

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

ESTUDIO CUASIEXPERIMENTAL DE LA EFICACIA DEL MANEJO FONOAUDIOLÓGICO, EN PACIENTES CON DISFAGIA, HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA CARLOS LLERAS RESTREPO.

Adriana Lucía Jiménez Gámez¹, Angélica María Lizarazo Camacho², Luisa Fernanda Ángel Gordillo³

1. Fonoaudióloga, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

2. Fonoaudióloga, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

3. Profesora Asistente, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

* Correspondencia : nanitajimenez@terra.com

Resumen

Antecedentes. La disfagia orofaríngea que afecta con especial frecuencia a los ancianos y a los sobrevivientes de enfermedad cerebrovascular, ocasiona morbilidad adicional en los pacientes/usuarios hospitalizados.

Objetivo. Identificar fortalezas y debilidades del manejo fonoaudiológico de la disfagia orofaríngea en pacientes/usuarios hospitalizados en la Clínica Carlos Lleras Restrepo de Bogotá.

Material y métodos. Mediante de la implementación de trece actividades en las cinco acciones fonoaudiológicas, se estableció una vigilancia continua al ingreso de los pacientes en los servicios de hospitalización. Se monitorizó el tiempo de detección de la alteración, su manejo multidisciplinar y el traslado al enfermo y a su familia de las estrategias adecuadas de manejo.

Resultados. Hallamos cuatro situaciones que interfirieron en la acometida fonoaudiológica oportuna para esta población: un tardío proceso de detección, poco trabajo multidisciplinar integral, escasez en recursos humanos e insumos y dificultades en la transferencia de estrategias terapéuticas como cambios posturales y maniobras de deglución a la vida cotidiana. Se implementaron alternativas que incorporaron el proceso de detección temprana al protocolo de admisión en ambientes hospitalarios, promoción del servicio, y se recomendó la creación de un equipo multidisciplinar entre otras.

Conclusión. La implementación de estrategias fonoaudiológicas que identifiquen y traten la disfagia orofaríngea oportunamente, ayuda a optimizar la calidad de los servicios hospitalarios y favorece la evolución de los pacientes y la colaboración de sus familiares.

Palabras clave: trastorno de deglución, equipo y suministro de hospitales, manejo de atención al paciente, continuidad de la atención al paciente.

Summary

Background. Dysphagia, a very common symptom in elderly and cerebrovascular patients usually complicates the clinical course of in bed subjects.

Objectives. The aim of this assay was to identify the strengths and weaknesses of speech language and hearing pathological handling of oropharyngeal dysphagia upon in bed users/patients.

Material and methods. By the implementation of thirteen activities on the five actions of the pathologist of speech language and hearing, we monitor the elapse time to identification, treatment and family concern, of this condition.

Results. We identify four situations that interfere on the opportune speech language and hearing approaching on this specific group: an untimely process of early detection, a very low integral multidisciplinary work, scarceness of human resources and necessary elements, and difficulties on the transference of therapeutic strategies, like changes in posture and implementation of swallowing maneuvers, in daily life activities.

Conclusions. Some alternatives were generated, which incorporate the process of early detection to the admission protocol in bed environments, promotion of the service, and the recommendation of the creation of a multidisciplinary team, among others. By the implementation of these alternatives, it's expected to overcome all the possible obstacles,

and to optimize the quality of the hospitality services for those patients affected by oropharyngeal dysphagia and their families.

Keys words: deglutition disorders, hospital, patient care management, continuity of patient care.

Introducción

La disfagia orofaríngea ha ido cobrando importancia alrededor del mundo tal y como lo demuestran diferentes estudios epidemiológicos (1-3). A la par ha crecido la preocupación por brindar servicios de calidad que integren un equipo multidisciplinar especializado en la detección, la evaluación diagnóstica y el tratamiento de la misma (4,5) logrando así que sea el paciente/usuario y no el desorden, el motivo de los servicios de salud.

El término disfagia refiere la sensación de “adherencia” u obstrucción al paso de los alimentos a través de la boca, faringe o esófago. Puede originarse por problemas en la transferencia del bolo alimenticio de la orofaríngea al esófago superior (disfagia orofaríngea) o por deterioro en el transporte del bolo a través del esófago (disfagia esofágica). La disfagia orofaríngea involucra las cuatro fases de la deglución: preparatoria, oral, faríngea y esofágica y dentro de sus manifestaciones clínicas más frecuentes se encuentran la incapacidad para reconocer la comida, sialorrea profusa, dificultad para retener el alimento en la boca, tos antes, durante y después de la deglución, pérdida de peso, malnutrición y neumonía por aspiración.

En Colombia el estudio de la disfagia orofaríngea (DOF) se ha promovido por esfuerzos individuales nacidos de intereses propios (6,7) que cobran gran importancia y muestran el papel que se ha venido cumpliendo en el abordaje terapéutico de la DOF, sostenido y enmarcado en

Tabla 1. *Interrogantes que intentó resolver esta investigación*

- ¿Cuál es el tiempo mínimo que se requiere para comenzar a identificar cambios significativos en el proceso deglutorio de un paciente/usuario hospitalizado, teniendo en cuenta el diagnóstico fonoaudiológico?
- ¿Cuáles son las características de la evaluación que determinan el diagnóstico fonoaudiológico?
- ¿Teniendo en cuenta el diagnóstico fonoaudiológico cuáles son las estrategias terapéuticas más utilizadas?
- ¿Existe una relación directa entre la evolución positiva del paciente/usuario y la ejecución de los procesos de consejería y asesoría?
- ¿Existe una relación específica entre el diagnóstico médico y el tipo de disfagia?

los lineamientos internacionales propuestos por la Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (ASHA) en 1993 (8).

Esta investigación buscó dar respuesta a cinco interrogantes (Tabla 1), con el fin de caracterizar la población, describir los efectos del actual modelo de prestación de servicio fonoaudiológicos en DOF para así evidenciar fallas y dar recomendaciones para optimizar el servicio, a través del desarrollo y aplicación de un programa de atención fonoaudiológica.

La aplicación de un programa de atención que abarque las cinco acciones fonoaudiológicas en ambientes hospitalarios (detección, evaluación, tratamiento, consejería y asesoría) (9-17), en nuestro contexto socio-político ofrece información suficiente para los profesionales médicos y no médicos, del papel que deben desempeñar en la detección temprana y manejo de los pacientes/usuarios que manifiestan DOF, y aun más, esclarece el rol que cumple el fonoaudiólogo en su rehabilitación.

Material y métodos

La recolección de datos se llevó a cabo durante

seis meses, durante los cuales se evaluó, diagnosticó e intervino diariamente (lunes a viernes) a todos los pacientes/usuarios remitidos por los diferentes servicios médicos que operan en la clínica Carlos Lleras Restrepo de la ciudad de Bogotá. La distribución demográfica y el diagnóstico médico que presentaban los diferentes pacientes/usuarios participantes en la investigación y que conformaron nuestra muestra se relacionan en la tabla 2.

Se desarrollaron trece actividades las cuales abarcaron las cinco acciones fonoaudiológicas, así: acompañamiento a las revistas de neurología y medicina interna, comunicación directa con el médico tratante, realización del tamizaje, realización de la evaluación diagnóstica, actividad interprofesional, selección de las actividades terapéuticas, registro de las acciones fonoaudiológicas, difusión del programa, recomendaciones específicas, capacitación de los profesionales, asesoría a los diferentes servicios de especialidades médicas, consejería a la familia o cuidador y seguimiento.

Para llevar a cabo lo anterior se diseñaron seis planillas las cuales permitieron llevar el control sobre las cinco acciones fonoaudiológicas y las

Tabla 2. Distribución demográfica y diagnósticos médicos presentados por la población participante en el estudio.

| Muestra = 93 pacientes/usuarios. | | | |
|----------------------------------|-----------------|-------------------------|---|
| Sexo | Edad | Enfermedades | Diagnóstico Médico |
| Hombres: 49. | Rango: 36 – 95 | Neurológicas 95.70% | ECV Isquémico 33.3% |
| Mujeres: 44. | Promedio: 70.91 | | ECV Hemorrágico 18.3% |
| | Moda: 77. | | ECV Multinfarto 11.8% |
| | | | Secuelas ECV 8.6% |
| | | | ECV no definido 14.0% |
| | | | Otras 9.7% |
| | SD:± 11.06 | Factores Externos 4.30% | Post-Operatorio 2.15% |
| | | Enfermedades Sistémicas | TCE 2.15% |
| | | | Durante el período de recolección de datos no se presentaron pacientes/usuarios con este diagnóstico. |

actividades realizadas.

La primera planilla permitió el control semanal sobre la revisión del kardex en tres pisos de la clínica, la identificación de población en riesgo, la aplicación de la lista de chequeo y el resultado de la misma. En ella también se consignaron las generalidades del manejo médico con el objetivo de agilizar y verificar el proceso de detección temprana.

El segundo formato correspondió a la lista de chequeo (Anexo A) aplicado a toda la población en riesgo potencial y a aquellos que ingresaban por remisión directa al servicio. Este formato recogió datos sobre los antecedentes médicos relevantes y las dificultades que presentaba el paciente/usuario antes, durante y después de comer.

La tercera planilla consignó la respuesta de las especialidades médicas frente a la aplicación de la lista de chequeo por parte del servicio de fonoaudiología. En ella se consignaron las fechas de detección y remisión a fonoaudiología; de esta manera fue posible establecer el período de latencia entre la detección y la posterior

remisión o no del paciente/usuario, identificando los efectos sobre el mismo.

El cuarto formato correspondió a la evaluación clínica de la función deglutoria, en ella se recogieron datos acerca de la estructura y funcionalidad de los órganos fonoarticuladores, la presencia o no del reflejo de náusea y sensibilidad gustativa, la salivación y el estado del movimiento del hioides en deglución y fonación, el paso deglutorio por medio de la auscultación cervical y el control cervical. De igual forma se evaluaron las tres primeras fases de la deglución y el desempeño del paciente/usuario mediante la prueba con alimentos de cuatro consistencias básicas que permiten establecer los predictores de la disfagia. Con ello se emitieron el diagnóstico fonoaudiológico y las pautas de manejo pertinente.

La quinta planilla permitió llevar control sobre el ingreso y egreso al programa a través de la recolección de datos iniciales que indicaron el diagnóstico y severidad de la disfagia, al igual que la presencia o ausencia de alimentación por sonda al momento del ingreso y del egreso. De esta manera se pudo observar la evolución de cada

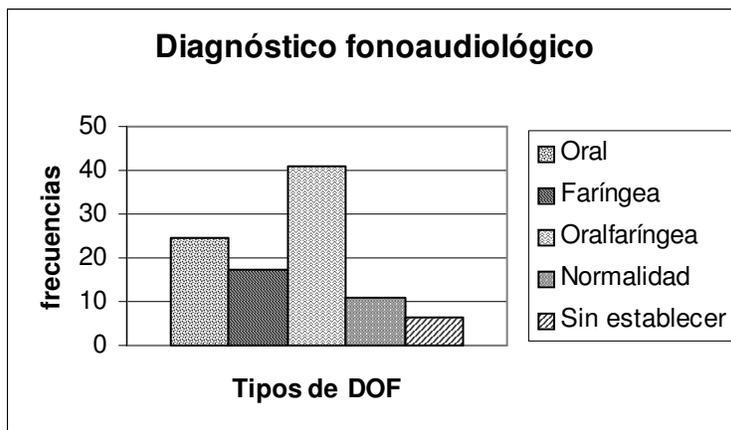


Figura 1. Principales diagnósticos fonoaudiológicos encontrados a lo largo de este estudio en los pacientes/usuarios participantes

paciente/usuario.

La última planilla permitió llevar un control diario e individual de las estrategias terapéuticas puestas en marcha con cada paciente/usuario así como el tiempo empleado y los resultados obtenidos representados en la evolución, involución o el mantenimiento en el estado de su función deglutoria. De igual forma se registró la realización y los resultados obtenidos de los procesos de asesoría y consejería y el tiempo empleado en ellos.

Resultados

Detección temprana: se revisaron a través del kardex de enfermería 741 historias clínicas de pacientes hospitalizados, detectando 124 pacientes a riesgo de experimentar DOF. Tan sólo a 92 de ellos se les alcanzó a aplicar lista de chequeo, se encontraron 44 respuestas positivas las cuales fueron referenciadas en la historia clínica del paciente o notificadas al médico tratante. Finalmente, sólo 17 de estos pacientes/usuarios fueron remitidos al servicio para realizar la evaluación completa de la función deglutoria e iniciar el abordaje terapéutico pertinente; es decir, que 27 pacientes/usuarios dejaron de recibir aten-

ción fonoaudiológica y probablemente fueron dados de alta de la clínica con alguna alteración en la función deglutoria.

Evaluación diagnóstica: el 97.85% de la población fue evaluado y se realizó el diagnóstico fonoaudiológico (DxF) al 96.77%; en el 1.07% restante no fue posible establecerle el Dx.F debido a que los datos recolectados en la evaluación no fueron suficientes para emitir un diagnóstico preciso y el 2.15% no fue evaluado debido a factores externos como remisiones tardías, traslados o fallecimientos. Los resultados disgregados porcentualmente en cada uno de los DxF se presentan en la figura 1.

Las características de la evaluación que determinan el Dx.F de los 23 pacientes que experimentaron disfagia oral, evidencian la tendencia a comprometer ítems que involucran control oral motor y procesos naturales como la salivación y el movimiento del hueso hioides.

Las evaluaciones de los 15 pacientes que experimentaron disfagia faríngea evidenciaron un deterioro más marcado del paso deglutorio y presencia de tos o aclaración de garganta pos ingestá; los procesos de la salivación, fase pre-

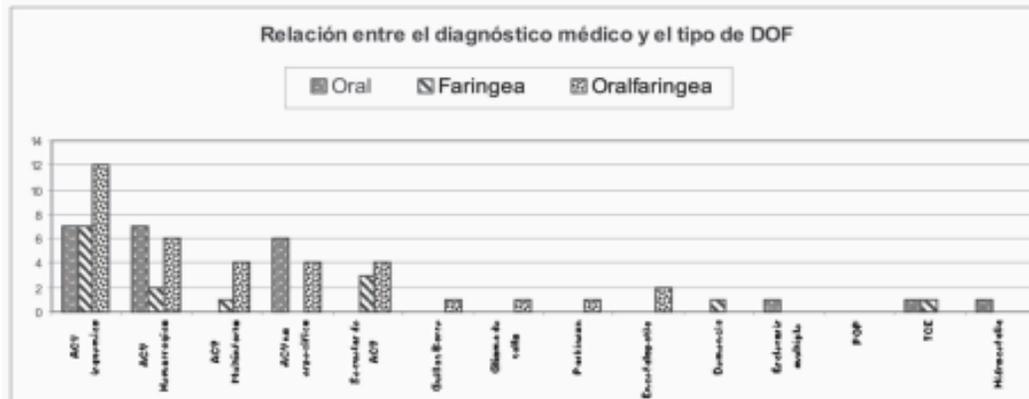


Figura 2. Principales diagnósticos médicos encontrados en la población y su relación con la ocurrencia de los diferentes tipos de disfagia.

paratoria oral y oral se ven menos comprometidos en este tipo de disfagia.

En las 35 evaluaciones realizadas a las personas que fueron diagnosticadas con disfagia orofaríngea, fue evidente que las tres etapas de la deglución se encontraban igualmente comprometidas: la funcionalidad, el movimiento de hioides, la salivación, el control cervical, la estructura y la sensibilidad, se encontraron tan afectados que en la prueba con alimentos 22 personas se vieron afectadas en las tres fases de la deglución y 13 tuvieron comprometido en dos de las tres (preparatoria oral, oral y faríngea).

Por otro lado, se pudo establecer la existencia de una relación específica entre el diagnóstico médico y el tipo de disfagia pues los diagnósticos neurológicos y específicamente, los ataques cerebro vasculares sobresalen al afectar con mayor frecuencia la función deglutoria de los pacientes.

Como se puede apreciar en la figura 2, a quienes les fue diagnosticada disfagia oral presentaron con mayor frecuencia ataques cerebrovasculares isquémicos o hemorrágicos; en aquellos a quienes se les diagnosticó disfagia faríngea

predominaron los ataques cerebrovasculares isquémicos y en los pacientes que presentaron disfagia orofaríngea, el diagnóstico médico que obtuvo mayor frecuencia al relacionarlo con el diagnóstico fonoaudiológico, fue el ataque cerebrovascular isquémico, seguido del hemorrágico, la enfermedad cerebro vascular multifaríngea y sus secuelas.

El tratamiento fonoaudiológico (IxF) se proporcionó al 81.72%. Con el 18.28% restante no fue posible iniciar un IxF debido a que el 2.15% no pudo ser evaluado a causa de su estado, el 10.75% fue Dx.F con normalidad en su función deglutoria y el 5.38% llegó tardíamente al servicio y su período hospitalario estaba por concluir o fue trasladado a otro centro hospitalario o falleció.

Intervención y tratamiento fonoaudiológico

En esta investigación se apreció que la utilización de estrategias terapéuticas se orienta de manera similar al Dx.F y a las dificultades presentadas por el usuario durante la evaluación. Las estrategias terapéuticas orientadas a mejorar los procesos de coordinación y fuerza oral

motora tuvieron mayor importancia para la rehabilitación de la disfagia oral. Algunas de las estrategias terapéuticas más empleadas en este tipo de disfagia fueron: la estimulación térmica con frío (18), la estimulación sensorial de la fase oral, los ejercicios para mejorar el manejo del bolo y las diferentes praxias linguales y labiales que mejoran los rangos de movimiento y fuerza.

Para la disfagia faríngea los ejercicios que mejoran la movilidad laríngea resultan ser una estrategia fundamental y de gran utilización. De la misma forma se evidenció que los cambios posturales y las maniobras de deglución se usaron con menos frecuencia, lo cual es contrario a lo reportado en la literatura internacional (9, 12, 19- 23) en la cual este tipo de estrategias terapéuticas son frecuentemente utilizadas en la Ix.F de este tipo de disfagia al ofrecer mayor seguridad y agilidad en el tratamiento.

Para la rehabilitación de la disfagia orofaríngea encontramos homogeneidad en la utilización de estrategias terapéuticas orientadas a mejorar las distintas funciones que participan en las tres etapas de la deglución. La estimulación térmica con frío, la estimulación predeglutoria, la estimulación sensorial de la fase oral, los ejercicios labiales, linguales y de fuerza, las praxias pasivas y los ejercicios que mejoran la elevación laríngea tuvieron una gran relevancia en este proceso terapéutico.

Se observó que las preferencias de la fonoaudióloga/o en la aplicación de una u otra técnica dependiendo de las necesidades del paciente/usuario, varían al ser confrontadas con la realidad de éste, ya que en algunas ocasiones la que sería la técnica ideal para un paciente/usuario no puede aplicarse y en otras se aplica pero no logra mayor efectividad en su ejecución y transferencia al contexto real y por ello debe ser reemplazada por

otra estrategia que aunque no sea la ideal da mejores resultados.

Por otro lado tras el análisis de los datos y teniendo en cuenta que el tiempo de intervención esta representado en unidades de tiempo (1 unidad igual a quince minutos), pudimos apreciar que para lograr cambios significativos en la función deglutoria de esta población, debe haber en promedio un tiempo de Ix.F de 14 unidades que equivalen aproximadamente a tres horas con 30 minutos; y que aquellos pacientes/usuarios que no presentaron cambios significativos en su estado recibieron en promedio 5.9 unidades, es decir una hora y 25 minutos. Al comparar esto con lo propuesto por la ASHA en 1997, fue evidente que en estos pacientes se empleó el 21% de las unidades de tratamiento propuestas como máximo intrahospitalario para lograr una recuperación total de la función deglutoria.

El proceso de consejería se llevó a cabo en el 73.7% de los pacientes que fueron tratados e involucró a los familiares y cuidador y en algunos casos al paciente/usuario. Sin embargo en el 26.3% de los pacientes/usuarios esta acción fonoaudiológica no se llevó a cabo ya que la familia no se encontraba presente y el paciente/usuario no estaba en condiciones de recibir la consejería o el período de hospitalización concluía y no daba oportunidad para dar las recomendaciones pertinentes.

El proceso de asesoría fonoaudiológica se llevó a cabo en casos muy específicos que requerían del manejo multidisciplinar de manera imprescindible. Esto representó el 21.05% de la población y abarcó principalmente al médico tratante y a la nutricionista a cargo. El 78.94% de la población no recibió asesoría.

De los 76 pacientes/usuarios que recibieron Ix.F el 21.05% egresó con diagnóstico de normali-

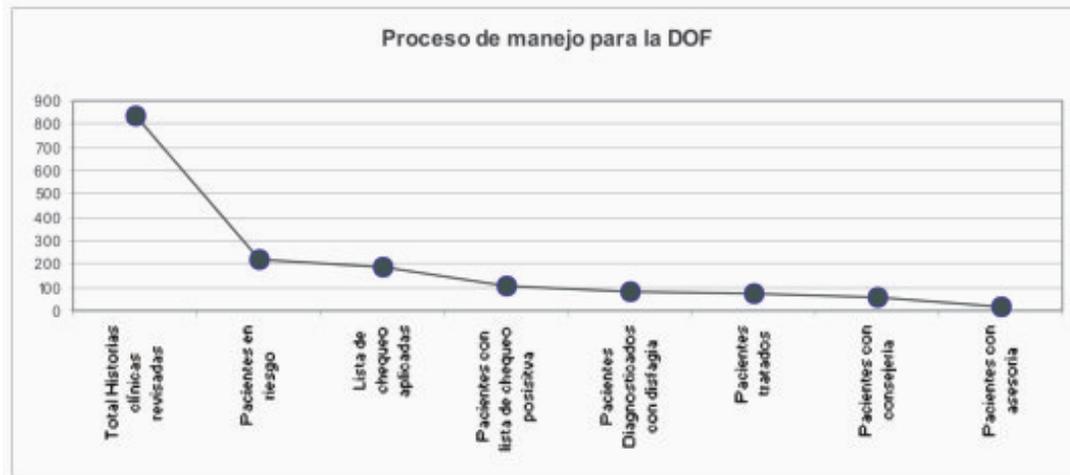


Figura 3. Proceso general del manejo fonoaudiológico llevado a cabo con la población participante en el estudio, a lo largo de los seis meses que duró la recolección de los datos

dad terminando así su tratamiento de la función deglutoria, el 28.95% mejoró su función deglutoria, el 46.05% permaneció igual y el 3.95% involucionó en su estado. Esto evidenció que el 50% de la población atendida mejoró tras el abordaje fonoaudiológico pertinente.

El proceso general del manejo fonoaudiológico puede observarse en la figura 3, allí se evidencia como por diversos factores externos al servicio de fonoaudiología no todos los usuarios que requirieron evaluación y tratamiento de la función deglutoria la recibieron.

Existen repercusiones de tipo económico tanto para el paciente como para la entidad o institución prestadora de los servicios. En la tabla 3 se realiza una aproximación del costo-beneficio del abordaje terapéutico en DOF, allí se muestra como el paciente que recibió mayor número de sesiones obtuvo un resultado de normalidad en su función deglutoria, mejorando así su calidad de vida y la de su familia y evitando la carga económica que hubiera generado la implementación y mantenimiento de un sistema de alimentación y los costos adicionales que genera la IxF ambulatoria.

Discusión

El 50% de la población que recibió Ix.F evidenció cambios favorables en el comportamiento deglutorio debido en gran medida al manejo que se dio en la detección, evaluación y tratamiento de estos pacientes/usuarios; se pudo concluir que el 46.05% de los pacientes no presentaron cambios significativos en el comportamiento de la función deglutoria debido al poco tiempo de intervención intrahospitalaria la cual tuvo un promedio de 5.9 unidades de tiempo, con una intensidad de una sesión fonoaudiológica diaria.

Al confrontar este hallazgo con lo reportado por la ASHA en 1997(24) que recomienda 67 unidades de tiempo como máximo para la rehabilitación intrahospitalaria con una intensidad de tres veces al día apoyadas en los momentos de alimentación del paciente, se observa claramente que los usuarios no reciben ni la octava parte de las sesiones intrahospitalarias que deberían tener debido a dificultades que se analizaran posteriormente las cuales entorpecen el proceso terapéutico, generando en consecuencia IxF ambulatorias con mayores gastos para el sistema y el paciente/usuario.

Tabla 3. Costo – efectividad. * El costo por sesión para pacientes/usuarios hospitalizados (2003), incluye conjuntamente la evaluación y la intervención bajo el mismo costo de 7.200 pesos m/c

| Tiempo de estadía | Número de sesiones | Total costos de atención según el manual tarifario del ISS* | Resultados |
|----------------------|--------------------|---|---|
| Mayor tiempo 62 días | 29 | 208.800 | Normalidad en su función deglutoria. |
| Menor tiempo 1 día | 1 | 7.200 | No evolucionó |
| Promedio 10 días | 8 | 57.600 | Funcional con restricciones en su alimentación. |

Lo anterior se apoya en la comparación del costo del manejo fonoaudiológico en disfagia (\$208.800) para el paciente que obtuvo tras 29 sesiones de IxF la normalidad en su función deglutoria, con lo que costarían las 67 sesiones propuestas por la ASHA (\$482.400). Se observa claramente que en ésta investigación se lograron resultados positivos por menos de la mitad del costo. Sin embargo estos resultados podrían mejorar y ser más consistentes si las situaciones mencionadas a continuación se resuelven, ya que así la recuperación de un paciente/usuario dependería únicamente de factores propios (diagnóstico médico, pronóstico, edad, etc) y no de factores externos.

La evidencia mostró que existe un desconocimiento general por parte de los profesionales médicos y no médicos en torno a la DOF y de los servicios relacionados con su tratamiento. Sin embargo la promoción del rol fonoaudiológico ayudó a orientar y mejorar la calidad de los servicios, el manejo médico y no médico que recibieron los pacientes/usuarios que experimentaron algún grado de DOF redundó en una mejor calidad de vida. Lo anterior sustenta la disminución del porcentaje de utilización de soportes nutricionales en la población que ingresó al servicio con esta condición, tras el inicio de la Ix.F; y en la mayor receptividad de los profesionales, facilitando en alguna medida la apertura de espacios para la realización de exámenes complementarios.

El proceso de detección temprana (25) observado en la práctica real, mostró deficiencias que dificultan el abordaje terapéutico de la DOF, por cuanto la detección del problema se hace cuando el estado del paciente/usuario está tan deteriorado que para asegurar la supervivencia se requiere la utilización de un sistema de alimentación enteral o parenteral; o cuando el período de hospitalización está por concluir y por lo tanto no puede recibir la atención que requiere.

Conscientes de esto se propone que dentro del protocolo de admisión del paciente/usuario a cualquier institución de salud, se incluyan tres o cuatro preguntas que indaguen sobre este aspecto y orienten al médico en la toma de decisiones acerca de la necesidad de remitir o no a una evaluación de la función deglutoria.

Este tamizaje debe indagar de manera directa sobre el proceso de alimentación del usuario: ¿Tiene alguna dificultad al comer?; y sobre la presencia y frecuencia en la ocurrencia de predictores de la disfagia: ¿Se atora, tose o se ahoga al comer? ¿Con que frecuencia ocurre esto?. De igual forma debe indagar el tipo de consistencia que le produce dificultades: ¿Esto ocurre con los líquidos, con los blandos, con los sólidos?. En todo caso los pacientes/usuarios que ingresen a la institución con alimentación por sonda y parenteral deberán ser remitidos inmediatamente a valoración de la función deglutoria.

No sólo un proceso oportuno de detección temprana es suficiente para que la eficacia en el manejo de pacientes/usuarios con DOF se optimice. Es necesario un trabajo multidisciplinar (4) real en el que la totalidad del personal médico y no médico relacionado con el manejo del paciente/usuario, participe de manera activa y comprometida, dando prioridad al bienestar del paciente/usuario y su familia.

En la clínica Carlos Lleras Restrepo el apoyo de otros servicios médicos y no médicos en el proceso de detección temprana, exámenes complementarios como la videofluoroscopia (VF), nasofibroscoopia laríngea (NFL) (12, 21, 26, 27), algunas juntas médicas, fueron avances importantes aunque inconsistentes en la formación de un grupo multidisciplinar, que cubrió únicamente casos particulares. Para ello deben resolverse situaciones como estabilidad, menor carga laboral, organización de horarios, apertura de espacios de discusión, entre otros; si bien la desmotivación de los trabajadores de la entidad debido a la actual crisis, además de la falta de tiempo y espacios de coincidencia en el horario de los diferentes profesionales, constituyen las principales dificultades para la integración del equipo multidisciplinar.

El trabajo multidisciplinar es una necesidad sentida al momento de abordar terapéuticamente a los pacientes con DOF ya que sin él la asesoría pierde la oportunidad en el proceso de rehabilitación. Esto es posible tal y como lo demuestran los ejemplos alrededor del mundo (4,5) y en Colombia (6).

La experiencia a lo largo del período de recolección de datos mostró que existe una gran dificultad en la transferencia a la vida cotidiana de algunas estrategias terapéuticas, ya que estas involucran un cambio en las costumbres de vida, además de obstaculizarse por que las

personas no se hacen conscientes de las consecuencias negativas que el no seguimiento de las recomendaciones dadas, puede traer a su vida, a pesar de realizar un proceso de consejería intensivo.

Se observaron dos grupos durante el proceso, aquellos a quienes por su condición médica y su deterioro cognoscitivo no pueden aplicarse la intervención recomendada en la literatura y aquellos que a pesar de cumplir todos los requerimientos para su aplicación, no logran hacer uso de manera efectiva de estas maniobras ni mucho menos transferirlas al contexto real (28). De acuerdo a esto el proceso terapéutico se ve afectado con el aumento del riesgo de sufrir complicaciones (29), alargamiento del tiempo de tratamiento que obligan a la fonoaudióloga/o a actuar de manera drástica recomendando sondas de alimentación para asegurar el bienestar del paciente/usuario mientras se buscan soluciones alternas que mejoren la función deglutoria.

Por otro lado la limitación en los suministros, como alimentos, dificulta los procesos de evaluación e IxF y obliga a que sea el paciente/usuario y su familia los que asuman los gastos extras que representan dichos insumos cuando la IxF se realiza fuera de los horarios que la clínica dispone para la alimentación. Esto en contradicción a lo contemplado en la ley 100 (30) en donde puede interpretarse que el POS debería proveer dichos alimentos ya que son elementos indispensables en la evaluación de la DOF. Lo anterior genera que la fonoaudióloga/o realice sus procesos a determinadas horas del día (horas de alimentación), las cuales resultan insuficientes para la evaluación o tratamiento simultáneo de todos los pacientes/usuarios que así lo requieren. Además la existencia reducida de fonoaudiólogas/o obliga a priorizar la atención de pacientes/usuarios con DOF en detrimento de los pacientes que no requieren tratamiento

diferente al de la función deglutoria. No se debe olvidar que la fonoaudióloga/o también ejerce en el área hospitalaria en servicios que intervienen en alteraciones de la comunicación humana las cuales de igual manera repercuten en la calidad de vida del paciente/usuario.

Conclusiones

Reconociendo que la DOF no es considerada un factor de peso que permita justificar la estancia de un paciente/usuario en el hospital, cobra gran importancia que el proceso de detección temprana y remisión a fonoaudiología se establezca desde el ingreso del paciente/usuario a la clínica, permitiendo así el manejo oportuno que minimice los riesgos así como los gastos para la familia y la institución prestadora del servicio.

De ello depende en gran medida el alcance fonoaudiológico, y el éxito del tratamiento; sin olvidar que el diagnóstico médico y el estado general del paciente juegan también un papel relevante.

En resumen para que la rehabilitación integral de un problema de la función deglutoria se realice durante la hospitalización se requiere: informar a los profesionales médicos y no médicos sobre la DOF y a los servicios relacionados con su atención, mejorar el proceso de detección temprana, conformar el equipo multidisciplinar, o ampliar y mejorar los suministros y los recursos humanos, para optimizar así la atención de los pacientes/usuarios que experimentan este desorden.

Referencias

1. **Logemann J.** Treatment Efficacy: Oropharyngeal Dysphagia. *AJSLP* 1996.
2. **Daniels S, Mc Adam C, Brailey K, Foundas.** Clinical Assessment of Swallowing and Prediction of Dysphagia Severity. *AJSLP* 1997; 6: 17-23.
3. **Senner J.** Dysphagia and stroke groher: Dyspahagia diagnosis and management. 3a. Ed. Boston: Editorial Butterworth-Heineamn, 1999.
4. **Leonard R, Kendall C.** Disphagia assesement and treatment planning: A team approach. San Diego: Singular Publishing, 1998.
5. **Miranda C, Santamaría L.** Abordaje de las disfagias en el Instituto de Rehabilitación psicofísica (IREP). Buenos Aires 2000: 558.
6. **Archila P, Collazos M, Hernández J.** Simposio trastornos de la deglución. Servicio de Neurología de la Clínica Shaio, unidad ACV/ictus: Memorias: Simposio trastornos de deglución. Bogotá 2001.
7. **Pájaro S.** Paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos: manejo fonoaudiológico: Encuentro Nacional de Estudiantes de fonoaudiología. Santa Marta 2001.
8. American Speech– Language and Hearing Association (ASHA). Treatment efficacy: oropharyngeal dysphagia. Documento borrador s.p.i, 1993.
9. American Speech– Language and Hearing Association (ASHA). Conocimientos y habilidades necesarias para los patólogos de habla y lenguaje que suministran servicios a pacientes/ usuarios con disfagia. ASHA 1990, 32: 7-12 (spl,2)
10. American Speech– Language and Hearing Association (ASHA). Roles of Speech –Language Pathologists in Swallowing and feeding Disorders: Technical Report. ASHA Desk Refernce 2001, 3.
11. **Ángel L, Suárez J.** Manual de Procedimientos para la Práctica Fonoaudiológica. MPPF II. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002: 23-24
12. **Castillo D, García A.** Disfagia orofaríngea en el adulto: aproximaciones para la prestación de servicios fonoaudiológicos. Santa Fe de Bogotá. Tesis de grado. Universidad Nacional de Colombia, 1999.
13. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 2333: Por la cual se adopta la primera actualización de la clasificación única de procedimientos en salud. Bogotá: El ministerio, 2000.
14. **Logemann J.** Aproximación al manejo de los desordenes de deglución. Bailliér Clinic Gastroenterolo 1991;
15. **Logemann J.** Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2ª Ed. Austin: Pro-ed and International publisher. 1998: 135-189, 367-372
16. **Logemann J.** Neurogenic Swallowing disorders: Eva-

- luation and treatment. Roberta Chapey col. Language intervention strategies in adult aphasia. 2ª Ed; Baltimore: Williams & Wilkins; 1994: 437-443.
17. **Rosenfeld M.** The practice of speech language pathology: a study as clinical activities and knowledge areas for the speech-language pathologist. Princeton NJ : Education Policy Research Division. 1998:54.
 18. **Rosenberg J, Robbins J, Fichdabck B, Lewine R.** Effects of thermal application on dysphagia after stroke. JSHR 1991; 34 No.6: 1257-1268.
 19. American Speech– Language and Hearing Association (ASHA). Scope of practice speech- language pathology and audiology. American Speech- language-hearing association preferred practice patterns. Appendix A. Version 1.0. 1992.
 20. **Dawodu T.** Swallowing disorders: rehabilitation protocols. Emedicine Journal: physical medicine and rehabilitation 1999; 2 N° 8.
 21. **Hernández J.** Nota de presentación. Foro sobre trastornos de la deglución de origen neurológico. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia 2002.
 22. **Mccullough G, Wertz R, Rosenbek J.** Clinicians preferences and practice in conducting clinical / bedside and videofluoroscopic swallowing examinations in adult neurogenic population. AJSLP 1999; 18: 149-163.
 23. **Poertner L, Coleman R.** Terapia de la deglución en adultos. Dysphagia in Children, Adults and Geriatric. OCNA 1998; 31: 561-579.
 24. American Speech– Language and Hearing Association (ASHA). Treatment outcomes project: Treatment outcomes data for adults in health care environments 1997: 26-38.
 25. Colombia Ministerio de Salud. Acuerdo 117: Cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá: El ministerio, 1998.
 26. American Speech– Language and Hearing Association (ASHA). Instrumental diagnostic procedures for swallowing. ASHA 1992; 34 Supplement No.7: 25-33.
 27. American Speech. Clinical indicators for intrumental assessment of dysphagia. 2000.
 28. **Owens R, Evan D, Haas A.** Introduction to communication disorders: A life span perspective. Estados Unidos de América: Allyn and Bacon 2000: 423-453.
 29. **Setzen M.** The association between laryngopharyngeal sensory deficits, pharyngeal motor function, and the prevalence of aspiration with thin liquids. OHNS, Manhasset, NY, USA.2003:128: 99-102
 30. Colombia Ministerio de Salud. Ley 100: Crea el sistema de seguridad social integral. Artículos 1, 2 y 162. Bogotá :1993.

ANEXO A. Lista de chequeo utilizada para el proceso de detección temprana de DOF, por medio de la ocurrencia de los principales predictores de disfagia consignados allí.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
CLÍNICA CARLOS LLERAS RESTREPO
SERVICIO DE FONOAUDIOLOGÍA**

LISTA DE CHEQUEO

FECHA: _____

NOMBRE _____ H.C. _____ CAMA _____

| | DESPUÉS DE COMER |
|---|---|
| Neumonía recurrente. | |
| Intubación prolongada o traumática. | <i>Dificultad para respirar.</i> |
| Traqueotomía de emergencia. | <i>Incremento de las secreciones.</i> |
| Problemas respiratoria severos. | <i>Cambios de voz (sonidos regurgitantes)</i> |
| Voz regurgitante o llorosa. | <i>Fatiga significativa.</i> |
| <i>Toser antes, durante o después de tragar</i> | <i>Aclaración de la garganta.</i> |
| Poco manejo y control de secreciones. | <i>Toser.</i> |
| <i>Deglución poco frecuente (en 5 minutos pasa saliva 1 vez o menos).</i> | <i>Degluciones múltiples para un solo bolo.</i> |
| Secreciones en el pecho constantes y copiosas. | <i>Observación</i> |

EVALUADOR _____ SERVICIO _____