

PROTOCOLO DE ATENCIÓN A USUARIOS/VÍCTIMAS (PACIENTES)

TRATAMIENTO DE LA DEGLUCIÓN EN ADULTOS

GRUPO DE INVESTIGACIÓN FONOTEC
PROGRAMA DE FONOAUDIOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARÍA CANO

ELABORADO POR:

Stefany Chica Barrera (Estudiante)

Mariana Román Ocampo (Estudiante)

Maria Fernanda Hurtado Rojas (Estudiante)

Fernando Delprado Aguirre (Profesor auxiliar, integrante grupo de investigación FONOTEC)

REVISADO POR:

Adriana Marcela Rojas Gil (Líder grupo de investigación FONOTEC)

María del Carmen Ossa Romero (Correctora de estilo)

APROBADO POR:

Belkis Lorena Torres Osorio (Directora programa de Fonoaudiología)

Primera versión, Medellín, Colombia:

© Fundación Universitaria María Cano

Noviembre de 2020

Protocolo de atención a usuarios/víctimas (pacientes)

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO	5
JUSTIFICACIÓN	5
NORMATIVIDAD APLICABLE	6
GLOSARIO	7
PROCEDIMIENTO	8
PROTOCOLO	10
BIBLIOGRAFÍA	15

INTRODUCCIÓN

El tratamiento fonoaudiológico de la disfagia incluye diversas tácticas comportamentales que pueden realizarse de forma aislada o en conjunto según el juicio clínico del profesional. Cada una de estas estrategias cuenta con evidencia suficiente para promover su uso en entornos clínicos:

ESTRATEGIAS COMPENSATORIAS

- *Modificación de la dieta:* ya que el paciente con disfagia debe continuar alimentándose, hidratándose y consumiendo sus medicamentos; en la medida de lo posible, estos procesos deben mantenerse vía oral; para ello puede sugerirse alguna modificación en la textura de los alimentos de modo que el riesgo de aspiración, así como de residuo posdeglutorio se disminuya al mínimo (Steele et al., 2015). Cuando esto no sea posible debe asegurarse una vía alterna para garantizar el aporte calórico, la finalización de la terapia farmacológica y la satisfacción durante la ingesta (Cichero et al., 2013).
- *Estimulación endobucal e higiene oral:* indica la estimulación externa de distintas zonas de la cavidad oral cuando la disfagia se debe a déficits sensoriales. Esta estrategia reduce el tiempo de respuesta deglutoria disminuyendo el riesgo de aspiración asociado. Se incluyen estímulos de distintas naturalezas: temperatura, texturas, mecánicos (Bove et al., 1998; Regan et al., 2010; Sciortino et al., 2003).
- *Posturas deglutorias:* son en una serie de posiciones de la cabeza que reducen la aspiración, mejoran el tiempo de tránsito (oral y faríngeo) y disminuyen la cantidad de residuo posdeglutorio. Para seleccionar adecuadamente la mejor postura de manejo para un paciente, es necesario probar sus efectos rigurosamente en la evaluación instrumental. Sus resultados no perduran a largo plazo, se convierten en una medida inmediata para mantener la seguridad de la deglución (Carrau et al., 2017).

ESTRATEGIAS REHABILITADORAS

- *Ejercicio muscular orofacial y cervical:* hace referencia a un grupo de ejercicios que buscan restablecer la función muscular orofacial y cervical incrementando, así, el control motor sobre los eventos de la deglución (Murry & Carrau, 2012). Dentro de esta categoría se incluyen los *ejercicios de Shaker* (Shaker et al., 1997), *la flexión anterior con resistencia* (Park et al., 2018) y *el fortalecimiento lingual isométrico* (Steele et al., 2016).
- *Maniobras deglutorias:* conjunto de estrategias que permiten proteger la vía aérea antes, durante y después de la deglución, además de recuperar la función deglutoria, especialmente en la fase faríngea (Murry & Carrau, 2012). Algunos de sus efectos incluyen: promover la propulsión del bolo hacia la faringe, mejorar la función faríngea, mejorar la coordinación entre la respiración y la deglución, mantener la función glótica durante la deglución y promover la limpieza de los residuos posdeglutorios (Doeltgen et al., 2017; Inamoto et al., 2018; Matsubara et al., 2016).
- *Entrenamiento muscular espiratorio:* indica el fortalecimiento sistemático de la musculatura de la respiración al aumentar la carga de flujo y presión espiratoria para aumentar la fuerza

de la musculatura suprahióidea involucrada en la deglución, así como la respuesta tusígena para defender la vía aérea (Pitts et al., 2008, 2009).

OBJETIVO

Establecer un protocolo para el tratamiento fonoaudiológico de la disfagia orofaríngea en adultos, describiendo las estrategias compensatorias y rehabilitadoras que faciliten la alimentación por vía oral segura y eficaz.

JUSTIFICACIÓN

La disfunción de la deglución, que incluye como principal síntoma la disfagia, puede ocurrir como resultado de varias condiciones médicas (Clavé & Shaker, 2015). La disfagia se define como la dificultad subjetiva durante la deglución, proceso que permite transportar saliva, líquidos, alimentos o medicamentos de la boca al estómago (Stegemann et al., 2012).

Entre las consecuencias de la disfagia se pueden mencionar: la desnutrición y deshidratación, neumonía por aspiración, compromiso general de la salud, enfermedad pulmonar crónica, ahogamiento e, incluso, la muerte (Attrill et al., 2018). Comportamentalmente, los adultos con disfagia también pueden experimentar 1. desinterés o menor disfrute de las actividades de comer y beber y 2. vergüenza o aislamiento en actividades sociales que involucran la alimentación. Adicionalmente, la disfagia involucra modificaciones significativas de los estilos de vida y puede aumentar el riesgo de fatiga del cuidador (American-Speech-Language-Hearing-Association, n.d.).

Dado que la disfunción de la deglución cursa como consecuencia de distintas patologías, la prevalencia de esta entidad no es conocida a cabalidad y suele ser subestimada. Varios reportes epidemiológicos internacionales indican que la prevalencia de disfagia es más común en individuos adultos mayores (Barczi et al., 2000; Bhattacharyya, 2014; Cabré et al., 2014; Roden & Altman, 2013; Sura et al., 2012). Algunos estimativos sugieren que la prevalencia de disfagia puede ser del 22 % en adultos mayores de 50 años (Lindgren & Janzon, 1991; Tibbling & Gustafsson, 1991), del 30 % en adultos mayores que reciben atención médica en hospitalización (Layne et al., 1989), hasta del 68 % en los pacientes de unidades de cuidado crónico (Steele et al., 1997) y entre el 13 % - 38 % en adultos mayores que viven independientemente (Kawashima et al., 2004; Serra-Prat et al., 2011). Otros estudios sugieren que la población de adultos mayores presenta un incremento en el riesgo de desarrollar complicaciones derivadas de la disfagia como aspiración (Altman et al., 2010; Marik, 2001). En Colombia se han reportado prevalencias que van desde el 3 % hasta el 64 % dependiendo del escenario clínico estudiado y las etiologías asociadas (Castañeda Maldonado & Suárez Velázquez, 2019; Frías Ordoñez & Martínez Marín, 2018; Hincapié-Henao et al., 2010); las mayores prevalencias se encuentran en las unidades de cuidado especial así como en los centros de atención oncológica observando como principales comorbilidades, los estados posquirúrgicos en el tracto gastrointestinal, secuelas de ACV o compromiso neurológico de base, enfermedades reumatológicas, malignidad, diabetes mellitus o enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Es conocido que varias enfermedades neurológicas se asocian con la disfagia. Los números exactos por condición y etiología también se encuentran pobremente definidos. Esto es en parte debido a las condiciones médicas concomitantes o al tipo de herramienta diagnóstica usada para definir la presencia de disfagia. Así, la revisión sistemática de Martino et al. (2005) determinó que la incidencia de disfagia en poblaciones con ACV era tan baja como el 37 % cuando se identificaba mediante procedimientos de tamizaje, y tan alta como el 78 % cuando se identificaba usando evaluaciones instrumentales. Un estudio posterior de Falsetti et al. (2009) encontró que la disfagia ocurre en un tercio de los pacientes admitidos a unidades de cuidado neurológico. Finalmente, otros estudios sugieren que la disfagia ocurre en 29 % - 64 % de los pacientes con ACV (Flowers et al., 2013; Mann et al., 1999).

Otras revisiones sistemáticas y estudios primarios han reportado estimaciones variables de disfagia en otras enfermedades neurológicas adquiridas y progresivas, así como en otras condiciones médicas. Alagiakrishnan et al. (2013) reportaron rangos de prevalencia de la disfagia en población con demencia desde 13 % a 57 %, mientras que Kalf et al. (2012) reportaron rangos de prevalencia del 35 % al 82 % para individuos con enfermedad de párkinson. El estudio de Coates & Bakheit (1997) sugiere que la disfagia es tan alta como el 90 % en individuos diagnosticados con enfermedad de párkinson o esclerosis lateral amiotrófica. Otras poblaciones neurológicas con disfagia incluyen individuos con esclerosis múltiple (24 %–34 %; Calcagno et al., 2002; De Pauw et al., 2002; Roden & Altman, 2013) y trauma craneoencefálico (38 %–65 %; Terre & Mearin, 2009).

Hay otras condiciones en las que se conoce el curso de la disfagia. El estudio de Garcia-Peris et al. (2007) encontró que el 50 % de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello experimentan disfagia orofaríngea; este estimador incrementa luego del tratamiento con quimio-radiación. La prevalencia calculada de disfagia asociada a la enfermedad por reflujo gastroesofágico es de aproximadamente 14 % (Spechler, 1999), y la frecuencia de disfagia secundaria a intubación orotraqueal se encuentra en un rango de 3 % a 64 % (Skoretz et al., 2010) y del 5 % al 8 % en adultos con discapacidad cognitiva (Chadwick et al., 2006).

Es fundamental ejecutar tratamiento de la disfagia orofaríngea dentro del manejo integral que requieren los usuarios con esta alteración. La disfagia afecta significativamente la calidad de vida de las personas, además, dificulta la ingesta segura de los nutrientes esenciales que permiten una nutrición adecuada. Al no haber una nutrición segura se pone en peligro el sistema respiratorio, y altera el funcionamiento general del cuerpo (Aguirre Bravo & Sampallo Pedroza, 2015).

NORMATIVIDAD APLICABLE

El siguiente protocolo se acoge a la normativa que explica aspectos propios del ejercicio profesional en las diferentes áreas de la fonoaudiología; disciplina que se apodera de los procesos comunicativos del hombre, los desórdenes del lenguaje, el habla y la audición, las variaciones y las diferencias comunicativas, y el bienestar comunicativo del individuo, de los grupos humanos y de las poblaciones. En el año 1997, el Congreso de Colombia decreta la Ley 376 en donde se reglamenta la profesión de la fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia (Congreso de la República de Colombia, 1997).

Otra de las normas a las que se acoge esta profesión en Colombia es la Resolución 3495 de 2019, la cual establece una clasificación única de procedimientos en salud CUPS, donde se decreta el 93.7.2.03 Terapia fonoaudiológica de la deglución (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). Aunque este procedimiento lo realiza el profesional de medicina con especialidad en Otorrinolaringología, el fonoaudiólogo apoya la ejecución del examen al ofrecer alimentos a los pacientes y participa en el análisis e interpretación de los datos recolectados.

Además, para cualquier participación en salud se debe tener presente la historia clínica, Para este proceso el Ministerio de Salud expide la Resolución 1995 de 1999. Además, la Ley 23 de 1981, en el capítulo I, los artículos 15 y 16 señalan: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar tratamientos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente y le explicará al paciente o a su responsable de tales consecuencias anticipadamente” (Congreso de la República de Colombia, 1981).

Teniendo en cuenta la situación del covid-19 se establecen unos lineamientos para la atención y el manejo de los servicios de salud ordenados por el gobierno de Colombia. Estos incluyen la Resolución 666 del año 2020, por la cual se ajusta a un protocolo general de bioseguridad con el objetivo de mitigar, controlar y realizar un adecuado manejo de la contingencia del COVID-19. La fonoaudiología, como profesión inscrita a la atención de la salud, debe obedecer a las normas establecidas (Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos, 2020).

GLOSARIO

Aspiración: es el ingreso a la vía aérea de cualquier material que sobrepase el nivel de las cuerdas vocales (González Victoriano & Araya Salfate, 2000).

Alteración de la eficacia: pérdida de la capacidad para alimentarse y mantener un nivel óptimo de nutrición e hidratación (González Alted et al., 2017).

Alteración de la seguridad: una pérdida de la capacidad de realizar la ingesta sin peligro de que ocurra paso de alimento al sistema respiratorio (González Victoriano & Araya Salfate, 2000)

Ejercicios de fortalecimiento suprahiodeo (ejercicios de Shaker): grupo de ejercicios para mejorar la fuerza de la musculatura suprahiodea, aumentan la apertura del esfínter esofágico superior en personas adultas sanas y son efectivos para restaurar la alimentación vía oral en usuarios con trastornos deglutorios (Shaker et al., 1997).

Estimulación sensorial o técnica de incremento sensorial: acciones terapéuticas que incrementan la sensación de la cavidad oral antes de la deglución, incluyen estimulación mecánica, térmica y química (Bascuñana Ambrós & Gálvez Koslowski, 2003; Garcia-Peris et al., 2007).

Ejercicios motores orales: ejercicios diseñados para aumentar la movilidad, fuerza y el control de la musculatura implicada en la deglución (Guevara et al., 2016).

Evaluación endoscópica de fibra óptica de la deglución (FEES): es un procedimiento en el que se inserta un endoscopio de fibra óptica a través de la nariz y la garganta para obtener una visualización

directa de las estructuras, una vista dinámica de la transferencia oral-faríngea y evidencia indirecta de la faringe, transferencia esofágica durante la deglución y permite monitorear el progreso del tratamiento (Langmore, 2003).

Fortalecimiento lingual isométrico: ejercicios linguales que mejoran los movimientos de elevación, así como las presiones y la fuerza isométrica. Se pueden efectuar contra depresores, cucharas o distintos dispositivos que, colocados entre el paladar y la superficie superior de la lengua, detectan las presiones ejercidas por esta última (Steele et al., 2016).

Flexión anterior con resistencia: ejercicio muscular cervical que requiere la superación de una resistencia para lograr su ejecución (Yoon et al., 2014).

Maniobras deglutorias: ejercicios utilizados para reducir la disfagia durante la alimentación del usuario. Cada maniobra tiene un objetivo específico para cambiar un aspecto concreto de la fisiología de la deglución. Los efectos de estas maniobras deben observarse mediante videofluoroscopia para el tratamiento (Inamoto et al., 2018)

Modificación de la dieta: estrategia de tratamiento consistente en el cambio de la consistencia o el volumen en el que se suministran los alimentos (Steele et al., 2015).

IDDSI: propuesta internacional que desarrolla nueva terminología y definiciones globales estandarizadas que describan los alimentos con textura modificada y bebidas espesas utilizadas para individuos con disfagia de todas las edades, entornos sanitarios y culturas, identificando del 0 al 4 la viscosidad de los líquidos y del 3 al 7 la textura de los sólidos. (Cichero et al., 2017).

Posturas deglutorias: cambios en la postura durante la alimentación que reducen el riesgo de aspiración protegiendo las vías respiratorias y aumentando la seguridad a la hora de alimentarse, mejorando el transporte del bolo alimenticio (Hincapie-Henao et al., 2010).

Videofluoroscopia de la deglución (VFSS): es la herramienta de evaluación instrumental más utilizada para determinar la naturaleza y extensión de un trastorno de la deglución orofaríngea. Los estudios se capturan mediante fluoroscopia en video o formato digitalizado que permite un análisis detallado del proceso de deglución orofaríngea y permite monitorear el progreso del tratamiento (Boaden et al., 2020).

PROCEDIMIENTO

Esta intervención fonoaudiológica se plantea para proporcionar diferentes herramientas, técnicas y recomendaciones en el tratamiento de los usuarios con trastornos de la deglución, donde exista compromiso funcional y/o estructural, en zona oral, faríngea, laríngea y/o esofágica. Se sugiere tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Durante la evaluación se determina si el usuario es candidato para el tratamiento o manejo, esta determinación se basa en hallazgos que incluyen: estabilidad médica, estado cognitivo, estado nutricional, factores psicosociales, ambientales y conductuales.

- A partir de la evaluación realizada previamente se determina el manejo terapéutico que se llevará a cabo con el usuario, el cual dependerá del tipo y grado de severidad de la disfagia.
- La biorretroalimentación puede usarse en los usuarios con suficientes habilidades cognitivas, pues se les puede enseñar a interpretar la información visual proporcionada (por ejemplo, electromiografía de superficie, ultrasonido, FEES, VFSS) y a realizar cambios fisiológicos durante el proceso de deglución.
- Todos los usuarios con disfagia deben tener seguimiento periódico para evaluar la función deglutoria y recibir tratamiento según sea necesario.
- Es esencial el trabajo interdisciplinar para la toma de decisiones, de tal manera que se garantice al usuario un proceso de alimentación seguro y eficaz.
- Las opciones del tratamiento para usuarios con disfagia deben seleccionarse sobre la base de la práctica basada en la evidencia, los deseos del usuario y la familia, y la experiencia del fonoaudiólogo.
- Informar al usuario y familiares/cuidadores los ejercicios, maniobras y/o técnicas que se van a emplear durante el tratamiento, al igual que su duración, manera de realizarlos, los efectos adversos y el pronóstico de mejoraría con dicha terapia. A su vez, es fundamental capacitarlos para que en el hogar lleven a cabo la misma estrategia terapéutica empleada, evitando riesgos de aspiración, desnutrición o deshidratación.
- Es indispensable conocer el grado de tolerancia del usuario ante el estímulo presentado verificando si presentan hiposensibilidad/hipersensibilidad y las preferencias en el alimento y bebidas.
- El uso de elementos de vibración para la estimulación táctil está contraindicado en usuarios con ACV, convulsiones, dificultades en la coagulación de la sangre y episodios epilépticos.
- Si hay presencia de dolor o malestar al realizar la terapia con respuestas negativas, obtenidas ya sea con las maniobras posturales, deglutorias y estimulación sensorial, térmica y táctil, no se debe continuar con la terapia.
- La evaluación endoscópica de fibra óptica de la deglución (FEES) se puede usar en contextos terapéuticos y como terapia de diagnóstico para evaluar el progreso actual y la efectividad de la terapia.
- La disfagia documentada en la videofluoroscopia de la deglución (VFSS) se puede volver a realizar en endoscopia para monitorear el progreso del tratamiento y así se limitaría la exposición a la radiación.
- El efecto de las maniobras deglutorias debe observarse y medirse mediante videofluoroscopia para mantener su objetividad, aunque algunos aspectos (aspiración y residuo) pueden valorarse también por endoscopia.
- Todas las maniobras parten de una adecuada posición (sentado con espalda recta) y de un buen estado de alerta, sin distracciones, ya que requieren de la capacidad de seguir órdenes y del aumento de esfuerzo.
- Debe enseñarle al usuario y cuidadores cómo identificar las características de cada viscosidad y comportamiento del espesante sobre diferentes alimentos.

PROTOCOLO

- Materiales y/o insumos de consumo

Materiales y/o insumos	Unidad de medida	Cantidad
Guantes	Unidad	2
Bajalenguas	Unidad	1
Cuchara	Unidad	4
Sabores	Frasco	1
Hielo	Cubos	3
Aplicador	Unidad	1
Pelota de goma	Unidad	1
Gasas	Sobre	1
Jeringa 50 ml	Unidad	1
Espejo	Unidad	1
vaso	Unidad	1

- Equipos fijos o elementos

Descripción de equipo o elemento	Tiempo de uso en minutos
Pulsoxímetro	30 minutos
Vibrador	30 minutos
Cronómetro	30 minutos
Incentivo de presión	30 minutos

ESTRATEGIA COMPENSATORIA

ESTIMULACIÓN SENSORIAL

Estímulos térmicos

- Incluye el contacto de estímulos fríos, por lo general, hielo o instrumentos congelados.
 1. En disfagias severas, cuando no se active el reflejo deglutorio con las sesiones iniciales de estimulación térmica y táctil, deberá repetir la estimulación 3 - 4 veces al día durante unos 5 - 10 minutos.
 2. Cuando empieza activarse el reflejo deglutorio, puede progresarse en la terapia aumentando la cantidad y/o consistencia del material que se coloca en el istmo de las fauces.
 3. Ubicar el aplicador en un vaso con hielo durante tres minutos (utilizar cronómetro para medir el tiempo), logrando que esté entre en temperatura fría.
- La estimulación debe ser bilateral.
- Si el usuario tiene una disminución de la sensibilidad unilateral, se realizará en el lado con sensibilidad conservada.
- Se frota suavemente desde arriba (medial) hasta abajo (lateral) y no se debe tocar la lengua con el aplicador helado.
- Después de trabajar en ambos lados, se solicita al usuario deglutir para eliminar el agua derretida.

- Luego se le pide al usuario que degluta saliva o 1/2 cucharilla de líquido espeso, si el usuario tolera líquidos.

Estímulos mecánicos

1. Presión:

- La presión tiene un mayor nivel de participación en procesos de activación puesto que llega a estimular directamente la estructura muscular, ya que hay un nivel mayor en la presión.
- Se elige un punto de activación directa del músculo en el cual se realiza presión.
- Si se va a generar activación motora, se presiona sobre el origen o el vientre del músculo.
- Realizar toques, roces o presión de alguna zona específica como la base de la lengua y pilares palatinos.
- Al ofrecer el alimento presione con la cuchara sobre la lengua.
- Introducir y retirar la cuchara de la boca de forma horizontal, realizando cierta presión en la zona oral en lengua, mejillas, y/o pilares.

2. Vibración:

- Se utilizan aparatos de vibración específicos según la fibra muscular a trabajar.
- Utilizar aparato de vibración, juntarlo con el cuerpo del aplicador, llevando el estímulo donde lo necesita.

Estímulos químicos

- Suelen usarse sabores ácidos.
 - Pueden incluirse sabores de preferencia del usuario.
1. Emplear sabores ácidos (limón) para estimular el reflejo deglutorio.
 2. Para practicar la propulsión posterior del bolo se coloca una gasa enrollada en la boca.
 3. El extremo que se introduce en la boca debe estar impregnado de zumo (limón).
 4. Debe sostener la gasa contra el paladar.
 5. Se le pide al usuario que mueva la lengua hacia arriba y hacia atrás para exprimir el zumo, este líquido estimulará la deglución.
 6. El otro extremo de la gasa debe sujetarlo el terapeuta (fonoaudiólogo) para impedir que el usuario degluta la gasa.
 7. Para la estimulación sensorial a través de los sabores se debe administrar los sabores con una cuchara pequeña (2,5 o 3 ml).
 8. Pasar de un sabor a otro muy diferente (de ácido- amargo y de dulce-salado).
 9. Ofrecer comidas con sabores fuertes, ácidas o iniciar la comida con zumo de limón o lima.

MODIFICACIÓN DE LA DIETA:

Modificación del volumen del bolo:

- El volumen del bolo lo indica la evaluación.
- Debe elegir volúmenes específicos de comida por deglución.

- Modifique el tamaño del bolo (es decir, cantidades de bolo más grandes/más pequeñas).
- Modifique el volumen si requiere mayor estimulación a una respuesta de deglución o si requiere múltiples degluciones por bolo.
- Las raciones deben ser pequeñas y frecuentes.
- Si el paciente y su clínica lo permiten, dar bolos más grandes.
- Para un volumen alto una cucharada sopera (10 ml).
- Para un volumen medio una cuchara de postre (5).
- Para un volumen bajo una cuchara de café (2,5 o 3 ml) .
- Aumentar el número de tomas/día con menor cantidad en caso de fatiga muscular.

Modificación de la consistencia de los alimentos:

- Debe individualizar la modificación de la consistencia según la disfagia.
- Estandarización de diferentes consistencias de acuerdo con lo definido en la evaluación (según la clasificación de la IDSSI)
- Además, debe tener en cuenta la capacidad masticatoria y deglutoria.
- Reevaluar la dieta periódicamente, en función de si cubre o no requerimientos y según la evolución de la enfermedad.
- Modificar la consistencia de los alimentos mediante su procesamiento, usando espesantes comerciales y eliminar ciertas consistencias de la dieta.
- No mezclar diferentes consistencias de alimentos.
- Adaptar la dieta con respecto a la textura necesaria.
- Las dietas deben ser atractivas desde el punto de vista organoléptico (olor, sabor y color).
- No debe dar al comienzo del tratamiento líquidos claros.
- La dieta debe ser lo más variada posible, y los platos de presentación agradable, favorecen el apetito.

Dietas no orales

- En caso de que el usuario no tenga habilitada la vía oral.
 - **Vía enteral:** la administración de una solución de nutrientes con función gastrointestinal, es decir, a través de una sonda.
- Sonda nasogástrica: de la nariz al estómago.
- Sonda orogástrica: de la boca al estómago.
- Gastrostomía: conexión directa al estómago.
- **Vía parenteral:** aporte de nutrientes de modo intravenoso.
- Periférico: administración de nutrientes por una vía periférica como brazos, manos, etc.
- Central: administración de nutrientes por una vía central como el corazón.

Alimentación terapéutica: (Cámpora et al, 2012)

- Se comienza a realizar maniobras con alimento bajo supervisión del reeducador.
- Las modificaciones de la dieta son el componente clave en el programa de tratamiento general de usuarios con disfagia.
- Se debe comprender el mecanismo biomecánico de la disfagia en el usuario 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.

- Para tomar la decisión apropiada en la planificación de la alimentación, resulta útil analizar los requerimientos nutricionales en cada caso particular.

Para alimentar al usuario con disfagia:

- Adoptar una posición entre 60° y 90° con la cabeza flexionada hacia delante.
- Reducir el riesgo de aspiración manteniendo al usuario sentado hasta 1 hora después de comer.
- Tomar el tiempo necesario para alimentar al usuario, minimizando las distracciones.
- Adoptar adecuadas técnicas posturales.
- Contar con utensilios adaptados para mejorar la independencia a la hora de comer.
- La modificación del volumen, de la velocidad de presentación del bolo se utiliza también como técnica compensatoria.

POSTURAS DEGLUTORIAS

Cabeza hacia atrás:

- Primero lo realiza con saliva y después con alimento.
- Se debe asegurar que el reflejo deglutorio esté presente y es efectivo antes de realizar la postura.
- Introduzca el alimento en la boca del usuario.
- Se le pide al usuario que lleve su cabeza hacia atrás y trague.

Cabeza hacia adelante-abajo:

- Introduzca el alimento en la boca del usuario.
- Con la espalda recta.
- El usuario debe inclinar el mentón hacia abajo contra el pecho.
- Después debe tragar.
- Mantener esa posición hasta que el bolo sea deglutido.

Inclinación de la cabeza o flexión lateral:

- Se realiza de pie o sedente.
- Introduzca el alimento en la boca del usuario.
- El usuario debe inclinar la cabeza hacia el lado sano.
- Por último, debe tragar.

Cabeza rotada:

- Introduzca el alimento en la boca del usuario.
- El usuario debe rotar la cabeza hacia el lado lesionado.
- Después debe tragar.

Mezcla de posturas:

Cabeza hacia adelante-abajo y rotada hacia lado lesionado:

- Introduzca el alimento en la boca del usuario.
- El usuario debe llevar la cabeza hacia adelante y abajo.
- Después debe rotar la cabeza hacia el lado lesionado.
- Por último, trague.

Decúbito lateral sobre lado sano:

- El usuario debe estar en posición de decúbito lateral del lado funcional.
- Introduzca el alimento en la boca del usuario.
- Por último, debe tragar.

ESTRATEGIAS REHABILITADORAS

EJERCICIOS MOTORES ORALES:

1. Fortalecimiento lingual isométrico:

- Determine el número de repeticiones que va realizar el usuario.
- Además, determine la presión objetiva.
- Debe utilizar un objeto al cual el usuario deberá hacerle presión.
- Introduzca el objeto en la boca del usuario.
- Colóquelo sobre la lengua.
- Después el usuario con la lengua debe presionar el objeto contra el paladar lo más fuerte que pueda.
- Deje que el paciente se recupere entre 30 y 60 segundos.
- luego repita 3 - 5 veces.

2. Flexión anterior con resistencia:

- Se realiza en posición sedente.
- El usuario debe mantener una postura recta.
- Se ubica una pelota de goma inflable, debajo de la barbilla.
- El usuario debe sostener firmemente la pelota contra el pecho y como soporte colocar la mano debajo de la pelota.
- El usuario debe realizar presión sobre la pelota con la barbilla.
- Mantener de 1 - 2 segundos.
- Debe levantar lentamente la barbilla.
- Después el usuario debe repetir este ejercicio, debe realizarlo hasta que los músculos provoquen fatiga.
- Luego el usuario realiza el mismo ejercicio, pero generando más resistencia entre 30 - 90 segundos.
- Descansa y repite el ejercicio entre 3 - 5 veces.

3. Ejercicios de Shaker:

- Se le pide al usuario que se recueste de cúbito supino en la cama.
- En posición supina que eleve la cabeza sin levantar los hombros y vea los dedos de sus pies.
- Debe mantener la cabeza elevada 60 segundos, y 60 segundos de reposo entre cada repetición.
- Luego, se realizan 30 repeticiones consecutivas con una velocidad constante sin un período de reposo.
- Se repite la serie 3 veces por día, durante 6 semanas.

MANIOBRAS DEGLUTORIAS:

1. **Deglución forzada:**

- Se le pide al usuario que realice una deglución con toda la fuerza que pueda, mientras se le realiza una resistencia manual sobre la frente con una pequeña flexión anterior de cabeza y cuello.

2. **Deglución supraglótica:**

- El usuario debe inhalar y contener el aire (apnea).
- Luego debe aguantar la respiración mientras traga.
- Pídale que tosa inmediatamente después de tragar.

3. **Deglución súper-supraglótica:**

- Se le pide al usuario que coja aire y lo mantenga.
- Sin soltar el aire trague con fuerza y luego tosa.

4. **Maniobra de Masako:**

- Se le pide al usuario que sujete la lengua entre los dientes frontales
- Después en esa misma posición debe tragar.

5. **Maniobra de Mendelssohn:**

- Primero se le solicita al usuario que trague varias veces con su propia saliva.
- Se le pide al usuario que trague y presione la lengua contra el paladar.
- Al mismo tiempo realiza la elevación anterior del cartílago tiroideos, manteniéndolo durante 3 segundos.

FORTALECIMIENTO MUSCULAR ESPIRATORIO:

- Recupera la capacidad vital y tos eficaz.
- Debe realizar exhalaciones forzadas con un dispositivo espiratorio.
- Se ejecutan 5 series (con un descanso entre series de 1 minuto)

Después 5 repeticiones (con un descanso entre repeticiones de 30 segundos) cada día, 5 días a la semana, durante 4 - 5 semanas.

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Bravo, A. N., & Sampallo Pedroza, R. M. (2015). *Fonoaudiología en los Cuidados Paliativos*. Revista de La Facultad de Medicina, 63(2), 289–300.
<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.48539>

Alagiakrishnan, K., Bhanji, R. A., & Kurian, M. (2013). *Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: a systematic review*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 56(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.011>

Altman, K. W., Yu, G.-P., & Schaefer, S. D. (2010). *Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources*. Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery, 136(8), 784–789.

- American-Speech-Language-Hearing-Association. (n.d.). *Adult Dysphagia*.
<https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/>
- Attrill, S., White, S., Murray, J., Hammond, S., & Doeltgen, S. (2018). *Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: a systematic review*. BMC Health Services Research, 18(1), 594.
- Barczi, S. R., Sullivan, P. A., & Robbins, J. (2000). *How should dysphagia care of older adults differ? Establishing optimal practice patterns*. Seminars in Speech and Language, 21(4), 347–361.
<https://doi.org/10.1055/s-2000-8387>
- Bascuñana Ambrós, H., & Gálvez Koslowski, S. (2003). *Tratamiento de la disfagia orofaríngea*. Rehabilitación, 37(1), 40–54. [https://doi.org/10.1016/S0048-7120\(03\)73331-3](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(03)73331-3)
- Bhattacharyya, N. (2014). *The prevalence of dysphagia among adults in the United States*. Otolaryngology--Head and Neck Surgery, 151(5), 765–769.
- Boaden, E., Nightingale, J., Bradbury, C., Hives, L., & Georgiou, R. (2020). *Clinical practice guidelines for videofluoroscopic swallowing studies: A systematic review*. Radiography, 26(2), 154–162. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2019.10.011>
- Bove, M., Månsson, I., & Eliasson, I. (1998). *Thermal oral-pharyngeal stimulation and elicitation of swallowing*. Acta Oto-Laryngologica, 118(5), 728–731.
<https://doi.org/10.1080/00016489850183269>
- Cabré, M., Serra-Prat, M., Force, L. L., Almirall, J., Palomera, E., & Clavé, P. (2014). *Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: observational prospective study*. Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences, 69(3), 330–337.
- Calcagno, P., Ruoppolo, G., Grasso, M. G., De Vincentiis, M., & Paolucci, S. (2002). *Dysphagia in multiple sclerosis—prevalence and prognostic factors*. Acta Neurologica Scandinavica, 105(1), 40–43.
- Carrau, R. L., Murry, T., & Howell, R. J. (2017). *Comprehensive Management of Swallowing Disorders*. Plural Publishing.
- Castañeda Maldonado, J. I. M. A., & Suárez Velázquez, A. M. (2019). *Prevalencia de la disfagia secundaria al tratamiento de cáncer de cabeza y cuello*. Areté, 19(1).
<https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.19104>
- Chadwick, D. D., Jolliffe, J., Goldbart, J., & Burton, M. H. (2006). *Barriers to caregiver compliance with eating and drinking recommendations for adults with intellectual disabilities and dysphagia*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 19(2), 153–162.
- Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., & Stanschus, S. (2017). *Development of International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Fluids*

- Used in Dysphagia Management: The IDDSI Framework.* *Dysphagia*, 32(2), 293–314.
<https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y>
- Cichero, J. A. Y., Steele, C., Duivesteyn, J., Clavé, P., Chen, J., Kayashita, J., Dantas, R., Lecko, C., Speyer, R., Lam, P., & Murray, J. (2013). *The Need for International Terminology and Definitions for Texture-Modified Foods and Thickened Liquids Used in Dysphagia Management: Foundations of a Global Initiative.* *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1(4), 280–291. <https://doi.org/10.1007/s40141-013-0024-z>
- Clavé, P., & Shaker, R. (2015). *Dysphagia: current reality and scope of the problem.* *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 12(5), 259.
- Coates, C., & Bakheit, A. M. O. (1997). *Dysphagia in Parkinson's disease.* *European Neurology*, 38(1), 49–52.
- Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos. (2020). *Lineamientos para el ejercicio profesional del fonoaudiólogo en el contexto sars-cov-2/covid-19.*
https://www.ccfonoaudiologos.co/files/LINEAMIENTOS_FONOAUDIOLOGICOS_COVID_19.pdf
- Congreso de la República de Colombia. (1981). *Ley 23. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.*
- Congreso de la República de Colombia. (1997). *Ley 376 de 1997. Por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia.*
https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-105005_archivo_pdf.pdf
- De Pauw, A., Dejaeger, E., D'hooghe, B., & Carton, H. (2002). *Dysphagia in multiple sclerosis.* *Clinical Neurology and Neurosurgery*, 104(4), 345–351.
- Doeltgen, S. H., Ong, E., Scholten, I., Cock, C., & Omari, T. (2017). *Biomechanical quantification of mendelsohn maneuver and effortful swallowing on pharyngoesophageal function.* *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 157(5), 816–823.
- Falsetti, P., Acciai, C., Palilla, R., Bosi, M., Carpinteri, F., Zingarelli, A., Pedace, C., & Lenzi, L. (2009). *Oropharyngeal dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit.* *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 18(5), 329–335.
- Flowers, H. L., Silver, F. L., Fang, J., Rochon, E., & Martino, R. (2013). *The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke.* *Journal of Communication Disorders*, 46(3), 238–248.
- Frías Ordoñez, J. S., & Martínez Marín, J. D. (2018). *Características de la disfagia en pacientes de un centro de gastroenterología en Bogotá D.C., Colombia.* *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 33(4), 372. <https://doi.org/10.22516/25007440.212>
- García-Peris, P., Paron, L., Velasco, C., De la Cuerda, C., Camblor, M., Bretón, I., Herencia, H.,

- Verdaguer, J., Navarro, C., & Clave, P. (2007). *Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life*. *Clinical Nutrition*, 26(6), 710–717.
- González Alted, C., Casado Romo, M. del P., Gómez Blanco, A., Pajares García, S., Dávila Acevedo, R. M., Barroso Perez, L., & Panizo Valazco, E. (2017). *Guía de nutrición de personas con disfagia*. https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/402017002_guia_nutricion_perso.pdf
- González Victoriano, R., & Araya Salfate, C. (2000). *Manejo fonoaudiológico del paciente con disfagia neurogénica*. *Rev. Chil. Fonoaudiol*, 49–61.
- Guevara, E., Avendaño S., S., Salazar A., A., Alarcón B., M. J., & Santelices S., M. (2016). *Contribución de la temperatura fría y el sabor ácido en la intervención fonoaudiológica de la disfagia orofaríngea*. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 15. <https://doi.org/10.5354/0719-4692.2016.44206>
- Hincapie-Henao, L., Lugo, L. E., Ortiz, S. D., & López, M. E. (2010). *Prevalencia de disfagia en unidad decuidados especiales*. *CES Medicina*, 24(2), 21–30.
- Inamoto, Y., Saitoh, E., Ito, Y., Kagaya, H., Aoyagi, Y., Shibata, S., Ota, K., Fujii, N., & Palmer, J. B. (2018). *The Mendelsohn maneuver and its effects on swallowing: kinematic analysis in three dimensions using dynamic area detector CT*. *Dysphagia*, 33(4), 419–430.
- Kalf, J. G., De Swart, B. J. M., Bloem, B. R., & Munneke, M. (2012). *Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis*. *Parkinsonism & Related Disorders*, 18(4), 311–315.
- Kawashima, K., Motohashi, Y., & Fujishima, I. (2004). *Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening*. *Dysphagia*, 19(4), 266–271.
- Langmore, S. E. (2003). *Evaluation of oropharyngeal dysphagia: Which diagnostic tool is superior?* *Current Opinion in Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 11(6), 485–489. <https://doi.org/10.1097/00020840-200312000-00014>
- Layne, K. A., Losinski, D. S., Zenner, P. M., & Ament, J. A. (1989). *Using the Fleming index of dysphagia to establish prevalence*. *Dysphagia*, 4(1), 39–42.
- Lindgren, S., & Janzon, L. (1991). *Prevalence of swallowing complaints and clinical findings among 50–79-year-old men and women in an urban population*. *Dysphagia*, 6(4), 187–192.
- Mann, G., Hankey, G. J., & Cameron, D. (1999). *Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months*. *Stroke*, 30(4), 744–748.
- Marik, P. E. (2001). *Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia*. *New England Journal of Medicine*, 344(9), 665–671.

- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). *Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications*. *Stroke*, 36(12), 2756–2763.
- Matsubara, K., Kumai, Y., Kamenosono, Y., Samejima, Y., & Yumoto, E. (2016). *Effect of three different chin-down maneuvers on Swallowing pressure in healthy young adults*. *The Laryngoscope*, 126(2), 437–441.
- Ministerio de Salud. (1999). *Ley 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*. <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/f1e6ed33-ad54-4600-8d37-58f833705d21/Resolución+1995+de+1999.pdf?MOD=AJPERES>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3495. Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud*.
- Murry, T., & Carrau, R. L. (2012). *Clinical management of swallowing disorders* (3ra ed.). Plural Publishing.
- Park, J.-S., An, D.-H., Oh, D.-H., & Chang, M.-Y. (2018). *Effect of chin tuck against resistance exercise on patients with dysphagia following stroke: a randomized pilot study*. *NeuroRehabilitation*, 42(2), 191–197.
- Pitts, T., Bolser, D., Rosenbek, J., Troche, M., Okun, M. S., & Sapienza, C. (2009). *Impact of expiratory muscle strength training on voluntary cough and swallow function in Parkinson disease*. *Chest*, 135(5), 1301–1308.
- Pitts, T., Bolser, D., Rosenbek, J., Troche, M., & Sapienza, C. (2008). *Voluntary cough production and swallow dysfunction in Parkinson's disease*. *Dysphagia*, 23(3), 297–301.
- Regan, J., Walshe, M., & Tobin, W. O. (2010). *Immediate effects of thermal-tactile stimulation on timing of swallow in idiopathic parkinson's disease*. *Dysphagia*, 25(3), 207–215. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9244-x>
- Roden, D. F., & Altman, K. W. (2013). *Causes of dysphagia among different age groups: a systematic review of the literature*. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 46(6), 965–987.
- Sciortino, K. F., Liss, J. M., Case, J. L., Gerritsen, K. G. M., & Katz, R. C. (2003). *Effects of mechanical, cold, gustatory, and combined stimulation to the human anterior faucial pillars*. *Dysphagia*, 18(1), 16–26. <https://doi.org/10.1007/s00455-002-0076-1>
- Serra-Prat, M., Hinojosa, G., López, D., Juan, M., Fabrè, E., Voss, D. S., Calvo, M., Marta, V., Ribó, L., & Palomera, E. (2011). *Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 186–187.
- Shaker, R., Kern, M., Bardan, E., Taylor, A., Stewart, E. T., Hoffmann, R. G., Arndorfer, R. C., Hofmann, C., & Bonnevier, J. (1997). *Augmentation of deglutitive upper esophageal sphincter opening in the elderly by exercise*. *American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology*, 272(6), G1518–G1522.

- Skoretz, S. A., Flowers, H. L., & Martino, R. (2010). The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: a systematic review. *Chest*, 137(3), 665–673.
- Spechler, S. J. (1999). *AGA technical review on treatment of patients with dysphagia caused by benign disorders of the distal esophagus*. *Gastroenterology*, 117(1), 233–254.
- Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayanikalath, S., Barbon, C. E. A., Chen, J., Cichero, J. A. Y., Coutts, K., Dantas, R. O., Duiveststein, J., Giosa, L., Hanson, B., Lam, P., Lecko, C., Leigh, C., Nagy, A., Namasivayam, A. M., Nascimento, W. V., Odendaal, I., Smith, C. H., & Wang, H. (2015). *The Influence of Food Texture and Liquid Consistency Modification on Swallowing Physiology and Function: A Systematic Review*. *Dysphagia*, 30(1), 2–26. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9578-x>
- Steele, C. M., Bayley, M. T., Peladeau-Pigeon, M., Nagy, A., Namasivayam, A. M., Stokely, S. L., & Wolkin, T. (2016). *A randomized trial comparing two tongue-pressure resistance training protocols for post-stroke dysphagia*. *Dysphagia*, 31(3), 452–461.
- Steele, C. M., Greenwood, C., Ens, I., Robertson, C., & Seidman-Carlson, R. (1997). *Mealtime difficulties in a home for the aged: not just dysphagia*. *Dysphagia*, 12(1), 43–50.
- Stegemann, S., Gosch, M., & Breitzkreutz, J. (2012). *Swallowing dysfunction and dysphagia is an unrecognized challenge for oral drug therapy*. *International Journal of Pharmaceutics*, 430(1–2), 197–206.
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). *Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations*. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287.
- Terre, R., & Mearin, F. (2009). *Evolution of tracheal aspiration in severe traumatic brain injury-related oropharyngeal dysphagia: 1-year longitudinal follow-up study*. *Neurogastroenterology & Motility*, 21(4), 361–369.
- Tibbling, L., & Gustafsson, B. (1991). *Dysphagia and its consequences in the elderly*. *Dysphagia*, 6(4), 200–202.
- Yoon, W. L., Khoo, J. K. P., & Rickard Liow, S. J. (2014). *Chin Tuck Against Resistance (CTAR): New Method for Enhancing Suprahyoid Muscle Activity Using a Shaker-type Exercise*. *Dysphagia*, 29(2), 243–248. <https://doi.org/10.1007/s00455-013-9502-9>