

ATENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA DEL PACIENTE CRÓNICO CON DISFAGIA

Luis Arturo Perlaza Cuero¹

Fecha de recepción: 16 de Febrero de 2015

Fecha de aprobación: 16 de Mayo de 2015

Citar como: Perlaza, L. (2015). Atención fonoaudiológica del paciente crónico con disfagia: *Revista Areté*, 15 (1) pp. 39-51.

Resumen

El presente documento es un artículo de revisión sobre aspectos relacionados con la atención fonoaudiológica del paciente crónico con disfagia, en el que se tuvieron en cuenta ejes principales como evaluación, diagnóstico e intervención de una práctica que cada día tiene más auge; convirtiendo a los profesionales del área en las personas indispensables para el cuidado de la deglución. El objetivo principal fue describir información relacionada con la atención fonoaudiológica del paciente crónico con disfagia. El método investigativo utilizado fue descriptivo, mediante la recolección de documentación científica de categorías de temas relacionados con el tópico principal. La investigación llevó a la conclusión que la atención del paciente crónico con disfagia debe estar basada en facilitar funcionalidad de motricidad oral y de estructuras deglutorias, que permitan desencadenamiento de reflejo deglutorio y por ende deglución de fluidos orales propios; para impedir compromiso de vía aérea (acumulación de fluidos orales en región supraglóticas, aspiraciones de fluidos orales, posibles broncoaspiraciones, neumonías) y en casos extremos la muerte.

Palabras clave: fonoaudiología, paciente crónico, disfagia.

SPEECH AND LANGUAGE CARE OF CHRONIC PATIENTS WITH DYSPHAGIA: SYSTEMATIC REVIEW

Abstract

This document is a systematic review about speech and language therapy practices in chronic patients with dysphagia, taking into account main topics like evaluation, diagnosis and intervention of a practice that nowadays is well known, becoming an indispensable person the professionals in this area in care of swallowing. The main objective was to describe the information related with the attention of speech and language therapy in chronic patients with dysphagia. The method used for this review was a descriptive analysis based on the collection of documents. The final conclusions of this review were that the attention of chronic patients with dysphagia must to be

¹ Fonoaudiólogo de la Universidad del Cauca. Diplomado en disfagia y otros trastornos en la ingestión de alimentos, Universidad del Valle. Diplomado en Intervención Terapéutica desde el Neurodesarrollo, Universidad Santiago de Cali. Contacto: luisperlazac@hotmail.com

based on facilitation of oral motor function and swallowing's structures to trigger the swallowing reflex to swallow own oral fluids to avoid airway compromise (oral fluid accumulation in supra-glottic region, oral fluid aspiration, possible aspiration, pneumonia) and death in extreme cases.

Keywords: speech and language therapist, chronic patient, dysphagia.

INTRODUCCIÓN

La atención del paciente crónico con disfagia, ha tomado cada vez más importancia, ya que se ha evidenciado cómo la incapacidad para deglutir algo tan simple como los fluidos orales propios (saliva), ocasiona complicaciones grandes como problemas respiratorios y neumonías por broncoaspiraciones. Por tal razón, el reto del fonoaudiólogo implica documentarse sobre dichas dificultades y posibles planes terapéuticos, ya que de acuerdo a la Ley 376 de 1997 que rige su ejercicio en Colombia, es éste el encargado de intervenir a las personas que presenten estas dificultades. (Ministerio de Educación, 1997).

En la disfagia o dificultad para tragar se presentan anomalías como: debilidad en la musculatura de los labios, boca, lengua, paladar, faringe y esófago, no coordinación de movimientos, ablación quirúrgica en tejidos y sensaciones disminuidas en las cavidades oral y faríngea que provocan demora en la estimulación de la deglución (Huckabee, 1997).

La disfagia es una dificultad frecuente en las personas adultas que han sufrido un accidente neurológico, un accidente vascular cerebral o un daño estructural como un tratamiento para un cáncer en la cabeza o en el cuello; y en los niños y bebés por causa de una anomalía congénita o un trastorno adquirido en el desarrollo neurológico. Igualmente por un traumatismo craneo-cerebral, una herida medular o enfermedad neurológica como el mal de Parkinson, la esclerosis lateral amiotrófica o la esclerosis múltiple (Logemann, 2010). De acuerdo con Nazar, Ortega y Fuentealba (2009) la disfagia

orofaríngea también se asocia a complicaciones como neumonía aspirativa, desnutrición, deshidratación y obstrucción de la vía aérea y especialmente prevalece en mayores de 75 años, en pacientes con cuadros neurológicos (p.e. accidente vascular encefálico) y en pacientes que han requerido instrumentación de su vía aérea (intubación orotraqueal y/o traqueostomía).

Los pacientes crónicos, según Bilbao Curiel, et al (1994), son personas que normalmente padecen más de una patología, de naturaleza crónico-degenerativa, que se acompaña de incapacidad que les hace dependientes en mayor o menor grado de sus familiares, cuidadores y del sistema sanitario, quedando algunos confinados en sus domicilios o en instituciones. Algunos de estos pacientes crónicos presentan incapacidad para deglutir, ocasionando deshidratación y malnutrición, y en ocasiones complicaciones pulmonares que pueden conducir a la neumonía y potencialmente, también a la muerte (Huckabee, 1997).

Las mejoras higiénicas sanitarias, medioambientales y el progreso científico-tecnológico, han permitido un aumento de las expectativas de vida en los últimos años. (Bilbao Curiel, et al, 1994; De La Revilla y Espinosa, 2003). Esta mejora ha facilitado que se dé mayor accesibilidad en salud a los pacientes crónicos mediante atención domiciliaria, con un grupo médico, de enfermería y terapéutico interdisciplinar en el que se encuentra el fonoaudiólogo.

La mayoría de pacientes crónicos que tienen alteración en la deglución, se encuentran en sus domicilios, por eso se hace importante la atención fonoaudiológica domiciliaria. En cuanto a

ésta, el Manual de Procedimientos para la práctica fonoaudiológica, versión II, (Ángel, Casas y Suárez, 2003), la definen como un procedimiento de primer nivel dirigido a evaluar las necesidades comunicativas y a facilitar la recuperación del paciente/usuario que presente un desorden de comunicación. Los resultados esperados son la evaluación y el tratamiento domiciliario que incrementa la habilidad del paciente/usuario para comunicarse de una manera funcional e independiente, mejora el control motor oral en el caso de dificultades de la deglución y asegura la interacción y participación de la familia y los cuidadores del paciente/usuario.

Desarrollo conceptual

La evaluación de la función deglutoria en el paciente crónico permitirá al profesional conocer todas las alteraciones presentes, facilitando las estrategias que se utilizarán en la intervención, las cuales serán en pro del mejoramiento o mantenimiento de dicha función.

Al hablar de atención del paciente crónico, es importante conocer cómo está el mecanismo deglutorio, ya que se presentan alteraciones relacionadas con agnosias orales, falta de control cefálico, alteraciones musculares en cuello, cinturón escapular, tronco, pelvis y tórax, que hace que la deglución se vea comprometida modificando estructuras como hueso hioides, cartilago tiroideos, musculatura extralaríngea, orofacial, reja costal y diafragma. Estas alteraciones son las causantes de dificultades como sialorrea, fallas en disparo de reflejo deglutorio en fase oral y faríngea, impidiendo una adecuada deglución de fluidos orales propios, o conllevando acumulación de estos en vías respiratorias superiores, con dificultades en desencadenamiento de reflejo protector de tos y nutrición suplementaria, por ejemplo con gastrostomía. Estos pacientes generalmente presentan un grado severo de disfagia de acuerdo a características referidas por Steefel (1981, citado por Cherney, et al., 1994); por esta razón, en la evaluación se debe tener en cuenta:

Anamnesis: es necesario conocer los antecedentes médicos del paciente, haciendo una revisión de su historia clínica (Cherney, 1994; Florín, Menares, Salgado, Tobar y Villagra, 2004; Logemann, 2010; Díaz, 2010).

Estado de conciencia: la conciencia hace referencia al conocimiento que se tiene de sí mismo y del entorno, por esto es importante evaluar aspectos generales de la cognición del paciente (Florín, et al., 2004), considerando sus respuestas al hablar, al movimiento o al dolor (Mann, 2002). Se sugiere para la valoración del estado de conciencia, revisar el reporte de la Escala de Glasgow u observando la apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora.

Postura: la postura cefálica, facial, cervical, de cinturón escapular, tronco y pelvis es determinante en el mecanismo deglutorio, ya que alguna alteración en ésta, puede desencadenar modificaciones orales, en musculatura y estructuras deglutorias afectando a su vez el disparo deglutorio y por ende la deglución.

Respecto a la evaluación postural, Queiroz (2002) considera que el primer momento de la evaluación es para la postura corporal como un todo y propone examinar cabeza, hombro y cuerpo: frente, espalda y perfil.

Tener en cuenta la posición en la que se encuentra el paciente (bipedestación, sedente o en decúbito dorsal), examinar la cara, observar siempre la simetría, el tono y la postura de las estructuras examinadas. Desde el punto de vista anatómico y funcional, sugiere relacionar las partes duras y blandas para prever las funciones que podrán realizarse en las estructuras existentes.

Por otra parte, en el caso de niños o jóvenes con alteraciones neuromusculares como la parálisis cerebral debe tenerse en cuenta la presencia de patrones de movimientos anormales que según Bobath (1987), pueden definirse como los que no se ven en ninguna etapa del bebé normal

nacido a término. Este autor refiere que los patrones de movimientos normales primitivos indicarían estado patológico.

Respiración: para Stuart (2003), el proceso de la respiración incluye tres funciones distintas aunque relacionadas entre sí: a) Ventilación (respiración); b) Intercambio de gases, que tiene lugar entre el aire y la sangre de los pulmones y también entre la sangre y otros tejidos del cuerpo; c) Utilización del oxígeno por parte de los tejidos en las reacciones de liberación de energía que tienen lugar en la respiración celular. Igualmente refiere que la ventilación es un proceso mecánico que desplaza al aire hacia adentro y hacia afuera de los pulmones y consta de dos fases: inspiración que hace referencia a la inhalación del aire y espiración que hace referencia a la exhalación de aire acompañada cada una con el aumento y disminución correspondientes de los volúmenes del tórax y de los pulmones.

Por otro lado, Boone (1983) refiere que a fin de entender la fisiología de la respiración es necesario recordar el alto grado de elasticidad de los pulmones. Como en la inspiración la caja torácica aumenta de tamaño, el elástico tejido pulmonar sigue a la expansión torácica y aumenta así de tamaño los pulmones.

Teniendo en cuenta lo anterior, la respiración cumple un papel importante en nuestro desempeño como individuos relacionados con gasto energético celular y en mecanismos de deglución y de habla. Haciendo referencia a la última, la falta de control entre el proceso respiratorio y deglutorio, puede desencadenar en el individuo muchas dificultades como atragantamientos o posibles broncoaspiraciones, ya que las apneas presentes en el mecanismo deglutorio deben ser coordinadas.

De acuerdo a Queiroz (2002), un mal mecanismo respiratorio puede alterar algunas 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.

Mann (2002) considera importante evaluar la frecuencia respiratoria al tragar o deglutir (coordinación de la respiración al tragar), observar el modo respiratorio, el ritmo de deglución de la saliva del paciente en relación con la inhalación y exhalación, 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.

Por otro lado, Zambrana (1998) refiere que el primer proceso a tener en cuenta en la respiración es el tipo respiratorio superior, medio, inferior o completo. Igualmente para conocer el modo respiratorio del paciente, se puede colocar debajo de las fosas nasales un espejo de Glatzel propuesto por Junqueira (2002), para conocer si efectivamente el paciente está respirando o no por nariz.

De acuerdo a la recopilación realizada, en el proceso respiratorio hay que tener en cuenta:

Músculos que participan en la respiración (Stuart, 2003):

Músculos de la Inspiración: músculos esternocleidomastoideos, escalenos, intercostales externos, intercostales paraesternales y músculo diafragma.

Músculos de la espiración: músculos intercostales internos, oblicuo abdominal externo, oblicuo abdominal interno, transversal del abdomen y recto abdominal.

Caja torácica: conocer la anatomía de la caja torácica y evaluar su estructura en cada hemitórax teniendo en cuenta lo expuesto por Agur (1994) “el esqueleto del tórax consiste en doce vértebras torácicas, doce pares de costillas y cartílagos costales y el esternón. Cada costilla

se articula con la columna vertebral; por delante los siete cartílagos costales superiores se articulan con el esternón; los cartílagos octavo, noveno y décimo se articulan con el cartílago superior próximo; las costillas once y doce son costillas “flotantes”; sus cartílagos se articulan ventralmente; posteriormente todas las costillas se inclinan hacia abajo; por delante, los cartílagos costales tercero a decimo se inclinan hacia arriba; la apertura torácica superior (entrada torácica) es la comunicación entre la cavidad torácica y la región cervical; está limitada por la primera vertebra torácica, las primeras costillas y sus cartílagos, y el manubrio del esternón. La clavícula se ubica por encima de la cara anterosuperior de la primera costilla, lo que hace difícil la palpación de esta última; es fácil localizar la segunda costilla porque su cartílago costal se articula con el esternón en el ángulo esternal. Las costillas tres a diez se pueden palpar en dirección laterocaudal a partir de la segunda costilla; los cartílagos costales fusionados de la costilla siete a diez forman el arco costal (margen) y los extremos de las costillas once y doce se pueden palpar en sentido posterolateral. La escapula está suspendida desde la clavícula y se sitúa entre las costillas segunda y séptima”.

Músculo diafragma: evaluar la activación de este músculo, ya que de acuerdo a Stuart (2003), la contracción del diafragma en la inspiración, incrementa el volumen torácico y pulmonar.

Modo respiratorio: utilizando un espejo de Glatzel (Junqueira, 2002) para determinar permeabilidad y salida de aire por las narinas. Igualmente hacer una valoración de postura oral en reposo (Queiroz, 2002).

Clasificación de la respiración según Mann (2002):

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 respiratorio es variable.

Oxigenoterapia: tener en cuenta si el paciente requiere de ayuda terapéutica para poder respirar como nebulizaciones, soporte de oxígeno por cánula o ventury, y aspiración de secreciones.

Saturación de oxígeno (Spo2): utilizando un pulsoxímetro o saturómetro, para valorar la saturación de oxígeno el cual es transportado por la hemoglobina (Hb), en el interior de los vasos sanguíneos, tomando como parámetro la saturación parcial de oxígeno. Valores normales 90%. Esto determinará si el paciente está presentando dificultad respiratoria.

Traqueotomía y traqueostomía: en pacientes que presenten oclusión de la tráquea por una inflamación, secreción excesiva, traumatismo o aspiración de cuerpo extraño (Stuart, 2003). Traqueotomía: procedimiento de apertura quirúrgica de la Tráquea. Traqueostomía: colocación de una sonda en la Tráquea para permitir la respiración y mantener abierta la vía respiratoria.

Igualmente hay que observar cómo está el proceso respiratorio.

Órganos fonoarticuladores: teniendo en cuenta que la alteración frecuente en los pacientes crónicos es la dificultad en desencadenar disparo deglutorio, se deben evaluar los órganos y estructuras que interfieren en ese proceso como son tejidos blandos, órganos endobucuales, estructuras óseas y cartilaginosas, considerando su estado estático y dinámico. Igualmente se debe tener en cuenta la sensibilidad de esas estructuras.

A continuación se exponen algunos autores que hablan sobre exploración de órganos que participan en la deglución:

Cherney 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 más evaluación de la alimentación oral y la deglución.

Igualmente, Zambrana (1998) manifiesta 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 temporomandibular.

Hay que evaluar la sensibilidad: capacidad del paciente para reaccionar ante estímulos táctiles. Se consigna como conservada o alterada. (Florín et al., 2002).

Díaz (2010), considera que en el examen físico y de la deglución, se debe examinar la cavidad oral prestando 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.

Reflejos orofaríngeo: el reflejo es una respuesta involuntaria a un estímulo sensorial. Los reflejos orales aparecen en los primeros meses de vida y se integran o especializan finalizando cada etapa. En los pacientes con lesiones neurológicas es común la presencia de estos. Todos son importantes, pero en la disfagia que presentan los pacientes crónicos, es importante conocer la respuesta del reflejo protector de tos, nauseoso y reflejo de la deglución.

Reflejo de succión: aparece a las 17 semanas de gestación y se integra a los 6 o 12 meses. La existencia de éste después de estos meses, determina dificultades en la integridad de los pares craneales V, VII, IX y XII.

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 después de estas edades, indica lesión neurológica.

Reflejo nauseoso y de gag: 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.

Mackinnon y Morris (1993) refieren que si se estimula la orofaringe pero no en el contexto de una deglución, ocurre un reflejo nauseoso, en el cual las fibras motoras del plexo faríngeo producen una contracción refleja de los músculos de la faringe, el paladar blando y las fauces. Igualmente dicen que si el estímulo es lo suficientemente grande o si se percibe como tal, puede producir una arcada relativamente violenta, acompañada de vómito.

Cherney 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.

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. Mann (2002) determina que se debe evaluar la tos refleja (tos espontánea en respuesta a un irritante), observar cualquier tos

espontánea durante el examen, la tos puede ser provocada en combinación con terapia respiratorio. Asimismo, Cherney 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. También, González y Toledo (2000, citados por Florín et al., 2004) consideran que se debe evaluar la tos (maniobra refleja o voluntaria de la vía respiratoria) y se mide en presente o ausente.

Reflejo de la deglución: Mackinnon y Morris (1993) exponen que la deglución se inicia voluntariamente cuando el bolo alimenticio o un líquido es llevado hacia la orofaringe y estimula ramas sensitivas del nervio glosofaríngeo. Estos estímulos eferentes van por nervios motores hasta la lengua, el piso de la boca, las bandas musculares, la faringe y la laringe. Los músculos elevan y tensan el paladar blando y cierran la nasofaringe. Levantan la laringe, estrechan el orificio de entrada de la laringe y cierran la glotis. La actividad en el plexo faríngeo genera una onda peristáltica que se difunde desde la faringe hacia abajo, a través del esófago, hasta el estómago.

Función deglutoria: hay que realizar una evaluación de la función deglutoria, teniendo en cuenta:

Examinar hueso hioides, cartílagos tiroides y cricoides: mediante palpación ubicar el hueso hioides, colocando el dedo índice y pulgar a cada lado del cuello, inmediatamente por debajo de la mandíbula. Examinar el cartílago tiroides identificando sus dos láminas cuadriláteras que se unen parcialmente en la línea media y el cricoides por debajo del anterior (Mackinnon y Morris, 1993).

Hay que tener en cuenta la ubicación de estas estructuras, las cuales van a determinar funcionalidad de musculatura y reflejo deglutorio.

Evaluación en seco: consiste en evaluar las degluciones realizadas por el paciente con fluidos

orales propios; para determinar efectividad de deglución de estos. Cherney 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.

Técnica de cinco dedos: Logemann (1983, citado por Cherney, et al., 1994) sugiere realizar esta técnica para estimar el tiempo de tránsito orofaríngeo. En esta, 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 cricoides. 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.

Auscultación cervical: Stroud y Leslie (2005, 2007, citados por Barragán, 2008) la definen como el empleo de un dispositivo de audición para evaluar los sonidos de la deglución. 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, de acuerdo a Youmans (2005, citado por Barragán, 2008).

Para la realización de este procedimiento Barragán (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.

Este se realizará con el objetivo de conocer si el paciente está acumulando o no fluidos orales propios en vías respiratorias superiores. Por lo que se hará énfasis en la presencia de sonidos deglutorios anormales: blubing (sonido burbu-

jeante), flushing (presencia de secreciones), popping (sonido similar a torear maíz) (Barragán, 2008).

Blue test o Prueba de tinte vegetal: Cherney et al. (1994) consideran importante la evaluación con colorante azul en los pacientes con traqueotomía, para permitir que cualquier aspiración sea fácilmente observada. Colocar 1cc de tinte vegetal debajo de la lengua del paciente.

Diagnóstico

Luego de realizar la evaluación, se dará una impresión diagnóstica según la clasificación de las enfermedades definida por la normatividad vigente, y que constituye la base del tratamiento (Ministerio de la Protección Social, 2009). El diagnóstico será de Disfagia, que corresponde al código R13, de acuerdo a la Clasificación Internacional de la Enfermedad 10° CIE-10 (Ángel, et al., 2003) y esta se clasificará de acuerdo a los grados de severidad descritos por Steefel (1981, citado por Cherney, et al., 1994), los cuales son:

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.

Los pacientes en condición crónica presentan generalmente una disfagia orofaríngea de grado severo.

De otro lado, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (Organización Mundial de la Salud, 2001), en el capítulo 5, se refiere a funciones del sistema digestivo y específicas funciones de la ingestión, relacionadas con la toma y manipulación de sólidos o líquidos a través de la boca para ingerirlos. Dentro de estos incluye: funciones relacionadas con el acto de morder, succionar, masticar, manipular la comida en la boca, salivar, tragar, eructar, regurgitar, escupir, vomitar; relacionado con deficiencias tales como disfagia, aspiración de comida, aerofagia, salivación excesiva, babeo y salivación insuficiente, y excluye sensaciones asociadas con el sistema digestivo. Igualmente, la CIF tiene en cuenta componentes como: funciones corporales, estructura corporal, actividad y participación, y factores ambientales.

Tratamiento (rehabilitación) Fonoaudiológico de la disfagia en el Paciente Crónico: Logemann (2010) expone que una vez el clínico responsable del diagnóstico ha definido los problemas precisos de la deglución, establece el plan de tratamiento del paciente y este varía para cada uno de acuerdo con la etiología y la naturaleza de su problema de deglución, es decir, según los movimientos particulares que presentan una disfunción.

Díaz (2010) refiere que en el tratamiento, independientemente de la gravedad de la disfagia, siempre se debe garantizar la salud respiratoria (vía aérea) protegiendo al paciente de cualquier riesgo de broncoaspiración (importante consideración con paciente traqueostomizado y de reconstrucción de la vía aérea). Igualmente define que el tratamiento o manejo generalmente está determinado por el tipo y la severidad de la disfagia.

De otro lado, Nazar, Ortega y Fuentealba (2009) comentan que la rehabilitación fonoaudiológica de la deglución se divide en tratamiento indirecto y tratamiento directo, el primero se realiza sin alimentos y consiste en ejercicios para mejorar motricidad oral, faríngea y laríngea. Los mismos

autores exponen que, se realiza deglución de saliva, estimulación termal, con sabores y maniobras que previenen la aspiración.

Ward y Morgan describieron el uso de tres tipos diferentes de programas de rehabilitación, referidos por Winstein (2001 - 1983, citados por Welch-West, et al., 2012) para los pacientes con disfagia después de un traumatismo craneal, basándose en la situación de la función deglutoria en el momento del ingreso. Winstein (1983, citado por Welch-West, et al., 2012) afirmaba que el programa no relacionado con la alimentación se diseñó como un programa de estimulación para los pacientes de muy bajo nivel, con el fin de prepararlos para la alimentación posterior. También se incluyen en este programa, técnicas de desensibilización, como caricias y aplicación de presión o estiramientos, para facilitar una deglución, una succión y unas respuestas intrabucales normales (Welch-West, et al., 2012).

Las alteraciones de la función deglutoria en ocasiones están acompañadas de aspiraciones que según Nazar et al. (2009) corresponden al paso de alimento o secreciones a las vías respiratorias o debajo de cuerdas vocales. Estos autores definen que el riesgo de aspiración dependerá del grado de severidad del trastorno en la deglución, pero también puede aumentar en la presencia de patrones respiratorios alterados, como inspiración rápida, ritmo respiratorio caótico, entre otros. Igualmente, definen la aspiración silenciosa como una aspiración que no gatilla tos ni dificultad respiratoria. Al ser asintomática, este tipo de aspiración no se puede detectar clínicamente y su diagnóstico se basa en la evaluación endoscópica y radiológica de la deglución.

Las aspiraciones son causantes de neumonías por dificultad en el mecanismo deglutorio de fluidos orales propios, por lo que la rehabilitación fonológica consistirá en facilitar la permanencia y fortalecimiento de reflejo deglutorio y mecanismos protectores utilizando estrategias como: técnicas de tratamiento compensador,

estimulación termotáctil, masajes en cara, ejercicios motores orales, ejercicios de aducción de pliegues vocales, maniobra de Mendelsohn, masaje extralaríngeo, movimientos cervicales y movilización de reja costal de acuerdo a los aspectos encontrados en la evaluación, impidiendo que se vea comprometida la salud del paciente.

Técnicas de tratamiento compensador: no son un tratamiento directo del trastorno de la deglución (Welch-West, et al., 2012). Logemann en (1991 - 1999, citada por Welch-West, et al., 2012) refiere que su objetivo es reducir o eliminar los síntomas disfágicos y el riesgo de aspiración modificando el modo en que se produce la deglución.

Logemann (1999, citada por Welch-West, et al., 2012) dice que los tipos de estrategias compensadoras comprenden: ajuste postural de la cabeza, el cuello y el tronco para modificar las dimensiones de la faringe; y técnicas de estimulación sensitiva para mejorar la información sensitiva antes o durante la deglución.

Hay que tener en cuenta que la alineación postural del paciente en cabeza, cuello, cinturón escapular, pelvis y tronco, facilitará una alineación laríngea y faríngea, ayudando al proceso deglutorio. Al igual que la sensibilidad oral exo y endobucal que facilitará mayor conciencia de los órganos deglutorios.

Estimulación termotáctil: Lazzara et al. (1986, citados por Welch-West, et al., 2012) dicen que la estimulación térmica o termotáctil se desarrolló para estimular el reflejo deglutorio de los pacientes que presentan deterioro neurológico.

En este procedimiento, se utiliza un espejo laríngeo frío en la base de los pilares del paladar. El espejo se mantiene en contacto con el pilar y se frota arriba y abajo cinco veces (Welch-West, et al., 2012). Logemann (1998, citada por Welch-West, et al., 2012) afirma que en los pacientes que hayan sufrido un contacto "traumático", el

procedimiento se hará en el lado normal (no dañado) de la boca. La deglución faríngea no se desencadena en el momento de la estimulación, sino que su finalidad es aumentar la sensibilidad para la deglución en el sistema nervioso central. De acuerdo a la misma autora se espera que cuando el paciente intente deglutir, la deglución faríngea se desencadene más rápidamente.

Una modificación a este procedimiento, es realizarlo con un aplicador y sin el uso de estimulación térmica en el caso de pacientes muy graves.

Masajes en cara: Canamasas (1993) define que el masaje en cara es de gran utilidad en la lesión y patología en esta región. Igualmente define que hay que buscar la eficacia en cada tratamiento manual que se realice de acuerdo con un objetivo. Se debe tener en cuenta la anatomía y función de músculos periorales e intraorales y técnicas de activación, elongación o relajación muscular.

Ejercicios motores orales: Logemann (1998, citada por Welch-West et al., 2012) expone que los ejercicios introducidos en los pacientes que presentan un trastorno de la deglución comprenden distintos ejercicios motores orales, como los centrados en la amplitud del movimiento para los labios, la lengua, la mandíbula y las estructuras faríngeas. Kramer et al. (2007, citados por Welch-West, et al., 2012) afirman que estos ejercicios se diseñaron para mejorar la fuerza, el movimiento, la conciencia y la coordinación muscular durante la deglución.

Según Welch-West et al. (2012) pueden realizarse ejercicios que faciliten la elevación y lateralización de la lengua, para ayudar a mejorar el tránsito oral. Logemann (1998, citado por Welch-West, et al., 2012) expone que en estos casos, puede pedirse al paciente que realice ejercicios linguales muy específicos con el fin de mejorar el habla y la deglución. Igualmente dice que se le puede pedir que participe en ejercicios de re-

sistencia de la lengua (empujar la lengua contra un depresor lingual o un palo de helado durante 1 segundo) y ejercicios de control del bolo (para permitir que el paciente aprenda a controlar o manipular los alimentos introducidos en la boca).

Para control mandibular, Muller (1979, citado por Bustos, 1980) recomienda ubicarse a la derecha del paciente sujetando la mandíbula del paciente, colocando el dedo pulgar sobre la articulación de la mandíbula, el dedo índice entre el mentón, ejerciendo presión constante.

Debido a que los pacientes crónicos no pueden ejecutar órdenes, se realizarán estos ejercicios de manera pasiva, los cuales permitirán ejercitar las estructuras orales para la deglución.

Ejercicios de aducción de pliegues vocales: Welch-West et al. (2012) indican que estos ejercicios se realizan a fin de mejorar el tono de voz y reducir el riesgo de aspiración. Kramer et al. (2007, citados por Welch-West, et al., 2012) exponen que estos ejercicios se recomiendan en las personas cuyas cuerdas vocales no logran cerrarse por completo.

En los pacientes en condición crónica, se realiza aducción de pliegues vocales colocando dedo índice y pulgar en cartílago tiroideos, acercando cuerdas vocales, lo cual permite propiocepción de pliegues vocales y, en algunos casos, desencadenamientos de tos para protección de vía aérea.

Maniobra de Mendelsohn: Perlman y Schulze-Delrieu (1997, citados por Welch-West et al., 2012) exponen que el objetivo de esta maniobra consiste en corregir el movimiento laríngeo reducido y la incoordinación de la deglución. Logemann (1998, citada por Welch-West et al., 2012) dice que se logran mejoras de la función deglutoria mediante un aumento del grado y la duración de la elevación laríngea, lo que aumenta la duración y la amplitud de la apertura cricofaríngea.

MATERIALES Y MÉTODOS

La revisión teórica se inició luego de formular la pregunta ¿cómo es la atención fonoaudiológica del paciente crónico con disfagia?, por lo que se planteó el objetivo de describir la atención fonoaudiológica del paciente crónico con disfagia mediante la recopilación y revisión de textos científicos. El método utilizado fue descriptivo. Para profundizar en el tema, se realizó una documentación sobre categorías temáticas, relacionadas con el planteamiento central, entre ellas: fonoaudiología, paciente crónico, disfagia, diagnóstico e intervención de la disfagia.

Teniendo claridad de los temas a investigar, se realizó una recolección de la información de textos nacionales e internacionales: libros, capítulos de libros, artículos investigativos, revisiones de tema, memorias de eventos académicos, de los que se seleccionaron 25 fuentes bibliográficas: 13 fuentes de consulta física, 12 de fuentes virtuales, y 1 fuente de memoria de seminario de actualización.

Las fuentes de consulta física fueron escogidas debido a la facilidad en el acceso a la información en una universidad pública reconocida, a la importancia del tema y su relación con la revisión y autores. En cuanto a la recolección virtual, las bases de datos que se tuvieron en cuenta fueron: revistas científicas, e información por autores. Además de la oportunidad de acceder a textos completos. La fuente referente a memoria de seminario de actualización, se tuvo en cuenta debido a los temas tratados, trayectoria y conocimiento del ponente.

CONCLUSIONES

La Ley 376 de 1997, dice que el fonoaudiólogo es un profesional independiente, que se interesa en este caso específico a intervenir los desórdenes del habla como la disfagia. Para ganar cada vez esa independencia como profesionales, es indispensable la preparación en temas relacionados con la patología, evaluación e in-

tervención; que permitan idoneidad para estar en la capacidad de tomar decisiones dentro del grupo interdisciplinario, que generalmente está conformado por médico general, médicos especialistas, enfermeros, nutricionistas, terapeutas respiratorios y fisioterapeutas.

Los datos referentes a las causas de la disfagia se relacionan mucho con las características actuales de atención de pacientes domiciliarios, los cuales son adultos con secuelas de enfermedades neurológicas y niños con trastornos neuromusculares.

La intervención fonoaudiológica del paciente crónico con disfagia, debe estar basada en facilitar una motricidad oral y estructuras deglutorias funcionales, que permitan desencadenamiento de reflejo deglutorio y por ende deglución de sus fluidos orales propios; para impedir compromiso de vía aérea (acumulación de fluidos orales en región supraglóticas, aspiraciones de fluidos orales, posibles broncoaspiraciones, neumonías) y en casos extremos la muerte.

Es indispensable la atención fonoaudiológica en todos los ámbitos clínicos e institucionales donde haya pacientes crónicos, que a su vez tengan dificultades en deglución, debido a que de esta manera se facilitará que estos conserven esta habilidad vital.

La atención fonoaudiológica del paciente crónico con dificultades de deglución sin posibilidades de ingerir alimentos por vía oral, se convierte en un cuidado para conservar habilidades básicas como reflejo deglutorio; relacionado con mejores condiciones higiénico-sanitarias que conservan y mejoran la calidad de vida.

REFERENCIAS

- Agur, A. M.R. (1994). Gran atlas de anatomía. Novena edición. (pp. 8-25). Editorial Médica Panamericana S.A

- Ángel, L., Casas, A. y Suarez, J. (2003). *Manual de procedimientos para la práctica fonoaudiológica. MPPF-II*. Asociación Colombiana de Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje – ACFTL. (pp. 17, 153).
- Barragán, 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/rehabilitacionlogo/guia_practica_basada_en_la_evidencia_para_la_auscultacion_cervical.pdf
- Bilbao Curiel, I., Gastaminza Santacoloma, A.M., García García, J. A., Quindimil Vázquez, J.A., López Rivas, J. L. y Huidobro Fernández L. (1994). *Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud*. Recuperado de: http://www.sepeap.org/archivos/Hemeroteca/AtencionPrimaria1994_2000/1994/9413_188.pdf
- Bobath, B. y Bobath, K. (1987). *Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral*. (pp. 29-30). Editorial Médica Panamericana.
- Boone, D. (1983). *La voz y el tratamiento de sus alteraciones*. (pp. 22-29). Editorial Médica Panamericana S.A.
- Bustos, M.C. (1980). *Reeducación del habla y del lenguaje en el parálisis cerebral* (pp. 105). Editorial Gráficas Torroba.
- Canamasas, I. S. (1993). *Técnicas manuales: masoterapia*. (pp. 107). Mansson-salvat, Barcelona.
- Cherney, L., Pannell J. y 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 la Revilla, L. y Espinosa Almendrob, J. M. (2003). *La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores*. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v31n09a13048141pdf001.pdf>
- Díaz, R. (2010). *Evaluación y tratamiento de la disfagia en el paciente pediátrico y adulto. Memorias seminario evaluación y tratamiento de la disfagia en el paciente pediátrico y adulto. Un enfoque multidisciplinar*. Popayán: Universidad del Cauca.
- Florin, C., Menares C., Salgado F., Tobar L. y 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
- Huckabee, M. (1997). *Aplicación de la biorretroalimentación electromiográfica 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. Fundamentos de Fonoaudiología, aspectos clínicos de la motricidad oral* (pp. 17). Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.
- 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=8ylanguage=es>.
- Logemann, J. (1998). *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. (2nd edition)*. Austin, Texas: Pro-Ed Inc.
- Mackinnon, P., y Morris J.F. (1993). *Oxford - Anatomía funcional cabeza y cuello*. (pp. 3, 95, 97, 98, 100, 195). Editorial Médica Panamericana.
- Mann (2002). *Evaluación de la capacidad deglutoria de Mann*. Test de Masa (The Mann Assessment of Swallowing Ability -MASA 2002-).
- Ministerio de Educación Nacional. (1997). Ley 376 de 1997, por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia. Recuperado de: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105005_archivo_pdf.pdf
- Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. (2009). Acuerdo 008 de 2009: Plan Obligatorio de Salud POS. Recuperado de: <http://www.pos.gov.co/Paginas/ACUERDOSCRESCRES.aspx>
- Nazar, M. G., Ortega, T. A. y Fuentealba, M. I. (2009). *Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea*. Recuperado de: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4%20julio/449_DISFAGIA_OROFARINGEA-9.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Versión abreviada (pp. 39, 40, 99). Recuperado de: http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf
- Welch-West, P., Aubut J., Foley, N. y Teasell, R. (2012). *Disfagia e intervenciones nutricionales en los pacientes con lesión cerebral adquirida*.

- Recuperado de: <http://www.traumatismocraneoencefalico.com/modulo-05.htm>
- Queiroz, I. (2002). *Evaluación y terapias de los problemas de la respiración. Fundamentos de Fonoaudiología, aspectos clínicos de la motricidad oral* (pp. 30, 35). Buenos Aires: Médica Panamericana S.A.
- Stuart, F. (2003). *Fisiología humana*. (pp. 500, 503, 508-510). Madrid McGraw-Hill Interamericana.
- Zambrana, N. (1998). *Logopedia y ortopedia maxilar en la rehabilitación orofacial* (pp 55-59). Barcelona: Editorial Mansson.