

REPORTE DE CASO

ATENCIÓN CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA EN UN ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO CON DISFAGIA NEUROGÉNICA. ESTUDIO DE CASO.
CLINICAL PHON AUDIOLOGICAL CARE IN AN INSTITUTIONALIZED ELDERLY ADULT WITH NEUROGENIC DYSPHAGIA. CASE STUDY.

Filiación del autor

Angie Ximena Quintero Moran

Noveno semestre

Programa de Fonoaudiología

Universidad Manuela Beltrán

Autor de correspondencia

Angie Ximena Quintero Moran

Bogotá DC, Colombia

Angie.quintero2@unipamplona.edu.co

RESUMEN

Introducción: La disfagia neurogénica se define como una alteración en el proceso normal de la deglución a causa de un daño a nivel cerebral neurológico o de la unión neuromuscular. La prioridad en el paciente disfágico es la rehabilitación de la función deglutoria para evitar complicaciones. **Presentación del caso:** Mujer de 73 años de edad, institucionada hace 4 años con antecedentes como trastorno de ansiedad, depresión, demencia no especificada, hipertensión arterial e hipotiroidismo en sus hallazgos clínicos presenta, dificultad en la deglución con 3 años de evolución, tuvo modificación en consistencia en su alimentación pero luego de presentar periodos consecutivos de asfixia, le realizaron gastrostomía, por tanto, su modo actual de alimentación es enteral, aun así, persiste los síntomas de disfagia y el bajo estado nutricional. Después de consultar con el servicio de fonoaudiología se implementó en su rehabilitación un modelo biopsicosocial con de estrategias de intervención directas en indirectas para el abordaje de la disfagia. **Conclusiones:** En la disfagia neurogénica la rehabilitación se debe incluir el componente biológico (anatomía fisiológicos), psicoemocional y social, además de promover un entorno favorecedor para eliminar barreras comunicativas entre el paciente-contexto logrando mejorar el pronóstico y la calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: Deglución, trastornos de la deglución, demencia, anciano.

INTRODUCCIÓN

La fisiología de la deglución con el transcurso de la edad cambia, la fuerza muscular disminuye significativamente y el tejido conectivo va perdiendo elasticidad progresivamente, lo que conduce a la disminución de la fuerza y la motilidad en el proceso de la deglución. La pérdida de control en la ingesta tiene consecuencias adversas en la salud del paciente, desencadenando la disfagia, la cual es un trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos por una deficiencia en cualquiera de las etapas de la deglución, cuando el origen de las alteraciones de la deglución es oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior (EES) se establece como disfagia orofaríngea (DOF), la cual puede provocar complicaciones como la pérdida de peso, deshidratación, obstrucción de la vía aérea, neumonía, anorexia, depresión, poco interés en las relaciones sociales y desnutrición. (athya Paulina Mena Romo, 2019)

Es importante destacar que la disfagia tiene una prevalencia entre el 13 al 30% en los adultos mayores y que puede aumentar hasta el 47% en un contexto de hospitalización e institucionalización, a pesar de que las principales causas de disfagia orofaríngea corresponden a cambios neuromusculares, las cuales pueden ser más prevalentes durante el envejecimiento; sin embargo, en pacientes con trastornos neurocognitivos, tienen una mayor probabilidad de presentarla, esto se debe a que comienzan a perder progresivamente funciones cognitivas (Cortés, 2018). La capacidad de deglutir es una función fisiológica vital para la conservación de la vida, es por ello por lo que los trastornos deglutorios tienen un impacto severo también sobre el bienestar físico, mental y social del individuo, por estas razones, resulta imprescindible identificar precozmente a los pacientes para prevenir complicaciones y establecer programas terapéuticos que permitan abordar de forma multidisciplinar este grave trastorno de salud.

Con respecto al método de intervención que se va a utilizar es el biopsicosocial, puesto que comprende que el bienestar del hombre depende de la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales para el tratamiento de las enfermedades, ya que identifica las deficiencias de las estructuras del cuerpo, como estas pueden afectar a las personas en su condición de salud y su desarrollo en la sociedad desde problemas multicausales del paciente, (Esperanza Daza, 2017) así como la persona se ve afectada por su contexto, por lo tanto, el entorno es una base sobre la que se ha desarrollado la enfermedad y esta se contextualiza a los estados físicos y biológicos de la persona

A. Quintero Morán

en su medio habitual, estudiándose cómo el medio puede influir en el estado de salud, enfatizando así, en el entorno más próximo a la persona representa una parte importante que debía ser valorada para un correcto diagnóstico, tratamiento e intervención.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El siguiente es un reporte de caso es una mujer de 73 años de edad, institucionada hace 4 años en la Fundación Gerontológica las Canitas de la ciudad de Bogotá con nivel técnico profesional, religión católica y estado civil soltera, con patologías de base: Trastorno de ansiedad, depresión, demencia no especificada, hipertensión arterial e hipotiroidismo. El servicio fonoaudiología acude para realizar una evaluación clínica de la deglución por sugerencia del servicio de enfermería de la institución, la enfermera de piso informa que presenta dificultad en la deglución con 3 años de evolución, por lo cual, se modificó la consistencia en la alimentación, pero no hay registro en la historia clínica, luego de presentar periodos consecutivos de asfixia, se le realizó gastrostomía. Hasta el momento se le suministra suplementación alimenticia y medicamentos por vía enteral como es la paroxetina de 20 mg (2) y omeprazol 20 mg en la mañana, levotiroxina 50 mg en ayunas. No hay registro de antecedentes familiares, el estado nutricional está en bajo peso según la nutricionista. En la exploración física se evidencia ausencia de sello labial, saliva excesiva en cavidad oral, mal higiene bucal, dificultad para iniciar la deglución, disminución en la frecuencia de la deglución. Estado general de conciencia, ubicada en persona y lugar.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

La disfagia orofaríngea (DO) es un trastorno que precisa la atención y especialización adecuada por parte de los profesionales de salud. En concreto, el fonoaudiólogo, es indispensable en la evaluación clínica y rehabilitación de dicho trastorno. Para que la evaluación se realice de manera idónea, es esencial realizar un análisis clínico de la deglución y del estado de la musculatura involucrada. En este proceso puede dividirse en tres etapas: a) anamnesis detallada, b) evaluación de motricidad orofacial y c) evaluación funcional de la deglución. La siguiente tabla describe detalladamente cada uno de los procesos realizados, el motivo por el cual se los realizó y los respectivos resultados. (Fernando Gomez, 2019) (Claudia Ximena Campo, 2010)

EVALUACIÓN DE LA DEGLUCIÓN		
EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN		
PROCESO	MOTIVO	RESULTADOS
ANAMNESIS:	Revisión de la historia clínica para conocer cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados en el usuario, de mismo modo identificar datos relevantes que permitan darnos una noción de las necesidades terapéuticas o la continuidad dichos tratamientos con respecto a el área de fonoaudiología.	<p>-Enfermedades de base: se encuentran enfermedades de base como demencia, trastorno de ansiedad, depresión, hipertensión arterial, hipotiroidismo.</p> <p>-Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Paroxetina de 20 mg (2) en la mañana, como antidepresivo para manejar el trastorno de la ansiedad y facilitar la transmisión de serotonina. ● Levotiroxina 50 mg en ayunas para tratar el hipotiroidismo. ● Omeprazol 20 mg en la mañana para estabilizar la acidez estomacal. <p>-Aspectos nutricionales: su alimentación por sonda enteral, presenta bajo peso (54 kg), según la nutricionista debe subir 3 kilos.</p> <p>-Cirugías: Gastrostomía endoscópica percutánea (intervención quirúrgica que consiste en la apertura de un orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago)</p> <p>-Afecciones respiratorias: No reportadas en la historia clínica.</p>
EVALUACIÓN CLÍNICA DE MOTRICIDAD OROFACIAL (PROTOCOLO DE EVALUACIÓN EN MOTRICIDAD OROFACIAL-PEMO)	Evaluar y establecer un pronóstico de las características de la motricidad orofacial de la usuarias, permitiendo evidenciar la normalidad o alguna disfunción a nivel anatómico o funcional que se presente en las funciones estomatognáticas.	<p>-Control postural: La cabeza tiene una posición adecuada y su hombro derecho tiene una leve elevación.</p> <p>-Respiración: es tipo medio inferior, modo oronasal.</p> <p>-Masticación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>labios</u> habitualmente están abiertos con una eversión acentuada, los músculos masetero y temporal están hipotónicos lo que provocan un deficiencia en el cierre mandibular, incompetencia labial, evidenciándose en la boca abierta y dificultad en el selle labial lo que provocaría el derrame de saliva y/o alimento.

		<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Lengua</u> esta hipotónica e hiposensible lo que dificulta la sensibilidad, discriminación y localización táctil de la saliva complicando la preparación del bolo alimenticio. ● <u>Dientes</u>: hay ausencia de piezas en la arcada superior lo que dificulta cortar, rasgar y triturar los alimentos. ● <u>Mejillas</u>: hipotónica lo que dificultan la acción de auto limpieza y dirección del alimento a los dientes. ● <u>Mandíbula</u>: tiene dificultad para la apertura. lateralización de la misma, aunque la usuaria no refiere dolor en ATM a través de la palpación y hay ausencia de sonidos. <p>-Deglución:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Fase preparatoria oral</u>: hay dificultad en la apertura oral. ● <u>Fase oral</u>: hay dificultad en la propulsión de la saliva. ● <u>Fase faríngea</u>: hay cierre velofaríngeo ya que no se evidencia saliva en las narinas, hay una insuficiencia elevación del hioides y adelantamiento de la faringe.
<p>TÉCNICA DE LOS CINCO DEDOS</p>	<p>Para estimar el tiempo de tránsito orofaríngeo en la deglución, donde se puede palpar el movimiento y la acomodación de las estructuras que intervienen la deglución.</p>	<p>Esta técnica nos ayuda a determinar el movimiento laríngeo en la deglución.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se evidencio que la elevación hueso hioides fue mínima, no hubo un adecuado ascenso y adelantamiento de la laringe, por lo cual no hay un eficiente cierre velofaríngeo provocando una ineficiente protección de vías aéreas.
<p>EVALUACIÓN DE LA DEGLUCIÓN EN SECO</p>	<p>Consiste en observar las degluciones realizadas por el paciente con fluidos propios. Esta es una evaluación que se realiza en una primera instancia, para determinar si se puede o no suministrar alimentos en la evaluación, puesto que se puede observar ascenso o no de la válvula laríngea.</p>	<p>Se evidencia disminución de la frecuencia de las degluciones espontáneas provocando un aumento de la saliva en cavidad oral.</p>

EVALUACIÓN INSTRUMENTAL NO IMAGENOLÓGICA DE LA DEGLUCIÓN		
AUSCULTACIÓN CERVICAL	Evaluar subjetivamente la deglución desde la captación de los sonidos durante la misma con el fin de verificar la funcionalidad de mecanismos de protección de vías aéreas inferiores y el tiempo de demora de tránsito del alimento desde que se activa reflejo deglutorio hasta el retorno de la respiración.	En los sonidos de la deglución a través de la auscultación cervical se pudieron identificar los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ● Sonidos respiratorios: sonidos tubulares que se escucha por la permeabilidad de las vías respiratorias. ● Primer clic: Entrada de la saliva a la hipofaringe. ● Segundo clic: Sonido propio de la deglución. ● Cuarto sonido: es un Lub-dub: refiriéndose un sonido burbujeando posterior a la deglución.

TABLA 1. Evaluación diagnóstica.

Fuente: los Autores.

Además de realizar la evaluación a la deglución también se tuvieron en cuenta otros aspectos importantes para el proceso de evaluación e intervención, como lo es verificar el estado de conciencia, la voz y estado comunicativo de la usuaria.

ESTADO DE CONCIENCIA	<p>-Estado de conciencia: ubicada en lugar y persona.</p> <p>-Estado de alerta: Letárgica (es un estado de somnolencia y confusión donde al paciente le cuesta pensar con fluidez, aunque sale de su estado al estimularle verbal o sensitivamente).</p> <p>Estos resultados fueron determinados por un análisis subjetivo a través de la comprensión de órdenes y respuestas a preguntas.</p>
VOZ	En la interacción comunicativa practicante de fonoaudiología-paciente se percibe voz húmeda. Esta es causada por acumulación de secreciones en la hipofaringe, por lo cual, el volumen de aire que pasa a través de las cuerdas vocales se entremezcla con los residuos que hay presentes.
OBSERVACIÓN DE LA COMUNICACIÓN	Se evidenció carencia de intención comunicativa, no se relaciona con sus pares y cuidador, no hace uso de las funciones del lenguaje, en los medios de comunicación utiliza gestos simbólicos y frases de dos palabras telegráficas, en la comprensión verbal presenta dificultad ya que en ocasiones no atiende a una solicitud o al llamado, su lenguaje expresivo solamente se refieren a situaciones inmediatas y concretas, todas estas dificultades en la comunicación es por el deterioro cognitivo causado por la demencia, evidenciándose en alteraciones de la memoria, el pensamiento, el lenguaje,

	<p>el juicio y el comportamiento indispensable para la comunicación humana, además de estar inmersa en un ambiente poco favorecedor y estimulante para su interacción comunicativa.</p>
--	---

TABLA 1. Aspectos indirectos importantes en la evaluación.

Fuente: los Autores.

Después de realizar un análisis del estado anatómico fisiológico y fisiopatológico de las estructuras involucradas en el proceso de la deglución, se obtiene el siguiente concepto comunicativo “La usuaria femenina de 73 años con patología de demencia no especificada, hipotiroidismo, depresión, trastorno de la ansiedad e hipertensión arterial, se caracteriza por tener una comunicación con dificultades en la intención comunicativa debió a el deterioro cognitivo, a la poca interacción con sus pares y al contexto poco facilitador, además presenta disfagia neurogénica caracterizada por problemas cognitivos, dificultades con el sistema nervioso y control motor (músculos rígidos y lentos) impidiendo que los órganos involucrados se activen y coordinen de forma adecuada, estos problemas son causados por la demencia, asimismo, presenta disfunción en las estructuras orofaciales y funciones estomatognáticas provocadas por la edad, lo que en conjunto impide la efectiva alimentación oral y pone en peligro la vida de la usuaria”.

INTERVENCIÓN TERÁPEUTICA

OBJETIVO GENERAL

Fomentar una deglución en seco segura y eficaz a través de estrategias de intervención directas e indirectas para evitar complicaciones respiratorias y sistémicas que pongan en peligro la vida.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Fomentar la normosensibilidad y el equilibrio muscular orofacial en tono, postura y sensibilidad para permitir patrones neuromusculares mejorando las habilidades deglutorias.
- Prevenir problemas respiratorios, penetraciones y aspiración de saliva a las vías respiratorias.
- Implementar maniobras deglutorias complementarias que faciliten la deglución e informarlas sobre el uso de estas en su entorno.
- Fomentar un entorno enriquecido para la implementación de los aprendizajes trabajados.

SESIONES DE EVALUACIÓN: Se utilizaron 2 sesiones de 30 minutos.

SESIONES DE INTERVENCIÓN: Se realizaron 26 sesiones terapéuticas de 30 minutos cada una durante 3 meses.

A continuación, se expondrá el plan de intervención realizado para la rehabilitación del proceso de la deglución.

INTERVENCIÓN DE LA DEGLUCIÓN		
<p>REHABILITACIÓN DE LA DEGLUCIÓN INDIRECTA: Consiste en ejercicios para fortalecer la musculatura, favorecer el reflejo deglutorio y el mecanismo de cierre glótico. Se realizan en vacío, sin que el paciente trague alimentos o líquidos. (M, 2016) (Perlaza, 2017)</p>		
<p>1.Rehabilitación de la musculatura implicada en la deglución, para mejorar el tono, fuerza, amplitud, velocidad y coordinación de la misma.</p>	<p><u>-Cavidad oral:</u> se realizan movimientos específicos, estimulaciones táctiles y movilización de tejidos blandos según los grupos musculares afectos (labios, lengua, mejillas, mandíbula).</p>	<p>Se realizan diferentes tipos de ejercicios activos acompañados de activación sensorio-motora como el toque, presión y temperatura.</p> <p>-Ejercicios isométricos: son ejercicios en los que los músculos permanecen estáticos generando tensión. No hay movimiento. Con la realización de estos aumentará la fuerza de los músculos y su resistencia. Ej. praxias bucofaciales estáticas.</p> <p>-Ejercicios isotónicos: son aquellos que requieren una contracción, manteniendo el tono, estos implican movimiento. Ej: la batalla del botón, praxias labiales con resistencia.</p> <p>-Ejercicios isocinéticos: son aquellos en los que se aplica una velocidad constante para obtener una contracción muscular. Se realizan con una resistencia fija. Ej: ejercicios de punta de lengua, praxias bucofaciales.</p>
	<p><u>-Ejercicios de base de lengua:</u> incrementar el rango del movimiento de la base de la lengua ayudando a la prevención de la caída prematura del bolo, la disminución del residuo oral y estimulación del reflejo de deglución.</p>	<p>-Deglución con boca abierta.</p> <p>-Vocalizaciones con /k/ /j/ con fuerte presión de aire. (c-a-c) (ja-ja) se utilizó un bajalengua que empuje la lengua hacia atrás.</p>

	<p>- <u>Cierre glótico</u>: potencian la musculatura responsable la elevación laríngea y del cierre glótico para disminuir el riesgo de penetración / aspiración.</p> <p>- <u>Apertura esfínter esofágico superior</u></p>	<p>-Ejercicio de halar una banda elástica y emitir las silabas cuc-cuc-cuc, (con todas las vocales).</p> <p>-Maniobra de Shaker: se realiza en decúbito supino, elevando la cabeza hasta verse los pies y manteniendo la postura 15-20 seg, con lo que se facilita la apertura del EES, la elevación laríngea y cierre glótico.</p>
2. Rehabilitación para facilitar el inicio o aceleración de la deglución.	<p>- <u>Estimulación de la fase oral</u>: aumentando la información propioceptiva y sensorial de la cavidad oral a través del gusto y temperatura del bolo.</p>	<p>-Estimulación externa en la zona perioral-oral con diferentes temperaturas utilizando cepillos de texturas realizando movimientos con variación en la dirección e intensidad (sostenida, suave/superficial), así mismo, se utilizó diferentes sabores colocándolos en la parte de la lengua donde se encuentran los receptores del gusto.</p>
	<p>- <u>Sensibilización y activación del reflejo deglutorio</u>: la estimulación de los pilares amigdalinos anteriores con hielo mejora la sensibilidad y activación rápida del reflejo deglutorio.</p>	<p>-Estimulación mecánica con guías de lengua en diferentes partes de la boca, se aplica sabores para que se estimule la salivación, luego en la parte posterior de la lengua y pilares faríngeos para estimular la deglución.</p>
<p>REHABILITACION DE LA DEGLUCIÓN DIRECTA: Consiste en técnicas y maniobras que se realizan con alimentos o líquidos para favorecer su deglución.</p>		
Maniobras facilitadoras: requieren un aprendizaje y automatización de	<p>-<u>Maniobra de Chin Down</u>: La cual provoca ensanchar el área vallecular para prevenir el ingreso de parte del bolo a la vía aérea y angostar la entrada a la vía aérea superior, reduciendo el riesgo de aspiración.</p>	<p>La maniobra consiste sentada con la espalda recta, evitando la extensión del cuello, luego baja la cabeza hacia el pecho y se retrae hacia atrás sacando papada en el momento de tragar.</p>
	<p>-<u>Maniobra de Mendelsohn</u>: permite una mayor apertura del esfínter esofágico</p>	<p>Se debe mantener la laringe elevada unos segundos tras la deglución, colocando los dedos sobre el cartílago tiroides y ejerciendo una leve presión hacia arriba, acompañando</p>

movimientos por parte del paciente.	superior, mejorando el tránsito del bolo y reduciendo el residuo.	el movimiento deglutorio y luego manteniendo elevadas las estructuras.
-------------------------------------	---	--

TABLA 1. *Intervención terapéutica.*

Fuente: los Autores.

Para complementar el proceso de rehabilitación se realizó acciones de enriquecimiento del entorno para favorecer la implementación de los aprendizajes trabajados en la usuaria en base al principio de neuroplasticidad ‘úsalo o piérdelo’, por lo tanto, al personal de enfermería en ocasiones se los hacia partícipes del proceso de intervención para que favorezcan la función entrenada, ya que, a mayor estimulación en el entorno, hay mayor número de experiencias que un entorno monótono, fomentando la neuroplasticidad, además permitió conocer cómo se desenvuelve la usuaria en la función trabajada diariamente en ausencia de sesión terapéutica, asimismo, se informó que aspectos suponen ser facilitadores o son una barrera en su día a día para su rehabilitación, todas estas acciones pretenden mejorar aspectos físicos, emocionales y sociales.

SEGUIMIENTO Y DESENLACES

Después de realizar la intervención terapéutica se pudo evidenciar que a nivel anatómico y fisiológico hubo una mejoría en el proceso de la deglución, en la tabla a continuación se detalla cada uno de los procesos y su evolución.

<p>1. Rehabilitación de la musculatura implicada en la deglución, para mejorar el tono, fuerza, amplitud, velocidad y coordinación de la misma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Labios</u>: Se observa los labios entreabiertos, la eversión ya es discreta además de mejorar la mucosa ● <u>Lengua</u>: Mejoró el tono (normotonía), movilidad y sensibilidad de esta evidenciándose en disminución en la acumulación de la saliva en la boca y en el acanalamiento de la lengua. -Asimismo, con los ejercicios de base de lengua, se incrementó el rango del movimiento ayudando a la prevención de la caída prematura de la saliva, la disminución del residuo oral y estimulación del reflejo de deglución. ● <u>Mejillas</u>: Se adecuo la normo sensibilidad, el tono muscular mejorando acciones de auto limpieza. ● <u>Mandíbula</u>: Mejoró el tono en (normotonía) los músculos masetero y temporal mejorando el cierre mandibular. ● <u>Cierre glótico</u>: potencian la musculatura responsable la elevación laríngea y del cierre glótico para disminuir el riesgo de penetración / aspiración.
---	---

2. Rehabilitación para facilitar el inicio o aceleración de la deglución.	Mejóro la información propioceptiva y sensorial de la cavidad oral, asimismo, la lengua se acanala y ha mejorado su motilidad, el reflejo deglutorio se activa con más frecuencia, la laringe falta aumentar su elevación lo que no hay un cierre velofaríngeo lo suficientemente eficiente.
3 Maniobras facilitadoras	Se ha fomentado el aprendizaje de las maniobras facilitadora en el proceso de la deglución, ha sido una tarea ardua, ya que, la usuaria presenta déficit en algunas habilidades cognitivas lo que dificulta que las realice en su cotidianidad, a causa de sus problemas en las funciones ejecutivas, aun así, cuando se las solicita, la usuaria las realiza, por lo cual se pide apoyo al servicio de enfermería para reforzar los aprendizajes en la usuaria.

TABLA 1. *Seguimiento y desenlace.*

Fuente: los Autores.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El proceso deglutorio va más allá de las acciones musculares de la boca o faringe, siendo el resultado de una serie de componentes neurológicos centrales y periféricos. Para que haya una correcta deglución depende de un adecuado control neurológico que permita que los órganos involucrados se activen y coordinen de forma adecuada. (Juan Camilo Suárez-Escudero, 2017) El control neural va desde la corteza cerebral hasta el bulbo raquídeo, donde se hallan los centros de control de muchos de los músculos que participan en la deglución. Todos esos músculos, que se contraen o inhiben de forma secuencial, para que pase el bolo alimenticio al estómago, están inervados por múltiples nervios craneales, como: nervio trigémino (V), nervio facial (VII), nervio glosofaríngeo (IX), nervio vago o neumogástrico (X), nervio espinal o accesorio (XI) y nervio hipogloso (XII). Todos ellos proporcionarían tanto inervación sensorial como motora. Pero, aunque la deglución se suele considerar como un acto motor coordinado, dependiente en su mayoría del tronco encefálico, debemos recordar que la corteza cerebral también juega un papel muy importante en su regulación. La evidencia actual nos demuestra que la corteza cerebral participa en la regulación de la deglución de forma bilateral y multifocal. Siendo las áreas corticales más frecuentemente involucradas en esta función, la corteza sensoriomotora, prefrontal, cingulada anterior, insular, parieto-occipital y temporal, por consiguiente, disfagia neurogénica es el resultado de toda disrupción en los mecanismos neurológicos de la deglución por compromiso del sistema nervioso central y/o sistema nervioso periférico; este déficit puede causar muerte celular, ausencia de regeneración axonal, desmielinización y alteraciones a nivel estructural y funcional; generando así un deterioro progresivo o la pérdida completa de determinadas funciones importantes en la deglución. En el mundo se reporta

una incidencia anual de disfagia neurogénica entre 400.000 a 800.000 casos. (Juan Camilo Suárez-Escudero, 2017)

En la demencia, hay que situar la disfagia como un trastorno frecuente de curso largo y en ocasiones progresivo, en la que las alteraciones de la conducta alimentaria son múltiples, afectando en sus últimos estadios a más del 70% de los pacientes con más incidencia en los adultos mayores con baja inmunidad, pluripatología y polifarmacia. En consecuencia, la medicación debe ser revisada sistemáticamente, porque muchos de los fármacos y sus interacciones pueden condicionar la ingesta, en especial relevancia la medicación sedante por su frecuente utilización en estos pacientes y por los efectos depresores del reflejo deglutorio. (Kannayiram Alagiakrishnan aRahima, 2016)

La disfagia se asocia con un aumento en la mortalidad, incremento en los tiempos de hospitalización y complicaciones como neumonía, infecciones respiratorias a repetición, enfermedad respiratoria crónica, mala nutrición o mala hidratación (la que a su vez lleva a úlceras, mala respuesta inmune y retraso en la cicatrización), obstrucción de las vías respiratorias y pérdida de peso. (González E. C., 2019)Adicionalmente, se suman situaciones como mayor necesidad de recursos en salud, uso frecuente de antibióticos, procedimientos quirúrgicos y/o dispositivos alternos de nutrición, y riesgo de muerte; pero pocas veces se explora el impacto que la disfagia tiene en la calidad de vida de la persona, porque este trastorno no solo afecta la salud física de la persona, sino que también sus niveles emocionales y su participación social, impactando de manera importante en la calidad de vida (CV) de él y de su familia. (Rodríguez, 2015)Tengamos en cuenta, que las personas con disfagia pueden presentar un sin número de emocionales a la hora de alimentarse como evitar deglutir sintiendo pánico o ansiedad, por lo tanto, hay que ver al paciente con disfagia como una persona inmersa en un contexto, un ser holístico, que el foco de la atención de los profesionales de la salud no solo se restrinja a los síntomas clínicos en cómo están alterados los parámetros anatómicos y/o fisiológicos, sino también darle la respectiva importancia en cómo está afectando la condición de los aspectos psicosociales del individuo, por lo cual, uno de los objetivos en la intervención de disfagia debe ser la sensibilización y concienciación de los cuidadores y familiares, para que, con una correcta formación, ayuden a mejorar el estado psicosocial del paciente, por consiguiente, su atención y apoyo no solo debe centrarse en este proceso de alimentación, también hay que tener en cuenta que hay otros factores que influyen en la complicación de la disfagia como lo es la falta de piezas dentarias y/o la mala higiene oral.

A. Quintero Morán

En los espacios de institucionalización es importante el apoyo y el acompañamiento de su contexto (cuidadores y familia) porque en la rehabilitación de la disfagia es importante involucrar estrategias que modifican el entorno a favor de la mejora del paciente, formando un contexto favorable para él, de modo que el sienta el menor impacto y no se sienta excluido o aislado por su trastorno de la deglución, especialmente en nuestra cultura, que asocia la comida como el disfrute del encuentro social.

En definitiva, el fonoaudiólogo es el principal profesional en la rehabilitación de la disfagia orofaríngea sin importar su causal; su participación es fundamental tanto para aminorar el riesgo de aspiración o penetración laríngea, mejorar o restaurar la función de deglución (buscando que sea con la máxima funcionalidad posible), evitar la desnutrición y deshidratación por problemas en la deglución, puesto que cuenta con diferentes opciones terapéuticas, ya sean directas e indirectas, cuya elección y aplicación dependerá del estado del paciente, no obstante, si el paciente tiene vías alternativas de alimentación (no oral), como por gastrostomía, se debe seguir estimulando la zona bucofaríngea teniendo en cuenta los aspectos conductuales y psicosociales del paciente, con nociones a rehabilitación de la deglución, este abordaje debe ser multidisciplinar con el propósito que la deglución sea segura y eficaz e impidiendo que la situación de salud del paciente se agudice, minimizando a su vez, complicaciones y/o la muerte.

Para finalizar, se expondrán las posibles relaciones causa-efecto en las que la usuaria está inmersa que influyeron positiva y negativamente en el proceso de rehabilitación de la deglución.

CAUSALES	BIOLOGICO	Déficit neurológico	Dificultades a nivel sensitivo y motor.
		Déficit en las habilidades cognitivas (funciones ejecutivas)	Comunicación verbal y no verbal disminuida.
		Difusión de las estructuras orofaciales	Envejecimiento.
	PSICOEMOCIONAL	Falta de apoyo familiar	Tristeza y sentimiento de abandono.
		Contexto poco facilitador	Comunicación disminuida con su cuidador y pares.

	SOCIAL		
		Dificultad para entablar conversaciones	Restricción en la participación
EFEECTO: Dificultades a nivel motor y sensitivo atribuidas a un déficit en el funcionamiento del sistema nervioso causado por la demencia. Disfunción en las estructuras orofaciales son provocadas por la edad. Comunicación y participación social disminuida provocado por el contexto poco facilitador y ausencia del apoyo familiar; todas estas causales conllevan a tener una disfagia neurogénica con alimentación enteral, repercutiendo en la una deglución segura y eficaz.			

REMISIONES

- **ODONTOLOGÍA:** Para limpieza y remoción de placa bacteriana, importante disminuir el riesgo de infecciones respiratorias.

RECOMENDACIONES

ÁMBITO DEGLUTORIO

- En la deglución es importante estar sentado en una silla con el tronco apoyado y derecho, así mismo, efectuar las maniobras aprendidas.
- Implementar un higiene bucal adecuado para remover la placa bacteriana.
- En caso de broncoaspiración, realizar medidas de seguridad como colocar a la usuaria en posición lateral de seguridad o realizar la maniobra de Heimlich, mientras llega la atención médica.

ÁMBITO COMUNICATIVO

- Utilizar un lenguaje sencillo: mejora intención comunicativa y la comprensión del discurso.
- Fomentar autonomía: que la adulta mayor participe de decisiones y respetar sus opiniones.
- Control del contexto comunicativo: evitar distracciones como el ruido de televisión y música con alto volumen.
- Prestar atención al usuario: establezca contacto visual durante la conversación.
- Darle tiempo para expresarse y ser paciente: no anticipe ni deduzca la respuesta de la usuaria.
- Escuche de forma activa y haga gestos de afirmación o negación a medida que transcurre la conversación ya que mejora la comprensión de la misma.

ÁMBITO SOCIAL

- Fomentar un contexto enriquecedor por parte de cuidadores y familiares para optimiza el proceso de rehabilitación de la usuaria y mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES

- La deglución es un acto neuromotor complejo, necesario en la vida de los seres humanos, y depende directamente de nuestro cerebro por lo cual debemos intervenir la disfagia desde diferentes aspectos como biológico, psicoemocional y social.
- La disfagia debe tener una intervención integral y multidisciplinar porque puede causar complicaciones silenciosas (penetraciones y aspiraciones) que modifican el pronóstico del paciente neurológico.
- En la rehabilitación de la disfagia es importante que el fonoaudiólogo trabaje en conjunto con su contexto más cercano, favoreciendo el enriquecimiento del entorno porque permite implementar los aprendizajes de la función entrenada en el día a día, asimismo, se establecen estrategias para eliminar barreras comunicativas con el fin de mejorar la calidad de vida de la usuaria.

ANEXOS:

Posición lateral de seguridad (PLS)

Esta maniobra permite asegurar la permeabilidad de la vía aérea y evitar el riesgo de aspiración. Se realiza de la siguiente manera:

1- Con la persona boca arriba, lo primero que tenemos que hacer es acercarnos de rodillas y asegurarnos de que las piernas están alineadas y por lo tanto rectas.

2- A continuación, colocamos el brazo más cercano a nosotros formando un ángulo recto con su palma de la mano en la mejilla.

3- Con la otra mano, le cogemos la rodilla más lejana a nosotros y se la doblamos por la rodilla, de manera que el pie siga en contacto con el suelo.

4- Por último, tiraremos de su codo y de su rodilla hasta conseguir que la persona gire hacia su costado y se quede acostado.

5- Nos aseguraremos de que la pierna está en contacto con el suelo y que sus caderas están rectas para que no se pueda ir hacia atrás.



Maniobra de Heimlich

Esta técnica se utiliza en el hipotético caso en el que la vía aérea se encuentre obstruida por un cuerpo extraño. Esta se puede realizar en un paciente que se encuentre tanto sentado como de pie, y para ello tenemos que seguir los siguientes pasos:

- 1- Colocamos de pie detrás de la persona.
- 2- Cerrar el puño de la mano.
- 3- Colocar nuestro dedo pulgar contra el abdomen de la víctima, justo por encima del ombligo y en la línea media pero sin sobrepasar el extremo de los apéndices xifoides.
- 4- Sujetar nuestro puño con la otra mano y comprimir el abdomen con un rápido movimiento ascendente.
- 5- Repetir el movimiento hasta que se expulse el objeto.



En casos menos graves, se pueden utilizar los golpes interscapulares.

1. Para ello colocamos la mano del paciente en el pecho y lo inclinamos hacia adelante para aprovechar la gravedad.
2. Con la mano abierta le golpeamos hasta 5 veces entre las escápulas de forma enérgica y con dirección hacia la nuca.



BIBLIOGRAFÍA

1. athya Paulina Mena Romo, E. M. (2019). PRESENCIA DE DISFAGIA Y ESTADO NUTRICIO DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA, QUE ASISTEN AL INSTITUO DE LA MEMORIA. *Entre textos*.
2. Claudia Ximena Campo, M. A. (2010). PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DISFAGIA OROFARÍNGEA REALIZADOS POR FONOAUDIÓLOGOS DE LA UNIVERSIDAD DEL CAUCA. *ÁRETE*.
3. Cortés, R. V. (2018). LÍMITE DE DISFAGIA COMO PRUEBA DE DETECCIÓN DE TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN. *Redalyc*.
4. Esperanza Daza, A. L. (2017). MODELOS TEÓRICOS DE REHABILITACIÓN EN SALUD Y LA PRÁCTICA FONOAUDIOLÓGICA. *ARETÉ*.
5. Fernando Gomez, V. A. (2019). ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN LA DEMENCIA AVANZADA. *REVISTA ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA*.
6. González, E. C. (2019). CONSECUENCIAS Y TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA. *NUTRICIÓN HOSPITALARIA*.
7. Juan Camilo Suárez-Escudero, Z. V. (2017). DISFAGIA Y NEUROLOGÍA: ¿UNA UNIÓN INDEFECTIBLE? *ACTA NEUROLÓGICA COLOMBIANA*.
8. Kannayiram Alagiakrishnan aRahima, B. b. (2016). EVALUATION AND MANAGEMENT OF OROPHARYNGEAL DYSPHAGIA IN DIFFERENT TYPES OF DEMENTIA: A SYSTEMATIC REVIEW. *ARCHIVES OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS*.
9. M, C. O. (2016). DISFAGIA EN ADULTO MAYOR: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA EN EL MANEJO DE LA DSFAGIA EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA. *UNIVERSIDAD DE CHILE*.
10. Perlaza, L. A. (2017). ATENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA DEL PACIENTE CRÓNICO CON DISFAGIA. *ARETÉ*.
11. Rodríguez, L. T. (2015). CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DISFAGIA COMO CONSECUENCIA DE TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO DE ORIGEN NEUROLÓGICO. *UNIVERSIDAD DE CHILE*.