



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Carrera de Fonoaudiología

EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO Y EL MANEJO DE LA DISFAGIA POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO

Seminario de Título para optar al grado de Licenciado en Fonoaudiología

Consuelo Astorga Vivanco
Leslie Díaz Becerra
Bernardita López Radrigán
Giselle Navia Maturana
Marcelo Sandoval Ramírez

PROFESOR GUÍA
M^a Celina Malebrán Bezerra de Mello

ASESORES METODOLÓGICOS
Luis Silva Risopatrón
Pablo Cáceres Serrano

Valparaíso – Chile
2008

ÍNDICE

▪ AGRADDECIMIENTOS	1
▪ RESUMEN	2
▪ ABSTRACT	3
▪ INTRODUCCIÓN	4
▪ MARCO TEÓRICO	
1. Deglución	6
1.1 Definición	6
1.2 Fisiología	7
1.2.1 Etapa preparatoria oral	7
1.2.2 Etapa oral	8
1.2.3 Etapa faríngea	9
1.2.4 Etapa esofágica	9
1.3 Comando neurológico	10
1.4 Alteraciones de la de deglución	11
1.4.1 Clasificación	12
1.4.2 Signos y síntomas	13
1.5 Evaluación de la deglución	15
1.5.1 Evaluación fonoaudiológica	15
1.5.2 Evaluación objetiva	19
1.6 Manejo a nivel de equipo multidisciplinario de las alteraciones de la deglución	25
2. Accidente Cerebro Vascular	28
2.1 Definición y conceptos	28
2.2 Tipos	29

2.3	Pronóstico y secuelas	31
2.4	Manejo inicial	32
3.	A CV y alteraciones de la deglución en Chile	34
3.1	Sistema de salud en Chile	34
3.2	Políticas de salud actuales	35
3.3	Políticas para el manejo del ACV isquémico	37
▪	OBJETIVOS	41
▪	MATERIAL Y MÉTODO	
1.	Tipo de diseño	
	43	
2.	Población y grupo de estudio	43
3.	Procedimientos	
	44	
3.1	Revisión bibliográfica	44
3.2	Asesoría metodológica y Focus Group	44
3.3	Elaboración y descripción del instrumento	44
3.4	Validación del instrumento	45
3.5	Aplicación del instrumento	46
3.6	Análisis de datos	47
▪	RESULTADOS	
1.	Análisis descriptivo general	48
2.	Análisis descriptivo por región	53
3.	Análisis descriptivo por hospital	57
3.1	Hospital Gustavo Fricke	57
3.2	Hospital Carlos van Büren	59
3.3	Hospital Sótero del Río	61
3.4	Hospital San José	63
3.5	Hospital San Juan de Dios	65
3.6	Hospital San Borja Arriarán	67
3.7	Hospital UAP	69

3.8 Hospital Higueras	71
3.9 Hospital Víctor Ríos Ruiz	73
3.10 Hospital Herminda Martín	74
4. Análisis descriptivo por ocupación	76
▪ DISCUSIÓN	78
▪ CONCLUSIONES	84
▪ REFERENCIAS	
1. Publicaciones periódicas	86
2. Publicaciones no periódicas	93
▪ ANEXOS	
ANEXO 1: Protocolo de Tamizaje (prueba vaso de agua)	98
ANEXO 2: Encuesta Informativa de Salud	99
ANEXO 3: Carta de presentación	101
ANEXO 4: Carta de respaldo	102
ANEXO 5: Instrucciones	103

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Total encuestados sectorizados por región	48
GRÁFICO 2: Total encuestados sectorizados por hospital	49
GRÁFICO 3: Total encuestados agrupados por ocupación	49
GRÁFICO 4: Alteración que acarrea más complicaciones médicas en la fase aguda del ACV Isquémico	50
GRÁFICO 5: Signos considerados significativos para la detección de disfagia	50
GRÁFICO 6: Síntomas considerados significativos para la detección de disfagia	51
GRÁFICO 7: Complicaciones causadas por la presencia de disfagia en el ACVI	52
GRÁFICO 8: Conformación del equipo de trabajo para la atención del paciente con disfagia por ACVI	52

ÍNDICE DE TABLAS

- TABLA 1: Consideración sobre signos sugerentes de disfagia en la V región ordenados por porcentajes
53
- TABLA 2: Consideración sobre síntomas sugerentes de disfagia en la V región ordenados por porcentajes
54
- TABLA 3: Consideración sobre la alteración en la etapa aguda del ACVI que acarrea más complicaciones médicas en la V región ordenados por porcentajes 54
- TABLA 4: Consideración sobre signos sugerentes de disfagia en la región Metropolitana ordenados por porcentajes
55

TABLA 5: Consideración sobre síntomas sugerentes de disfagia en la región Metropolitana ordenados por porcentajes
55

TABLA 6: Consideración sobre la alteración en la etapa aguda del ACVI que acarrea más complicaciones médicas en la región Metropolitana ordenados por porcentajes
56

TABLA 7: Consideración sobre signos sugerentes de disfagia en la VIII región ordenados por porcentajes
56

TABLA 8: Consideración sobre síntomas sugerentes de disfagia en la VIII región ordenados por porcentajes
57

TABLA 9: Consideración sobre la alteración en la etapa aguda del ACVI que acarrea más complicaciones médicas en la VIII región ordenados por porcentajes
57

TABLA 10: Resumen Hospital Gustavo Fricke 59

TABLA 11: Resumen Hospital Carlos van Büren 61

TABLA 12: Resumen Hospital Sótero del Río 63

TABLA 13: Resumen Hospital San José 65

TABLA 14: Resumen Hospital San Juan de Dios 67

TABLA 15: Resumen Hospital San Borja Arriarán 69

TABLA 16: Resumen Hospital UAP	71
TABLA 17: Resumen Hospital Higueras	72
TABLA 18: Resumen Hospital Víctor Ríos Ruiz	74
TABLA 19: Resumen Hospital Hermina Martín	76
TABLA 20: Consideración sobre los signos más significativos para la detección de disfagia según Daniels <i>et al.</i> (2000); Finestone y Greene-Finestone (2003); Terré, <i>et al.</i> (2004); Da Silva <i>et al.</i> (2004); Macedo (2004); Pettigrew y O`Toole (2007) ordenados por porcentajes	76
TABLA 21: Consideración de los signos más controversiales para la detección de disfagia ordenados por porcentajes	77

AGRADECIMIENTOS

A nuestra profesora guía, Flga. María Celina Malebrán Bezerra de Mello, por su apoyo y motivación para el desarrollo de la investigación.

Al profesor, Sr. Luis Silva Risopatrón y sus ayudantes Prof. Betty Castillo y Prof. Jessica Salgado, por sus asesorías metodológicas.

Al metodólogo, Sr. Pablo Cáceres, por su orientación y valiosos aportes para el desarrollo de la investigación.

A la profesora, Sra. Eva Sotelo, por sus asesorías en la redacción.

A las fonoaudiólogas, Susana Bonert, Yerka Favianovich, Anamaría Ramos y Erica Schwarz, por su colaboración.

Al Sr. Sergio Uribe, por su asesoría para el análisis de datos.

Al equipo de salud y personal administrativo del Hospital de Llay Llay, por su calurosa acogida.

Al equipo de salud y personal administrativo de los hospitales de la Región de Valparaíso, H. Gustavo Fricke y H. Carlos Van Büren.

Al equipo de salud y personal administrativo de los hospitales de la Región Metropolitana, H. San Borja Arriarán, H. San José, H. San Juan de Dios, H. Sótero del Río y H. Urgencia Asistencia Pública.

Al equipo de salud y personal administrativo de los hospitales de la Región del Bío-Bío, H. Las Higueras, H. Herminda Martín y H. Víctor Ríos Ruiz.

A nuestras familias, quienes siempre nos brindaron apoyo y comprensión.

RESUMEN

El Accidente Cerebro Vascular (ACV) es una patología que en Chile presenta cada vez mayor incidencia, especialmente, el de subtipo isquémico, contribuyendo a la disminución de la calidad de vida y pérdida de años de vida saludables en un importante porcentaje de la población. Una de las alteraciones más comunes, posterior a un ACV, es la disfagia neurogénica, que se convierte en la complicación médica con mayor riesgo vital, además de ser la causante de otros cuadros clínicos complejos, entre ellos, la neumonía por aspiración.

Las razones expuestas anteriormente motivaron la presente investigación. Los objetivos propuestos se enfocaron en: describir la realidad del funcionamiento en la atención del ACVI y determinar el consenso existente en el equipo multidisciplinario para pesquisar disfagia causada por este cuadro. Para ello, se utilizó una metodología descriptiva, mediante la aplicación de una encuesta a 133 personas que forman parte del personal que trabaja en el manejo de disfagia post ACV Isquémico (ACVI) en 10 hospitales tipo 1 de las regiones V, Metropolitana y VIII de Chile durante el primer semestre del año 2008.

Los resultados obtenidos indican que la disfagia es considerada la alteración de la fase aguda del ACVI más importante. Sin embargo, existe escaso consenso en la detección de signos y síntomas sugerentes de esta patología.

ABSTRACT

The incidence of cerebrovascular accident has increased in Chile the last years, especially the ischemic subtype of stroke. It is the leading cause of adult disability which decreases the quality of life and it might be the cause of a loss in healthy life's population. Dysphagia is a common occurrence in post stroke patients that raises morbidity due to the possible presence of aspiration. This fact can increase the risk of developing aspiration pneumonia.

The aims of this investigation were to describe the nature of ischemic stroke clinical practice and also to determine the agreement among the multidisciplinary clinicians in swallowing screening practice after the stroke has occurred. A survey was applied to 133 clinicians who provided services to post stroke dysphagia patients in type 1 hospitals in the 5th, Metropolitan and 8th regions in Chile during the first semester of the year 2008.

The results of this study revealed that dysphagia is considered as the mayor complication during acute ischemic stroke stage. Besides, there is a variety of opinion about the signs and symptoms predictors of dysphagia.

INTRODUCCIÓN

Los países, a nivel mundial, están enfrentando una fuerte transición demográfica correspondiente al proceso evolutivo que acontece en la población, la cual muestra estar envejeciendo. Lo anterior se debe a un descenso importante de las tasas de mortalidad y natalidad y a un aumento de la expectativa de vida. De acuerdo a la realidad chilena, para el 2010 se prevé que por cada 100 menores de quince años habrá 60 adultos mayores y, más aún, para el 2020 las cifras se modifican, ya que por cada 100 infantes habrá 85 miembros de la tercera edad (Instituto Nacional de Estadística, 2007).

La inversión en la pirámide demográfica origina que las patologías más frecuentes de la población sean enfermedades asociadas tradicionalmente a la edad adulta, dejando atrás los cuadros infecciosos de antaño, que ocupaban los primeros lugares en las tasas de mortalidad. Sumado a lo anterior, el crecimiento del sedentarismo y los hábitos de vida no saludables facilitan un aumento en el porcentaje de las alteraciones cardio y neurovasculares.

El ACV es la patología más frecuente e importante en la clínica neurovascular del adulto, especialmente, el de subtipo isquémico, que representa aproximadamente el 90% de los casos. En Chile, a partir de un estudio desarrollado en el año 2005, se concluyó una incidencia correspondiente a 141 por cada 100.000 personas por año. Dentro de este contexto, el ACV se presenta como una patología que genera una considerable demanda de atención en el sistema de salud chileno. De hecho, el Ministerio de Salud chileno decide el 1 de Julio del año 2006 incorporar el ACV al plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud), porque dicha patología provoca una pérdida aproximada de 4.2 años de vida saludables por cada 1000 habitantes (MINSAL, 2007).

El pronóstico de los pacientes afectados por ACVI está ligado a las complicaciones médicas de la fase aguda. La complicación más común en esta fase es la presencia de disfagia, que se presenta aproximadamente en un 75% de los casos. Esta patología acarrea diversas alteraciones que incrementan la morbilidad del individuo. De esta forma, el manejo precoz y oportuno de la disfagia, producto de ACV que corresponde realizar al equipo de salud, se vuelve preponderante. En cuanto a este último, es preciso que sea conformado por todos los profesionales necesarios para desarrollar un proceso de

atención eficiente y eficaz, con el fin de disminuir el riesgo vital y la afección del desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria.

El propósito del presente estudio es contribuir al conocimiento ya obtenido sobre la detección de las alteraciones de la deglución en pacientes con ACVI por parte del equipo multidisciplinario en los hospitales chilenos. De esta manera, se intenta constituir una base de información importante sobre el tema.

MARCO TEÓRICO

La presente investigación se enfoca en el trabajo del equipo multidisciplinario para tratar una patología neurológica específica, el ACVI, que incide en la presencia de una variedad de secuelas, como la disfagia o alteración del proceso de deglución. Para estos efectos, en el referente teórico se incluirán los conceptos, definiciones y el abordaje de esta temática en Chile. A saber, lo primero será referirse a los patrones normales de deglución, la alteración de la deglución y su evaluación. Lo segundo corresponderá a la exposición de los conceptos más relevantes para el estudio del Accidente Cerebro Vascular. Por último, se aludirá al estado actual de estos temas en Chile.

1. Deglución

La vida cotidiana exige la consecución de distintas actividades; con tal propósito, se llevan a cabo diversos procesos necesarios para alcanzar un desarrollo físico, psíquico y social equilibrado. Entre éstos, la alimentación, que involucra la elección, preparación e ingesta de alimentos, ocupa un espacio importante dentro de las actividades de cada día. Este proceso habitual se vincula con la nutrición, entendida como el proceso mediante el cual los alimentos ingeridos se transforman y se asimilan, es decir, se incorporan al organismo humano. Sin embargo, antes que todo, el bolo alimenticio debe ser transportado mediante una acción coordinada de músculos de la boca, laringe y faringe, acto complejo que acontece en el proceso de la deglución. Así, con el objetivo de revisar el acto de la deglución, se expondrá su definición, fisiología y vínculo con las estructuras neurológicas a cargo del proceso.

1.1 Definición

La deglución es “(...) una acción motora automática en la que participan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal” (Marchesan, 2002: 21). Su objetivo es el transporte del bolo alimenticio y también la limpieza del tracto respiratorio. En este proceso, participan un conjunto de estructuras anatómicas que incluye cavidad oral,

faringe y laringe. En la primera, intervienen labios, dientes, mejillas, paladar duro, paladar blando, úvula, mandíbula, piso de la boca y lengua. En la segunda, participan músculos constrictores de la faringe, senos periformes y músculo cricofaríngeo. Por último, intervienen epiglotis, valléculas, vestíbulo laríngeo, ligamentos ari-epiglóticos, aritenoides, bandas ventriculares, ventrículo laríngeo y pliegues vocales (Macedo, Gomes & Furkim, 2000). El funcionamiento coordinado de todas estas estructuras exige un control neuromotor delicado con participación de la corteza cerebral, tronco encefálico y nervios craneanos. A continuación, y con el fin de especificar el complejo acto deglutorio, se describen los procesos fisiológicos implicados.

1.2 Fisiología

Tradicionalmente, para fines didácticos y de estudio clínico, la deglución ha sido dividida en diferentes fases. Magendie, en 1825, dividió el proceso en tres fases: oral, faríngea y esofágica. En cambio, Logemann, Macedo, *et al.* y Marchesan, en los años 1983, 2000 y 2002, respectivamente, optaron por dividir el proceso en cuatro fases consecutivas: preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica. Entonces, siguiendo la propuesta de Marchesan (2002) y Macedo, *et al.* (2000), se describirán las características anatómicas y fisiológicas de cada una de las etapas mencionadas con anterioridad.

1.2.1 Etapa preparatoria oral

El objetivo de esta fase es de carácter voluntario e incluye la acción de los incisivos sobre el alimento y la masticación del mismo para preparar el bolo a deglutir. Después de la masticación, la presencia y cantidad de saliva transforma la comida en un bolo consistente. La duración de esta fase es variable, ya que depende de diversos factores, como la habilidad motora, tipo de dentadura, la disposición y motivación del sujeto para comer (Marchesan, 2002).

Según Marchesan (2002), en esta etapa la acción principal es la masticación con sus tres fases: prensión, trituración y pulverización. Durante toda la masticación, el sello labial es mantenido, el paladar blando se encuentra en posición más baja ayudando a la contención del bolo en la cavidad oral, la faringe y laringe en estado de reposo, vía aérea abierta y la respiración nasal continúa hasta que ocurra la deglución.

Para que el proceso de masticación se concrete, es necesario el control y coordinación de las acciones musculares involucradas. Éstas, según Spieker (2000), están a cargo de los siguientes pares craneales: trigémino (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), e hipogloso (XII).

1.2.2 Etapa oral

Esta etapa voluntaria contempla desde la propulsión lingual posterior del bolo, hasta la producción del reflejo de la deglución. Cuando el bolo se impulsa hacia la faringe, el paladar blando debe sellar la nasofaringe para que la comida no pierda su recorrido (Marchesan, 2002). El desarrollo de esta fase implica movimientos linguales específicos: posición lingual elevada, concavidad de lengua para la contención y posterior propulsión del bolo, apoyo de la parte anterior de la lengua contra los bordes alveolares de los incisivos superiores, y posterior apoyo contra el paladar duro para llevar el bolo hacia la parte superior de la faringe. Además, las mejillas y los labios se encuentran contraídos hacia los dientes y los arcos palatofaríngeos se mueven medialmente para formar un canal con el fin de direccionar el bolo de alimento. Spieker (2000) y Marchesan (2002) describen, además, la participación de los pares craneales trigémino (V) e hipogloso (XII) durante la etapa oral.

1.2.3 Etapa faríngea

La etapa faríngea comienza cuando se gatilla el reflejo de deglución hasta que el bolo alimenticio desciende hacia el esfínter esofágico superior, mediante peristaltismo. Luego del inicio de la fase, ocurren cuatro eventos secuenciados: contracción de la faringe, cierre velofaríngeo, elevación y cierre laríngeo, apertura del cricofaríngeo y del segmento faringoesofágico (Macedo, *et al.*, 2000).

Marchesan (2002), entre los eventos propuestos por Macedo, *et al.* (2000), describe con detalle la serie de movimientos neuromusculares que suceden. Entre ellos se encuentran: elevación del paladar blando y constricción de la pared posterior de la faringe, elevación del hioides y de la lengua, elevación laríngea y descenso de la epiglotis, que contribuyen al cierre laríngeo para impedir la entrada de alimentos hacia la vía respiratoria. A esto, se suma la acción de los constrictores faríngeos para empujar el bolo hacia el esófago, apertura del esfínter cricofaríngeo y, finalmente, el retorno de las estructuras involucradas a la posición de reposo.

En relación a la secuencia de movimientos musculares mencionada, se vincula el control de pares craneanos específicos. Siguiendo a Macedo, *et al.* (2000), en esta fase participan los nervios craneales glossofaríngeo (IX), vago (X) y accesorio espinal (XI).

1.2.4 Etapa esofágica

La etapa esofágica es de carácter involuntario; se inicia cuando el bolo alimenticio entra en el esófago por la relajación del esfínter cricofaríngeo y comprende contracciones musculares que impulsan el bolo a través del esfínter hasta el estómago. Los movimientos musculares de esta fase están a cargo de un solo par craneal: el vago (X) (Macedo, *et al.*, 2000).

1.3 Comando neurológico

El correcto desarrollo de las etapas de la deglución depende de un conjunto de comandos neurológicos de diverso nivel de integración (Bleeckx, 2004). El centro nervioso encargado del proceso de la deglución está ubicado en el tronco cerebral, implicando la acción específica de la Protuberancia y del Bulbo Raquídeo (Bieger, 2001).

Bieger en el año 2001 planteó por primera vez la existencia de un Patrón Generador Central (PGC) para la deglución. Este patrón de contracción muscular e inhibición secuencial requerido para el proceso de la deglución es dependiente de estructuras neuronales del sistema cerebral, que consisten básicamente en tres niveles. El primer nivel (aférente y/o descendente) corresponde a sitios de terminación de fibras aferentes periféricas y centrales de la deglución. El segundo nivel (eferente) incluye un pool de motoneuronas del núcleo motor craneal que provee la inervación a los músculos de la deglución. Por último, el tercer nivel (organizacional) consiste en una red de neuronas “premotoras” en contacto con ambos niveles, eferentes y aferentes. Estas neuronas premotoras o interneuronas, las cuales pueden iniciar u organizar la secuencia motora de la deglución, son conocidas en conjunto como el PGC.

Posteriormente, en el año 2006, el mismo autor hace referencia a las regiones cerebrales involucradas en cada fase de la deglución, especificando que las estructuras que forman el llamado PGC de la deglución se encuentran íntimamente relacionadas con el Núcleo del tracto solitario (NTS), ubicado en la región dorsal de Bulbo Raquídeo y con el Núcleo Ambiguo (NA), ubicado en la porción ventral del mismo.

El subcircuito de la deglución encargado del desencadenamiento de la fase oral, se encuentra comandado por la Formación Reticular (región dorsal del Tronco Cerebral) y sus proyecciones hacia los núcleos motores de los nervios trigémino, facial e hipogloso, mientras que a nivel sensorial, existe la presencia de mecano-receptores, quimio-receptores y termo-receptores en la cavidad oral, lengua, y faringe que proporcionan la información esencial para la identificación del bolo y el consecuente desencadenamiento del reflejo deglutorio. En la fase faríngea se incluye la participación de neuronas premotoras del NTS y motoneuronas del NA. Finalmente, en la fase esofágica

interactúan en el NTS, neuronas sensitivas primarias del esófago y neuronas motoras del NA, que inervan el músculo estriado del mismo órgano (Bieger & Neuhuber, 2006).

Las conexiones entre el NTS y la Formación Reticular permiten al PGC de la deglución la producción secuenciada de inhibición y excitación de las motoneuronas, que aseguran la coordinación bilateral del proceso (Ertekin & Aydogdu, 2003).

En suma, la deglución normal involucra un proceso neuromuscular coordinado y complejo. Para que éste se desenvuelva adecuadamente, requiere de la indemnidad de: las vías sensitivas, la red bulbar de la deglución, los componentes reflejos ubicados en el tronco cerebral y del control de la corteza motora anterior (Ertekin & Aydogdu, 2003). De no ser así, quedará manifiesta una alteración del proceso deglutorio.

1.4 Alteraciones de la deglución

Se denomina alteraciones de la deglución a cualquier problema que surge desde el momento en que los alimentos se introducen en la boca hasta que pasan al estómago. Puede tratarse de una molestia, dolor, o incluso, de un bloqueo completo de los alimentos. La disfagia puede iniciarse de un modo progresivo o brusco, en forma aguda o crónica, intermitente o constante (Marchesan, Bolaffi & Gomez, 1995). Se estima que su incidencia corresponde entre el 50% - 65% de los pacientes institucionalizados (Jiménez, Lizarazu & Ángel, 2005), mientras que la prevalencia de disfagia en la totalidad de la población hospitalaria se ha estimado en un 12% (Sala, Muntó, De la Calle, Preciado, Miralles, Cortés, Molla & Alcalde, 1998).

La disfagia puede desencadenar diversas complicaciones o secuelas, como las neumonías por aspiración, penetración, desnutrición, deshidratación, obstrucción de la vía aérea e hipotonía o alteraciones en los órganos fonoarticulatorios (Bleeckx, 2004). Las complicaciones más peligrosas, además de las alteraciones nutricionales, son la penetración de alimentos y las neumonías por aspiración. La penetración corresponde al paso de contenido del bolo alimenticio hacia el vestíbulo laríngeo, por encima de las cuerdas vocales. Cuando el contenido alimenticio atraviesa las cuerdas vocales y entra a la vía aérea, se denomina aspiración (Terré, Orient, Guevara, Ramón, Bernabeu & Clavé,

2004). Se estima que estas alteraciones ocurren entre un 30% - 50% en los pacientes con disfagia. Además, se ha calculado que la mortalidad ocurre entre 7,5%- 72% después de episodios de neumonía aspirativa (Toufen, Pereira & Ribeiro, 2006).

1.4.1 Clasificación

Existe una variada gama de clasificaciones para la disfagia: según el grado de severidad, de acuerdo a la parte del tracto digestivo con mayor predominio de afección y por la causa de la lesión (Bleeckx, 2004). Para Zambrana (2001), la disfagia se clasifica en tres categorías: leve, moderada y severa.

Siguiendo la taxonomía de Zambrana (2001), la disfagia de grado leve se caracteriza por trastornos en la movilidad lingual o en la transformación del bolo alimenticio, retraso en la deglución o pérdida del contenido oral. No se observa la presencia de tos ni cambios en la calidad vocal después de las degluciones; tampoco existen riesgos de aspiración.

De acuerdo al autor ya mencionado, la disfagia de grado moderado se caracteriza por alteraciones en la motilidad y coordinación de labios y lengua, escape de alimentos vía nasal, lentitud en el transporte del bolo alimenticio y reflejo de deglución lento o ausente. Puede presentarse tos antes, durante o después de las degluciones y, además, alteraciones de la calidad vocal con riesgo de penetraciones y aspiraciones.

Dentro de la línea del mismo autor, en la disfagia de grado severo, se suman a las características que posee una disfagia de nivel moderado, la reducción en la elevación del hioides y laringe, alteración respiratoria y aspiraciones frecuentes.

De acuerdo a lo expuesto en el año 2005 por Jiménez, *et al.*, la clasificación de la disfagia surge a partir de los aspectos clínicos. Por lo tanto, se considera disfagia orofaríngea cuando la afección es en una o más de las tres primeras fases de la deglución; y disfagia esofágica, cuando se afecta sólo la última parte del

proceso deglutorio. Por un lado, los autores establecen que la disfagia orofaríngea se caracteriza por una dificultad para iniciar la deglución o para manipular los alimentos en la boca y por una mayor alteración para el manejo de los líquidos. En el 80% de los casos, su origen es neuromuscular. Por otro lado, plantean que la disfagia esofágica se relaciona con problemas para transportar el alimento a lo largo del esófago y, a diferencia de la anterior, su origen es por enfermedad primaria de este órgano.

Sumado a las clasificaciones por severidad y por aspectos clínicos, Bradley, Daroff, Fenichel y Jankovic (2004) sugieren una clasificación patogénica (neurogénica – mecánica), de acuerdo al tipo de causa que origina la lesión. Por una parte, describen la disfagia neurogénica como la alteración cuya causa es un trastorno neuromuscular que puede acarrear, como consecuencia, dificultades para iniciar la deglución, anomalías en el peristaltismo e inhibición deglutoria. Por otra, describen la disfagia mecánica como la alteración que ocurre debido a la pérdida en el control del bolo por las estructuras necesarias para completar una deglución normal. El control neurológico central y los nervios periféricos están intactos, pero las estructuras anatómicas responsables de la deglución no lo están.

En 1995, Marchesan establece como causas más comunes de la disfagia neurogénica los accidentes cerebro vasculares, el mal de Parkinson, el mal de Alzheimer, Miastenia Gravis, Esclerosis Lateral Amiotrófica y Parálisis Cerebral, entre otros. Mientras que en el año 2000, Macedo, *et al.*, señalan que las causas más comunes de disfagia mecánica son: inflamaciones agudas de los tejidos de la orofaringe, trauma, macroglosia, divertículo faringoesofágico, cáncer de región de cabeza y cuello, resecciones quirúrgicas, osteófito vertebral y membrana esofágica.

1.4.2 Signos y síntomas

La presencia de un trastorno de la deglución puede establecerse mediante manifestaciones clínicas, pesquisadas desde la propia subjetividad del paciente o desde la objetividad de una observación clínica. Ese conjunto de eventos clínicos

requieren de mayor precisión y una adecuada clasificación, con lo que es posible encontrar un grupo de síntomas y signos propios de un cuadro de disfagia. Adscribiéndose a las definiciones otorgadas por Mumenthaler y Mattle (2006), los síntomas de disfagia son manifestados por el paciente mediante quejas; en tanto, se entiende por signos a las manifestaciones que son posibles de corroborar por un evaluador externo.

La alteración de la deglución en las fases oral y faríngea presenta signos y síntomas comunes que han descrito Zambrana (2001), Bittencourt (1998) y Logemann (1998). Estos autores han registrado como signos de disfagia orofaríngea la presencia de esfínter labial incompetente (debido a parálisis, hipotonía y/o incoordinación labial); déficit en los movimientos linguales (debido a parálisis, hipotonía y/o incoordinación lingual); alteraciones de la sensibilidad intraoral, reflejo nauseoso disminuido o ausente y/o déficit en los movimientos del esfínter velofaríngeo. Logemann (1998) además agrega escape oral del alimento y saliva, presencia de tos antes, durante o después de la deglución, pérdida de peso sin otro motivo aparente y cambio en la calidad vocal hacia el final o después de terminada la alimentación. Según Bittencourt (1998), también es frecuente la disminución de las contracciones de la faringe y de los movimientos de la epiglotis, ascenso hioideo y laríngeo, junto con una apertura anómala del esfínter faringo-esofágico. Como consecuencia, el paciente presenta mal control cervical, dificultad para masticar, retención de alimentos en región intrabucal (vestíbulos laterales y anteriores), ahogo y, en ocasiones, disturbios sensoriales del gusto, temperatura y/o textura. Finestone y Greene-Finestone (2003) consideran presencia de babeo (ptialismo), escape oral del alimento, control deficiente de la lengua, debilidad facial, presencia de residuos de alimentos en la cavidad oral y regurgitación.

Además de los anteriormente descritos, existen otros signos significativos para valorar la presencia de un trastorno de la deglución en las fases oral y faríngea. Según Daniels, Ballo, Mahoney y Foundas (2000); Finestone y Greene-Finestone (2003); Terré, *et al.* (2004); Da Silva, Salle y Müller (2004); Macedo (2004); Pettigrew y O' Toole (2007), los más importantes son: cambios en la calidad

vocal posterior a la deglución, presencia de tos durante la deglución, presencia de disartria y alteración en la elevación laríngea.

Logemann (1998) nombra como queja de los pacientes la sensación de ahogo y la odinofagia. Sin embargo Finestone y Greene-Finestone (2003) consideran la sensación de objeto extraño en la garganta. Según Terré, *et al.* (2004); Da Silva, Salle y Müller (2004); Macedo (2004); Pettigrew y O' Toole (2007), el síntoma más significativo es la sensación de atoro.

1.5 Evaluación de la deglución

La evaluación inicial de la deglución debe incluir a diversos especialistas, por lo que las distintas áreas de la medicina contribuyen en este sentido. Para su efectividad, se requiere de la realización de un procedimiento sistemático a través de una exploración clínica completa, la cual constituirá la base del proceso terapéutico (Bleeckx, 2004).

El profesional encargado de la evaluación debe recabar los datos de la fecha del evento clínico y fecha de la primera evaluación. De este modo, tendrá que realizar una anamnesis exhaustiva, incluyendo los antecedentes clínicos relevantes, evaluar los mecanismos de control y regulación neurológica, analizar los reflejos orales, extender indicación de exámenes complementarios como Tomografía Axial Computada (TAC) o Resonancia Magnética (RM), en caso de ser necesario y, finalmente, establecer una hipótesis diagnóstica (Bleeckx, 2004).

En la práctica clínica, se realiza una pesquisa para identificar a los pacientes que podrían requerir una evaluación completa. Usualmente, está a cargo de un profesional con las destrezas en el manejo de la disfagia; en este caso, el fonoaudiólogo es el especialista más competente (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

1.5.1 Evaluación fonoaudiológica

El fonoaudiólogo es el profesional más capacitado para evaluar la función deglutoria. Para ejercer plenamente esa función, debe estar atento y preocupado para actuar de forma responsable y objetiva, basándose en protocolos específicos

que permitan considerar todos los aspectos. De esta manera, puede proceder de forma planificada, documentando sus procedimientos, fundamentando y evaluando sus prácticas y patrones de trabajo (Rodrigues, Pedroni, Davidson & Furquin, 2007).

Bleeckx (2004) establece que la evaluación funcional del proceso deglutorio debe comenzar con una observación directa del estado general del paciente. Además, se debe completar exhaustivamente la anamnesis y proceder a evaluar el aspecto comunicativo y cognitivo del paciente. Con ello, se puede establecer la presencia o no de alguna alteración de lenguaje o habla; así también, determinar el nivel de conciencia y las habilidades de cognición.

Dentro de esta misma línea, lo conveniente es valorar los aspectos del paciente, tales como complicaciones previas, postura, control cefálico, neumonía, desnutrición, pérdida de peso o deshidratación, y si existe en ese momento obstrucción bronquial. Se debe consignar la presencia de un modo alternativo de alimentación (sonda nasogástrica o gastrostomía) que cubra las necesidades nutricionales del paciente. Así también, le concierne al especialista registrar la cantidad y el tipo de suplemento alimenticio que el paciente ingiere en forma diaria. De esta manera, se podrá establecer, entre otros aspectos, si una baja de peso tiene relación con una ingesta inferior a ml/peso, o si corresponde a un signo de aspiración de alimentos que esté comprometiendo la vía aérea (Ferreira de Mello, 2004).

Una vez realizada la exploración clínica, se procede a la evaluación funcional de la deglución, que puede ser subdividida en un aspecto indirecto y otro directo. La evaluación indirecta debe contemplar todos los aspectos anátomo-funcionales, consignando la mayor cantidad de hallazgos posibles. Es importante considerar si existe o no parálisis facial, que pudiera afectar el desempeño de los órganos fonoarticulatorios (OFAS). Se evalúa la integridad estructural y funcional de los OFAS (apertura y cierre bucal, la posición y movimientos mandibulares, desempeño en praxias, etc.). De existir alteración en el cierre bucal, se debe consignar la presencia de ptialismo (Rodrigues, *et al.*, 2007).

Otro aspecto a considerar por el autor antes mencionado en la evaluación indirecta es la higiene oral. Es fundamental determinar la presencia de alguna alteración, ya sean coloraciones o placas blanquecinas en la región intraoral, sugerentes de la presencia de xerostomía. Se debe establecer el estado de la elevación laríngea, si se presenta alteración de la tos en forma voluntaria o alguna alteración en la calidad vocal.

La evaluación indirecta también debe centrarse en la información que proporcionan los familiares del paciente y en la observación clínica. Es necesario, recabar lo concerniente a la función del gusto, la presencia de reflejos protectores, reflejo de deglución, reflejos arcaicos (mordida, protrusión lingual y succión) y el manejo de utensilios fuera y dentro de la boca (Rodríguez, *et al.*, 2007).

El último aspecto que se debe evaluar es la función deglutoria, propiamente tal, denominada evaluación directa, con diversas consistencias. Rodríguez, *et al.* (2007) plantean que estos tests deben ser breves, no invasivos, presentar bajo riesgo para el paciente e identificar los síntomas de disfagia. La evaluación fonoaudiológica no debe ser muy extensa, pero sí facilitar la identificación de los pacientes potencialmente riesgosos. En relación con la consistencia del alimento, la consistencia líquida y pastosa son procesadas de maneras diferentes, por lo que una evaluación completa debe considerar ambas.

En la evaluación de líquidos, una de las pruebas que más se utiliza es el test de agua, conocida como la prueba del vaso de agua, destinada principalmente a identificar el riesgo de aspiración. Al paciente se le dan pequeños sorbos de agua y se debe consignar si, en el inicio o durante la deglución, hay presencia de tos o alteraciones en la calidad vocal (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004). La prueba de agua tiene una sensibilidad mayor al 70% y una especificidad entre el 22% y 66% para predecir aspiración, validándolo como un test útil en la evaluación de disfagia (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

La cantidad de agua que debe ser suministrada varía de acuerdo a los estudios. Así, en las primeras investigaciones, como las de DePippo, Holas y Reding (1992), la ingesta ideal es de 50 ml, considerando como patológico la presencia de

tos, carraspera o estridor. Nathadwarawala, Nicklin y Wiles (1992), en cambio, planteaban una evaluación con 100 ml de agua destilada. Años más tarde, Balieiro (1998) destacó que la fatiga durante la alimentación sucede normalmente después de los 10 ml consumidos, y por fatiga puede ocurrir una aspiración. Rodrigues, *et al.* (2007) plantean que por cada vez que se suministran sorbos de agua se debe establecer si existe escape oral anterior, en el que escorra líquido por los labios después de la ingesta del bolo. Estos autores postulan que en la realización de esta prueba debe evaluarse el tiempo total del tránsito oral, desde que el bolo se capta hasta la elevación del complejo hioideo, determinada por el desencadenamiento del reflejo de deglución. Por último, es necesario consignar si existe reflujo nasal, alteración de reflejo deglutorio o paresia de la pared faríngea; se debe observar, también, la elevación laríngea y el número de degluciones realizadas.

Dentro de esta línea evaluativa, coincidente con lo planteado por Zambrana en el año 2001, se deben considerar los cambios en la calidad vocal. Para evaluarlos, se le solicitará al paciente emitir una vocal antes y después de la deglución. De presentarse voz húmeda luego de la ingesta, sería indicador de presencia de secreciones, líquidos o alimentos en el vestíbulo laríngeo. Finalmente, la presencia de tos refleja, durante o después de la deglución, sería un indicador de posible penetración.

En relación a la evaluación directa con consistencia pastosa, también graduada desde 3ml hasta 10 ml, al igual que en la evaluación con líquidos, se debe consignar la mayor cantidad de señales sugerentes de penetración y/o aspiración (Rodrigues, *et al.*, 2007). Estos autores plantean que lo primero que se debe evaluar es la preparación del bolo alimenticio a través de movimientos masticatorios preparatorios, relacionados con los movimientos linguales y la salivación. La presencia de residuos en la cavidad oral después de la deglución o acúmulos en el vestíbulo anterior, lateral y/o en la superficie de la lengua, indicarían un inadecuado transporte del bolo.

En tanto, Jiménez, *et al.* (2005) señala que se debe establecer el estado del cierre velo faríngeo a través de la ausencia de reflujo nasal, además de observar las contracciones de la faringe, que producen la conducción del bolo de

consistencia pastosa. Se debe pesquisar el nivel de interiorización y elevación del hueso hioides y de las estructuras de la laringe. La eficiencia del cierre glótico se evalúa a través de la presencia de alteración en la calidad vocal post deglución, tal como fue descrito para la prueba con líquidos. Además, si existe babeo durante la masticación o deglución, tos durante o posterior a la deglución, o degluciones múltiples, deben consignarse como signos sugerentes de penetración o aspiración.

1.5.2. Evaluación objetiva

Sin menospreciar la agudeza que aporta la experiencia requerida para la realización de la evaluación funcional, también es necesario, dentro de lo posible, complementar esta evaluación con exámenes objetivos para dar mayor certeza al diagnóstico (Bleeckx, 2004). La videofluoroscopia y la evaluación endoscópica para detectar alguna alteración de la deglución, se consideran métodos válidos para evaluar disfagia. El clínico determinará cuál es el más apropiado de acuerdo a cada paciente y a sus características (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

Por una parte, la observación dinámica de la deglución por videofluoroscopia representa un término medio entre la cantidad de radiaciones tolerada y la visión precisa de los mecanismos alimentarios. El examen permite el paso de seis imágenes por segundo, favoreciendo una selección a baja velocidad en forma de cámara lenta o de congelación de la imagen (Bleeckx, 2004). Puede efectuarse en tres planos: cara, perfil y tres cuartos; las dos primeras son las que más ayudan y, por lo tanto, son las más utilizadas. La vista lateral se realiza primero, porque permite detectar inmediatamente cualquier falsa vía e interrumpir el examen. (Macedo, *et al.*, 2000).

Bleeckx propone, en el año 2004, una modalidad determinada donde el sujeto deglute productos de contraste de densidades diferentes; las que son escogidas en función de la sintomatología observada. Una vez que ingresa el contraste, se evalúa la fase oral, preparación del bolo y su transporte; seguidamente, la fase faríngea y la esofágica. Agregan Macedo, *et al.* (2000) que, antes de utilizar el

producto de contraste, pueden consignarse algunas observaciones, tales como la movilidad de lengua, velo palatino, cierre velofaríngeo y movilidad laríngea, además de otros datos, como asimetrías y movimientos involuntarios de musculatura lingual, de faringe y laringe.

Siguiendo con la misma postura, el grupo que efectúe la evaluación del paciente debería estar constituido por un médico radiólogo, técnico en radiología, fonoaudiólogo y médicos especialistas afines. Cada cual asumirá una función específica e importante para optimizar la aplicación del método. En este sentido, durante la realización del examen, propiamente tal, aunque no es posible ver la fase preparatoria oral, se puede obtener información útil sobre la capacidad de contención de alimentos. La fase oral y su efectividad pueden ser bien monitoreadas cuando existe presencia de diversos grados de compromiso funcional, como pérdida de bolo por la faringe, presencia de contrastes en surcos laterales y regurgitación nasal. (Doria, Abreu, Buch, Assumpacao, Nico, Ekeley, Duprat & Costa, 2003). En la etapa faríngea se observará el tiempo de tránsito del bolo, la efectividad y presencia de residuos del producto de contraste en valléculas y senos piriformes. Además, informará sobre peristaltismo esofágico, la claridad, relajación de esfínteres y presencia de reflujo gastroesofágico (Doria, *et al.*, 2003)

La videofluoroscopia permite evaluar el estado del músculo cricofaríngeo y los fenómenos involucrados en la protección de la vía aérea, tales como interiorización y cierre glótico. La presencia de penetración y aspiración serán minuciosamente pesquisados si ocurren antes, durante o después de la deglución. (Macedo, 2004). A su vez, permite experimentar con diversas maniobras para evaluar la funcionalidad de la protección de la vía aérea, entregando información acerca de la seguridad y eficiencia de la deglución. Debido a la cantidad de datos que se pueden obtener de este examen, se considera una herramienta confiable para detectar riesgos de aspiración y confirmar o descartar presencia de disfagia (Macedo, 2004).

La videofluoroscopia es reconocida como la prueba “Gold Standard” para la evaluación de la disfagia, aunque es difícil acceder a una investigación con su equivalente credibilidad. Su estandarización no se ha podido generalizar debido a

que solo se ha probado en algunos centros de salud, por lo que su fiabilidad es variable con un inter- intra acuerdo que varía entre el 66% y 98%. De todas formas, lo sitúa como uno de los métodos más eficaces para la detección de disfagia (Perry & Love, 2001).

Por otra parte, la evaluación endoscópica es un examen de bajo costo y de fácil portabilidad. De hecho, se realiza con un nasofibroscopio flexible, que ingresa a través de una fosa nasal y pasa sobre el velo, llegando hasta la región faringolaríngea (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

Para observar en forma más objetiva el acto de la deglución, se puede utilizar durante el examen un medio de contraste. Los bolos alimenticios son teñidos de colorante inorgánico de anilina azul para diferenciarlos de la coloración rosada de la mucosa. Estos son ofrecidos a los pacientes en volúmenes que varían de 2 a 10 ml, dependiendo de cada caso (Macedo, 2004).

La evaluación endoscópica presenta algunas ventajas y limitaciones. Entre estas últimas, no ofrece la oportunidad de evaluar los trastornos que se producen en la fase oral; tampoco permite determinar el movimiento del bolo en el momento de la deglución (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004). Sin embargo, facilita la visualización de anormalidades de la faringe y la laringe, así como el estancamiento de la saliva en las valléculas e hipofaringe. Esta técnica presenta la ventaja de encontrarse más fácilmente en los hospitales y centros de salud, pero proporciona menos información que la videofluoroscopia (Zambrana, 2001).

Dentro de los métodos endoscópicos ha surgido una nueva herramienta que permite la evaluación del componente motor y sensorial de la deglución, conocido como evaluación endoscópica flexible de la deglución con test sensorial (FEESST). Éste combina la evaluación endoscópica establecida con una técnica que determina el umbral de sensibilidad laringofaríngea secundario al envío endoscópico de estimulación con pulsos de aire a la mucosa inervada por el nervio laríngeo superior. El examen permite al especialista obtener resultados objetivos

para complementar la observación clínica, siendo, así, una evaluación inicial integral para el paciente con disfagia.

Además de los antes mencionados, existe otra variedad de métodos de evaluación; sin embargo, no son tan utilizados en la práctica clínica. Según Bleeckx, (2004), estos son llamados exámenes de segunda intención.

Se puede mencionar, por ejemplo, la manometría, que permite medir las presiones a nivel del tubo digestivo y, sobre todo, de la parte oral hasta el esfínter inferior del esófago. Por las curvas de presión se puede identificar un peristaltismo insuficiente, así como un problema de coordinación muscular, una hipertonia esfinteriana que disminuye o anula la luz del aparato digestivo, o incluso una hernia diafragmática. Entre sus inconvenientes se encuentran la perfusión de los sensores, posible causa de falsas vías (silenciosas en ausencia de tos), la necesidad de colaboración por parte del paciente y lo incómodo de la posición (decúbito lateral) (Bleeckx, 2004).

Otro examen de interés es la electromiografía (EMG), el cual explora la musculatura basándose en el análisis de los potenciales de acción y de reposo, evaluando la integridad de la conducción nerviosa. La EMG precisa la topografía de las lesiones; lesión periférica o central, y fase de recuperación. Pone de manifiesto los movimientos anormales, como: distonía, mioclonía, discinesia y temblor. Los músculos pueden ser evaluados de manera individual, mientras que las otras técnicas utilizadas a nivel digestivo o respiratorio superior evalúan sinergias musculares. Se puede realizar con electrodos intramusculares o de superficie. En la práctica, la EMG con electrodos intramusculares se utiliza poco, porque su colocación exacta es difícil, sin embargo, con electrodos de superficie es más utilizada (Bleeckx, 2004).

Bleeckx, en el 2004, describe la radiografía de tórax como una buena opción al momento de querer objetivar una neumopatía por aspiración. Este examen genera imágenes suponiendo partes del cuerpo o dosis de radiación ionizante, de esta manera, se puede ver el corazón, vasos sanguíneos, huesos de la columna y tórax, vías respiratorias y pulmones. El clínico indica la realización de este examen cuando encuentra signos sugerentes de aspiración y esta técnica entrega resultados

que al complementarse con la auscultación de pulmón son útiles para evaluar diariamente la función pulmonar del paciente.

La auscultación cervical de ruidos relacionados con la deglución es un método que evalúa el conjunto de válvulas y estructuras vibrátiles que producen sonidos, sobretodo la parte nasal y oral de la faringe, la laringe, la musculatura superior del esófago y la lengua (Bleeckx, 2004). Para su aplicación, se sitúa el estetoscopio en la parte lateral de la laringe y se escuchan los sonidos durante la deglución, con el objetivo de detectar una posible penetración y/o aspiración (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004). La auscultación cervical para algunos clínicos se presenta como un método de diagnóstico y monitoreo terapéutico, tanto en adultos como en niños y bebés, por no ser invasivo y tener bajo costo (Tamanini de Almeida, 2004). Esta prueba permite detectar la apnea pre deglución, el ruido de la fase faríngea y la espiración. La fase faríngea tiene un click que corresponde a la apertura de la trompa de Eustaquio, y un clunk que corresponde a la apertura del esfínter esofágico superior; en la espiración no debe haber tos, estertores, estridor ni carraspera (Caviedes, Buchi, Yazigi & Lavados, 2002).

Respecto a la ubicación del estetoscopio en esta prueba, Takahashi, Groher y Micher, en el año 1994, definieron que entre 24 puntos del cuello existían tres en los cuales podían oírse los sonidos con mayor claridad. Éstos fueron el cinco, que es un punto medio abajo del centro del cartílago cricoides, por encima de la incisura yugular; el punto once, que se sitúa por sobre la región lateral de la tráquea, inmediatamente inferior al cartílago cricoides y, finalmente, el punto cuatro, que se sitúa por sobre el centro del cartílago cricoides. En el 2007, Borr, Hielscher- Fastabend y Lucking, plantean que el lugar ideal para situar el estetoscopio es lateralmente por sobre el cartílago cricoides en frente del esternocleidomastoideo, coincidiendo con el punto cuatro de Takahashi, *et al.* (1994). La validez de la auscultación cervical, como un método de diagnóstico por sí solo, se encuentra en duda (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004). No obstante, diversos estudios plantean que posee una sensibilidad para la aspiración traqueal del 84%, con una especificidad del 71% (en Koch, 1993). Además, sirve como complemento a los otros componentes de la evaluación

clínica, ya que permite al fonoaudiólogo determinar en qué momento o qué proceso de la deglución falla, orientándolo hacia la causa, más que al síntoma (Tamanini de Almeida, 2004).

Otro método evaluativo se realiza utilizando los oxímetros de pulso, que monitorean de forma no invasiva la saturación de oxígeno (expresada como porcentaje o en decimales) de la hemoglobina arterial. De esta manera, se miden cambios de absorción de luz que resultan de las pulsaciones del flujo de la sangre arterial (Miller, Dray & Hillel, 1998). El uso del oxímetro para detectar aspiración se basa en la hipótesis de que la aspiración de un alimento causaría un reflejo de bronco espasmo, disminuyendo la perfusión ventilatoria y, por ende, provocando una caída en la saturación del oxígeno (Rodríguez, *et al.*, 2007).

El oxímetro ha comenzado a utilizarse por los fonoaudiólogos para complementar la evaluación clínica, realizando mediciones pre y post deglución. Se considera normal la mantención o reducción de hasta 4% de la línea de base, por diversas condiciones fisiológicas, pero un cambio mayor al 4% sería un indicador a considerar (Collins & Bakhate, 1997). Smith, Lee, O' Nelly y Connolly (2000) concluyen que la evaluación de la deglución con el oxímetro detecta un 86% de los bolos alimenticios que penetran o aspiran, aumentando el índice a un 95% si se combina con la evaluación clínica.

Anteriormente se nombraron variados exámenes y pruebas que pueden complementar la evaluación; sin embargo, es importante destacar que la validez de cada instrumento por sí solo necesita mayor investigación. Su uso por parte del fonoaudiólogo, como una herramienta complementaria, permite convertir a la evaluación clínica en un procedimiento más completo. Depende de cómo el profesional utilice y complemente cada instrumento y/o prueba para determinar, de la manera más exhaustiva posible, el nivel de alteración de la función deglutoria que posee el paciente. Reunidos los resultados que puede entregar la auscultación, la oximetría, la prueba de agua y los hallazgos de la evaluación clínica, manejadas por un fonoaudiólogo capacitado, serán eficientes indicadores

para pesquisar o descartar la presencia de disfagia. Sin embargo, algunos estudios ya nombrados otorgan gran validez a la evaluación clínica, ya que es simple y de bajo costo y puede aplicarse en cualquier servicio de medicina o cuidados intensivos sin implementación compleja, con el propósito de construir una base objetiva para la evaluación de pacientes neurológicos agudos con riesgo de aspiración.

1.6 Manejo a nivel de equipo multidisciplinario de las alteraciones de la deglución

Para la detección y rehabilitación de la deglución efectiva, es necesario que el paciente sea atendido en forma integral. Por esta razón, los trastornos de la deglución son abordados por un equipo compuesto por diversos profesionales de la salud física y mental (Bleeckx, 2004).

El médico se encarga de la detección inicial del cuadro y deriva a los profesionales que sean necesarios. Evalúa todos los sistemas (antes y después del cuadro disfágico), realiza la anamnesis detallada de la historia y comorbilidades. Busca la remisión o minimización de las consecuencias del cuadro disfágico, así como proteger los sistemas vitales, el sistema nervioso central, cardiovascular y pulmonar (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

En equipos que atienden población de tercera edad, el papel del geriatra es fundamental para el seguimiento de los casos. Este profesional puede actuar como jefe de equipo para direccionar el tratamiento del paciente con patología neurológica (Furkim & Carrara, 2000).

De acuerdo a Furkim y Carrara (2000), el gastroenterólogo se encarga de la evaluación clínica, enfocándose en las alteraciones gastrointestinales (reflujo gastroesofágico, esofagitis, constipación), del tratamiento medicamentoso y quirúrgico. Realiza procedimientos como la colocación y cambio de sondas, dilataciones, diagnóstico y tratamiento de las disfagias esofágicas.

Por su parte, el fisiatra establece, junto con el equipo, el pronóstico general y las metas de la rehabilitación e indica órtesis y prótesis. Además, puede sugerir y aplicar, en la musculatura corporal la toxina botulínica, en caso de ser necesario (Furkim & Carrara, 2000).

Furkim y Carrara (2000) plantean que el otorrinolaringólogo se encarga de la evaluación y examen clínico otorrinolaringológico. Se ocupa de evaluar la deglución y la respiración, a través de la nasolaringofibroscofia, tratamiento medicamentoso y quirúrgico, diagnóstico diferencial de las alteraciones mecánicas y manejo de los pacientes traqueostomizados. Además, atiende malformaciones y/o obstrucciones de la región orofaríngea, estenosis laringotraqueal e inflamaciones que también pueden causar el agravamiento de la disfagia.

El kinesiólogo es el encargado del asesoramiento y tratamiento de los desórdenes del movimiento, problemas posturales y control corporal (Bleeckx, 2004). En caso de compromiso pulmonar, realiza la fisioterapia respiratoria, facilitando la biomecánica respiratoria, la regulación del tono y elongación de las cadenas musculares. Además, se ocupa del manejo de pacientes con traqueostomía, de la higiene bronquial y rehabilitación torácica (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

En el caso de pacientes hospitalizados o internos en una institución de cuidado, el enfermero es quien aporta la información sobre las características del proceso de alimentación cotidiano del paciente. Realiza profesionalmente los ejercicios o indicaciones que se le soliciten, tales como: cuidados de observación, medición, control, entre otros (Bleeckx, 2004). El trabajo lo ejecuta tanto con el paciente como con su familia; para ello, toma en cuenta sus necesidades particulares, abordándolo holísticamente y considerando los factores físicos, psicológicos y sociales (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

El fonoaudiólogo es el especialista que trabaja en el tratamiento de los trastornos de la comunicación y de la disfagia (Bleeckx, 2004). Organiza el tratamiento global, planifica la terapia y orienta a la familia. Utiliza abordajes indirectos, como modificaciones en utensilios, cambios de postura durante la alimentación, cambios en el volumen y consistencia de los alimentos. También se apoya en abordajes directos, como

programación de terapias de rehabilitación con ejercicios miofuncionales, maniobras posturales y maniobras de rehabilitación. Este profesional es quien decide, dependiendo de la evolución del paciente, si puede tener una dieta segura por vía oral (Furkim & Carrara, 2000).

El terapeuta ocupacional es el encargado de intentar que el trastorno de la deglución afecte lo menos posible en las actividades de la vida diaria (Bleeckx, 2004). Ayudará al paciente a alcanzar el mejor nivel de funcionamiento posible, enseñando nuevas estrategias y técnicas compensatorias para lograr su independencia, como: confección y/o adaptación de utensilios, ayuda para proporcionar independencia motora en la alimentación y adaptaciones de sillas de posicionamiento. Enseñará al paciente a ser meticuloso en el manejo de sus cuidados diarios. (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004).

El nutricionista es el encargado de establecer el régimen alimenticio que deberá consumir el paciente dependiendo de su estado nutricional general (Bleeckx, 2004). Realiza el análisis de la ingesta de alimento, las medidas antropométricas, prescripción dietética (observando enfermedades asociadas, como diabetes mellitus), seguimiento nutricional periódico, indicación de suplementos nutricionales y dietas naturales, adaptaciones de las consistencias y calorías ofrecidas y transición de vía alternativa a vía oral de alimentación (Furkim & Carrara, 2000). En otras palabras, y contemplando el trabajo multidisciplinario, el nutricionista es quien decide la dieta y el fonoaudiólogo es quien reeduca la deglución utilizando esa dieta (Bittencourt, 1998).

En cuanto al psicólogo, es el profesional encargado de asistir al paciente y a su familia, ya que las lesiones neurológicas adquiridas producen cambios bruscos en el contexto familiar y profesional del paciente, es decir, alteran la dinámica fundamental, la cual debe ser acompañada de una adecuada rehabilitación. Debido a que a la alimentación se le asigna un carácter social, al ser eliminada en la cotidianidad, lleva al paciente a un aislamiento familiar y social, causando dificultades de relación con su entorno. El psicólogo realiza la orientación familiar, facilita la interacción entre los familiares y el paciente y, además, lo prepara psicológicamente para las intervenciones que el equipo considere necesarias (Furkim & Carrara, 2000).

Furkim y Carrara (2000) recalcan la importancia del odontólogo, quien es el encargado de la evaluación de la mordida. En este sentido, se ocupa del estado general de la dentadura e indicará, en caso de ser necesario, prótesis dentaria, restauraciones y prótesis del paladar, pues no son raros los casos de disturbios de la deglución por prótesis mal adaptadas o pésimo estado de conservación de la dentadura.

La comunicación entre el equipo multidisciplinario es una condición básica, así como también el respeto entre las especialidades (Logemann, 2007). Cabe destacar que terapeutas y médicos ejercen funciones complementarias, siendo imposible que sólo una especialidad se encargue de la evaluación y tratamiento del paciente de manera eficiente (Furkim & Carrara, 2000).

Furkim y Carrara (2000) consideran fundamental la realización de reuniones periódicas, donde se discutan y planteen los avances científicos en la materia, considerando el aporte de disciplinas como la física, bioenergética, farmacéutica y bioquímica. Todo el equipo se debe mantener actualizado, lo que implica disponer un horario específico para exposiciones, seminarios y debates científicos.

2. Accidente cerebro vascular

Una de las causas más comunes de disfagia neurogénica es el accidente cerebro vascular. Esta patología es, además, un problema de salud pública de suma importancia a nivel nacional y mundial por su alta incidencia.

2.1 Definición y conceptos

El término accidente cerebro vascular (ACV) es utilizado para definir clínicamente una disfunción neurológica aguda de origen vascular (Ropper & Brown, 2005). Se caracteriza por la instalación brusca (en segundos), o al menos rápida (en horas), de síntomas y signos correspondientes al daño focal de un área del cerebro (Méndez & Leiguarda, 1994). Se diferencia de otras patologías neurológicas agudas, como la crisis isquémica transitoria

(CIT) y la insuficiencia vertebro-basilar (IVB), por tener una duración mayor a 24 horas y por acarrear un peor pronóstico médico y de rehabilitación (Hershey, 2007).

El ACV es la patología más frecuente e importante en la clínica neurológica del adulto, especialmente, en la población mayor a 65 años, que representan el 90% del total de casos de ACV (Paolucci, Antonucci & Troisi, 2003). Además, según estudios de Sarti, Rastenyte, Cepaitis y Tuomilehto (2000), es la segunda causa más común de muerte a nivel mundial y la principal causa de discapacidad en el adulto. La incidencia del primer episodio de ACV a nivel mundial fluctúa entre 130 – 150 por cada 100.000 personas por año, aumentando el número de casos en países en vías de desarrollo (Saposnik, González & Lepera, 2001). El número total de episodios se incrementa con la edad y es mayor en la población masculina (Mosca, Banka & Benjamin, 2005). En Chile, a partir de un estudio desarrollado por Lavados, Sacks y Prina (2005), se concluyó una incidencia correspondiente a 141 por cada 100.000 personas por año, por lo cual se esperarían alrededor de 27.000 casos anuales.

Según diversas investigaciones (Lavados, Sacks & Prina, 2005), la prevalencia es difícil de establecer. Más del 30% de los pacientes muere dentro del primer año luego de ocurrido el episodio y aproximadamente un 20% no presenta secuelas, quedando fuera del control hospitalario.

Las causas de los ACV son variadas y generalmente desconocidas, pero suelen asociarse a factores de riesgo que aumentan la posibilidad de presentar un primer episodio o de repetir la aparición de otros eventos en el tiempo, en caso de que éstos no sean controlados o extinguidos. Estos factores se dividen en no modificables - dentro de los cuales los más importantes son la edad y el sexo masculino - y modificables - entre los que se encuentran las conductas asociadas al estilo de vida y los antecedentes fisiológicos previos de cada individuo (Shah, 2006).

2.2 Tipos

El daño cerebral en el ACV puede ser dividido, según Ropper y Brown (2005), en dos grandes categorías: ACV isquémico y ACV hemorrágico. El accidente cerebro vascular isquémico se produce cuando un vaso sanguíneo que alimenta al cerebro resulta bloqueado por un coágulo de sangre. Puede tratarse de un coágulo sanguíneo que permanece en un sitio del cerebro, denominado trombo, o de un coágulo que se desprende y viaja a través del torrente sanguíneo hasta el cerebro, denominado embolia (Mosca, *et al.*, 2005). Este tipo de ACV representa a nivel mundial entre el 86 – 88% del total de los casos, de los cuales el 60% son causados por lesiones trombóticas y el resto por lesiones embólicas. En Chile, corresponde aproximadamente al 63% de todos los episodios (Lavados, *et al.*, 2005).

En un estudio desarrollado por Saposnik, Caplan y González en el año 2000, se determinó que los principales factores de riesgo asociados al ACVI son, en primer lugar, la hipertensión arterial y, en segundo lugar, la dislipidemia, diabetes mellitus tipo II y obesidad. Además, se ha demostrado que la enfermedad coronaria crónica y el antecedente de una CIT son sugerentes de ACV isquémico más que de uno hemorrágico (Massaro, Sacco, Scaff & Mohr, 2002).

Por su parte, el accidente cerebro vascular hemorrágico (ACVH) se refiere a la extravasación de sangre al parénquima cerebral, que puede extenderse a los ventrículos y, con menor frecuencia, al espacio subaracnoideo. Representa entre el 12% y el 14% de los casos a nivel mundial y es el tipo más letal de ACV, con una mortalidad del 50% en los primeros treinta días (Warlow, Sudluw, Dennis, Wardlaw & Sandercock, 2003). En Chile, la incidencia de este tipo de ACV aumenta considerablemente, llegando a comprender el 30% de los casos, según investigaciones efectuadas en la ciudad de Iquique por Lavados *et al.* en el año 2005. Sin embargo, en estudios realizados en el extranjero con inmigrantes chilenos se determina que el riesgo para esta población no es mayor que para el resto de las poblaciones del mundo (Khan, Zia, Janzon & Ångstrom, 2004).

Los principales factores de riesgo asociados al ACVH son la hipertensión y el sexo masculino, además de los relacionados a un estilo de vida no saludable, como consumo de

tabaco y/o alcohol y mala alimentación. También se ha demostrado que los ACVH son más comunes que los isquémicos en la población menor a 65 años (Massaro, *et al.*, 2002).

2.3 Pronóstico y secuelas

El pronóstico de los pacientes que padecen ACV está ligado a las complicaciones médicas de la fase aguda, que afectan al 59% de ellos, acarreando una mortalidad intrahospitalaria del 23% (Leder & Espinosa, 2002). En la fase aguda, la complicación más común es la neumonía por aspiración, debido a presencia de disfagia neurogénica. Se ha estimado la presencia de este tipo de disfagia entre un 64% a un 90% de los casos de ACV en fase aguda, con aspiración confirmada en un 22% a 42% (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004). El síndrome aspirativo contribuye con el 34% de la mortalidad global por ACV (Ramsey, Smithard & Kalra, 2003).

A partir de un estudio desarrollado por Hochmann, Coelho, Segura, Galli, Ketzoian y Pebet el año 2007, en Uruguay, se averiguó la evolución de los pacientes con ACV en un largo período de tiempo. Se concluyó que la mortalidad al cabo de un año corresponde al 38%, cifra que coincide con resultados de otras investigaciones previas. En Chile, existe una mortalidad de 48.6 por cada 100.000 personas por año, resultado que se vincula con el empeoramiento de las secuelas (Díaz, 2006). Según diversos estudios (en Mumenthaler & Mattle, 2006), las secuelas producto del ACV son variables, pero se estipula que cerca del 75% de los casos permanecerá con alguna consecuencia después de treinta días del episodio.

Mumenthaler y Mattle (2006) plantean que dentro de las discapacidades más comunes, producto de accidente vascular, se encuentran las alteraciones motoras, principalmente la hemiparesia. Éstas se presentan entre un 70% a un 80% de los casos. Luego, las alteraciones de cognición y lenguaje en un 30% y las dificultades de habla y deglución, también, con un 30%. Frente a las discapacidades anteriores, la disfagia continúa siendo la

más compleja por el riesgo vital que acarrea producto de la deshidratación, desnutrición y las neumonías por aspiración (Bleeckx, 2004).

En cuanto a la lesión específica causante de ACV y, consecuentemente, de disfagia, se indica que en las lesiones hemisféricas izquierdas existe una mayor afección de la fase oral. En tanto, cuando la lesión ocurre en el hemisferio derecho, existe una mayor alteración en la fase faríngea, aumentando la frecuencia de broncoaspiración (Jiménez, *et al.*, 2005).

En los adultos mayores, el ACV es la causa más común de disfagia orofaríngea. La prevalencia de este tipo de disfagia es aproximadamente del 30% posterior a un ACV unilateral y se incrementa al 60% luego de un ACV de tronco bilateral. Esta alteración puede persistir un tiempo mayor o igual a 6 meses (Howden, 2004).

2.4 Manejo inicial

Se ha señalado que los principales signos y síntomas sugerentes de accidente cerebro vascular son las dificultades motrices y de lenguaje. Entre éstas se encuentran debilidad muscular de un lado específico, dificultades de equilibrio, disartria, parálisis facial sorpresiva, pérdida de la coordinación para la marcha y dificultades de expresión y/o comprensión (Billings, 2005).

La atención del paciente con ACV debe hacerse de manera urgente y protocolizada, preferiblemente por expertos en el manejo de estos procesos. Ello permitirá llegar a un diagnóstico etiopatogénico correcto y planificar el tratamiento adecuado para reducir el riesgo de muerte y las secuelas que produce esta enfermedad (Lesiñana, Pérez & Díez, 2004).

Para la corroboración y especificación de las señales antes descritas, es necesario realizar un examen neurológico completo. Éste debiera incluir una evaluación del estado

mental, nervios craneanos, presencia de reflejos normales y anormales y examen motor general (Stein, 2002). Posteriormente, se continúa con la confirmación del diagnóstico a través de la realización de exámenes de imágenes cerebrales. El más recomendado es la tomografía axial computarizada (TAC), debido a la rapidez en la entrega del resultado, la sensibilidad para detectar isquemias y hemorragias y, principalmente, por la disponibilidad en la mayoría de los servicios de salud. En caso de ser necesario, se realiza también una resonancia nuclear magnética (RM), ya que posee una mejor resolución espacio temporal y permitiría precisar el diagnóstico (Hershey, 2007). Una vez cerciorado el diagnóstico, el manejo del evento neurológico es eminentemente médico y farmacológico, a cargo del staff médico y de enfermería del centro de salud. Este conjunto de profesionales abordará el evento como una emergencia, en la cual, la vida del paciente está en peligro. Así, el equipo debe asegurar el mantenimiento de la circulación, la vía aérea y la respiración como medida general de intervención (Celis, 2003).

De acuerdo al protocolo de la Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular (2004), se recomienda que durante la fase aguda se evalúe la presencia de disfagia para prevenir una posible broncoaspiración. Se determinará si la alimentación debe continuarse por vía oral con las precauciones necesarias o, de lo contrario, se procederá a la instalación de una sonda naso-gástrica. También se sugiere la realización de una evaluación nutricional, pues se ha corroborado que la desnutrición y deshidratación en la fase aguda del ACV son un indicador de mal pronóstico para la rehabilitación del paciente (Sala, *et al.*, 1998). Finalmente, se indica comenzar precozmente con técnicas de fisioterapia de movilización pasiva para mejorar la recuperación funcional (Lesiñana, *et al.*, 2004).

Según Celis (2003), la evolución del paciente con ACV depende del manejo inicial de la patología, pero también se vincula con las reacciones sistémicas propias del individuo ante los intentos de estabilización. Cuando el equilibrio de los sistemas no se alcanza, el staff médico se preocupa de decidir qué pacientes con ACV enviar hacia una unidad de cuidado intensivo (UCI). Para lo anterior, las indicaciones sistémicas potenciales son: multimorbilidad, desequilibrio hidroelectrolítico, crisis endocrina, infarto miocárdico concomitante, endocarditis séptica, falla renal, deshidratación severa, hipotensión severa, crisis hipertensiva, arritmias cardíacas severas, sepsis y neumonía broncoaspirativas. En la

UCI, la prioridad inicial es restablecer tan rápido como sea posible el equilibrio homeostático, mediante el soporte de los distintos sistemas alterados, mientras el factor subyacente es corregido (García, 2007).

3. ACV y alteraciones de la deglución en Chile

Así como se describió en los apartados anteriores, existen procedimientos específicos en los distintos lugares del mundo para el abordaje del accidente cerebro vascular y de las alteraciones de la deglución. En el caso de Chile, también se cuenta con un modelo de trabajo, el cual será descrito a continuación.

3.1 Sistemas de Salud en Chile

El actual sistema de servicios de salud en Chile es el resultado de la reforma de la seguridad social que ocurrió en 1981. El sistema funciona sobre la base de la oferta pública y privada de seguros y provisión de servicios de salud.

El Ministerio de Salud tiene a cargo la supervisión, evaluación y control del conjunto de políticas de salud. El Ministerio es la entidad rectora del sistema público de salud y se encarga de la provisión de aquellas actividades que revisten carácter de bien público, como los programas de vacunación y otras actividades de fomento de la salud y prevención de enfermedades (Miranda, 1994).

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el servicio responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sistema público, que funciona de manera descentralizada. Este sistema se subdivide en letras A – B - C – D, de acuerdo a la cantidad de ingreso y a la carga familiar de cada grupo. La primera subdivisión corresponde a personas carentes de recursos o indigentes; y la última, a las que poseen

mayores ingresos. Mientras, el sistema de salud privado está conformado por compañías aseguradoras de salud (Instituciones de Salud Previsional o ISAPRE) y por proveedores particulares. El sector de ISAPRES puede aceptar o no a afiliados de acuerdo a condiciones de riesgo e ingreso. Esto lleva a que haya una discrepancia entre ambos subsistemas, con la población más vulnerable, principalmente, a cargo del sector público.

En Chile, los prestadores que actúan al interior del sistema de salud son divididos de acuerdo a su complejidad y a su propiedad. Según complejidad, se habla de tres niveles: primario, secundario y terciario. Según propiedad, se trata de prestadores, ya sea público o privados.

El nivel primario está representado por la atención primaria de salud (APS) como la puerta de entrada al sistema de salud, entregando servicios a la población que se deberían caracterizar por ser de baja complejidad, alta resolutivez y gran cobertura. Para cumplir esta tarea, la APS está conformada por una extensa red de consultorios y postas rurales a lo largo del país, los cuales son administrados por los municipios, bajo la supervisión técnica de los Servicios de Salud, que cautelan el cumplimiento de las actividades determinadas por cada programa de salud y canalizan la entrega de los fondos financieros para estas actividades. Los casos que requieren atención más especializada se derivan a otros servicios de mayor complejidad dentro de la red de servicios de salud que enlaza consultorios de especialidad y los hospitales, con criterios geográficos.

Los niveles secundario y terciario son administrados por los Servicios de Salud, los cuales a su vez, dependen del Ministerio de Salud. El nivel secundario está constituido por los Consultorios de Especialidad, los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y los Centros de Referencia de Salud (CRS), que concentran la atención ambulatoria por especialistas. Los hospitales corresponden al nivel terciario de complejidad, con una red que los clasifica en cuatro tipos, según el tamaño y la diversidad de servicios especializados ofrecidos. Los tipo 1, son los hospitales que cuentan con las cuatro especialidades básicas de la medicina (medicina, cirugía, pediatría y obstetricia) y, además, con la totalidad de las sub-especialidades. Los hospitales tipo 2 son los que disponen de las cuatro especialidades básicas de la medicina y sólo con algunas de las sub-especialidades. Los tipo 3 son aquellos que sólo poseen las cuatro especialidades básicas; se denominan, por lo tanto, establecimientos de mediana complejidad.

Finalmente, los hospitales tipo 4 disponen de sólo camas indiferenciadas para adultos y niños; son considerados de baja complejidad.

3.2 Políticas de Salud actuales

Chile cuenta con un plan de salud denominado AUGE, que cubre desde el 80% al 100% de los costos de varias patologías, dependiendo del ingreso económico de los pacientes. El AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud) es un derecho establecido por ley, tanto para los beneficiarios de FONASA, como de las distintas ISAPRES. Este término ha sido reemplazado por GES (Garantías Explícitas de Salud), no obstante, se mantiene la denominación de manera indistinta (AUGE, 2004). Por consiguiente, para fines de esta investigación se utilizarán ambas terminologías como sinónimos.

La Ley N° 19.966, o ley AUGE, publicada en el Diario Oficial el 17 de mayo de 2005 y vigente desde el 1 de Julio de 2005, contempla los mecanismos legales necesarios para establecer e implementar el "Régimen de Garantías en Salud". Este mecanismo dota al Ministerio de Salud de las atribuciones necesarias para definir un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las garantías explícitas que tendrán las prestaciones de salud asociadas a ellas.

El AUGE surge a partir de la premisa del Ministerio de Salud de mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, y reducir las desigualdades en salud. Ello significa que se pretende mejorar la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad. Esto fue planteado en los objetivos sanitarios para Chile para la década 2000 - 2010, publicado por el Ministerio de Salud de Chile, División de Rectoría y Regulación Sanitaria, Departamento de Epidemiología, Primera Edición, octubre 2002.

Los Objetivos Sanitarios del país para la década se plantean dentro del contexto de la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles del adulto, especialmente, las cardiovasculares, que se encuentran dentro de las prioridades del Plan AUGE, por su gran impacto en la morbimortalidad de la población adulta. Son cuatro los objetivos sanitarios

para esta década: mejorar los logros sanitarios alcanzados; enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad; disminuir las desigualdades; y prestar servicios acordes a las expectativas de la población (MINSAL, 2007).

Para la aplicación de la propuesta del Ministerio de Salud, el 1º de agosto de 2002 se dio inicio al programa piloto del Plan AUGE con tres patologías y continuó durante el año 2003 con la incorporación de dos nuevos problemas de salud. Así, en el 2004 se sumaron doce nuevas garantías para los beneficiarios de FONASA. En enero del 2005, se agregaron ocho nuevas patologías, totalizando 25. El 1 de julio de 2006 se incorporaron otros 15 problemas de salud, entre los cuales se encuentra el ACVI en personas de 15 años y más. Luego, el 1 de julio de 2007 son 16 las patologías que se agregaron, entre las que se encuentra la hemorragia subaracnoidea por ruptura de aneurisma cerebral (MINSAL, 2007).

El Fondo Nacional de Salud, FONASA, y las Instituciones de Salud Previsional, Isapres, deberán asegurar obligatoriamente estas 56 garantías a sus respectivos beneficiarios. Su cumplimiento podrá ser exigido por los afiliados ante el sistema al que pertenezcan, o acudiendo directamente a la Superintendencia de Salud (MINSAL, 2007).

3.3 Políticas para el manejo del ACV isquémico

Al ser incluido el ACV a las GES el 1 de Julio del 2006, se otorga el respaldo legal de atención a los pacientes. Este hecho es relevante para Chile, ya que el ACVI es un importante problema de salud pública que genera una significativa carga de enfermedad por años de vida saludables perdidos por discapacidad y muerte prematura en el país (MINSAL, 2007).

Todo beneficiario de 15 años o más con sospecha de ACVI, tendrá acceso a diagnóstico y, con confirmación, a tratamiento, encontrándose para estos efectos todos los procedimientos detallados en la Guía Clínica para el Manejo del Accidente Cerebro Vascular Isquémico (2007). En el año 2007, la misma guía clínica divide el abordaje del paciente con ACV en acciones relacionadas con la sospecha y confirmación diagnóstica, tratamiento del episodio agudo, estudio etiopatogénico, prevención secundaria, rehabilitación y seguimiento. Esta fragmentación tiene un propósito meramente funcional,

reconociendo que el cuidado del paciente con ACV es un continuo, en el que muchos de estos aspectos son abordados simultáneamente durante la evolución del cuadro clínico.

Las políticas chilenas de salud, reguladas por el plan AUGE, indican que la persona que presenta un cuadro clínico compatible con un ACV debe ser atendida, en forma urgente, en un establecimiento de salud en el que se cuente con la posibilidad de acceder a una evaluación por neurólogo y a un estudio de imágenes (TAC de cerebro sin contraste). Ello permitiría confirmar el diagnóstico, precisar la localización del daño, el pronóstico y establecer un plan de tratamiento inicial. La confirmación diagnóstica debe realizarse dentro de 72 horas desde la sospecha (MINSAL, 2007).

Toda persona con diagnóstico de ACV agudo confirmado debe ser hospitalizada de inmediato en una unidad especializada para su cuidado y rehabilitación (UTAC). La hospitalización debe realizarse dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica. En tanto, la atención con especialista, debe efectuarse dentro de diez días desde el alta hospitalaria (MINSAL, 2007).

Para efectos de esta guía, una UTAC se entiende como un área del hospital, geográficamente definida. Ello implica que cuenta con camas determinadas para la atención de pacientes con ACV agudo, con personal interdisciplinario coordinado por un neurólogo especializado y dedicado al manejo de pacientes con ACV agudo; si esto no es posible, por un médico internista, geriatra o fisiatra capacitados en el manejo de estos pacientes. Considera el uso de protocolos escritos para el manejo de los problemas más importantes y más comunes en estos pacientes. Además del cuidado agudo de los primeros días, provee neurorehabilitación precoz coordinada, destinada a reducir discapacidad y dependencia. Por último, esta unidad debe brindar educación y capacitación continua al personal, familiares y pacientes (MINSAL, 2007).

A toda persona hospitalizada con diagnóstico de ACVI agudo, el enfermero le debe realizar un monitoreo periódico. Éste incluirá: revisión del estado de conciencia, estado neurológico, presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, glicemia, natremia, estado de la piel para prevenir escaras, riesgo de trombosis venosa profunda, riesgo de caídas del paciente (MINSAL, 2007).

El médico tratante y/o el enfermero debe solicitar la asistencia del equipo de rehabilitación una vez ingresado el paciente, a fin de evaluar e iniciar la rehabilitación precozmente. Se recomienda que la primera fase del plan de rehabilitación sea lo más intensa y larga posible para obtener un mejor desenlace. En los primeros siete días, debe ser diaria; el plan de rehabilitación debe partir del diagnóstico interdisciplinario con objetivos y plazos definidos claramente.

La evaluación de los deterioros sensoriales y motores, como así también la postura y la estimulación de la actividad voluntaria, está a cargo del profesional kinesiólogo. Se recomienda, además, que este profesional inicie kinesiterapia respiratoria en el paciente con ACV en la fase aguda, con un objetivo profiláctico y terapéutico.

Un miembro capacitado del equipo de rehabilitación debiese evaluar precozmente los trastornos cognitivos que se presentan en las personas con ACV. Se sugiere aplicar la prueba Mini-mental abreviado, que contempla ítems de orientación témporo-espacial, memoria, concentración, cálculo y comprensión del lenguaje.

La evaluación de las habilidades de comunicación debe ser realizada por un fonoaudiólogo dentro de las primeras 48 horas. Esto se debe a que es necesario determinar las capacidades y limitaciones del paciente para expresar sus deseos, necesidades y su nivel de comprensión. Es importante conocer la habilidad que posee para contribuir al tratamiento y para comprender instrucciones que incidan en el éxito de su proceso de rehabilitación.

En esta misma guía, se plantea que todos los pacientes con ACV deben ser evaluados con una prueba de tamizaje de deglución validado, antes de iniciar la ingesta, la cual debe aplicarse dentro de las primeras 48 horas de ocurrido el ACV. El profesional responsable de realizar la prueba es el fonoaudiólogo; de no contar con este especialista, será efectuado por un médico o enfermero debidamente entrenado para tal efecto. Mientras no sea realizada la evaluación, no se debe alimentar al paciente por vía oral.

Se propone, para el procedimiento de evaluación de la deglución, la Prueba del Vaso de Agua modificado (ANEXO 1). Una vez diagnosticada la disfagia, se debe indicar alimentación nasointestinal e iniciar tratamiento fonoaudiológico.

En cuanto a la nutrición, es importante considerar que el deterioro del estado nutricional se instala rápidamente, por lo que, una vez evaluada la deglución en las primeras 48 horas, se debe iniciar la realimentación por la vía que corresponda. Se recomienda una evaluación nutricional al ingreso y monitoreo de variables antropométricas y de laboratorio.

El asistente social y/o terapeuta ocupacional debe evaluar el potencial de reintegración laboral de la persona con ACV durante su hospitalización. Antes del alta hospitalaria, la persona con ACV debe ser reevaluada en sus actividades de la vida diaria (AVD) e instrumentales y debe evaluarse la necesidad de adaptaciones, órtesis y silla de ruedas, por lo que la intervención del fisiatra se hará necesaria. La prescripción de silla de ruedas debe considerar las habilidades y limitaciones de la persona con ACV y el ambiente en que vivirá.

A lo largo de todo el proceso, se debe involucrar a familiares y cuidadores. En este sentido, se les considerará para la toma de decisiones, para la planificación del tratamiento en forma precoz y durante la rehabilitación, teniendo como base la educación. La información debe ser entregada en forma escrita e interactiva (MINSAL, 2007).

El equipo tratante debe estar atento a la aparición de signos de stress en familiares y/o cuidadores y brindar el apoyo adecuado. En su prevención y tratamiento, es vital la información que se le entrega, la habilitación para asumir los cuidados que requiera la persona con ACV, técnicas de autocuidado y autoprotección, establecer nexos con las redes sociales de apoyo y ofrecer asistencia para obtener los servicios o beneficios que correspondan según la ley.

En suma, los pacientes con ACVI en el servicio de salud de Chile, ya sea en el sector público o privado, deben ser atendidos por un equipo especializado en ACV y rehabilitación, que cuente con un clínico a cargo. La atención debe ser provista por un equipo interdisciplinario coordinado, compuesto por especialistas médicos y rehabilitadores.

Dentro de la Guía Clínica GES (2007), se especifica todo el manejo ideal de un paciente con ACVI. Será responsabilidad de los profesionales del servicio de salud aceptar esta propuesta e internalizar y llevar a cabo los procedimientos sugeridos por el Ministerio de Salud, especialmente, los referidos a la detección precoz de la disfagia, ya que es la única secuela con riesgo vital y más frecuente en los pacientes hospitalizados por ACVI agudo.

OBJETIVOS

Objetivo general:

1. Describir el funcionamiento en la atención de la disfagia post Accidente Cerebro Vascular Isquémico (ACVI) de los hospitales públicos tipo 1 de Chile de las regiones V, Metropolitana y VIII durante el primer semestre del año 2008.
2. Averiguar el grado de consenso existente en el equipo multidisciplinario para pesquisar disfagia post ACVI en hospitales públicos tipo 1 de Chile de las regiones V, Metropolitana y VIII durante el primer semestre del año 2008.

Objetivos específicos:

- 1.1. Comparar la información entregada por los profesionales que intervienen en el manejo inicial de los pacientes con ACVI en hospitales tipo 1 de Chile, para determinar si difiere o no entre un hospital y otro.
- 1.2. Comparar la información entregada por los profesionales que intervienen en el manejo inicial de los pacientes con ACVI en hospitales tipo 1 de Chile, para determinar si difiere o no entre las diferentes ocupaciones.
- 1.3. Comparar la información entregada por los profesionales que intervienen en el manejo inicial de los pacientes con ACVI en hospitales tipo 1 de Chile, para determinar si difiere o no entre las regiones V, Metropolitana y VIII.

- 2.1. Averiguar el grado de consenso entre los profesionales que intervienen en el manejo inicial de los pacientes con ACVI en hospitales tipo 1 de Chile con respecto a los signos y síntomas más significativos para la detección de disfagia dentro de un mismo hospital.
- 2.2. Averiguar el grado de consenso entre los profesionales que intervienen en el manejo inicial de los pacientes con ACVI en hospitales tipo 1 de Chile con respecto a los signos y síntomas más significativos para la detección de disfagia dentro de una misma región.
- 2.3. Averiguar el grado de consenso entre los profesionales que intervienen en el manejo inicial de los pacientes con ACVI en hospitales tipo 1 de Chile con respecto a la alteración que genera más complicaciones médicas en la fase aguda dentro de un mismo hospital.
- 2.4. Averiguar el grado de consenso entre los profesionales que intervienen en el manejo inicial de los pacientes con ACVI en hospitales tipo 1 de Chile con respecto a la alteración que genera más complicaciones médicas en la fase aguda dentro de una misma región.
- 2.5. Averiguar el grado de consenso entre los profesionales que intervienen en el manejo inicial de los pacientes con ACVI en hospitales tipo 1 de Chile con respecto a las ocupaciones que deberían conformar el equipo de atención dentro de un mismo hospital.
- 2.6. Averiguar el grado de consenso entre los profesionales que intervienen en el manejo inicial de los pacientes con ACVI en hospitales tipo 1 de Chile con respecto a las ocupaciones que deberían conformar el equipo de atención dentro de una misma región.

MATERIAL Y MÉTODO

1. Tipo de Diseño

Esta investigación fue desarrollada de acuerdo a un diseño de estudio observacional descriptivo con formato encuesta.

2. Población y Grupo de Estudio

Población de estudio: Todos los profesionales, técnicos y practicantes que participen en el manejo del paciente con Accidente Cerebro Vascular Isquémico (ACVI) durante el período de hospitalización, desempeñando funciones en hospitales tipo 1 de Chile de las regiones V, Metropolitana y VIII, durante el primer semestre del año 2008.

Grupo en estudio: 133 Personas pertenecientes a los siguientes hospitales:

Región de Valparaíso:

- Hospital Gustavo Fricke
- Hospital Carlos Van Büren

Región Metropolitana:

- Hospital San Borja Arriarán
- Hospital San José
- Hospital San Juan de Dios
- Hospital Sótero del Río
- Hospital Urgencia Asistencia Pública

Región del Bío-Bío:

- Hospital Hermina Martín
- Hospital Las Higueras
- Hospital Víctor Ríos Ruiz

Criterios de Selección:

- Estar desempeñando funciones en un servicio de Neurología y/o Medicina de un Hospital tipo 1 de las regiones V, Metropolitana y VIII durante el primer semestre del año 2008.
- Prestar atención a los pacientes diagnosticados con ACV en su fase de hospitalización.
- Responder en forma voluntaria el instrumento confeccionado para la investigación.

3. Procedimientos

3.1. Revisión bibliográfica

Para fundamentar este trabajo, se revisó la bibliografía relevante que se ha publicado sobre el ACV y la disfagia. Se consultaron investigaciones recientes en revistas indexadas y libros que abordan temáticas, como el manejo y la detección de la disfagia, accidente cerebro vascular, el rol del equipo multidisciplinario, libros de neurología y neurorradiología, evaluación instrumental de la deglución, las bases del AUGÉ, guías clínicas extranjeras, metodología para la elaboración de encuestas, entre otras. Esta exhaustiva revisión permitió proveer un sustento teórico relevante al presente estudio.

3.2. Asesoría metodológica y *Focus Group*

Se decidió confeccionar una encuesta para la recopilación de los datos. Para la elaboración de ésta, se recibió la asesoría metodológica de un especialista en el área. Con el fin de establecer las temáticas relevantes de incluir en el instrumento, se realizó un *Focus Group* con cuatro fonoaudiólogos, que trabajan con pacientes con disfagia de origen neurológico y/o han recibido formación especializada en el tema.

3.3. Elaboración y descripción del instrumento

Una vez recopilados los datos obtenidos en el *Focus Group*, se confeccionó el instrumento denominado Encuesta Informativa de Salud (EIS), que consta de 19 preguntas de selección múltiple, en su mayoría, y algunas de completación. El encabezado inicial clarifica el anonimato que tendrá el entrevistado y que corresponde a una investigación de pre-grado. Aborda tres temas: la información demográfica, información de la realidad intra-hospitalaria y la opinión de acuerdo a la experiencia del entrevistado (ANEXO 2).

- El primer ítem está compuesto por 6 preguntas que permiten obtener la información demográfica del sujeto, como su profesión, lugar de egreso y si ha recibido formación en ACV o disfagia, excluyendo nombre civil y sexo.
- El segundo ítem consta de 5 preguntas que indagan en la información del hospital en que se desempeña el encuestado, como por ejemplo la existencia de reuniones clínicas, protocolos de ingreso para pacientes con ACV, pauta de evaluación para disfagia, entre otros.
- El último ítem, compuesto por 8 preguntas, requiere que el encuestado responda de acuerdo a su experiencia en el trabajo con ACV y disfagia, abarcando signos y síntomas sugerentes de disfagia, complicaciones por la presencia de disfagia, entre otros.

3.4. Validación del instrumento

Para otorgarle mayor validez al instrumento, se realizaron dos procedimientos, un juicio de expertos y un pilotaje:

- Juicio de expertos: Una vez construido el instrumento, se sometió a juicio de expertos, en el que participaron tres personas especialistas en el área de neurología adultos de profesión fonoaudiólogo. Se les presentó el instrumento y debieron evaluar cada pregunta de forma individual para determinar si eran consistentes, claras y lograban medir el objetivo planteado para la misma.
- Pilotaje: Una vez evaluada la encuesta por el Juicio de Expertos, se desarrolló el pilotaje con el equipo de medicina del Hospital de Llay-Llay, en el que participaron 15 personas de diversas profesiones. Los objetivos de éste fueron estimar el tiempo real

de aplicación de la encuesta, la claridad de las preguntas y desarrollar la pericia en los encuestadores.

Como resultado del pilotaje se determinó un tiempo promedio de respuesta del instrumento de 8 minutos. Además, permitió corroborar la asertividad de las preguntas e incorporar algunas modificaciones a los encabezados que clarificaran aún más las instrucciones.

3.5. Aplicación del instrumento

La solicitud para la realización del estudio fue enviada mediante una carta formal a 13 centros asistenciales tipo 1 de tres regiones de Chile (V, Metropolitana y VIII), obteniendo 10 respuestas afirmativas dentro de los plazos previstos.

- Carta de solicitud: para obtener la autorización de los hospitales, se redactó una carta de solicitud formal, dirigida al Director del centro asistencial, que explicaba el proyecto en forma resumida, además de adjuntar una lista de ocupaciones posibles que el director debía marcar, para así informar a los investigadores con qué personal se disponía en el centro (ANEXO 3, 4 y 5).
- Reunión jefe de servicio: una vez que la carta era respondida por el director del centro asistencial, se fijaba una reunión con el jefe del servicio de neurología o medicina del hospital, en la que se le explicaba el proyecto y el número de personas que se necesitaba encuestar. Realizada esta reunión, el jefe de servicio informaba en reunión clínica que se efectuaría la encuesta en hora y fecha determinada.

Para desempeñar el proceso de recolección de datos de la manera más confiable posible, se realizaron los siguientes procesos:

- La encuesta fue entregada junto con un lápiz para ser respondida en forma individual.
- El encuestador acompañaba en silencio al sujeto durante el proceso por si éste tenía alguna duda.

- Los objetivos del trabajo, para efectos metodológicos, eran explicados en forma general, para evitar una respuesta dirigida.
- Se les explicaba que la encuesta era anónima y no había sido solicitada por el centro asistencial.
- La aplicación del instrumento se llevó a cabo en las dependencias de cada servicio.
- La aplicación era en tiempo real, por lo que no se dejaron instrumentos para ser enviados con las respuestas después.

3.6. Análisis de datos

Los datos fueron tabulados mediante la planilla electrónica Docs Google (Google Inc). Posteriormente, fueron ingresados al programa estadístico SPSS versión 13.0 para Linux RedHat (SPSS, Inc., Chicago, III), con el cual se realizaron todos los análisis estadísticos.

Se obtuvieron estadísticas descriptivas y gráficos de las medidas principales. Los datos se sometieron a las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk y de Levene.

Se realizaron análisis descriptivos para cada una de las variables encuestadas y se obtuvieron estadísticas descriptivas con medidas de tendencia central y dispersión. La concordancia entre variables no paramétricas fue evaluada mediante la W de Kendall, que entrega valores entre 0 - 1 correspondientes al índice de acuerdo. El nivel de significación para todas las pruebas fue de $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio representados en gráficos y tablas, con breves descripciones de la información más relevante. Se comienza con los datos generales, luego se agrupan por región y por hospital, para finalizar con los entregados por cada grupo de ocupaciones.

1. Análisis descriptivo general

A partir de la Encuesta Informativa de Salud realizada a 133 sujetos pertenecientes a un total de 10 hospitales tipo 1 de las regiones V, Metropolitana y VIII, se puede apreciar que el porcentaje de encuestados fue equitativo al dividir por regiones, como se muestra en el gráfico 1. Al agrupar los sujetos por hospital, el mayor número de encuestados corresponde al hospital Carlos Van Büren de la V región y la menor cantidad al hospital San José de la región Metropolitana, como se puede observar en el gráfico 2. Finalmente, en el gráfico 3 se representa el número de encuestados, agrupados por ocupación, donde el mayor porcentaje se concentra en el profesional médico, y el menor, en el trabajador social y en el psicólogo.

GRÁFICO 1: Total encuestados sectorizados por región

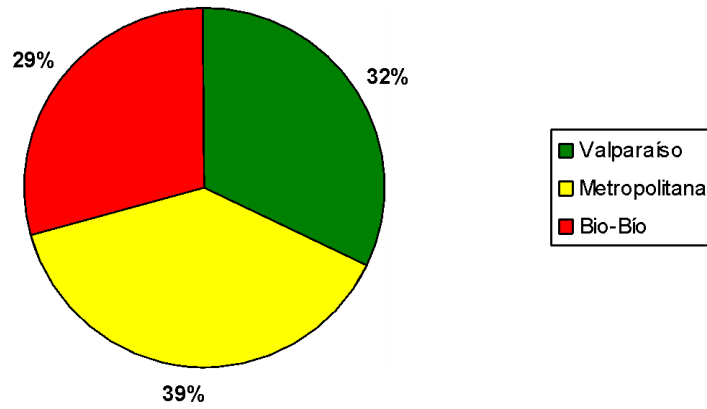


GRÁFICO 2: Total encuestados sectorizados por hospital

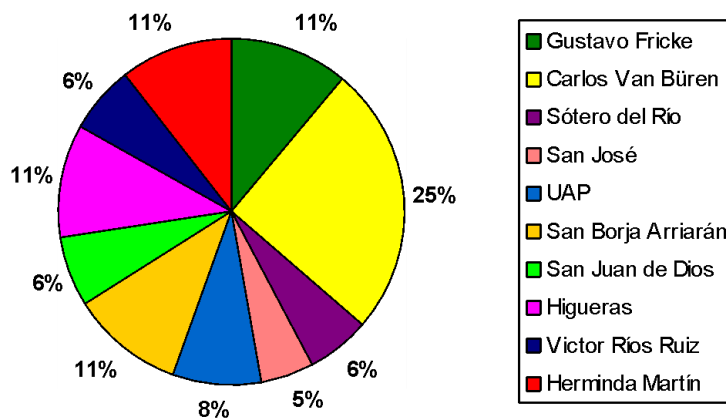
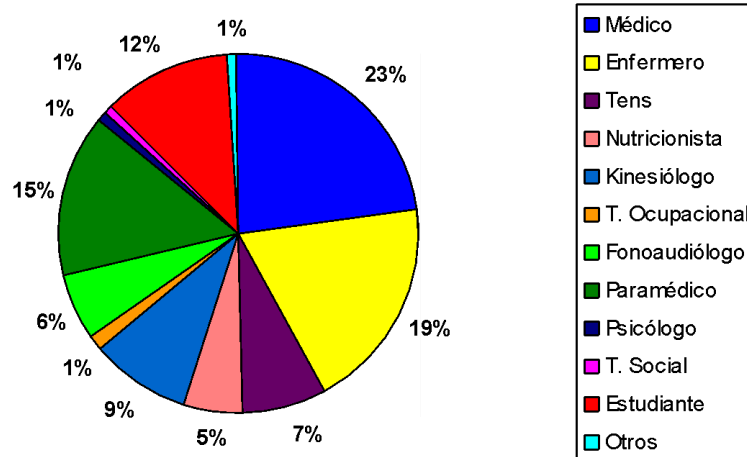
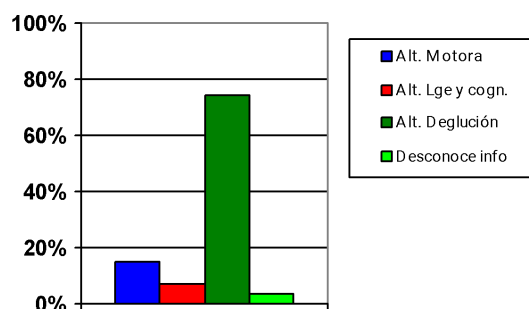


GRÁFICO 3: Total encuestados agrupados por ocupación



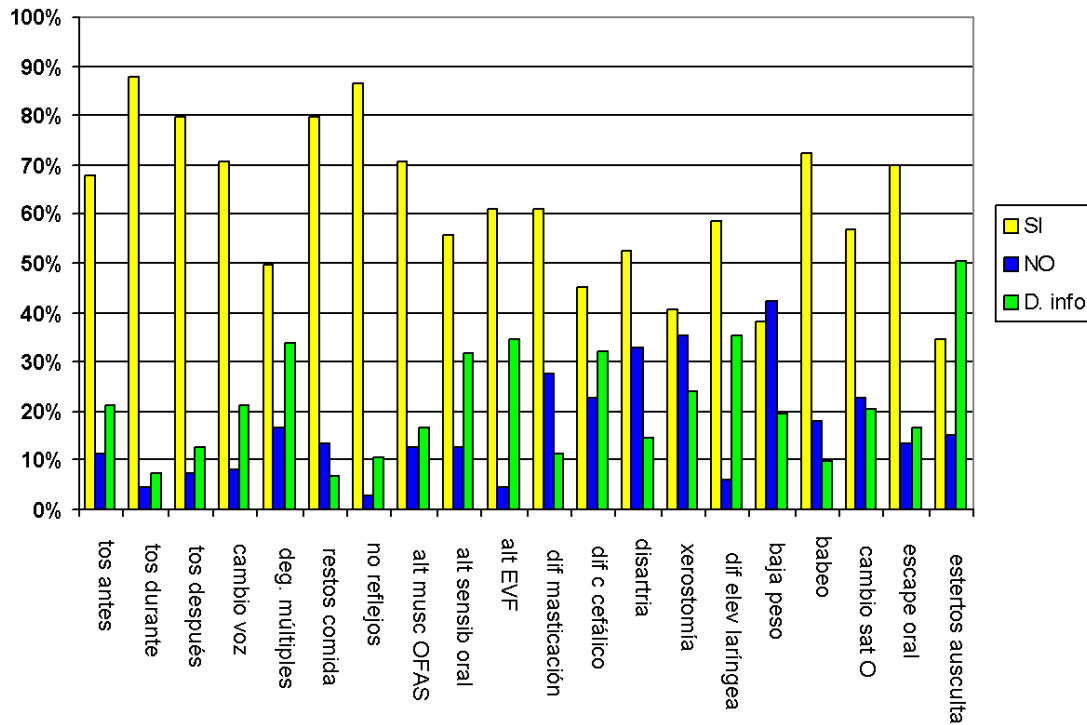
Dentro de la muestra, el promedio general de años de ejercicio de la profesión es de 11 años y el tiempo de trabajo con pacientes con ACV corresponde a 8 años. Respecto a la formación profesional en ACV, un 62.4% ha cursado estudios en pre-grado, y un 54.9%, en post grado. Lo contrario sucede en relación a la formación en disfagia, ya que el 75.2% no ha recibido formación de pre-grado y un 76.7% no ha recibido formación de post grado respecto al mismo tema. Del total de sujetos, el 96.2% considera necesaria la actualización con respecto a temas relacionados con el accidente cerebro vascular para su trabajo diario con pacientes con esta patología.

GRÁFICO 4: Alteración que acarrea más complicaciones médicas en la fase aguda del ACVI



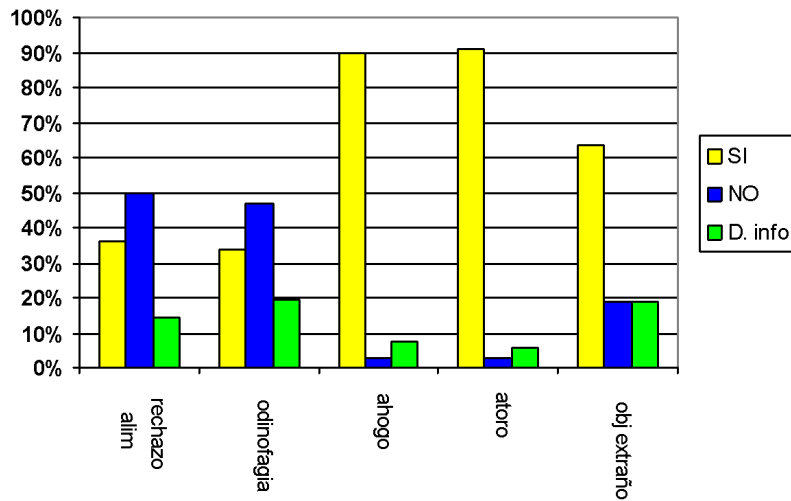
La alteración en la fase aguda del ACV que trae más complicaciones médicas, a juicio de los encuestados, corresponde a la disfagia, con un porcentaje del 74.4%, seguido de las alteraciones motoras en un 15%, lenguaje y cognición en un 6.8% y el 3.8% del total de los sujetos desconoce esta información (D. info).

GRÁFICO 5: Signos considerados significativos para la detección de disfagia



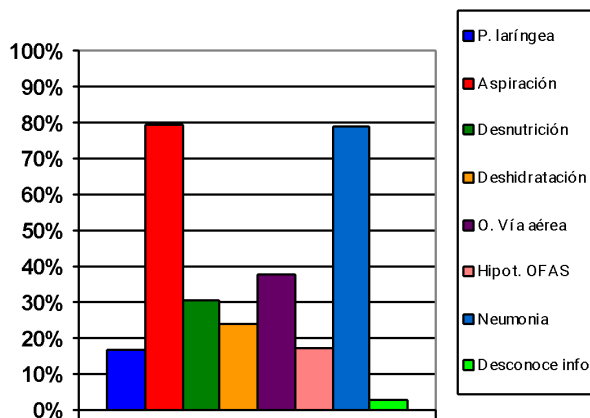
Como se puede apreciar en el gráfico 5, las personas encuestadas consideran como signos sugerentes de disfagia, estableciéndose como parámetro sobre un 50% de respuesta afirmativa, a: tos durante la deglución (88.8%); ausencia de reflejos orofaríngeos (86.5%); tos después de la deglución (79.7%); restos de alimentos en cavidad oral (79.7%); babeo (72.2%); cambios en calidad vocal post deglución (70.7%); alteración de la musculatura orofacial (70.7%); escape oral de alimentos (69.9%); la tos antes de la deglución (67.7%); déficit en la funcionalidad del esfínter velo faríngeo (60.9%); dificultad para masticar (60.9%); alteración en la elevación laríngea en deglución (58.6%); cambios en la saturación de oxígeno (57.1%); alteración de la sensibilidad oral (55.6%); disartria (52.6%). El total de la muestra considera que el signo más significativo es: presencia de tos durante la deglución (30.8%); ausencia de reflejos orofaríngeos (25.6%) y presencia de tos después de la deglución (16.5%).

GRÁFICO 6: Síntomas considerados significativos para la detección de disfagia



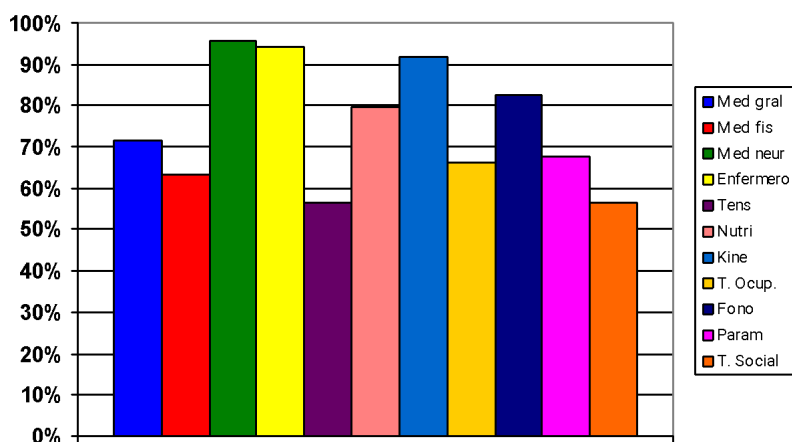
Como se puede apreciar en el gráfico 6, los síntomas sugerentes de disfagia, considerados por la muestra, estableciéndose como parámetro sobre un 50% de respuesta afirmativa, son: atoro (91%); ahogo (89.5%); la presencia de objeto extraño (63.2%). Sin embargo al pedir la selección del síntoma más significativo resultó ser el ahogo (57.1%).

GRÁFICO 7: Complicaciones causadas por la presencia de disfagia en el ACVI



Dentro de las complicaciones causadas por la presencia de disfagia, se obtuvo como las más significativas a la aspiración (79.7%); neumonía y cuadros respiratorios (78.9%); penetración laríngea (16.5%) y un 3% desconoce esta información.

GRÁFICO 8: Conformación del equipo de trabajo para la atención del paciente con disfagia por ACVI



El total de profesionales y técnicos encuestados considera que, para la atención de un paciente con disfagia por ACVI, un equipo debe estar conformado por: neurólogo (95.5%), enfermero (94%), kinesiólogo (91.7%), fonoaudiólogo (82.7%), nutricionista (79.7%), médico general (71.4%), paramédico (67.7%), fisiatra (66.2%), terapeuta ocupacional (66.2%), técnico superior en enfermería (56.4%) y trabajador social (56.4%).

Con respecto al funcionamiento intrahospitalario, se obtuvo que un 54.4% de los encuestados responde que existe un procedimiento interno de ingreso para el paciente con ACV en el establecimiento en que se desempeña. En tanto, un 17.3% responde que no existe y un 26.3% desconoce esta información.

El 83.5% de los encuestados tiene conocimiento sobre los métodos de evaluación que se utilizan en su hospital. Entre estos métodos, la prueba del vaso de agua fue seleccionada en un 48.89%, y la observación de signos y síntomas, en un 47.4%. Además, se pudo concluir que los profesionales que realizan la evaluación de la deglución, en los hospitales considerados, son el médico y el fonoaudiólogo con el mismo porcentaje (54.4%) y un 10.5% de la muestra desconoce

la información. El 24.1% de los encuestados afirma que existe un protocolo para la evaluación de disfagia, un 33.3% manifiesta que no existe dicho protocolo y un 42% no maneja la información.

Mediante la prueba W de Kendall, se obtuvo que para el consenso dentro de la muestra total respecto al signo y al síntoma más significativo para la detección de disfagia, los resultados son los siguientes: 0.220 y 0.176, respectivamente.

2. Análisis descriptivo por región

A continuación, se presentarán los signos y síntomas sugerentes de disfagia y la alteración en la fase aguda del ACV que acarrea más complicaciones médicas, seleccionados por más del 50% de los sujetos de cada región.

TABLA 1: Consideración sobre signos sugerentes de disfagia en la V región en porcentajes

Tos durante la deglución	93.0
Restos de alimento en cav. oral	88.4
Tos después de la deglución	86.0
Ausencia de reflejos orofaríngeos	83.7
Alt. en la calidad vocal post deglución	81.4
Tos antes de la deglución	74.4
Cambios en la saturación de oxígeno	69.8
Alt. en la musculatura orofacial	67.4
Babeo	67.4
Escape oral de alimento	67.4
Déficit en la funcionalidad del EVF	58.1
Dificultad para masticar	58.1

En la tabla 1, se muestran los signos ordenados de mayor a menor porcentaje, donde el signo sugerente de disfagia más seleccionado por los encuestados fue la tos durante la deglución, con un 93%.

En tanto, mediante la prueba W de Kendall, se obtuvo que para el consenso dentro de esta región, respecto al signo más sugerente de disfagia, el valor fue de 0.355.

TABLA 2: Consideración sobre síntomas sugerentes de disfagia en la V región ordenados por porcentajes

Sensación de atoro	93.00
Sensación de ahogo durante la deglución	86.00
Sensación de objeto extraño en la garganta	55.83

Según los datos de la tabla 2, ordenados de mayor a menor porcentaje de acuerdo a la elección de los profesionales y técnicos de la V región, el síntoma más sugerente de disfagia es la sensación de atoro, con un 93.0%.

Mediante la prueba W de Kendall, se obtuvo que para el consenso dentro de esta región, respecto al síntoma más sugerente de disfagia, el valor fue de 0.287.

TABLA 3: Consideración sobre la alteración en la etapa aguda del ACVI que acarrea más complicaciones médicas en la V región ordenados por porcentajes

Disfagia	81.4
Alteración motora	9.3
Lenguaje y cognición	7.0
Desconoce información	2.3

En la V región, la disfagia fue seleccionada por el 81.4% de los sujetos como la alteración que acarrea más complicaciones médicas.

TABLA 4: Consideración sobre signos sugerentes de disfagia en la región Metropolitana ordenados por porcentajes

Ausencia de reflejos orofaríngeos	88.2
Tos después de la deglución	84.3
Tos durante la deglución	82.4
Restos de alimento en cav. oral	72.5
Escape oral de alimento	74.5
Alt. en la musculatura orofacial	72.5
Babeo	70.6
Alt. en la calidad vocal post deglución	66.7
Dificultad para masticar	64.7
Alt. en la elevación laríngea en deglución	62.7
Tos antes de la deglución	60.8
Déficit en la funcionalidad del EVF	58.8
Dificultad en el control cefálico	58.8
Disartria	56.9
Cambios en la saturación de oxígeno	56.9
Alt. de la sensibilidad intraoral	54.9

En la tabla 4, se muestran los signos ordenados de mayor a menor porcentaje, donde el signo sugerente de disfagia más seleccionado fue la ausencia de reflejos orofaríngeos, con un 88.2%.

Mediante la prueba W de Kendall se obtuvo que para el consenso dentro de esta región, respecto al signo más sugerente de disfagia, el valor fue de 0.257.

TABLA 5: Consideración sobre síntomas sugerentes de disfagia en la región Metropolitana ordenados por porcentajes

Sensación de ahogo durante la deglución	94.1
Sensación de atoro	92.2
Sensación de objeto extraño en la garganta	70.6

Según los datos de la tabla 5, ordenados de mayor a menor porcentaje, el síntoma más sugerente de disfagia escogido por los sujetos es la sensación de ahogo durante la deglución, con un 94.1%.

Mediante la prueba W de Kendall, se obtuvo que para el consenso dentro de la región metropolitana, respecto al síntoma más sugerente de disfagia, el valor fue de 0.595.

TABLA 6: Consideración sobre la alteración en la etapa aguda del ACVI que acarrea más complicaciones médicas en la región Metropolitana ordenados por porcentajes

Disfagia	68.6
Alteración motora	17.6
Lenguaje y cognición	9.8
Desconoce información	3.9

En la Región Metropolitana, fue seleccionada la disfagia como la alteración que acarrea más complicaciones médicas en la etapa aguda del ACVI, con un 68.6%.

TABLA 7: Consideración sobre signos sugerentes de disfagia en la VIII región ordenados por porcentajes

Tos durante la deglución	89.7
Ausencia de reflejos orofaríngeos	87.2
Babeo	79.5
Restos de alimento en cav. oral	76.9
Alt. en la musculatura orofacial	70.7
Tos antes de la deglución	69.2
Tos después de la deglución	66.7
Escape oral de alimento	66.7
Déficit en la funcionalidad del EVF	66.7
Alt. en la calidad vocal post deglución	64.1
Alt. en la elevación laríngea en deglución	64.1
Alt. de la sensibilidad intraoral	59.0
Dificultad para masticar	59.0
Degluciones múltiples durante la deglución	56.4
Baja de peso	56.4
Disartria	51.3

En la tabla 7, se muestran los signos ordenados de mayor a menor porcentaje, donde el signo sugerente de disfagia más seleccionado por los sujetos fue la tos durante la deglución, con un 89.7%.

Mediante la prueba W de Kendall, se obtuvo que para el consenso dentro de la VIII región, respecto al signo más sugerente de disfagia, el valor fue de 0.452.

TABLA 8: Consideración sobre síntomas sugerentes de disfagia en la VIII región ordenados por porcentajes

Sensación de ahogo durante la deglución	87.2
Sensación de atoro	87.2
Sensación de objeto extraño en la garganta	61.5

Según los datos de la tabla 8, ordenados de mayor a menor porcentaje, el síntoma más sugerente de disfagia escogido a nivel regional es la sensación de ahogo durante la deglución y la sensación de atoro, ambas con un 87.2%.

Mediante la prueba W de Kendall, se obtuvo que para el consenso dentro de esta región, respecto al síntoma más sugerente de disfagia, el valor fue de 0.446.

TABLA 9: Consideración sobre la alteración en la etapa aguda del ACVI que acarrea más complicaciones médicas en la VIII región ordenados por porcentajes

Disfagia	74.4
Alteración motora	17.9
Desconoce información	5.1
Lenguaje y cognición	2.6

En la VIII región, fue seleccionada la disfagia como la alteración que acarrea más complicaciones médicas en la etapa aguda del ACVI, con un 74.4%.

3. Análisis descriptivo por hospital

3.1 Hospital Gustavo Fricke

El total de 16 sujetos encuestados considera que los signos relevantes para la detección de disfagia son: tos durante la deglución en un 100%; tos antes de la deglución en un

81.3%; tos después de la deglución en un 81.3%; restos de alimento en la cavidad oral en un 87.5%; alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación en un 75%; ausencia de reflejos orales en un 87.5%; escape oral del alimento en un 81.3%; alteración de la musculatura orofacial en un 75%; babeo en un 68.8%; disfunción del esfínter velofaríngeo en un 62.5%; dificultad en la masticación en un 62.5% y disminución en la saturación de oxígeno en un 62.5%. Del total de sujetos encuestados el 43.8% considera que el signo más significativo de los anteriormente nombrados es la tos durante la alimentación y sólo un 6.3% la alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación y ninguno considera significativa la disartria ni la elevación laríngea. En cuanto a los síntomas que refiere el paciente, consideran relevantes la sensación de ahogo (87.5%), sensación de atoro (93.8%) y sensación de objeto extraño en la garganta (50%), especificando como el más significativo de los anteriores la sensación de ahogo, con un 56.3%.

La alteración aguda más importante en la etapa aguda post ACVI, de acuerdo a los resultados de la encuesta en este hospital, es la disfagia, con un 81.3%. En cuanto a las complicaciones médicas producto de la disfagia, consideran significativas la aspiración en un 87.5%; y la neumonía, en un 81.3%.

A partir de la interrogante acerca de qué profesionales deben conformar idealmente el equipo de atención de un paciente con disfagia por ACVI, consideran al: neurólogo (100%), enfermero (93.8%), kinesiólogo (93.8%), fonoaudiólogo (87.5%), paramédico (75%), nutricionista (68%), terapeuta ocupacional (68.8%), médico general (62.5%), trabajador social (56.3%), fisiatra (50%) y técnico en enfermería (50%).

En este establecimiento, el 37.5% de los encuestados desconoce si existe un procedimiento para el ingreso del paciente con ACV. Por su parte, el 31.3% comenta que sí existe un procedimiento y un 31.3% señala que no hay.

En cuanto a la evaluación de disfagia, el 56,3% señala que es el fonoaudiólogo el profesional encargado de realizar la evaluación en el hospital y el 31,3 % desconoce la información. El método más utilizado para la evaluación es la prueba del vaso de agua con un 62,5%, seguido de la observación de signos y síntomas con un 50%; el 18.8% desconoce esta información. Con respecto a la existencia de un protocolo para la

evaluación de disfagia, el 37,5% indica que sí hay un protocolo, el 31.3% señala que no hay protocolo y el 31,3% desconoce esta información.

Del total de personas encuestadas en el hospital, el 37.5% desconoce la existencia de reuniones clínicas para la revisión de casos de pacientes con ACV.

TABLA 10: Resumen Hospital Gustavo Fricke

Equipo ideal	Signo	Síntoma	Evaluación
Médico gral.	Tos antes deg.	Ahogo	Prueba vaso agua
Fisiatra	Tos durante deg.	Atoro	Obs. Signos/Síntomas
Neurólogo	Tos después deg.	Objeto extraño	
Enfermero	Alt. Calidad vocal		
Tens	Restos comida		
Nutricionista	Ausencia reflejos		
Kinesiólogo	Alt. Musc. Orofacial		
T. Ocupacional	Disfunción EMF		
Paramédico	Dif. masticación		
T. Social	Babeo		
	Cambio saturación O		
	Escape alimento		

3.2 Hospital Carlos van Büren

El total de 27 sujetos encuestados considera que los signos relevantes para la detección de disfagia son: tos durante y después de la deglución en un 88.9%; restos de alimento en la cavidad oral en un 88.9%; alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación en un 85.2%; ausencia de reflejos orales en un 81.5%; disminución en la saturación de oxígeno en un 74.1%; tos antes de la deglución en un 70.4%; babeo en un 66.7%; alteración de la musculatura orofacial en un 63%; alteración de la sensibilidad intraoral en un 63%; escape oral del alimento en un 59.3%; degluciones múltiples durante alimentación en un 59.3%; disfunción del esfínter velofaríngeo en un 55.6%; dificultad en la masticación en un 55.6%; disartria en un 51.9% y dificultad en la elevación laríngea en un 51,9%. Del total de sujetos encuestados, el 33.3% considera que el signo más significativo es la tos durante la alimentación, el 11.1% considera que es la alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación y ninguno considera como más significativo a la disartria ni a la elevación laríngea. En cuanto a los síntomas que refiere el paciente, consideran relevantes la sensación de ahogo en un 85.2%, la sensación de atoro en un

92.6% y la sensación de objeto extraño en la garganta en un 59.3%, especificando como el más significativo de los anteriores la sensación de ahogo, en un 55.6%.

La alteración aguda más importante en la etapa aguda post ACVI, de acuerdo a los resultados de la encuesta en este hospital, es la disfagia, con un 81.6%. En cuanto a las complicaciones médicas producto de la disfagia, consideran significativas la aspiración en un 81.5%; y la neumonía, en un 85.2%.

A partir de la interrogante acerca de qué profesionales deben conformar idealmente el equipo de atención de un paciente con disfagia por ACVI, consideran al: neurólogo (100%), enfermero (96.3%), kinesiólogo (92.6%), nutricionista (88.9%), paramédico (85.2%), médico general (74.1%), terapeuta ocupacional (63%) y trabajador social (63%).

En este establecimiento, el 66.7% de los encuestados está al tanto de la existencia de un procedimiento para el ingreso del paciente con ACV.

En cuanto a la evaluación de disfagia, el 77.8% indica que es el fonoaudiólogo es el profesional a cargo de realizar la evaluación en el hospital y nadie señala desconocer la información. El método más utilizado para la evaluación es la observación de signos y síntomas con un 63%; seguido de la prueba del vaso de agua con un 40.7%. Con respecto a la existencia de un protocolo para la evaluación de disfagia, el 48.1% desconoce esta información.

Del total de personas encuestadas en el hospital, el 37% señala que si existen reuniones clínicas para la revisión de casos de pacientes con ACV.

TABLA 11: Resumen Hospital Carlos van Büren

Equipo ideal	Signo	Síntoma	Evaluación
Médico gral.	Tos antes deg.	Ahogo	Prueba vaso agua
Fisiatra	Tos durante deg.	Atoro	Obs. Signos/Síntomas
Neurólogo	Tos después deg.	Objeto extraño	
Enfermero	Alt. Calidad vocal		
Fonoaudiólogo	Restos comida		
Nutricionista	Ausencia reflejos		
Kinesiólogo	Alt. Musc. Orofacial		
T. Ocupacional	Disfunción EVF		
Paramédico	Dif. masticación		
T. Social	Babeo		
	Cambio saturación O		
	Escape alimento		
	Degluciones múltiples		
	Alt. Sensibilidad intraoral		
	Disartria		
	Alt. Elev. Laríngea		

3.3 Hospital Sótero del Río

Un total de 8 sujetos encuestados considera que los signos relevantes para la detección de disfagia son: tos durante la deglución en un 87.5%; escape oral del alimento en un 87.5%; restos de alimento en la cavidad oral en un 87.5%; tos antes de la deglución en un 50%; y tos después de la deglución en un 75%; ausencia de reflejos orales en un 75%; babeo en un 75%; disartria en un 75%; alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación en un 62.5%; degluciones múltiples durante la deglución en un 62.5%; disfunción del esfínter velofaríngeo en un 62.5%; dificultad en la masticación en un 62.5%; alteración de la saturación de oxígeno en un 62.5%; alteraciones en la musculatura orofacial en un 50%; alteración de la sensibilidad intraoral en un 50% y baja de peso en un 50%. Del total de los sujetos encuestados el 25% considera que el signo más significativo es la dificultad para masticar, otro 25% considera que es la ausencia de reflejos orofaríngeos, el 12.5% considera la presencia de tos durante la alimentación, el 12,5% también considera que es la disartria y ninguno considera como más significativo a la alteración en la calidad vocal post deglución ni a la elevación laríngea. En cuanto a los síntomas que refiere el paciente, consideran relevantes la sensación de ahogo en un 100%, la sensación de atoro en un 87.5% y la sensación de objeto extraño en la garganta

en un 62.5%, especificando como el más significativo de los anteriores la sensación de ahogo, con un 75%.

La alteración aguda más importante en la etapa aguda post ACVI, de acuerdo a los resultados de la encuesta en este hospital, es la disfagia, con un 75%. En cuanto a las complicaciones médicas producto de la disfagia, consideran significativas la aspiración en un 62.5%, la obstrucción de la vía aérea en un 50% y la neumonía en un 75%.

A partir de la interrogante acerca de qué profesionales deben conformar idealmente el equipo de atención de un paciente con disfagia por ACVI, consideran al: neurólogo (87%), enfermero (87.5%), nutricionista (87.5%), kinesiólogo (87.5%), paramédico (75%), terapeuta ocupacional (62.5%), fonoaudiólogo (62.5%), técnico superior en enfermería (62.5%), fisiatra (50%) y psicólogo (50%).

En este establecimiento, el 72.5% de los encuestados está al tanto de la existencia de un procedimiento para el ingreso del paciente con ACV.

En cuanto a la evaluación de disfagia, el 62,5% señala que es el médico el profesional a cargo de realizar la evaluación en el hospital y el 25% de los encuestados desconoce la información. El método más utilizado para la evaluación es la observación de signos y síntomas con un 75%; seguido de la prueba del vaso de agua con un 25%. Con respecto a la existencia de un protocolo para la evaluación de disfagia el 62.5% indica que no hay protocolo.

Del total de personas encuestadas en el hospital, el 75% señala que si existen reuniones clínicas para la revisión de casos de pacientes con ACV.

TABLA 12: Resumen Hospital Sótero del Río

Equipo ideal	Signo	Síntoma	Evaluación
Fonoaudiólogo	Tos antes deg.	Ahogo	Prueba vaso agua
Fisiatra	Tos durante deg.	Atoro	Obs. Signos/Síntomas
Neurólogo	Tos después deg.	Objeto extraño	
Enfermero	Alt. Calidad vocal		
Tens	Restos comida		
Nutricionista	Ausencia reflejos		
Kinesiólogo	Alt. Musc. Orofacial		
T. Ocupacional	Disfunción EVF		
Paramédico	Dif. masticación		
Psicólogo	Babeo		
	Cambio saturación O		
	Escape alimento		
	Degluciones múltiples		
	Alt. Sensibilidad oral		
	Disartria		
	Baja peso		

3.4 Hospital San José

Un total de 7 sujetos encuestados considera que los signos relevantes para la detección de disfagia son: ausencia de reflejos orales en un 100%; tos después de la deglución en un 85.7%; dificultad en la masticación en un 85.7%; alteración en la elevación laríngea durante la deglución en un 85.7%; restos de alimento en la cavidad oral en un 85.7%; tos durante la deglución en un 71.4%; tos antes de la deglución en un 71.4%; alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación en un 71.4%; dificultad en el control cefálico en un 71.4%; escape oral del alimento en un 71.4%; alteración de la musculatura orofacial en un 71.4%; babeo en un 71.4%; disfunción del esfínter velofaríngeo en un 71.4%; xerostomía en un 57.2% y alteración de la sensibilidad intraoral en un 58.3%. Del total de sujetos encuestados el 85.7% considera que el signo más significativo es la ausencia de reflejos orofaríngeos y sólo un 14.3% dice que es la alteración en la elevación laríngea, ninguno considera como más significativo a la disartria, a la presencia de tos durante la deglución, ni a la alteración en la calidad vocal post deglución. En cuanto a los síntomas que refiere el paciente, consideran relevantes la sensación de ahogo, la sensación de atoro y la sensación de objeto extraño en la garganta en un 100%, especificando como el más significativo de los anteriores la sensación de atoro, con un 71%.

La alteración aguda más importante en la etapa aguda post ACVI, de acuerdo a los resultados de la encuesta en este hospital, es la disfagia, con un 71.4%. En cuanto a las complicaciones médicas producto de la disfagia, consideran significativas la aspiración y la neumonía en un 71.4%.

A partir de la interrogante acerca de qué profesionales deben conformar idealmente el equipo de atención de un paciente con disfagia por ACVI, consideran al: neurólogo (100%), fisiatra (100%), fonoaudiólogo (100%), enfermero (85.7%), médico general (71.4%), cardiólogo (71.4%), kinesiólogo (71.4%), paramédico (71.4%), nutricionista (71.4%), trabajador social (71.4%), técnico en enfermería (71.4%), psicólogo (60%), terapeuta ocupacional (57.1%), psiquiatra (57.1%), además especifican que es importante considerar el apoyo familiar.

En este establecimiento, el 57.1% de los encuestados está al tanto de la existencia de un procedimiento para el ingreso del paciente con ACV.

En cuanto a la evaluación de disfagia el 71.4% de los encuestados señalan que los profesionales a cargo de realizar la evaluación son el médico y el fonoaudiólogo. El método más utilizado para la evaluación es la observación de signos y síntomas con un 71.4%; seguido de la Videofluoroscopia con un 42.9%. Con respecto a la existencia de un protocolo para la evaluación de disfagia el 71.4% indica que si hay protocolo.

Del total de personas encuestadas en el hospital, el 71.4% señala que si existen reuniones clínicas para la revisión de casos de pacientes con ACV.

TABLA 13: Resumen Hospital San José

Equipo ideal	Signo	Síntoma	Evaluación
Médico gral.	Tos antes deg.	Ahogo	Videofluoroscopia
Fisiatra	Tos durante deg.	Atoro	Obs. Signos/Síntomas
Neurólogo	Tos después deg.	Objeto extraño	
Enfermero	Alt. Calidad vocal		
Tens	Restos comida		
Nutricionista	Ausencia reflejos		
Kinesiólogo	Alt. Musc. Orofacial		
T. Ocupacional	Disfunción EVF		
Paramédico	Dif. masticación		
T. Social	Babeo		
Cardiólogo	Dif. Elevación laríngea		
Psiquiatra	Escape alimento		
Fonoaudiólogo	Alt. Sensibilidad oral		
Psicólogo	Dif. Control cefálico		
Apoyo familia	Xerostomía		

3.5 Hospital San Juan de Dios

Un total de 9 sujetos encuestados considera que los signos relevantes para la detección de disfagia son: ausencia de reflejos orofaríngeos en un 100%; alteración de la musculatura orofacial en un 88.9%; tos después de la deglución en un 77.8%; dificultad en la masticación en un 66.7%; dificultad en el control cefálico en un 66.7%; babeo en un 66.7%; escape oral de alimento en un 66.7%; tos antes de la deglución en un 60%; tos durante la deglución en un 55.6%; alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación en un 55.6%; presencia de restos de alimento en la cavidad oral en un 55.6% y alteración en la elevación laríngea en un 55.6%. Del total de sujetos encuestados el 33.3% considera que el signo más significativo es la tos durante la alimentación, seguido de la alteración en la calidad vocal con un 11.1% y ninguno considera como más significativo a la disartria ni a la elevación laríngea. En cuanto a los síntomas que refiere el paciente, consideran relevantes la sensación de ahogo en un 77.8%, la sensación de atoro en un 88.9% y la sensación de objeto extraño en la garganta en un 93.3%, especificando como el más significativo de los anteriores la sensación de ahogo, con un 66.7%.

La alteración aguda más importante en la etapa aguda post ACVI, de acuerdo a los resultados de la encuesta en este hospital, es la disfagia, con un 77.8%. En cuanto a las complicaciones médicas producto de la disfagia, consideran significativas la aspiración en un 77.8% y la neumonía en un 66.7%.

A partir de la interrogante acerca de qué profesionales deben conformar idealmente el equipo de atención de un paciente con disfagia por ACVI, consideran al: médico general (100%), enfermero (100%), neurólogo (77.8%), kinesiólogo (88.9%), cardiólogo (66.7%), fonoaudiólogo (66.7%), fisiatra (55.6%) y terapeuta ocupacional (55.6%).

En este establecimiento, el 66.7 de los encuestados señala que sí existe un procedimiento para el ingreso del paciente con ACV.

En cuanto a la evaluación de disfagia, el 44.4% de los encuestados señalan que los profesionales a cargo de realizar la evaluación son el médico y el fonoaudiólogo, mientras que el 22.2% desconoce la información. El método más utilizado para la evaluación es la nasofibroscopía con un 66.7%; seguido de la observación de signos y síntomas con un 22.2%. Con respecto a la existencia de un protocolo para la evaluación de disfagia el 55.6% indica que si hay protocolo.

Del total de personas encuestadas en el hospital, el 44.4% señala que si existen reuniones clínicas para la revisión de casos de pacientes con ACV.

TABLA 14: Resumen Hospital San Juan de Dios

Equipo ideal	Signo	Síntoma	Evaluación
Médico gral.	Tos antes deg.	Ahogo	Nasofibroscopía
Fisiatra	Tos durante deg.	Atoro	Obs. Signos/Síntomas
Neurólogo	Tos después deg.	Rechazo alimento	
Enfermero	Alt. Calidad vocal		
Fonoaudiólogo	Restos comida		
Cardiólogo	Ausencia reflejos		
Kinesiólogo	Alt. Musc. Orofacial		
T. Ocupacional	Babeo		
	Dif. Control cefálico		
	Dif. Masticación		
	Alt. Elevación laríngea		
	Escape alimento		

3.6 Hospital San Borja Arriarán

Un total de 15 sujetos encuestados considera que los signos relevantes para la detección de disfagia son: tos durante la deglución en un 100%; ausencia de reflejos orofaríngeos en un 93.3%; tos antes de la deglución en un 86.7%; tos después de la deglución en un 86.7%; alteración de la musculatura orofacial en un 86.7%; alteración de la sensibilidad intraoral en un 80%; alteración en la elevación laríngea en un 80%; alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación en un 73.3%; estertor a la auscultación cervical en un 77.3%; disfunción del esfínter velo-faríngeo en un 73.3%; dificultad en el control cefálico en un 66.7%; escape oral de alimento en un 66.7%; alteración de la saturación de oxígeno en un 60%; disartria en un 55.6%; presencia de restos de alimento en la cavidad oral en un 53.3% y babeo en un 53.3%. Del total de sujetos encuestados el 40% considera que el signo más significativo es la ausencia de reflejos orofaríngeos, seguido de la tos durante la alimentación con un 26.7% y ninguno considera como más significativo a la alteración en la elevación laríngea, a la disartria, ni a la alteración en la calidad vocal post deglución. En cuanto a los síntomas que refiere el paciente, consideran relevantes la sensación de ahogo en un 93.3%, la sensación de atoro en un 100% y la sensación de objeto extraño en la garganta en un 93.3%, especificando como el más significativo de los anteriores la sensación de ahogo, con un 46.7%.

La alteración aguda más importante en la etapa aguda post ACVI, de acuerdo a los resultados de la encuesta en este hospital, es la disfagia, con un 60%. En cuanto a las complicaciones médicas producto de la disfagia, consideran significativas la aspiración en un 73.3%, la neumonía en un 73.3% y la obstrucción de la vía aérea en un 66.7%.

A partir de la interrogante acerca de qué profesionales deben conformar idealmente el equipo de atención de un paciente con disfagia por ACVI, consideran al: médico general (100%), neurólogo (100%), fisiatra (66.7%), enfermero (93.3%), nutricionista (80%), kinesiólogo (93.3%), terapeuta ocupacional (86.7%), fonoaudiólogo (80%), paramédico (57.1%), y trabajador social (66.7%).

En este establecimiento, el 46.7% de los encuestados señala que no existe un procedimiento para el ingreso del paciente con ACV.

En cuanto a la evaluación de disfagia, el 40% de los encuestados señalan que los profesionales a cargo de realizar la evaluación son el médico y el fonoaudiólogo, mientras que el 20% desconoce la información. El método más utilizado para la evaluación es la observación de signos y síntomas (40%); seguido de la prueba del vaso de agua (16.7%) y la videofluoroscopia (20%). Con respecto a la existencia de un protocolo para la evaluación de disfagia el 53.3% indica que no hay protocolo.

Del total de personas encuestadas en el hospital, el 33.3% señala que desconoce si existen o no reuniones clínicas para la revisión de casos de pacientes con ACV.

TABLA 15: Resumen Hospital San Borja Arriarán

Equipo ideal	Signo	Síntoma	Evaluación
Médico gral.	Tos antes deg.	Ahogo	Prueba vas o agua
Fisiatra	Tos durante deg.	Atoro	Obs. Signos/Síntomas
Neurólogo	Tos después deg.	Objeto extraño	Videofluoroscopia
Enfermero	Alt. Calidad vocal		
Fonoaudiólogo	Restos comida		
Nutricionista	Ausencia reflejos		
Kinesiólogo	Alt. Musc. Orofacial		
T. Ocupacional	Disfunción EVF		
Paramédico	Estertor auscult		
T. Social	Babeo		
	Cambios saturación O		
	Escape alimento		
	Alt. Sensibilidad oral		
	Dif. Control cefálico		
	Disartria		
	Alt. Elevación laríngea		

3.7 Hospital UAP

Un total de 12 sujetos encuestados considera que los signos relevantes para la detección de disfagia son: presencia de restos de alimento en la cavidad oral en un 100%; degluciones múltiples en un 100%; tos después de la deglución en un 91.7%; babeo en un 91.7%; tos durante la deglución en un 83.3%; cambios en la saturación de oxígeno en un 83.3%; escape oral de alimento en un 83.3%; ausencia de reflejos orofaríngeos en un 75%; alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación en un 66.7%; disartria en un 66.7%; alteración de la musculatura orofacial en un 58.3%; alteración de la sensibilidad intraoral en un 58.3%; dificultad en la masticación en un 58.3%; dificultad en el control cefálico en un 58.3% y tos antes de la deglución en un 50%. Del total de sujetos encuestados el 25% considera que el signo más significativo es la tos durante la alimentación, el otro 25% la tos después de la alimentación y un 16.7% la disartria, ninguno considera como mas significativo a la alteración en la elevación Laringea, ni a la alteración en la calidad vocal post deglución. En cuanto a los síntomas que refiere el paciente, consideran relevantes la sensación de ahogo en un 100%, la sensación de atoro en un 83.3% y la sensación de objeto extraño en la garganta en un 50%, especificando como el más significativo de los anteriores la sensación de ahogo, con un 75%.

La alteración aguda más importante en la etapa aguda post ACVI, de acuerdo a los resultados de la encuesta en este hospital, es la disfagia, con un 66.7%. En cuanto a las complicaciones médicas producto de la disfagia, consideran significativas la aspiración en un 75%, y la neumonía, en un 66.7%.

A partir de la interrogante acerca de qué profesionales deben conformar idealmente el equipo de atención de un paciente con disfagia por ACVI, consideran al: neurólogo (100%), enfermero (100%), kinesiólogo (100%), médico general (91.7%), nutricionista (91.7%), cardiólogo (66.7%), paramédico (66.7%), fisiatra (58.3%), técnico en enfermería (58.3%), fonoaudiólogo (58.3%), y trabajador social (50%).

En este establecimiento, el 41.7% de los encuestados está al tanto de la existencia de un procedimiento para el ingreso del paciente con ACV.

En cuanto a la evaluación de disfagia, el 58.4% de los encuestados señalan que el profesional a cargo de realizar las evaluaciones es el médico. El método más utilizado para la evaluación es la prueba del vaso de agua en un 83.3%; seguido de la observación de signos y síntomas con un 16.7%. Con respecto a la existencia de un protocolo para la evaluación de disfagia el 66.7% indica que no hay protocolo.

Del total de personas encuestadas en el hospital, el 33.3% señala que si existen reuniones clínicas para la revisión de casos de pacientes con ACV.

TABLA 16: Resumen Hospital UAP

Equipo ideal	Signo	Síntoma	Evaluación
Médico gral.	Tos antes deg.	Ahogo	Prueba vaso agua
Fisiatra	Tos durante deg.	Atoro	Obs. Signos/Síntomas
Neurólogo	Tos después deg.	Objeto extraño	
Enfermero	Alt. Calidad vocal		
Tens	Restos comida		
Nutricionista	Ausencia reflejos		
Kinesiólogo	Alt. Musc. Orofacial		
Fonoaudiólogo	Dif. Control cefálico		
Paramédico	Dif. masticación		
T. Social	Babeo		
Cardiólogo	Cambio saturación O		
	Escape alimento		
	Degluciones múltiples		
	Alt. Sensibilidad oral		

3.8 Hospital Higueras

Un total de 15 sujetos encuestados considera que los signos relevantes para la detección de disfagia son: tos durante la deglución en un 93.3%; ausencia de reflejos en un 93.3%; babeo en un 86.7%; restos de alimento en la cavidad oral en un 80%; dificultad en la masticación en un 73.3%; tos después de la deglución en un 66.7%; tos antes de la deglución en un 60%; alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación en un 60%; alteración de la musculatura orofacial en un 60%; escape oral del alimento en un 53.3%; disfunción del esfínter velofaríngeo en un 53.3% y dificultad en la elevación laríngea en un 53.3%. Del total de sujetos encuestados el 40 % considera que el signo más significativo es la tos durante la alimentación y nadie considera que es la disartria, la alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación, ni la elevación laríngea. En cuanto a los síntomas que refiere el paciente, consideran relevantes la sensación de ahogo en un 80%, la sensación de atoro en un 80% y la sensación de objeto extraño en la garganta en un 60%, especificando como el más significativo de los anteriores la sensación de ahogo, con un 53.3%.

La alteración aguda más importante en la etapa aguda post ACVI, de acuerdo a los resultados de la encuesta en este hospital, es la disfagia, con un 66.7%. En cuanto a las

complicaciones médicas producto de la disfagia, consideran significativas la aspiración y la neumonía en un 86.7%.

A partir de la interrogante acerca de qué profesionales deben conformar idealmente el equipo de atención de un paciente con disfagia por ACVI, consideran al: kinesiólogo (93.3%), enfermero (86.7%), neurólogo (80%), fonoaudiólogo (73.3%), nutricionista (73.3%), paramédico (66.7%), médico general (60%), trabajador social (60%), técnico en enfermería (60%) y geriatra (60%).

En este establecimiento, el 60% de los encuestados dice que si existe un procedimiento para el ingreso del paciente con ACV.

En cuanto a la evaluación de disfagia, el 93.3% de los encuestados señalan que el profesional a cargo de realizar la evaluación es el médico. El método más utilizado para la evaluación es la nasofibroscopía con un 53.3%; seguido de la observación de la prueba del vaso de agua con un 46.7%. Con respecto a la existencia de un protocolo para la evaluación de disfagia el 73.3% desconoce la información.

Del total de personas encuestadas en el hospital, el 46.7% señala que si existen reuniones clínicas para la revisión de casos de pacientes con ACV.

TABLA 17: Resumen Hospital Higueras

Equipo ideal	Signo	Síntoma	Evaluación
Médico gral.	Tos antes deg.	Ahogo	Prueba vaso agua
Geriatra	Tos durante deg.	Atoro	Nasofibroscopía
Neurólogo	Tos después deg.	Rechazo alimento	
Enfermero	Alt. Calidad vocal	Objeto extraño	
Tens	Restos comida		
Nutricionista	Ausencia reflejos		
Kinesiólogo	Alt. Musc. Orofacial		
Fonoaudiólogo	Disfunción EVF		
Paramédico	Dif. Masticación		
T. Social	Alt. Elevación laringea		
	Escape oral		

3.9 Hospital Víctor Ríos Ruiz

Un total de 9 sujetos encuestados considera que los signos relevantes para la detección de disfagia son: tos antes de la deglución (100%), tos durante la deglución (88.9%), ausencia de reflejos (77.8%), dificultad en la elevación laríngea (77.8%), alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación (77.8%), restos de alimento en la cavidad oral (66.7%), tos después de la deglución (66.7%), alteración de la musculatura orofacial (66.7%), disfunción del esfínter velofaríngeo (66.7%), degluciones múltiples (66.7%), babeo (55.6%), escape oral del alimento (55.6%), alteración de la sensibilidad intraoral (55.6%) y baja de peso (66.7%). Del total de sujetos encuestados el 33.3% considera que el signo más significativo es la tos durante la alimentación y nadie considera como más significativo a la disartria, a la alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación, ni a la elevación laríngea. En cuanto a los síntomas que refiere el paciente, consideran relevantes la sensación de ahogo en un 88.9%, la sensación de atoro en un 100% y la sensación de objeto extraño en la garganta en un 66.7%, especificando como el más significativo de los anteriores la sensación de ahogo, con un 66.7%.

La alteración aguda más importante en la etapa aguda post ACVI, de acuerdo a los resultados de la encuesta en este hospital, es la disfagia con un 77.8%. En cuanto a las complicaciones médicas producto de la disfagia, consideran significativas la aspiración (100%) y la neumonía (88.9%).

A partir de la interrogante acerca de qué profesionales deben conformar idealmente el equipo de atención de un paciente con disfagia por ACVI, consideran al: kinesiólogo (88.9%), enfermero (88.9%), neurólogo (100%), fonoaudiólogo (88.9%), nutricionista (77.8%), paramédico (55.6%), médico general (66.7%), técnico en enfermería (77.8%), terapeuta ocupacional (88.9%) y además consideran el apoyo familiar.

En este establecimiento, el 88.9% de los encuestados señala que si existe un procedimiento para el ingreso del paciente con ACV.

En cuanto a la evaluación de disfagia, el 88.9% de los encuestados señalan que el profesional a cargo de realizar la evaluación es el médico. El método más utilizado para

la evaluación es la prueba del vaso de agua con un 88.9%; seguido de la observación de signos y síntomas con un 66.7%. Con respecto a la existencia de un protocolo para la evaluación de disfagia el 55.6% desconoce la información.

Del total de personas encuestadas en el hospital, el 55.6% señala que si existen reuniones clínicas para la revisión de casos de pacientes con ACV.

TABLA 18: Resumen Hospital Víctor Ríos Ruiz

Equipo ideal	Signo	Síntoma	Evaluación
T. Ocupacional	Tos antes deg.	Ahogo	Prueba vaso agua
Paramédico	Tos durante deg.	Atoro	Obs. Signos/Síntomas
Neurólogo	Tos después deg.	Objeto extraño	
Enfermero	Alt. Calidad vocal		
Tens	Restos comida		
Nutricionista	Ausencia reflejos		
Kinesiólogo	Alt. Musc. Orofacial		
Apoyo familia	Disfunción EVF		
Médico gral.	Baja de peso		
	Alt. Elevación laríngea		
	Escape oral		
	Degluciones múltiples		
	Alt. Sensibilidad oral		
	Babeo		

3.10 Hospital Herminda Martín

Un total de 15 sujetos encuestados consideran que los signos relevantes para la detección de disfagia son: tos durante la deglución en un 86.7%; escape oral del alimento en un 86.7%; alteración de la musculatura orofacial en un 86.7%; babeo en un 86.7%; ausencia de reflejos orofaríngeos en un 86.7%; restos de alimento en la cavidad oral en un 80%; disfunción del esfínter velofaríngeo en un 80%; alteración de la sensibilidad intraoral en un 73.3%; disartria en un 73.3%; tos después de la deglución en un 66.7%; dificultad en la elevación laríngea en un 66.7%; degluciones múltiples en un 66.7%; alteración de la calidad vocal posterior a la alimentación en un 60%; tos antes de la deglución en un 60%; baja de peso en un 60% y disminución en la saturación de oxígeno en un 53.3%. Del total de sujetos encuestados el 33.3% considera que el signo más significativo es la tos durante la alimentación, el 6.7% considera que es la alteración de la

calidad vocal y nadie considera a la disartria, ni a la elevación laríngea. En cuanto a los síntomas que refiere el paciente, consideran relevantes la sensación de ahogo en un 93.3%, la sensación de atoro en un 86.7% y la sensación de objeto extraño en la garganta en un 60%, especificando como el más significativo de los anteriores la sensación de ahogo, con un 53.3%.

La alteración aguda más importante en la etapa aguda post ACVI, de acuerdo a los resultados de la encuesta en este hospital, es la disfagia, con un 80%. En cuanto a las complicaciones médicas producto de la disfagia, consideran significativas la aspiración (80%) y la neumonía (73.3%).

A partir de la interrogante acerca de qué profesionales deben conformar idealmente el equipo de atención de un paciente con disfagia por ACVI, consideran al: neurólogo (100%), enfermero (100%), kinesiólogo (93.3%), fonoaudiólogo (93.3%), nutricionista (93.3%), terapeuta ocupacional (86.7%), fisiatra (80%), psicólogo (73.3%), cardiólogo (66.7%), paramédico (66.7%), técnico en enfermería (66.7%), trabajador social (60%) y además consideran el apoyo familiar.

En este establecimiento, el 66.7% de los encuestados señala que sí existe un procedimiento para el ingreso del paciente con ACV.

En cuanto a la evaluación de disfagia, el 93.3% de los encuestados señalan que el profesional a cargo de realizar la evaluación es el fonoaudiólogo. El método más utilizado para la evaluación es la prueba del vaso de agua y la observación de signos y síntomas, con un 60%. Con respecto a la existencia de un protocolo para la evaluación de disfagia el 60% señala que si existe.

Del total de personas encuestadas en el hospital, el 66.7% señala que sí existen reuniones clínicas para la revisión de casos de pacientes con ACV.

TABLA 19: Resumen Hospital Hermina Martín

Equipo ideal	Signo	Síntoma	Evaluación
Cardiólogo	Tos antes deg.	Ahogo	Prueba vaso agua
Fisiatra	Tos durante deg.	Atoro	Obs. Signos/Síntomas
Neurólogo	Tos después deg.	Objeto extraño	
Enfermero	Alt. Calidad vocal		
Tens	Restos comida		
Nutricionista	Ausencia reflejos		
Kinesiólogo	Alt. Musc. Orofacial		
Fonoaudiólogo	Disfunción EVF		
Paramédico	Dif. Masticación		
T. Social	Alt. Elevación laríngea		
Psicólogo	Escape oral		
Apoyo familia	Degluciones múltiples		
T. Ocupacional	Alt. Sensibilidad oral		
	Disartria		
	Baja de peso		
	Babeo		
	Cambio saturación O		

4. Análisis descriptivo por ocupación

TABLA 20: Consideración sobre los signos más significativos para la detección de disfagia según Daniels, *et al.* (2000); Finestone y Greene-Finestone (2003); Terré, *et al.* (2004); Da Silva, *et al.* (2004); Macedo (2004); Pettigrew y O' Toole (2007) ordenados por porcentajes

Ocupación	Tos durante	Alt. en la calidad vocal	Disartria	Alt. elev. Laríngea
Médico	32.7	3.2	0.0	0.0
Enfermero	36.0	8.0	0.0	0.0
Tec. Enfermería	20.0	0.0	10.0	0.0
Nutricionista	42.9	0.0	0.0	0.0
Kinesiólogo	58.3	0.0	0.0	0.0
T. Ocupacional	0.0	0.0	0.0	0.0
Fonoaudiólogo	25.0	37.5	0.0	12.5
Paramédico	20.0	0.0	5.0	0.0
Psicólogo	0.0	0.0	0.0	0.0
T. Social	0.0	0.0	0.0	0.0
Estudiante	13.3	0.0	0.0	0.0

La tabla 20 muestra el porcentaje de personas, por ocupación, que considera significativo los cuatro signos propuestos en la bibliografía como los más importantes.

TABLA 21: Consideración de los signos más controversiales para la detección de disfagia ordenados por porcentajes

Ocupación	Estertor Ausculta Cervical	Cambio Saturación Oxígeno
Médico	41.9	54.8
Enfermero	28.0	52.0
Tec. Enfermería	30.0	80.0
Nutricionista	14.3	42.9
Kinesiólogo	25.0	25.0
T. Ocupacional	0.0	0.0
Fonoaudiólogo	75.0	62.5
Paramédico	15.0	80.0
Psicólogo	0.0	0.0
T. Social	100.0	100.0
Estudiante	60.0	60.0

En esta tabla, se observa el porcentaje de personas, por ocupación, que considera significativo los dos signos frente a los cuales hay menor consenso en su utilidad entre los diversos autores.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación, correlacionados con los datos bibliográficos nacionales e internacionales respecto al manejo de la disfagia posterior a un ACVI, permiten comentar los tópicos más relevantes de este estudio.

A través de la descripción del perfil de los hospitales tipo 1 de las regiones V, Metropolitana y VIII en los que se aplicó la encuesta, se logra apreciar la realidad detallada del funcionamiento de éstos en cuanto a la atención de los pacientes con ACVI. De esta manera, se pudieron observar las similitudes entre los centros hospitalarios considerados, sin apreciarse diferencias significativas en ninguno de los ítems considerados.

Dentro de esta investigación, se consideró relevante conocer si en la realidad hospitalaria se valora la disfagia como la secuela post ACVI en la etapa aguda que acarrea más complicaciones médicas. Así mismo, se averigua el grado de consenso en el equipo multidisciplinario con respecto a la pesquisa de signos y síntomas sugerentes de esta patología.

La disfagia se describe como la secuela posterior al ACV que se manifiesta entre un 64% y un 90% de los pacientes (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004), siendo la más compleja por el riesgo vital que implica (Bleeckx, 2004). Los datos recogidos por la encuesta son coincidentes con la bibliografía, ya que del total de los encuestados un 74.4% seleccionó a la disfagia como la alteración en la fase aguda del ACVI, que acarrea más complicaciones médicas. Al analizar los porcentajes regionales en la V (81.4%), la RM (68.6%) y en la VIII región (74.4%), el patrón de resultados se mantiene, por lo tanto, se puede inferir que los profesionales y técnicos encuestados se percatan de los riesgos que esta patología implica dentro del ACVI (GRÁFICO 4).

Bittencourt (1998), Logemann (1998), Daniels, *et al.* (2000), Zambrana (2001), Finestone y Greene-Finestone (2003), Terré, *et al.* (2004), Da Silva *et al.* (2004), Macedo (2004), Jiménez, *et al.* (2005) Pettigrew y O` Toole (2007) y Rodrigues, *et al.* (2007) han registrado como sugerentes de disfagia orofaríngea aproximadamente 20 signos, entre los cuales no todos fueron considerados por los participantes. Fueron seleccionados por más de la mitad de los encuestados: tos durante la deglución,

ausencia de reflejos orofaríngeos, tos después de la deglución, restos de alimentos en cavidad oral, babeo, cambios en calidad vocal post deglución, alteración de la musculatura orofacial, escape oral de alimento, tos antes de la deglución, déficit en la funcionalidad del esfínter velo faríngeo, dificultad para masticar, alteración en la elevación laríngea en deglución, cambios en la saturación de oxígeno, alteración de la sensibilidad oral y disartria. Por lo tanto, es posible inferir que los profesionales y técnicos contarían con buenas herramientas para la detección, ya que reconocen más de la mitad (75%) de todos los signos sugerentes de disfagia (GRÁFICO 5).

De los signos anteriormente descritos, según Daniels, *et al.* (2000), Finestone y Greene-Finestone (2003), Terré, *et al.* (2004), Da Silva, *et al.* (2004), Macedo (2004), Pettigrew y O`Toole (2007) señalan que los más significativos son: cambios en la calidad vocal posterior a la deglución, presencia de tos durante la deglución, presencia de disartria y alteración en la elevación laríngea. De los 20 signos propuestos por la literatura, los sujetos seleccionaron como más significativos: la tos durante la deglución (30.8%), la ausencia de reflejos orofaríngeos (25.6%) y la presencia de tos después de la deglución (16.5%). Los resultados indican que sólo hay coincidencia con la literatura en uno de los anteriores: la tos durante la deglución. A partir de esto, se infiere que considerar a este último en un porcentaje tan bajo y no seleccionar a los tres restantes como parte de los más significativos podría interferir en la efectividad del proceso de detección.

Cabe destacar que, dentro de la elección de los signos más significativos, la alteración en la elevación laríngea es reconocida únicamente por el profesional fonoaudiólogo (12.5%); y la alteración en la calidad vocal post deglución, solamente por el médico, el enfermero y el fonoaudiólogo. Se podría deducir que estos tres profesionales son los que manejan más información con respecto a este tema (TABLA 20).

Dentro de los 20 signos considerados, existen dos que son controversiales respecto a su uso por ausencia de validación. El primero es el estertor a la auscultación cervical, como método de diagnóstico que por sí solo se encuentra en duda (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004). No obstante, diversos estudios (en Koch, 1993) plantean que posee una sensibilidad para la aspiración traqueal del 84%, con una especificidad del 71%. El segundo signo es el cambio en la saturación de oxígeno que, según Smith, *et al.* (2000), detecta un 86% de los bolos alimenticios que penetran o aspiran. Contrastados con los resultados de la encuesta, estos signos no obtuvieron una aprobación uniforme, variando sus porcentajes a nivel intra e inter profesión, similar al debate que se refleja en la bibliografía.

Cabe mencionar que el fonoaudiólogo es el único de los profesionales que considera, en un porcentaje mayor al 50%, ambos signos controversiales. Es posible que ello se deba a que en la práctica fonoaudiológica estos elementos se utilizan para hacer una evaluación más exhaustiva de la deglución (TABLA 21).

Logemann (1998), Finestone y Greene-Finestone (2003), Terré, *et al.* (2004), Da Silva, *et al.* (2004), Macedo (2004) y Pettigrew y O' Toole (2007) han registrado como sugerentes de disfagia orofaríngea 5 síntomas, entre los cuales los encuestados consideraron, con un porcentaje mayor al 50%, la sensación de atoro, la sensación de ahogo y la sensación de objeto extraño en la garganta. Por lo tanto, se puede inferir que los profesionales y técnicos tendrían buenas herramientas para la detección, ya que reconocen más de la mitad (60%) de todos los síntomas sugerentes de disfagia (GRÁFICO 6).

Respecto a los síntomas sugerentes de disfagia, los encuestados valoraron como el más significativo a la sensación de ahogo, con un 57.1%. Según Terré, *et al.* (2004), Da Silva, *et al.* (2004), Macedo (2004) y Pettigrew y O' Toole (2007), el síntoma más significativo es la sensación de atoro que en la investigación obtuvo únicamente un 26.3%. A partir de esto, se infiere que los profesionales y técnicos no estarían atendiendo suficientemente a esta queja específica, relatada por el paciente.

El pronóstico de los pacientes que padecen ACV está ligado a las complicaciones médicas de la fase aguda. En ésta, la complicación más común es la neumonía por aspiración, debido a presencia de disfagia neurogénica (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004). El síndrome aspirativo contribuye con el 34% de la mortalidad global por ACV (Ramsey, *et al.* 2003). Bleecks, en el año 2004, señala que la disfagia puede desencadenar diversas complicaciones o secuelas, como las neumonías por aspiración, penetración, desnutrición, deshidratación, obstrucción de la vía aérea e hipotonía o alteraciones en los órganos fonoarticulatorios. De éstas, los sujetos encuestados consideraron únicamente como significativas a la aspiración (79.7%), y la neumonía y cuadros respiratorios (78.9%). De estos resultados, se infiere que, aunque se reconoce a la disfagia como la alteración que conlleva más complicaciones médicas en la fase aguda del ACVI, se desconoce acerca de cuáles son las causas que provocan dichas complicaciones (GRÁFICO 7).

Dentro de la muestra total, mediante la prueba W de Kendall, se establece que el consenso nacional y por regiones es muy bajo respecto a signos y síntomas sugerentes de disfagia, arrojando los siguientes resultados: 0.220 y 0.176, respectivamente. Esto permite inferir que es necesario mejorar el

flujograma de información a nivel de equipos, para que todos los miembros puedan manejar contenidos básicos. La comunicación entre el equipo multidisciplinario es una condición fundamental, así como también el respeto entre las especialidades (Logemann, 2007). Cabe destacar que terapeutas y médicos ejercen funciones complementarias, siendo imposible que sólo una especialidad se encargue de la evaluación y tratamiento del paciente de manera eficiente (Furkim & Carrara, 2000).

Para la detección y rehabilitación efectiva de la deglución, es necesario que el paciente sea atendido en forma integral. Por esta razón, los trastornos de la deglución deben ser abordados por un equipo compuesto por diversos profesionales de la salud física y mental (Bleeckx, 2004). Respecto a la encuesta, los sujetos consideraron que los miembros de un equipo para la atención de un paciente con disfagia producto de ACVI debe estar conformado por: neurólogo, enfermero, kinesiólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, médico general, paramédico, fisiatra, terapeuta ocupacional, técnico superior enfermería y trabajador social. El equipo ideal que planteó la muestra no consideró en cifras significativas algunos profesionales que la literatura destaca, como el psicólogo, profesional encargado de asistir al paciente y a su familia (Furkim & Carrara, 2000), o el odontólogo, quien para los mismos autores es el que se ocupa del estado general de la dentadura e indicará, en caso de ser necesario, prótesis dentaria, restauraciones y prótesis del paladar. De acuerdo a Furkim y Carrara (2000), hay especialidades médicas que tampoco fueron seleccionadas por los encuestados y cumplen labores fundamentales, como es el caso del geriatra, para equipos que atienden población de tercera edad, el gastroenterólogo y el otorrinolaringólogo (GRÁFICO 8).

Con respecto al funcionamiento interno del hospital, se obtuvo que un 54.4% de los encuestados responde que sí existe un procedimiento interno de ingreso para el paciente con ACVI en el establecimiento en que se desempeña; un 17.3% responde que no existe; y un 26.3% desconoce esta información. Aunque el porcentaje de conocimiento sobre el procedimiento de ingreso supera el 50% en la muestra, no es el nivel de respuesta que se esperaría considerando lo propuesto por el plan AUGE. Todo beneficiario de 15 años o más, con sospecha de ACVI, tendrá acceso a diagnóstico y, con confirmación, a tratamiento, encontrándose para estos efectos todos los procedimientos detallados con tiempos estipulados para ello en la Guía Clínica para el Manejo del ACVI (2007).

El mayor desconocimiento se manifiesta respecto a si existe un protocolo para la evaluación de disfagia, ya que el 24.1% de los encuestados afirma que existe dicho protocolo, un 33.3% precisa que no existe y un 42% no maneja esta información. Esta discordancia se presenta en la mayoría de los hospitales, ya que las respuestas varían considerablemente entre los encuestados de la misma

institución. En base a esto, se deduce que este desacuerdo deja en evidencia la falta de comunicación entre el personal del equipo.

El 83.5% de los encuestados dice tener conocimiento sobre los métodos de evaluación que se utilizan en su hospital. Entre estos métodos, la prueba del vaso de agua fue seleccionada en un 48.89%, y la observación de signos y síntomas, en un 47.4%. Estas pruebas aportan un diagnóstico asertivo respecto al nivel de disfunción deglutoria del paciente. La prueba de agua tiene una sensibilidad mayor al 70% y una especificidad entre el 22% y 66% para predecir aspiración, validándolo como un test útil en la evaluación de disfagia (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2004). Además, esta información se correlaciona con lo señalado por el plan AUGE, donde se propone la Prueba del Vaso de Agua para el procedimiento de evaluación de la deglución. Cabe destacar, que al usar este método se debe ser cauteloso con la cantidad de agua administrada tomando en cuenta las condiciones generales del paciente evitando así riesgos de aspiración.

Además, se pudo observar que los profesionales que realizan la evaluación de la deglución, en los hospitales contemplados, son el médico y el fonoaudiólogo en el mismo porcentaje (54.4%). En la guía clínica, se plantea que es el fonoaudiólogo el profesional responsable de realizar la evaluación; de no contar con este especialista, el procedimiento será efectuado por un médico o enfermero debidamente capacitado para tal efecto. Se considera una fortaleza la capacitación del personal de salud en el manejo de la disfagia, sin embargo, se requiere que sea el fonoaudiólogo quien siendo parte del equipo de neurología, cumpla roles de; educador del equipo multiprofesional, cuidadores y familiares, evaluador y terapeuta rehabilitador de disfagia. Debido a que, es este profesional quien en su preparación académica ha recibido la formación integral con respecto a la evaluación y terapia de esta patología en particular.

Furkim y Carrara (2000) consideran fundamental que todo el equipo se mantenga actualizado, lo que implica disponer de un horario específico para exposiciones, seminarios y debates científicos. Coincidiendo con lo anterior, del total de sujetos, el 96.2% cree necesaria la actualización con respecto a temas relacionados con el ACV para su trabajo diario con pacientes con esta patología.

A partir del análisis de todos los datos obtenidos a través de la encuesta, los cuales se presentaron en la discusión antes expuesta, se considera necesario plantear algunas sugerencias, a la luz de dichos hallazgos:

- Contar con un fonoaudiólogo o profesional competente encargado del manejo de la disfagia en las Unidades de Tratamiento del ACVI, que instruya al resto del equipo y establezca un protocolo de evaluación de la deglución conocido por todos los demás profesionales.
- Contar con reuniones periódicas en las que participen todos los profesionales y técnicos miembros del equipo que intervienen en el manejo de pacientes con ACVI, para lograr un manejo equitativo de la información.
- Incluir dentro de los equipos de atención del paciente con ACVI la participación de un profesional de la salud mental.

El presente seminario abre un campo de investigación respecto de la realidad intrahospitalaria en relación al tema de la disfagia. Permite dar a conocer las opiniones de los profesionales y técnicos encuestados, quienes se desempeñan en los hospitales tipo 1 de la V región, metropolitana y VIII región, además de los procedimientos internos de cada centro asistencial. En función de la información recabada, tanto bibliográfica como empírica, cabe destacar las limitaciones desprendidas del presente estudio, así como las proyecciones originadas del mismo.

Las limitaciones de esta investigación fueron el impedimento de la realización de un análisis exhaustivo de cada equipo individualmente, ya que no se contó con la participación de todos los miembros de este mismo. Se agrega a lo anterior, la imposibilidad de realizar una comparación entre la información vertida por los encuestados y las políticas administrativas establecidas por el centro de salud.

Considerados los hallazgos y limitaciones, se propone realizar investigaciones en cada centro hospitalario referentes a la misma temática de este seminario que permitan comparar la realidad del hospital con las opiniones de los funcionarios. De esta manera, será posible establecer la congruencia entre lo planteado por ambas partes.

Una vez obtenida una base de información descriptiva más amplia acerca de los ámbitos en que el consenso y el conocimiento por parte de los profesionales y técnicos sean menores, sería posible plantear estrategias de intervención para optimizar la atención del paciente con disfagia post ACVI.

CONCLUSIONES

A partir del análisis de los resultados obtenidos en este seminario, se pueden establecer las siguientes conclusiones respecto del grupo de sujetos encuestados:

- Se constata que la mayoría de los encuestados reconocen a la disfagia como la alteración de la fase aguda del ACVI que acarrea más complicaciones médicas; sin embargo, no conocen todas las causas que le otorgan dicho grado de complicación.
- Los sujetos reconocen como sugerentes para la detección de disfagia al 75% del total de los signos planteados en la literatura; sin embargo, de los cuatro más significativos solo le otorgan importancia a uno de ellos y en un muy bajo porcentaje.
- Los individuos encuestados consideran como sugerentes para la detección de disfagia al 60% del total de los síntomas planteados en la literatura, reconociendo como más significativo a la sensación de ahogo en un porcentaje similar a la sensación de atoro. Por lo tanto, ambos son valorados con alto porcentaje, probablemente por la severidad que representan.
- Existe escaso consenso dentro de los equipos de profesionales y técnicos encuestados con respecto a los signos y síntomas más significativos para la detección de disfagia.
- La conformación del equipo, de acuerdo a la opinión de los encuestados, consta de menos profesionales que los considerados en la literatura, por lo tanto, no permitiría la atención integral del paciente.
- La mayor parte de los sujetos encuestados niega o desconoce la existencia de un protocolo de evaluación para la disfagia dentro de la institución en que trabaja. Esta es una desventaja, debido a que éstos permiten ordenar la información recabada, agrupar los signos y síntomas, jerarquizar la terapia y hacen más objetiva la evaluación para ser entregada a todo el equipo de salud. Al tener un protocolo establecido se asegura un manejo adecuado del paciente por parte de todos los profesionales y fortalece el trabajo en equipo.

- Se manifestó por parte de los encuestados un desconocimiento con respecto a la existencia de un procedimiento de ingreso de pacientes con ACVI, como se plantea en la Guía Clínica del AUGE. De esta manera, no se puede afirmar el cumplimiento de la propuesta del Ministerio de Salud, sino más bien, refleja una desorganización en el sistema de atención actual.

- Durante el desarrollo del estudio se pudieron observar realidades hospitalarias distintas, desde el funcionamiento de equipos interdisciplinarios en un hospital hasta la falta de profesionales estipulados para la intervención del paciente con ACVI en otros, siendo así, muy dispar la atención en todos los casos. Lo anterior refleja, que a nivel de equipo es posible el trabajo interdisciplinario, por tanto, es necesaria la inversión en recursos humanos y materiales para la implementación de ellos en todos los hospitales tipo 1 del país. Así se propone, que la inserción del fonoaudiólogo, como especialista de las alteraciones de la deglución, cumpliría un rol de vital importancia para sensibilizar, fortalecer y organizar el trabajo en esta área.

- Para finalizar, se hará mención, a que la recopilación de información; la construcción de la encuesta; las reuniones con fonoaudiólogos, psicólogos, metodólogos, los distintos directores de los servicios hospitalarios, y el contacto con los profesionales y técnicos vinculados en el manejo con los pacientes con ACVI, fue un proceso enriquecedor, tanto para el equipo de investigación, como para las personas externas involucradas. En éste, hubo intercambio de experiencias, visiones e información importante sobre la disfagia y la fonaudiología, que aportaron al desarrollo profesional de todos los participantes.

REFERENCIAS

1. Publicaciones periódicas

- Ashley, J., Duggan, M. & Sutcliffe, N. (2005). Speech, Language, and Swallowing Disorders in the Older Adult. *Clinics in Geriatric Medicine*, 22, 291–310.
- Aviv, J., Kaplan, S., Thomson, J., Spitzer, J., Diamond, B. & Close, L. (2000). The Safety of Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing with Sensory Testing (FEESST): An Analysis of 500 Consecutive Evaluations. *Dysphagia*, 15, 39-44.
- Aviv J., Kim, T., Sacco, R., Kaplan, S., Goodhart, K., Diamond, B. & Close, L. (1998). FEESST: a new bedside endoscopic test of the motor and sensory components of swallowing. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 107, 378-387.
- Bieger, D. (2001). Rhombencephalic Pathways and Neurotransmitters Controlling Deglutition. *American Journal of Medicine*, 111, 85-89.
- Billings, S. & Mazor, K. (2005). Development and Validation of the Stroke Action Test. *Stroke*, 36, 1035-1039.
- Borr, C., Hielscher- Fastabend, M. & Lucking, A. (2007). Reliability and Validity of Cervical Auscultation. *Dysphagia*, 22, 225-234.
- Brainin, M., Teuschl, Y. & Kalra, L. (2007). Acute treatment and long-term management of stroke in developing countries. *Lancet Neurol*, 6, 553–561.
- Carod, F., Egido, J., González, J. & Varela, E. (1999). Percepción de la sobrecarga a largo plazo en cuidadores de supervivientes de un ictus. *REV NEUROL*, 28, 1130-1138.

- Caviedes, I., Buchi, D., Yazigi, R. y Lavados, P. (2002). Patología de la deglución y enfermedades respiratorias. *Rev Chil Enf Respir*, 18, 22-34.
- Caviedes, I., Lavados, P., Hoppe, A. & López, A. (2005). Predicción clínica de aspiración en pacientes con patología neurológica aguda. *Rev Chil Enf Respir*, 21, 9-14.
- Chen, A., Frankowski, R. & Bishop-Leone, J. (2001). The Development and Validation of a Dysphagia-Specific Quality-of-Life Questionnaire for patients With Head and Neck Cancer. *ARCHOTO*, 127, 870-876.
- Collins, M. & Bakheit, A. (1997). Does Pulse Oximetry reliably detect aspiration in dysphagic stroke patients?. *Stroke*, 28, 1773-1775.
- Correa, C., Pinheiro, J., Paixao, J. & Rodrigues, A. (2005). A deglutição no processo normale envelhecimento. *Rev CEFAC*, 7, 171-177.
- Daniels, S., Ballo, L., Mahoney, M. & Foundas, A. (2000). Clinical Predictors of Dysphagia and Aspiration Risk: Outcome Measures in Acute Stroke Patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 81, 1030-1033.
- DePippo, K., Holas, M. & Reding, M. (1992). Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Arch Neurol*, 49, 1259-1261.
- Díaz, V., Illanes, S., Reccius, A., Manterola, J., Cerda, P., Recabarren, R. & González, R. (2006). Evaluación de una unidad de tratamiento del ataque cerebral en un hospital universitario. *Rev Méd Chile*, 134, 1402-1408.
- Díaz, V. (2006). Epidemiología de la enfermedad cerebro vascular en Chile. *Rev Méd Chile*, 134, 529.
- Doria, S., Abreu, M., Buch, R., Assumpção, R., Nico, M., Ekcley, C., Duprat, A. & Costa, H. (2003). Estudo comparativo da deglutição com nasofibrolaringoscopia e videodeglutograma em pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev Bras Otorrinolaringol*, 69, 636-642.
- Ertekin, C. & Aydogdu, I. (2003). Neurophysiology of swallowing. *Clin Neurophysiol*, 114, 2226-2244.

- Ferro, J., Pinto, A., Falcaô, I., Rodrigues, G., Ferreira, J., Falcaô, F., Azevedo, E., Canhaô, P., Melo, T., Rosas, M., Oliveira, V. & Salgado, A. (1998). Diagnosis of Stroke by the Nonneurologist: a Validation Study. *Stroke*, 29, 1106-1109.
- Finestone, H. & Greene, L. (2003). Rehabilitation medicine: Diagnosis of Dysphagia and its nutritional management for stroke patients. *CMAJ*, 11, 169-179.
- García, M., Casas, J. & Cara, M. (2007). Enfermedad cerebrovascular aguda en el Área Sanitaria Norte de Córdoba. *REV NEUROL*, 44, 68-74.
- Germain, I., Dufresne, T. & Gray-Donald, K. (2006). A Novel Dysphagia Diet Improves the Nutrient Intake of Institutionalized Elders. *Am Diet Assoc*, 106, 1614-1623.
- Goncalves da Silva, R. (2006). A eficacia da reabilitação em disfagia orofaríngea. *Pro-fono*, 19, 123-130.
- Hochmann, B., Coelho, J., Segura, J., Galli, M., Ketzoian, C. & Pebet, M. (2006). Incidencia del accidente cerebrovascular en la ciudad de Rivera, Uruguay. *REV NEUROL*, 43, 78-83.
- Hochmann, B., Coelho, J., Segura, J., Galli, M., Ketzoian, C. & Pebet, M. (2007). Evolución del accidente cerebrovascular en la ciudad de Rivera, Uruguay. *REV NEUROL*, 44, 601-605.
- Howden, C. (2004). Management of acid-related disorders in patients with dysphagia. *Am Jour Med*, 17, 44-48.
- Jiménez, A., Lizarazo, A. & Ángel L. (2004). Estudio cuasiexperimental de la eficacia del manejo fonaudiológico en pacientes con disfagia hospitalizados en la clínica Carlos Lleras Restrepo. *Rev fac med Univ Nac Colomb*, 52, 179-191.
- Kacean, I., Dawson, N., Thomas, C., Votruba, M. & Cebul, R. (2007). The cost of pneumonia after acute stroke. *Neurology*, 68, 1938-1943.

- Kahn, F., Zia, E., Janzon, L. & Ångstrom, G. (2004). Incidence of stroke and stroke subtypes in Malmö, Sweden, 1990 – 2000: marked differences between groups defined by birth country. *Stroke*, 35, 2054-2058.
- Kendall, K., McKenzie, S., Leonard, R., Gonçalves, M. & Walker, A. (2000). Timing of events in normal swallowing: A Videofluoroscopic study. *Dysphagia*, 15, 74-83.
- Koch, W. (1993). Swallowing disorders: Diagnosis and Therapy. *Med Clin North Am*, 77, 571-582.
- Lavados, P., Hennis, A., Fernández, J., Medina, M., Legetic, B., Hoppe, A., Sacks, C., Jadue, L. & Salinas, R. (2006). Stroke epidemiology, prevention, management, strategies at a regional level: LatinAmerica and the Caribbean. *Lancet Neurol*, 6, 362-372.
- Lavados, P., Sacks, C. & Prina, L. (2005). Incidence, 30-day case-fatality rate, and prognosis of stroke in Iquique, Chile: a 2 years community-based prospective study (PISCIS project). *Lancet Neurol*, 365, 2206-2215.
- Leciñana, M., Pérez, G. & Díez, E. En representación de la Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular (SIECV) (2004). Recomendaciones para el tratamiento y prevención del ictus. *REV NEUROL*, 39, 465-486.
- Leder, S. & Espinosa, J. (2002). Aspiration Risk after acute stroke: comparison of clinical examination and fiberoptic endoscopic evaluation of Swallowing. *Dysphagia*, 17, 214-218.
- Liu, M., Wu, B., Wang, W., Lee, L., Zhang, S. & Kong, L. (2007). Stroke in China: epidemiology, prevention, and management Strategies. *Lancet Neurol*, 6, 456–464.
- Logemann, J. (1988). Swallowing physiology and pathophysiology. *Otolaryngol Clin North Am*, 2, 1613-1623.
- Logemann, J. (1998). Normal swallowing physiology as viewed by videofluoroscopy and videoendoscopy. *Folia Phoniatr Logop*, 50, 311-319.
- Logemann, J. (2007). Swallowing Disorders. *Best Pract Clin Gastroenterol*, 21, 563-573.

- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M. & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, Diagnosis, and Pulmonary complications. *Stroke*, *36*, 2756-2763.
- Massaro, A., Sacco, R., Scaff, M. & Mohr, J. (2002). Clinical discriminators between acute brain hemorrhage and infarction: a practical score for early patient identification. *Arq Neuropsiquiatr*, *60*, 185-191.
- McHorney C., Martin-Harris B., Robbins J. & Rosenbek, J. (2006). Clinical validity of the SWAL-QOL and SWAL-CARE outcome tools with respect to bolus flow measures. *Dysphagia*, *21*, 141-148.
- Miller, R., Dray, T. & Hillel, A. (1998). Dysphagia caused by neurologic deficits. *Otolaryngol Clin North Am*, *31*, 507-524.
- Mosca, L., Banka, C. & Benjamín, E. (2004). Evidence-Based Guidelines for cardiovascular disease prevention in women. *Circulation*, *109*, 672- 693.
- Nathadwarawala, K., Nicklin, J. & Wiles, C. (1992). A timed test of swallowing capacity for neurological patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, *55*, 822-825.
- Paoluci, S., Antonucci, G. & Troisi, F. (2003). Aging and stroke rehabilitation: a case-comparison study. *Cerebrovasc Dis*, *15*, 98-105.
- Paz, F., Andrade, P. & Llanos, A. (2005). Consecuencias emocionales del cuidado del paciente con esclerosis lateral amiotrófica. *REV NEUROL*, *40*, 459-464.
- Pettigrew, C. & O` Toole, C. (2007). Dysphagia Evaluation Practices of Speech and Language Therapists in Ireland: Clinical Assessment and Instrumental Examination Decision-Making. *Dysphagia*, *22*, 235-244.
- Peery, L. & Love, C. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia*, *16*, 7-18.
- Plant, R. (1998). Anatomy and physiology of swallowing in Adults and Geriatrics. *Otolaryngologic Clinics of North America*, *31*, 3.

- Ramsey, D., Smithard, D. & Kalra, L. (2003). Early assessment of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*, 34, 1252-1257.
- Rojas, J., Zurru, M., Patrucco, L., Romano, M., Riccio, P. & Cristiano, E. (2006). Registro de enfermedad cerebrovascular isquémica. *Medicina*, 66, 6.
- Rodrigues, A., Pedroni, D., Davidson, L. & Furquim, C. (2007). Protocolo Fonoaudiológico de Avaliacao do Risco para Disfagia (PARD). *Rev Soc Bras Fonoaudiologia*, 12, 199-205.
- Rodrigues, D., Salarini, Y. & Melciades, M. (2004). Estudo Clínico e videofluoroscópico da disfagia na fase subaguda do acidente vascular encefálico. *Radiol Bras*, 37, 9-14.
- Sala, R., Muntó, M., De la Calle, J., Preciado, I., Miralles, T., Cortés, A., Molla, R. & Alcalde, M. (1998). Alteraciones en la Deglución en el Accidente Cerebrovascular: Incidencia, Historia Natural y Repercusiones sobre el Estado Nutricional, Morbilidad y Mortalidad. *REV NEUROL*, 27, 759-766.
- Saposnik, G., Caplan, L. & González, L. (2000). Differences in stroke subtypes among natives and Caucasians in Boston and Buenos Aires. *Stroke*, 31, 2385-2389.
- Saposnik, G., González, L. & Lepera, S. (2001). Southern Buenos Aires Stroke Project. *Acta Neurol Scand*, 104, 130-35.
- Sarti, C., Rastenyte, D., Cepaitis, Z. & Tuomilehto, J. (2000). International Trends in mortality from stroke, 1968 to 1994. *Stroke*, 3, 1588-601.
- Sasaki, C. & Leder, S. (2007). Comments on Selected Recent Dysphagia Literature. *Dysphagia*, 17, 316-319
- Schelp, A., Cola, P., Gatto, A., Gonçalves da Silva, R. & De Carvalho, L. (2004). Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arq Neuropsiquiatr*, 62, 503-506.
- Shah, M. (2006). Rehabilitation of the older adult with Stroke. *Clin Geriatr Méd*, 22, 469-489.

- Smith, H., Lee, S., O' Neill, P. & Connolly, M. (2000). The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe humane screening tool. *Age and Ageing*, 29, 495-499.
- Soares, A., Pereira, W., Castro, G. & Nembr, K. (2006). Incidência de disfagia em unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev CEFAC*, 8, 171-177.
- Tapia, H., Torres, J., Sánchez, M., González, D., Rodríguez, I., Teniente, A. & Gordillo, A. (2008). Aproximación clínico-epidemiológica de la hemorragia intracerebral en un hospital mexicano: análisis de factores asociados a la mortalidad. *REV NEUROL*, 46, 67-72.
- Takahashi, K., Groher, M. & Michi, K. (1994). Methodology for detecting swallowing sounds. *Dysphagia*, 9, 54-62.
- Taylor, K. & Barr, S. (2006). Provision of Small, Frequent Meals Does Not Improve Energy Intake of Elderly Residents with Dysphagia Who Live in an Extended-Care Facility. *Am Diet Assoc*, 106, 1115-1118.
- Terré, R., Orient, F., Guevara, D., Ramón, S., Bernabeu, M. & Clavé, P. (2004). Disfagia orofaríngea en pacientes afectados de esclerosis múltiple. *REV NEUROL*, 39, 707-710.
- Toufen, C., Pereira, F. & Ribeiro, C. (2007). Pneumonia Aspirativa Associada a Alterações da Deglutição: Relato de Caso. *Rev Bras Terapia Intensiva*, 19, 118-122.
- Veras, I., Freese de Carvalho, E., Lima, K., Delgado, F. & Moreira, V. (2004). Accidente Vascular Cerebral Precoce: Implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo sistema único de saúde. *Rev Bras Matern Infant*, 4, 95-102.
- Warlow, C., Sudlow, C., Dennis, M., Wardlaw, J. & Sandercock, P. (2003). Stroke. *Lancet*, 362, 1211-1224.
- Wilson, E. & Green, J. (2006). Coordinative Organization of lingual propulsion during the normal adult swallow. *Dysphagia* 21, 226-236.

Youngsun, K. & Mc Cullough, G. (2007). Stage Transition Duration in Patients Poststroke. *Dysphagia*, 22, 299-305.

Zambrana, N. (2001). El mantenimiento de las orientaciones logopédicas en el paciente con disfagia orofaríngea de origen neurogénico. *REV NEUROL*, 32, 982-989.

2. Publicaciones no periódicas

Bieger, D. & Neuhuber, W. (2006). Neural circuits and mediators regulating swallowing in the brainstem. [en línea] Disponible en: <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo74.html> (consultado en mayo 2008).

Bittencourt, F. (1998). *Disfagia no adulto - O papel do fonouidiólogo e nutricionista*. Monografía de conclusão do curso de especialização em motricidade oral, CEFAC, Sao Paulo, Brasil.

Balieiro, J. (1998). *Exercicios e manobras facilitadoras no tratamento de disfagias*. Monografía de conclusão do curso de especialização em motricidade oral, CEFAC, Sao Paulo, Brasil.

Bleeckx, D. (2004). *Disfagia, Evaluación y Reeducción de los trastornos de la deglución*. España: Mc Graw- Hill Interamericana.

Bradley, W., Daroff, R., Fenichel, G. & Jankovic, J. (2004). *Neurología Clínica* (4th ed.). España: Elsevier.

Celis, J. (2003). *Ataque cerebrovascular isquémico*. En González, M. Molina, G. & Posada, A. Paciente en estado crítico. Colombia: CIB.

Da Silva, J., Salle, D. & Müller, L. (2004). *Disfagia evaluación y tratamiento*. Río de Janeiro: Revinter.

Duarte, D. (1995). *Asignación de Recursos per Capita en la Atención Primaria. La Experiencia Chilena*. Trabajo presentado en la Corporación de Promoción Universitaria, Santiago, Chile.

- Ferreira de Mello, V. (2004). *Considerações nutricionais em disfagia*. En Da Silva, J., Salle, D. & Müller, L. *Disfagia: Avaliação e Tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Florín, C., Menares, C., Salgado, F., Tobar, L., Villagra, R. & Araya, C. (2004). *Evaluación de deglución en pacientes con Accidente Vascular Encefálico Agudo*. Tesis para optar al título de Licenciado en Fonoaudiología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Furkim, A. & Carrara, E. (2000). *Organização de um departamento de reabilitação de voz, fala e deglutição*. En Carrara, E., Barbosa, C., Figueiredo, L. y Kowalski, L. *A atuação de fonoaudiologia no câncer de cabeça e pescoço*. Sao Paulo: Lovise.
- Giaconi, J. & Caviedes, R. (1996). *Las ISAPRES: hacia la modernidad en salud. Realidades, perspectivas y desafíos del sistema*. Santiago: CIEDESS.
- Gordon, M., Clarke, I., Cruickshank, E., Clifford, M., Lamb, A. & Peck, D. (2004). *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Management of patients with stroke: Identification and management of Dysphagia. A national clinical guideline*. Escocia: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Greer, D. (2007). *Acute ischemic stroke*. Hoboken: Wiley.
- Haines, D. (2004). *Neoratomy: an Atlas of structures, sections and systems*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hershey, L. (2007). *Cerebrovascular disease*. En Duthie, E., Katz, P. & Malone, M. *Practice of Geriatrics* (4th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Lerner, A. (2006). *Diagnostic Criteria in Neurology*. Totowa: Humana Press.
- Logemann, J. (1983). *Evaluation and Treatment of swallowing disorders*. San Diego: College Hill Press.
- Macedo, E. (2004). *Avaliação Videoendoscópica da deglutição (VED) na abordagem da disfagia orofaríngea*. En Da Silva, J., Salle, D. & Müller, L. *Disfagia: Avaliação e Tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter.

- Macedo, E., Gomes, G. & Furkim, A. (2000). *Manual de cuidados do paciente com disfagia*. Sao Paulo: Lovise.
- Marchesan, I. (2002). *Fundamentos de fonoaudiología*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Marchesan, I. (2003). *O que se considera normal ao deglutirmos*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Marchesan, I., Bolaffi, C., Gomez., I. & Zorzi, J. (1995). *Topicos em fonoaudiologia*. Sao Paulo: Lovise.
- Mendez, J. & Leiguarda, R. (1994). *Enfermedades cerebrovasculares isquémicas y hemorrágicas*. Santiago de Chile: Mediterraneo.
- MINISTERIO DE SALUD (2008). *Guía Clínica para el manejo del accidente cerebrovascular isquémico en el adulto*. [en línea] Disponible en: <http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/guiasges/isquemico.pdf> (consultado en mayo 2008).
- MINISTERIO DE SALUD (2004). *Manual ley AUGE*. Chile: Subdepartamento de recursos humanos, Dirección regional centro norte.
- Miranda E. (1994). *La Salud en Chile. Evolución y perspectivas*. Santiago de Chile: CEP.
- Motles, E. & Gómez, A. (1993). *Fisiopatología del sistema nervioso*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Mumenthaler, M. & Mattle, H. (2006). *Fundamentals of Neurology*. Stuttgart: Thieme
- Parada, M. (2004). *Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile : un análisis sociológico*. Tesis para optar al título de Doctor en Sociología, Madrid España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Rodríguez, R. (2002). *Fundamentos de neurología y neurocirugía*. Tucumán: Magna.
- Ropper, A. & Brown, R. (2005). *Principles of Neurology* (8th ed.). Estados Unidos: McGraw-Hill.

Spieker, M. (2000). *Evaluating Dysphagia*. Estados Unidos: American Family Physicians.

Stein, J. (2002). *Stroke*. En Frontera, W. & Silver, J. *Essentials of Physical Medicine and Rehabilitation*. Philadelphia: Hanley and Delfus.

Tamanini de Almeida, S. (2004). *Detecção dos sons da deglutição a través da auscultação cervical*. En Da Silva, J., Salle, D. & Müller, L. *Disfagia: Avaliação e Tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter.

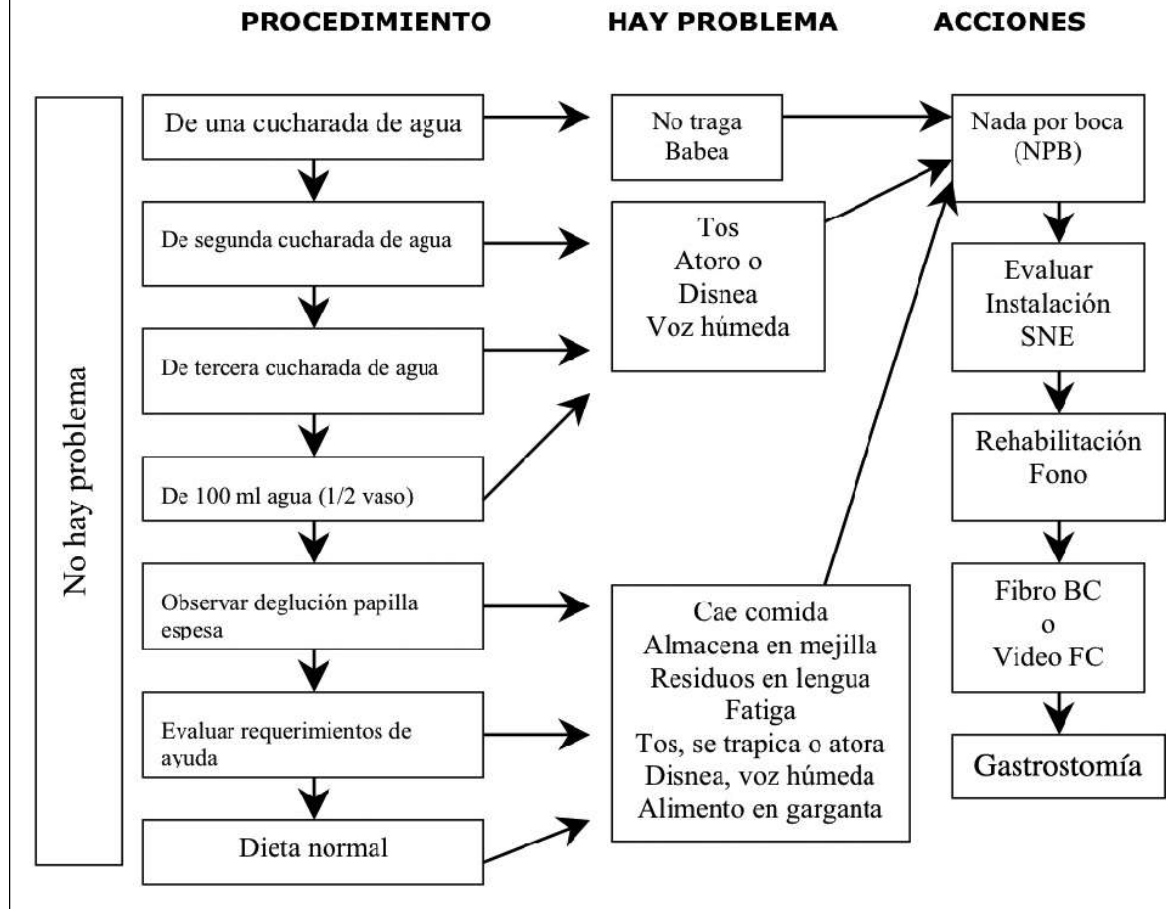
Wutz, B. (2008). *Pneumonia, Aspiration*. En Ferri, F. *Ferri's Clinical Advisor: Instant diagnosis and treatment*. Philadelphia: Mosby.

ANEXOS

ANEXO 1: PROTOCOLO DE TAMIZAJE (PRUEBA VASO DE AGUA)

Paciente vigil	Si	No
Puede hablar y toser	Si	No
Puede tragar su saliva	Si	No

Si cualquiera es **No**, no alimentar antes de evaluación
 Si todas son **Si**, prepare al paciente. Sentado a 90°



ANEXO 3: CARTA DE PRESENTACIÓN



FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FONOAUDIOLOGIA

Valparaíso, Mayo de 2008.-

**Señor
Director
Hospital
Presente**

Estimado Señor:

Somos un grupo de tesis de la carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, que estamos trabajando con el equipo multidisciplinario que interviene en el manejo de los pacientes con accidente cerebro vascular en los hospitales chilenos tipo 1. Para desarrollar esta investigación necesitamos su autorización para aplicar una encuesta de duración máxima 15 min. a este grupo de profesionales.

En caso de aceptar la propuesta, solicitamos que nos pueda designar día y horario en que estos profesionales se encuentren con disponibilidad de tiempo.

Agradeciéndole de antemano su comprensión y colaboración, queda a su disposición:

Grupo de tesis
Fonoaudiología
Universidad de Valparaíso

P.S: Se adjunta carta formal de petición respaldada por la institución.

Se adjunta lista de profesionales que podrían intervenir en el manejo de estos pacientes. En caso de aceptar la propuesta, solicitamos marcar con cuáles se cuenta en el hospital y remitir la lista a:

- Mail: distesistas2008@gmail.com

- Teléfonos: 032-2633099 / 8-2081349
- Dirección: Benedictinos oriente 2602, Viña del Mar.

ANEXO 4: CARTA DE RESPALDO



FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FONOAUDIOLOGIA

Valparaíso, Mayo de 2008.-

**Señor
Director
Hospital
Presente**

Estimado Señor:

La presente tiene como objeto solicitar a usted, la autorización, para que los alumnos tesisistas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso: CONSUELO ASTORGA VIVANCO; LESLIE DIAZ BECERRA; BERNARDITA LÓPEZ RADRIGÁN; GISELLE NAVIA MATURANA; MARCELO SANDOVAL RAMÍREZ, entrevisten a los profesionales que participan en el manejo e intervención de los pacientes con accidente cerebro vascular, con el fin de poder desarrollar su proyecto de titulación.

Los alumnos tesisistas, se comprometen a respetar todas las disposiciones establecidas por el Hospital, y a trabajar de manera tal de no interferir el normal desempeño de las actividades clínicas.

Agradeciéndole de antemano su comprensión y colaboración, queda a su disposición:

Flgo. Patricio Valdebenito

Director de la Carrera de Fonoaudiología
Universidad de Valparaíso

Flga. Celina Malebrán

Docente de la Carrera de Fonoaudiología
Universidad de Valparaíso

ANEXO 5: INSTRUCCIONES



FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA DE FONOAUDIOLOGIA

Valparaíso, Mayo de 2008.-

Marcar con una línea oblicua los profesionales con los que cuenta su hospital para el manejo del paciente con accidente cerebro vascular isquémico.

▪ **Profesión:**

- a) Médico (especifique especialidad)_____
- b) Enfermera(o)
- c) Técnico en enfermería
- d) Nutricionista
- e) Kinesiólogo
- f) Terapeuta ocupacional
- g) Fonoaudiólogo(a)
- h) Paramédico
- i) Psicólogo
- j) Odontólogo
- k) Trabajador(a) social
- l) Estudiante (especificar)_____

m) Otro (especificar) _____

Muchas gracias. Por favor remitir esta información a:

- Mail: distesistas2008@gmail.com
- Teléfonos: 032-2633099 / 8-2081349
- Dirección: Benedictinos oriente 2602, Viña del Mar.