación traqueal y laringe. Cuanto más próximos a estos puntos estén los elementos irritantes, más intensa y persistente será la tos (De Sena, E. 2002).

Por otra parte, Mann en 2002, determina que se debe evaluar la tos refleja (tos espontanea en respuesta a un irritante), observar cualquier tos espontanea durante el examen. La tos puede ser provocada en combinación con terapeuta respiratorio (Cedeño, N. 2010). Asimismo, Cherney L. et al (1994), refieren que

si se observa una tos involuntaria durante la evaluación hay que documentarla en el formulario. Esto provee un estimado de la habilidad del paciente de lograr el cierre laríngeo y proteger las vías respiratorias.

Igualmente Mann en 2002 (Cedeño, N. 2010) y Cherney L. et al (1994), consideran que se debe evaluar la tos voluntaria (tos ante una orden). Hay que observar la fuerza y claridad de esta, ya que nos puede dar información sobre integridad de las cuerdas vocales. También, González y Toledo en 2000, consideran que se debe evaluar la tos (maniobra refleja o voluntaria de la vía respiratoria). Se mide en presente o ausente (Florín, C. et al 2004)

5.3.9 Evaluación de la voz:

La evaluación de la voz en un paciente con disfagia es indispensable, ya que por la vecindad y relación que hay entre la faringe y la laringe, en la deglución se puede encontrar alteraciones que afectan directamente las cuerdas vocales.

Para Mann (2002), la evaluación de la voz es importante porque determina el funcionamiento de la laringe con especial énfasis en la calidad vocal. Se realiza pidiéndole al paciente prolongar el sonido /a/, tanto como le sea posible y

posteriormente pasar de una escala a otra. Se solicita al paciente prolongar los fonemas /s/ y /z/. Se debe observar la claridad de la producción, el tono, las pausas, fonación, ronquera, la progresión irregular, sin control del volumen y deterioro de la voz. (Cedeño, N. 2010). Por otro lado, para el análisis de la voz se debe tener en cuenta la voz falsete, para determinar la protección de la vía, aérea emitiendo el fonema /i/ por un periodo corto (aducción de la cuerda vocal).

De este mismo modo, Cherney et al (1994), refieren que hay que registrar si el paciente puede producir sonidos y la calidad y fuerza de su voz. Esto provee un estimado de la capacidad del paciente de producir cerrado laríngeo y protección de las vías respiratorias. Igualmente describen que una voz ronca puede indicar un cerrado laríngeo limitado y un tono de voz húmedo o gorjeante, indica que se acumula saliva en la laringe.

Por otro lado, González y Toledo en 2000 (Florín, C. 2004), consideran evaluar la voz húmeda: presenta características fonatorias producidas por la presencia de materiales extraños (agua, saliva, alimentos, etc) en las cuerdas vocales antes del procedimiento de evaluación de la deglución.

Voz húmeda después de la deglución: características fonatorias producidas por la presencia de materiales extraños (agua, saliva, alimentos, etc.) en las cuerdas vocales después de deglutir.

En la disfagia orofaríngea, se deben evaluar las cualidades acústico perceptuales de la voz (tono, timbre e intensidad); ya que es muy común encontrar en los pacientes (con dificultad en la fase faríngea), alteraciones en estas, que se relacionan con voces opacas, húmedas, ronca; debido al paso directo del alimento a las cuerdas vocales.

5.3.10 Evaluación de las funciones de alimentación:

5.3.10.1 Succión:

Es una parte de la función digestiva que facilita la ingesta de alimentos, especialmente los de consistencia líquida de forma voluntaria, mediante movimientos coordinados de la musculatura orofacial que generan unas presiones negativas endobucal. En esta función intervienen los pares craneales: V, VII, XI, XII.

En la evaluación, se observa el comportamiento lingual, si esta obstruye o no el pitillo. Además se verificara la actividad labial, la intensidad o fuerza con que se realiza y la presencia de ruidos.

5.3.10.2 Masticación:

Desde que se introduce en la boca hasta que es llevado hacia la faringe, el alimento pasa por los siguientes procesos (Zambrana N. 1998):

La incisión: elevación de la mandíbula en protrusión lleva los alimentos entre los bordes incisivos. La lengua en coordinación con las mejillas, posiciona el alimento entre las superficies oclusales de los dientes posteriores (premolares y molares).

Trituración: es la transformación mecánica de las partes grandes en fragmentos más pequeños. Suele realizarse en la zona de los premolares.

Pulverización: en esta fase se realiza la molienda de las partículas del alimento.

Durante la incisión y la trituración se produce de manera refleja la secreción salival, que ayuda en la masticación y en la formación del bolo alimenticio.

Para la valoración se utilizan galletas, se ofrece el alimento en un momento de desconcentración, sin que el paciente sepa que está siendo evaluado y se observa si la masticación se realiza: con boca abierta, unilateral, anterior, con movilización mandibular exagerada, con movimientos de la lengua hacia adelante. Durante la evaluación, se le pregunta al paciente con cual lado suele masticar. Después de la deglución de la galleta se observa si en el vestíbulo bucal quedan restos de alimentos en exceso.

5.3.10.3 Deglución:

Según De Sena, E. (2002), la deglución es una función neurovegetativa que puede entenderse como un proceso en el que el alimento se lleva de la boca hasta el estómago, lo cual exige un control neuromotor delicado con participación de la corteza cerebral, tronco cerebral y los nervios encefálicos como: trigémino, facial, glossofaríngeo, vago, accesorio espinal e hipogloso.

Las áreas en las se realiza la deglución son cavidad oral, faringe, laringe y esófago. Las estructuras de las cavidad oral comprende: labios, dientes, paladar blando, paladar duro, úvula, mandíbula, piso de la boca, lengua y pilares; en el vestíbulo bucal hay surcos (anterior y lateral).

De Sena, E. (2002), clasifica la deglución en cuatro fases:

Fase preparatoria: incluye mordida y masticación para preparar la comida para deglutir. Después de la masticación, la comida, con el auxilio de la saliva, se transforma en un bolo. La duración de esta fase es variable.

Fase oral: dura alrededor de un segundo y comprende la propulsión de la lengua que mueve la comida desde el frente hasta el fondo de la boca (región oro faríngea). En el fondo de la boca, el movimiento de la lengua hace avanzar el bolo, que a su vez estimula las terminaciones nerviosas, que transmiten la información sensorial al córtex y al tronco encefálico, comenzando una serie de

contracciones musculares conocidas como deglución faríngea, que es la tercera fase de la deglución.

Fase faríngea: el pasaje del aire (la glotis) está cerrando para prevenir la aspiración. La válvula del esófago o esfínter esofágico superior abre para recibir el bolo y hasta ese momento se puede hacer volver el alimento, si es preciso. También se produce el cierre del velo del paladar para prevenir el reflujo nasal cuando la base de la lengua se eleva y toca los pilares de las amígdalas. La duración media de esta fase es de 0.6 a 1,2 segundos.

La fase esofágica: comprende contracciones musculares que impulsan el bolo a través del esfínter hasta el esófago, con duración aproximada de 6 a 10 segundos.

5.3.11 . Evaluación no instrumental de la disfagia orofaríngea:

En cuanto a la evaluación no instrumental, hay muchas pruebas que tienen como objetivo observar manifestaciones o signos, que apunten a sospechar la presencia de una alteración en la fase oral y/o faríngea de la deglución. Entre las más utilizadas se encuentran: evaluación en seco, técnica de los cinco dedos, auscultación cervical, test del agua o wáter test, volumen de viscosidad

(MECV-V), prueba con tinte vegetal o blue test (para pacientes traqueotomizados y/o traquestomizados).

5.3.11.1 Evaluación en seco:

Consiste en observar las degluciones realizadas por el paciente con fluidos propios. Esta es una evaluación que se realiza en una primera instancia, para determinar si se puede o no suministrar alimentos en la evaluación, puesto que se puede observar ascenso o no de la válvula laríngea. Cherney, L. et al (1994), recomiendan colocar una cuchara vacía en la boca del paciente para estimular la deglución en seco, haciendo presión en el tercio anterior de la lengua para facilitar la respuesta.

5.3.11.2 Técnica de los cinco dedos:

Logemann, J., en 1983, sugiere realizar esta técnica para estimar el tiempo de tránsito orofaríngeo, en la cual el dedo índice debe ser colocado inmediatamente debajo de la parte delantera de la mandíbula, el dedo medio en el hueso hioides, el anular en la parte superior del cartílago tiroides y el meñique en la parte inferior del cartílago tiroideo. Igualmente considera que a medida que el paciente traga, los dedos del especialista en el cuello del paciente pueden sentir la iniciación del movimiento de lengua usando el dedo índice, el dedo medio puede sentir el movimiento del hueso hioides y los otros dos pueden determinar el movimiento laríngeo cuando el reflejo de deglución se

ejecuta (Cherney, L. et al 1994). Se realiza con el paciente en posición decúbito dorsal. El terapeuta tiene en cuenta los movimientos de estas estructuras.

5.3.11.3 Auscultación cervical:

De acuerdo con Stroud en 2005, Leslie en 2007; la auscultación cervical de la deglución es el empleo de un dispositivo de audición para evaluar los sonidos de la deglución. Esto incluye sonidos pre y pos deglución y sonidos diferentes de la vía aérea como la tos y el aclaramiento de garganta (Barragan, M. 2008). Según Youmans en 2005, este método ofrece un puente entre el examen clínico de la disfagia y abordajes instrumentales de la disfagia, además aporta información adicional sobre la deglución en su fase faríngea.

Igualmente Chichero en 1998 determina que este es un método no invasivo de la deglución porque coloca un estetoscopio sobre la piel en la región de la laringe al lado lateral del cartílago tiroides; para detectar los sonidos de la deglución y de esta forma determinar potencialmente la posibilidad de una ruta aérea comprometida de acuerdo Smith en 2003. (Barragan, M. 2008). Según Leslie en 2004, el estetoscopio recomendado en los estudios de auscultación cervical es el Littman Cardio III, (Barragan, M. 2008).

Para la realización de este procedimiento Barragan, M. (2008), considera necesario ubicar la laringe del paciente y de esta forma obtener la colocación más adecuada del estetoscopio. Ubicándolo en las partes laterales encima del

cartílago cricoides, posteriormente se percibe la limpieza o no del sistema. En cuanto a la presentación del bolo la misma autora, recomienda Proporcionar 1-3 5-10 cc de líquido claro, espeso, blando y solido, de acuerdo a lo tolerado por el paciente. Asimismo afirma que el estetoscopio se coloca antes, durante y después de la ingesta, en el lugar establecido, partes laterales encima de cricoides de manera bilateral.

Según la misma autora, los sonidos que se escuchan durante la auscultación normales o anormales serán: sonidos respiratorios: antes del primer click, lo que permite determinar limpieza o no del sistema. Primer click (es aquel que se relaciona con la entrada del bolo a la hipofaringe), segundo click (definido como cualquier sonido que precede a los propios de la deglución) y sonidos propios deglutorios.

Dentro de este grupo de sonidos se escucharan algunos que determinarán presencia de secreciones en valeculas o senos piriformes: blubing (sonido burbujeante), flushing (presencia de secreciones), popping (sonido similar a torear maíz). También el número de degluciones es un parámetro adicional que se tendrá en cuenta en la auscultación.

5.3.11.4 Test del agua:

Para Velasco, M. et al (2007) el test del agua es la metodología para la detección de las disfagias más utilizado en las unidades de diagnóstico y

hospitalización (validado por Depippo en 1993). Igualmente explican que para su aplicación, se prepara un aspirador de secreciones, para lo cual el paciente debe estar incorporado y con un babero colocado. Con una jeringa de alimentación se le administran 10 ml de agua y se observa si hay babeo, el número de degluciones, si hay tos y si hay disfonía. Se repite cuatro veces en total con el mismo volumen de agua (10 ml.) y se acaba con la administración de 50 ml. La prueba es positiva si se presenta cualquier síntoma: babeo, tos o disfonía, y negativa si no se presenta ningún síntoma. El test del agua se realiza con volúmenes grandes y viscosidad baja (agua) y sólo tiene la tos como único signo de detección de una aspiración. A veces se complementa con la detección de cambios de voz, pero en pacientes con una alteración en el reflejo de tos y/o poca sensibilidad faríngea (40% de pacientes después de un ACV), no será posible detectar la existencia de las aspiraciones silentes y/o penetraciones. Por lo tanto, si el paciente no tose durante o después de la deglución, puede diagnosticarse que no aspira y sin embargo presentar aspiraciones silentes que pueden tener consecuencias pulmonares muy graves.

De acuerdo a Holas, M., DePippo, K., Reding, M. en 1994 la exploración se puede completar con la medición de la saturación de oxígeno durante la exploración considerando que una desaturación de un 2% es un signo de aspiración, y si el paciente desatura hasta un 5% ello justifica la suspensión de la exploración (Velasco, M. et al 2007).

Se puede considerar que el test del agua comporta un importante riesgo para el paciente, ya que puede inducir a un diagnóstico erróneo en lo referente a la detección de las alteraciones de la seguridad, y, además, este test no determina en ningún momento si la deglución es eficaz. Velasco, M. et al (2007), refieren que los estudios en pacientes diferente daño neurológico que han aplicado test del agua concuerdan en que es una forma de detectar las aspiraciones siempre y cuando el reflejo de tos esté presente y exista una sensibilidad faríngea adecuada.

Sin estas premisas, las aspiraciones y residuos faríngeos son imposibles de detectar con este método, por lo que sugieren la aplicación de pruebas complementarias.

Así mismo concuerdan en que el test del agua no evalúa los mecanismos de las fases preparatoria y oral de la deglución, y consideran que es necesario detectar cualquier alteración mecánica y una probable alteración en la eficiencia de la deglución, para lo que es indispensable una exploración clínica completa antes de la aplicación de la videofluoroscopia (VFS).

5.3.11.5 Método de exploración clínica volumen-viscosidad (*MECV-V*)

De acuerdo a Velasco, M. et al (2007) este es un test que ha demostrado ser muy útil en la clínica, desarrollado por el Dr. Clavé y su equipo en 2006, el cual identifica precozmente a los pacientes con disfagia orofaríngea, y por tanto con

riesgo de presentar alteraciones de la eficacia y seguridad de la deglución que podrían desencadenar en el paciente desnutrición, deshidratación y aspiraciones.

Según Clavé, P. en 2006 (Velasco, M. et al 2007) este test se basa en que a los pacientes con disfagia neurógena, si se disminuye el volumen del bolo y aumenta la viscosidad mejoran la seguridad de la deglución. Con alimentos viscosos se aumenta la resistencia al paso del bolo y el tiempo de tránsito por la faringe, a la vez que aumenta el tiempo de apertura del esfínter cricofaríngeo. Por este motivo, en pacientes con disfagia neurógena o asociada a la edad, o con deglución retardada, la prevalencia de penetraciones y aspiraciones es máxima con los líquidos claros, y disminuye con la textura néctar y pudding.

El método clínico de volumen y viscosidad utiliza bolos de tres viscosidades y tres volúmenes diferentes. Mediante este método se pueden detectar de una forma segura para el paciente los principales signos clínicos que indican la existencia de un trastorno de la deglución, es un método sencillo y seguro que puede ser aplicado en la cabecera del paciente en contexto hospitalario, pero también de forma ambulatoria, y que puede repetirse las veces necesarias de acuerdo con la evolución del paciente.

El *MECV-V* consiste en administrar al paciente 5, 10 y 20 cc. de alimento en texturas néctar, pudding y líquido, obtenidas con espesante comercial, para poder así detectar la eficacia en las fases tanto oral como faríngea, y ayudar al

clínico a seleccionar el volumen y la viscosidad del bolo más seguros y eficaces para la ingesta de líquidos. Se debe observar la presencia de tos, cambios vocales, residuos orales, deglución fraccionada, incompetencia del sello labial o residuos faríngeos mientras se monitoriza la saturación de O₂. Una disminución de la saturación del paciente es un signo de aspiración basal de O₂. Los signos clínicos que detecta el método clínico de volumen y viscosidad son:

- Inadecuado sello labial, es decir la incapacidad de mantener el bolo dentro de la boca.
- Existencia de residuos orales en la lengua, debajo de ella y en las encías, una vez acabada la deglución.
- Deglución fraccionada, necesidad de realizar varias degluciones para un mismo bolo.
- Sospecha de presencia de partículas del bolo en la faringe, que dejan sensación de tener residuos en la garganta.

Si durante la exploración el paciente presenta un signo de alteración de la eficacia, la prueba para ese volumen y esa viscosidad se considerará positiva, por lo que el paciente no será capaz de alimentarse y mantener un adecuado

estado nutricional y una adecuada hidratación con esa viscosidad y ese volumen.

5.3.11.6. Prueba de tinte vegetal o Blue test:

Cherney et al (1994), consideran importante la evaluación con colorante azul en e pacientes con traqueotomía, para permitir que cualquier aspiración sea fácilmente observada.

Esta es una prueba realizada exclusivamente a pacientes con traqueostomía y traqueotomía, en la que se suministra debajo de la lengua 1 cc de tinte vegetal (la mezcla debe tener 50% de agua y 50% de tinte). Luego de haber realizado la prueba, se observa durante las cuatro horas de haber suministrado el tinte, la presencia de marcación azul en tubo de traqueostomía.

5.4 Evaluación instrumental de la disfagia orofaríngea

Para Logemann J. (2008), la evaluación instrumental de la deglución permite a un clínico observar con precisión el aspecto y la coordinación de las estructuras bucales, de la garganta o de la faringe y de la laringe. Del mismo modo, Velasco, M. et al (2007) consideran que si el paciente ha presentado signos de disfagia en la exploración clínica y/o MECV-V, hay que realizar una exploración instrumental que ayude a diagnosticar el trastorno funcional y a prescribir el tratamiento dietético o rehabilitador adecuado. Igualmente Florín et al (2004),

consideran importante la realización de procedimientos dinámicos y no dinámico en la evaluación radiográfica. A continuación, se expondrán las dos pruebas instrumentales más utilizadas para la evaluación de la disfagia orofaríngea:

5.4.1 Videofluoroscopia:

Velasco, M. et al (2007), señalan que esta prueba es la prueba referencia para el diagnóstico de la disfagia orofaríngea, ya que es una radioscopia en movimiento de las fases orales y faríngeas de la deglución, que puede ser ensanchada para observar el esófago (Logemann, J. 2008). En esta prueba se utiliza como medio de contraste el Bario (Florín; C. et al 2004) y en el curso de este examen, se le da al paciente las dosis de líquidos fluidos (copas de 1 ml, 3 ml, 5 ml, 10 ml), de postre y de alimentos que necesitan una masticación (habitualmente un pedazo de galleta) con el fin de que el clínico pueda definir las anomalías de la deglución, observando la manera en la que mastica y traga (Logemann, J. 2008). Según Beck y Gayler en 1990; Chan y coll en 2002; Logemann en 1993; Wright y coll en 1998, este examen toma aproximadamente 15 minutos e implica muy poca exposición a los rayos X (Logemann, J. 2008).

Cherney, L. et al (1994), determinan que esta prueba es recomendada realizarla antes de una evaluación clínica a pacientes con algún nivel de alerta y que siguen en alto riesgo de aspiración.

5.4.2 Fibroscopia, endoscopia o fibroendoscopia:

Consiste en la inserción de un tubo de pequeño diámetro en la nariz hasta la faringe para observar los movimientos de ésta antes, durante y después de la deglución (Logemann, J. 2008). El explorador debe situar después el fibroscopio a la altura de la úvula, lo que permite explorar visualmente la configuración de la hipofaringe, la simetría de la base lingual, la forma de la epiglotis, la morfología de los senos piriformes y el aspecto de la simetría de la laringe, tanto en inspiración como en fonación, así como las anomalías morfológicas y funcionales (Velasco, M, et al 2007). De acuerdo a Langmore en 2001, una parte fundamental de esta prueba es la exploración de las degluciones secas, sin alimento que permite valorar la localización de las secreciones y la capacidad del paciente para liberarlas. La exploración de la deglución con alimento se realiza con volúmenes crecientes (3, 10, 15, y 20 cc) y texturas pudding, néctar, líquida y sólida (galleta) coloreados valorando el paso del alimento de la hipofaringe, la penetración y la aspiración, tanto sintomática como silente, así como la capacidad del paciente para liberar los residuos de la vía respiratoria (Velasco, M, et al 2007).

Igualmente Logemann (2008), expone que se deben suministrar alimentos y líquidos coloreados, de consistencia variada, para la observación de la deglución en el curso del procedimiento de deglución baritada. Se puede entonces observar el alimento en su paso por detrás de la lengua, luego en la garganta o la faringe, hasta que desaparezca en el esófago. Velasco, M. et al

(2007), consideran que durante la exploración se puede introducir cambios posturales para valorar su eficiencia en la reducción de signos de disfagia.

Cherney, L. et al (1994), aconsejan realizar esta prueba a pacientes con dificultad a nivel laríngeo, especialmente a aquellos con tos débil o ausente y una voz ronca o entrecortada.

5.5 Procedimientos de diagnóstico de la disfagia orofaríngea:

El diagnóstico es el resultado de los datos encontrados en la evaluación que va a permitir al Fonoaudiólogo reportar todas las dificultades encontradas a nivel miofuncional y de alimentación (fases de la deglución), para permitir una buena intervención. Cherney, L. et al (1994), recomiendan que mientras se realiza la evaluación se documenten las observaciones para cada estructura y fase, teniendo en cuenta los siguientes indicadores de rendimiento:

- Adecuado, cuando las funciones están dentro de los límites normales.
- Adecuado pero con función reducida, el paciente puede realizar la función pero la reducción en la capacidad es evidente.
- Interfiere con la función, el paciente no puede realizar la función de manera consistente.

- Disfuncional, el paciente no puede realizar la función.

Por otro lado, Moreno, MA, en 2001 y Llanio, R., en 1982, consideran diferentes procedimientos para el diagnóstico (Díaz, J., Gallego, B., León, A., 2006):

Diagnóstico por comparación: que es el que más se ha usado en la práctica médica tradicional. La comparación del cuadro clínico del paciente, con el descrito para la enfermedad analizada en los libros de texto o el que se recuerde de otros pacientes similares, está siempre presente en el ejercicio del diagnóstico.

Diagnóstico por intuición: aquí el diagnóstico se realiza por el reconocimiento de patrones. La experiencia previa (haber visto antes otro caso), el discernimiento, la capacidad de asociación y la de vincular lo que se ve con lo que se ha visto antes, son requisitos para realizar este diagnóstico. Aunque muy gratificante para el médico que lo realiza, es raro en la práctica clínica.

Diagnóstico por hipótesis o terapéutico de Hufeland: No existe un diagnóstico firme, sino una hipótesis que habrá de ser confirmada o no por el curso ulterior de la enfermedad o la acción del tratamiento impuesto. Aunque condenado por la clínica clásica, en la atención primaria, donde se observa que en muchos problemas que presentan los pacientes, nunca se llega a un diagnóstico definitivo o son autolimitados, tiene importancia y muchas veces hay que

utilizar el tiempo como recurso diagnóstico, siempre y cuando se hayan descartado los procesos graves o aquellos en que una demora en el diagnóstico pueda tener consecuencias desfavorables para el paciente.

Además, para el diagnóstico también se tiene en cuenta la Impresión diagnóstica, la cual es una conclusión a la que se llega con base en los resultados de la elaboración de la historia clínica, el examen físico y/o actividades complementarias, en la cual se expresa la presencia o ausencia de una entidad nosológica como síndrome o enfermedad, según la clasificación de las enfermedades definida por la normatividad vigente, y que constituye la base de un tratamiento (Acuerdo 008 de 29 de diciembre de 2009). Para fines de esta investigación se tendrá en cuenta este término.

Dependiendo la etiología de la disfagia, se observarán alteraciones en una o varias etapas de la deglución, las cuales son cruciales para que se dé una adecuada ingesta de alimento. De este modo, la disfagia podrá ser preparatoria, oral, faríngea y/o esofágica.

Velasco, M., Arreola V., Clavé, P., Puiggrós, C., (2007), consideran que el diagnóstico de disfagia oralfaríngea, engloba las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior y supone casi el 80% de las disfgias. Se presenta cuando la dificultad está en la transferencia del bolo alimenticio de la boca a la faringe.

Romero, S., Serra, J., (2004), clasifican la disfagia en orofaríngea y esofágica. Por otra parte, García, M (2009) clasifica la disfagia según las fases en: anticipatoria, preoral, oral, faríngea y esofágica. Igualmente refiere combinaciones en la clasificación como lo son la disfagia orofaríngea y disfagia faringeoesofagica. Para esta investigación se tendrá en cuenta los diagnósticos que involucren la fase oral y faríngea de la deglución.

Respecto a los signos de fase preparatoria oral, Garcia, M. (2009) considera que son alteraciones que implican cierre labial, tono facial, movimientos mandibulares, linguales y del paladar blando. Además de acumulación de alimentos en sulcus laterales y verticales y dificultades en la masticación. Igualmente considera que los signos de disfagia faríngea son: tos antes o después de la deglución, regurgitación nasal, aspiración, ruidos de gorgoteo (voz o aspiración), reflejo de deglución retardado, sensación reducida o ausente a nivel de la faringe o laringe, reflejo de nausea reducido o ausente, sensación de alimento pegado a la garganta y dificultades principalmente con sólidos.

5.5.1 Clasificación de la disfagia según el grado de severidad:

Cherney et al (1994), consideran que la clasificación de la disfagia de acuerdo al grado de severidad, aporta información sobre los objetivos que se deben plantear a largo plazo relacionados con vía de alimentación, cantidad de alimento y consistencias que se le deben dar al paciente.

Steefel en 1981, clasifica la disfagia en los siguientes grados de severidad (Cherney, L. et al 1994):

Severo: no alimentación oral

Moderadamente severo: sucesos inconstantes en alimentación oral, constante supervisión.

Moderada: alimentación oral con técnicas alimentarias, supervisión completa.

Levemente moderada: dificultad con líquidos claros o sólidos.

Leve: dieta regular, restricción de algunos alimentos, requiriendo técnicas.

Mínima: recibe dieta regular con algunas restricciones, episodios ocasionales de tos con líquidos o sólidos.

Normal: Alimentación adecuada.

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 Tipo de estudio:

La investigación se abordó mediante un diseño cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

6.2 Operalización de variables:

Variable	Definición	Naturaleza	Niveles de Medición	Indicador
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.				
Edad	Edad del profesional en años cumplidos.	Cuantitativa	Continuo	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33 años.
Sexo	Sexo del profesional	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino
VARIABLES PROFESIONALES.				
Sector laboral	Áreas del centro de trabajo, edificadas o no, en las que los trabajadores deban permanecer o a las que puedan acceder en razón de su trabajo.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none">• Público• Privado• Público y privado
Tiempo de egreso	Tiempo transcurrido después de finalizar estudio de pregrado	Cuantitativa	Razón	1-12, 13-24, 25-36, 37-48, 49-60, 61-72, 73-84 meses

Tiempo de experiencia laboral en disfagia oral faríngea.	Lapso que lleva trabajando con pacientes que presentan disfagia.	Cuantitativa	Razón	1-12, 13-24, 25-36, 37-48, 49-60 meses
Población con la que trabajan	Conjunto de usuarios a los cuales se les presta un servicio de salud, teniendo en cuenta una serie de características, relacionadas con una patología determinada.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Adulta • Infantil • Ambos
Área de formación postgradual de los Fonoaudiólogos que trabajan con disfagia.	Se entiende como la agrupación de ocupaciones y estudios enmarcada en una fase de o de los procesos productivos, actividad productiva; que pueda tener contenidos profesionales comunes.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Habla • Audición • Lenguaje • Otros • Ninguno
Capacitación en disfagia	Estudios y actualizaciones posteriores al pregrado, donde se enfatiza en el área de habla, realizando cursos, entrenamientos, diplomados,	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento • Cursos • Diplomados • Especializaciones • Ninguno

	especializaciones y/o maestrías.			
Procedimientos de Evaluación				
Uso de un protocolo.	Uso de un formato de evaluación de la disfagia, teniendo en cuenta una secuencia lógica de los procedimientos.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Procedimientos de evaluación utilizados.	Serie común de pasos que permitirán y facilitarán la realización de la evaluación y diagnóstico de una patología no utilizando un formato.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnesis • Evaluación del estado de conciencia • Evaluación de la postura • Evaluación de respiración • Evaluación del lenguaje • Evaluación de los sentidos • Evaluación de Órganos fonoarticuladores • Reflejos orofaríngeos • Evaluación de las funciones de alimentación • Evaluación de voz • Evaluación en seco • Técnica de los cinco dedos • Auscultación cervical • Evaluación wáter test o evaluación

				<ul style="list-style-type: none"> con agua • Evaluación con consistencias • Blue test en traqueostomizado • Evaluación volumen y viscosidad
Remisión a prueba instrumental	Referencia utilizada para la realización de exámenes complementarios, para corroborar el diagnóstico dado.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • No remite • Si (videofluoroscopia) • Si (fibronasolaringoscopia) • Si (videofluoroscopia, fibronarolaringoscopia)
Procedimiento de Diagnóstico				
Clasificación de la disfagia de acuerdo a las fases	Clasificación dada de acuerdo a las alteraciones observadas en la fase preparatoria, oral, faríngea o esofágica de la deglución.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Preparatoria • Oral • Faríngea • Esofágica • Otra
Clasificación de la disfagia de acuerdo al grado de severidad	Clasificación dada de acuerdo a las dificultades en la ingesta de alimento del paciente.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Leve • Moderada • Severa • Otra
Signos en disfagia oral.	Conjunto de características que apuntan a una patología específica y la definen en disfagia oral	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Acumulación de líquido • Derrame de alimento • Dificultad en la apertura oral • Mal manejo del bolo

				<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos maxilares inadecuados • Movimiento peristálticos alterados • No existencia de masticación o dificultad en esta • No salivación • No trituración del bolo • Retraso en desencadenar el reflejo deglutorio • Sialorrea
Signos en disfagia faríngea	Conjunto de características que apuntan a una patología específica y la definen en disfagia faríngea.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • No disparo del reflejo de deglución al pasar el bolo por el istmo de las fauces y entrar a la cavidad faríngea • Múltiples degluciones • Inadecuado ascenso y descenso del hioides • Sonidos deglutorios Irregulares • Atragantamiento • Tos • Aspiración • Reflujo • Aclaración de la voz • Voz húmeda • Deglución forzada • Movimientos asociados • Aumento del tiempo de latencia • Disfonía • Sensación de

					cuerpo extraño
Tipo de resultado	Determinar un resultado definitivo o tentativo, teniendo en cuenta las características observadas y/o la realización de una prueba objetiva.	Cualitativa	Nominal		<ul style="list-style-type: none"> • Dolor • Diagnóstico • Impresión diagnóstica • Ambos

6.3 Población:

La población objeto de estudio estuvo conformada por 25 Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca que atendían pacientes con disfagia en la ciudad de Popayán en el primer periodo de 2010 (Junio), de los cuales 4 no participaron en la investigación, porque al momento del trabajo de campo no se encontraban en la ciudad o no disponían de tiempo.

Para la selección de la población, se realizó una entrevista corta, donde se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca, graduados entre el año 2004 al 2009 que laboran en Popayán en la atención de pacientes que presentan disfagia orofaríngea y que firmaron el consentimiento informado.

6.4 Técnicas e instrumento de recolección de la información:

Se realizó una encuesta a la población seleccionada, la cual fue validada mediante prueba piloto y juicio de expertos.

6.5 Procedimiento:

Inicialmente se contactaron los Fonoaudiólogos que atendían pacientes con disfagia (niños o adultos) en el primer periodo de 2010, sin importar el tiempo de experiencia, mediante una entrevista no dirigida la cual consistía en preguntarles en que ciudad laboraban y que patologías atendían. Al determinar la población que cumplía con los criterios de inclusión se les solicitó firmar el consentimiento informado para posteriormente iniciar la recolección de la información pertinente para este proyecto, mediante una encuesta la cual fue aplicada de manera individual.

VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se realizó un análisis univariado y bivariado, donde se tuvo en cuenta la distribución de variables profesionales y variables relacionadas con procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia. Cada tabla tiene su análisis y discusión (en algunos casos se realizó una sola discusión en las tablas que tenían información semejante y en otras se realizó solo la discusión en el cruce bivariado). Para este análisis se utilizaron los paquetes estadísticos *SPSS 11.15* y *Excel 2000*.

7.1 Análisis univariado

Dentro de las variables sociodemográficas se encontró que la mayor frecuencia fue el sexo femenino con un 90.5% (19). Igualmente se obtuvo que la edad promedio fue de 27 años con una desviación estándar de 2.9.

**Tabla N° 1. Distribución porcentual de los Fonoaudiólogos según el sector
laboral en la atención de la disfagia**

Sector laboral	Frecuencia	Porcentaje
Privado	20	95,2
Público y Privado	1	4,8
Total	21	100,0

De la población total (21), el 95.2% (20) de los Fonoaudiólogos encuestados presentaron vinculación en el sector privado y el 4,8% (1) manifestó laborar simultáneamente en los dos sectores. No se encontraron profesionales que laborarán únicamente en el sector público.

Los datos anteriores se relacionan con el estudio “Perfil ocupacional y situación laboral de los egresados del Programa de Fonoaudiología de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca 2003-2006”, realizado por Campo, A., Guevara, A., Muñoz, I., et al (2009); donde se encontró que el 55.6% de los Fonoaudiólogos laboran en sector privado, el 22.2% en el sector público y el 17.8% laboran en los dos sectores simultáneamente. También en este estudio se menciona que en la actualidad la propagación de las instituciones privadas proporciona una contratación de forma más sencilla, con menos requisitos (como tiempo de experiencia) de Fonoaudiólogos en este sector dependiendo del perfil profesional, lo cual ha facilitado la vinculación de diversos profesionales recientemente egresados.

De manera similar se relaciona con la investigación “Prevención en Fonoaudiólogos de la Universidad del Valle”, realizada por Cabrera, G., Carrasquilla, J., (1998); donde se encontró que el 56% de la muestra tenían vínculo laboral con entidades privadas; un 22% con instituciones públicas y el 22% restante con instituciones mixtas o repartían su tiempo laboral entre entidades públicas y privadas.

De igual manera la información obtenida en esta investigación coincide con los datos de García, C., López, L., Osorio, L., Realpe, C., (2007) en la investigación “El desempeño profesional de los empleados de Enfermería de la Universidad de Caldas y su relación con la ley de seguridad social en salud y con el perfil de formación”, donde se encontró que la mayoría de los profesionales laboraban en sectores privados.

Por otro lado, lo encontrado en la investigación no se relaciona con lo expuesto por Moya y Bauce (2001) en su estudio “Desempeño profesional de egresados de la escuela de nutrición y dietética Universidad central de Venezuela”, donde se encontró que el 72.9% de los egresados laboran en el sector público.

Tabla N° 2. Distribución porcentual de la población atendida por los Fonoaudiólogos que laboran en disfagia.

Población	Frecuencia	Porcentaje
Infantil	3	14,3
Adulta	6	28,6
Ambos	12	57,1
Total	21	100,0

En la tabla se puede analizar que de los 21 encuestados el 57.1% (12), atendían a ambas poblaciones y el 14.3% (3) atendían a población infantil. Sin embargo, los Fonoaudiólogos que atendían a las dos poblaciones refirieron que la atención era mayor en adultos que en niños.

Lo anterior se relaciona con Nazar, G., Ortega, A., Fuentealba, I. (2009) quienes refieren que la disfagia orofaríngea es especialmente prevalente en mayores de 75 años, en portadores de cuadros neurológicos y en pacientes que han requerido una instrumentación de la vía aérea (intubación orotraqueal y/o traqueostomía).

Tabla N° 3. Distribución porcentual de la capacitación en disfagia de los Fonoaudiólogos

Capacitación en disfagia	Frecuencia	Porcentaje
Se ha capacitado	13	62,0
No se ha capacitado	8	38,0
Total	21	100,0

De la población total (21), se encontró que un 62,0% (8) ha realizado capacitación en disfagia relacionada con curso, entrenamiento, diplomado y especialización, mientras que un 38,0% no se ha capacitado.

Los resultados encontrados se relacionan con lo reportado en el estudio de Moya y Bauce (2001), titulado desempeño profesional de egresados de la escuela de nutrición y dietética, Universidad central de Venezuela donde se encontró que un 63% de los egresados ha realizado cursos de ampliación y un 37% estudios de posgrado.

Igualmente coincide con lo encontrado por Campo, A., Guevara, A., Muñoz, I., et al (2009) en el estudio Perfil ocupacional y situación laboral de los egresados del programa de Fonoaudiología de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca 2003-2006 donde muestran que el 90% de los egresados se preocupó por realizar otros estudios con el fin de avanzar en su nivel educativo, observando que el diplomado y la especialización fueron los estudios más frecuentes.

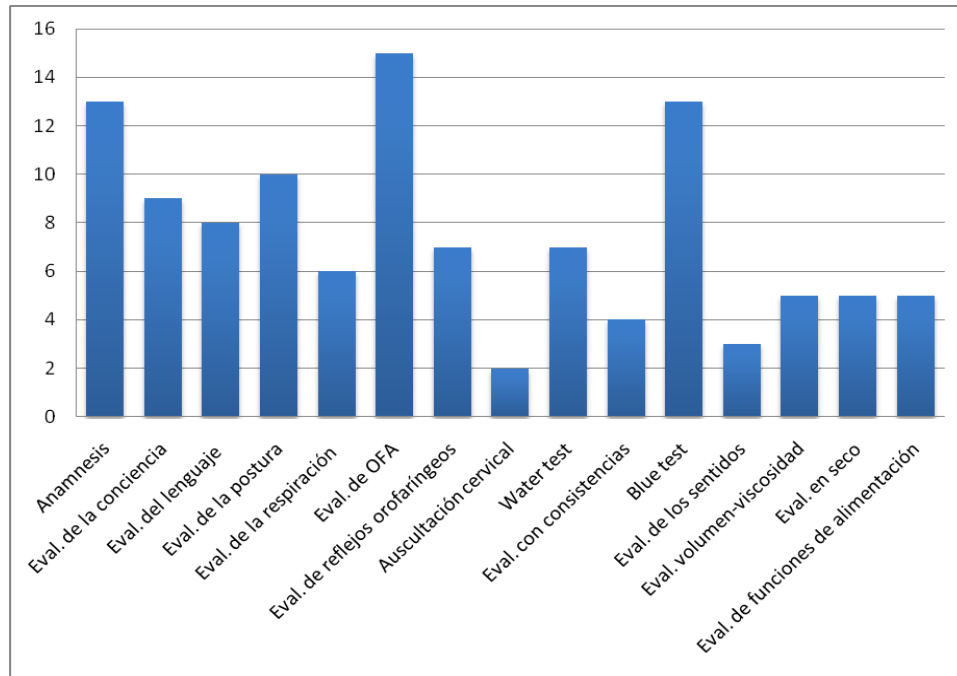
Tabla N° 4. Distribución porcentual de los Fonoaudiólogos que utilizan un protocolo de evaluación y diagnóstico de la disfagia

Uso de un protocolo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Si	7	33,3	33,3
No	14	66,7	100,0
Total	21	100,0	

Se observó que un 66.3% (14) de los Fonoaudiólogos encuestados (21), no hacían uso de un protocolo para evaluar y diagnosticar la disfagia, mientras que un 33.3% (7) que lo usaba reportaron que éste era de autoría propia, realizado con base a las necesidades del paciente, experiencia, autores conocidos y formación universitaria. Además, reportaron que usaban este, desde que comenzaron a laborar; ya que las instituciones donde trabajaban no les suministraban esta herramienta.

Lo anterior no se relaciona con lo establecido en la Resolución 1043 de 2006 (anexo técnico 1 - procesos prioritarios asistenciales) del Ministerio de Protección Social; en el cual se menciona que los procesos, procedimientos, guías y protocolos deben ser conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento.

Gráfica N° 1. Frecuencia de los procedimientos de evaluación de la disfagia realizados por los Fonoaudiólogos



En la gráfica anterior se muestra que los procedimientos de evaluación más utilizados en orden descendente fueron: evaluación de órganos fonoarticuladores (15), blue test (13), anamnesis (13), evaluación de la postura (10), evaluación del estado de conciencia (9) y evaluación del lenguaje (8). Entre los procedimientos menos usados se encuentra la auscultación cervical (2) y evaluación de los sentidos (3). Además se evidenció que procedimientos como evaluación de la voz y técnica de los 5 dedos no son realizados por ningún Fonoaudiólogo.

Los datos encontrados respecto al procedimiento de evaluación, más utilizado (evaluación de órganos fonoarticuladores), se relacionan con lo expuesto por Cherney et al (1994), González y Toledo (2000), Florín C. et al (2004), y Díaz,

R. (2010), quienes determinan la importancia de evaluar los órganos fonoarticuladores en la disfagia.

Del mismo modo, uno de los procedimientos usados con mayor frecuencia fue la anamnesis, lo cual concuerda con lo referido por Cherney, L., et al (1994), González y Toledo (2000), Florín C. et al (2004) y Logemann (2010); quienes consideran importante tener en cuenta los antecedentes médicos del paciente.

Otro de los procedimientos más usados es el Blue test en pacientes traqueostomizados, que coincide con lo expuesto por Cherney et al (1994), quienes exponen la importancia de la evaluación con colorante azul en pacientes con traqueotomía, para permitir que cualquier aspiración sea fácilmente observada.

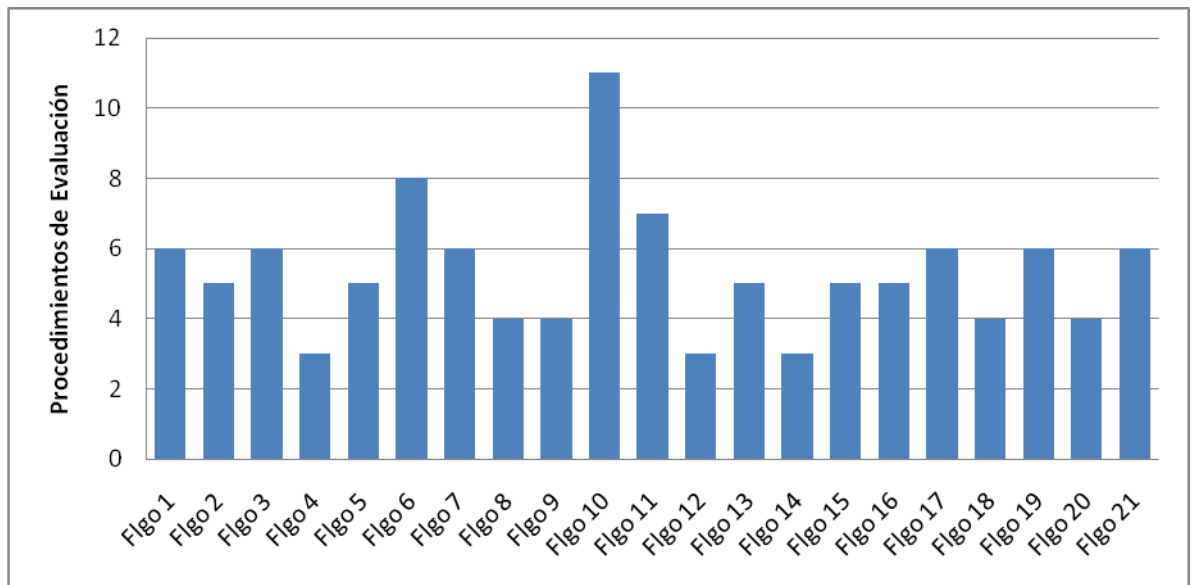
Por otra parte, la auscultación cervical es el procedimiento menos usado por los Fonoaudiólogos, esto difiere con lo referido por Youmans (2005), quien considera que este método ofrece un puente entre el examen clínico de la disfagia y abordajes instrumentales de esta alteración, además aporta información adicional sobre la deglución en su fase faríngea.

También se encontró que la totalidad de los Fonoaudiólogos encuestados no realizan valoración de la voz, lo cual no coincide con lo expuesto por Mann (2002), quien resalta la importancia de su evaluación, para determinar el funcionamiento de la laringe con especial énfasis en la calidad vocal. Del mismo

modo, Cherney et al (1994), refieren que hay que valorar la voz, ya que esto provee un estimado de la capacidad del paciente de producir cierre laríngeo y protección de las vías respiratorias.

González y Toledo (2000), consideran evaluar la voz húmeda antes de la evaluación y después de la deglución. De igual manera la técnica de los 5 dedos no es usada para evaluar la disfagia, lo cual no coincide con lo expuesto por Logemann, J. (1983) quien sugiere la realización de esta técnica para estimar el tiempo de tránsito orofaríngeo y funcionamiento de las estructuras que participan en la deglución.

Gráfica N° 2. Frecuencia de procedimientos de evaluación de la disfagia que realiza cada Fonoaudiólogo.

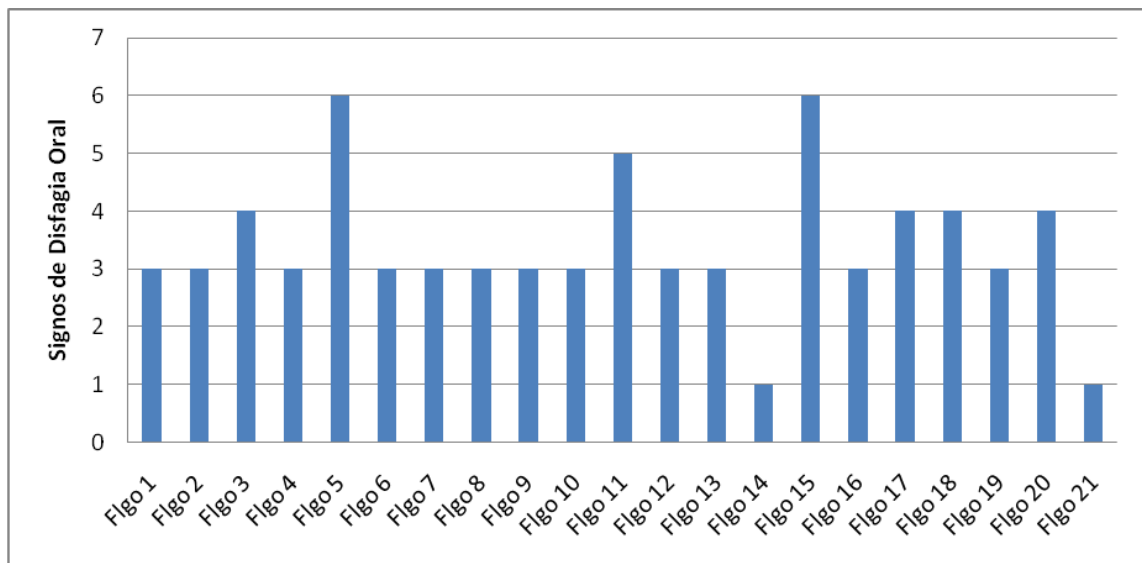


En el gráfico anterior se muestra que el Fonoaudiólogo número 10 (Flgo 10) reportó realizar un mayor número de procedimientos (11), mientras que los Fonoaudiólogos que menos procedimientos reportaron fueron los números 4, 12 y 14, correspondiente a 3 procedimientos.

Lo anterior difiere con los expuesto por Mann (2002) en el Test de Masa, quien recomienda 24 procedimientos para realizar la evaluación en disfagia los cuales incluye: estado de conciencia, cooperación, comprensión auditiva, respiración, frecuencia respiratoria al tragar o deglutir, afasia, apraxia, disartria, salivación, selle labial, movimiento lingual, fuerza lingual, coordinación lingual, preparación oral, gag, paladar, limpieza del bolo, transito oral, tos refleja, tos voluntaria, voz, traqueotomía, fase faríngea, respuesta faríngea. Con respecto a lo anterior se

observa que los Fonoaudiólogos están realizando menos del 50% se los procedimientos propuestos por este autor.

Gráfica N° 3. Frecuencia de signos de disfagia oral observados por los Fonoaudiólogos.

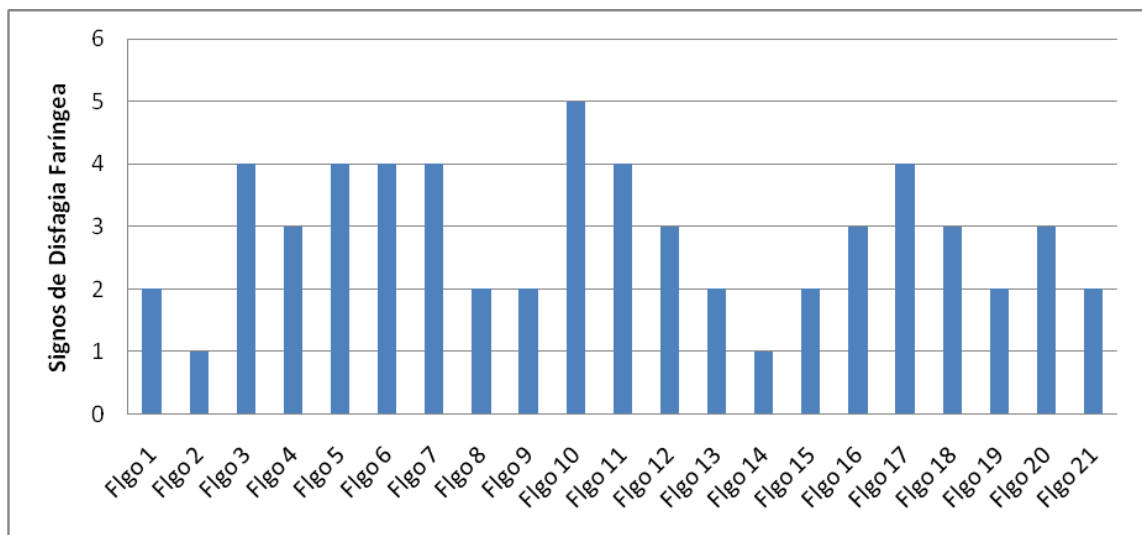


De los 21 encuestados, dos Fonoaudiólogos (Figo 5 y 15) refirieron tener en cuenta 6 signos para determinar que un paciente tiene dificultades en la fase oral de la deglución, mientras que dos Fonoaudiólogos (Figo 14 y 21) estimaron que 1 signo es suficiente para detectar dicha dificultad.

Los signos que más reportaron observar la mayoría fueron mal manejo del bolo y derrame por comisuras labiales y los menos considerados fueron: no

salivación, no trituración del bolo y sialorrea. Lo anterior coincide con Díaz, R. (2010) quien considera 6 signos para determinar dificultad oral, sin embargo algunos signos reportados por los Fonoaudiólogos son diferentes a los mencionados por este autor.

Gráfica N° 4. Frecuencia de signos de disfagia faríngea observados por los Fonoaudiólogos.



Se observa que de los 21 Fonoaudiólogos, uno (Flgo 10) tuvo en cuenta 5 signos para determinar que un paciente tiene dificultades en la fase faríngea, en cambio dos Fonoaudiólogos (2 y 14) consideraron que 1 signo era suficiente para detectar esta dificultad. Los signos que más se tuvieron en cuenta fueron tos, atragantamiento y reflujo y los que menos se estimaron fueron degluciones múltiples, atragantamiento, aclaración de la voz, voz húmeda, deglución forzada, movimientos asociados, aumento del tiempo de latencia, disfonía y

dolor. Lo anterior no coincide con lo reportado por Díaz, R. (2010) quien tiene en cuenta 7 signos que puedan comprometer la vía aérea relacionados con la fase faríngea.

Tabla Nº5. Distribución porcentual de la clasificación de la disfagia de acuerdo a las fases

Clasificación de la disfagia de acuerdo a las fases	Frecuencia	Porcentaje
No	1	4,8
Si (preparatoria, oral, faríngea)	5	23,8
Si (preparatoria, oral, faríngea, esofágica)	3	14,3
Si (oral, faríngea, esofágica)	4	19,0
Si (oral, faríngea)	4	19,0
Si (oral, faríngea, orofaríngea)	3	14,3
Si (oral, orofaríngea)	1	4,8
Total	21	100,0

Los datos anteriores muestran que la mayor parte de los Fonoaudiólogos encuestados clasifican la disfagia en preparatoria, oral y faríngea, correspondiente a 23.8% (5), mientras que el 4.8 % (1), no clasifica la disfagia de acuerdo a sus fases y otro 4.8 % (1) clasifica la disfagia en oral y orofaríngea

Los datos obtenidos coincide con lo expuesto por García, M., (2009) quien clasifica la disfagia según las fases en: anticipatoria, preoral, oral, faríngea y esofágica. Cabe resaltar que la clasificación de la disfagia varía de acuerdo a

cada autor, sin embargo los egresados refirieron que para esta clasificación no tenían en cuenta autores y que esta era a criterio propio.

Tabla N°6. Distribución porcentual de la clasificación de la disfagia de acuerdo al grado de severidad

Clasificación de la disfagia de acuerdo al grado de severidad	Frecuencia	Porcentaje
No	10	47,6
Si (leve, moderada, severa)	7	33,3
Si (leve, severa)	1	4,8
Si (leve, moderada)	1	4,8
Si (leve, moderada, severa, profunda)	1	4,8
Si (leve)	1	4,8
Total	21	100,0

Al realizar a los 21 encuestados las preguntas: ¿clasifica la disfagia de acuerdo al grado de severidad?, ¿qué grados?, se encontró que el 47.6% (10) no clasifican la disfagia de acuerdo al grado de severidad, mientras que un 4.8% la clasifica en leve (1), leve/severa (1), leve/moderada (1) y leve/moderada/severa/profunda (1). Lo anterior no coincide con Cherney et al (1994), quienes consideran que la clasificación de la disfagia de acuerdo al grado de severidad, aporta información sobre los objetivos que se deben plantear a largo plazo relacionados con vía de alimentación, cantidad de alimento y consistencias que se le deben dar al paciente. Por otra parte, los egresados que clasifican la disfagia no tienen en cuenta autores o escalas para dar estas clasificaciones, por lo que estas no coinciden con lo expuesto por

Steeffel (1981), quien clasifica la disfagia en normal, mínima, leve, levemente moderada, moderada, moderadamente severa y severa.

Tabla N°7. Distribución porcentual de Fonoaudiólogos que remiten a pruebas instrumentales

Remisión a pruebas instrumentales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No remite	6	28,6	28,6
Si (videofluoroscopia)	9	42,8	71,4
Si (videofluoroscopia, fibroendoscopia)	5	23,8	95,2
Si (fibroendoscopia)	1	4,8	100
Total	21	100,0	

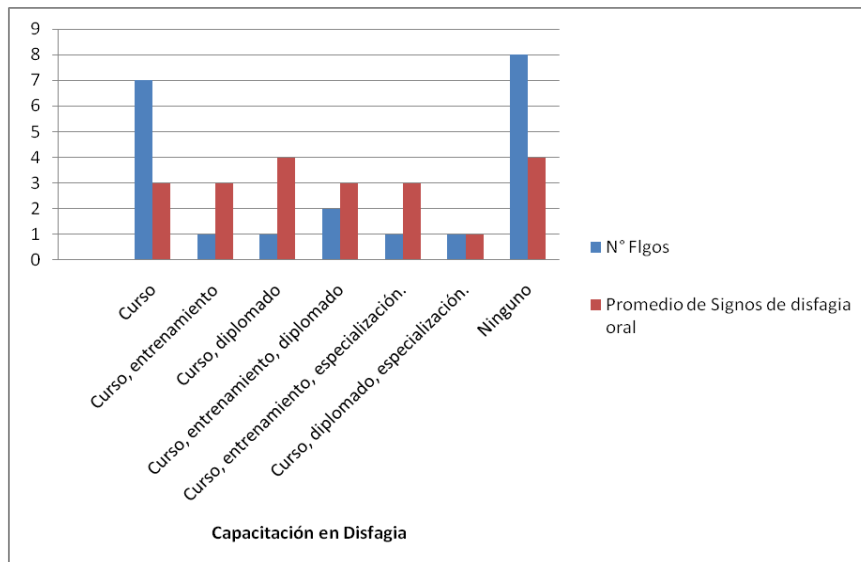
Se encontró que de los 21 Fonoaudiólogos encuestados, el 42.8% (9) reportaron remitir a videofluoroscopia y un 4.8% (1) remite a fibroendoscopia. Sin embargo, un 28,6% (6) no remiten a pruebas instrumentales justificando que es muy difícil el acceso a estos exámenes; ya que las instituciones prestadoras de servicios de salud en las que trabajan, tienen ciertas restricciones para remisión a dicho procedimiento diagnóstico.

Lo anterior coincide con lo expuesto por Díaz, R. (2010), quien considera que la presencia de uno o más signos que comprometan la vía aérea requiere

evaluación instrumental. Igualmente Cherney, L., et al (1994), Logemann, J. (2010) y González et al (2000), expresan que la evaluación de la disfagia debe ser clínica e instrumental.

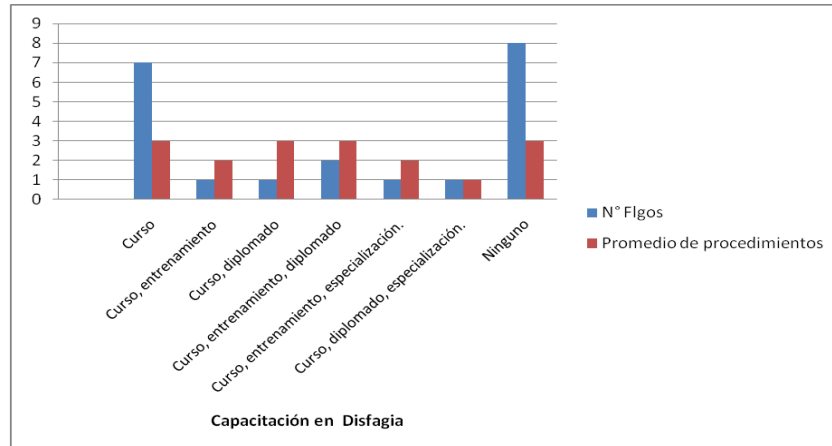
8.2 Análisis bivariado

Gráfica N° 5. Frecuencia de signos de disfagia oral según la capacitación en disfagia



Se encontró que quienes han realizado cursos- diplomados y los que no han hecho capacitaciones, fueron los que reportaron tener en cuenta mayor número de signos de disfagia oral, con un promedio de 4 signos. En cambio quien ha realizado curso-diplomado-especialización tiene en cuenta en promedio 1 signo.

Gráfica N° 6. Frecuencia de signos de la disfagia faríngea según capacitación en disfagia



Se encontró que quienes han realizado curso, curso-diplomado, curso-entrenamiento-diplomado y quienes no han hecho ninguna capacitación en disfagia reportaron tener en cuenta un promedio de 3 signos, mientras quien había realizado cursos-diplomado-especialización tiene en cuenta un promedio de 1 signo de disfagia faríngea.

Los datos encontrados en las gráficas N° 7 y 8, coincide con el estudio de Leal, M. (2001) titulado conocimientos sobre signos de alarma de infección respiratoria aguda del equipo de Salud del Departamento de Pediatría “Dr. Agustín Zubilliga” Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”; donde se encontró que los Médicos residentes de pediatría no observan los signos clínicos a investigar en un niño con tos y disnea y en los signos de peligro en un niño con neumonía grave, de la misma manera en esta investigación se halló

que los Fonoaudiólogos que han realizado capacitación no observan todos los signos clínicos para determinar que hay alteración en la fase oral y faríngea de la deglución.

VIII. CONCLUSIONES

- Los procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea entre cada Fonoaudiólogo son diferentes, a pesar de trabajar en las mismas instituciones. Esto puede deberse a que en Colombia no existe un protocolo estandarizado para la evaluación y diagnóstico de dicha alteración, por lo que cada uno evalúa de acuerdo a lo que considera necesario.
- La mayoría de los Fonoaudiólogos que atienden a pacientes con disfagia laboran en el sector privado, debido a que a través de estas Instituciones se ofrece el servicio de atención domiciliar para esta alteración, sin desconocer que las instituciones públicas brindan atención a pacientes con disfagia mediante consulta externa, urgencias y hospitalización.
- La mayoría de los Fonoaudiólogos que laboran en disfagia, tienen un tiempo de egresado de 1-12 meses, lo cual puede deberse a la importancia que ha tomado la labor Fonoaudiológica en la atención de esta alteración en la ciudad de Popayán.

- Los procedimientos de evaluación más utilizados por los egresados fueron evaluación de órganos fonarticuladores, blue test, anamnesis, evaluación de la conciencia y evaluación del lenguaje; lo cual puede estar relacionado con los conocimientos que reciben durante su formación de pregrado y por ser los procedimientos más utilizados en las prácticas académicas.
- La mayoría de Fonoaudiólogos remiten a una prueba instrumental, siendo más consideradas la videofluoroscopia y fibroendoscopia; lo cual puede estar relacionado con la importancia de la detección de signos clínicos en la fase faríngea que no son detectados fácilmente en la evaluación clínica y afectan la vía aérea. Además se encontró que quienes más remiten tienen de 1-12 meses de experiencia en el manejo de la disfagia.
- Se encontró que un Fonoaudiólogo considera un signo para determinar que un paciente tiene disfagia oral (dificultad en apertura oral). Esto pone en duda la efectividad del diagnóstico para esta fase de la deglución, ya que hay otros signos que también son importantes observar durante la evaluación.

- Algunos Fonoaudiólogos tienen en cuenta signos como disfonía, voz húmeda y aclaración de la voz, para determinar que un paciente tiene disfagia faríngea; sin embargo no consideran la evaluación de la voz dentro de los procedimientos de evaluación. Esto muestra que no hay relación entre lo detectado y lo evaluado (ver anexos 3 y 5).
- La mayor parte de los Fonoaudiólogos refirieron dar una impresión diagnóstica luego de terminar la evaluación, aclarando que solo daban un diagnóstico cuando los pacientes tenían previamente una prueba instrumental. Esto puede deberse a que cuando se realiza una evaluación clínica, hay algunos signos que no se pueden detectar, lo cual hace que estos consideren pertinente una impresión diagnóstica.
- Los Fonoaudiólogos con más tiempo de experiencia en el manejo de la disfagia tienen en cuenta más procedimientos, que quienes tienen menos tiempo de experiencia, lo cual puede deberse a que la práctica favorece el desempeño y capacidad para considerar más procedimientos en la evaluación. Por otra parte, no se encontró relación entre capacitación en disfagia, número de signos observados y procedimientos realizados, contrario a lo esperado.

- Se elaboró un protocolo de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea, con su respectivo instructivo, los procedimientos propuestos para evaluar son: Historia clínica, evaluación de la conciencia, del lenguaje, de la postura, de la respiración, de la voz, evaluación de los órganos fonarticuladores, de las funciones de alimentación, evaluación en seco, técnica de los cinco dedos, auscultación cervical, test del agua o wáter test, volumen- viscosidad; y los procedimientos propuestos para el diagnóstico son: clasificación de la disfagia según el grado de severidad y niveles de valoración de la disfagia.

IX. RECOMENDACIONES

- Se considera importante que el programa de Fonoaudiología realice investigaciones relacionadas con procedimientos de evaluación y tratamiento de la disfagia y proponga protocolos validados, para que estos sean utilizados por los Profesionales del área.
- Se recomienda a la Universidad del Cauca realizar investigaciones relacionadas con la disfagia, ya que son muy pocos los estudios sobre este tema.
- Debido a que cada vez es más frecuente la atención de la disfagia por parte de los Fonoaudiólogos egresados, se recomienda a la Universidad del Cauca, ofrecer estudios postgraduales relacionados con el manejo de dicha alteración.
- Es de gran importancia que el Programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, realice un seguimiento de los procedimientos

utilizados por egresados en las diferentes áreas de desempeño, puesto que con los resultados obtenidos se puede realizar una autoevaluación que permita contribuir a la formación integral de los estudiantes de pregrado.

- Es importante que desde la práctica Universitaria los Fonoaudiólogos usen protocolos de evaluación y tratamiento de las diferentes patologías que atienden, los cuales sean posteriormente utilizados en su labor profesional y propuestos en las IPS en las que laboran, con el objetivo de realizar procedimientos que permitan la detección, diagnóstico y el manejo de las dificultades que presenta el paciente.
- Debido a los datos encontrados se consideró la necesidad de elaborar un protocolo de evaluación clínica de la disfagia orofaríngea con su respectivo instructivo el cual se recomienda validar en futuras investigaciones realizadas por el Programa de Fonoaudiología de la Universidad del Cauca, permitiendo un mejor desempeño académico y profesional.

X. REFERENCIAS

Angel, L., Casa, A., Suarez, J. (2003). *Manual de procedimientos para la práctica de Fonoaudiología MPPF-II.* Asociación Colombiana de Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje – ACFTL.

Angel, L., Suarez, J. (2004). *Especialización en terapia miofuncional, orofacial y disfagia.* Universidad Nacional de Colombia, facultad de medicina, departamento de la comunicación humana.

Barragan, M. (2008). *Guía de práctica basada en la evidencia para la auscultación cervical en disfagia orofaríngea.* (Tesis de postgrado, Universidad Nacional). Recuperado de: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-
logo/guia_practica_basada_en_la_evidencia_para_la_auscultacion_cervical.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-
logo/guia_practica_basada_en_la_evidencia_para_la_auscultacion_cervical.pdf)

Cabrera, G., Carrasquilla, G. (1998). *Prevención en Fonoaudiólogos de la Universidad del Valle en Cali, Colombia.* En: *Saúde Pública.* Sao Paulo (Brasil) (pp. 178-83). Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n2/p178-183.pdf>

Campo, A., Guevara, A., Muñoz, I., et al (2009). *Perfil ocupacional y situación laboral de los egresados del programa de Fonoaudiología de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca 2003-2006.* (Proyecto de investigación. Universidad del Cauca).

Cedeño, N. (2010). *Evaluación de la capacidad deglutoria de Mann.* Test de Masa (The Mann Assessment of Swallowing Ability -MASA 2002-). Recuperado de: <http://fgapatriciacedeno.centrodehablayvoz.com/>

Cherney, L., Pannell J., Cantieri C., (1994). *Clinical Evaluation of Dysphagia in Adults (Ed.) Clinical Management of Dysphagia in Adults in Childrens.* (pp. 49-67). Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers.

De Sena, E. (2002). *Disfagia - Evaluación y terapia (Ed.). Fundamentos de Fonoaudiología, aspectos clínicos de la motricidad oral* (pp.104-109). Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.

Díaz, J., Gallego, B., León, A., (2006). *El diagnóstico médico: bases y procedimientos.* Recuperado de: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi07106.pdf

Díaz, R., (2010). *Apartes seminario evaluación y tratamiento de la disfagia en el paciente pediátrico y adulto.* Un enfoque multidisciplinar. 4 y 5 de Noviembre, Popayán (Colombia).

Florín, C., Menares C., Salgado F., Tobar L., Villagra R. (2004). *Evaluación de la deglución en pacientes con accidente vascular encefálico agudo.* (Tesis de pregrado, Universidad de Chile). Recuperado de: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/florin_c/doc/florin_c.pdf

García, C., López, L., Osorio, L., Realpe, C., (1995-2004). *El desempeño profesional de los empleados de Enfermería de la Universidad de Caldas y su relación con la ley de seguridad social en salud y con el perfil de formación.* Recuperado de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_8.pdf

García, M, (2009), *Actualización documental sobre las implicaciones de la disfunción cricofaríngea en la deglución.* Trabajo para optar el título de diplomado en disfagia Universidad CES Medellín, recuperado de: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/576/3/Actualizacion_documental_Implicaciones.pdf

Goncalves, E. (2002). *Masticación y ATM - Evaluación y terapia. Fundamentos de Fonoaudiología, aspectos clínicos de la motricidad oral (pp.).* Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.

Helm-Estabrooks, N., Albert M., (2005). *Manual de la Afasia y de Terapia de la Afasia (pp. 35).* Madrid: Médica Panamericana.

Huckabee, M. (1997). *Aplicación de la biorretroalimentación electromiografía en el tratamiento de la disfagia orofaríngea. Electromiographica, aplicación en Fisioterapia.* Recuperado de: <http://www.bfe.org/protocol/pro06spa.htm> - 31k.

Junqueira, P. (2002). *Evaluación miofuncional (Ed). Fundamentos de Fonoaudiología, aspectos clínicos de la motricidad oral (pp. 17).* Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.

Leal, M., (2001). *Conocimientos sobre signos de alarma de Infecciones Respiratorias Agudas del equipo de Salud del Departamento de Pediatría “Dr. Agustín Zubillaga”, Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”.* (Trabajo para optar a grado de especialización en pediatría). Recuperado de: bibmed.ucla.edu/ve/cgi-win/be_alex.exe?.../0..

Logemann, J. (2010). *Disfagia (dificultad para deglutir o dificultad para movilizar el alimento de la boca al estómago).* JH Stone, M Blouin, editors. International Encyclopedia of Rehabilitation. Recuperado de: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/article.php?id=8&language=es>.

Logemann, J., (1998). *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. (2nd edition).* Austin, Texas: Pro-Ed Inc.

Mellado, P., (2000). *Muerte cerebral: aspectos clínicos y legales.* Cuadernos de Neurología, Vol XXIV. Recuperado de: http://escuela.med.puc.cl/publ/Cuadernos/2000/pub_05_2000.html

Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia. Anexo técnico N°2. Manual único de procedimientos de habilitación de la resolución N°. 1043 de 3 de abril 2006. Recuperado de: <http://www.saludcolombiaeps.com.co/normatividad/MUPH.pdf>

Ministerio de la Protección Social, Republica de Colombia. Plan Obligatorio de Salud POS, acuerdo 008 de 2009. Recuperado de: <http://www.pos.gov.co/Paginas/ACUERDOSCRESCRES.aspx>

Moya, MZ., Bauce, GJ. (2005). *Desempeño Profesional de un grupo de Egresados de la Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad Central de Venezuela 1981-2001.* Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692005000100015&lng=en&nrm=iso

Pérez, M., (2007). *Conocimiento de procedimientos médicos-quirúrgicos y obstétricos en egresados de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo.* Recuperado de: http://salus-online.fcs.uc.edu.ve/conocimientos_egresados_uc.pdf

Queiroz, I. (2002). *Evaluación y terapia de los problemas de la respiración* (Ed). *Fundamentos de Fonoaudiología, aspectos clínicos de la motricidad oral* (pp. 30, 35). Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.

Romero, S., Serra, J., (2004). *Manejo del paciente con disfagia. Estrategias clínicas en digestivo protocolos.* Disponible en: http://www.prous.com/digest/protocolos/view_protocolo.asp?id_protocolo=15#t1

Universidad del Cauca, Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Fonoaudiología. Recuperado de: <http://portal.unicauca.edu.co/versionP/oferta-academica/programas-de-pregrado/fonoaudiologia>

Velasco, M., Arreola V., Clavé, P., Puiggrós, C., (2007). *Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutrición clínica en medicina.* (pp. 174-202). Recuperado de: http://www.nutricionclinicaenmedicina.com/attachments/015_03_num03_07.pdf

Zambrana, N. (1998). *Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial* (pp 55-59.). Barcelona: Editorial Mansson.

Anexo # 1

ETIOLOGÍA DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

ETIOLOGÍA		Etapa oral	Etapa faríngea
MECÁNICAS	Carcinomas: es una forma de cáncer con origen	X	X

	en <u>células</u> de tipo <u>epitelial</u> o glandular, de tipo maligno.		
	Linfomas: son un conjunto de <u>enfermedades cancerosas</u> que se desarrollan en el <u>sistema linfático</u> , que también forman parte del <u>sistema inmunológico</u> del cuerpo humano	X	X
	Leucemia: es un grupo de <u>enfermedades malignas</u> de la <u>médula ósea</u> (<u>cáncer hematológico1</u>) que provoca un aumento incontrolado de <u>leucocitos</u> (glóbulos blancos) clonales en la <u>médula ósea</u> , que suelen pasar a la <u>sangre periférica</u> aunque en ocasiones no lo hacen (leucemias aleucémicas). Ciertas proliferaciones malignas de <u>glóbulos rojos</u> se incluyen entre las leucemias	X	X
	Hipertiroidismo: enfermedad caracterizada por la hiperactividad de la glándula tiroides. La glándula habitualmente está aumentada de tamaño, segrega cantidades mayores de las normales de hormonas tiroideas y los procesos metabólicos corporales están acelerados		X
	amiloidosis: pero esta afección está relacionada con una producción anormal de <u>anticuerpos</u> por parte de un tipo de células inmunitarias llamadas células plasmáticas. Los síntomas dependen de los órganos que se ven afectados por los depósitos, como la lengua, los intestinos, los músculos esqueléticos y lisos, los nervios, la piel, los ligamentos, el corazón, el hígado, el bazo y los riñones.	X	
NEUROMUSCULARES	ECV: cualquier anomalía cerebral, producto de un proceso patológico que comprometa los Vasos sanguíneos.	X	X
	TCE: como cualquier lesión física, o deterioro funcional del contenido craneal, secundario a un intercambio brusco de energía mecánica, producido por accidentes de tránsito, laborales o caídas.	X	X
	Estenosis: es un término utilizado para denotar la estrechez o el estrechamiento patológico de la luz de un orificio o conducto, tanto de origen adquirido o congénito.		X
	Miotonias: espasmo tónico de los músculos que se produce al iniciarse un movimiento activo de los mismos.	X	X
	esclerodermia : Trastorno crónico caracterizado por	X	X

	el endurecimiento y engrosamiento de la piel. La esclerodermia puede ser localizada o puede afectar a todo el cuerpo (sistémica).		
	Daño en las fibras nerviosas: disminución en la velocidad de conducción y umbral de percepción	X	X
	Miastenia gravis: Es un trastorno neuromuscular caracterizado por debilidad variable de los músculos voluntarios, que mejora a menudo con el descanso y empeora con la actividad. La afección es provocada por una <u>respuesta inmunitaria anómala</u>	X	X
	sarcoidosis: Es una enfermedad en la cual se produce una hinchazón (inflamación) en los ganglios linfáticos, los pulmones, el hígado, los ojos, la piel y otros tejidos.	X	X
	Distrofia muscular: La distrofia muscular es un conjunto de desórdenes musculares progresivos y hereditarios. Todos los tipos de distrofia muscular provocan debilidad y degeneración progresivas de los músculos que controlan el movimiento. Algunos también afectan el corazón u otros órganos	X	X
IATROGÉNICA S	Cirugías: traqueostomía	X	X
	Tratamientos: quimioterapia, cirugía o radioterapia, que puedan afectar boca, cuello, garganta o esófago.	X	X
	Medicamentos: sedantes, antimuscarínicos: los cuales reducen la Producción de saliva controlada por la estimulación parasimpática.	X	X
DEGENERATI VAS	Parkinson: Es una enfermedad neurológica que se asocia a rigidez muscular, dificultades para andar, temblor y alteraciones en la coordinación de movimientos.	X	X
	Corea: movimientos bruscos, breves, irregulares y desordenados que afectan a una o varias partes del cuerpo. Usualmente se localizan en la cara, lengua y parte distal de las extremidades y con frecuencia cursan con un fondo de hipotonía	X	X
	Alzheimer: Es una enfermedad neurológica progresiva e irreversible que afecta al cerebro produciendo la muerte de las neuronas. Es la causa más frecuente de todas las demencias, produciendo un deterioro de todas las funciones cognitivas	X	X

Anexo # 2 SIGNOS DE DISFAGIA ORAL Y FARÍNGEA

DISFAGIA ORAL	DISFAGIA FARÍNGEA
<ul style="list-style-type: none"> • Apertura bucal • Cierre bucal • Movimientos de adelantamiento de la lengua • Movimientos del velo del paladar • Lateralización de la lengua para llevar el alimento de uno a otro lado. • Reducido cierre labial: derramamiento anterior de líquidos y sólidos. • Reducción de la tención bucal: el alimento puede acumularse en el vestíbulo de la boca durante la masticación. • Reducción del movimiento lengua lateral y vertical: reducción de la habilidad para manipular el alimento en la boca, para la formación del bolo durante la masticación y para propulsarlo posteriormente, por consiguiente la separación del movimiento anterior y el escurrimiento de algo de partículas sobre la base de la lengua hacia la faringe y ser aspiradas antes de la iniciación del reflejo deglutorio. • Reducción de la sensibilidad oral: el material se acumula en diversas partes de la boca a no ser sentido o percibido se atrasa el reflejo deglutorio y las partículas que se deslizan hacia la faringe podrían ser aspiradas antes del reflejo deglutorio. • Sialorrea • Retardo en el inicio de la deglución oral 	<ul style="list-style-type: none"> • Tos y/o ahogos durante o posterior a la deglución • Cambios en las cualidades de la voz • Pérdida de peso • Deshidratación • Fiebre • Aumento de flemas • Sensación de obstrucción • Reflujo faríngeo-laríngeo • Retraso o ausencia reflejo deglutorio: posible acumulación del bolo en vallecúlas o en senos piriformes que pueden ocasionar penetración en la vía laríngea antes del reflejo deglutorio. • Cierre velofaríngeo inadecuado: el material puede entrar a la cavidad nasal, resultando una posible regurgitación nasal. • Cierre laríngeo inadecuado: compromiso de la protección de la vía aérea con aspiración durante la deglución. • Reducción del peristaltismo faríngeo: posibilidad de residuos en las vallecúlas o senos piriformes con posible aspiración después del reflejo deglutorio • Reducción de la elevación faríngea: el material puede quedar en la porción superior de la laringe, después del reflejo deglutorio y escurrirse el alimento en el momento en que la laringe se abre para el proceso respiratorio. • Disfunción cricofaríngea: si hay alteración en la relajación del músculo cricofaríngeo, la apertura o cierre es muy retrasada, el material se puede quedar en senos piriformes y

<ul style="list-style-type: none">• Permanencia del bolo sobre la lengua• Dificultad en la masticación• Disminución en el rango o coordinación de movimientos linguales• Excesivos movimientos linguales• Alteración en la formación del bolo• Desórdenes en el traslado del bolo• Reducida sensibilidad oral• Desórdenes en el habla	penetrar la vía
--	-----------------

ANEXO # 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Popayán, Junio del 2010

Yo, _____, identificado (a) con Cédula de Ciudadanía N. _____ de _____, a solicitud del grupo de Investigación “ Procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea, utilizados por los Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca que laboran en la ciudad de Popayán”, concedo voluntariamente el permiso para la aplicación de una encuesta con registro de voz, con el fin de brindarles colaboración en la recolección de datos para la investigación, siendo consciente de que esta información será utilizada con fines académicos e investigativos.

Atentamente:

Flga Esp. Claudia Ximena Campo

Flga Esp Miryan Adela Barreto

Grupo investigador:

Claudia Patricia Caicedo

Yody Deicy Obando

Yuly Esperanza Guzmán

Luis Arturo Perlaza

Khateryne Youliet Portilla

FIRMA DEL ENCUESTADO

ANEXO # 4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

INSTRUCTIVO DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

ENCUESTA

Lo(a) invitamos a participar de la siguiente encuesta con fin investigativo relacionado con procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia utilizados por los Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca; por lo que se pide la mayor sinceridad posible, ya que la información suministrada estará bajo confidencialidad

1 IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre: _____

1.2. Edad: _____ 1.3 Sexo: M__ F__

1.4. Teléfono: _____

1.5 Lugar de trabajo: _____

1.6 ¿cuanto tiempo de egresado (a) tiene? Días _____ meses _____ años _____

1.7 ¿Cuánto tiempo de experiencia en el manejo de la disfagia tiene?: _____

1.8 ¿Trabaja con población adulta o infantil? Adulta _____ infantil _____ las dos _____

1.9 En qué área ha realizado formación?

Lenguaje __ habla __ audiolología __ otro _____

1.10 ¿Después del pregrado, qué formación ha realizado para su preparación en disfagia?

Cursos __ pasantías __ entrenamiento __ diplomados __ especialización __ maestría __ otro __ ninguno __

2. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

2.1 ¿Utiliza usted un protocolo para la evaluación de los pacientes con disfagia? Si__ No__ (si es negativa, pasar a la 2.10)

2.2 ¿Quién o quiénes son los autores de dicho protocolo?

2.3 ¿Cómo y cuándo lo obtuvo?

- Libro__
- Internet__
- Otro _____
- Amigo__
- Clases__

2.4 ¿Lo utiliza textualmente o hace algunas variaciones? Si__ No__ cuales?

2.5 ¿Es construcción propia? Si__ No__

2.6 ¿Con base en?

- Autores especialistas__
- Necesidades de los pacientes__
- Otro _____
- Cumplir con procedimientos exigidos por la institución__

2.7 ¿Hace cuanto lo usa?

- __ días
- Otro _____
- __ meses
- __ años

2.8 ¿Qué incluye ese protocolo?

- Anamnesis__
- Evaluación del lenguaje__
- Evaluación de la deglución por:
- Evaluación de los estados de conciencia__
- Evaluación de aspectos del habla__

- Observación_
 - Técnica de los cinco dedos__
 - Test del agua__
 - Auscultación_
 - Consistencias_
 - Blue test o test de tinta azul_
 - Volumen-viscosidad
- Aspectos para cada fase de la deglución__
 - Tipo de disfagia__
 - Grado de severidad de la disfagia__
 - Otros_____
- Exámenes complementarios__
 - Impresión diagnóstica__
 - Diagnóstico fonocardiológico__
- Conducta a seguir__
-
-
-

2.9 ¿Cómo evalúa cada aspecto de ese protocolo? (pasar a la 2.14)

2.10 ¿Si no utiliza un protocolo, qué instrumento usa para la evaluación de pacientes con disfagia?

- Criterios aprendidos en su formación profesional__
 - Otro_____
-
-
-

2.11 ¿Con base en?

- Material recolectado durante formación profesional__
 - Libros__
 - Otro_____
 - Artículos__
 - Experiencia propia
-
-
-

2.12 ¿Qué aspectos tiene en cuenta durante la evaluación del paciente?

- Anamnesis__
 - Evaluación del lenguaje__
 - Evaluación de la deglución por:
 - Observación_
 - Técnica de los cinco dedos__
 - Test del agua__
 - Aspectos para cada fase de la deglución__
 - Tipo de disfagia__
 - Otros_____
 - Evaluación de los estados de conciencia__
 - Evaluación de aspectos del habla__
 - Auscultación_
 - Consistencias_
 - Blue test o test de tinta azul_
 - Grado de severidad de la disfagia__
 - Exámenes complementarios__
 - Volumen-viscosidad.
 - Impresión diagnóstica__
 - Diagnóstico fonocardiológico__
 - Conducta a seguir__
-
-
-

2.13 ¿Qué técnicas utiliza para la evaluación de la disfagia?

- Blue test__
- Técnica de los cinco dedos__
- Test del agua__
- Otro_____
- Evaluación con consistencias__
- Volumen-viscosidad__
- Auscultación cervical__

3. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO

3.1 ¿Usted diagnostica o solo da una impresión diagnostica a sus pacientes? Diagnóstico __ impresión diagnostica __

3.2 ¿Clasifica la disfagia de acuerdo a las fases? SI__NO__ (si la respuesta es negativa, pasar a la pregunta 3.7)

3.3. ¿Qué fases?

- Fase preparatoria__
- Fase oral__
- Fase faríngea__
- Otros_____

3.3 ¿En qué autor se basa para esa clasificación?

- Libros__
- Internet__
- Otros_____
- Artículos__
- Formación universitaria__

3.5 ¿Con base en qué signos usted clasifica la disfagia en oral?

- Movimientos peristálticos anormales __
- Acumulación de liquido__
- Dificultades en apertura oral__
- Dificultades en la masticación__
- Hiposalivación__
- Derrame de alimento por comisuras labiales__
- Dificultad en la apertura oral__
- Otra_____
- Mal manejo y trituración del bolo__
- Movimientos maxilares inadecuados__
- Retraso en desencadenar el reflejo deglutorio__
- Dificultad en la toma de la cuchara__
- Sialorrea__

3.6 ¿Con base en qué signos usted clasifica la disfagia en faríngea?

- No disparo el reflejo de deglución al pasar el bolo por el istmo de los fauces y entrar a la cavidad faríngea__
- Múltiples degluciones__
- Inadecuado ascenso y descenso del hiodes__
- Atragantamiento__
- Tos__
- Aspiración__
- Reflujo__
- Aclaración de la voz__
- Otro_____
- Voz húmeda__
- Deglución forzada__
- Movimientos asociados__
- Aumento del tiempo de latencia__
- Aumento del tiempo de latencia__
- Disfonía__
- Sensación de cuerpo extraño__
- Dolor__
- Sonidos deglutorios irregulares__

3.7 ¿Clasifica la disfagia de acuerdo al grado de severidad? Si__ (pasar a la 3.8) No__ (pasar a la 3.10)

3.8 ¿Qué escala de severidad utiliza?

Nombre _____

3.9 ¿De qué autor? _____

3.10 ¿Remite a una prueba instrumental? Si__ No__ ¿Cuál?

- Videofluroscopia__
- Fibroendoscopia__

Otro _____

ANEXO # 5. INSTRUCTIVO DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

El encuestador saluda al (a) Fonoaudiólogo (a) y lo invita a participar de la encuesta de recolección de datos del proyecto llamado procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia oral faríngea con la siguiente frase:

Lo(a) invitamos a participar de la siguiente encuesta con fin investigativo relacionado con procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia utilizados por los Fonoaudiólogos egresados de la Universidad del Cauca; por lo que se pide la mayor sinceridad posible, ya que la información suministrada estará bajo confidencialidad

En cuanto a la identificación el encuestador deberá preguntar de forma literal cada uno de los interrogantes que se encuentran en la entrevista, no se permiten aclaraciones.

En este punto el encuestador encuentra algunas opciones de respuesta que no debe facilitar al encuestado, solo debe marcarla con una X o registrar la información en el espacio correspondiente.

En cuanto a los procedimientos de evaluación es importante que el encuestador cuente con una grabadora porque algunas respuestas no podrán ser escritas en el momento, ya que no tienen opciones de respuesta fijas.

En la primera parte de la encuesta se realizaran preguntas relacionadas con:

1. Identificación, en este punto se diligenciará en los espacios en blanco y si es posible con lapicero de tinta negra, los siguientes datos:

1.1 nombre, 1.2 edad, 1.3 sexo, 1.4, teléfono, 1.5 lugar de trabajo, una vez diligenciados o no los datos anteriores se procederá a realizar la siguiente pregunta **1.6 ¿cuánto tiempo de egresado (a) tiene?**, se espera que la respuesta del encuestado este dada en días, meses o años.

Posteriormente se procederá a realizar la pregunta:

1.7 ¿Cuánto tiempo de experiencia en el manejo de la disfagia tiene?, semejante a la respuesta anterior se espera que sea en días, meses o años. Sin importar la respuesta del Fonoaudiólogo se procederá a realizar el punto 1.8.

1.8 ¿Trabaja con población adulta o infantil?, se debe marcar con una X en las opciones (adulta, infantil, las dos) de respuesta dada por el egresado.

1.9 ¿En qué área ha realizado formación?, el encuestador deberá marcar con una X la respuesta del encuestado, entre las áreas: habla,

lenguaje, audiología, otro, si no hay respuesta se pasa a la pregunta N° 2.1, si existe respuesta se procede a desarrollar el punto siguiente.

1.10 ¿Después del pregrado, qué formación ha realizado para su preparación en disfagia? Se debe marcar con una X las opciones de respuestas dadas por los Fonoaudiólogos encuestados, entre las cuales se encuentran: Curso, pasantías, entrenamiento, diplomados, especialización, maestría, otro, ninguno, después de desarrollar este punto sin importar la respuesta se pasa a desarrollar la pregunta 2.1

2.1 ¿Utiliza usted un protocolo de evaluación de los pacientes con disfagia? Si___ No ___

Si el encuestado responde si, entonces se espera que utilice protocolos ya sea nacionales o internacionales para la evaluación de la disfagia, se procederá a realizar la pregunta siguiente, en caso de que la respuesta sea no se pasara a realizar la pregunta numero 2.10

2.2 ¿Quién o quiénes son los autores de dicho protocolo?: se espera que el encuestado sepa el origen de los protocolos, es decir que determinen el autor, autores o referencias donde se obtuvo la información sin importar la respuesta, se registra y se continuara con el punto siguiente.

2.3 ¿Cómo y cuando lo obtuvo? : Se espera que el encuestado responda si el protocolo lo obtuvo de un libro, de internet, si le lo prestó un amigo o de las diferentes clases de la universidad. Para realizar esta pregunta es necesario que en la pregunta 2.1 haya respondido positivamente, de lo contrario se continuara con la pregunta numero 2.10

2.4 ¿Lo utiliza textualmente o hace algunas variaciones? Si__ No__ cuales? Esta pregunta se realiza si el punto 2.1 es positivo, se espera que el Fonoaudiólogo diga que lo utiliza de forma textual o con variaciones ya sean hechas según las necesidades de los pacientes o variaciones realizadas por los autores o diferentes personas, posteriormente a esto, se espera que la persona nombre de forma clara las variaciones que ha realizado, tales como: evaluación del lenguaje, del nivel de conciencia, y aspectos relacionados con el habla. Si la respuesta al interrogante 2.1 es negativa entonces no se preguntara cuales aspectos?

2.5 ¿Es construcción propia? Si__ No__ **2.6 ¿Con base en?** , si la respuesta al primer interrogante es positiva, se espera que el Fonoaudiólogo haya hecho construcción propia del protocolo de evaluación de la disfagia, una vez haya respondido positivamente se le preguntara en base a que se realizó el protocolo, puede ser que el protocolo se realizó teniendo en cuenta lo dicho por autores especialistas en el tema, también por las necesidades de los pacientes, por cumplir

con los procedimientos exigidos en la institución donde labora. En caso de que la respuesta sea negativa se procederá a realizar el punto 2.7

2.7. ¿Hace cuanto lo usa? Se espera que la respuesta sea dada en días, meses o años, puede darse el caso de que la respuesta no sea concreta o que la persona encuestada diga que no lo recuerda.

2.8 ¿Qué incluye en ese protocolo? Para dar respuesta a este interrogante es necesario que la persona encuestada haya respondido positivamente los puntos 2.1, se espera que el Fonoaudiólogo incluya ítems como: anamnesis, evaluación del lenguaje, evaluación de los estados de conciencia, evaluación de algunos aspectos del habla, evaluación de la deglución por observación, evaluación de la deglución mediante la técnica de los cinco dedos, evaluación de la deglución mediante test del agua, Auscultación cervical, con consistencias, blue test, además puede incluir la evaluación de los aspecto que tiene en cuenta para determinar el tipo de disfagia en cada una de las fases de la deglución, ítems que permitan clasificar la disfagia de acuerdo al tipo y grado de severidad, exámenes complementarios, impresión diagnóstica o diagnóstico y conducta a seguir. Una vez dada la respuesta a este punto se remitirá a resolver el interrogante 2.9. en caso de que la persona manifieste que no sabe, se pasara a resolver la pregunta 2.14

2.9 ¿Cómo evalúa cada aspecto de ese protocolo? Para dar respuesta a este interrogante es necesario que el encuestado haya respondido el punto anterior. Para indagar cada uno de los ítems que tiene en cuenta para la evaluación de la disfagia, se espera que el Fonoaudiólogo encuestado justifique cada uno de los aspectos incluidos en el protocolo, es decir que dentro de la anamnesis incluya identificación, antecedentes personales, antecedentes de enfermedades a nivel personal y a nivel familiar, exámenes y tratamientos realizados, en la evaluación del lenguaje se deberá tener en cuenta la evaluación del lenguaje comprensivo y expresivo, evaluación de los estados de conciencia teniendo en cuenta la escala de Glasgow y la evaluación por observación, evaluación de algunos aspectos del habla tales como postura facial y corporal, respiración, postura y cualidades acústico perceptuales de la voz, en la evaluación de la deglución por observación se espera que se tenga en cuenta en la etapa preparatoria, los gestos y actos motores realizados antes de llevar el alimento a la boca, en la etapa oral, la apertura bucal, selle labial, derrame de líquido, humedecimiento bucal, mordedura, trituración del bolo, manejo del bolo, humedecimiento del bolo y movimientos asociados, y en la etapa faríngea solo se observa el ascenso y descenso laríngeo. De igual manera los aspectos descritos anteriormente son los que se tienen en cuenta en la evaluación de la disfagia mediante los test. En cuanto a los exámenes complementarios se espera que el Fonoaudiólogo haga remisión para videofluroscopia, fibroendoscopia u otros. Una vez

respondido o no este interrogante se continua con el punto 2.14 .(Esta pregunta se realiza solo con el fin de evitar sesgos de información y determinar si en realidad los Fonoaudiólogos conocen los procedimientos dichos)

2.10 ¿Si no utiliza un protocolo, qué instrumento usa para la evaluación de pacientes con disfagia? Para dar respuesta a este punto no es necesario que se hayan resuelto los puntos anteriores, se espera que el encuestado responda que lo evalúa mediante criterios aprendidos en su formación profesional, con una guía técnica o con un protocolo. Una vez respondido este interrogante se continuara con el punto siguiente, de lo contrario se continuara con el punto 2.11.

2.11. ¿Con base en? En este interrogante se espera que el Fonoaudiólogo se base en el material recolectado durante la formación profesional, libros o artículos relacionados con la evaluación de la disfagia oro-faríngea y experiencia propia, una vez respondido o no este punto se continuará con la pregunta siguiente.

2.12. ¿Qué aspectos tiene en cuenta durante la evaluación del paciente?

Se espera que el Fonoaudiólogo tenga en cuenta aspectos como anamnesis, evaluación del lenguaje, evaluación de los estados de conciencia, evaluación algunos aspectos del habla, evaluación de la

deglución por observación, mediante la técnica de los cinco dedos, test del agua, con consistencias, blue test, además puede incluir la evaluación de los aspecto que tiene en cuenta para determinar el tipo de disfagia en cada una de las fases de la deglución. Una vez resuelto este interrogante se procederá a realizar la pregunta siguiente; en caso de no haber respuesta, se continuara con el punto 2.13

2.13 ¿Qué técnicas, utiliza para la evaluación de la disfagia orofaríngea? Se espera que el Fonoaudiólogo nombre técnicas de evaluación de la disfagia oro- faríngea tales como: por observación, blue test, técnica de los cinco dedos, test del agua, evaluación con consistencias, Volumen-viscosidad y Auscultación cervical, sin importar la respuesta se continuara con el punto número 3.

3. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO

- En cuanto a los procedimientos de diagnostico es importante saber si el Fonoaudiólogo encuestado: diagnostica la disfagia, la clasifica teniendo en cuenta tipo, grado y las diversas escalas.

Para determinar los procedimientos de diagnostico se realizaran los siguientes interrogantes:

3.1 ¿Usted diagnostica o da una impresión diagnostica a sus pacientes? en este interrogante se espera que el Fonoaudiólogo

determine si en su labor con los pacientes disfágico, da un diagnostico fonoaudiológico o una impresión diagnostica. Se continua con la pregunta 3.2.

3.2 ¿Clasifica la disfagia de acuerdo a las fases?: si la respuesta del encuestado es positiva entonces se procederá a realizar la pregunta 3.3 y si la respuesta es negativa, entonces se continuara con la pregunta 3.7.

3.3 ¿Qué fases?, se espera que el Fonoaudiólogo encuestado clasifique la disfagia en, fase preparatoria, fase oral, fase faríngea, y fase esofágica, si la respuesta es otra, entonces se debe anotar en el ítem que dice OTROS, se continua con la siguiente pregunta

3.4 En qué autor se basa para esa clasificación? si se ha dado respuesta al punto anterior entonces es posible responder este interrogante, se espera que el Fonoaudiólogo describa la fuente de información de donde se baso para clasificar la disfagia en sus diferentes fases, las fuentes pueden ser libros, artículos de internet, artículos anónimos o de acuerdo a la formación universitaria. En caso de que el encuestado manifieste no recordar la fuente de información se continuara con el interrogante siguiente.

3.5 ¿con base en qué signos usted clasifica la disfagia en oral?, se espera que el Fonoaudiólogo de a conocer las manifestaciones clínicas que tiene en cuenta para esta clasificación, tales como: dificultad en la apertura oral, no existencia de masticación o dificultad en esta, movimientos

peristálticos linguales alterados, derrame de alimento por comisuras labiales, movimientos maxilares inadecuados, mal manejo del bolo, no salivación, no trituración del bolo, retraso en desencadenar el reflejo deglutorio, acumulación de líquido, sialorrea,. Una vez resuelto o no este interrogante se realizara la pregunta 3.6

3.6 ¿con base en qué signos usted clasifica la disfagia en faríngea?

Se espera que el Fonoaudiólogo determine las manifestaciones clínicas de la disfagia faríngea como: no disparo el reflejo de deglución al pasar el bolo por el istmo de los fauces y entrar a la cavidad faríngea, múltiples deglución, inadecuado ascenso y descenso del hiodes y sonidos deglutorios irregulares. Si el encuestado responde o no a este interrogante se pasara a realizar el punto 3.7

3.7 ¿Clasifica la disfagia de acuerdo al grado de severidad? Si__ No__

Se espera que el encuestado responda con una afirmación o negación, en caso de una afirmación se procederá a realizar el interrogante 3.8 y en caso de una negación el interrogante 3.10

3.8 ¿Qué escala de severidad utiliza?, se espera que el Fonoaudiólogo conozca el nombre de la escala de severidad, de la cual se baso para clasificar la disfagia según su grado de severidad por ejemplo, leve, moderada y severa.

En caso de que el encuestado dé una respuesta positiva, entonces se procederá a realizar la pregunta 3.9, y en caso de que no haya respuesta se procederá a solucionar el interrogante 3.10.

3.9 ¿De qué autor?, de acuerdo a la respuesta anterior, se le preguntara al encuestado cual es la fuente de información de la cual se baso para utilizar una escala de severidad en la disfagia, se pedirá dar referencias bibliográficas y autores; haya o no respuesta se continuara con el interrogante siguiente.

3.10 ¿Remite para una prueba instrumental? Si__ No__ cual?, se espera que el Fonoaudiólogo en caso de dar respuesta positiva remita a pruebas instrumentales como: videofluroscopia, fibroendoscopia u otros. En caso de que la respuesta sea negativa se finaliza la encuesta y se agradece al encuestado por la colaboración prestada y se resolverán dudas.

**ANEXO # 7. INSTRUCTIVO DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y
DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA ORALFARÍNGEA**

OBJETIVO

El presente documento pretende ser una herramienta de fácil consulta y guía, sobre la realización de los procedimientos para la evaluación de la disfagia oro faríngea, con el fin de dar un diagnóstico certero que permita un adecuado enfoque de intervención. Esta dirigido para ser aplicado en pacientes mayores de 6 años.

No se trata de un manual de procedimientos, es solo un instructivo guía, que resume las generalidades del tema, el cual tiene como fin que los estudiantes y profesionales de fonoaudiología que atienden dicha patología puedan realizar un adecuado procedimiento en su evaluación.

En esta guía de evaluación se encuentra cada uno de los procedimientos que permiten la recolección de datos concernientes a las manifestaciones clínicas (signos y síntomas) que muestra un paciente y que se deben tener en cuenta a la hora de dar un diagnóstico de disfagia oro faríngea, además permite clasificar la disfagia de acuerdo a las fases y grado de severidad.

Estos procedimientos deben ser aplicados por Fonoaudiólogos entrenados en el área o especialistas en disfagia oro faríngea.

1. ANAMNESIS

Se inicia su trámite con la fecha y hora de ingreso, número historia clínica, EPS a la cual pertenece el usuario en caso de que el paciente se encuentre hospitalizado, de lo contrario se debe llenar el protocolo de Evaluación y Diagnóstico de la Disfagia para aclarar el lugar en el cual se atendió. Posteriormente se continúa con la información personal, la cual puede ser suministrada por el paciente o acudiente, indagar sobre los antecedentes personales como Hábitos Tóxicos: Alcohol, tabaco, drogas, Infusiones, antecedentes infecciosos y no infecciosos, como tos ferina, bronquitis, sinusitis, neumonía, bronconeumonía, asma bronquial, desviación de tabique, hipertrofia de cornetes, cefalea, artrosis, fiebre reumática, hipertensión, tuberculosis, diabetes, hepatitis, paladar fisurado, reflujo gastroesofágico, cirugías, antecedentes nutricionales, neurológicos, cardiacos, fonatorios, inmunológicos, metabólicos, farmacológicos y otros.

Posteriormente se debe tener en cuenta los registros médicos tales como: Glasgow, presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, respiratoria, ventilación mecánica, presencia de cánula, de válvula fonatoria, traqueotomía, traqueostomía, exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos, niveles de SO₂ y vías de alimentación. (oral, enteral o parenteral)

También es necesario interrogar acerca de antecedentes familiares que puedan afectar al paciente, tales como: nutricionales, neurológicos, cardiacos, fonatorios, inmunológicos, Farmacológicos, alteraciones respiratorias, visuales, auditivas, y muchos otros que tengan componentes genéticos de transmisibilidad.

MATERIALES: formatos de recolección de información, sello del profesional con el número de registro o RUN, lapicero de tinta negra, bata.

DILIGENCIAMIENTO: para tramitar la historia clínica se recomienda utilizar lapicero negro, no utilizar siglas ni abreviaturas, la letra debe ser legible, no se permiten tachones ni enmendaduras intercalaciones y sin dejar espacios en blanco; Cada espacio se llena de acuerdo a la información solicitada sobre datos personales, excepto sexo y ventilación mecánica en la cual se marca con una X la respuesta seleccionada, y otros en la cual se llena el espacio con la información adicional suministrada; los datos de consulta, remisión y diagnóstico médico se llenan de acuerdo a la información que el paciente o acompañante refiera y presente sustentación clínica.

En cuanto a los antecedentes personales y familiares seleccione con una X la o las características que el paciente presente, especifique o amplíe la información en los espacios punteados.

2. EVALUACIÓN NIVEL DE CONCIENCIA

Se inicia mediante preguntas para observar el nivel de orientación y alerta del paciente. Inicialmente si está orientado en *el tiempo, en espacio y en persona*. Además de las

preguntas, para conocer el nivel de alerta de una persona se puede recurrir a otros estímulos: ruidos, mover al paciente, tocarlo, aplicar un pellizco suave en la región infraclavicular, presionar con el dedo en la región retro auricular. Se trata de evaluar el grado de respuesta que se obtiene con estímulos de distinta intensidad, debe ser prudente, hay que saber dosificar el estímulo de forma adecuada.

MATERIALES: bata

DILIGENCIAMIENTO: El formato le permite marcar con una X el estado en el que se encuentra el paciente, de acuerdo a los signos que usted observe.

3. EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

Se inicia la evaluación mediante conversación espontánea para determinar el nivel de lenguaje comprensivo y expresivo del paciente.

El lenguaje comprensivo: se hacen preguntas para determinar si el paciente con disfagia se encuentra orientado en: persona lugar y tiempo. También se le pide que ejecute órdenes simples y/o complejas, responder a preguntas relacionadas con situaciones familiares e identificar señalando y/o nominando objetos en concreto y/o láminas de vocabulario por categorías.

El lenguaje expresivo: se le pide al paciente que nombre objetos o láminas de vocabulario por categorías, que repita palabras sencillas: cortas, largas, frases y oraciones donde se podrá observar la fluidez, articulación y rasgos prosódicos del paciente, en la evaluación del lenguaje automático: se le pide que enuncie números, días de la semana, meses del año, el profesional además de las características anteriores debe observar si el lenguaje es ininteligible o ininteligible, si hace contacto físico y/o visual, finalmente si durante el discurso presenta neologismos, agramatismos, paragramatismos, anomias, circunloquios, perseveraciones y ecolalias.

Material: laminas de descripción, objetos conocidos, laminas de vocabulario de diferentes categorías, series de números, sílabas, palabras, material debidamente esterilizado. Para pacientes en estado agudo se evaluara con órdenes, objetos concretos y reconocimiento de personas.

Diligenciamiento:

Se selecciona con una X los aspectos observados durante la evaluación tanto del lenguaje comprensivo como expresivo

4. EVALUACIÓN POSTURAL

Se realiza evaluación informal mediante la observación del paciente para determinar las características posturales, teniendo en cuenta:

- **POSTURA FACIAL:**

Se hace observación al paciente buscando determinar simetría o asimetría de estructuras faciales como: implantación de pabellones, ángulos externos e internos de los ojos, pómulos, comisuras labiales, surco naso-labial, cejas, ángulos goniacos, alas nasales y

surco mento- labial. Igualmente se observa la existencia de laterorrinias y laterognatismo hacia la derecha o izquierda, perfil facial que puede ser: cóncavo, convexo o recto y el biotipo facial: leptoprosopo, euriprosopo o mesoprosopo.

- **POSTURA CORPORAL:**

Se observa la posición en la que se encuentra el paciente bípedo, sedente o decúbito dorsal, posteriormente se determina la relación entre cabeza, tronco y extremidades. Los aspectos que se observan son: alineación de cabeza en relación con cintura escapular cintura pélvica rodillas y pies.

Material: reglilla

Diligenciamiento: en la parte izquierda del recuadro aparecen las opciones para evaluar la postura corporal, marque con una X las opciones que encuentre adecuadas, además si desea aclarar cuales son los hábitos inadecuados diligencie la línea punteada; en la parte derecha del recuadro se encuentra la evaluación de la postura facial, en cuanto al perfil y biotipo facial marque con una X cual es el correspondiente al paciente evaluado, los otros espacios se pueden diligenciar seleccionando las opciones SI O NO con una X respondiendo a la pregunta: ¿son simétricos? O ¿guardan alineación? ¿En el eje vertical? ¿En el eje horizontal?

5. EVALUACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

Se tiene en cuenta las condiciones y el estado en el cual se encuentre el paciente, se realiza toda la ficha respiratoria, en casos de pacientes con traqueostomía, traqueotomía, pacientes con bajo nivel cognitivo y bajo nivel de conciencia, el Fonoaudiólogo determinara que aspectos son aplicables o no para cada caso.

Mediante la observación y palpación de estructuras implicadas en el proceso de respiración: se determina el modo respiratorio tanto en reposo como en fonación, el cual puede ser nasal, oral, mixto o con predominancia oral o nasal, en cuanto al tipo respiratorio se mide con un metro los perímetros de las zonas biaxilar, mameolar, diafragma y/o abdominal; se le pide al paciente respirar normalmente y se marca los centímetros desplazados durante la inspiración. Si las condiciones del paciente no lo permiten, se deberá evaluar sólo por observación.

Para evaluar rendimiento vocal se le solicita al paciente que con una sola inspiración cuente números hasta donde le sea posible y/o emita vocales con la mayor prolongación posible; la coordinación fonoarticulatoria se evalúa mediante conversación espontánea, o se le pide al paciente leer un fragmento de un texto o cantar; en frecuencia respiratoria se observa el número de respiraciones que realiza por minuto; para evaluar tiempo espiratorio se le pide la paciente que sopla con boca semicerrada como emitiendo una /u/, luego sopla con boca abierta, se hace oclusión en estoma en caso de traqueotomía o traqueostomía.

Además de lo anterior se debe realizar la prueba de rosenthal, en la cual se le pide al paciente respirar ocluyendo primero ambas narinas y posteriormente cada narina de forma independiente, con el fin de observar si hay fatiga respiratoria, esfuerzos, ruidos o algún tipo

de ahogo, en Glatzer se determina la simetría en la permeabilidad nasal, para lo cual se le solicita la paciente emitir fonemas vocálicos y consonánticos como /m,n,ñ/, se ubica el espejo debajo de narinas y además de la permeabilidad se debe observar la dilatación de las mismas.

Material: metro, espejo de Glatzel, lectura sencilla, cronometro.

Diligenciamiento: en los aspectos de tipo y modo respiratorio usted debe marcar con una X la opción correspondiente al paciente.

6. EVALUACIÓN DE LA VOZ

Se le pide al paciente prolongar los fonemas /a/ /i/(falsete), tanto como le sea posible, posteriormente se le solicita al paciente prolongar los fonemas /s/ y /z/, se debe observar y calificar de la siguiente manera: voz limpia , voz humeda o gorjeante, indica que se acumula saliva en la laringe , voz esofágica cuando es grave, ronca, monótona pero completamente inteligible, voz regurgitante y voz opaca. Además de lo anterior es importante determinar el estado de las características acústico-preceptuales de la voz, tales como: el tono, intensidad, timbre y duración antes y después de la deglución. Finalmente se observara las pausas, calidad de la fonación, progresión irregular, fatiga, dolor, no control del volumen y deterioro de la voz.

Diligenciamiento: marcar con una X las opciones relacionadas con las características de la voz encontradas en el paciente

7. EVALUACIÓN DE LOS SENTIDOS:

Se evalúa el olfato y gusto, los cuales son sentidos indispensables en la fase preparatoria de la deglución. El olfato se evaluara, pidiéndole al paciente cerrar los ojos y nominar las esencias de elementos familiares para el, con lo cual se determina la funcionalidad del nervio olfativo, I y II rama del trigémino quienes dan la inervación sensorial.

El gusto se evaluará colocando en la lengua diferentes sabores: dulce en el ápex, salado en los tercios laterales anteriores de la lengua, los cuales están inervados por el nervio lingual y la cuerda del tímpano , sabor acido en la parte lateral posterior de la lengua y amargo, en el tercio posterior de la lengua (dorso lingual) irrigados por el nervio Glosofaríngeo, rama lingual del nervio facial y laríngea interna del vago; esto para observar la integridad de las papilas gustativas y de su inervación sensorial.

Diligenciamiento: en la evaluación del olfato se debe anotar la esencia trabajada, marcar con una X si hubo reacción o no y posteriormente en el caso de que haya reacción anotar dicha reacción en los espacios en blanco; en la evaluación del gusto marcar con una X el tipo de sabor evaluado, la reacción y si la hubo, en los espacios en blanco anotar el tipo de reacción.

8. ESTEREOGNOSIA:

La evaluación consiste en ubicar en la cavidad bucal, las diferentes formas (nivel básico: triángulo, círculo, rombo; nivel de complejidad simple: hexágono, rectángulo, estrella; nivel de complejidad moderada: flecha, corazón, reloj de arena) de los discos, en silicona flexible, debidamente esterilizadas, para que el paciente las identifique y nombre. Cada uno de los discos tendrá en uno de los extremos un orificio al cual se le amarra un trozo de seda dental por protocolo de seguridad. Seguidamente, el sujeto cierra los ojos, y el terapeuta iniciará la prueba con los discos; ubicándolo en el tercio anterior de la lengua, el sujeto debe de acuerdo a su capacidad de movilidad intraoral y de sus habilidades de estereognosia oral discriminar la forma del objeto ubicado en su cavidad oral. Para ello el sujeto debe decir el nombre de la forma del disco o señalarla en el esquema donde están todas las láminas que van a ser evaluadas. Se continúa sucesivamente con cada uno de los discos de cada nivel, hasta terminar toda la prueba con los discos del nivel de complejidad moderada. Si el paciente se fatiga o asume una actitud intolerante se debe realizar una pausa y luego continuar. La interpretación que el autor propone a la prueba, consiste en estereognosia adecuada (cuando el sujeto reconoce las características), estereognosia alterada (dificultad para reconocer los 9 discos).

Diligenciamiento: marcar con una X las opciones encontradas en el paciente ante la presentación de los estímulos y los estímulos como tal.

9. EVALUACIÓN DE ÓRGANOS FONOARTICULADORES

EXPLORACIÓN EXOBUCAL:

Se realiza mediante la observación y palpación de estructuras como: labios, carrillos, maxilares, articulación temporomandibular, músculos maseteros y mentonianos en cuanto a su aspecto estático y dinámico (coordinación, velocidad y fuerza).

Labios:

Aspecto estático: Por medio de la observación y palpación se determina color, sensibilidad, forma, tamaño, tono y fuerza muscular, en color se observa si son rosados, cianóticos, rojizos, pálidos, además de observar si están cerrados, semiabiertos, separados con incisivos superiores visibles, muy abiertos, sin incisivos superiores visibles, inverso superior, inverso inferior, corto superior y en la sensibilidad si esta aumentada o disminuida. En cuanto a forma se observara si están normales, con cicatrices, fisuras, si hay eminencia labial, euquelia, proquelia o retroquelia. En cuanto a tamaño: se determinan si son delgados, medianos o gruesos, o de igual proporcionalidad. Se observa el tono muscular para establecer si se encuentran aumentados o disminuidos. Por medio de la observación y palpación se determina la

sensibilidad está aumentada o disminuida, el tono muscular para determinar si se encuentra aumentado o disminuido.

Aspecto dinámico: se observa la movilidad, la fuerza, velocidad y coordinación de movimientos, pidiéndole al paciente que realice praxias sencillas como: retracción y protrusión labial, llevar labios hacia lado derecho, hacia la izquierda y vibración de labios.

Mejillas :

Aspecto estático: Por medio de la observación y palpación de los diferentes músculos como el buccinador, masetero, risorio que conforman los carrillos se determina si la sensibilidad está aumentada o disminuida. Además el tono muscular si se encuentra aumentado o disminuido.

Aspecto dinámico: se le pide al paciente retraer los ángulos de la boca, silbar, inflar los carrillos, inflar cada carrillo dirigir los ángulos de la boca hacia arriba y afuera; observando la fuerza, velocidad y coordinación del movimiento.

Materiales: se utilizaran guantes, baja lenguas, aplicadores, guías de lengua, tapabocas, bata.

Articulación Temporomandibular:

Para su evaluación se debe tener en cuenta las siguientes características: con el uso del dentímetro medir en centímetros la apertura máxima de manera espontánea y forzada, con el fonendoscopio escuchar la presencia de ruidos en la apertura y cierre mandibular como clickins o crepitaciones, se le pregunta al paciente si hay presencia de dolor al momento de la trayectoria tanto en apertura y cierre, mediante la palpación muscular de los maseteros y músculo temporal, acción de los músculos pterigoideos internos y externos en reposo y en actividad (ajuste de arcada y elevación), para evidenciar su función.

Materiales: Dentímetro, fonendoscopio.

Diligenciamiento: marque con una X la respuesta para cada aspecto.

- **EXPLORACIÓN ENDOBUCAL:**

Dietes y oclusión dental

Se evalúa en cuanto a dentición: ausencia de piezas dentarias, línea media, inferior o/y superior posición de los dientes, tipo de dentición, presencia de prótesis y tipo de oclusión dental: mordida abierta anterior o posterior o mordida cruzada, mordida borde a borde, uso de aparatología ortopédica y ortodóncica, también por medio de la observación se determina el estado de las encías: si son delgadas, normales o gruesas. Presencia de alteraciones de en las encías como gingivitis o periodontitis y la integridad de la arcada superior: si es normal, cicatrizal, fisurada, forma de la arcada tanto superior como inferior: si es parabólica, proa, cuadrada. Otros aspectos que se pueden evaluar son, índice de caries.

Paladar duro

Se evalúa la forma del paladar: Normal, alto, ancho, estrecho, plano o corto, y si existen cicatrices y /o fisuras. En la parte anterior del paladar se verifica si las rugas palatinas están hipertróficas, lo que indica que la lengua no se apoya en ellos durante la deglución ni en situación de reposo.

Paladar blando

En el aspecto estático: Se evalúa en situación de reposo verificando si la úvula es bífida o surcada (sugestivo de fisura submucosa), la presencia de cicatrices y/o fisuras y la dimensión suficiente o insuficiente (corto) del paladar blando.

En el aspecto dinámico: Se evalúa durante la emisión prolongada del fonema /a/, si el paladar blando tiene buena movilidad (competente) o si existe disminución o ausencia de esta. En caso de detectar insuficiencia velo faríngea se remite al paciente para realizar la valoración instrumental como la videofluroscopia.

Diligenciamiento: las estructuras a evaluar serán dientes, lengua, paladar duro y paladar blando, para la primera estructura se tendrá en cuenta arcada superior e inferior y se reportará el número de dientes presentes, la lengua se evaluará en dos cuadros el izquierdo de aspecto estático y el derecho de aspecto dinámico, de igual forma con lo encontrado en paladar duro y blando, se marcará con una X los aspectos que se observen durante la evaluación.

Lengua

En aspecto estático: Se debe observar diferentes aspectos de la lengua como color: si es rosada, blanquecina, con laceraciones, amarillenta, húmeda o reseca, además se debe tener en cuenta si la lengua está apoyada en el paladar duro, interpuesta entre las arcadas dentarias, presionando lateralmente las arcadas, proyectada sobre la arcada superior e inferior, posicionada hacia atrás. También se evalúa la forma: si es normal, microglosia, macroglosia, ancha, estrecha o voluminosa, posteriormente se le pide al paciente que protruya la lengua con el fin de verificar si se encuentra denticulizada o fasciculada. La tonicidad: se evalúa con un depresor lingual de madera, mediante movimientos de contrarresistencia, la lengua no debe apoyarse en los dientes ni en los labios. Dependiendo de la respuesta la valoración será: normal, hipotónica, hipertónica.

En aspecto dinámico: Se tendrá en cuenta la movilidad de los músculos Geniogloso, Estilogloso, Hiogloso, Palatogloso, músculo lingual superior, músculo lingual inferior, músculo transverso de la lengua realizando movimientos como lateralización, proyección retroproyección, vibración, chasquido, afilación y ensanchamiento de la punta de la lengua. Para evaluar el frenillo lingual se le solicita al paciente que eleve la lengua para verificar su forma, en algunos casos la visualización es difícil, entonces se solicita al paciente que succione la lengua contra el paladar duro y que lo mantenga en esta posición. Así se puede valorar el frenillo: normal, corto, de inserción larga o con poca elasticidad.

Para la observación del músculo milohioideo el profesional debe elevar la lengua para que se pueda visualizar la base lingual, en general cuando el músculo está hipotónico, la base presenta un volumen aumentado y viceversa.

10. EVALUACION DE REFLEJOS OROFARINGEOS

Reflejo nauseoso

Se le pide al paciente abrir la boca, se introduce un baja lenguas o aplicador con el cual se estimulara de forma superficial la base de la lengua o la pared posterior de la laringe, en el momento en que el reflejo se desencadena el terapeuta retira los instrumentos de la boca del paciente.

Reflejo de mordedura

Para realizar la evaluación se le pide al paciente abrir la boca, mientras que el fonoaudiólogo toca suavemente las encías en arcada superior en inferior con un instrumento como baja lenguas, aplicador o mano enguantada con precaución de retirarse cuando el reflejo se desencadene.

Reflejo de succión

Con el uso de un aplicador o dedo del fonoaudiólogo se estimula en las comisuras labiales del paciente, en la parte superior e inferior de los labios y se espera la respuesta del paciente, para determinar si está presente o ausente.

Reflejo de tos

Se evalúa cuando se presente espontáneamente teniendo en cuenta si se presenta antes, durante o después de ingerir alimentos

Reflejo palatal

El reflejo palatal se acciona por contacto en la superficie anterior del paladar blando. La respuesta es la elevación y retracción del paladar blando.

Materiales: guantes, aplicador, baja lenguas.

Diligenciamiento: el primer aspecto que se evalúa es la apertura máxima espontanea, y forzada, al ser medida con el dentímetro se procederá a llenar los espacios punteados correspondientes, para diligenciar los otros aspectos marque con una X la respuesta deseada,

en caso de que la activación muscular sea igual para lado derecho e izquierdo ubique la X en las dos estructuras.

11. EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES DE ALIMENTACION

Procedimiento:

FUNCIÓN MASTICATORIA

Para la valoración la consistencia se selecciona acorde a la tolerancia y/ o dieta suministrada al paciente, se ofrece el alimento en un momento de desconcentración, sin que le paciente sepa que está siendo evaluado y se observa si la masticación se realiza: con boca abierta, unilateral, anterior, con movilización mandibular exagerada, con movimientos de la lengua hacia adelante. Se observa la trituración, pulverización, el trabajo del bolo, se le pregunta al paciente con cual lado suele masticar, todos tenemos un lado de preferencia, pero lo que no es normal es la masticación solamente con un lado. Después de la deglución de la consistencia se observa si en el vestíbulo bucal quedan restos de alimentos en exceso.

Materiales: guantes, tapabocas, bata, consistencia o texturas de alimentos, se recomienda sólido blando o duro.

FUNCIÓN SUCCIÓN:

Se le pide al paciente que extraiga el alimento dependiendo de la presentación y consistencia de este, preferiblemente se utilizara liquido claro o semilíquidos en vaso, pitillo, cuchara, gasa evaluando, el adosa miento de labios, la presión intraoral, y movimientos de musculatura peri oral.

En la evaluación de esta función, se observa el comportamiento lingual, si esta obstruye o no el pitillo, además se verificara la actividad labial, la intensidad o fuerza con que se realiza y la frecuencia o cantidad de succiones por minuto, además la presencia de ruidos.

Materiales: guantes, pitillos de diferente longitud, vaso y líquido claro o liquido espeso.

Diligenciamiento: el formato le presenta opciones de respuesta únicas para cada aspecto que se deben marcar con la convención X.

EVALUACIÓN NO INSTRUMENTAL DE LA DISFAGIA:

FUNCIÓN DEGLUCIÓN

Para la evaluación de la deglución se realizan diferentes pruebas y/o técnicas que se explicaran a continuación:

EVALUACIÓN EN SECO:

Esta prueba se realiza en paciente en estado agudo, inconsciente, por observación, el Fonoaudiólogo observa al paciente la deglución de fluidos propios y determina cuantas degluciones realiza en cinco minutos. Lo esperado es que realice mas de una deglución por minuto, pero la presencia de una sola deglución, es un indicador de que el reflejo deglutorio esta presente.

Diligenciamiento: se anota cuantas degluciones realizo el paciente en cinco minutos.

TÉCNICA DE LOS CINCO DEDOS

Paciente en posición decúbito dorsal, el terapeuta ubica el dedo índice debajo de la mandíbula, dedo del medio en hioides, el tercer dedo en el cartílago tiroideos y el cuarto dedo en la base de este mismo cartílago, teniendo cuenta los movimientos de estas estructuras palpadas.

Materiales: guantes.

Diligenciamiento: seleccionar con una X los aspectos encontrados

AUSCULTACIÓN CERVICAL (AC)

Se debe ubicar la laringe, para saber el lugar exacto en el que se va a colocar el estetoscopio. Ubicar las partes laterales encima del cartílago cricoides, y posteriormente percibir la limpieza o no del sistema.

Se realiza: posicionamiento del paciente lo mas normal posible (relacionado con posición de alimentación). Adecuar la pelvis, el tronco y la cabeza como soporte, cuando el paciente lo permite.

Presentación del bolo: Proporcionar 1-3-5-10 cc de líquido claro, espeso, blando y solido, de acuerdo a lo permitido por el paciente. El estetoscopio se coloca antes, durante y después de la ingesta, en el lugar establecido, partes laterales encima de cricoides de manera bilateral (ASHA), para escuchar los sonidos deglutorios.

Los sonidos que se escuchan durante la auscultación normal o anormal serán: Sonidos respiratorios:

- **Antes del primer click**, lo que permite determinar limpieza o no del sistema.
- **Primer click:** Es aquel que se relaciona con la entrada del bolo a la hipofaringe.
- **El segundo click:** Es definido como cualquier sonido que precede a los propios de la deglución.

- **Sonidos propios deglutorios:** Dentro de este grupo de sonidos se perciben una serie de sonidos dentro de los cuales se han definido: **bubling:** Referido a un sonido burbujeante (burbujas), **Flushing** (presencia de secreciones). **Popping:** son aquellos como definidos como “totear maíz”. También el número de degluciones es un parámetro adicional. Lo cual permite determinar si existen residuos, y secreciones en senos piriformes izquierdo o derecho. Se debe anotar el tiempo de tránsito del alimento.

Material: estetoscopio, 1- 3 5-10 cc de líquido claro, espeso, blando y solido, guantes.

Diligenciamiento: Seleccionar con una X lo encontrado durante la evaluación. El último aspecto es de tipo descriptivo por lo cual existe un espacio punteado que permite dar una respuesta amplia que informe sobre la posición habitual de alimentación.

TEST DEL AGUA O WATER TEST

Procedimiento: para su aplicación, se debe preparar un aspirador de secreciones, para lo cual el paciente debe estar incorporado y con un babero colocado, lo realiza previamente el terapeuta respiratorio. Con una jeringa de alimentación se le administran 10 mL. de agua y se observa si hay sialorrea, el número de degluciones, si hay tos y si hay disfonía. Se repite cuatro veces en total con el mismo volumen de agua (10 mL.) y se acaba con la administración de 50 ml.

La prueba es positiva si se presenta cualquier síntoma: sialorrea, tos o disfonía, y negativa si no se presenta ningún síntoma. El test del agua se realiza con volúmenes grandes y viscosidad baja (agua) y sólo tiene la tos como único signo de detección de una aspiración.

Materiales: babero, 10 ml-50ml de agua, vaso pequeño o copa, toallas desechables, gasa
VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)

Procedimiento: se administra al paciente 5, 10 y 20 cc. de alimento en texturas néctar, *pudding* y líquido, obtenidas con espesante comercial, para poder así detectar la eficacia en las fases tanto oral como faríngea, y ayudar al profesional a seleccionar el volumen y la viscosidad del bolo más seguros y eficaces para la ingesta de líquidos. Se debe observar la presencia de tos, cambios vocales, residuos orales, deglución fraccionada, incompetencia del sello labial o residuos faríngeos mientras se monitoriza la saturación de O₂. Una disminución de la saturación del paciente es un signo de aspiración basal de O₂.

Los signos clínicos que detecta el MECV-V son:

- a. Inadecuado sello labial, es decir la incapacidad de mantener el bolo dentro de la boca.
- b. Existencia de residuos orales en la lengua, debajo de ella y en las encías, una vez acabada la deglución.
- c. Deglución fraccionada, necesidad de realizar varias degluciones para un mismo bolo.
- d. Sospecha de presencia de partículas del bolo en la faringe, que dejan sensación de tener residuos en la garganta.

Si durante la exploración el paciente presenta un signo de alteración de la eficacia, la prueba para ese volumen y esa viscosidad se considerará positiva, por lo que el paciente

no será capaz de alimentarse y mantener un adecuado estado nutricional y una adecuada hidratación con esa viscosidad y ese volumen

Materiales: líquidos claros, textura néctar y *pudding*.

Diligenciamiento: la convención X se utilizara para llenar los espacios de cada aspecto evaluado, al seleccionar la calificación como positiva y negativa esta aplica para los dos test (volumen y viscosidad, wáter test).

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA OROFARINGEA

El diagnóstico es el acto de conocer la naturaleza de la enfermedad a través de la observación de sus signos y síntomas. También se define como el nombre que recibe la calificación que da el profesional a la enfermedad según los signos que advierte.

CLASIFICACIÓN DE LA DISFAGIA SEGÚN EL GRADO DE SEVERIDAD

Steeffel en 1981, clasifica la disfagia en los siguientes grados de severidad (Cherney, L. et al 1994):

Severo: no alimentación oral

Moderadamente severo: sucesos inconstantes en alimentación oral, constante supervisión.

Moderada: alimentación oral con técnicas alimentarias, supervisión completa.

Levemente moderada: dificultad con líquidos claros o sólidos.

Leve: dieta regular, restricción de algunos alimentos, requiriendo técnicas.

Mínima: recibe dieta regular con algunas restricciones, episodios ocasionales de tos con líquidos o sólidos.

Normal: Alimentación adecuada.

**ANEXO # 6. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA
DISFAGIA ORALFARÍNGEA**

1. ANAMNESIS:

Fecha/ hora:

 N. Historia Clínica: a

Lugar de atención:

DATOS PERSONALES:

Nombre y Apellidos:

 N. Historia Clínica:

Edad:

 Sexo: F M

 Estado:

Ocupación:

Fecha de Nacimiento: A

 Dirección:

Teléfono:

Nivel de escolaridad:

 Afiliación:

Motivo de Consulta:

.....

Remisión:

.....

Diagnostico Medico:

.....

ANTECEDENTES PERSONALES:

Hábitos Tóxicos: Alcohol Tabaco Drogas Infusiones
 Infecciosos y no infecciosos: Tos ferina Neumonía Bronconeumonía
 Bronquitis Sinusitis Asma bronquial Rinitis Tuberculosis
 Amigdalitis Hepatitis Diabetes Hipertensión arter Nutricional
 Neurológicos Cardiacos Fonatorios Inmunológicos Farmacológicos
 Gastrointestinales Metabólicos Cáncer
 Cirugía Si No de: _____
 Otros Cuales?

.....

REGISTROS CLINICOS:

Glasgow Presión arterial Temperatura Fr. cardia
 So2 Fr.respiratoria Ventilación mecánica Cánula
 válvula fon otomía Traque pia vía
 alimentación: oral enteral paraenteral

Exámenes de laboratorio Exámenes radiológico

Otros cuales?

.....

TRATAMIENTOS: Médicos Gastrointestinales Metabólicos Sistemáticos
 Inmunológicos Neurológicos Nutricionales Respiratorios
 Farmacológicos (Medicamentos que afectan la deglución/salivación)

OTROS _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Personas de la familia que presenten:

Neurológicos parentesco: _____
 Respiratorios: parentesco: _____
 Cardiacos parentesco: _____
 Fonatorios parentesco: _____
 Inmunológicos parentesco: _____
 Farmacológicos parentesco: _____
 Visuales parentesco: _____
 Cardiacos parentesco: _____
 Auditivos parentesco: _____

Otros:

.....

1. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA:

Estado: Alerta Somnolera Estor ma

3. EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

LENGUAJE COMPRENSIVO	LENGUAJE EXPRESIVO
<p>Orientado en: Persona <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Tiempo <input type="checkbox"/></p> <p>Ejecuta órdenes: Simple <input type="checkbox"/> Complej <input type="checkbox"/></p> <p>Comprensión de preguntas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Identifica señalando: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Identifica nominando: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>LENGUAJE AUTOMÁTICO CONSERVADO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Respuesta: Ora <input type="checkbox"/> Gestos <input type="checkbox"/> Escrit <input type="checkbox"/></p> <p>Lenguaje: Inteligible <input type="checkbox"/> Ininteligible <input type="checkbox"/></p> <p>Establece contacto: Físic <input type="checkbox"/> Visu <input type="checkbox"/></p> <p>Repetición: Palabra <input type="checkbox"/> Frase <input type="checkbox"/> Oración <input type="checkbox"/></p> <p>Discurso: Fluid <input type="checkbox"/> No Fluid <input type="checkbox"/> Coherente <input type="checkbox"/> Incoherente <input type="checkbox"/></p> <p>Articulación: Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/></p> <p>Prosodia: Normal <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones: neologismos <input type="checkbox"/> agramatismos <input type="checkbox"/> paragramatismos: <input type="checkbox"/> anomia <input type="checkbox"/> perseveraciones: <input type="checkbox"/></p>

4. EVALUACIÓN POSTURAL

POSTURAL CORPORAL	POSTURAL FACIAL
<p>Posición: Bíped <input type="checkbox"/> Sedent <input type="checkbox"/> Dors <input type="checkbox"/></p>	<p>Perfil facial: Córv <input type="checkbox"/> Conv <input type="checkbox"/></p>

<p>Simetría :</p> <p>Alineación entre: cabeza <input type="checkbox"/></p> <p>Cintura escapular <input type="checkbox"/> Cintura pélvica <input type="checkbox"/></p> <p>Rodillas <input type="checkbox"/> Pies <input type="checkbox"/></p> <p>Hábitos posturales:</p> <p>Adecuados <input type="checkbox"/> Inadecuado <input type="checkbox"/></p> <p>Cuales:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Recto</p> <p>Biotipo facial: Leptoprosopo</p> <p>Euriprosopo <input type="checkbox"/> Mesoprosopo <input type="checkbox"/></p> <p>Simetría de: Implantación de pabello <input type="checkbox"/>s: <input type="checkbox"/></p> <p>NO</p> <p>Cantos externos e internos de los ojos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>pómulos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Comisuras labiales: <input type="checkbox"/></p> <p>NO</p> <p>surco Naso-Labial: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>jas: <input type="checkbox"/></p> <p>NO</p> <p>ángulos goniacos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Alas Nasaes : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Surco Mento- Labial : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>
--	--

5. EVALUACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

<p>Modo:</p> <p>En reposo: Nasal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/></p> <p>En fonación: Nasal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/></p>	<p>Tipo:</p> <p>Abdominal: <input type="checkbox"/> Diafragmático: <input type="checkbox"/></p> <p>Costal superior: <input type="checkbox"/> Mixto: <input type="checkbox"/></p>
<p>Glatzer</p> <p>Simetría: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>predominio:</p> <p>Presencia de nasalidad en los fonemas vocálicos: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Presencia de nasalidad en fonemas consonánticos nasales: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>predominio:</p>	<p>Rosenthal: fatiga respiratoria: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Dilatación de las narinas: : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Simetría: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Predominio: Derecho <input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/></p> <p>Vocalización: vocal A____/sg, E____/sg, I____/sg, O____/sg, U____/sg</p> <p>Retención: ____/sg,</p> <p>Soplo abierto: ____/sg</p> <p>Soplo cerrado: ____/sg</p>







6. EVALUACIÓN DE LA VOZ

Claridad de la producción: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Timbre: Agradab <input type="checkbox"/> Desagrada <input type="checkbox"/>
Pausas: Regulares <input type="checkbox"/> Irregulares <input type="checkbox"/>	Tono: Grav <input type="checkbox"/> Norm <input type="checkbox"/> Agud <input type="checkbox"/>
Voz húmeda: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Intensidad: nor <input type="checkbox"/> aument <input type="checkbox"/>
Voz regurgitante: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	disminuida <input type="checkbox"/>
Voz limpia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Duración: norma <input type="checkbox"/> aumenta <input type="checkbox"/> disminuida <input type="checkbox"/>
Afónico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Prosodia Norma <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/>
Prueba	Balbuceo en la calidad vocal: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Voz Erigmofónica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sin anomalía detectada: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Eficiencia del cierre glótico: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

7. EVALUACIÓN DE LOS SENTIDOS

OLFATO	GUSTO
ESSENCIAS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO REACCIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Disminuida	ALIMENTOS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO REACCIÓN <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
CUAL _____ Disminuida	Dulces <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CUAL _____
CUAL _____ Disminuida	Salados <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CUAL _____
CUAL _____ Disminuida	Acidos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CUAL _____
CUAL _____ Disminuida	Agridulce <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO CUAL _____

8. EVALUACIÓN DE ESTEREOGNOSIA

FORMAS	IDENTIFICACIÓN			
	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Señalando <input type="checkbox"/>	Nominando <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Señalando <input type="checkbox"/>	Nominando <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Señalando <input type="checkbox"/>	Nominando <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Señalando <input type="checkbox"/>	Nominando <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Señalando <input type="checkbox"/>	Nominando <input type="checkbox"/>
	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Señalando <input type="checkbox"/>	Nominando <input type="checkbox"/>
Esterеоgnosia adecuada <input type="checkbox"/>			Esterеоgnosia alterada <input type="checkbox"/>	

9. EVALUACIÓN DE ÓRGANOS FONOARTICULADORES

EXOBUCCAL	
Labios	
Aspecto Estático:	Aspecto Dinámico:
Color: Rosados <input type="checkbox"/> Cianóticos <input type="checkbox"/> Rojizo <input type="checkbox"/> Pálido <input type="checkbox"/> Grosor: Grueso <input type="checkbox"/> Delgado <input type="checkbox"/> Medial <input type="checkbox"/> Forma: Euquel <input type="checkbox"/> Proquel <input type="checkbox"/> Retroquel <input type="checkbox"/> Cicatrizal <input type="checkbox"/> Hendid <input type="checkbox"/> Con eminencia labial <input type="checkbox"/> Posición habitual en reposo: Sellados <input type="checkbox"/> Semiabierto <input type="checkbox"/> Muy abiertos <input type="checkbox"/> Separados con incisivos superiores visibles <input type="checkbox"/> Sin incisivos superiores visibles Invertido <input type="checkbox"/> Tono: Eutónico <input type="checkbox"/> Hipertónico <input type="checkbox"/> Hipotonía <input type="checkbox"/> Sensibilidad: Normal <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad <input type="checkbox"/> Hiposensibilidad <input type="checkbox"/>	Fuerza: Norma <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Disminuida <input type="checkbox"/> Velocidad: Normal <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Disminuida <input type="checkbox"/> Coordinación de movimientos: Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuada <input type="checkbox"/>
Mejillas	
Masetero: Eutónico <input type="checkbox"/> Hipertonía <input type="checkbox"/> Hipotonía <input type="checkbox"/>	Fuerza: Normal <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/>

Buccinador: Eutóni <input type="checkbox"/> Hiperto <input type="checkbox"/> Hipotonía <input type="checkbox"/> Sensibilidad: Normal Hipersensibilidad <input type="checkbox"/> Hiposensibilida <input type="checkbox"/>	Disminuida Velocidad: Normal <input type="checkbox"/> Aumentada Disminuida Coordinación de movimientos: Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuada
Mentón:	
Tamaño: Grand <input type="checkbox"/> Pequeñ <input type="checkbox"/> Tono muscular: Eutónico <input type="checkbox"/> Hipertonía <input type="checkbox"/> Hipotonía Sensibilidad: Normal <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad <input type="checkbox"/> Hiposensibilida <input type="checkbox"/>	Fuerza: Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumentada Disminuida Velocidad: Normal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aumentada Disminuida Coordinación de movimientos: Adecuada <input type="checkbox"/> Inadecuada

ENDOBUCCAL				
Dientes				
Dentición completa en:	Arcada superior <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO	Arcada inferior: SI
NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Edentulo parcial:	Arcada superior	SI <input type="checkbox"/>	NO	Arcada inferior: SI
NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Edentulo total:	Arcada superior	SI <input type="checkbox"/>	NO	Arcada inferior: SI
NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Protesis en:	Arcada superior	SI <input type="checkbox"/>	NO	Arcada inferior: SI
NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Arcada superior:	ovoi <input type="checkbox"/>	cuadra <input type="checkbox"/>	triangular	
Arcada inferior:	ovoi <input type="checkbox"/>	cuadra <input type="checkbox"/>	triangu <input type="checkbox"/>	
Oclusión dental:			
Vestibulo: incus/sulcus y encias:	hume <input type="checkbox"/>	pa <input type="checkbox"/>	ro <input type="checkbox"/>	
Malformaciones: SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
Cuales?			
Paladar duro		Paladar blando		
Fisurado <input type="checkbox"/>	alto <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>	ar <input type="checkbox"/>	Uvula: corta <input type="checkbox"/>
estrecho <input type="checkbox"/>				centrad <input type="checkbox"/>
				desviad <input type="checkbox"/>
				integra <input type="checkbox"/>

Articulacion temporo mandibular	
Apertura máxima: espontanea: forzada:	
Trayectoria en la apertura y cierre mandibular: adecuada <input type="checkbox"/> inadecuada <input type="checkbox"/>	
presencia de: dolor: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ruido: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Activación de los músculos: maseteros : derech <input type="checkbox"/> izquier <input type="checkbox"/>	
Temporales: derech <input type="checkbox"/> izquierdo <input type="checkbox"/> pterigoideos <input type="checkbox"/> ternos: der <input type="checkbox"/> ho <input type="checkbox"/>	
izquierdo: <input type="checkbox"/>	
Pterigoideos externos: derech <input type="checkbox"/> izquier <input type="checkbox"/>	
Lengua	
Tamaño : norma <input type="checkbox"/> macroglo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Praxias: coordinación <input type="checkbox"/> fuerz <input type="checkbox"/>
protruid <input type="checkbox"/> retraída <input type="checkbox"/> desviada <input type="checkbox"/> anquecin <input type="checkbox"/>	velocidad <input type="checkbox"/> retracció <input type="checkbox"/> protrusió <input type="checkbox"/>
fisurada fasci <input type="checkbox"/> aciones <input type="checkbox"/> frenillo norma <input type="checkbox"/>	lateralización derecha <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
anorma <input type="checkbox"/>	lateralización izquier <input type="checkbox"/> eleva <input type="checkbox"/>
Frenillo: norma <input type="checkbox"/> anor <input type="checkbox"/> al <input type="checkbox"/>	desciende <input type="checkbox"/>
Ápex: definid <input type="checkbox"/> redondeado <input type="checkbox"/> bí <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/>	Tono lingual: eutónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dorso: estrecho <input type="checkbox"/> anch <input type="checkbox"/>	hipotónico <input type="checkbox"/> hipertónico <input type="checkbox"/>
Cuerpo: aplanad <input type="checkbox"/> volumino <input type="checkbox"/>	
Postura lingual en reposo: rugas palatin <input type="checkbox"/>	
endógena rezagada <input type="checkbox"/> retráctil <input type="checkbox"/>	
desviada <input type="checkbox"/>	

10. EVALUACION DE REFLEJOS OROFARINGEOS

Nauseoso: Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	Mordedura: Pre <input type="checkbox"/> nte <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> nte <input type="checkbox"/>
Succión: Present <input type="checkbox"/> Ausent <input type="checkbox"/>	Gag: pres <input type="checkbox"/> te <input type="checkbox"/> aus <input type="checkbox"/> te <input type="checkbox"/> fuerte <input type="checkbox"/> débil <input type="checkbox"/>
Tos: Presente: ante <input type="checkbox"/> di <input type="checkbox"/> nte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> espúes <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	Palatal: presen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ausente <input type="checkbox"/>	

11. EVALUACION DE LAS FUNCIONES DE ALIMENTACIÓN

FUNCIÓN MASTICATORIA	
Trabajo con el bolo: movimientos circunscri <input type="checkbox"/>	desviación: d <input type="checkbox"/> cho <input type="checkbox"/> izq <input type="checkbox"/> erdo <input type="checkbox"/>
Incisión <input type="checkbox"/> trituraci <input type="checkbox"/> molie <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/>	
Residuos en: Incu <input type="checkbox"/> Sulc <input type="checkbox"/> base de la len <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/>	parte posterior de la <input type="checkbox"/> gua <input type="checkbox"/>
FUNCIÓN SUCCIÓN	
Movimientos linguales: adecuad <input type="checkbox"/> inadecuad <input type="checkbox"/>	
Obstrucción del pitillo: s <input type="checkbox"/> n <input type="checkbox"/>	
Frecuencia: rápida <input type="checkbox"/> lenta <input type="checkbox"/> norma <input type="checkbox"/>	
Presencia de ruidos: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> cuales? <input type="checkbox"/>
.....	
Fuerza labial: adecuada <input type="checkbox"/> inadecuada <input type="checkbox"/>	

Utiliza: vaso cuchara alguna Observación:

EVALUACION NO INSTRUMENTAL

TÉCNICA DE LOS CINCO DEDOS (EVALUACIÓN EN SECO O CON FLUIDOS PROPIOS)

Ascenso y descenso del hueso hioides: Si NO
 Ascenso y descenso del cartílago tiroides: Si NO
 deglución: presente ausente tránsito lento
 Numero de degluciones por 5 minuto: _____

AUSCULTACIÓN CERVICAL (AC)

postura en reposo de OFA: adecuada inadecuada
 presencia de apnea: SI NO
 Sonidos respiratorios: Norm Anormal
 Sonidos deglutorios: Normal Anormal
 Lub-dub (burbujas): Flushing: (secreciones) Po ing:
 residuos en seno piriforme: bilateral derecho: Izqu do:
 posición habitual de alimentación:

TEST DEL AGUA O WATER TEST

VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)

Presencia de: sialorrea to disfo a
 sello labial: Adecuado Inadecuado
 Saturación de oxígeno: Se mantuvo constante Dismin o
 presencia de tos: S N
 cambios vocales: S D
 Residuos orales : Incu Su is base de la le ua parte posterior de la
 lengua múltiples degluciones: S NO
 Residuos faríngeos: SI NO
 Calificación de test de agua: positiva cantidad mL negativa
 cantidad: _____ mL
 Calificación de MECV-V: positiva negativa

REPORTE DE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS ENCONTRADAS A PARTIR DE LAS PRUEBAS DE EVALUACIÓN APLICADAS

FUNCIÓN DEGLUCIÓN

Fase preparatoria:

Apertura bucal : adecuada inadecua Cierre bucal : adec do inad ado
 Movimientos de adelantamiento de la lengua: adecuado inadecu o
 movimientos del velo del paladar: adecuado inadecu o
 Lateralización de la lengua para llevar el alimento de uno a otro lado: adec da
 inadecuada control de c eja: SI NO control o omotor: SI NO

dificultades sensoriales: SI NO cuales?	
.....	
motivación o gusto	
por los alimentos: SI NO	uso de instrumentos: SI NO inicio de
apertura de la cavidad oral: normal retardado	anticipado tos
voluntaria: adecuada inadecuada	
Fase oral:	
Reducido Cierre Labial: <input type="checkbox"/> Reducción de la tensión bucal: <input type="checkbox"/> Reducción del movimiento lingual: <input type="checkbox"/> Reducción de la sensibilidad oral: <input type="checkbox"/> desordenes en el traspaso del bolo: <input type="checkbox"/> Inestabilidad para iniciar la deglución: <input type="checkbox"/> hiposalivación <input type="checkbox"/> hipersalivación <input type="checkbox"/> poca adaptación de los órganos orales: <input type="checkbox"/> para la entrada del alimento <input type="checkbox"/> sujeción del bolo: derrame anterior de líquidos: sólidos: sialorrea: dificultad de masticación: dificultad en la coordinación lingual: protrusión lingual:	retardo en el inicio de la deglución: <input type="checkbox"/> Permanencia del bolo sobre la lengua: <input type="checkbox"/> Dificultad en la masticación: <input type="checkbox"/> Disminución en el rango de coordinación de movimientos linguales: <input type="checkbox"/> dificultad para movilizar el bolo hacia atrás: <input type="checkbox"/> reducción de la tensión bucal: <input type="checkbox"/> tránsito oral normal <input type="checkbox"/> adelantado <input type="checkbox"/> disminuido <input type="checkbox"/> residuos: sulcus/incus: anterior lateral piso de la boca lengua paladar duro atragantamiento: tos: ahogo: atoro:
Fase faríngea:	
Cambios en las cualidades de la voz: SI NO <input type="checkbox"/> Aumento de flemas: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sensación de obstrucción: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Reflujo faríngeo-laríngeo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Retraso o ausencia reflejo deglutorio: SI NO <input type="checkbox"/> Cierre velo faríngeo inadecuado: SI NO Cierre laríngeo inadecuado: <input type="checkbox"/> SI NO Reflejo deglutorio: adecuado: <input type="checkbox"/> retrasado: ausencia: Cierre velo faríngeo: inadecuado <input type="checkbox"/> adecuado <input type="checkbox"/>	compromiso de la protección de la vía aérea: SI NO <input type="checkbox"/> aspiración durante la deglución: SI NO <input type="checkbox"/> Reducción del peristaltismo faríngeo: SI NO <input type="checkbox"/> Reducción de la elevación faríngea: SI NO <input type="checkbox"/> tos voluntaria: Presente <input type="checkbox"/> Ausente sensación de alimento pegado: SI NO <input type="checkbox"/> degluciones ruidosas y audibles: SI NO <input type="checkbox"/> calidad cal: adecuada alterada

DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA OROFARINGEA

CLASIFICACIÓN DE LA DISFAGIA SEGÚN EL GRADO DE SEVERIDAD SEGÚN STEEFEL EN 1981
Severo: <input type="checkbox"/> no alimentación oral Moderadamente severo: <input type="checkbox"/> sucesos inconstantes en alimentación oral, constante supervisión. Moderada: <input type="checkbox"/> alimentación oral con técnicas alimentarias, supervisión completa. Levemente moderada: <input type="checkbox"/> dificultad con líquidos claros o sólidos. Leve: <input type="checkbox"/> dieta regular, restricción de algunos alimentos, requiriendo técnicas.

Mínima recibe dieta regular con algunas restricciones, episodios ocasionales de tos con líquidos o sólidos.

Normal Alimentación adecuada.

DIAGNOSTICO FONOAUDIOLÓGICO:

CONDUCTA: _____

EVALUADOR: _____

ANEXO # 8 PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN REALIZADOS POR CADA

FONOAUDIÓLOGO

Fonoaudiólogos	Anamnesis	Eval. de la conciencia	Eval. Del lenguaje	Eval. De la postura	Eval. De la respiración	Eval. De órganos fonarticuladores	Reflejos orofaríngeos	Auscultación cervical	Wáter test	Eval. con consistencias	Blue test	Eval. De los sentidos	Eval volumen y viscosidad	Eval. En seco	Eval. Funciones alimentación	Total de procedimientos por Fonoaudiólogo
1		X	X	X		X			X		X					6
2		X	X			X	X				X					5
3	X			X	X	X	X		X							6
4						X					X		X			3
5	X		X	X			X					X				5
6		X		X		X	X	X		X	X			X		8
7	X	X	X					X			X		X			6
8			X			X					X				X	4
9				X		X			X		X					4
10	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X			X	11
11	X	X			X	X			X		X				X	7
12	X	X	X													Total procedimientos por Fonoaudiólogo
13	X			X		X			X					X		
14				X	X	X										
15	X	X									X		X	X		
16	X				X	X					X			X		5
17	X	X	X				X			X					X	5
18				X		X							X	X		4
19	X			X		X			X		X				X	4
20	X				X		X					X				4
21	X		X			X				X	X		X			5
21	X		X			X				X	X		X			6
Total	13	9	8	10	6	15	7	2	7	4	13	3	5	5	5	112
																103

ANEXO # 9. SIGNOS DE DISFAGIA ORAL OBSERVADOS POR LOS FONOAUDIÓLOGOS

Fonoaudiólogos	Acumulación de líquido	Derrame alimento por com. labiales	Dif. en apertura oral	Mal manejo del bolo	Mov. Maxilares inadecuados	Mov. Peristálticos linguales alt.	No. Masticación o al. Es la misma	No salivación	No trituración del bolo	Retraso reflejo deglutorio	Sialorrea	TOTAL de signos observados por Fonoaudiólogos
1	X	X		X								3
2					X	X				X		3
3		X		X			X	X				4
4				X					X	X		3
5		X		X	X	X	X				X	6
6		X	X	X								3
7			X	X		X						3
8		X		X		X						3
9		X		X			X					3
10		X		X							X	3
11			X	X		X		X		X		5
12		X		X							X	3
13				X			X			X		3
14				X								1
15		X		X		X	X		X	X		6
16		X		X		X						3
17	X	X			X					X		4
18	X	X		X			X					4
19	X			X				X				3
20		X			X		X		X			4
21			X									1
Total	4	13	4	17	4	7	7	3	3	6	3	71

ANEXO # 10. SIGNOS DE DISFAGIA FARÍNGEA OBSERVADOS POR LOS FONOAUDIÓLOGOS

Fonaudiólogos	No disparo reflejo deglutorio.	Deglución múltiples	Inad. Ascenso y descenso del hioides	Sonidos deglutorios irregulares	Atragantamiento	Tos	Aspiración	Reflujo	Aclaración de la voz	Voz húmeda	Deglución forzada	Mov. Asociados	Aumento del tiempo de latencia	Disfonía	Sensación de cuerpo extraño	Dolor	Total de signos por Fonaudiólogo
1					X	X											2
2							X										1
3					X	X		X	X								4
4						X	X			X							3
5			X	X		X		X									4
6	X		X				X				X						4
7	X	X	X	X													4
8						X						X					2
9						X		X									2
10					X	X	X	X					X				5
11	X			X		X	X										4
12					X	X		X									3
13	X							X									2
14						X											1
15					X									X			2
16			X		X										X		3
17					X	X		X							X		4
18						X		X								X	3
19				X		X											2
20					X	X									X		3
21	X		X														2
Total	5	1	5	4	8	14	5	8	1	1	1	1	1	1	3	1	61