

HOSPITAL MILITAR CENTRAL	GUIA DE MANEJO: INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CÓDIGO: AT-FOAU-GM-03
 	UNIDAD: APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO	FECHA DE EMISIÓN: 08-12-2017
	PROCESO: APOYO TERAPEUTICO	VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI	Página 1 de 23

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Desarrollar una guía de manejo interdisciplinario para el paciente adulto intrahospitalario que presenta Disfagia en el Hospital Militar Central.

2. METODOLOGÍA

La presente guía se desarrolla con base al consenso del grupo de Fonoaudiólogas, Soporte Nutricional, Gastroenterología, Nutrición, Cuidados Paliativos, Geriatría, Fisiatría, Enfermería, Terapia Respiratoria, Radiología, Trabajo Social.

Se realizó una búsqueda de diferentes artículos sobre Guías interdisciplinarias de disfagia, basados en la evidencia clínica, en las siguientes bases de datos en donde no se encontraron Guías de manejo interdisciplinario para la disfagia.

- MEDLINE
- EMBASE
- LILACS
- COCHRANE

La presente guía se elaboró de acuerdo a la Guía Metodológica para la elaboración de guías en Colombia y se inicia con la identificación y desarrollo de cada una de las siguientes fases:

FASE PREPARATORIA

PASO 1.

- Constitución del grupo desarrollador de la Guía de Atención Integral.

Definición de las preguntas clínicas

- Identificación y declaración de conflicto de intereses.

PASO 2.

Identificación y declaración de conflicto de intereses.

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 2 de 23		

Identificación y declaración de conflictos de intereses. Paso esencial para dar transparencia a la Guía.

PASO 3.

Priorización y selección del foco de una Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia: DISFAGIA

PASO 4.

• Definición del alcance y los objetivos de una Guía de Práctica Clínica

- Título
- Introducción
- Objetivos, alcance
- Justificación
- Población
- Ámbito asistencial

PASO 5

Socialización del documento de alcance y los objetivos de una Guía de Práctica Clínica: Participantes de la guía en HMC.

PASO 6.

Elaboración de banco de preguntas por cada especialidad.

PREGUNTAS PECOT

1. ¿Cuál es la efectividad de medidas diagnosticas del paciente adulto con cuadro clínico de disfagia? (en este interrogante se incluirían medidas físicas como test de deglución, cambios de voz, prueba de agua, bedside, etc.)
2. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de cinedeglución como medio diagnostico en el paciente adulto con cuadro clínico de disfagia? (este interrogante incluiría indicaciones, criterios de selección del paciente, etc.)
3. ¿Que evidencia clínica existe en cuanto al manejo de dieta oral y acceso enteral del paciente adulto con diagnóstico de disfagia? (en esta se incluiría información de nutrición sobre la dieta oral, espesantes, suplementos orales, indicación de colocación o retiro de sondas enterales)
4. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de gastrostomía como procedimiento terapéutico en el manejo del paciente adulto con disfagia? (este interrogante incluiría indicaciones de gastrostomía, efectividad, eventos adversos, contraindicaciones)
5. ¿Qué evidencia clínica existe sobre escalas de calidad de vida en el paciente con disfagia y/o gastrostomía, y como esta puede verse

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 3 de 23		

afectada en el ciclo personal, primario y secundario? (en este interrogante se podría incluir la búsqueda de escalas generales de calidad de vida, entorno paciente-cuidador y red de apoyo).

3. ALCANCE

Desde que el paciente con disfagia es interconsultado al área de Fonoaudiología, hasta que es dado de alta o se define la vía de alimentación más segura para el paciente.

4. POBLACION OBJETO

La guía va dirigida a la población adulta y adulta mayor afiliados al sistema de salud de las fuerzas militares, y que debido a factores multicausales tengan algún tipo de alteración en la función oral faríngea.

5. RECOMENDACIONES

1. NOMBRE: DISFAGIA

2. DEFINICIÓN DISFAGIA

Según la definición de la ASHA, la disfagia es un desorden de la deglución caracterizado por la dificultad en la preparación oral para la deglución o el traslado del material de la boca al estómago. Actualmente, se define como dificultad para tragar, y puede manifestarse mediante el aumento de la comida pasado tiempo por períodos de tos durante las comidas, dificultad para tragar la saliva, por secreciones excesivas en la tráquea, por neumonía recurrente o para la pérdida de peso. Causa en consecuencia, no puede ser percibido de aspiración silenciosa, o alimentos o la saliva entra en las vías respiratorias que pueden conducir a edema pulmonar o neumonía". (Cavalcanti, 1999; ASHA, 1999; García y Coelho, 2009).

3. ETIOLOGÍA

La disfagia orofaríngea puede ser consecuencia de diversas etiologías; un obstáculo mecánico (causas estructurales) tanto por obstrucción intrínseca como extrínseca, o una obstrucción funcional por mala elaboración del bolo en la cavidad oral, debilidad de la contracción faríngea, alteraciones en la coordinación entre la contracción faríngea y la relajación del EES o apertura inadecuada de este esfínter (causas

FT-CLDD-05 V3

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 4 de 23		

5. RECOMENDACIONES

neurológicas, causas musculares, causas funcionales EES).

Causas funcionales:

- A) Enfermedades neurológicas: constituye la causa más frecuente de disfagia orofaríngea. Entre ellas: ACV (30%), enfermedad de Parkinson (52-82%), enfermedad de Alzheimer (84%) esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, tumores cerebrales o fármacos con efectos sobre el sistema nervioso central.
- B) Enfermedades musculares: miastenia gravis (afectación placa motora), poliomiositis (afectación de la musculatura estriada) o miopatías metabólicas.
- C) Alteraciones funcionales EES: acalasia cricofaríngea o disinergia del EES.

Causas estructurales:

A) Intrínsecas: membranas cervicales, divertículo faringoesofágico (Zenker), infecciones (absceso, amigdalitis, fascitis necrotizante), estenosis post radioterapia, posquirúrgica y por cáusticos, tumores (tumores orofaríngeos, laringe y esófago superior), úlceras por fármacos.

B) Extrínsecas: osteofitos cervicales, disfagia lusoria (disfagia mecánica por compresión extrínseca, donde existe una alteración congénita que consiste en la localización anómala de la arteria subclavia derecha que nace en el lado izquierdo del cayado aórtico), bocio, aneurismas, cardiomegalia, neoplasia benigna/maligna: tiroides, ganglios linfáticos, paratiroides, timo, mediastino, etc.

4. EPIDEMIOLOGÍA

Al analizar las estadísticas que se registran en el área de Fonoaudiología del Hospital Militar Central desde el año 2012 a mayo de 2016 se puede observar un total de 3683 pacientes a nivel intrahospitalario de los cuales el 69% presentaron disfagia. Se evidencio que en el año 2012 se atendieron un total de 703 pacientes hospitalizados de los cuales 453 fueron atendidos por disfagia, lo que indica que un 64% del total de la población presentó esta sintomatología. En el año 2013, de un total de 1062 pacientes hospitalizados remitidos a Fonoaudiología se encontró que 539 pacientes presentaron disfagia, lo que indica que se presentó un 50.8% con esta sintomatología. En el año 2014 de 926 pacientes hospitalizados remitidos, 664 pacientes presentaron disfagia, lo que indica que se presentó la sintomatología en el 72% de la población atendida y en el transcurso del año 2015 se atendió un total de 992 pacientes de los cuales 843 cursaron con disfagia lo que indica que se presentó la sintomatología en el 88.5% de la población. Hasta mayo de 2016 se atendió 494 hospitalizados de los cuales 380 (82%) presentaron disfagia.

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 5 de 23		

5. RECOMENDACIONES

Dados los resultados anteriores se observa un aumento en el número de pacientes remitidos con disfagia por diversas especialidades médicas en el transcurso de 4 años y 5 meses, adicionalmente se estima que más del 50% de los pacientes hospitalizados presentarán disfagia en el 2017. Si se toman diversos estudios a nivel internacional que estimaron que la prevalencia de la disfagia en pacientes hospitalarios era del 12%; por otro lado en el 2011 se determinó que la incidencia de la disfagia varió entre el 22% y el 65% y que dentro de los hospitales se encuentra en un porcentaje del 30% al 40%. Lo que indica que en el Hospital Militar Central se encuentra por encima de estos porcentajes hasta en un 29% por encima de las incidencias a nivel internacional.

La prevalencia de alteraciones de la deglución en pacientes con enfermedades neurológicas y asociadas al envejecimiento es extraordinariamente elevada y muy poco conocida. La disfagia orofaríngea funcional afecta a más del 30% de los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular. Su prevalencia en la enfermedad de Parkinson se sitúa entre el 52 y el 82%; es el síntoma inicial del 60% de los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica; afecta al 40% de los pacientes con miastenia gravis, al 44% de los pacientes con esclerosis múltiple⁶, hasta al 84% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer y a más del 60% de los ancianos institucionalizados.

La disfagia orofaríngea afecta hasta al 80% de los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico o radioterápico por tumores orofaríngeos, laríngeos y del área maxilofacial 7-10. Por el contrario, la prevalencia de alteraciones de la apertura del EES como causantes de disfagia orofaríngea es baja: menos del 5% de los pacientes referidos a una unidad terciaria para estudio de disfagia orofaríngea funcional presentan alteraciones de la apertura del EES. Las enfermedades más frecuentemente responsables de las alteraciones de apertura del EES son la enfermedad de Parkinson, diversas lesiones medulares y los trastornos del EES asociados al divertículo de Zenker.

5. CLASIFICACIÓN DE LA DISFAGIA Y MANIFESTACIONES CLINICAS

Dependiendo de la localización del origen de la disfagia, ésta se clasifica en disfagia orofaríngea y disfagia esofágica.

La disfagia orofaríngea comprende las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior y supone casi el 80% de las disfagias diagnosticadas. La prevalencia de la disfagia orofaríngea funcional en pacientes con enfermedades neurológicas y neurodegenerativas es muy elevada y alcanza el 30-82% según la enfermedad neurológica específica.

La disfagia esofágica se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior y el cardias, generalmente es producida por causas mecánicas, y supone el 20% de las disfagias que se diagnostican.

Síntomas de disfagia orofaríngea y esofágica:

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 6 de 23		

5. RECOMENDACIONES

DISFAGIA OROFARINGEA	DISFAGIA ESOFAGICA
• Dificultad para comenzar a deglutir, deglución repetitiva • Regurgitación nasal • Tos • Voz nasal • Babeo • Disminución del reflejo tusígeno • Ahogo. • Neumonías recurrentes • Neumonía Aspirativa	• Progresión rápida • Rápida pérdida de peso • Dolor retroesternal • Regurgitación tardía • Sensación de atasco en la región retroesternal

Entre las complicaciones asociadas a la seguridad de la ingesta de alimento se encuentra:

La neumonía aspirativa (NA) se define cuando existe hallazgo de condensación pulmonar, causada por el paso al árbol traqueobronquial de una cantidad importante de secreciones contaminadas por bacterias patógenas, ya sean orofaríngeas o del tracto digestivo, en pacientes con alteraciones de la motilidad orofaríngea o gastroesofágica identificado mediante el examen radiológico. Las complicaciones respiratorias suponen la principal causa de mortalidad en los pacientes con disfagia orofaríngea. Hasta el 50% de los pacientes neurológicos y de los pacientes ancianos presentan alteraciones de la seguridad de la deglución (penetraciones y aspiraciones) durante el estudio videofluoroscópico. Las aspiraciones orofaríngeas ocasionan frecuentes infecciones respiratorias, y hasta un 50% de los pacientes que presentan disfagia y aspiración orofaríngea desarrollarán una NA, con una mortalidad asociada de hasta el 50%.

En pacientes con enfermedades neuromusculares (enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica [ELA], miastenia gravis, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer, traumatismo craneoencefálico), la aspiración crónica de secreciones orofaríngeas y la retención de secreciones o neumonía es la principal causa de morbilidad y mortalidad.

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 7 de 23		

5. RECOMENDACIONES

6. DIAGNÓSTICO DE LA DISFAGIA

Existen diferentes exámenes en la evaluación de la disfagia. Dentro de los más importantes se encuentran los siguientes:

- Evaluación clínica (cabecera del paciente)
- Estudios complementarios:
- Videofluoroscopia

En algunos casos los hallazgos en la evaluación clínica pueden ser consistentes con un diagnóstico previo, y esta evaluación ser suficiente para establecer un plan de tratamiento efectivo. El examen complementario para estudiar la disfagia es la videofluoroscopia.

Examen Clínico - The Bedside

Con el conocimiento previo de la patología de base, el estado neurológico, respiratorio y nutricional del paciente se realiza la entrevista diagnóstica a través del interrogatorio al paciente y al familiar sobre los síntomas, signos y tiempo de evolución de sus dificultades deglutorias.

Logeman (1998), plantea que la evaluación clínica de la deglución le permite realizar un diagnóstico de disfagia y la planeación del tratamiento. Divide la evaluación en dos partes: Examen previo sin deglución y un examen inicial de la deglución.

El objetivo principal del examen es determinar la funcionalidad de un paciente para realizar el paso del alimento de la boca hasta el estómago y la seguridad con que lo hace.

Como aspecto inicial se debe determinar el estado de conciencia del paciente y si ha requerido sedación o no. Como se encuentra su proceso de comunicación, habilidad para seguir ordenes, como es el comportamiento. Se determina el estado respiratorio teniendo en cuenta la función respiratoria y si ha presentado cuadros de neumonía previos, si requiere Intubación, ventilación mecánica, traqueotomía con o sin balón y si este último se encuentra insuflado, así mismo como es el manejo de secreciones.

Otro aspecto a tener en cuenta es establecer si el paciente se encuentra con o sin vía oral y que tipo de alimentación recibe, si es enteral o parenteral.

A nivel respiratorio, se debe valorar en reposo, durante la deglución y en el habla. También, se debe tener en cuenta la frecuencia respiratoria y la saturación que tenga el paciente.

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 8 de 23		

5. RECOMENDACIONES

Velasco (2007) plantea que para una exploración clínica bedside y tener un grado de recomendación B se debe tener en cuenta:

- Una historia médica, con datos sobre neumonías previas, procesos de aspiración, picos febriles, antecedentes de intubación o traqueotomía.
- Estudio del nivel funcional motor, fatigabilidad y control postural.
- Función motora oral y faríngea, exploración de la sensibilidad orofaríngea, de los reflejos velopalatino y deglutorio y de la presencia de tos voluntaria. Se valorará además la presencia de disartria y parálisis facial.
- Un test con texturas, en el que se observe la presencia de apraxia de la deglución, residuos orales, tos o carraspeo al tragar, elevación laríngea reducida, voz húmeda o degluciones múltiples para un mismo bolo.

Logeman (1998) plantea que el clínico debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Observar la sincronía entre el paso de la saliva y las fases del ciclo respiratorio
2. Establecer la presencia de tos durante la coordinación entre la respiración y la deglución.
3. Determinar si el paciente puede sostener una respiración confortable por 1, 3 y 5 segundos.
4. Determinar si el modo respiratorio es oral o nasal durante las etapas de la deglución.

Clavé (2013) plantea que es importante tener en cuenta el funcionamiento de 4 válvulas tanto de apertura y cierre para la adaptación orofaríngea durante la deglución como son:

- Selle entre el paladar blando y la lengua (sello glosopalatino)
- Cierre de la nasofaringe mediante ascenso de velo del paladar (selle velo faríngeo)
- Vestíbulo laríngeo, cerrado mediante el descenso de la epiglotis
- Apertura del Esfínter Esofágico Superior"

El funcionamiento de estas válvulas puede ser verificadas objetivamente durante la deglución pero se tienen en cuenta mayormente durante el examen.

Durante la evaluación se debe tener en cuenta la posición en que se encuentra el paciente, la integridad de la estructura del sistema estomatognático, como es la musculatura y su funcionalidad, si hay control motor oral. Se verifica si hay fonación o no y como son sus cualidades de la voz. La voz húmeda o condiciones vocales permiten establecer la posibilidad de pooling generado por la saliva. Las condiciones articulatorias y de resonancia permiten establecer parte de la integridad del sistema motor oral. Se hace una valoración inicial

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 9 de 23		

5. RECOMENDACIONES

donde se observa el manejo de secreciones que el paciente pueda presentar y como es el proceso deglutorio en seco.

Se valora la presencia o ausencia de reflejos orales como la tos, el nauseoso y la deglución. También, se evidencia la presencia de otro tipo de reflejos que pueden ser patológicos como el de mordedura.

Si las condiciones del paciente lo permiten, se hace la evaluación del test de agua desarrollado por DePippo et al, con el paciente sentado en un ángulo de 90 grados si la condición del paciente lo permite. Se debe observar la función de los labios (protrusión labial), como es el adosamiento de los labios, si presenta sialorrea, como realiza el movimiento lingual y el paso hacia la faringe, si logra desencadenar el reflejo deglutorio y activar el mecanismo de protección laríngea. Lo anterior, se debe hacer acompañado del pulsoximetro para determinar el nivel de saturación.

Rodríguez (2007), plantea que el Test de deglución del agua tiene 11 items que es necesario tener en cuenta como el escape oral anterior; tiempo de transito oral considerando que es adecuado si no supera los 4 segundos pero si lo hace es lento; reflujo nasal; número de degluciones que realiza teniendo en cuenta si es adecuada, múltiple o ausente y se verificara con auscultación cervical; la elevación laríngea apoyada con monitoreo digital determinará si es adecuada, reducida o ausente; la auscultación cervical debe ser realizada antes, durante y después de la deglución y se tendrán en cuenta tres sonidos cuando pasa el bolo por la faringe como dos clicks y el clunk audibles acompañados de un soplo espiratorio, previo sonido durante la inhalación y la exhalación para determinar el estado previo, así como el sonido de apnea en la deglución dando un valor cualitativo como adecuada o alterada; nivel de saturación, la calidad vocal referida a la percepción que se tiene de la voz de un paciente y se puede percibir inadecuado manejo de secreciones, una voz húmeda es indicador de riesgo de penetración o posible aspiración.

Una limitación que se presenta en el examen de bedside es la detección de aspiraciones silenciosas que se pueden determinar con pruebas objetivas como la Videocinedeglución.

Estudios complementarios

En una segunda etapa de la evaluación se realizan exámenes complementarios:

Videofluoroscopia de la deglución.

La videofluoroscopia de la deglución proporciona una imagen bidimensional que permite evaluar objetivamente la dinámica de la deglución

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 10 de 23		

5. RECOMENDACIONES

con visualización de todas las fases (preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica). La utilidad clínica de los EDVF está bien documentada, siendo definida como la evaluación instrumental más para describir y cuantificar los trastornos de la deglución (Logemann, 1998; Martin-Harris et al. (2000).

Estos datos permitirán la definición y el uso de un protocolo de evaluación, tomar decisiones sobre estrategias de intervención durante la evaluación, evaluar la fisiología y funcionalidad de las fases oral, faríngea y esofágica, definir diagnósticos funcionales y sugerir recomendaciones de la dieta a administrar (ASHA, 2004b).

Los EDVF tienen una doble finalidad: diagnóstica y terapéutica (Palmer et al., 1993), es decir, contribuyen para una mejor comprensión del diagnóstico, grado de severidad y posibilidades terapéuticas a (ASHA, 2004; ASHA, 2004a; Jones, 2003; Longemann, 1998; Murray, 1999; Perlman et al., 1997).

Se confirma que la evaluación de la deglución debe iniciarse típicamente con una evaluación clínica que incluye la evaluación orofacial y la biomecánica de la deglución con el alimento y la consistencia (s). Si se observan algunos signos clínicos de disfagia orofaríngea y los mismos suscitan dudas para la definición del diagnóstico funcional, puede ser recomendada una evaluación instrumental de la deglución. Esta decisión deberá ser considerada por los profesionales de la salud que acompañan al tratamiento si, teniendo como base principal los beneficios que los datos obtenidos a través de la realización del EDVF pueden contribuir a la definición del plan de intervención individual (RCSLT, 2007).

La evaluación videofluoroscópica de la deglución permite recopilar información detallada sobre las estructuras y funciones relativas a las diversas fases de la deglución, así como evaluar la posible eficacia de maniobras y estrategias compensatorias. También presenta como ventaja el hecho de obtener imágenes dinámicas de todo el proceso de la deglución, permitiendo visualizar detalladamente la normalidad o presencia de cambios tales como: presencia de aspiración o penetración laríngea, existencia de el reflujo nasal, se encuentra en la cavidad oral y en los recesos faríngeos, en la región retrocricóide, segmento faringo-esofágico, tiempo de tránsito oral y el tiempo de tránsito faríngeo, siendo posible determinar, con base en estas informaciones y en la evaluación clínica previamente efectuada, la gravedad de la trastorno de la deglución.

El objetivo final de los EDVF será determinar si el paciente puede alimentarse, de modo seguro, por vía oral, con cierta consistencia o si es necesaria la indicación de métodos alternativos de tratamiento.

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 11 de 23		

5. RECOMENDACIONES

De acuerdo con la American Speech-Language Association (ASHA, 1998, ASHA, 2004b) y el Royal College (RCSLT, 2007), las principales indicaciones para la realización de los EDVF son:

- Evaluar las estructuras orofaríngeas reconociendo aspectos modificados y preservados.
- Evaluar la fisiología de la deglución (función, función labial y lingual, competencia velofaríngea.
- Retracción de la base de la lengua, elevación hiolaríngea, contracción faríngea, función del esfínter esofágico superior, mecanismo de protección de la vía aérea);
- Evaluar (y monitorear) la deglución con alimentos en diferentes volúmenes y consistencias;
- Definir temporalmente las diferentes fases de la deglución;
- Detectar la presencia de aspiración o penetración laríngea / Evaluar la integridad de la protección de la protección (antes, durante y después de la deglución);
- Evaluar la eficacia de posturas, maniobras, modificación de la consistencia del alimento y estímulos sensoriales en la promoción de una deglución segura y eficiente (proporcionar orientaciones para el plan de intervención);
- Proporcionar información para la promoción de un estado nutricional y de hidratación adecuadas (oral, oral versus no oral);
- Promover el biofeedback para el paciente;
- Contribuir a la definición de diagnóstico (búsqueda, sospechosa de enfermedad de Parkinson), en contexto multidisciplinario de actuación;
- Promover el aumento de la calidad de vida;
- Obtener información para compartir y discutir en el equipo clínico, así como información útil para el cuidador (s), para promover una deglución segura y eficiente.

Las contraindicaciones más significativas en la realización de los EDVF son (ASHA, 1998, RCSLT, 2007):

- Inestabilidad del cuadro clínico, letargo, pacientes agitados o no cooperantes;
- Cuando los datos obtenidos por el examen probablemente no alterarán los procedimientos con el procedimiento (enfermedad, enfermedades crónicas, enfermedades terminales, cuidados paliativos);
- Dificultad en el posicionamiento adecuado del paciente para la realización del estudio;
- Cuando las características fisionómicas del paciente no posibiliten la obtención de las imágenes;
- Cuando se conocen o existe la sospecha de reacciones alérgicas al bario (bastante raro);
- Paciente gestante.

De una manera no exhaustiva, se indica a continuación una lista de condiciones clínicas y patologías de (con perturbaciones de la deglución)

FT-CLDD-05 V3

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 12 de 23		

5. RECOMENDACIONES

elegibles para la realización de EDVF (ASHA, 1998, RCSLT, 2007):

- Patologías neurológicas adquiridas (por ejemplo, accidente vascular encefálico, traumatismo cráneo encefálico, enfermedades neurológicas degenerativas);
- Lesiones benignas o malignas de cabeza y cuello (por ejemplo, laringectomía, complicaciones después radioterapia, entre otros);
- Traqueotomía;
- Alteraciones respiratorias (por ejemplo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica - EPOC);
- Quemaduras y traumas faciales;
- Parálisis cerebral;

Para la evaluación de la penetración y aspiración se puede utilizar la escala de Rosenbeck et al. (1996), que se encuentra en la Tabla 2. Tabla 2. Escala de Evaluación de la Penetración y Aspiración Laríngea (adaptada de Rosenbeck et al., 1996).

CATEGORIA	PUNTAJE	DESCRIPCION
No hay penetración o aspiración	1	Contraste no entra a vía aérea
Penetración	2	Contraste entra en la vía aérea; permanece encima de los pliegues vocales; sin necesidad residuos.
	3	Contraste permanece por encima de los pliegues vocales, permanencia de residuos visibles.
	4	Contraste entra en contacto con los pliegues vocales; sin residuos.
	5	Contraste entra en contacto con los pliegues vocales; permanencia de residuos.
Aspiración	6	Contraste pasa la glotis; sin residuos subglóticos.
	7	Contraste pasa la glotis; residuos subglóticos; respuesta del paciente.
	8	Contraste pasa la glotis; residuos subglóticos; sin respuesta del paciente.

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 13 de 23		

5. RECOMENDACIONES

PROCEDIMIENTO

Idealmente, los EDVF son conducidos de forma colaborativa y participada con la presencia del Médico Radiólogo (para evaluar la anatomía de la deglución) y el Fonoaudiólogo (para evaluar la fisiología y función de la deglución, así como determinar las maniobras y adaptaciones de consistencias necesarias para la realización del examen. La presencia del médico radiólogo no es obligatoria en la sala de realización y/o control, siendo que en estas situaciones la evaluación es conducida por el Fonoaudiólogo y Técnico de Radiología. En el caso sin embargo, deberá estar disponible un Médico Radiologista si es necesaria su colaboración, por para evaluar la situación clínica del paciente (ASHA, 2004a). En los casos en que los EDVF se realicen sin la presencia física (en la sala de realización o en la sala de control) del Médico Radiologista, el informe de la evaluación deberá contener sólo los aspectos relacionados con la fisiología y función de la deglución (ASHA, 2004a).

Fibroscopía de la deglución (FEES, por su sigla en inglés)

La FEES es una técnica endoscópica modificada que consiste en visualizar las estructuras laríngeas y faríngeas a través de un fibroscopio flexible transnasal mientras que el paciente recibe alimentos y bolos líquidos. Sus principales ventajas son la no exposición a la radiación, la movilización del equipo hacia el lugar donde se encuentra el paciente, su alto detalle descriptivo y el bajo costo. El procedimiento consiste en la introducción de un fibroscopio flexible a través de la fosa nasal hasta el cavum, con lo que se obtiene una visión directa de la faringolaringe, en busca de anomalías morfológicas y funcionales. El paciente es estudiado con diversas consistencias de alimentos en volúmenes progresivos, debiendo realizarse evaluaciones repetidas para comprobar la presencia de aspiración y para determinar el efecto de la fatiga en la deglución.

PERSPECTIVAS EN TEMA DE DISFAGIA EN EL ADULTO MAYOR

El envejecimiento por sí mismo no causa disfagia evidente clínicamente, aunque hay cambios asociados a la edad que afectan a las diferentes fases de la deglución. Recientemente se ha afirmado que el envejecimiento causa un deterioro poco conocido de la fisiología orofaríngea, con alteración de diversos reflejos orofaríngeos.

En la fase oral de preparación, se pueden producir las siguientes situaciones:

- Pérdida de piezas dentarias, incluso edentulismo (carencia de dientes). Las piezas dentarias son precisas en el proceso de la deglución para fragmentar el alimento.
- Desajuste de la prótesis.

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 14 de 23		

5. RECOMENDACIONES

- Atrofia de los músculos de la masticación.
- Disminuye la producción de saliva (sequedad de la mucosa orofaríngea). El alimento necesita humedecerse con la saliva para formar el bolo alimenticio.

En la fase faríngea comienza el acto reflejo de deglución:

- Disminuye el tono muscular que puede alterar el aclaramiento faríngeo.
- Mayor propensión al desarrollo de divertículos.
- Epiglotis más lenta y pequeña.
- Alargamiento del tiempo de apnea (cuando la lengua presiona el bolo hacia atrás la respiración se interrumpe momentáneamente y la epiglotis levantada ocluye por completo la vía respiratoria).

En la fase esofágica:

- Disminuye la amplitud de las contracciones peristálticas esofágicas.

La disfagia en la persona mayor suele ser de etiología funcional y de localización orofaríngea o alta. La disfagia orofaríngea funcional es un trastorno de la motilidad orofaríngea que afecta a la propulsión del bolo, a la reconfiguración orofaríngea durante la deglución o a la apertura del esfínter esofágico superior.

La gravedad de la disfagia orofaríngea puede variar desde una dificultad moderada hasta la imposibilidad total para la deglución. En esta situación se convierte en un síntoma grave en el que hay que intervenir urgentemente para evitar posibles complicaciones que pueden llegar a causar la muerte. El término "afagia" denota la obstrucción esofágica completa, por lo común por impactación del bolo alimentario y representa una emergencia médica. La disfagia orofaríngea se caracteriza por un curso anormal del alimento que en ocasiones culmina en regurgitación nasal y broncoaspiración laríngea y pulmonar durante la deglución.

En las enfermedades neurológicas que cursan con trastornos de la deglución o vómitos existe el peligro de "aspiración", es decir, al ingreso de saliva, alimento líquido o sólido, así como medios de contraste, en las vías respiratorias a partir del nivel de las cuerdas vocales. En la disfagia crónica, las consecuencias pueden ser el déficit de líquidos y la pérdida de peso.

Por todo lo referido, la disfagia orofaríngea es potencialmente muy grave, ya que está asociada a una elevada morbilidad como consecuencia de complicaciones nutricionales y respiratorias.

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 15 de 23		

5. RECOMENDACIONES

La fagofobia es el miedo a deglutir y el rechazo a tragar o deglutir; a veces se observa en la histeria, en el tétanos o en la parálisis faríngea por el temor a la broncoaspiración. Las lesiones inflamatorias y dolorosas que originan odinofagia pueden causar también el miedo a deglutir.

La neumonía por aspiración es la causa más frecuente de mortalidad al alta hospitalaria durante el primer año después de un ACVA y se ha convertido en la tercera causa de mortalidad en mayores de 85 años.

El seguimiento estrecho de los problemas deglutorios en los pacientes que han sufrido un ACVA por el equipo médico y de enfermería es de gran importancia, especialmente en la primera semana (se registra un porcentaje de resolución del 45 al 70% en los primeros 10 días). Se recomienda el mantenimiento inicial de la hidratación intravenosa, con monitorización y evaluación diaria de la disfagia para la reintroducción de la ingesta oral (si esta es posible) de forma progresiva y adaptada individualmente a las características de la disfagia que presenta el paciente.

RELEVANCIA DE LA DISFAGIA EN GERIATRÍA

Recientes estudios e investigaciones defienden que actualmente la disfagia debe ser reconocida como un síndrome geriátrico importante, porque su prevalencia es muy alta en pacientes de edad avanzada y reúne el resto de características asociadas a los mismos. Hemos caminado desde la disfagia como síntoma a la disfagia como síndrome geriátrico.

La disfagia es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos, a pesar de su enorme impacto en la capacidad funcional, la salud y la calidad de vida de los ancianos que la padecen. La disfagia orofaríngea funcional debe considerarse como un síndrome geriátrico específico, con una gran trascendencia clínica. Como consecuencia de la disfagia puede producirse penetración de material alimenticio en vías diferentes a la digestiva, provocando en ocasiones episodios francos de aspiración traqueal o bronquial (por paso de agua o alimentos a la tráquea y bronquios) o aspiraciones silentes (penetración de saliva o comida por debajo de las cuerdas vocales no acompañada de tos ni de otros signos observables de dificultad deglutoria).

La desnutrición, la deshidratación y las infecciones respiratorias (especialmente la neumonía por aspiración y las sobreinfecciones respiratorias de repetición) deben considerarse complicaciones potenciales de la disfagia orofaríngea del anciano e interpretarse como síntomas guía para la correcta identificación de la disfagia.

GUÍA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 16 de 23		

5. RECOMENDACIONES

7. TRATAMIENTO

De acuerdo a los hallazgos encontrados en la evaluación clínica y la utilización de algún estudio complementario, se plantea una estrategia de tratamiento. El programa de rehabilitación en la deglución, busca compensar funcionalmente la dificultad que causa la disfagia. El objetivo de la rehabilitación de la disfagia orofaríngea es lograr una deglución segura y eficaz, intentando recuperar la función perdida o bien implementar un nuevo mecanismo que reemplace al anterior y permita una alimentación oral segura.

CRITERIOS DE REHABILITACIÓN CLÍNICA

- Adecuado estado de conciencia.
- Funcionalidad oral-faríngea
- Estadio de la enfermedad

CRITERIOS DE NO REHABILITACIÓN CLÍNICA

- Alteración de estado de conciencia
- No funcionalidad oral- faríngea
- Etapa terminal de enfermedad.

Las estrategias de tratamiento pueden ser agrupadas dentro de 2 categorías que se aplican simultáneamente:

Técnicas propias de tratamiento

- Praxias neuromusculares

El objetivo de la reeducación muscular es mejorar las sinergias musculares que intervienen en las diferentes etapas deglutorias, en su coordinación y sincronismo. Están dirigidas a aumentar la motilidad y tonicidad de las estructuras intervinientes.

- Maniobras deglutorias

Existen maniobras para reducir la disfagia durante la alimentación del paciente, estas son realizadas bajo controles posturales. Cada maniobra

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 17 de 23		

5. RECOMENDACIONES

tiene un objetivo específico para cambiar un aspecto concreto de la fisiología de la deglución.

Técnicas de tratamiento compensatorias

- Técnicas de incremento sensorial

Estas estrategias proporcionan un estímulo sensorial previo al intento de deglución y alerta al SNC, disminuyen el umbral a nivel de los centros deglutorios.

- Alimentación terapéutica

Las modificaciones de la dieta son el componente clave en el programa de tratamiento general de pacientes con disfagia.

Se debe comprender el mecanismo biomecánico de la disfagia en el paciente para poder diseñar una alimentación terapéutica, determinando la consistencia de los alimentos, teniendo en cuenta la coordinación que se necesita para el manejo del bolo, logrando una deglución segura y eficaz.

- Cambios posturales

Las técnicas posturales se suelen usar de forma temporal hasta que la deglución se recupera o las distintas técnicas de tratamiento mejoran el tránsito orofaríngeo. El cambio postural produce en la faringe un redireccionamiento del bolo alimenticio y facilita la actividad muscular, e incluso puede mejorar los tiempos deglutorios.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Etapas 1. Búsqueda de evidencia de las preguntas PICOT en proceso.

Recomendaciones de práctica clínica sobre la exploración clínica de la disfagia.

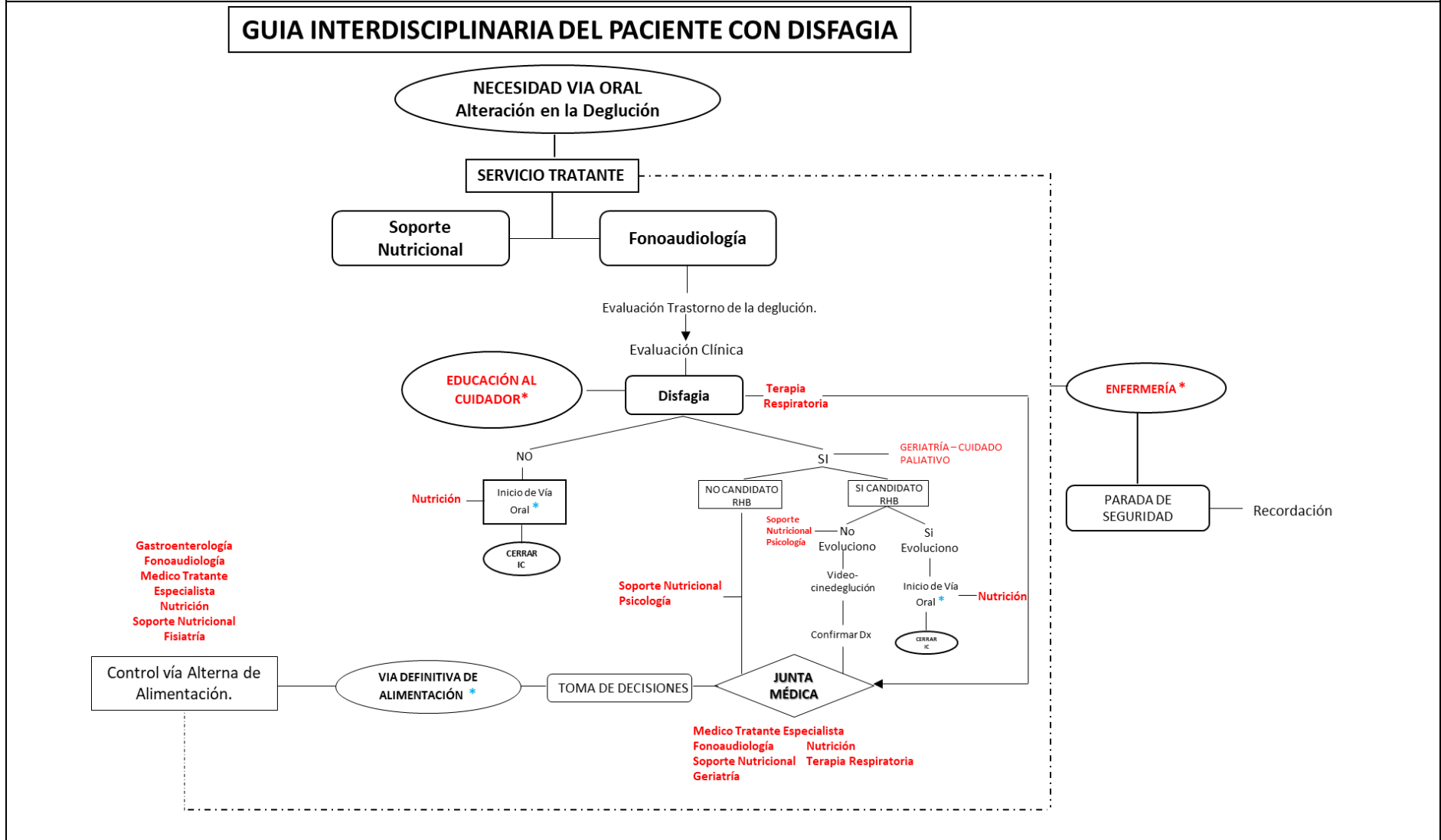
GRADO DE	NIVEL DE	RECOMENDACIÓN
----------	----------	---------------

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 18 de 23		

5. RECOMENDACIONES

RECOMENDACION	EVIDENCIA	
A	1+	Toda persona con alteración de la deglución debe ser valorada por un especialista para poner en marcha técnicas de deglución seguras y estrategias dietéticas adecuadas
B	2+	La deglución debe diagnosticarse lo antes posible, por personal entrenado preferiblemente, utilizando un protocolo simple y validado
B	2++	La exploración clínica debe incluir la observación del nivel de conciencia y el grado de control postural
B	2+	Se debe realizar una exploración clínica a pie de cama que incluya una historia médica, estudio del nivel funcional motor, fatigabilidad y control postural, función motora oral y faríngea, reflejos velopalatino, deglutorio y la presencia de tos voluntaria, la presencia de disartria y parálisis facial
B	2+	La evidencia clínica disponible apoya la valoración de la tos voluntaria y la sensibilidad faringolaríngea con un test clínicosimple. El reflejo de náusea no es válido como test de evaluación de la disfagia
B	2+	La exploración clínica debe incluir un test con texturas, en el que se observe la presencia de apraxia de la deglución, residuos orales, tos o carraspeo al tragar, voz húmeda o degluciones múltiples para un mismo bolo
B	2++	Se debe realizar una observación de la higiene oral y del control de las secreciones orales
C	2+	En el accidente cerebrovascular, esta valoración debe iniciarse en las primeras 48 horas
Tomado de: Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea		

6. ALGORITMO



GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 20 de 23		

7. CONTROL DE CAMBIOS

ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1	N/A Es primera versión del documento			

8. ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

Clavé, Pere et al. Guia de Diagnóstico y de tratamiento nutricional y Rehabilitador de la Disfagia Orofaringea. 2da. Edición. 2013. Editorial Glosa S.L. ISBN: 978-84-7429-596-5

Logeman, Jeri. Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. Pro-ed. 1998

Velasco, Ma. Mercedes et al. Abordaje Clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Revista Nutrición Clínica en Medicina. Noviembre 2007. Vol I – Número 3 pp 174 – 202

Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología, organización mundial de gastroenterología, 2014.
Shamburek RD, Farrar JT. Disorders of the digestive system in the elderly. N Engl J Med 1990;322:438–43.

Hinchey JA, Shephard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S, et al. Formal dysphagia screening protocols prevent pneumonia. Stroke J Cereb Circ 2005;36:1972–6.

Donovan NJ, Daniels SK, Edmiaston J, Weinhardt J, Summers D, Mitchell PH, et al. Dysphagia screening: state of the art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. Stroke J Cereb Circ 2013;44:e24–31.

Holland G, Jayasekaran V, Pendleton N, Horan M, Jones M, Hamdy S. Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. Dis Esophagus 2011;24:476–80.

Turley R, Cohen S. Impact of voice and swallowing problems in the elderly. Otolaryngol Head Neck Surg 2009;140:33–6.

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 21 de 23		

8. ANEXOS

Lin LC, Wu SC, Chen HS, Wang TG, Chen MY. Prevalence of impaired swallowing in institutionalized older people in Taiwan. J Am Geriatr Soc 2002;50:1118–23.

National Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management 2010. Melbourne: National Stroke Foundation, 2010: 78–95.

Scharitzer M, Pokieser P, Schober E, Schima W, Eisenhuber E, Stadler A, et al. Morphological findings in dynamic swallowing studies of symptomatic patients. Eur Radiol 2002;12:1139–44.

Ramsey DJC, Smithard DG, Kalra L. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. Stroke J Cereb Circ 2003;34:1252–7.

Kaye GM, Zorowitz RD, Baredes S. Role of flexible laryngoscopy in evaluating aspiration. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1997; 106:705-9

Hiss SG, Postma GN. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. Laryngoscope. 2003; 113:1386-93

Dra. Adriana Crivelli. Disfagia orofaríngea. Actualización del tema. Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas. Hospital San Martín. La Plata. Argentina. Pan-European Dysphagia Survey 1999.

Carnabi-Mann G, Lenius K. The Bedside Examination in Dysphagia Phys Med Rehabil Clin N Am 2008; 19: 747–768.

Mathers-Schmidt, B. and Kurlinski M. Dysphagia Evaluation Practices: Inconsistencies in Clinical Assessment and Instrumental Examination Decision-Making. Dysphagia 2003; 18: 114-125.

Roberta Gonçalves da Silva. Efficacy of rehabilitation in oropharyngeal dysphagia. Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Barueri 2007; V. 19, n. 1: 123-130.

Clavé Civit P, García Peris P. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Barcelona: Ed. Glosa, 2011.

Clavé P, Arreola V. Valoración y diagnóstico de la disfagia orofaríngea en el anciano. En: Año Gerontológico. Barcelona: Ed. Glosa, 2009; (22):153-67.

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 22 de 23		

8. ANEXOS

Clavé P, De Kraa M. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea en el anciano. En: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, y Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada, editores. Manual de práctica clínica de nutrición en geriatría. Madrid: You & Us S.A., 2003.

Tuomanen EI, Austrian RR, Masure HR. Pathogenesis of pneumococcal infection. N Engl J Med. 1995;332:1280-4.

Almirall J, Cabré M, Clavé P. Aspiration pneumonia. Med Clin (Barc). 2007;129(11):424-32.

Gleeson K, Reynolds HY. Life-threatening pneumonia. Clin Chest Med. 1994;15:581-602.

Marik PE. Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia. N Engl J Med. 2001;344:665-71.

Ramos A, Asensio A, Caballos D, Mariño MJ. Factores pronósticos de la neumonía por aspiración adquirida en la comunidad. Med Clin (Barc). 2002;119 (3):81-4.

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN CURSO

Colina, S, Beltran, O, Alvarado, M, Castellanos, N, (2017-2018) Etiología y evolución de pacientes con disfagia hospitalizados en el hospital militar Central, Universidad Militar Nueva Granada. Medicina Física Y Rehabilitación.

Colina, S, Beltran, O, Alvarado, M, Lopera, S, (2017-2018). Revisión sistemática sobre las intervenciones no farmacológicas usadas en la rehabilitación de los pacientes adultos con disfagia que han demostrado eficacia en la reducción en la incidencia de neumonía aspirativa. , Universidad Militar Nueva Granada. Medicina Física Y Rehabilitación.

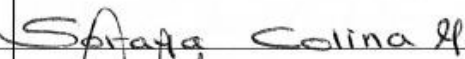
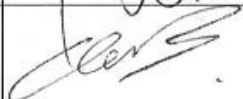
ANTEPROYECTOS POR GRUPO INTERDISCIPLINARIO.

Comparación entre los resultados de las pruebas clínicas y la videofluoroscopia en pacientes adultos con Disfagia en el Hospital Militar Central.

Prevalencia del Adulto Mayor con demencia y la Disfagia.

Impacto presupuestal en pacientes mayores de 45 años con neumonía asociada a disfagia, en el Hospital Militar Central, un estudio retrospectivo.

GUIA DE MANEJO	INTERDISCIPLINARIA DEL PACIENTE ADULTO CON DISFAGIA	CODIGO	AT-FOAU-GM-03	VERSION	01
		Página:	Página 23 de 23		

APROBACIÓN				
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA
ELABORÓ	SMMSM Soraya Colina Matiz	Líder fonoaudiología	Diciembre 2017	
	OPS Monica Alvarado	Fonoaudióloga	Diciembre 2017	
	SMMSM Olga Roció Beltran	Fonoaudióloga	Diciembre 2017	
REVISÓ	SMMSM Soraya Colina Matiz	Líder fonoaudiología	Diciembre 2017	
REVISÓ	CR. (RA) Blanca Reina Camacho	Jefe seguridad y defensa - unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico	Diciembre 2017	
APROBÓ	CR. (RA)MD. Guillermo Vega Torres	Subdirector Sector Defensa. Subdirección de Servicios Ambulatorios y de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico	Diciembre 2017	
PLANEACIÓN –CALIDAD Asesoría Técnica del Formato	SMSD. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Diciembre 2017	