



| FECHA TÉCNICA DEL DOCUMENTO | | | |
|---|--|--|---------------------|
| DATOS GENERALES DEL DOCUMENTO | | | |
| NOMBRE DEL DOCUMENTO: PROTOCOLO DE DISFAGIA | | | |
| ❖ OBJETIVO: | | | |
| Brindar las pautas de tratamiento tras la evaluación general y específica de fonoaudiología en pacientes con diagnóstico de disfagia en TERAPIAS CTJ. | | | |
| ❖ ALCANCE: | | | |
| El presente documento aplica para el personal asistencial y administrativo de la IPS CTJ S.A.S. Por lo anterior la IPS, ha asumido, responsablemente, elaborar el Protocolo de Identificación de Pacientes, considerado como una medida de seguridad en el proceso de atención. | | | |
| ELABORÓ | REVISÓ | ACTUALIZÓ | FECHA DE APROBACIÓN |
| NOMBRE: Marcel Diaz G. Asesor de calidad | NOMBRE: Marcel Diaz G. Asesor de calidad | NOMBRE: Anyela Rodríguez Asesor de calidad | 01-02-2021 |

| VERSIÓN | DESCRIPCIÓN | FECHA DE ENTREGA | FECHA DE REVISIÓN |
|---------|-----------------------------|------------------|-------------------|
| 1 | Actualización del documento | 01-02-2021 | 01-02-2023 |



DISFAGIA
CIE10: R13X

DEFINICIÓN

Es una dificultad para la deglución de alimentos sólidos, líquidos e incluso la propia saliva; que puede dar lugar a neumonías y cuadros de desnutrición y deshidratación. Este diagnóstico se puede presentar en las siguientes patologías: accidente cerebrovascular (ACV), evento cerebrovascular, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis lateral amiotrófica (ELA), Esclerosis múltiple (EM), distrofias musculares, pacientes post covid 19, entubaciones, post entubados, gastrostomía y traqueostomía.

FISIOPATOLOGÍA

La disfagia se produce por dos mecanismos principales: obstrucción mecánica o disfunción motora. Las causas mecánicas de la disfagia pueden ser luminales (p. ej., bolo alimenticio grande, cuerpo extraño), intrínsecas al esófago (inflamación, membranas y anillos, estenosis, tumores) o extrínsecas al esófago (espondilitis cervical, crecimiento tiroideo o tumoración mediastínica, compresión vascular). Las anomalías en la función motora que causan disfagia pueden relacionarse con defectos en el inicio del reflejo de la deglución (p. ej., parálisis lingual, falta de saliva, lesiones que afectan los componentes sensitivos de los pares craneales X y XI), trastornos del músculo estriado faríngeo y esofágico (p. ej., trastornos musculares como polimiositis y dermatomiositis, lesiones neurológicas como miastenia grave, polio o esclerosis lateral amiotrófica) y trastornos del músculo liso esofágico (p. ej., acalasia, esclerodermia, distrofia miotónica).

CLASIFICACIÓN

Disfagia orofaríngea: También denominada disfagia alta o de transferencia, se produce por una alteración en la fase oral o faríngea de la deglución, por compromiso de la orofaringe, laringe o esfínter esofágico superior. Hay una dificultad en el inicio del trago. Se manifiesta con salivación excesiva, tos al deglutir, regurgitación nasal, voz nasal, degluciones repetidas, disfonía y disartria.

Disfagia esofágica: También denominada disfagia baja, se produce por una alteración en el cuerpo del esófago o en el esfínter esofágico inferior. En general se debe a causas mecánicas o a alteraciones en la motilidad esofágica. Se manifiesta con sensación de obstrucción retroesternal o epigástrica, dolor torácico y regurgitación tardía.

Disfagia funcional o motora: Es originada por alteraciones funcionales que dificultan el pasaje del bolo alimenticio. Hay un trastorno de la motilidad, en general de causa neuromuscular. Los pacientes presentan una dificultad progresiva en la deglución de sólidos y líquidos, dolor al tragar y sensibilidad a alimentos fríos o calientes. El paciente realiza maniobras que facilitan el

| | | |
|---|---|--|
|  | TERAPIAS C.T.J. S.A.S. PROTOCOLO DE DISFAGIA | Código: 0018-CTJ-PP-MA-DS Versión: 2 Fecha: 2-02-2023 Página 1 de 1 |
|---|---|--|

pasaje del bolo alimenticio, como degluciones repetidas, maniobra de Valsalva o cambios posicionales.

Disfagia mecánica u obstructiva: Las alteraciones mecánicas suelen dar lugar a una disfagia persistente y en general progresiva. Se asocia con disfagia a sólidos y regurgitación del alimento impactado

SÍNTOMAS:

- Dolor al tragar.
- Imposibilidad de tragar.
- La sensación de que la comida se atasca en la garganta o el pecho, o detrás del esternón.
- Babeo.
- Ronquera.
- Regreso de la comida (regurgitación)
- Acidez estomacal frecuente.

EVALUACIÓN

Los objetivos de la evaluación de un paciente portador de una disfagia orofaríngea son:

- 1) Evaluar la integridad funcional de la deglución orofaríngea.
- 2) Identificar la presencia de causas estructurales o mecánicas de disfagia.
- 3) Evaluar el riesgo de aspiración y la seguridad de alimentar al paciente por vía oral.
- 4) Determinar si el patrón de disfagia es tratable y, de ser así, evaluar la eficacia de los tratamientos.

Evaluación clínica de la disfagia:

Es una exploración clínica de las etapas pre-oral, oral y faríngea de la deglución. Relaciona el riesgo de penetración laríngea y aspiración con signos que se presentan al deglutar líquidos en pequeños volúmenes, como son la disfonía, voz húmeda, tos débil o deglución enlentecida

Estudios de diagnóstico:

- Videofluoroscopía (VFC)
- Evaluación endoscópica: También llamada FEES
- Evaluación endoscópica con estudio sensorial
- Laboratorio de señales de la deglución



INTERVENCIÓN:

- Llamar al paciente por su nombre y ubicarlo por en el consultorio.
- Si el paciente presenta problemas de comprensión debe entrar con su acompañante.
- Para cada una de las sesiones se le solicita materiales diferentes, que paciente debe traer. (alimentos sólidos, líquidos, compotas, etc.).
- Se procede a realizar la prueba con alimentos.
- Se realizan praxias orolingüofaciales.
- Estimulación perioral como intraoral con diferentes elementos (bajalenguas, aplicadores, guantes, sabores, olores).
- Movilización de tejidos blandos: (aceite, vibración y digito presión).
- Modificación de contextura y volumen del alimento.
- Diferentes técnicas deglutorias: (deglución supraglótica, deglución super-supraglótica, resistencia frontal, deglución forzada, maniobra de Mendelsohn y maniobra de Massako).

ALCANCE

Lograr unos patrones adecuados de alimentación y/o deglución. Se extiende a los servicios de FONOAUDIOLOGIA, modalidad Intra-mural y domiciliario según demanda de pacientes en la IPS Terapias CTJ S.A.S.

BIBLIOGRAFÍA

- Nazar M, G., Ortega T, A., & Fuentealba M, I. (2009). Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. Rev. Med. Clin. Condes, 449-457.
- Camareró González, E. (2009). Consecuencias y tratamiento de la disfagia. Nutr. hosp., Supl, 66-78.
- González, R., & Bevilacqua, J. (2009). Disfagia en el paciente neurológico. Rev Hosp Clín Univ Chile, 20(252), 62.
- Goes, V. F., Mello-Carpes, P. B., Oliveira, L. O. D., Hack, J., Magro, M., & Bonini, J. S. (2014). Evaluación de riesgos de la disfagia, el estado nutricional y la ingesta calórica en pacientes ancianos con Alzheimer. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 22, 317-324.
- Ángel, L., Casas, M. A. M., & Suárez, B. (2003). Manual de procedimientos para la práctica de Fonoaudiología MPPF-II. Asociación Colombiana de Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje-ACFTL. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_20_4/449_disfagia_orofaringea.pdf