



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE FONOAUDIOLOGÍA

**“PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA E INSTRUMENTAL DE  
LA DEGLUCIÓN CON NASOLARINGOFIBROSCOPIA EN  
PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA NEUROGÉNICA PARA  
EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO”**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE FONOAUDIÓLOGO Y AL GRADO ACADÉMICO  
DE LICENCIADO EN FONOAUDIOLOGÍA

Bárbara Herrera Rojas  
Yasna Valenzuela Norambuena  
María Cristina Vergara Fuenzalida

Profesora guía  
Flga. Viviana García

Valparaíso, Diciembre 2012

## AGRADECIMIENTOS

*Agradecemos a los profesionales otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos, quienes con su participación hicieron posible este estudio. Al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso por su valiosa acogida y disposición. A la Universidad de Valparaíso por gestar nuestra formación profesional. Y a la Fonoaudióloga Viviana García por guiarnos a través de este proceso.*

*Agradezco a Mónica, José Manuel y Melania por hacer posible mi desarrollo profesional, personal y apoyo incondicional. A Josefina, que dado a su corta edad pudo comprender mi responsabilidad académica, dándome ánimos durante toda mi carrera. A todos mis hermanos, amigos, familiares y personas significativas, que me fortalecieron en los buenos y malos momentos a lo largo de mi vida universitaria.*

***Bárbara Andrea Herrera Rojas***

*Mi vocación fue un camino de autodescubrimiento que transité siempre acompañada, desde mis vacilaciones hasta seducirme por esta hermosa profesión. Hoy agradezco infinitamente a quienes facilitaron mis pasos: Gracias Dios, por todo; Gracias Papitos por apoyarme y alentarme con amor y esfuerzo en todas mis decisiones, ustedes son los principales gestores de este sueño cumplido; Gracias Hermanas por lo vivido y por lo que nos espera juntas; y Gracias Amigos, por ser mi segunda familia.*

*“Casi todo lo que realice será insignificante, pero es muy importante que lo haga”*  
*Mahatma Gandhi*

***Yasna Isabel Valenzuela Norambuena***

*Agradecimientos a ti, mamá, porque siempre has creído en mí; sin ti yo no hubiera logrado nada. Te lo debo todo.*

*A Esteban, por estar incondicionalmente en las buenas y en las malas.  
A mis amigas y hermana por hacer de la época universitaria la mejor etapa de mi vida.*

***María Cristina Rayen Vergara Fuenzalida***

# ÍNDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	3
1. DEGLUCIÓN Y DISFAGIA	3
1.1 Fisiología de la deglución	4
1.1.1 Etapa preparatoria oral	4
1.1.2 Etapa oral	5
1.1.3 Etapa faríngea	6
1.1.4 Etapa esofágica	7
1.2 Control neurológico de la deglución	8
1.3 Fisiopatología de la deglución	9
1.3.1 Epidemiología de la disfagia	11
1.3.2 Tipos de disfagia	11
1.3.3 Grados de disfagia	12
1.3.4 Disfagia orofaríngea neurogénica	14
2. EVALUACIÓN	14
2.1 Evaluación clínica	15
2.2 Evaluación instrumental	17
3. NASOLARINGOFIBROSCOPIA	19
3.1 Descripción del procedimiento	19
3.2 Comparación entre nasolaringofibroscofia y videofluoroscopia	22
4. LOS TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN EN DIFERENTES AFECCIONES NEUROLÓGICAS	23
4.1 Disfagia y Accidente Cerebrovascular (ACV)	24
4.2 Disfagia y Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)	26
4.3 Disfagia y Enfermedad de Parkinson (EP)	27
4.4 Disfagia y Enfermedad de Alzheimer (EA)	27
4.5 Disfagia y Esclerosis Múltiple (EM)	28

4.6 Disfagia y Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)	29
4.7 Disfagia y Miastenia Gravis	30
4.8 Disfagia y Tumores Cerebrales	31
II. MARCO METODOLÓGICO	32
1. Planteamiento del problema	32
1.1 Pregunta de investigación	32
1.2 Justificación	33
2. Objetivos	34
2.1 Objetivo general	34
2.2 Objetivos específicos	34
3. Tipo de estudio	34
3.1 Enfoque	34
3.2 Alcance	35
3.3 Diseño	35
4. Descripción de las muestras	36
5. Unidades de información	39
6. Categorías	40
7. Instrumento de recolección de información	41
8. Herramientas	42
9. Trabajo de campo	43
10. Materiales	45
III. RESULTADOS	47
1. Juicio de expertos	47
2. Pilotaje	56
IV. DISCUSIÓN	60
V. CONCLUSIÓN	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	77

## RESUMEN

La disfagia orofaríngea es un trastorno común en pacientes con afecciones neurológicas, la cual perjudica su salud; incluso, puede causar la muerte del paciente. El presente estudio se enfocó en la creación de un protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscofia, para prevenir las complicaciones que puede causar la disfagia orofaríngea neurogénica en pacientes del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

Este estudio fue de enfoque cualitativo, alcance descriptivo y de diseño investigación acción, con el propósito de confeccionar un protocolo de evaluación de la deglución. La elaboración de este instrumento requirió de tres etapas: a) creación de una versión inicial del protocolo en función de las propuestas bibliográficas encontradas, a cargo de las investigadoras del presente estudio; b) modificación de la primera versión en base a sugerencias obtenidas a través del proceso de juicio de expertos -4 otorrinolaringólogos y 9 fonoaudiólogos-; y c) segunda modificación y final al protocolo, producto de los aportes otorgados por el par de evaluadores-1 otorrinolaringólogo y 1 fonoaudióloga-, quienes evaluaron, en el proceso de pilotaje, a un paciente del Servicio de Neurología del Hospital. Los aportes otorgados por los profesionales participantes, tanto en el juicio de expertos como en el proceso de pilotaje, fueron obtenidos a través de entrevistas.

En cuanto a los resultados de la creación del protocolo, se concluyó que todas las modificaciones sugeridas por los profesionales entrevistados fueron indispensables para lograr un instrumento de evaluación que incluyera contenidos clínicos e instrumentales para el diagnóstico de la disfagia. Por último, las investigadoras valoran la participación de los profesionales otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos en la evaluación de la deglución, pues sus aportes y los esfuerzos puestos en la creación del instrumento podrán beneficiar a otros pacientes gracias al manejo interdisciplinario de la información proporcionada por este protocolo.

**Palabras claves:** protocolo; disfagia orofaríngea neurogénica, evaluación de deglución; nasolaringofibroscofia.

## ABSTRACT

The oropharyngeal dysphagia is a common disorder in patients with neurological problems, and this disorder harms their health; even, it can cause death. The following research aimed in the creation of a clinical instrumental evaluation protocol of swallowing with nasopharyngoscopy, for preventing the complication than can cause the neurogenic oropharyngeal dysphagia in patients from Carlos Van Buren Hospital, in Valparaíso.

This study had a qualitative approach, descriptive range and investigation-action design, with the purpose of producing an evaluation protocol of swallowing. The elaboration of this instrument required three steps: a) creation of an initial version of the protocol in relation to the bibliographical proposal found, in charge of the researchers of the present investigation; b) modification of the first version based on the suggestion obtained through the process of experts judgments – 4 otolaryngologists and 9 speech therapists-; and c) second and final modification of the protocol, product of the input given by the two evaluators- 1 otolaryngologist and 1 speech therapist-, who assessed, in the pilot process, a patient of the Neurological Service of the Hospital. The input given by the professional that participated, both in the judgment of experts as in the pilot process were obtained through interviews.

In relation to the results of the protocol creation, it was included that all the modifications suggested by the interviewed professionals were indispensable for obtaining an evaluation instrument that includes clinical and instrumental content for the diagnosis of dysphagia. Finally, the researchers appreciate the participation of the professional otolaryngologists and speech therapists in the evaluation of the swallowing, because their input and effort used in the creation of the instrument will benefit other patients thank to the interdisciplinary information management provided by this protocol.

**Key words:** protocol; neurogenic oropharyngeal dysphagia; swallowing evaluation; nasopharyngoscopy.

## INTRODUCCIÓN

La disfagia es un trastorno de la deglución que puede ocasionar graves complicaciones en el estado de salud del paciente hospitalizado. La disfagia de tipo orofaríngea neurogénica puede causar desnutrición como consecuencia de alteraciones en la eficacia del transporte del bolo y alteraciones en la seguridad de la deglución (penetración y aspiración), esto conlleva un elevado riesgo de neumonías por aspiración e infecciones respiratorias. Estas complicaciones, incluso, en casos extremos provocaría la muerte del paciente.

En pacientes con patologías neurológicas, es frecuente la presencia de disfagia, ya sea como consecuencia de lesiones o disfunción del Sistema Nervioso Central (SNC), del Sistema Nervioso Periférico (SNP), de la unión neuromuscular o del músculo. En Chile, la disfagia está presente en un 64-90% de las personas con un Accidente Cerebro Vascular (ACV) en su etapa aguda. Debido a la morbilidad y potencial mortalidad causada por este trastorno de la deglución, para el equipo de salud resulta necesario un diagnóstico certero en los pacientes hospitalizados con el fin de prevenir y tratar sus complicaciones oportunamente.

El propósito de este estudio es contribuir al conocimiento sobre la evaluación de la deglución, fomentando los aspectos clínicos e instrumentales entre los profesionales competentes del área -fonoaudiólogo y otorrinolaringólogo-, promoviendo un trabajo interdisciplinario, lo que facilitaría el manejo intrahospitalario del paciente con disfagia. Para lograr este propósito, se creará un protocolo evaluativo clínico e instrumental con nasolaringofibroscopio, considerando que este instrumento puede estar presente en los centros de salud de mediana y alta complejidad. La creación de este protocolo se enfocará en las necesidades propias del Hospital Carlos Van Buren, por lo que resultaría una pauta evaluativa apta para dicha institución.

Los procesos de construcción del “Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscopía en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren” necesarios serán: 1) recopilación de la bibliografía existente sobre la deglución para constituir una versión inicial del protocolo; 2) evaluación del

protocolo por expertos; y 3) aplicación del protocolo por profesionales del Hospital Carlos Van Buren en pacientes hospitalizados. La información otorgada por los distintos profesionales, participantes del estudio, será recabada mediante una entrevista.

A continuación, se presentarán las temáticas atinentes al presente estudio. En primer lugar, se dará a conocer el marco teórico, enfatizando en la fisiología y la fisiopatología de la deglución, su evaluación clínica e instrumental y las afecciones neurológicas donde se presenta la disfagia. En segundo lugar, en el marco metodológico, se describe el tipo de investigación y los procedimientos necesarios para llevarla a cabo. Posteriormente, se presentarán los resultados en tablas que contienen las modificaciones realizadas al protocolo obtenidas en las entrevistas a los profesionales participantes. Finalmente, se manifiestan la discusión y la conclusión con respecto a los objetivos, los resultados, las limitaciones y las proyecciones de este estudio.

# I. MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se realizará una revisión conceptual de las generalidades de la deglución, su evaluación y su alteración denominada disfagia; enfatizando en la evaluación clínica e instrumental. La profundización teórica de la deglución se encuentra orientada al diagnóstico de disfagia y manejo en pacientes neurológicos optimizando la seguridad y la eficacia de la alimentación. Se abordarán los principales fundamentos y aportes teóricos recopilados y referidos a la deglución y la disfagia, evaluación clínica e instrumental recalcando la nasolaringofibroscopía y los trastornos de la deglución en diferentes afecciones neurológicas.

## 1. DEGLUCIÓN Y DISFAGIA

La deglución es un proceso que ha sido descrito por diversos autores. Furkim (2010) plantea una definición que abarca las aristas relevantes para establecer la normalidad del proceso y así comprender los trastornos posibles que se presenten. Para esta autora, la deglución es definida como:

(...) Un proceso sinérgico compuesto de etapas intrínsecamente relacionadas, secuenciadas y armónicas, divididas en etapas: preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica. Todas estas acciones sincrónicas y eficientes garantizan el pasaje del bolo o de la saliva desde la boca hasta el estómago y la protección de las vías aéreas durante el proceso. Y con la llegada del bolo al estómago la sobrevivencia del individuo deberá estar asegurada, con la mantención del estado nutricional y de la hidratación adecuada (Furkim, 2010: 28).

De acuerdo a lo planteado por Furkim (2010), la eficiencia del acto deglutorio depende de una compleja acción neuromuscular (que incluye sensibilidad, percepción de sabor, propiocepción, movilidad, amplitud y precisión de movimientos, tono y tensión muscular de los treinta músculos involucrados), más allá de la intención de alimentarse. Este proceso necesita una integración de varios sistemas neuronales, vías aferentes, integración de los

estímulos en el sistema nervioso central, vías eferentes, respuestas motoras e integración de las estructuras involucradas (Furkim, 2010).

Según Ganong (2002), el ser humano presenta aproximadamente unas seiscientas degluciones por día: doscientas veces al comer y beber, trescientas cincuenta mientras se está despierto sin alimento y cincuenta mientras se duerme. En cada acto deglutorio realizado ocurre por reflejo la protección de las vías aéreas superiores a través de, por un lado, la elevación y anteriorización de la laringe y, por otro, del cierre glótico garantizando la seguridad de la deglución.

## **1.1 Fisiología de la deglución**

Históricamente, varios autores han dividido el proceso de la deglución en etapas. Magendi, en 1836, estableció tres etapas: oral, faríngea y esofágica. Posteriormente, Logemann (1983, 1998) divide la deglución en cuatro etapas: preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica; esta propuesta será considerada para efectos de la presente investigación. González y Bevilacqua (2009) describen las dos primeras etapas (preparatoria oral y oral) como voluntarias; la tercera (faríngea) estaría bajo control reflejo; y la cuarta (esofágica), bajo control somático y autonómico. A continuación, se describen los procesos fisiológicos involucrados en cada una de las etapas.

### **1.1.1 Etapa preparatoria oral**

El objetivo de la etapa preparatoria oral es manipular los alimentos hasta formar un bolo que tenga una consistencia apropiada para la deglución. En ella influyen diversas estructuras (labios, dientes, mejillas, mandíbula y paladar) que variarán su motricidad según la consistencia del alimento. Esta etapa comienza con el ingreso del alimento a la boca e incluye la manipulación, masticación y posicionamiento final del bolo en la cavidad oral para que sea transportado hacia la faringe. Asimismo, los nervios craneales; trigémino V, facial VII, glossofaríngeo IX, accesorio XI e hipogloso XII, participan en el control y coordinación de las acciones neuromusculares (Florín & cols, 2004).

En la etapa preparatoria oral participan, en conjunto, la función masticatoria, la musculatura facial (temporal, masetero, bucinador, pterigoideos y suprahioides) y la musculatura lingual (17 músculos), que efectúan la segmentación, el movimiento y la contención del alimento dentro de la cavidad oral con el fin de formar el bolo. Paralelo a esta etapa se encuentran actuando los músculos orbiculares cuya función es el selle de los labios formando así el primer esfínter del sistema deglutorio. Son los músculos masticatorios los que ejercen una fuerza de transferencia hacia la mandíbula que se articula en movimientos de apertura, cierre y rotación -proyección, retroproyección y lateralidad- (Terré, 2009).

Una vez formado el bolo, la parte posterior de la lengua se eleva contra el paladar blando el cual desciende por acción del músculo palatogloso para evitar que el bolo caiga prematuramente, es así como se forma el segundo esfínter cerrando de forma efectiva la parte posterior de la cavidad oral. La lengua inicia una serie de movimientos finos para recoger restos de alimento que puedan encontrarse esparcidos en las estructuras de la cavidad oral hasta llegar a cohesionar el bolo antes de la siguiente etapa. El tamaño del bolo es apropiado con relación a la viscosidad, así a mayor viscosidad del alimento menor será el volumen del bolo. Esta etapa finaliza al posicionar el bolo en la parte posterior de la lengua y paladar, en un tiempo aproximado de 1 a 20 segundos, lo que varía dependiendo de la edad y la consistencia alimenticia (Alvarez & Buritica, 2009). Durante esta etapa, la laringe y la faringe están en reposo por lo que la respiración es normal (Bernabeu, 2002).

### **1.1.2 Etapa oral**

Furkim (2010) señala que la etapa oral comienza cuando el bolo es recogido por la lengua con movimientos ondulantes en sentido anteroposterior, mientras el ápice lingual se posiciona en las rugas palatinas generando una fijación funcional anterior. El dorso de la lengua se eleva para presionar el bolo contra el paladar separando la cavidad oral de la faringe para luego desplazarlo hacia posterior. Una vez posicionado el bolo será controlado en la cavidad oral por el ajuste del tono de la musculatura; según el volumen enviado hacia la faringe, puede haber una sutil modulación de la fuerza en la apertura de la transición farinfoesofágica (en Fernandes & cols, 2010).

Esta etapa finaliza cuando se dispara el reflejo deglutorio (Bernabeu, 2002). Tiene una duración entre 0.7 a 1.2 segundos y se considera voluntaria, participando los nervios craneales trigémino V e hipogloso XII (Florin & cols, 2004).

### **1.1.3 Etapa faríngea**

No se tiene certeza acerca del momento en que se inicia la etapa faríngea; sin embargo, Macedo (2000) menciona que algunos autores coinciden en que la etapa faríngea comienza cuando el bolo alimenticio alcanza el pilar amigdalino anterior. Coincidiendo con esa propuesta Bleeckx (2004), agrega que: “Cuando los alimentos alcanzan el istmo de las fauces se desencadena el llamado reflejo de la deglución, que condiciona una serie de actos coordinados que protegen la vía respiratoria y aseguran la progresión del bolo alimenticio” (Bleeckx, 2004: 7).

Mora, Aldea y Bernages (2003) plantean que a medida que el bolo entra en la faringe, la laringe asciende por acción de los músculos suprahioides: milohioideo, estilohioideo y digástrico; y se anterioriza por la acción del músculo genihioides. Este movimiento de la laringe provoca una presión negativa a nivel de la hipofaringe, que succiona el bolo caudalmente y además colabora en la apertura del esfínter esofágico (en Suarez & cols, 1999).

Simultáneo al ascenso y anteriorización de la laringe, la base de la lengua retrocede bajando la epiglotis para proteger eficazmente la vía aérea y propulsar el bolo alimenticio que ha penetrado en la orofaringe, gracias a la acción de los músculos estilogloso y palatogloso. El velo del paladar abandona su posición baja de unión con la base de la lengua para elevarse y cerrar la nasofaringe e impedir el escape del alimento hacia esta estructura debido a la acción de los músculos periestafilinos (Montgomery, 2002).

La acción muscular conducirá al bolo en dirección caudal, inicialmente por las valléculas glosopiglóticas; luego a los senos piriformes y finalmente hacia el esófago. Mientras tanto, la laringe se cierra anatómicamente de abajo hacia arriba por: las cuerdas vocales verdaderas, los pliegues vestibulares y la parte baja del vestíbulo (aproximación y

movimiento hacia delante de los aritenoides); esta acción limpia cualquier posible penetración de alimento o líquido al vestíbulo laríngeo (Terré, 2009). Este cierre completo de la laringe, junto a la apnea obligada de esta etapa, condiciona un cierto aumento de la presión subglótica que también colabora en la evitación de la falsa vía. Si todos estos mecanismos fallan y existe aspiración, aparecerá el reflejo de la tos (Le Huche, 2000).

El esfínter esofágico superior o esfínter cricofaríngeo es el último esfínter implicado en la etapa orofaríngea de la deglución; en reposo se encuentra cerrado por acción tónica del músculo cricofaríngeo. La inhibición de esta contracción da lugar a la relajación, abriéndose para permitir el paso de los alimentos de la faringe hacia el esófago (Quesada & cols, 2004).

La etapa faríngea es involuntaria, es decir, la deglución se inicia por el reflejo deglutorio, inervado por los nervios trigémino V, glossofaríngeo IX y vago X. El bolo estimula los receptores situados en el istmo de las fauces y senos piriformes, y estos envían la información al Núcleo del Tracto Solitario (NTS) a nivel medular, que se postula como la estructura que dirige la deglución y se relaciona con el núcleo ambiguo a nivel del tronco del encéfalo (protuberancia). El tiempo de tránsito faríngeo - el tiempo que tarda el bolo en desplazarse desde que se dispara el reflejo deglutorio hasta que llega al esfínter cricoesofágico en la entrada del esófago -, generalmente, es igual o inferior a un segundo (Macedo, 2000).

#### **1.1.4 Etapa esofágica**

La etapa esofágica es la responsable del transporte del bolo alimenticio desde el esófago al estómago. El bolo alimenticio entra al esófago gracias a la apertura del esfínter cricofaríngeo y es llevado hacia el estómago por los movimientos peristálticos descendentes. Es una etapa inconsciente e involuntaria y dura de 8 a 20 segundos siendo la etapa con mayor duración en el proceso de la deglución (González & Bevilacqua, 2009).

En el proceso deglutorio, el esófago presenta ondas peristálticas primarias y secundarias, iniciadas por los constrictores faríngeos. Cuando la onda peristáltica primaria alcanza el esfínter esofágico inferior, éste se relaja permitiendo el paso del bolo alimenticio al estómago

finalizando así el proceso de la deglución (Macedo, 2000). Los diferentes trastornos neurológicos que pueden ocasionar disfagia tienden a no alterar esta etapa (Bernabeu, 2002).

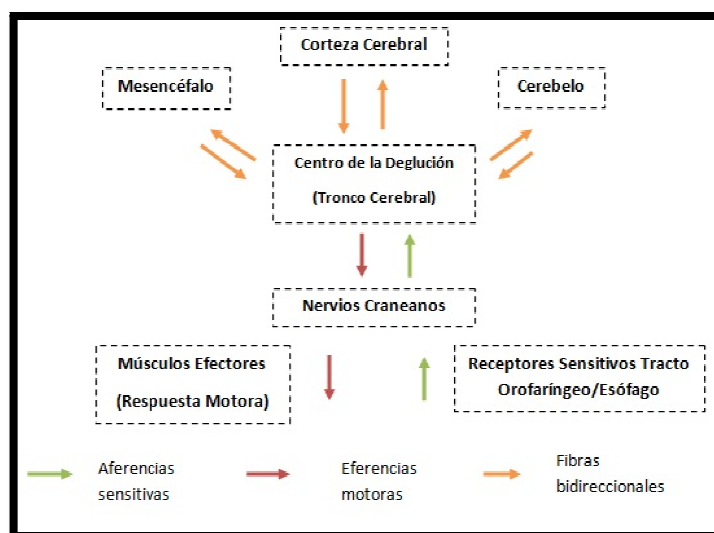
## **1.2 Control neurológico de la deglución**

La formación reticular del tronco encefálico es la estructura que genera la contracción y relajación de la musculatura orofaríngea dando lugar a la deglución normal. Toda la información sensorial involucrada en el inicio y la facilitación de la deglución converge en el tracto solitario y termina en el núcleo del mismo nombre -NTS- (González & Bevilacqua, 2009).

Jean (2006) postula que el NTS recibe aferencias de los receptores orofaríngeos (mecánicos, térmicos y químicos) y fibras descendentes de la corteza y centros subcorticales, los que determinan, respectivamente, el inicio reflejo y voluntario de la deglución. Cuando la deglución es activada, la cascada secuencial de movimientos de la deglución no varía de manera significativa, independiente del bolo resultante y del tipo de disfagia. Ésto es una de las evidencias que apoya la existencia de un centro generador del patrón deglutorio (CGP), que se hallaría en la formación reticular adyacente al NTS y al núcleo ambiguo (NA) del bulbo raquídeo.

La deglución es un acto motor coordinado, principalmente, a nivel del tronco encefálico y transmitida por la acción de los nervios craneanos involucrados en sus distintas etapas; también la corteza cerebral (de manera bilateral y multifocal) participa en la regulación deglutoria. Las áreas corticales más comúnmente implicadas en la función deglutoria corresponden a: sensoriomotora, prefrontal, cingulada anterior, insular, parieto-occipital y temporal; otras estructuras involucradas son: ganglios basales, tálamo, cápsula interna y cerebelo (Eterkin & Aydogdu, 2003). Además participa el hipotálamo (parte del sistema límbico) quien se encarga de regular el hambre, el apetito y la saciedad; por medio de hormonas, péptidos, nivel de glucosa y ácidos grasos en la sangre, entre otros (González & cols, 2006). De acuerdo a lo anterior, la deglución puede verse afectada por lesiones de distinta naturaleza a nivel encefálico.

Por último, varios músculos y estructuras involucradas en la deglución intervienen en la función respiratoria; los centros neurales que participan en el control de ambos procesos están alojados en la región dorsomedial y ventrolateral del bulbo raquídeo. Además las estructuras corticales juegan un rol facilitador y modulador en la coordinación de las funciones anteriormente mencionadas.



Cuadro 1. Control Neurológico de la deglución (Marambio & cols, 2010: 6)

### 1.3 Fisiopatología de la deglución

El proceso fisiológico de la deglución puede verse afectado en sus distintas etapas; cualquier alteración fisiopatológica de este proceso se denomina disfagia. La etimología de la palabra disfagia proviene del griego *dys* (dificultad) y *phagia* (comer). Johnson (1993) planteó que la disfagia es un trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos o líquidos, por una deficiencia en cualquiera de las cuatro etapas de la deglución (preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica), y que puede ocasionar neumonía, desnutrición, deshidratación y obstrucción de la vía aérea. Es un trastorno potencialmente discapacitante si afecta la seguridad, eficiencia y calidad del acto de comer o beber en pacientes de todas las edades.

Durante la deglución, algunos factores pueden dificultar el paso del bolo alimenticio como: falta de secreción salival, debilidad de las estructuras musculares responsables de la

propulsión del bolo o disfunción de la red neuronal que coordina y controla la deglución (Macedo, 2000). Esto puede deberse a una alteración de tipo orgánica o funcional ya sea de carácter agudo o progresivo; presentándose por alteraciones congénitas, traumas, lesiones cerebrovasculares o neurales, intubación prolongada, infecciones, entre otras. Además, la deglución puede alterarse como consecuencia de la acción de ciertos fármacos que potencialmente precipiten o agraven una dificultad preexistente para deglutir (González & Bevilacqua, 2009); entre estos, se encuentran:

- Antipsicóticos: el haloperidol, que se utiliza en el tratamiento de trastornos como la esquizofrenia puede producir xerostomía, dificultando la formación del bolo.
- Antiparkinsonianos: la levodopa es un tipo de antiparkinsoniano que también puede producir xerostomía.
- Bloqueadores de canales de calcio: utilizados en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares. Uno de ellos es el Verapamilo, el cual podría producir acidez estomacal y mareos, dificultando la capacidad para alimentarse en el paciente.
- Antidepresivos: su uso prolongado puede ocasionar deterioro cognitivo como efecto secundario, alterando la realización de actos voluntarios como la deglución.
- Anticonvulsivantes: como la fenitoína, cuyos efectos secundarios pueden incluir incoordinación de los órganos fonoarticulatorios y náuseas.
- Opioides: la morfina es un analgésico opioide que como efecto secundario puede producir xerostomía como los medicamentos anteriormente mencionados.

### **1.3.1 Epidemiología de la disfagia**

Como señala Malagelada (2004), no se dispone de datos epidemiológicos exactos a nivel global de disfagia, ya que la tasa basal de la mayoría de las patologías que pueden provocarla tienden a diferir intercontinentalmente y por edad. La disfagia es frecuente en los ancianos y se presenta entre el 7% y 10% de los mayores de 50 años, en más del 25% de los ancianos hospitalizados y cerca del 40% de los ingresados en hogares geriátricos, afectando su calidad de vida (Peña & Machica, 2009). En pacientes institucionalizados la incidencia varía del 30-40%, aumentando hasta 50% en aquellos que padecen deterioro cognitivo o secuelas de enfermedad cerebrovascular (Betancor & cols, 2002).

En el caso específico de las disfgias neurogénicas se encontró que un 30% de los pacientes que han sufrido un Accidente Cerebrovascular (ACV) presentan el citado desorden. En Chile, el Ministerio de Salud (2007) señaló que la disfagia está presente en un 64-90% de las personas con ACV agudo. De ellas, 22-42% presenta aspiración desarrollando neumonía aspirativa, patología de mayor morbilidad asociada a la disfagia, pudiendo alcanzar una letalidad de un 50%. Los trastornos de la deglución se recuperan en más del 80% de los casos en las primeras 2 a 4 semanas post-accidente vascular (Ramsey *et al*, 2003). Sin embargo, cuando es el hemisferio derecho el afectado, la recuperación es más lenta, y el 78-89% de pacientes que aspiran a las 3-4 semanas manifiestan lesiones derechas (Perry & Love, 2001).

En cuanto a las patologías neurológicas, la presencia de disfagia varía según el tipo de enfermedad. Así, se encuentra en el 52 - 82% pacientes con Parkinson; en un 84% de enfermos de Alzheimer; en un 60% en enfermos con Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA); en un 40% de los pacientes enfermos con Miastenia Gravis y en un 44% de los enfermos con Esclerosis Múltiple (EM) (Clavé & cols, 2007).

### **1.3.2 Tipos de disfagia**

La disfagia se clasifica según topografía y fisiopatología. Desde el punto de vista topográfico se clasifica la disfagia en:

- Disfagia orofaríngea: engloba las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior; ésta se puede caracterizar por la salivación excesiva o escasa, lentitud en iniciar la deglución, regurgitación nasal, tos al deglutir (eventualmente con sensación de ahogo), degluciones múltiples, disfonía y disartria, pudiendo asociarse a otros síntomas neurológicos. La disfagia orofaríngea supone casi el 80% de las disfgias diagnosticadas (Velasco & cols, 2007).

- Disfagia esofágica: se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior y el cardias; generalmente, es producida por causas mecánicas; suele presentar sensación de obstrucción retroesternal o epigástrica, dolor torácico, regurgitación tardía y puede asociarse a otros síntomas reumatológicos. La disfagia esofágica supone el 20% de las disfgias que se diagnostican (Velasco & cols, 2007).

Desde el punto de vista fisiopatológico se clasifica la disfagia en:

- Disfagia mecánica (orgánica): las causas habituales son estenosis benignas de distinta naturaleza y neoplasias (incluyendo el carcinoma). En el adulto, el lumen esofágico puede distenderse hasta un diámetro de 4 cm por lo que, cuando el esófago no es capaz de dilatarse más de 2.5 cm de diámetro, puede aparecer disfagia para consistencias sólidas (Ruiz & cols, 2001).

- Disfagia neurogénica (funcional): es la dificultad para tragar a causa de un desorden neurológico, el cual altera las funciones sensoriales y motoras de las etapas preparatoria, oral y faríngea de la deglución (Buchholz, 1997).

### **1.3.3 Grados de disfagia**

Macedo (2000), propone una clasificación de gravedad de alteraciones de la deglución para la nasolaringofibroscofia:

(...) *Grau 0 (Normal): contenção oral normal; reflexos presentes; ausência de estase salivar, alimentar e aspiração; menos de três tentativas propulsão do bolo.*

*Grau I (Leve): estase pós-deglutisão pequena; menos de três de tentativas de propulsão do bolo; ausência de regurgitação nasal e penetração laríngea.*

*Grau II (Moderado): estase salivar moderada; maior estase pós-deglutição; mais de três tentativas de propulsão do bolo; regurgitação nasal; redução da sensibilidade laríngea com penetração, porém sem aspiração traqueal.*

*Gau III (Severo): grande estase salivar; piora acentuada pós-deglutição; propulsão débil ou ausente; regurgitação nasal; aspiração traqueal (Macedo, 2000:43).*

En resumen, este autor plantea que en el grado 0 el proceso deglutorio se encuentra normal, mientras que desde el grado I en adelante se presentan alteraciones. En el grado uno se observa una alteración a nivel de las etapas preparatoria oral y oral de la deglución; en el grado II existe regurgitación nasal y reducción de la sensibilidad laríngea con penetración; y en el grado III, agregándose a los signos anteriores, se presentará aspiración.

Macedo (1998), también presenta otra clasificación desde el punto de vista del compromiso de los componentes musculares y sensoriales (en Zambrana-Toledo, 2001):

(...) Grado leve: Se caracteriza por trastornos en la movilidad lingual, en la transformación del bolo alimenticio, retraso en la deglución, pérdida del contenido oral, etc. No se observa la presencia de tos ni cambios en la calidad vocal después de las degluciones; tampoco existen riesgos de aspiraciones.

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, reflejo de deglución lento o ausente, y puede presentarse tos (antes, durante o después de las degluciones); asimismo, se producen alteraciones de la calidad vocal con riesgo de penetraciones y aspiraciones.

Grado grave: Además de las señales anteriormente descritas, puede encontrarse reducción en la elevación del hioides y laringe, alteración respiratoria y aspiraciones frecuentes (Zambrana-Toledo, 2001:986-987).

En cuanto al grado grave de la calificación anteriormente mencionada, Silva (1998) agrega que el paciente no presenta mecanismos protectores (en Baleiro, 1998).

### **1.3.4 Disfagia orofaríngea neurogénica**

La disfagia orofaríngea neurogénica es una alteración que se define como aquel trastorno que corresponde a una alteración de la deglución de origen neurológico a nivel del sistema nervioso central o sistema nervioso periférico. Se caracteriza por la dificultad para formar y/o transportar el bolo alimenticio desde la boca hasta el esfínter cricofaríngeo; esto implicaría que las etapas preparatoria oral, oral y faríngea pueden verse afectadas. Los signos y síntomas relacionados en este tipo de disfagia son: sialorrea, disartria, regurgitación nasal, dificultad para iniciar la deglución, tos pre y post deglutoria, neumonía por aspiración y pérdida de peso (Peña & Machica, 2009).

Este tipo de disfagia presenta dos riesgos a considerar para la seguridad de los pacientes:

- a) La penetración laríngea que corresponde a la entrada del alimento hasta el vestíbulo laríngeo, por encima del nivel de las cuerdas vocales, y
- b) La aspiración que corresponde a la entrada del alimento en la laringe, por debajo del nivel de las cuerdas vocales; puede ser clínica o silente, es decir, asintomática, en función de la indemnidad de la sensibilidad laríngea, del reflejo tusígeno y de los mecanismos de limpieza traqueal (Ramsey *et al*, 2005).

La disfagia orofaríngea neurogénica es un trastorno grave, cuyas complicaciones, antes señaladas pueden causar la muerte si no se pesquisan oportunamente. Ahora bien, ello no es fácil, pues dependiendo de su etiología, puede presentarse en el período agudo, subagudo o crónico de la enfermedad y, además, de manera aislada como formando parte de un grupo sindrómico.

## **2. EVALUACIÓN**

La evaluación de la deglución consta de 2 procesos: evaluación clínica, es decir, recopilación de datos anamnésticos -historia clínica- y exploración clínica; y evaluación

instrumental, que consiste en una evaluación complementaria a los datos clínicos ya recabados utilizando un instrumento, para buscar las razones del inicio del trastorno y de su evolución. Muchas veces las exploraciones clínicas detectan la necesidad de evaluaciones instrumentales, las que permiten identificar la localización del problema y su grado de severidad (Zambrano-Toledo, 2001). El propósito del proceso evaluativo es determinar la presencia de disfagia, el mecanismo de la alteración, el grado de severidad, los riesgos para el paciente, el manejo terapéutico y la evolución (González & Araya, 2000).

La efectividad diagnóstica de los procesos anteriormente nombrados ha sido estudiada por diferentes investigadores. Al respecto, Clavé (2004) considera que la causa de la disfagia se puede determinar con un 80% de exactitud aproximadamente, en base únicamente a la historia clínica. En tanto, Leder (2002) plantea que las evaluaciones instrumentales superan en efectividad a las evaluaciones clínicas, dado que ellas permiten identificar la aspiración en un 25% más, aproximadamente. Es importante tener presente que la exploración clínica de la deglución en manos expertas, no identifica el 40% de los pacientes con aspiración (Logemann, 1999); por lo que se los identifica como “Aspiradores silentes”.

## **2.1 Evaluación clínica**

Consiste en una serie de procedimientos organizados que permiten evaluar la deglución y obtener un posible diagnóstico, explorando indirectamente las etapas pre-oral, oral y faríngea de la deglución. Esta evaluación es habitualmente realizada por un fonoaudiólogo y su sensibilidad aumenta al asociarla a una saturometría continua de O<sub>2</sub> la que debe ser monitoreada durante toda la evaluación (una variación pre y post deglutoria de 3 a 5% es considerada normal por Clavé, 2008). Los pacientes deben ser monitorizados diariamente posterior a la evaluación clínica durante la primera semana (Velasco & cols, 2007).

Una serie de signos permiten sospechar sobre la presencia de disfagia, los que han de considerarse al evaluar la deglución. Estos son: historia de neumonía recurrente y aumento de las secreciones bronquiales, cambios en la cualidad de la voz (voz húmeda), tos o ausencia del

reflejo tusígeno, escape oral del alimento, drenaje por el traqueostoma o por la cavidad nasal - regurgitación- (Leder & Espinosa, 2002).

Al construir la historia clínica del paciente en la anamnesis, los datos que han de considerarse según Bernabeu (2002), son:

- Estado cognitivo que le permita colaborar y seguir instrucciones (Según Nazar -2009-, el 13 a 19% de los pacientes no cumplen este criterio).
- Estado respiratorio (presencia de neumonía, intubación, ventilación y traqueostomía), estado nutricional y vía de alimentación (presenta sonda nasogástrica, sonda nasoyeyunal o vía enteral).
- Complicaciones actuales o antiguas atribuibles a la disfagia y medicación (puesto que alteran el nivel de conciencia, el pasaje oral por resequedad y el retraso del reflejo deglutorio).
- Historia del problema de la deglución (antecedentes neurológicos relacionados y diagnóstico etiológico).

Posterior a la recopilación de datos anamnésticos se continúa con la exploración física y funcional de los órganos fonoarticulatorios del paciente. Física y funcionalmente (praxias) se contempla la simetría, indemnidad, tono, movilidad, control, sensibilidad y coordinación de: labios, paladar duro, paladar blando y úvula (reflejo velar y arcada), fauces, pilar anterior y posterior, lengua, surcos laterales de la mandíbula, estado de dentición y secreciones orales. Con respecto a la función laríngea, se deben observar la calidad de la voz, reflejo tusígeno y carraspera.

Si se encuentran presentes los reflejos anteriormente mencionados, se proseguirá con la exploración con alimentos, por lo general, de diversas viscosidades (de menor a mayor dificultad: papilla, sólido y líquido), y con bolos de volúmenes crecientes. En cada deglución el profesional evaluará: masticación y manipulación de los alimentos, ascenso laríngeo,

coordinación respiración-deglución, regurgitación nasal y traqueal, calidad de voz, tos post deglución, residuo en la cavidad oral y duración y cantidad de la ingesta. Algunos pacientes refieren dificultades para movilizar el bolo por la faringe o tienen sensación de residuos en la garganta por lo que necesitan realizar varias degluciones, lo cual debe consignarse en la evaluación.

Mientras se realiza la exploración clínica con alimento es primordial la auscultación laríngea del paciente puesto que:

(...) Es útil para identificar pacientes en alto riesgo de aspiración /penetración (Borr, 2007), reportando el 80 % de sensibilidad (Stroud, 2005) y viene usándose con más frecuencia en la valoración al lado de la cama. La guía de práctica basada en la evidencia contribuye a que esa valoración posea un porcentaje de confiabilidad y validez, mejorando la calidad en aquellos pacientes que presentan disfagia” (Barragan, 2008:44).

La evaluación instrumental idealmente complementará la evaluación clínica, sin embargo, considerando los recursos disponibles en cada servicio hospitalario no siempre se puede acceder a ella. Es por esto que, si la exploración clínica revela sospechas de alteraciones a nivel faríngeo y/o laríngeo (penetración o aspiración), se debe recomendar una evaluación instrumental para obtener un diagnóstico más específico y así planear un tratamiento adecuado.

## **2.2 Evaluación instrumental**

Existen diversas técnicas instrumentales que permiten evaluar los aspectos fisiológicos de la deglución. Dentro de las más comúnmente utilizadas se encuentran:

a) Videofluoroscopia: Es una exploración radiológica dinámica de la deglución con marcador de bario en distintas consistencias y volúmenes. Permite estudiar en tiempo real todas las estructuras que participan en las etapas de la deglución, tanto desde el plano lateral como desde el plano antero-posterior. Es un examen altamente sensible que ha sido considerado el “*gold standard*” en el estudio de la disfagia (Nazar & cols, 2009). Según

Zambrana-Toledo (2001), esta evaluación puede detectar: alteraciones anatómicas y neuromusculares; la deglución con distintos tipos de alimentos; la localización del problema (en las etapas de la deglución); el tiempo para la deglución completa; las penetraciones y aspiraciones, y la eficacia de algunas maniobras y cambios posturales permitiendo la valoración de algunas técnicas rehabilitadoras.

Sin embargo, la videofluoroscopia no está exenta de limitaciones, como son la exposición a radiación, la necesidad de desplazar al paciente a la unidad de radiología, la capacidad del paciente de seguir órdenes simples y el tiempo requerido en realizarse. Además, este examen no replica las condiciones fisiológicas en que se encuentra rutinariamente el paciente (Nazar & cols, 2009).

b) Manometría faríngea: Mide los cambios de presión creados por el desplazamiento de los líquidos que pasan por un tubo, el cual es introducido vía bucal o nasal. En su interior lleva transductores de presión capaces de medir las tensiones internas (Florín & cols, 2004).

La manometría intraluminal puede identificar la fuerza de la contracción faríngea, la relajación completa del esfínter esofágico superior y el tiempo relativo de estos dos eventos. Esto puede ser útil para el hallazgo en algunas condiciones patológicas tales como la cuantificación de la debilidad faríngea en la distrofia muscular oculofaríngea (Crivelli, 1999).

c) Evaluación endoscópica a través de nasolaringofibroscofia: También llamada FEES por sus siglas en inglés (*Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing*), se realiza con un nasofaringolaringoscopio flexible. Es un procedimiento seguro, bien tolerado, ampliamente disponible, en el que se utilizan diversas consistencias de alimento en volúmenes progresivos pudiendo realizarse junto a la cama del paciente con una duración aproximada de 20 minutos. A diferencia de la videofluoroscopia, permite evaluar la presencia de secreciones faríngeas (Donzelli *et al*, 2003). Además, es un procedimiento útil para valorar a los pacientes con sospecha clínica de aspiración y trastornos de la deglución (Giorge, 2007).

### **3. NASOLARINGOFIBROSCOPIA**

La evaluación clínica de la deglución, si bien es económica y disponible, tiene una validez limitada y su interpretación es muy variable (Nazar & cols, 2008), por lo que requiere de una evaluación instrumental que permitirá conocer con mayor certeza cuál es la situación anátomo-funcional de la deglución. Es por esto que desde 1988, el uso de la nasolaringofibroscofia ha aumentado como una herramienta evaluativa instrumental de la disfagia orofaríngea (Langmore, 2003).

Langmore (1991) y Murray (1996), señalan que el objetivo de la nasolaringofibroscofia es identificar tres aspectos. En primer lugar, permite detectar la incapacidad o el retraso excesivo en el inicio de la deglución faríngea; en segundo lugar, se determina el residuo alimenticio dentro de la cavidad faríngea después de la deglución y por último, se anticipa el riesgo de aspiración, el cual se puede deducir por el acúmulo de secreciones orofaríngeas y restos de contraste a nivel subglótico post deglución -penetración- (en Terré, 2009). Lo anterior permite interpretar la naturaleza del problema de la deglución y planificar las intervenciones terapéuticas (Terré, 2009).

#### **3.1 Descripción del procedimiento**

El nasolaringofibroscofia es operado generalmente por el otorrinolaringólogo, quien introduce el instrumento por una narina del paciente hasta el *cavum* (nasofaringe), con una visión directa de la faringolaringe; continúa en dirección caudal situándose a nivel del paladar blando para visualizar la base de la lengua, epiglotis, pared faríngea superior y debajo de la epiglotis para observar el vestíbulo laríngeo (Terré, 2009). Se debe valorar la presencia o no de lesiones orgánicas y alteraciones funcionales de la faringolaringe, tanto en inspiración como en fonación (Arteaga & cols, 2006). El paciente se encuentra en posición sentada para así, poder introducir el nasofibroscofia en una posición más elevada, -a través del meato medio- (Daniels, 2006). Se debe considerar que, para realizar esta evaluación, el paciente debe estar estable, y con el mejor estado de conciencia posible para cooperar con las instrucciones (Cabezón & cols, 2011).

Luego de visualizar la anatomía faringolaríngea se deben evaluar funcionalmente las características del sello faríngeo, correcta aducción del constrictor superior y elevación posterior del paladar blando; a nivel de la epiglotis se visualiza la glotis examinando, su función de aducción cordal a través de fonación de la vocal “a”. Al momento del disparo del reflejo deglutorio no se pueden observar los importantes eventos que se producen, puesto que ocurre el cierre faríngeo alrededor del nasolaringofibroscopio bloqueando la imagen (Terré, 2009).

El disparo del reflejo deglutorio, anteriormente mencionado, provoca la obstrucción de la luz que detiene la visualización de la deglución, lo que podría conducir a error en el diagnóstico otorgando falsos negativos. En otras palabras, el paciente podría presentar aspiración silente, la que pasa inadvertida puesto que no estimula el reflejo de tos, comprometiendo así la seguridad de la deglución. Por esta razón es imperativo investigar la presencia de azul de metileno bajo las cuerdas vocales después de deglutir (Vandemeulebroecke *et al*, 2007). Posteriormente, se evalúa la sensibilidad laríngea tocando el repliegue ariepiglótico para evaluar el reflejo laríngeo aductor, esto también se puede realizar mediante la inyección de aire -técnica de FEESST: *Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing whit Sensory Test*- (Beltrán & cols, 2007).

Una vez observadas las estructuras y sus características, se iniciará la exploración con una deglución seca, observando el manejo de la saliva, aparición de tos y capacidad para aclarar la garganta después de la deglución. Si se considera segura, se proseguirá la exploración con alimento, en general se evalúan diversas viscosidades o consistencias (papilla, sólido y líquido) con bolos de volúmenes crecientes (3, 5, 10 y 15 ml), a los cuales se les aplica tinción azul con algún colorante de origen vegetal; de esta forma contrastará con el color de la mucosa y de las secreciones del tracto. Para efectos de este estudio, los volúmenes a emplear son 1, 3 y 5 ml., dado que corresponden al modo en que se otorga el alimento al paciente (en cuchara pequeña). Se solicita al paciente mantener el bolo en la boca durante unos segundos y a continuación se le indica que degluta, para poder observar la parte posterior de la lengua evaluando el sello glosopalatal y la posible caída de parte del bolo teñido dentro de la

vía aérea -aspiración predeglutoria- (Terré, 2009). Cabe destacar que es imposible visualizar directamente la aspiración de alimento con este procedimiento.

Corresponde, posteriormente, examinar el aspecto interno de epiglotis, pliegues aritenoepiglóticos y cuerdas vocales verdaderas, para detectar la presencia o ausencia de restos de bolo con contraste; la existencia de coloración intratraqueal es un indicador de aspiración. Luego se le pide al paciente que tosa, si se observa salida de material teñido de azul por el traqueostoma, ello indicará aspiración (Saeian & Shaker, 2004).

Por último, se verifica la presencia o ausencia de residuo en los senos piriformes y vallécula (Saeian & Shaker, 2004). Por lo tanto, es necesario observar, para cada consistencia, las siguientes conductas según plantea Nazar (2008):

- Derrame posterior (*spillage* en inglés): corresponde a la permanencia del bolo alimentario en hipofaringe (senos piriformes) antes del inicio de la etapa faríngea de la deglución.
- Residuos: persistencia de alimento en las paredes faríngeas, senos piriformes o valléculas después de producida la deglución.
- Penetración laríngea: entrada de alimento al vestíbulo laríngeo, por sobre el nivel de las cuerdas vocales verdaderas.
- Reflujo: la regurgitación de alimento desde el esófago de regreso a la laringo-faringe.

Nazar (2008) además indica que:

(...) El grado de severidad de estos hallazgos la determina el evaluador en forma subjetiva, según una estimación de la cantidad de alimento que penetra o es aspirado a la vía aérea o del tiempo que permanece el alimento en hipofaringe previo a la deglución (derrame) o posterior a ésta (residuos) (Nazar & cols, 2008:134).

Como se ha señalado en el apartado anterior, al determinar los grados de severidad de disfagia además deben considerarse las anomalías pesquisadas en las etapas anteriores a la faríngea.

Por su parte, Langmore (2003) valora en el proceso de evaluación de la disfagia el quehacer fonoaudiológico, destacando que este profesional está capacitado para identificar los problemas de deglución y para comprender la naturaleza del problema. Nazar (2008) agrega que el fonoaudiólogo cumple un papel importante en las evaluaciones endoscópicas, para determinar en conjunto con el otorrinolaringólogo los volúmenes, consistencias y maniobras deglutorias a incorporar en el paciente, así como para planificar el tratamiento a seguir. Ambos profesionales se encargan de la evaluación y el tratamiento de disfagia, además, el manejo de los pacientes con trastornos de la deglución orofaríngea es multidisciplinario incluyendo a otros profesionales como: nutricionista, médico fisiatra, radiólogo, kinesiólogo, terapeuta ocupacional y enfermera.

### **3.2 Comparación entre Nasolaringofibroscopía y Videofluoroscopia**

Murray (1999), refiere que ambas técnicas, nasolaringofibroscopía y videofluoroscopia, presentan objetivos similares, puesto que los componentes de evaluación son comunes, tales como: identificación de anatomía normal y anormal; movimientos estructurales; coordinación temporal entre los movimientos anatómicos y el avance del bolo hacia la vía aerodigestiva (reconfiguración faríngea). Ambos son métodos que evalúan la eficacia de la deglución ajustando los volúmenes, consistencias y grado de liberación del bolo, además de encargarse de los ajustes posturales y de la implementación de las maniobras terapéuticas (Macedo *et al*, 2000).

Las ventajas del FEES en relación a la videofluoroscopia son: no irradia; evalúa las cuerdas vocales y anatomía orofaríngea; explora la sensibilidad de las estructuras laríngeas y faríngeas (Aviv *et al*, 1996); es portátil pudiendo realizarse al lado de la cama del paciente; mínimamente invasivo y de bajo costo (Vandemeulebroecke *et al*, 2007). Por último, es un

examen bien tolerado por el paciente, por lo que es posible repetirlo fácilmente (Velasco & cols, 2007).

Las desventajas que presenta la nasolaringofibroscofia son: no permite evaluar el manejo del bolo en la cavidad oral; no valora la información en relación al grado de constricción faríngea, la apertura del esfínter esofágico superior ni la elevación del hioides/laringe durante la deglución; no logra determinar la aspiración del bolo durante o próximo al disparo del reflejo deglutorio (aunque puede inferirse después de la deglución por inspección de las estructuras laríngeas) y en algunos pacientes puede interferir con la deglución y resultar incómodo, impidiendo su tolerancia (Leonard, 2008).

#### **4. LOS TRASTORNOS DE LA DEGLUCIÓN EN DIFERENTES AFECCIONES NEUROLÓGICAS**

Existe una extensa variedad de trastornos neurológicos que pueden causar disfagia orofaríngea (Daniels, 2006); estos pueden ser clasificados como degenerativos y no degenerativos. De acuerdo a su presentación clínica, dichos trastornos son subclasificados según los componentes funcionales del proceso de deglución que afecten preponderantemente en cada uno de ellos o a la reversibilidad del cuadro. Sin embargo, la alteración neurológica de la deglución no es específica del trastorno que la determina (González & Bevilacqua, 2009).

Según González (2009), de acuerdo a la forma de instauración de la disfagia, se pueden definir dos grupos de patologías:

- a) Condiciones que ocurren en forma aguda y que tienden a recuperarse al menos en forma parcial (Accidente Cerebro Vascular ACV, Traumatismo Encéfalo Craneano TEC, entre otras).
- b) Los cuadros degenerativos, subagudos o crónicos, generalmente progresivos (esclerosis lateral amiotrófica, distrofia orofaríngea, demencias, entre otras).

c) Asimismo, existen enfermedades en las que, independientemente de la forma de instauración de la disfagia, pueden tener un carácter reversible una vez que son diagnosticados y tratados adecuadamente -Miastenia Gravis, Siringomielia, entre otras- (Rosenfield & Borroso, 1996).

A continuación, serán abordadas las enfermedades neurológicas que cursan con trastorno de la deglución, las cuales se presentan en pacientes hospitalizados en los servicios de salud de Chile.

#### **4.1 Disfagia y Accidente Cerebrovascular (ACV)**

El ACV corresponde a la causa más frecuente de disfagia de origen neurológico (Bernabeu, 2002). Este evento se encuentra dividido en ACV hemorrágico y en ACV isquémico; los ACV hemorrágicos, son generalmente más discapacitantes que los isquémicos y, por tanto, la probabilidad de causar disfagia es mayor (Paciaroni, *et al*, 2004). En cuanto a su topología, los trastornos cerebrovasculares que afectan el bulbo raquídeo o el troncoencéfalo son en términos generales más severos, ya que afectan las estructuras involucradas en el control automático de la deglución, los cuales son el núcleo del tracto solitario y el núcleo ambiguo (González & Bevilacqua, 2009).

##### Efectos de lesiones a nivel cortical

Los accidentes cerebrovasculares que afectan los hemisferios bilateralmente se encuentran asociados a una incidencia mayor de disfgias y de mayor gravedad que las disfgias producidas por un ACV unilateral (Groher, 1997). Entre los ACV unilaterales, Robbins (1993), comenta diferencias entre las alteraciones de las disfgias de pacientes con lesiones en el hemisferio izquierdo y aquellos que tienen lesión en el hemisferio derecho.

En el hemisferio izquierdo se produce una apraxia de la deglución de leve a severa, que se caracteriza por dificultad para iniciar la etapa oral voluntaria. Se puede presentar un leve retardo en el tránsito oral (de 3 a 5 segundos) y en el inicio del reflejo faríngeo (de 2 a 3

segundos); usualmente la deglución faríngea es normal (Carrau & Murray, 2006). En cambio, en el hemisferio derecho, las lesiones determinan un leve retardo en el tránsito oral (de 2 a 3 segundos) y un retardo en el inicio del reflejo deglutorio -de 3 a 5 segundos- (Logemann, 1998), con un retraso en el tiempo de tránsito faríngeo y el consiguiente riesgo de aspiración (Mann, *et al*, 1999).

#### Efectos de lesiones a nivel de la sustancia blanca subcortical

Cuando la lesión se encuentra a nivel subcortical se afectan las conexiones motoras y sensoriales.

- Se observa un leve retardo de 3 a 5 segundos en el tránsito oral y en el inicio del reflejo faríngeo (Logemann, 1998).

#### Efectos de lesiones en distintos niveles del troncoencéfalo

Según Bernabeu (2002), al momento del disparo del reflejo de deglución faríngea, los pacientes con este tipo de lesiones usualmente presentan:

(...) Una reducción de la elevación laríngea y ascenso anterior, que contribuye a reducir la apertura de la región cricofaríngea, con el síntoma de colección residual de alimentos en el seno piriforme, principalmente en un lado. Debilidad faríngea unilateral, que contribuye a que se acumulen alimentos en el seno piriforme de un lado y reduce la apertura cricofaríngea -la presión del bolo contribuye a la apertura cricofaríngea- (Bernabeu, 2002:56-57).

Según localización de la lesión, se presentan signos y síntomas diferenciados, los cuales son:

- Área bulbar: se presenta como una disfagia severa, inicialmente hay ausencia del reflejo faríngeo. Luego de dos semanas aparece el reflejo deglutorio con un significativo

retardo en el inicio de 10 a 15 segundos o más, reducida elevación laríngea, parálisis faríngea uni o bilateral (Logemann, 1998).

– Protuberancia: presencia de retardo o ausencia del reflejo faríngeo, parálisis faríngea unilateral (espasticidad) y reducida elevación laríngea con disfunción cricofaríngea (Murray & Carrau, 2006).

#### **4.2 Disfagia y Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC)**

Los pacientes que han sufrido un TEC pueden presentar dificultad para deglutir con distintas características según la localización de las lesiones; aun así Aguilar (2006) propone, de acuerdo a estudios videofluoroscópicos, alteraciones en la deglución desde la más frecuente a la menos frecuente:

- a) Tránsito oral prolongado.
- b) Respuesta faríngea deglutoria ausente o retrasada.
- c) Disminución en el control lingual (con una disminución del movimiento anteroposterior de la base de la lengua hacia la pared faríngea).
- d) Reducción en la contracción faríngea.
- e) Acúmulo de bolo alimentario en la vallécula y en el seno piriforme.
- f) Pobre retracción de la base de la lengua conjuntamente con una disminución de la elevación laríngea.

### **4.3 Disfagia y Enfermedad de Parkinson (EP)**

La disfagia no es un síntoma temprano ni predominante (Bernabeu, 2002), puesto que inicialmente se afecta la habilidad de iniciar y coordinar acciones motoras complejas, lo que ocasionará posteriormente una alteración en la deglución tanto en la etapa oral como faríngea (Peña & Machica, 2009). Fuentealba (2009), plantea que a pesar del temblor e incoordinación, alrededor de la mitad de los pacientes no presentan alteraciones en la etapa preparatoria oral; sin embargo, es bien conocido que puede presentarse en todas las etapas de la deglución (Ali, *et al*, 1996) y que los pacientes permanecen asintomáticos en muchos casos y, a menudo, son poco conscientes del problema (Monte, *et al*, 2005).

Las principales alteraciones descritas en EP son:

- Movimiento repetitivo del bolo de anterior a posterior.
- Retardo en el inicio del reflejo faríngeo (de 2 a 3 segundos).
- Contracción faríngea reducida.
- Elevación y cierre laríngeo reducidos (González & Bevilacqua, 2009).
- Aumento de la duración de los movimientos laríngeos.
- En la etapa esofágica, la relajación cricofaríngea es lenta y existe una reducción de los movimientos esofágicos (Bayés-Rusiñol & cols, 2011).

### **4.4 Disfagia y Enfermedad de Alzheimer (EA)**

La enfermedad de Alzheimer es una demencia que se acompaña en etapas avanzadas de alteraciones motoras entre las que se puede observar dificultad para tragar. Ésta es una afección cerebral progresiva y degenerativa que afecta a nivel cognitivo: la memoria, el

pensamiento y la conducta; y a nivel del tejido cerebral se observan: nudos neurofibrilares, placas neuríticas y placas seniles (Goldblum, *et al*, 1996).

En estos pacientes las alteraciones de la deglución más comúnmente observadas son (Carrau & Murray, 2006):

- Agnosia para la comida (perdida del reconocimiento visual de la comida).
- Apraxia de la deglución.
- Reducción en los movimientos de la lengua.
- Retardo en el inicio del reflejo faríngeo.
- Alteraciones motoras en la faringe
- Debilidad faríngea bilateral.
- Reducida elevación laríngea.

#### **4.5 Disfagia y Esclerosis Múltiple (EM)**

La Esclerosis Múltiple (EM) es una enfermedad del Sistema Nervioso Central (SNC) que afecta al cerebro y la médula espinal. Se considera una enfermedad desmielinizante por lesiones limitadas a la sustancia blanca del SNC y pérdida de la mielina (Peña & Machica, 2009). Evoluciona de forma crónica, habitualmente, con un curso de brotes y remisiones de los signos y síntomas. Afecta a personas jóvenes y su etiología es autoinmune (Terré-Boliart & cols, 2004).

Clínicamente, se ha observado que las personas con EM en fases avanzadas presentan problemas de deglución; sin embargo, no se conoce su frecuencia real (Wiesner, *et al*, 2002).

La severidad depende de la localización de la alteración en el SNC; así, cuando se produce una afectación bilateral de haz piramidal, alteración del cerebelo o afectación múltiple de pares craneales, existirá una disfunción más severa de la deglución (Bernabeu, 2002). Las principales dificultades observadas en relación con esta enfermedad son (Daniels, 2006):

- a) Control lingual reducido.
- b) Retardo en el inicio del reflejo faríngeo.
- c) Reducción en la contracción faríngea.
- d) Falta de cierre laríngeo.

#### **4.6 Disfagia y Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)**

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad degenerativa de la neurona motora, rápidamente progresiva. Es menos frecuente que el Parkinson, presentándose en la sexta década de vida y es usual que curse con disfagia. Presenta degeneración corticobulbar que se manifiesta con disartria y con dificultades en el tránsito oral (Puling & Prosiegel, 2002).

Esta patología se presenta de dos formas dependiendo del nivel afectado, con las que se inician los signos y síntomas. En su forma espinal (más frecuente), suele cursar inicialmente con debilidad muscular asimétrica, atrofia muscular, fasciculaciones, espasticidad y calambres. En su forma bulbar, produce problemas para articular las palabras, disfagia y sialorrea por afectación motora de los pares craneales V, VII, X, XI y XII. No obstante, en la enfermedad avanzada, la disfagia aparece igualmente en las formas espinales, por lo que se requiere un manejo similar a la forma bulbar (Puling & Prosiegel, 2002).

Bernabeu (2002) clasifica las alteraciones de la deglución presentes en ELA según la localización de la lesión. Por un lado, en la afectación cortico-bulbar se observan:

- Reducción de la movilidad lingual.
- Dificultad para lateralizar comida en la mandíbula.
- Menor control del bolo en la cavidad oral (inicialmente existe más dificultad con alimentos espesos).
- Alteración de la función del velo del paladar.
- Reducción de la elevación laríngea, alterándose el cierre de la vía aérea durante la deglución con aspiración de material después de la deglución.

Por otro lado, en la afectación cortico-espinal, los cambios en la deglución aparecen años después del diagnóstico, presentando (Bernabeu, 2002):

- Reducción del movimiento velar
- Reducción de la contracción de la pared faríngea.

#### **4.7 Disfagia y Miastenia Gravis**

La Miastenia Gravis es una enfermedad autoinmune, cuyos síntomas son debidos a la producción de autoanticuerpos antirreceptor de acetilcolina de la membrana postsináptica afectando la placa neuromuscular. Su síntoma más frecuente es la fatigabilidad muscular (Llabrés *et al*, 2005). En relación a la deglución, la musculatura más afectada es la del paladar blando lo que puede producir penetración nasal de alimentos durante la deglución, provocando la caída del bolo hacia la vía aérea por efecto de la gravedad. En algunos pacientes puede estar afectada la peristalsis faríngea, produciendo dificultad para movilizar los alimentos a través de la faringe (Gonzalez & Bevilacqua, 2009).

Los estudios videofluoroscópicos ponen de manifiesto las siguientes alteraciones, según Bernabeu (2002):

- Movimientos de la lengua lentos y débiles, que además empeoran con las degluciones sucesivas.
- Residuos alimenticios en la orofaringe y vallécula.
- Incapacidad de limpiar la vallécula o de repetir degluciones (cuando la enfermedad se encuentra en un grado moderado o severo).

#### **4.8 Disfagia y Tumores Cerebrales**

Daniels (2006), plantea que los tumores cerebrales pueden dar lugar a disfagia dependiendo de qué región del cerebro esté afectado. Histológicamente, los tumores cerebrales pueden ser benignos o malignos; sin embargo, el área que abarque el tumor, junto con la naturaleza de éste, puede provocar una disfunción neurológica significativa; conduciendo a la presencia de disfagia cuando el tumor daña regiones cerebrales implicadas en la deglución. A diferencia de las etiologías agudas de la disfagia, los trastornos de la deglución secundarios a un tumor cerebral pueden ser progresivos a medida que aumenta la invasión tumoral. Cabe destacar que las modalidades de tratamiento para el tumor incluyendo la cirugía y la radioterapia pueden afectar la deglución.

Los contenidos expuestos en este apartado teórico son necesarios para comprender la importancia de la deglución, su evaluación y diagnóstico. En el caso que se presente disfagia orofaríngea en pacientes con afecciones neurológicas, la evaluación de la deglución tiene como objetivo establecer las indicaciones que propicien una alimentación segura y nutritiva. Este apartado otorga las bases teóricas necesarias para comprender el estudio que se presentará a continuación.

## II. MARCO METODOLÓGICO

La metodología aplicada para la presente investigación se ciñó a los requerimientos formales y científicos para realizar la creación de un instrumento de evaluación en el área de la salud. De esta manera, se presentarán a continuación los procedimientos por los que se guió este estudio. A saber, se plantea, en primer lugar, el planteamiento del problema; en segundo lugar, los objetivos; en tercer lugar, el tipo de estudio; en cuarto lugar, la descripción de las muestras; en quinto lugar, las unidades de información; en sexto lugar, las categorías de la versión inicial del protocolo; en séptimo lugar, el instrumento de recopilación de información; en octavo lugar, las herramientas utilizadas; posteriormente, las descripción del trabajo de campo y; finalmente, los materiales utilizados en las entrevistas y en el proceso de pilotaje.

### 1. Planteamiento del problema

#### 1.1 Pregunta de investigación

¿Será posible y necesario construir un protocolo evaluativo clínico e instrumental de la deglución usando un nasolaringofibroscopio, para los pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica que se encuentran en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso?

Actualmente, de acuerdo a la bibliografía revisada para esta investigación, son escasos los estudios que identifiquen los criterios por los que se debe evaluar la función deglutoria con el fin de diagnosticar disfagia orofaríngea en pacientes con afecciones neurológicas. A nivel nacional, “La disfagia neurogénica es un problema común en los pacientes tras un Accidente Cerebro Vascular (ACV)...” (Florin & cols, 2004:5) por lo que el Ministerio de Salud (MINSAL) establece en su “Guía clínica del ACV isquémico en el adulto” (2006) que: “La deglución debe ser evaluada en todo paciente con ACV, mediante el uso de un protocolo simple y validado, por personal debidamente entrenado, antes de intentar reiniciar alimentación por boca” (MINSAL, 2006:8). De este modo, se plantea la necesidad de construir un protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución, para el Hospital Carlos Van

Buren, cuya institución de salud actualmente carece de un protocolo de evaluación de deglución a través de nasolaringofibroscopía.

## **1.2 Justificación**

El examen nasolaringofibrosκόpico fue el elegido para esta investigación, puesto que permite a los profesionales evaluadores (otorrinolaringólogos y fonaudiólogos) apreciar las estructuras involucradas en la deglución tanto en su anatomía como en su funcionalidad, y con esto obtener información más objetiva que la entregada por la evaluación clínica. Además, el instrumento es fácilmente trasladable a la cama del paciente hospitalizado, no ocasiona efectos secundarios y constituye un bajo costo económico para la institución. Actualmente, la nasolaringofibroscopía se utiliza en el Hospital sin un protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución que defina criterios de ambas disciplinas para el diagnóstico de la disfagia orofaríngea neurogénica, surgiendo así, la necesidad de crear un protocolo para el Hospital.

La implementación del protocolo creado en este estudio, pretende guiar la evaluación instrumental nasolaringofibrosκόpica de la deglución enfatizando en la funcionalidad, eficacia y seguridad de este acto, e incorporando los aspectos clínicos importantes de valorar. Así, la utilización de este protocolo será una herramienta más de obtención de información, la cual permitirá a los profesionales realizar un diagnóstico certero que orientará el manejo intrahospitalario del paciente de manera más eficaz.

Si bien existen protocolos de evaluación de la deglución a través de nasolaringofibroscopía, el creado en este estudio constituye, por un lado, una recopilación bibliográfica actualizada y completa y, por otro lado, considera aportes de expertos en la evaluación de la deglución. Además, todo el proceso de creación del protocolo se enfocó en las necesidades propias de los pacientes y profesionales del Hospital Carlos Van Buren, por lo que resulta una pauta evaluativa idónea para dicha institución de salud.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

Crear un protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución que guíe la aplicación de la nasolaringofibroscofia, para pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Reconocer los criterios clínicos e instrumentales, a través de referencias bibliográficas, para conformar las categorías que componen la primera versión del protocolo evaluativo.
  
- b) Determinar la segunda versión del protocolo evaluativo, considerando las sugerencias de contenido y forma a las categorías de la primera versión del protocolo, realizadas por los profesionales del juicio de expertos y por las investigadoras.
  
- c) Determinar la tercera versión y final del protocolo evaluativo, considerando las modificaciones de contenido y forma a las categorías de la segunda versión del protocolo, realizadas por los profesionales participantes del proceso de pilotaje.

## **3. Tipo de estudio**

### **3.1 Enfoque**

El enfoque del estudio es cualitativo, puesto que “se basa en métodos de recolección de datos sin mención numérica, como las descripciones y las observaciones. (...) Su propósito consiste en “reconstruir” la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido” (Hernández & cols, 2003:5). Para este estudio, se determinaron las categorías del protocolo recabando información bibliográfica actualizada y protocolos de

evaluación ya existentes. Además, se recabó información a través de entrevistas realizadas a expertos en el área de la deglución y a profesionales participantes en el proceso de pilotaje.

### **3.2 Alcance**

El alcance del estudio es descriptivo, puesto que “en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así (valga la redundancia) describir lo que se investiga.” (Hernández & cols, 2006:102). En el caso de nuestro estudio, se busca describir los procesos a seguir para evaluar la funcionalidad de la deglución a través de la nasolaringofibroscofia, estudiando las características relevantes que deben ser incluidas y consideradas para llegar al diagnóstico de disfagia.

### **3.3 Diseño**

El diseño del estudio correspondió a una investigación-acción puesto que:

(...) La finalidad es resolver problemas cotidianos e inmediatos (Álvarez-Gayou, 2003) y mejorar prácticas concretas. Su propósito fundamental se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales. Sandín (2003, P. 161) señala que la investigación-acción pretende esencialmente “propiciar el cambio social, transformar la realidad y que las personas tomen conciencia de su papel en ese proceso de transformación” (Hernández & cols, 2006:706).

En la actualidad, existen ocasiones en las que la evaluación clínica del paciente con disfagia no basta para la confirmación diagnóstica, lo cual dificulta la toma de decisiones por parte de los profesionales de salud. Es por esto, que se requiere una evaluación instrumental que ayude a los profesionales a especificar las alteraciones deglutorias del paciente hospitalizado. En consecuencia, la presente investigación busca guiar la evaluación de la deglución incluyendo criterios clínicos e instrumentales por medio de la nasolaringofibroscofia, fomentando así, un trabajo interdisciplinario.

#### **4. Descripción de las muestras**

##### **Muestra 1: Fonoaudiólogos que trabajen en el área de deglución en cualquier institución de salud**

La Muestra 1 corresponde a profesionales fonoaudiólogos que se desempeñan en el área de la deglución. Estos profesionales forman parte del juicio de expertos, puesto que se encuentran capacitados para evaluar las categorías que componen el protocolo en su versión inicial.

**Tipo de muestra:** No probabilística, de diseño muestra por cuotas. Corresponde a este tipo de muestreo, ya que los profesionales debieron cumplir con ciertos requisitos de inclusión y exclusión para ser partícipes del estudio. Son profesionales dedicados al área de la deglución, quienes aportaron los conocimientos para reformular la versión inicial del protocolo evaluativo.

**Tamaño de muestra:** 9 fonoaudiólogos.

##### **Criterios de inclusión**

- a) Fonoaudiólogos que se dediquen en su totalidad o en parte al área de la deglución en cualquier institución de salud.
- b) Fonoaudiólogos con al menos un año de experiencia laboral en el área de la deglución.

##### **Criterios de exclusión**

- a) Fonoaudiólogos que no se dediquen al área de la deglución.
- b) Fonoaudiólogos dedicados al área de la deglución con menos de un año de experiencia laboral.

- c) Fonoaudiólogos que trabajen en el Hospital Carlos Van Buren.

**Muestra 2: Otorrinolaringólogos que trabajen en el área de deglución en cualquier institución de salud**

En la Muestra 2 corresponde a profesionales otorrinolaringólogos que se desempeñan en el área de la deglución. Estos profesionales forman parte del juicio de expertos, puesto que se encuentran capacitados para evaluar las categorías que componen el protocolo en su versión inicial.

**Tipo de muestra:** No probabilística, de diseño muestra por cuotas. Corresponde a este tipo de muestreo, ya que los profesionales debieron cumplir con ciertos requisitos de inclusión y exclusión para ser partícipes del estudio. Son profesionales dedicados al área de la deglución, quienes aportaron los conocimientos para reformular la versión inicial del protocolo evaluativo.

**Tamaño de muestra:** 4 otorrinolaringólogos.

**Criterios de inclusión**

- a) Otorrinolaringólogos que se dediquen en su totalidad o en parte al área de la deglución en cualquier institución de salud.
- b) Otorrinolaringólogos con al menos un año de experiencia laboral en el área de la deglución.

**Criterios de exclusión**

- a) Otorrinolaringólogos que no se dediquen al área de la deglución.

- b) Otorrinolaringólogos dedicados al área de la deglución con menos de un año de experiencia laboral.
- c) Otorrinolaringólogos que trabajen en el Hospital Carlos Van Buren.

### **Muestra 3: Investigadoras que desarrollan este estudio**

La Muestra 3 se compone por las investigadoras, quienes seleccionaron la información otorgada por los participantes del juicio de expertos y realizaron nuevos aportes para obtener la segunda versión del protocolo evaluativo.

**Tipo de muestra:** No probabilística. Son estudiantes tesistas de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, cuya finalidad fue seleccionar los aportes otorgados por la Muestra 1 y la Muestra 2 para reestructurar las categorías de la versión inicial del protocolo. Además de lo anterior, realizaron nuevos aportes de contenido y forma, obteniendo así, una segunda versión del protocolo, la que será aplicada en el proceso de pilotaje.

**Tamaño de muestra:** 3 estudiantes tesistas.

### **Muestra 4: Fonoaudiólogo y otorrinolaringólogo que trabajen en el área de deglución en el Hospital Carlos Van Buren**

La Muestra 4 corresponde a los profesionales fonoaudiólogo y otorrinolaringólogo, quienes se desempeñan en el área de la deglución en el Hospital Carlos Van Buren. Por lo anterior, los integrantes de esta muestra se encuentran capacitados para aplicar el protocolo a un paciente con disfagia. Posterior a este proceso de pilotaje realizaron nuevos aportes, logrando con ellos, la versión final del protocolo.

**Tipo de muestra:** No probabilística, de diseño muestra por cuotas. Corresponde a este tipo de muestreo, ya que los profesionales participantes cumplen con ciertos requisitos de

inclusión y exclusión para ser partícipes del estudio. Son profesionales dedicados al área de la deglución, quienes realizaron el proceso de pilotaje y aportaron la información que modificó el protocolo utilizado, conformándose así, la tercera versión y final del protocolo evaluativo.

**Tamaño de muestra:** 1 fonoaudiólogo y 1 otorrinolaringólogo.

#### **Criterios de inclusión**

- a) Profesionales que se dediquen en su totalidad o en parte al área de la deglución.
- b) Profesionales que trabajen en el Hospital Carlos Van Buren.

#### **Criterios de exclusión**

- a) Profesionales que no se dediquen al área de la deglución.
- b) Profesionales que no trabajen en el Hospital Carlos Van Buren.

#### **5. Unidades de información**

- a) Profesora fonoaudióloga guía.
- b) Investigadora.
- c) Fonoaudiólogo.
- d) Otorrinolaringólogo.
- e) Paciente con diagnóstico de disfagia orofaríngea neurogénica.

## 6. Categorías

A continuación, se presentan las categorías incluidas en la versión inicial del protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscopía, que fueron consideradas relevantes según las investigadoras, en base a la bibliografía existente. Esta información fue escogida y presentada a expertos en el área de la deglución (Muestra 1 y Muestra 2) esperando ser aprobada y mejorada según sus conocimientos.

- Antecedentes personales: nombre, vía de alimentación, médico otorrinolaringólogo, modalidad, edad, fecha y evaluadores.
- Antecedentes clínicos: mórbidos, disartria y diagnóstico neurológico.
- Antecedentes de pacientes traqueostomizados (TQT): fecha de traqueostomía, cuff inflado y secreciones aspiradas previas.
- Anatomía: forma y posición de epiglotis, simetría de espacio vallecular y senos piriformes, simetría de base de la lengua, edema, traumatismo por intubación y cuerdas vocales.
- Escala de sensibilidad: nula, escasa, normal e hipersensibilidad.
- Escala de manejo de secreciones: normal; acúmulo salival fuera de vestíbulo laríngeo en momentos; acúmulo salival transitorio en vestíbulo laríngeo con rebasamiento ocasional, puede aclarar; y retención salival en vestíbulo constante, no puede aclarar.
- Proceso de deglución.
- Etapa preparatoria oral: sialorrea, xerostomía, mastica y escape oral anterior.
- Etapa oral: dificultad de inicio y lentitud.

- Etapa faríngea/ Escala de manejo del bolo: normal; acúmulo de alimento fuera de vestíbulo laríngeo en momentos; acúmulo de alimento transitorio en vestíbulo laríngeo con rebasamiento ocasional, puede aclarar; y retención de alimento en vestíbulo constante, no puede aclarar.
- Evaluación con consistencias: retardo en motilidad laríngea, reflejo de deglución, elevación laríngea, signos de penetración, degluciones múltiples, regurgitación nasal, tos post deglución, voz húmeda post deglución y residuos de alimento en cavidad oral.
- TQT: salida de secreciones por cánula post deglución y secreciones aspiradas por kinesiólogo post deglución.
- Saturación: saturación O2 inicial, final y variación de O2.
- Observaciones: impedimentos para realizar examen, apoyo respiratorio, coopera y otras.
- Diagnóstico.
- Indicaciones.

## **7. Instrumento de recolección de información**

Investigadoras: Quienes recabaron información para construir el protocolo de evaluación, además, seleccionaron la información obtenida a través del juicio de expertos y de los profesionales participantes en la aplicación del protocolo durante el proceso de pilotaje en el Hospital Carlos Van Buren.

## **8. Herramientas**

- a) Documentos bibliográficos consultados para la creación de la versión inicial del protocolo de evaluación.
- b) Entrevista personal a cada otorrinolaringólogo y fonoaudiólogo participante del juicio de expertos.
- c) Registro en formato de audio de las entrevistas realizadas en el juicio de expertos.
- d) Bitácora compuesta por las transcripciones de las entrevistas realizadas en el juicio de expertos.
- e) Bitácora compuesta por la transcripción de la reunión realizada por las investigadoras, posterior al juicio de expertos, en la que se definieron los cambios propuestos por ellas.
- f) Registro en formato de audio-video realizado en la evaluación del proceso de pilotaje.
- g) Entrevista personal al otorrinolaringólogo y a la fonoaudióloga participantes del proceso de pilotaje.
- h) Registro en formato de audio de las entrevistas realizadas a los profesionales participantes del proceso de pilotaje.
- i) Bitácora compuesta por la transcripción de lo observado en el registro de audio-video del proceso de pilotaje.
- j) Bitácora compuesta por las transcripciones de las entrevistas realizadas a los profesionales participantes del pilotaje.

## **9. Trabajo de campo**

La creación del protocolo surge por la necesidad de una pauta de evaluación de deglución clínica, instrumental e interdisciplinaria en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Luego de identificada la necesidad antes mencionada, se realizaron conversaciones informales con los profesionales que estarían involucrados (otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos del Hospital), quienes apoyaron la iniciativa para poder llevar a cabo el estudio en la institución.

Una vez establecida la disponibilidad y el interés por parte del personal, se obtuvieron las autorizaciones a través de cartas dirigidas a los Jefes de los Servicios que podrían verse involucrados en la aplicación del proceso de pilotaje (servicios de: Neurología, Otorrinolaringología, Neurocirugía y Unidad de Cuidados Intermedios -UCIM-). Luego de haber reunido las cartas autorizadas, se adjuntaron a una solicitud de autorización dirigida al Comité Científico del Hospital. Este Comité nos convocó a una reunión donde se expuso la investigación, la que tuvo como resultado la aprobación de este estudio, que se materializó por medio de una carta.

Paralelamente a lo anterior, se recopiló la información necesaria para la creación del protocolo de evaluación de deglución a través de nasolaringofibroscopía, utilizando diversos procedimientos: revisión bibliográfica de libros, artículos científicos, tesis relacionadas de pregrado y postgrado, pautas de evaluación de deglución preexistentes -González-Toledo (2000) y Nazar & cols. (2008)- y aportes incorporados por las propias investigadoras y la fonoaudióloga guía.

El protocolo inicialmente creado necesitó ser revisado y criticado por profesionales instruidos en deglución y sus trastornos, es decir, debió ser sometido a un juicio de expertos. Los profesionales participantes, otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos externos al Hospital, fueron contactados por medio de un correo electrónico para concertar una cita personalizada. En la cita se realizó una entrevista donde contestaron verbalmente una pauta de evaluación del

protocolo; esta entrevista fue registrada mediante una grabadora de audio. La información obtenida de cada profesional fue transcrita, constituyendo la primera bitácora.

Las investigadoras fueron las encargadas de reestructurar la versión inicial del protocolo utilizando la bitácora del juicio de expertos, donde se seleccionaron los aportes que se consideraron relevantes. Además de estos cambios, se realizaron nuevos aportes por parte de las investigadoras, los que fueron obtenidos a través de una reunión que se transcribió conformando la segunda bitácora. Ambas bitácoras constituyeron la base para la creación de una segunda versión del protocolo, la que posteriormente se aplicó en el proceso de pilotaje.

El siguiente paso fue el proceso de pilotaje de aplicación del protocolo a un paciente. En esta etapa fue necesaria la utilización de materiales fonoaudiológicos y otorrinolaringológicos que conciernen la evaluación de deglución. Al respecto, cabe mencionar un impedimento en cuanto a los materiales requeridos, el nasolaringofibroscopio del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital, estaba averiado en la fecha solicitada para su utilización. Por lo anterior, solicitamos este recurso al Laboratorio de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, quienes nos facilitaron este instrumento para continuar la investigación.

El proceso de pilotaje fue realizado en el Servicio de Neurología del Hospital Carlos Van Buren y contó con la participación de: un paciente, una fonoaudióloga y un otorrinolaringólogo, quienes firmaron un asentimiento informado previo a la evaluación. El paciente de iniciales V.S. es de sexo masculino, tiene 49 años, su diagnóstico médico de ingreso fue hemorragia intracraneana talámica derecha con manifestación de hemiparesia izquierda, y al momento de la evaluación de deglución con nasolaringofibroscopía, ya había sido diagnosticado con disfagia moderada. Las indicaciones de alimentación de Don V.S., consistían en dieta blanda por vía oral sin ingesta de líquidos los que eran administrados por vía parenteral -suero-. Los datos anteriormente mencionados, fueron obtenidos por medio de su ficha clínica.

Los profesionales integrantes del par evaluador, valoraron clínica e instrumentalmente la deglución del paciente seleccionado y los hallazgos fueron consignados en el protocolo, determinando así, las indicaciones adecuadas para el paciente. Esta evaluación fue registrada en su totalidad por las investigadoras en formato de audio-video, para luego transcribirla conformando la tercera bitácora.

Luego del proceso evaluativo, se realizó una entrevista a cada profesional donde contestaron las preguntas referentes al protocolo y su aplicación en el pilotaje. Las respuestas se registraron en formato de audio y posteriormente, fueron transcritas conformando la cuarta bitácora. Finalmente, las observaciones obtenidas constituyeron la versión definitiva y final del protocolo de evaluación funcional de la deglución con nasolaringofibroscopía.

## **10. Materiales**

a) Para la realización de las entrevistas a los profesionales de salud:

- Grabadora de audio. Marca: Olympus digital voice recorder VN-3100 C.

b) Para la realización del proceso de pilotaje:

- Nasolaringofibroscopio. Marca: Pentax FNL- 7RP2
- Cámara digital. Marca: General Electric A1255.
- Oxímetro de pulso. Marca: Contec medical 50 d.
- Estetoscopio. Marca: Littman pediatric II.
- Alimento en diversas consistencias otorgadas por el Hospital (papilla: compota de frutas, sólido: pan sin sal y líquido: agua destilada).

- Cucharas plásticas con capacidad para 5 cc.
- Vasos plásticos.
- Anilina vegetal azul.
- Bajalenguas.
- Émbolos.
- Hisopos.

### III. RESULTADOS

En el presente apartado, se expondrán los resultados obtenidos según los procedimientos realizados en este estudio. En primer lugar, se construyó un protocolo para la evaluación de la deglución, tanto clínica como instrumental. En segundo lugar, el protocolo fue sometido a un juicio de expertos y modificado de acuerdo a las sugerencias planteadas por ellos; posteriormente, también fue modificado por aportes de las investigadoras estableciendo una segunda versión del protocolo. Y en tercer lugar, se aplicó el protocolo en una muestra de pilotaje a un paciente con diagnóstico de disfagia orofaríngea neurogénica por profesionales otorrinolaringólogo y fonoaudiólogo del Hospital Carlos Van Buren; luego, se efectuó una entrevista a los profesionales participantes, con el fin de establecer la versión final del protocolo evaluativo.

#### 1. Juicio de expertos

##### 1.1 Aportes realizados por Muestra 1: especificados según profesional y categoría

A continuación, se presenta la Tabla 1 que contiene las sugerencias otorgadas por 9 fonoaudiólogos y que fueron aplicadas por las investigadoras a la versión inicial del protocolo evaluativo.

Categorías	Síntesis	Categorización
Categoría 1: Antecedentes personales	Establecer motivo de derivación.	"...Se podría poner el motivo de consulta del examen". (cod. 1)
Categoría 2: Antecedentes clínicos	Ítem 2.1: Agregar patologías comunes en pacientes neurológicos en formato "check list".	"...En la historia clínica del paciente poner hipertensión arterial (HTA), reflujo faringolaríngeo (RFL), tabaquismo, poner una lista de cosas comunes". (cod. 2)
	Incluir el ítem de traqueostomía.	"...Lo que es de traqueostomía lo podrían incorporar dentro de los antecedentes clínicos". (cod. 3)
	Agregar presencia de afasia.	"...Incluiría también como antecedente si existe o no afasia". (cod. 4)
Categoría 3: Traqueostomizados	Establecer que el <i>cuff</i> debe desinflarse previo a la evaluación.	"...Si piensan que es mejor consignar el estado del <i>cuff</i> al evaluar, háganlo". (cod. 5 (a)) "...El protocolo debería consignar que se realiza el examen con el <i>cuff</i> desinflado". (cod. 5 (b))

	Consignar la frecuencia diaria del <i>cuff</i> inflado.	“...Pongan algo así como: el paciente tiene el <i>cuff</i> inflado durante el día, si/no”.(cod. 6 (a)) “...También sería bueno establecer si el paciente se mantiene durante el día y en la evaluación con el <i>cuff</i> inflado o no”. (cod. 6 (b))
Categoría 4: Anatomía	Ítem 4.4: Especificar en qué estructura anatómica se presenta el edema.	“...Tal vez es mejor hacer un <i>check list</i> de edema”. (cod. 7)
	Ítem 4.5: Eliminar “traumatismo por intubación”.	“...Por ejemplo aquí, dice traumatismo post intubación ¿A qué te refieres? No queda claro”. (cod. 8)
	Ítem 4.6: Agregar parálisis o paresia.  Especificar si es uni o bilateral.	“...También considerar si tiene una paresia o parálisis laríngea y si es uni o bilateral” (cod. 9 (a)) y (cod. 10) “...Hace falta establecer si hay paresia o parálisis”. (cod 9 (b))
	La fonación debe ser pre y post deglución.	“...Debiera indicar que la fonación es pre y post deglución”. (cod. 11)
	Establecer un ítem independiente sobre “cuerdas vocales”.	“...Falta agregar observaciones de las cuerdas vocales”. (cod. 12)
	Agregar anatomía y funcionalidad de los órganos fonoarticulatorios.	“...Hay que hacer un examen completo de la parte oral y peri oral anatómica y funcionalmente”. (cod. 13 (a)) “...Me llamó la atención no encontrar estructuras como el velo del paladar, es sumamente importante considerarlas”. (cod. 13 (b)) “...Se hace el examen oral periférico donde se hace una descripción de los pares craneanos” (cod. 13 (c))
	Separar descripción de anatomía de los diagnósticos de las mismas.	“...En anatomía hay una superposición de dos temas diferentes: uno son las estructuras y otro es la condición como el edema, yo los separaría”. (cod. 14)
	Establecer ítem como rol otorrinolaringológico por corresponder a una visión nasolaringofibroscópica.	“...La anatomía de acá es del otorrino que no le corresponde al fonoaudiólogo” (cod. 15)
Categoría 5: Escala de sensibilidad	Establecer qué zonas anatómicas estimular.	“...Se debiera describir qué se considera para determinar el nivel de sensibilidad”. (cod. 16)
	Agregar referencia bibliográfica.	“...Si está tomada de una que ya existe se debe poner la referencia”. (cod. 17)
	Especificar el hemicuerpo afectado.	“...La sensibilidad cambia de derecha a izquierda cuando hay parálisis. Poner una división”. (cod. 18)
Categoría 6: Escala de manejo de secreciones	Agregar referencia bibliográfica.	“...Agregaría la referencia”. (cod. 19)

Categoría 7: Proceso de deglución	Categoría 7.1: Etapa preparatoria oral	Ítem 7.1.1 y 7.1.2: Agregar sialorrea y xerostomía antes de la etapa preparatoria oral.	“...Antes que la etapa preparatoria oral, consignaría si se ve sialorrea y xerostomía”. (cod. 20)
		Ítem 7.1.3: Eliminar “lento” y “normal”.	“...Acá no creo que sea necesario poner si mastica lento o normal”. (cod. 21)
		Ítem es parte de “evaluación fonaudiológica”.	“...Especificar qué está haciendo el fonaudiólogo en la primera etapa”. (cod. 22)
		Ítem 7.1.3: Cambiar “mastica” por “masticación alterada”.	“...No me gusta la palabra mastica”. (cod. 23)
	Categoría 7.2: Etapa oral	Los fonaudiólogos no contribuyeron con nuevos aportes.	
Categoría 7.3: Etapa faríngea	Los fonaudiólogos no contribuyeron con nuevos aportes.		
Categoría 8: Evaluación con consistencias.	Determinar el orden de las consistencias a evaluar.	“... ¿Te das cuenta que las consistencias deben ir de sólido a líquido, no al revés?” (cod. 24)	
	Dividir tabla según volúmenes.	“...No me quedó claro a qué se refería con “especificar en qué cantidad se presenta la dificultad”, sería bueno dividirlo según la cantidad para marcarlo solamente”. (cod. 25)	
Categoría 9: TQT	Cambiar la palabra "secreciones" por "alimento".	“...En las secreciones aspiradas post deglución sería bueno cambiar por alimento teñido” (cod. 26 (a)) “...En vez de secreciones cámbienlo por alimento”. (cod. 26 (b))	
	Eliminar la palabra “kinesiólogo”.	“...Yo le quitaría la palabra kinesiólogo porque muchas veces son los enfermeros quienes realizan esa función cuando no hay disponibilidad de un kinesiólogo”. (cod. 27)	
	Agregar evaluación con fibra óptica por cánula.	“...No siempre va a salir alimento por el traqueostoma. Si tienes duda revísalo con la fibra luego de la evaluación”. (cod. 28)	
Categoría 10: Saturación	Los fonaudiólogos no contribuyeron con nuevos aportes.		
Categoría 11: Observaciones	Los fonaudiólogos no contribuyeron con nuevos aportes.		
Categoría 12: Diagnóstico	Los fonaudiólogos no contribuyeron con nuevos aportes.		
Categoría 13: Indicaciones	Los fonaudiólogos no contribuyeron con nuevos aportes.		

Observaciones generales	Adaptar más el protocolo al quehacer fonoaudiológico.	<p>“...Yo creo que ustedes tienen que destacar el trabajo fonoaudiológico que es el más importante”. (cod. 29 (a))</p> <p>“...Hay que establecer bien el rol fonoaudiológico y que no sea una pauta prácticamente para el otorrinolaringólogo”. (cod. 29 (b))</p> <p>“...Veo que está muy enfocado hacia los otorrinolaringólogos y poco hacia los fonoaudiólogos”. (cod. 29 (c))</p>
	<p>Modificar el protocolo para que sea lo más corto posible.</p> <p>Adaptar el protocolo en modalidad "check list".</p>	<p>“...Que sea de manera rápida, como un <i>check list</i> porque finalmente eso es lo que uno valora”. (cod. 30 (a)) y (cod. 31 (a))</p> <p>“...Tienen que ver cómo van a achicar el protocolo, porque está muy largo”. (cod. 30 (b))</p> <p>“...Les hace falta un <i>check list</i>”. (cod. 31 (b))</p> <p>“...Las pautas que son de tickear son más útiles ya que es la misma información de todos los pacientes”. (cod. 31 (c))</p>
	Agregar análisis de reflejos.	“...Deberían agregar análisis de reflejos protectores”. (cod. 32)
	Agregar uso de prótesis dental.	“...En ninguna parte se considera si tiene prótesis dental lo que es muy importante”. (cod. 33)
	Agregar categoría de pruebas terapéuticas en formato abierto.	<p>“...Hacer pruebas terapéuticas, o sea, evaluar si con una determinada maniobra el paciente compensa o logra limpiar bien con cierta consistencia”. (cod. 34 (a))</p> <p>“...Siento que las pruebas terapéuticas es lo más relevante que puedo aportarles”. (cod. 34 (b))</p>
	Diferenciar el diagnóstico de otorrinolaringólogo y fonoaudiólogo.	“...Especificar el diagnóstico del otorrinolaringólogo y fonoaudiólogo, porque son distintos”. (cod. 35)
	Establecer todos los detalles procedimentales.	“...Todo tiene que estar especificado”. (cod. 36)
	Agregar derrame posterior.	“...También se mide harto si escurre alimento hacia vallécula, si existe derrame posterior, de ser así el paciente no está listo para comer por boca”. (cod. 37)
	Agregar tiempo normal del reflejo de deglución.	“...Tienen que especificar el tiempo normal del reflejo de la deglución”. (cod. 38)
	Establecer que el alimento a otorgar debe ser teñido.	“...Idealmente que el alimento sea teñido con tinción azul”. (cod. 39)

Tabla 1. Aportes realizados por fonoaudiólogos participantes del juicio de expertos.

Los cambios aplicados al protocolo mencionados con mayor frecuencia por parte de los fonoaudiólogos fueron los siguientes: adaptar más el protocolo al quehacer

fonoaudiológico, agregar anatomía y funcionalidad de los órganos fonoarticulatorios, adaptar el protocolo a modalidad *check list*, agregar categoría de pruebas terapéuticas en formato abierto, modificar el protocolo para que sea lo más corto posible, agregar parálisis o paresia de cuerda(s) vocal(es), establecer que el *cuff* debe desinflarse previo a la evaluación, consignar la frecuencia diaria del *cuff* inflado y cambiar la palabra “secreciones” por “alimento” en categoría de evaluación con alimento en traqueostomía.

## 1.2 Aportes realizados por Muestra 2: especificados según profesional y categoría

A continuación, se presenta la Tabla 2 que contiene las sugerencias otorgadas por 4 otorrinolaringólogos y que fueron realizadas por las investigadoras a la versión inicial del protocolo evaluativo.

Categorías	Síntesis	Categorización
Categoría 1: Antecedentes personales	Cambiar "evaluadores" por "fonoaudiólogo".	“...En antecedentes personales poner fonoaudiólogo”. (cod. 40)
Categoría 2: Antecedentes clínicos	Ítem 2.1: Agregar neumonías a repetición.	“...Es importante saber si han tenido neumonías a repetición, patologías neurológicas previas, etc. (cod. 41)
	Ítem 2.3: Agregar signos neurológicos asociados a disfagia.	“...Podrían haber más signos neurológicos por la asociación inmediata de disfagia”. (cod. 42)
Categoría 3: Traqueostomizados	Establecer que el <i>cuff</i> debe desinflarse previo a la evaluación.	“...Definir si el procedimiento lo hiciste con <i>cuff</i> inflado o desinflado, el concepto es que no tienes que tener un <i>cuff</i> inflado”. (cod. 43 (a)) “...La pregunta fundamental es cómo está el <i>cuff</i> en el momento del examen”. (cod. 43 (b))
	Consignar la frecuencia diaria del <i>cuff</i> inflado.	“...O sea que la pregunta va si es que ¿Ha tenido el <i>cuff</i> inflado ese día? Quizás sería bueno, porque ustedes que hicieron el protocolo quizás lo tienen claro, pero como pregunta quedó como medio raro”. (cod. 44)
Categoría 4: Anatomía	Ítem 4.1: Sólo poner epiglotis.	“...Yo pondría solamente epiglotis, no forma ni posición”. (cod. 45)
	Ítem 4.2: Sólo poner base de lengua.	“...Generar espacio abierto para base de la lengua, por si hay tumor o edema”. (cod. 46)
	Ítem 4.4: Especificar en qué estructura anatómica se presenta el edema.	“...En general hablamos de edema especificando si lo vemos en la epiglotis, en senos piriformes, en aritenoides”. (cod. 47 (a)) “...Especificaría la zona anatómica donde se presenta edema”. (cod. 47 (b))

	Ítem 4.5: Eliminar “traumatismo por intubación”.	“...Sí, eso yo lo corregiría traumatismo por intubación”. (cod. 48 (a)) “...En traumatismo post intubación tú no sabes que podría ser que pasen a llevar con el tubo”. (cod. 48 (b))
	Ítem 4.6: Consignar observaciones de bordes libres.	“...Se debería poner como borde libre o como lesiones anatómicas”. (cod. 49)
	Eliminar reposo y fonación.	“...Dejar el campo abierto o dividirlo en morfología, movilidad y posición pero saltándose reposo y fonación”. (cod. 50)
	Agregar ítem de senos piriformes.	“...Le pondría evaluación de senos piriformes”. (cod. 51)
	Separar descripción de anatomía de los diagnósticos de las mismas.	“...Es distinto porque están describiendo unas imágenes que son de anatomía y otras que son de diagnósticos”. (cod.52)
Categoría 5: Escala de sensibilidad	Establecer qué zonas anatómicas se deben estimular.	“...Tienes que definir dónde tocas”. (cod. 53 (a)) “...Acá en la escala de sensibilidad deberían poner qué zonas tocar”. (cod. 53 (b))
Categoría 6: Escala de manejo de secreciones	Consignar que con puntuación 3 no se administra el alimento.	“...He visto pacientes que literalmente se rebalsa o que efectivamente la saliva pasa a la vía aérea y en caso de ver esto no continúo el estudio”. (cod. 54)
Categoría 7: Proceso de deglución	Categoría 7.1: Etapa preparatoria oral	Ítem es parte de “evaluación fonaudiológica”. “...Yo creo que rara vez evaluamos la etapa preparatoria oral nosotros.”. (cod. 55)
	Categoría 7.2: Etapa oral	Ítem es parte de “evaluación fonaudiológica”. “...Y la etapa oral la evalúan más los fonaudiólogos”. (cod. 56)
	Categoría 7.3: Etapa faríngea	Especificar si el aclaramiento es espontáneo o a través de una orden. Agregar que en caso de incapacidad para aclarar espontánea o por orden detener evaluación. “...Hay pacientes que aclaran solo, o tosen o ustedes tendrán que indicarles que traguen hasta que se limpie y si no lo logra, se detiene el estudio”. (cod. 57) y (cod. 58)
Categoría 8: Evaluación con consistencias.	Ítem 8.1: Eliminar.	“...De la motilidad laríngea casi no nos damos cuenta”. (cod. 59)
	Ítem 8.4: Sólo poner “penetración”.	“...En nuestra tabla proponemos la presencia de derrame, residuos post deglución, penetración y aspiración”. (cod. 60 (a)) “...Penetración laríngea es penetración aquí y en la quebrada del ají; y aspiración igual. Todo el mundo sabe de qué se está hablando y en estos exámenes es súper importante que todos hablemos el mismo lenguaje sino lo que sucede es que el primero que evaluó no tiene concordancia con el segundo”. (cod. 60 (b))

	Ítem 8.5: Establecer qué es patológico.	"...Acá en las degluciones múltiples ¿A qué se refieren? No se entiende". (cod. 61)
	Determinar el orden de las consistencias.	"...Consistencias, creo que es importante decir con qué vas a partir: sólido, semisólido y líquido". (cod. 62)
	Establecer jerarquía por orden anatómico.	"...Se puede mejorar dejando en orden anatómico". (cod. 63)
	Redactar los ítems como patologías.	"...Para intervención visual de la tabla sería mejor poner sólo problemáticas". (cod. 64)
	Separar signos de aspiración de la tabla.	"...En los signos de aspiración es mejor aclarar cuáles son, busquen qué signos de aspiración tienen. Mejor ponerlo en un ítem aparte". (cod. 65)
Categoría 9: TQT	Cambiar la palabra "secreciones" por "alimento".	"...Salida de alimento por cánula post deglución sería mejor". (cod. 66)
Categoría 10: Saturación	Especificar la bibliografía de Clavé al pie de página.	"...Especifiquen la bibliografía de Clavé". (cod. 67)
	Agregar oxigenoterapia.	"...Poner como información complementaria si es que el paciente está con oxigenoterapia, como parte de este ítem". (cod. 68)
Categoría 11: Observaciones	Dejar espacio en blanco.	"...Acá poner un área en blanco amplia de observación". (cod. 69)
Categoría 12: Diagnóstico	Establecer dos diagnósticos (otorrinolaringológico y fonaudiológico).	"...Me parece que aquí hay que poner dos diagnósticos: uno otorrinolaringológico o entre comillas anatómico y un diagnóstico fonaudiológico". (cod. 70 (a)) "...Le pondría además del diagnóstico otorrinolaringológico y para ser súper específico, el diagnóstico de deglución o estado de deglución". (cod. 70 (b))
Categoría 13: Indicaciones	Mencionar y definir vía y consistencia de alimentación.  Mencionar medicación.  Mencionar consistencia de medicación.  Agregar ítem de derivación a terapia fonaudiológica.  Establecer <i>check list</i> de indicaciones que incluyan vía y consistencia de alimentación.	"...Es importante dejar mencionada la vía y consistencia de alimentación, si es que hay algún medicamento que dejarle, si es que tiene terapia o que uno defina si es que la va a tener o no". (cod. 71 (a)), (cod. 72 (a)) y (cod. 74 (a)) "...Nosotros tenemos un algoritmo o <i>check list</i> en cuanto a si el paciente está apto para alimentación oral o no, si lo está en cuáles consistencias". (cod. 71 (b)) y (cod. 75) "...Uno debe ser súper estricto con las indicaciones de los alimentos y de cómo deben ser administrados también los medicamentos, por ejemplo con dispersables o con espesantes". (cod. 71 (c)), (cod. 72 (b)) y (cod. 73) "...Y teniendo el diagnóstico hay que determinar si se estimula con el fonaudiólogo por el momento". (cod. 74 (b))

Observaciones generales	Incluir ítem de “evaluación fonolaringológica”.	“...Pondría lo endoscópico y lo fonolaringológico. Creo que hay que dejar más claro qué cosa es de quién”. (cod. 76)
	Especificar en título que es evaluación clínica e instrumental.	“...Deben poner más amplio agregando “evaluación clínica” al título y ahí incluir todo lo que ustedes hacen en esa evaluación”. (cod. 77)
	Modificar el protocolo para que sea lo más corto posible.	“...Es siempre una ventaja que la evaluación sea lo más amigable, lo más corta posible”. (cod. 78)
	Agregar uso de prótesis dental.	“...También sería importante considerar si tiene prótesis dental o no”. (cod. 79)
	Agregar derrame posterior.	“...Yo creo que es mucho más importante definir si hay o no derrame posterior”. (cod. 80 (a)) “...El derrame no me parece que esté claramente consignado”. (cod. 80 (b))
	Representar la cantidad de un signo con cruces.	“...Pero quizás para hacerlo más simple podría sugerirles que marquen con una cruz, dos cruces o tres cruces”. (cod. 81)

Tabla 2. Aportes realizados por otorrinolaringólogos participantes del juicio de expertos.

Los cambios aplicados al protocolo mencionados con mayor frecuencia por parte de los otorrinolaringólogos fueron los siguientes: mencionar y definir vía y consistencia de alimentación, mencionar consistencia de medicación, agregar ítem de derivación a terapia fonolaringológica, establecer qué zonas anatómicas se deben estimular para evaluar sensibilidad, establecer dos diagnósticos (otorrinolaringológico y fonolaringológico), agregar derrame posterior, especificar en qué estructura anatómica se presenta el edema, establecer que el *cuff* debe desinflarse previo a la evaluación, sólo poner “penetración” y eliminar “traumatismo por intubación”.

### 1.3 Aportes realizados por las investigadoras: especificados según categoría.

A continuación, se presenta la Tabla 3 de modificaciones que surgieron en una reunión realizada por las 3 investigadoras posterior al juicio de expertos.

Categorías	Síntesis	Categorización
Categoría 1: Antecedentes personales	Indicar “vía” y “consistencia” previas a la evaluación.	“...Yo considero que es importante porque va a dar un indicio de cómo está el paciente”. (cod. 82)

		Mover “fonoaudiólogo” y “otorrinolaringólogo” al final del protocolo y agregar nombre y firma de los profesionales.	“...Son importantes sus nombres pero también había que agregarlo con firma porque corresponde en un protocolo. Así que ¿Para qué tener nombres arriba y firmas al final? Mejor que se identifique el profesional y su firma al final”. (cod. 83)
Categoría 2: Antecedentes clínicos		Establecer si el paciente presenta un hemicuerpo afectado (derecho o izquierdo) y en qué forma (hemiparesia y/o hemiplejía).	“...Hay saberlo antes de la evaluación, de partida te da una orientación de cómo va a resultar la evaluación y de qué pruebas terapéuticas hacer. Y después, también en las indicaciones. Los va a orientar”. (cod. 84)
		Establecer tipos de afasia.	“...Nos dijeron que pusiéramos afasia si/no, pero creo que es necesario no sólo agregar esa información, sino que además si es comprensiva, expresiva o mixta”. (cod. 85)
Categoría 3: Traqueostomizados		Eliminar "anterior (desde-hasta)".	“...La categoría es netamente de traqueostomizados por lo tanto si ya no la tiene, no tiene porqué ir en este apartado”. (cod. 86)
Categoría 4: Anatomía		Las investigadoras no consideraron nuevos aportes.	
Categoría 5: Escala de sensibilidad		Las investigadoras no consideraron nuevos aportes.	
Categoría 6: Escala de manejo de secreciones		Agregar en grado 3 "con rebasamiento".	“...Obviamente debe incluirse en ese grado. En el grado 2 se incluye acúmulo y rebasamiento y en el grado 3 sólo retención o acúmulo pero no incluía rebasamiento, lo que es incluso peor que la retención. Si está en un grado más leve, tiene que estar en un grado peor”. (cod. 87)
Categoría 7: Proceso de deglución	Categoría 7.1: Etapa preparatoria oral	Unificación de etapas de la deglución en "proceso de deglución".	“...Hay sucesos que se producen en más de una etapa. Por eso es complicado separarlo por etapas, hay autores que proponen un mismo signo pero lo ubican en diferentes etapas”. (cod. 88)
	Categoría 7.2: Etapa oral		
	Categoría 7.3: Etapa faríngea		
Categoría 8: Evaluación con consistencias.		Las investigadoras no consideraron nuevos aportes.	
Categoría 9: TQT		Consignar “presente (especificar consistencia)” y “ausente”.	“...Es netamente para que la simplifiquemos en cuanto al relleno de la tabla y la visión de resultados”. (cod. 89)
Categoría 10: Saturación		Ubicar antes de “evaluación clínica fonoaudiológica”.	“...Para que se acuerden de tomar la saturación, es una estrategia visual”. (cod.90)
Categoría 11: Observaciones		Las investigadoras no consideraron nuevos aportes.	
Categoría 12: Diagnóstico		Las investigadoras no consideraron nuevos aportes.	

Categoría 13: Indicaciones	Establecer control de temperatura.	“...Es muy común encontrar en pacientes neurológicos este tipo de alteración, la neumonía por aspiración. Los pacientes cuando aspiran los alimentos y pasan a la vía aérea, crean infección que se manifiesta también con un alza en la temperatura corporal”. (cod. 91)
	Agregar “otros” a ítem de “vía” y “consistencia” de alimento.	“...Pusimos 3 vías y 3 consistencias para rellenar pero no incluimos todas las combinaciones posibles de formas de alimentación, por lo que debemos dejar un espacio para completar otras opciones que sean más acordes a las necesidades del paciente”. (cod. 92)

Tabla 3. Aportes realizados por las investigadoras posteriores al juicio de expertos.

Los cambios aplicados al protocolo mencionados por parte de las investigadoras fueron tanto de contenido como de forma. Los cambios de contenido son los siguientes: indicar “vía” y “consistencia” previas a la evaluación, establecer si el paciente presenta un hemicuerpo afectado (derecho o izquierdo) y en qué forma (hemiparesia y/o hemiplejía), establecer tipos de afasia y establecer control de temperatura. Los cambios de forma son los siguientes: mover “fonoaudiólogo” y “otorrinolaringólogo” al final del protocolo y agregar nombre y firma de los profesionales, eliminar "anterior (desde-hasta)" en categoría de traqueostomizados, agregar en escala de manejo de secreciones “con rebasamiento" en grado 3, unificación de etapas de la deglución en "proceso de deglución", consignar “presente (especificar consistencia)” y “ausente” en categoría de evaluación con alimento en traqueostomía, ubicar la categoría de saturación antes de “evaluación clínica fonoaudiológica” y agregar “otros” a ítem de “vía” y “consistencia” de alimento en la categoría de indicaciones.

## 2. Pilotaje

### 2.1 Aportes realizados por Muestra 4: especificados según profesional y categoría

A continuación, se presenta la Tabla 4 que contiene todas las sugerencias otorgadas por el par evaluador (fonoaudióloga y otorrinolaringólogo) entregadas en entrevista realizada luego del proceso de pilotaje y que se aplicaron en su totalidad.

Preguntas	Síntesis	Categorización
-----------	----------	----------------

Pregunta 1: ¿Considera pertinentes las categorías para el diagnóstico de disfagia?	Los profesionales consideran pertinentes las categorías para el diagnóstico de disfagia.	“...Encuentro que los ítems evalúan lo que tienen que evaluar, ayudando súper bien para hacer el diagnóstico”. (cod. 93 (a)) “...Sí, yo creo que están bien cubiertos todos los puntos en la evaluación de la disfagia”. (cod. 93 (b))
Pregunta 2: En la categoría “Escala de sensibilidad”, ¿Considera necesario definir cada grado o basta con la experiencia clínica?	Los profesionales consideran que la sensibilidad se define a través de la experiencia clínica y destacan que corresponde a la evaluación otorrinolaringológica.	“...Generalmente se ocupa en la evaluación instrumental del otorrino (...) creo que él lo hacía por experiencia clínica y cuando lo tuvo que escalar lo hizo súper bien con lo que había descrito”. (cod. 94 (a)) “...Acá no ocupamos ninguna escala específica y es en base a la experiencia clínica determinar si el paciente tiene buena o mala sensibilidad”. (cod. 94 (b))
Pregunta 3: ¿Considera que el protocolo favorece el trabajo evaluativo conjunto entre los profesiones otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos?	Los profesionales consideran que el protocolo favorece el trabajo evaluativo en conjunto (fonoaudiólogo y otorrinolaringólogo).	“...Pienso que un protocolo en común siempre va a ser favorable dependiendo de la disponibilidad”. (cod. 95 (a)) “...Sí, obvio, ¿Cierto? Tiene que ser un trabajo idealmente en conjunto, porque la parte inicial nosotros en realidad no la hacemos nunca y vamos directamente a la parte endoscópica, no hacemos los que ustedes (fonoaudiólogos) hacen en la evaluación, entonces cuando lo hacemos por nuestra cuenta, puede ser un poco sesgado, porque nos vamos a la parte más laríngea y faríngea, no a la etapa oral”. (cod. 95 (b))
Pregunta 4: ¿Presentó alguna dificultad en la aplicación del protocolo?	Los profesionales no presentaron dificultades al aplicar el protocolo.	“...Como profesionales fonoaudiólogos estamos acostumbrados a llenar protocolos, es parte de nuestra rutina”. (cod. 96 (a)) “...En la aplicabilidad del protocolo no tuvimos ningún problema el día que hicimos la evaluación”. (cod. 96 (b))
Pregunta 5: ¿Alguna categoría no se explica por sí misma u ocasiona dudas para ser completada?	Los profesionales consideran que todas las categorías se explican por sí mismas.	“...No. Me pareció bastante claro”. (cod. 97 (a)) “...En realidad considero que todos los ítems están dentro de lo que uno conoce o maneja sobre deglución”. (cod. 97 (b))
Pregunta 6: ¿Considera el tiempo empleado en el protocolo muy prolongado? Comente los cambios que realizaría en caso de ser necesario	Los profesionales consideran que la utilización del protocolo no prolonga el tiempo esperado en una evaluación de deglución.	“...Pienso que es algo largo pero creo que es lo que se debe demorar una evaluación de deglución”. (cod. 98 (a)) “...No encuentro que sea prolongado, no es un examen corto, entonces uno no puede esperar que un estudio de deglución sea como nada, o que sea una fibroscopía rápida y ya. Cuando es deglución uno ya sabe que es un examen un poco más largo y también dependerá del paciente que tan largo va a ser”. (cod. 98 (b))

Pregunta 7:	La fonoaudióloga en las	“...En el cuadro de acá (traqueostomía) yo
-------------	-------------------------	--

<p>¿Agregaría algún aspecto evaluativo al protocolo?</p>	<p>categorías correspondientes a evaluación fonoaudiológica agregaría:</p> <p>“Ventilación mecánica” y “período de oclusión” al ítem de “traqueostomía”.</p> <p>“Número de aspiraciones diarias” en “cantidad de secreciones”</p> <p>“Conexión al medio” en “antecedentes clínicos”</p> <p>“Observaciones” en “reflejos”</p> <p>Especificar instrucciones sobre cómo completar la “evaluación fonoaudiológica” y la “evaluación otorrinolaringológica”</p> <p>Trasladar hasta el final de la evaluación la categoría de “saturación”</p> <p>Definir en “terapia fonoaudiológica” si corresponde a terapia de deglución, de lenguaje o ambas.</p> <p>El otorrinolaringólogo en las categorías correspondientes a evaluación otorrinolaringológica no agregaría ningún aspecto evaluativo al protocolo.</p>	<p>habría puesto si estaban con ventilación mecánica y si está en el período de oclusión o no”. (cod. 99)</p> <p>“...Debajo de cantidad de secreciones agregué número de aspiraciones diarias”. (cod. 100)</p> <p>“...En antecedentes clínicos también le pondría conexión al medio”. (cod. 101)</p> <p>“...Aquí en los reflejos ustedes tienen “presente y ausente”, y entiendo, pero no siempre están presentes o ausentes, de repente por eso yo dejé una línea de observación como para establecer si está retrasado, si es que está con tiempo de gatillo muy prolongado, entonces todas esas cosas que se pudiesen a lo mejor describir”. (cod. 102)</p> <p>“...En la parte de la evaluación fonoaudiológica y también de la instrumental del otorrino hay que poner las instrucciones. Si hay que marcar sí o no o hay que marcar sólo lo alterado”. (cod. 103)</p> <p>“...Aquí en el ítem de saturación no sé si lo pondría directamente sobre antecedentes clínicos sino que quizás lo pondría después de haber hecho la evaluación”. (cod. 104)</p> <p>“...Consideren también el tema de que si debe o no tener terapia fonoaudiológica y en qué área, porque como ahí pusieron afasia, como para que quede más preciso si la terapia es de lenguaje o deglución, o ambas”. (cod. 105)</p> <p>“...No le agregaría ninguna otra parte evaluativa al protocolo”. (cod. 106)</p>
<p>Pregunta 8: ¿Quitaría algún aspecto evaluativo del protocolo?</p>	<p>Los profesionales no quitarían ningún aspecto evaluativo del protocolo.</p>	<p>“...No”. (cod. 107 (a))</p> <p>“...Tampoco le quitaría ninguna cosa”. (cod. 107 (b))</p>
<p>Pregunta 9: ¿Considera los resultados obtenidos a través del protocolo una orientación para el tratamiento?</p>	<p>Los profesionales consideran que los resultados obtenidos a través del protocolo son una orientación para el tratamiento.</p>	<p>“...Sí, para la descripción de las cuerdas y todo el tema y porque posibilita en el fondo tratar de hacer algunas maniobras cuando se hace en conjunto”. (cod. 108 (a))</p> <p>“...Lógicamente tiene importancia lo que se logra con la aplicabilidad del protocolo”. (cod. 108 (b))</p>

Comentarios generales	La fonoaudióloga considera que el protocolo debería tener un apartado de resumen, el cual se adjuntaría a la ficha clínica.	“...Pienso que de alguna manera tendría que tener un resumen, como los protocolos que usan las nutricionistas, que es una hoja que se pega en la ficha y abajo viene un resumen pequeño de la evaluación”. (cod. 109)
	Los profesionales consideran que es necesario optimizar el trabajo dual a través de un entrenamiento previo y la creación de una unidad de evaluación de deglución en el Hospital Carlos Van Buren.	“...El tema de rellenarlo pienso que el trabajo en conjunto igual es difícil cuando no se está acostumbrado a hacer (...) Lamentablemente hay que estar arriba del otro profesional para que pueda ir marcando las cosas que corresponden (...) Si el objetivo del protocolo es trabajo en conjunto, pienso que es solamente entrenamiento lograrlo”. (cod. 110 (a))
		“...Lo ideal es que el protocolo sea aplicable o que se haga una unidad de lo que es la evaluación de deglución. El problema es que nosotros estamos aquí (planta baja del hospital) y los pacientes están allá (4to piso del hospital) y que el nasolaringofibroscopio tenga que subir o el paciente tenga que bajar, en realidad eso crea una disparidad en cuanto a los criterios de evaluación y también coordinar el examen con el fonoaudiólogo y juntarse al mismo tiempo es complicado”. (cod. 110 (b))

Tabla 4. Aportes realizados por el par evaluador posteriores al proceso de pilotaje.

Los cambios aplicados al protocolo mencionados por parte de los profesionales participantes en el pilotaje fueron los siguientes: agregar un apartado de resumen para incluirlo en la ficha clínica, agregar instrucciones para completar las categorías de “evaluación fonoaudiológica” y “evaluación otorrinolaringológica”, agregar el número de aspiraciones diarias en “cantidad de secreciones”, definir en “terapia fonoaudiológica” si corresponde a terapia de deglución, lenguaje o ambas, poner “observaciones” en “reflejos”, agregar “conexión al medio” en “antecedentes clínicos”, agregar “ventilación mecánica” y “período de oclusión” en categoría “traqueostomía”, y bajar hasta el final de la evaluación la categoría de “saturación”.

## IV. DISCUSIÓN

En este apartado, se discutirán los hallazgos que surgieron a partir de los datos recabados en el transcurso del proceso investigativo, es decir, tras la aplicación de las entrevistas a otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos dedicados al área de la deglución. Para este efecto, se reflexionará a la luz del cumplimiento de los objetivos propuestos en este estudio y en función de los fundamentos teóricos presentados.

En primer lugar, el objetivo fundamental de esta investigación fue crear un protocolo clínico e instrumental para evaluar la deglución con nasolaringofibroscopía para el diagnóstico de disfagia orofaríngea neurogénica en pacientes que son atendidos en el Hospital Carlos Van Buren. Al respecto, cabe destacar que la elaboración de este instrumento requirió de tres etapas: 1) creación de una versión inicial del protocolo en función de las propuestas bibliográficas encontradas, a cargo de las investigadoras del presente estudio; 2) modificación de la primera versión en base a sugerencias de profesionales expertos en el área de deglución – otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos-; y 3) segunda modificación y final al protocolo, producto de los aportes otorgados por el par de evaluadores, funcionarios del Hospital de las mismas especialidades antes nombradas, luego de su aplicación.

El proceso antes enunciado, por lo tanto, implica que la creación del protocolo para evaluar la deglución constituya un hito relevante para el área de la Fonoaudiología y de la salud en general, según las investigadoras, pues los protocolos consultados para la realización de este estudio (González-Toledo, 2000; y Nazar, 2008) no fusionan la evaluación clínica e instrumental. Con todo, se ha evidenciado que el trabajo interdisciplinario prácticamente no ha sido contemplado en esta área aún. En este sentido, el instrumento elaborado facilita la labor en conjunto de otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos, en un momento que es crucial para diagnosticar la disfagia. Por consiguiente, el fonoaudiólogo debe incluirse en la evaluación instrumental, dado que es el especialista en el área de la deglución.

En segundo lugar, nos referiremos al proceso de creación de la versión inicial del protocolo evaluativo; éste fue un constructo teórico, organizado por las investigadoras; sin embargo, la

información teórica resultó insuficiente para cumplir con dicho propósito. De allí que fueran necesarios los aportes de profesionales involucrados en el área de estudio. Por lo anterior, nuestro protocolo debió ser juzgado por profesionales expertos y, de esta manera, surgieron aportes atinentes al quehacer interdisciplinario en la realidad clínica hospitalaria de la valoración de la deglución. Gracias a este proceso, se logró modificar el protocolo inicial, cumpliendo así las expectativas de esta etapa al definir las categorías con contenidos de ambas disciplinas.

Entre las modificaciones aplicadas luego de la consulta a los expertos, cabe destacar algunos cambios que permitieron adaptar el protocolo a los requerimientos del Hospital. A saber, consideramos la incorporación de antecedentes clínicos que se relacionan con la presencia de disfagia; de este modo, los profesionales orientarían su quehacer evaluativo, ya que se obtiene una visión del estado de salud del paciente. También, se incluyó un apartado que permitiera distinguir y determinar la consistencia de los medicamentos administrados por vía oral, puesto que éstos deben adecuarse a la consistencia que el paciente pueda tolerar.

Otros cambios al protocolo estuvieron dirigidos a la construcción de nuevas categorías: Evaluación Clínica Fonoaudiológica y Pruebas Terapéuticas. Así, la primera categoría permite la evaluación de la anatomía, funcionalidad (praxias bucolinguofaciales) y sensibilidad de los órganos fonoarticulatorios. La importancia de evaluar los órganos fonoarticulatorios radica en que la seguridad de la deglución depende de la integridad de todas las estructuras involucradas, sin embargo, estos órganos no son pesquisados por la imagen del nasolaringofibroscopio. En tanto, la segunda categoría involucra la aplicación de pruebas terapéuticas, las que permiten determinar si el paciente puede compensar su alteración deglutoria con alguna maniobra, resguardando, así, su alimentación por vía oral. Ambas categorías destacan la importancia del fonoaudiólogo en la evaluación nasolaringofibros cópica de la deglución, fomentando su rol profesional.

Cabe destacar algunas modificaciones extraídas a través del juicio de expertos que mejoraron la aplicabilidad del protocolo. Las opiniones de estos profesionales difirieron en la clasificación de ciertos signos presentados en el protocolo inicial, ya que existen signos

clasificables en distintas etapas dependiendo del autor que las defina. Un ejemplo de distintas divisiones del proceso de deglución en etapas es propuesta por Magendi (1836) y Logemann (1983, 1998); el primero establece tres etapas, mientras que el segundo plantea cuatro. Frente a estas diversas clasificaciones teóricas, evidenciadas además en las entrevistas realizadas a los profesionales, se decidió no catalogar los signos en etapas. Por último, también se modificaron las consignas de las instrucciones necesarias para el registro de los resultados en algunas categorías y se especificó la especialización del profesional que debe completar la evaluación en una determinada categoría.

En tercer lugar, la segunda versión del protocolo obtenida con los aportes realizados por los expertos fue aplicada en una muestra de pilotaje en el Hospital Carlos Van Buren. Producto de este proceso, se consideraron todos los cambios propuestos por estos profesionales evaluadores. Entre los cambios propuestos destacamos dos modificaciones como las más relevantes: 1) reformulación de las instrucciones para completar las categorías de Evaluación Fonoaudiológica y Evaluación Otorrinolaringológica, lo que mejoró el aspecto autoexplicativo del protocolo, que a pesar de ser una observación propuesta en el juicio de expertos, fue en el proceso de pilotaje donde se comprobó que no había sido un objetivo logrado; y 2) la creación de un apartado de resumen de la evaluación, para ser incluido en la ficha clínica, con lo que se buscó mejorar la comunicación entre los profesionales del equipo de salud, ya que contemplaría información sintetizada y de fácil comprensión registrada por los evaluadores. Todos los cambios contribuidos por el par evaluador constituyeron la versión final del protocolo evaluativo.

Para finalizar con la discusión de los resultados, tanto el proceso de juicio de expertos como el de pilotaje permitieron cumplir el objetivo de crear el protocolo clínico e instrumental de evaluación. Al inicio del proceso creativo, conformamos un protocolo ceñido a la teoría, pero faltaron contenidos evaluativos y de aplicabilidad, necesarios para el diagnóstico de la disfagia, que sólo profesionales con experiencia laboral pueden manejar. Por esta razón, se valoran los aportes de los especialistas en cuanto a los contenidos y a su presentación para la elaboración final de un protocolo más objetivo, que facilite la práctica de evaluación de la deglución.

Este estudio cumplió los objetivos propuestos, sin embargo, no estuvo exento de limitaciones:

1) En cuanto a la bibliografía consultada, la principal dificultad fue la falta de protocolos que contemplaran la evaluación de la deglución en sus aspectos clínicos e instrumentales simultáneamente, por lo que carecíamos de una guía para la estructuración de un protocolo con dichas características.

2) Con respecto al juicio de expertos, desde el comienzo fue notoria la limitada cantidad de profesionales dedicados al área de la deglución y por ende, existió una restringida participación de profesionales en este estudio. En total, participaron 9 fonoaudiólogos y 4 otorrinolaringólogos que se encuentran, mayoritariamente, en la Región Metropolitana. En otras palabras, sólo algunos profesionales se dedican a la evaluación de la deglución, quienes se desenvuelven profesionalmente en Santiago, y en menor medida en Valparaíso, donde se realizó este estudio.

3) Los recursos materiales o instrumentales y humanos de los centros consultados varían entre uno y otro, por lo que cierta información otorgada por los profesionales entrevistados que laboran en tan distintos establecimientos, carecían de aplicabilidad en el Hospital Carlos Van Buren.

4) El Hospital Carlos Van Buren cuenta con una fonoaudióloga para realizar evaluaciones de la deglución. Metodológicamente, en la etapa de pilotaje, cada profesional evaluador podía aplicar una vez el protocolo, por lo que se pudo conformar un par evaluador constituido por la fonoaudióloga y un otorrinolaringólogo, quienes aplicaron el protocolo a un paciente. Esta situación acotó la cantidad de entrevistas a sólo dos profesionales, limitando así la muestra de pilotaje.

5) Una limitación transversal a la utilización de este protocolo, comentada por los profesionales entrevistados, alude al trabajo interdisciplinario que realizan en los centros asistenciales a los que pertenecen. Generalmente, estos centros no contemplan la coordinación horaria para efectuar un trabajo en conjunto, lo que conlleva a que cada profesional tenga que

ajustar su tiempo para realizar un trabajo interdisciplinario. El Hospital Carlos Van Buren no se excluye de esta realidad, dado que los profesionales participantes del pilotaje tuvieron que coordinarse para aplicar el protocolo a un paciente.

Por último, la realización de este estudio nos permite plantear proyecciones que fortalezcan y mejoren el trabajo realizado. Para comenzar, es necesaria la validez y la confiabilidad del protocolo para constituirse como una herramienta comprobadamente efectiva para la evaluación clínica, instrumental e interdisciplinaria de la deglución en el Hospital Carlos Van Buren. La aprobación del protocolo dentro de la institución sanitaria permitiría la aplicación de dicho instrumento en pacientes con sospecha diagnóstica de disfagia orofaríngea neurogénica. Esta herramienta diagnóstica se traduce en un beneficio para el estado de salud general del paciente, puesto que podría prevenir la neumonía por aspiración que, según declara el Ministerio de Salud de Chile (2007), es la patología de mayor morbilidad asociada a la disfagia, pudiendo alcanzar una letalidad de un 50%.

A lo anterior, agregamos que los profesionales que participaron en el proceso de pilotaje propusieron el entrenamiento para todos los potenciales evaluadores de la deglución (otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos) en el Hospital Carlos Van Buren, buscando mayor familiaridad con el instrumento y eficiencia en su aplicación. Para que este entrenamiento sea efectivo, es necesaria además una capacitación a otros miembros del equipo de salud en los diversos servicios de la institución. De esta forma, se lograría homogeneizar los conceptos básicos de los trastornos de la deglución, facilitando así la interpretación de los contenidos concernientes al protocolo. Otro punto que facilitaría la aplicabilidad e interdisciplinariedad del protocolo, correspondería a la utilización de una fuente de video portátil que se anexe al nasolaringofibroscopio; de esta forma ambos profesionales podrían observar simultáneamente el proceso deglutorio durante el examen.

Se considera, además, que el protocolo es una herramienta útil y perfectible; por consiguiente, es posible continuar adaptándolo. Por ejemplo, se podrían incluir categorías sensibles al diagnóstico de disfagia orofaríngea mecánica y, de este modo, abarcar otras

poblaciones de pacientes con trastornos de la deglución. Además, tanto este instrumento como una versión ajustada, podría adecuarse a otros centros de salud de mediana y alta complejidad.

En definitiva, a través de este estudio, se cumplió el objetivo de crear un protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución, que abarca las esferas fonoaudiológica y otorrinolaringológica. Cada etapa de creación fue indispensable para conformar una herramienta evaluativa que cumpliera con las características deseadas y que, además, contribuyera con nuevos conocimientos en el área de la Fonoaudiología. Finalmente, la utilización de este protocolo en el Hospital Carlos Van Buren y, posteriormente en otros centros asistenciales, podría ampliar el campo laboral para los fonoaudiólogos en Chile.

## V. CONCLUSIÓN

En el presente estudio se demostró que es posible crear un protocolo evaluativo clínico e instrumental de la deglución usando como instrumento un nasolaringofibroscopio, para el diagnóstico de pacientes con presunción diagnóstica de disfagia orofaríngea neurogénica, en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Este instrumento puede constituirse en una herramienta útil para los profesionales del Hospital, puesto que los contenidos abordados en él son pertinentes para el diagnóstico de la disfagia; por lo tanto, quedará a disposición de los especialistas de este Centro de Salud para que en adelante puedan utilizarla. Sin embargo, aún queda por lograr su validez y confiabilidad, de manera de comprobar su efectividad, lo que corresponderá concretar en futuras investigaciones.

Los resultados del estudio permitieron concluir que tanto los profesionales otorrinolaringólogos como fonoaudiólogos, quienes colaboraron con su evaluación especializada del instrumento creado, coincidieron en algunas de sus sugerencias relativas a los contenidos del protocolo. Estas fueron: adaptación del protocolo para incluir, en mayor grado, el quehacer fonoaudiológico; especificación de las zonas anatómicas que se deben estimular para evaluar la sensibilidad laríngea; diferenciación de las estructuras anatómicas y sus diagnósticos; consignación del orden de las consistencias en las que se administra el alimento; indicación de realizar el examen con el *cuff* desinflado en el caso de pacientes traqueostomizados; y modificación del protocolo para optimizar su aplicación (formato *check list*). Estas observaciones, en consecuencia, demuestran que en la práctica del ejercicio profesional el trabajo interdisciplinario permitiría integrar las diversas aristas involucradas en la evaluación de la deglución y, por ende, se desprendería con mayor rapidez y eficacia su diagnóstico.

De acuerdo a lo señalado, y específicamente, cabe destacar los aportes proporcionados por área disciplinar. Por una parte, varios fonoaudiólogos consultados propusieron la integración de una categoría de pruebas terapéuticas, para que el evaluador determine las técnicas que promueven la seguridad de la deglución. Por otra parte, la mayoría de los otorrinolaringólogos plantearon la necesidad de indicar la consistencia de la medicación por

vía oral, ya que muchas veces se administra un medicamento cuya consistencia no es tolerable por el paciente. Este mismo grupo de especialistas, integró, además, un ítem de derivación a terapia fonoaudiológica, reconociendo su importancia en la rehabilitación de la disfagia. Estos aportes fueron los más reiterados por cada especialidad, lo que demuestra que son indispensables para formar parte de un protocolo de evaluación de la deglución.

Gracias a las modificaciones realizadas a través del juicio de expertos, se logró un protocolo atingente para la evaluación de la deglución en el Hospital Carlos Van Buren. Esto se comprobó por las entrevistas realizadas a los profesionales que aplicaron el pilotaje, ya que ellos comentaron que: las categorías son suficientes, comprensibles y pertinentes para el diagnóstico de la disfagia; es de fácil aplicación; logra el trabajo evaluativo en conjunto y orienta el tratamiento a seguir. Además, según lo observado en la aplicación del protocolo, se demostró un trabajo coordinado entre profesionales, es decir, se comprobó en la práctica que el protocolo posee los contenidos necesarios y específicos para el diagnóstico de disfagia orofaríngea neurogénica y consigue un trabajo interdisciplinario.

En conclusión, la realización de este estudio nos permitió reconocer y valorar la evaluación clínica e instrumental de la deglución entre fonoaudiólogo y otorrinolaringólogo, para el diagnóstico de la disfagia orofaríngea neurogénica. Su trabajo en equipo facilitaría una mayor precisión de dicho diagnóstico. En definitiva, este estudio evidencia que fomentar la labor interdisciplinaria en el área de la salud constituye un deber para quienes se dedican al bienestar de la salud física, psicológica y social de los seres humanos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, F. (2006). Disfagias neurológicas más comunes en niños y adultos. *Plasticidad y restauración neurológica*, 5 (1), 52-57.
- Ali, G.; Wallace, K.; Schwartz, R.; DeCarle, D.; Zagami, A. & Cook, I. (1996) Mechanisms of oral-pharyngeal dysphagia in patients with Parkinson's disease. *Gastroenterology*, 110, 383-92.
- Alvarez, J. & Buritica, L. (2009). *Guía de evaluación e intervención en pacientes adultos con disfagia consecuente con un accidente cerebrovascular "ACV"*. Tesis diplomado inédita. Medellín: Universidad CEES, Facultad de Medicina.
- Arteaga, P.; Olavarría, C.; Naranjo, B.; Elgueta, F. & Espínola, D. (2006). Cómo realizar una evaluación completa, eficaz y en corto tiempo. *Revista otorrinolaringología cirugía cabeza y cuello*, 66, 13-22.
- Aviv, J.; Martin, J. & Sacco, R. (1996). Supraglottic and pharyngeal sensation sensory abnormalities in stroke patients with dysphagia. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 105 (2), 92-7.
- Aviv, J. & Murry, T. (2005). *FEESST: Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing with Sensory Testing (1° Ed.)*. San Diego: Plural Publishing, Inc.
- Baleiro, J. (1998). *Exercícios e Maniobras Facilitadoras no Tratamento de Disfagias (1° Ed.)*. Sao Paulo: CEFAC.
- Barragan, M. (2008). *Guía de práctica basada en la evidencia para la auscultación cervical en disfagia orofaríngea*. Tesis pregrado inédita. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina.

- Bayés-Rusiñol, À.; Forjaz, M.; Ayala, A.; Crespo, M.; Prats, A.; Valles, E.; Petit, C.; Casanovas, M. & Garolera-Freixa, M. (2011). Consciencia de disfagia en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol*, 53 (11), 664-672.
- Beltrán, C.; Soler, B. & León, M. (2007). Evaluación de deglución a través de fibroscopía óptica. *Revista Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza Cuello*, 67, 266-267.
- Betancor, V.; Serrano, P.; Esperanza, A.; Miralles, R. & Cervara, A. (2002). Disfagia en el Anciano. *Servicio de Geriátría del IMAS, Hospital de la Esperanza, Centro Fórum, Hospital del Mar. Instituto de Atención Geriátrica y Sociosanitaria (IAGS)*, 17:168-174.
- Betancor, E.; Serrano, P.; Esperanza, A.; Miralles, R. & Cervera, A. (2006). Disfagia en el anciano. *Rev Mult Gerontol*, 16 (1), 37-41.
- Bleeckx, D. (2004). *Disfagia: evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución (1º Ed.)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Buchholz, D. (1997). Neurologic disorders of swallowing. *Dysphagia: Diagnosis and management*, 37-72.
- Cabezón, R.; Ramírez, C.; Badía, V.; León, N. & Fonseca, X. (2011). Evaluación de la deglución con nasofibroscopía en pacientes hospitalizados: factores predictivos y seguimiento intrahospitalario. Experiencia en un hospital clínico universitario. *Revista médica Chilena*, 139, 1025-1031.
- Carrau, R. & Murray, T. (2006). *Comprehensive management of swallowing disorders (1º Ed.)*. San Diego: Plural Publishing.
- Clavé, P.; Arreola, V. & Romea, L. (2008). Accuracy of the volumetric-swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration. *Clin Nutr.*, 27, 806-15.

- Clavé, P.; Arreola, V.; Velasco, M. & Querc, M. (2007). Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspecto de interés para el cirujano digestivo. *Cirugía Española*, 82 (2), 62-76.
- Clavé, P.; Terré, R.; Kraa, M. & Serra (2004). Approaching oropharyngeal dysphagia. *Rev Esp Enferm Dig*, 96; 119-131.
- Corregidor, A.; Gutiérrez, C. & Jiménez. C. (2005). Disfagia. *Tratado de geriatría para residentes*, 53, 545.
- Crivelli, A. (1999). *Disfagia Orofaringea. Actualización del tema. Unidad de Soporte Nutricional y Enfermedades Malabsortivas*. La Plata: Hospital San Martín.
- Daniels, SK. (2006). Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing. *GI Motility online*, 10.1038.
- Donzelli, J.; Brady, S.; Wesling, M. & Craney, M. (2003). Predictive value of accumulated oropharyngeal secretions for aspiration during video nasal endoscopic evaluation of the swallow. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 112: 469-475.
- Eterkin & Aydogdu. (2003). Neurophysiology of swallowing. *Clin Neurophysiol*, 14, 2226-44.
- Fernández, F.; Andrade, B. & Gomes, A. (2010). *Tratado de Fonoaudiología (2º Ed.)*. Sao Paulo: Roca.
- Florín, C.; Menares, C.; Salgado, F. Tobar, & L. Villagra, R. (2004). *Evaluación de la deglución en pacientes con accidente cerebro vascular agudo*. Tesis pregrado inédita. Santiago: Universidad de Chile, Facultad de Medicina.
- Fundació Institut Guttmann. (2002). *Disfagia neurogénica: evaluación y tratamiento (1º Ed.)*. Badalona: Bernabeu, M.

- Ganong, W. (2002). *Fisiología médica. El manual moderno (10° Ed.)*. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Giorge, J. (2007). Evaluación y tratamiento de la deglución con nasofibrolaringoscopia en pacientes con disfagia y aspiración. *An ORL Mex*, 52, 4.
- Goldblum, J.; Rice, T. & Ritcher, J. (1996). Histopathological features in esophagomyotomy specimens from pacientes with achalasia. *Gastroenterology*, 111(3) 648-54.
- González, R. & Araya, C. (2000). Manejo fonoaudiológico del paciente con disfagia neurogénica. *Revista chilena de Fonoaudiología*, 2 (3), 49-61.
- González, M.; Ambrosio, K. & Sánchez, S. (2006). Regulación neuroendócrina del hambre, la saciedad y mantenimiento del balance energético. *Medigraphic Artemisa En línea*, 3 (3).
- González, R. & Bevilacqua, J. (2009). Disfagia en el paciente neurológico. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 20, 252.
- Groher, M. (1997). *Dysphagia: Diagnosis and management (3° Ed.)*. Massachusetts: Butterworth-Heinemann.
- Hernández, R.; Fernández-Collado, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación (4° Ed.)*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Hernández, R.; Fernández-Collado, C. & Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación (3° Ed.)*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Hinchey, J.; Shephard, T.; Furie, K.; Smith, D.; Wang, D. & Tonn, S. (2005). Formal Dysphagia Screening Protocols Prevent Pneumonia. *Stroke*, 36: 1972-1976.

- Jaume, G. (2007). *Curso de formación online: Manejo de la disfagia y aspiración (1° Ed.)*. Santiago: Salvat.
- Jean, A. & Dallaporta, M. (2006) Electrophysiologic characterization of the swallowing pattern generator in the brainstem. *GI Motility online*, 10.1038.
- Johnson, E.; McKensie, S. & Sievers, A. (1993). Aspiration pneumonia in stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 74: 973-6.
- Langmore, S. (2003). Evaluation of oropharyngeal dysphagia: which diagnostic tool is superior? *Laryngology and bronchoesophagology*, 11 (6), 485-489.
- Leder, S. & Espinosa, J. (2002). Aspiration Risk After Acute Stroke: Comparison of Clinical Examination and Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing. *Dysphagia*, 17:214-218.
- Le Huche, F. & Allali, A. (2000). *La voz. Anatomía y fisiología de los órganos de la voz y del habla (1° Ed.)*. Barcelona: Masson.
- Leonard, R. (2008). *Endoscopy in assessing and treating (2° Ed.)*. San Diego: Plural.
- Leopold, N. & Kagel, M. (1996). Prepharyngeal dysphagia in Parkinson's disease. *Dysphagia*, 11, 14-22.
- Logemann, J. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders (2° Ed.)*. Texas: Pro - Ed. Inc.
- Llabrés, M.; Molina-Martinez, F. & Miralles, F. (2005). Dysphagia as the sole manifestation of myasthenia gravis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76(9):1297-1300.
- Macedo, E. (1999). *Disfagia: Abordagem Multidisciplinar (2° Ed.)*. Sao Pablo: Frontis.

- Macedo, E.; Gomes, G. & Furkim, A. (2000). *Manual de cuidados do Paciente com Disfagia (1º Ed.)*. Sao Paulo: Lovise Ltda.
- Malagelada, J.; Bazzoli, A.; Elewaut, M. & Fried, J. (2004). *Recomendaciones de la WGO – OMGE. Para el manejo de la disfagia*. Tesis de pregrado inédita. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano.
- Mann, G.; Hankey, G. & Cameron, D. (1999). Swallowing function after stroke: prognostic factors at 6 months. *Stroke*, 30 (4), 744-748.
- Marambio, J.; Moraga, C.; Ortiz, M.; Vidal, C. & Yañez, A. (2010). *Intervención en disfagia orofaríngea secundaria a accidente cerebrovascular isquémico reciente*. Tesis pregrado inédita. Valparaíso: Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina.
- Monte, F.; Silva-Junior, F.; Braga-Neto, P.; Nobre e Souza, M. & De Bruin, V. (2005). Swallowing abnormalities and dyskinesia in Parkinson's. *Disease. Mov Disord*, 20, 457-62.
- Montgomery, W. (2002). *Surgery of the larynx, trachea, esophagus, and neck (3º Ed.)*. Philadelphia: Saunders.
- Mora, F.; Aldea, A. & Benages, A. (2003). Deglución. En C. Suárez, C. (1999). *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello*. Madrid: Proyectos Médicos.
- Murray, T. & Carrau, R. (2006). *Clinical management of swallowing disorders (2º Ed.)*. San Diego: Plural Publishing.
- Nazar, G.; Ortega, A.; Godoy, A.; Godoy, J. & Fuentealba, I. (2008). Evaluación fibroscópica de la deglución. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 68: 131-142.

- Nazar, G.; Ortega, A. & Fuentealba I. (2009). Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Revista médica Clínica Las Condes*, 20 (4), 450-451.
- Nilsson, P.; Ekberg, O.; Olsson, R. & Hindfelt, B. (1996). Quantitative assessment of oral and pharyngeal function in Parkinson's disease. *Dysphagia*, 12, 11-18.
- Paciaroni, M.; Mazzotta, G. & Corea, F. (2004). Dysphagia following stroke. *European Neurology*, 51, 162-167.
- Peña, D. & Machica, M. (2009). *Hacia la consolidación del servicio de diagnóstico e Intervención de los trastornos de la deglución del Hospital Universitario Mayor Méderi*. Tesis de pregrado inédita. Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Facultad de Rehabilitación y Desarrollo Humano.
- Perry, L. & Love, C. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: a systematic review. *Dysphagia*, 16, 7-18.
- Potulska, A.; Friedman, A.; Krolicki, L. & Sychala, A. (2003). Swallowing disorders in Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disor*, 9, 349-53.
- Puling, M. & Prosiegel, M. (2002). Misdiagnosis of amyotrophic lateral sclerosis in a patient with dysphagia due to Chiari I malformation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 72, 270.
- Quesada, P.; Quesada, J. & Lorente, J. (2004). Parestesias faríngeas. Reflujo gastroesofágico. Globo faríngeo. *Ponencia oficial de la Sociedad Española de ORL y Patología Cervicofacial*, 19-27.
- Ramsey, D.; Smithard, D. & Kalra, L. (2003). Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*, 34, 1252-1257.

- Ramsey, D.; Smithard, D. & Kalra, L. (2005). Silent aspiration: what do we know? *Dysphagia*, 20 (3): 218-25.
- República de Chile (2007). *Guía Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto (1° Ed.)*. Santiago: Ministerio de Salud.
- República de Chile (2007). *Guía Clínica Atención de urgencia del traumatismo craneoencefálico (1° Ed.)*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Robbins, J. & Levine, R. (1993). Swallowing after unilateral stroke of the cerebral cortex. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74, 1295-1300.
- Rosenfield, D. & Barroso, A. *Difficulties with speech and swallowing*. En: W. Bradley. (1996). *Neurology in clinical practice: Principles of diagnosis and management (1° Ed.)*. Boston: Butterworth-Heinemann.
- Ruiz, R. (2001). *Manual de diagnóstico y terapéutica en atención primaria. (3° Ed.)*. Madrid: Diaz de Santos.
- Saeian, K. & Shaker, R. (2004). *Management of swallowing disorders (1° Ed.)*. Philadelphia: Butterworth Heinemann.
- Terré, R. (2009). *Disfagia orofaríngea secundaria a daño cerebral: diagnóstico, evolución, factores pronósticos y tratamiento con toxina botulínica*. Tesis doctoral inédita. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina.
- Terré-Boliart, R.; Orient, F.; Guevara, D.; Ramón, S.; Bernabeu, M. & Clavé, P. (2004). Disfagia orofaríngea en pacientes afectados de esclerosis múltiple. *Revista Neurología*, 39 (8), 707-710.

- Universidad Nacional de Colombia (2008). *Guía de práctica basada en la evidencia para la auscultación cervical en disfagia orofaríngea (1° Ed.)*. Bogotá: Barragan, M.
- Vandemeulebroecke, M.; Laloux, P.; Lawson, G.; Deltombe, T. & Hanson, P. (2007). “La dysphagie après un accident vasculaire cérébral” 1° partie: bilan et prise en charge. *Louvaine medical*, 126, 4, 95-101.
- Velasco, M.; Arreola, V.; Clavé, P. & Puiggrós C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea. *Nutrición Clínica en Medicina*, I (3), 174-202.
- Wiesner, W.; Wetzel, S.; Kappos.; Hoshi, M.; Witte, U. & Radue, E. (2002). Swallowing abnormalities in multiple sclerosis: correlation between videofluoroscopy and subjective symptoms. *Eur Radiol*, 12: 789-92.
- Zambrana-Toledo, N. (2001). El mantenimiento de las orientaciones logopédicas en el paciente con disfagia orofaríngea de origen neurogénico. *Revista de neurología*, 32 (10), 986-989.

# **ANEXOS**

# **PROCOLOS**

- 1. VERSIÓN INICIAL**
- 2. SEGUNDA VERSIÓN**
- 3. VERSIÓN FINAL**

## VERSIÓN INICIAL

### “Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscopía en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren”

#### 1. Antecedentes personales

Nombre : Edad :  
Vía de alimentación : Fecha :  
Médico ORL : Evaluadores:  
Modalidad: Se otorga el alimento.

#### 2. Antecedentes clínicos

2.1 Mórbitos:

2.2 Disartria: Sí No

2.3 Diagnóstico neurológico:

#### 3. Completar el siguiente cuadro en pacientes traqueostomizados (TQT)

Traqueostomía:	Sí, ¿desde cuándo?_____
	Anterior (desde-hasta)_____
Cuff inflado previo:	Sí No
Secreciones aspiradas previas (describir)	_____

#### 4. Anatomía

	Observaciones	
4.1 Forma y posición de epiglotis		
4.2 Simetría de espacio vallecular y senos piriformes		
4.3 Simetría de base de la lengua		
4.4 Edema		
4.5 Traumatismo por intubación		
4.6 Cuerdas vocales	Reposo	Fonación (/a/)
• Morfología		
• Posición		
• Movilidad		

## 5. Escala de sensibilidad

	0 Nula
	1 Escasa
	2 Normal
	3 Hipersensibilidad

## 6. Escala de manejo de secreciones

	0 Normal.
	1 Acúmulo salival fuera de vestíbulo laríngeo en momentos.
	2 Acúmulo salival transitorio en vestíbulo laríngeo con rebasamiento ocasional. Puede aclarar.
	3 Retención salival en vestíbulo constante. No puede aclarar.

## 7. Proceso de deglución

### 7.1 Etapa preparatoria oral

	Sí	No
7.1.1 Sialorrea		
7.1.2 Xerostomía		
7.1.3 Mastica	Lento	Normal
7.1.4 Escape oral anterior		

### 7.2 Etapa oral

	Sí	No
7.2.1 Dificultad inicio		
7.2.2 Lentitud		

### 7.3 Etapa faríngea

#### Escala de manejo del bolo

Líquido (incluyendo saliva)	Papilla	Sólido	
			7.3.1 Normal.
			7.3.2. Acúmulo de alimento fuera de vestíbulo laríngeo en momentos.
			7.3.3 Acúmulo de alimento transitorio en vestíbulo laríngeo con rebasamiento ocasional. Puede aclarar.
			7.3.4 Retención de alimento en vestíbulo constante. No puede aclarar.

**8. Evaluación con consistencias (especificar en qué cantidad se presenta la dificultad)**

	Semisólido	Líquido	Sólido
8.1 Retardo en motilidad faríngea			
8.2 Reflejo de deglución			
8.3 Elevación laríngea			
8.4 Signos de penetración			
8.5 Degluciones múltiples			
8.6 Regurgitación nasal			
8.7 Tos post deglución			
8.8 Voz húmeda post deglución			
8.9 Residuo de alimento en cavidad oral			

**9. TQT**

9.1 Salida de secreciones por cánula post deglución			
9.2 Secreciones aspiradas por kinesiólogo post deglución			

**10. Saturación**

Saturación O2 inicial	Saturación O2 final	Variación O2

\*Desaturación de 3 a 5% considerado normal (Clavé)

**11. Observaciones**

11.1 Impedimentos para realizar examen:

11.2 Apoyo respiratorio:

11.3 Coopera : Sí No

11.4 Otras:

**12. Diagnóstico**

--

**13. Indicaciones**

## SEGUNDA VERSIÓN

### “Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscopía en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren”

Consignar con tickets en las casillas que corresponda

#### 1. Antecedentes personales

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Vía y/o consistencia de alimentación: \_\_\_\_\_

Motivo de derivación: \_\_\_\_\_ Modalidad del examen: Se otorga el alimento

Prótesis dental: Sí  No  Utiliza en el hospital: Sí  No

#### 2. Antecedentes clínicos

Mórbidos: HTA  Tabaquismo  Diabetes   
RLF  Neumonía a repetición  Otros \_\_\_\_\_  
Disartria: Sí  No   
Afasia: Sí  No   
Comprensiva  Expresiva  Mixta

Diagnóstico neurológico: \_\_\_\_\_

Hemiplejía  Hemiparesia  Derecha  Izquierda

**Traqueostomía.** Evaluar con cuff desinflado.

¿Desde cuándo?	_____
Cuff inflado:	Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
Secreciones aspiradas:	Normales <input type="checkbox"/> Observaciones _____
Cantidad de secreciones:	+ <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>

#### 3. Saturación. Variación de 3 a 5% considerado normal (Clavé. P, 2008).

Saturación O2 inicial \_\_\_\_\_ Saturación O2 final \_\_\_\_\_ Variación O2 \_\_\_\_\_

Oxigenoterapia: Sí  No

#### 4. Evaluación clínica fonoaudiológica

Órganos Fonoarticulatorios	Normal	Observaciones	Praxias a imitación			
			Simples		Complejas	
			Sí	No	Sí	No
Labios						
Lengua						
Dientes						
Paladar duro					Sialorrea	<input type="checkbox"/>
Velo del paladar					Xerostomía	<input type="checkbox"/>
Úvula						

Reflejos	Presente	Ausente
Velar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arcada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tusígeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5. Evaluación instrumental otorrinolaringológica

Estructuras anatómicas	Normal	Edema	Otros
Epiglotis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Base de lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Espacio vallecular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Senos piriformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comisura posterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

#### 6. Cuerdas Vocales. Emisión de fonema /a/.

Borde libre: Normal  Alterado \_\_\_\_\_

Movilidad: Normal  Parálisis  Unilateral D  I  Bilateral

Paresia

Posición \_\_\_\_\_

7. **Escala de sensibilidad.** Estimular epiglotis y repliques aritenopiglótico. Observar medialización de cuerdas vocales (Aviv & cols., 2005).

Grados	Derecha	Izquierda
0 Nula		
1 Escasa		
2 Normal		
3 Hipersensibilidad		

(Adaptado de Nazar & cols., 2008).



## 9.2 Evaluación otorrinolaringológica

	Papilla (Compota de frutas)			Sólido (Trozo de pan)		Líquido (Agua)			Observación
	1 mL	3 mL	5 mL	Pequeño	Grande	1 mL	3 mL	5 mL	
Retardo del reflejo de deglución (3 a 5 segundos).*									
Derrame posterior									
Penetración									

(Logemann, 1998)

<b>Escala manejo del bolo a nivel supraglótico</b>	Papilla	Sólido	Líquido	
Normal				
Acúmulo de alimento fuera de vestíbulo laríngeo en momentos				
Acúmulo de alimento transitorio en vestíbulo laríngeo con rebasamiento ocasional. Puede aclarar.				Esponánea <input type="checkbox"/> Por orden <input type="checkbox"/>
Retención de alimento en vestíbulo constante. No puede aclarar.				

\*En caso de incapacidad para aclarar, detener evaluación.

## 10. Traqueostomía

	Presente	Ausente
Salida de alimento por cánula post deglución (especificar consistencia)		
Alimento en subglotis*		

\* Evaluar insertando fibra óptica por cánula.

## 11. Pruebas terapéuticas. Evaluar antes de retirar fibra óptica.

--

**12. Observaciones**

**13. Diagnósticos**

Dg. otorrinolaringológico \_\_\_\_\_

Dg. fonoaudiológico \_\_\_\_\_

**14. Indicaciones**

Alimentación	Vía Oral	<input type="checkbox"/>	Consistencia	Papilla	<input type="checkbox"/>
	SNG	<input type="checkbox"/>		Sólido	<input type="checkbox"/>
	GTT	<input type="checkbox"/>		Líquido	<input type="checkbox"/>

Otros \_\_\_\_\_

Medicación. Consignar consistencia.

Control de temperatura      Sí       No       Observaciones \_\_\_\_\_

Terapia fonoaudiológica      Sí       No

\_\_\_\_\_  
Otorrinolaringólogo(a)  
(Nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
Fonoaudiólogo(a)  
(Nombre y firma)

# VERSIÓN FINAL

## “Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscofia en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren”

Consignar con una X en las casillas que corresponda

### 1. Antecedentes personales

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Motivo de derivación: \_\_\_\_\_ Modalidad del examen: Se otorga el alimento

### 2. Antecedentes clínicos

Vía y/o consistencia de alimentación: \_\_\_\_\_

Oxigenoterapia: Sí  No   
Prótesis dental: Sí  No  Utiliza en el hospital: Sí  No   
Mórbidos: HTA  Tabaquismo  Diabetes   
RLF  Neumonía a repetición  Otros \_\_\_\_\_  
Conexión al medio: Sí  No   
Disartria: Sí  No   
Afasia: Sí  No   
Comprensiva  Expresiva  Mixta

Diagnóstico neurológico: \_\_\_\_\_

Hemiplejía  Hemiparesia  Derecha  Izquierda  Otro \_\_\_\_\_

**Traqueostomía.** Evaluar con cuff desinflado.

¿Desde cuándo?	_____
Cuff inflado:	Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
Periodo oclusión:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Secreciones aspiradas:	Normales <input type="checkbox"/> Observaciones _____
Cantidad de secreciones:	+ <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>
Aspiraciones diarias:	Nº _____
Ventilación mecánica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

### 3. Evaluación clínica fonoaudiológica

Órganos Fonoarticulatorios	Normal	Observaciones	Praxias a imitación			
			Simples		Complejas	
			Sí	No	Sí	No
Labios						
Lengua						
Mejillas						
Dentición						
Paladar duro						Sialorrea <input type="checkbox"/>
Velo del paladar						Xerostomía <input type="checkbox"/>
Úvula						
ATM						

Reflejos Presente Ausente Observaciones

Velar

Arcada

Tusígeno

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 4. Evaluación instrumental otorrinolaringológica

Estructuras anatómicas Normal Edema Otros

Epiglotis

Base de lengua

Espacio vallecular

Senos piriformes

Comisura posterior

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Cuerdas Vocales. Emisión de fonema /a/.

Borde libre: Normal  Alterado \_\_\_\_\_

Movilidad: Normal  Parálisis  Unilateral D  I  Bilateral

Paresia

Posición \_\_\_\_\_

6. Escala de sensibilidad. Estimular epiglotis y repliques aritenopiglótico. Observar medialización de cuerdas vocales (Aviv & cols., 2005).

Grados	Derecha	Izquierda
0 Nula		
1 Escasa		
2 Normal		
3 Hipersensibilidad		

(Adaptado de Nazar & cols., 2008).

**7. Escala de manejo de secreciones.** Con puntuación 3 no se administra alimento.

0 Normal (húmedo).	
1 Acúmulo salival fuera de vestíbulo laríngeo en momentos.	
2 Acúmulo salival transitorio en vestíbulo laríngeo con rebasamiento ocasional. Puede aclarar.	
3 Retención salival en vestíbulo constante con rebasamiento ocasional. No puede aclarar.	

(Adaptado de Langmore, 2001).

**8. Proceso de deglución.** Alimento lleva tinción vegetal azul. Se inicia con papilla, luego sólido y por último líquido; en los volúmenes 1, 3 y 5 mL.

**8.1 Evaluación fonaudiológica.** Marcar con una X sólo la alteración cuando corresponda.

	Papilla (Compota de frutas)			Sólido (Trozo de pan)		Líquido (Agua)			Observación
	1 mL	3 mL	5 mL	Pequeño	Grande	1 mL	3 mL	5 mL	
Masticación alterada									
Escape oral anterior									
Elevación laríngea alterada									
Degluciones múltiples (3 o más)									
Regurgitación nasal									
Residuos de alimento en cavidad oral									

**8.1.1 Signos de aspiración.** Marcar con una X sólo la alteración cuando corresponda.

	Papilla (Compota de frutas)			Sólido (Trozo de pan)		Líquido (Agua)			Observación
	1 mL	3 mL	5 mL	Pequeño	Grande	1 mL	3 mL	5 mL	
Tos post deglución									
Voz húmeda post deglución									
Variación significativa de SO2									

\* Variación de 3 a 5% considerado normal (Clavé. P, 2008).

## 8.2 Evaluación otorrinolaringológica. Marcar con una X sólo la alteración cuando corresponda.

	Papilla (Compota de frutas)			Sólido (Trozo de pan)		Líquido (Agua)			Observación
	1 mL	3 mL	5 mL	Pequeño	Grande	1 mL	3 mL	5 mL	
Retardo del reflejo de deglución (3 a 5 segundos).*									
Derrame posterior									
Penetración									

\*Logemann, 1998.

<b>Escala manejo del bolo a nivel supraglótico</b>	Papilla	Sólido	Líquido	
Normal				
Acúmulo de alimento fuera de vestíbulo laríngeo en momentos				
Acúmulo de alimento transitorio en vestíbulo laríngeo con rebasamiento ocasional. Puede aclarar.				Esponánea <input type="checkbox"/>
Retención de alimento en vestíbulo constante. No puede aclarar.				Por orden <input type="checkbox"/>

\*En caso de incapacidad para aclarar, detener evaluación.

## 9. Traqueostomía

	Presente	Ausente
Salida de alimento por cánula post deglución (especificar consistencia)		
Alimento en subglotis*		

\* Evaluar insertando fibra óptica por cánula.

**10. Pruebas terapéuticas.** Evaluar antes de retirar fibra óptica.

**11. Observaciones**

**12. Diagnósticos**

Dg. otorrinolaringológico \_\_\_\_\_

Dg. fonoaudiológico \_\_\_\_\_

**13. Indicaciones.** Marcar con una X una opción por columna según corresponda.

Alimentación Vía Oral  Consistencia Papilla   
SNG  Sólido   
GTT  Líquido

Otros \_\_\_\_\_

Maniobra para alimentación vía oral \_\_\_\_\_

Medicación. Consignar consistencia.

Control de temperatura Sí  No  Observaciones \_\_\_\_\_

Terapia fonoaudiológica Sí  No  Tipo: Lenguaje   
Deglución   
Ambas

\_\_\_\_\_

Otorrinolaringólogo(a)  
(Nombre y firma)

\_\_\_\_\_

Fonoaudiólogo(a)  
(Nombre y firma)

---

**Resumen de evaluación de deglución**

**JUICIO DE EXPERTOS**  
**1.PAUTA DE ENTREVISTAS**  
**2.PRIMERA BITÁCORA**

# **PAUTA DE JUICIO DE EXPERTOS**

## **“Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscofia en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren”**

### **Introducción**

Todo centro hospitalario debe contar con protocolos propios para la realización de exámenes. Es por esto que el Protocolo de Evaluación de Deglución con Nasolaringofibroscofia nace por la ausencia de protocolos de evaluación que diagnostiquen disfagia orofaríngea en pacientes con etiología neurológica en el Hospital Carlos Van Buren. Es por ello, que surge la necesidad de crear un protocolo instrumental funcional con nasolaringofibroscofia, que abarque todos los contenidos relevantes para evaluar la deglución en pacientes hospitalizados y que contemple la participación tanto del otorrinolaringólogo como del fonoaudiólogo. Dicho protocolo fue confeccionado gracias a la bibliografía existente, protocolos anteriores (Nazar y Zambrana-Toledo) y aportes propios de las investigadoras junto a la profesora guía.

Por todo lo anteriormente expuesto, se presenta la pauta de juicio de experto cuyos contenidos podrá juzgar debido a su valiosa experiencia y manejo en el área de deglución.

### **Instrucciones**

Lea atentamente la pregunta que antecede a la tabla de respuestas, luego conteste según su criterio profesional en cada cuadro correspondiente. Se agradece comentar cuando no encuentre adecuado algún ítem del Protocolo de Evaluación de Deglución a través de Nasolaringofibroscofia. Si desea agregar algún ítem por favor comentarlo en la tabla continua después de cada pregunta.

- Marque el espacio con una X.
- Si prefiere puede responder estas preguntas de forma verbal.
- La entrevista será registrada en su totalidad en formato de audio y luego será transcrita.

**¿Considera adecuados los antecedentes previos a la evaluación?**

Ítem	Sí	No (Comentarios)
1. Antecedentes personales		
2.1 Mórbitos		
2.2 Disartria		
2.3 Diagnóstico neurológico		
	Sí (Comentarios)	
		No
¿Agregaría o cambiaría algún ítem?		

**3. En cuanto al cuadro de pacientes traqueostomizados**

	Sí (comentarios)	No
¿Agregaría o cambiaría algún ítem?		

**4. Anatomía:** Las estructuras y características evaluadas son relevantes en la función deglutoria a nivel faríngeo y laríngeo.

Ítem	Sí	No (Comentarios)
4.1 Forma y posición de epiglotis		
4.2 Simetría de espacio vallecular y senos piriformes		
4.3 Simetría de base de la lengua		
4.4 Edema		
4.5 Traumatismo por intubación		
4.6 Cuerdas vocales		
	Sí (Comentarios)	
		No
¿Agregaría o cambiaría algún ítem?		

**5. Escala de sensibilidad**

	Sí	No (Comentarios)
¿Cambiaría la escala?		

**6. Escala de manejo de secreciones**

	Sí (comentarios)	No
¿Agregaría o cambiaría algún ítem?		

**7. Proceso de deglución**

**7.1 - 7.2 ¿Considera pertinentes los criterios evaluados en las etapas preparatoria oral y oral?**

Ítem	Sí	No (Comentarios)
7.1.1 Sialorrea		
7.1.2 Xerostomia		
7.1.3 Mastica		
7.1.4 Escape oral anterior		
7.2.1 Dificultad inicio		
7.2.2 Lentitud		
	Sí (comentarios)	No
¿Agregaría o cambiaría algún ítem?		

**7.4 ¿Considera que la escala describe los posibles desenlaces del bolo alimenticio en la etapa faríngea?**

	Sí (Comentarios)	No
¿Agregaría o cambiaría algún ítem?		

**8. Evaluación de consistencias**



kinesiólogo post deglución		
	Sí (Comentarios)	No
¿Agregaría o cambiaría algún ítem?		

**10. Saturación. ¿Considera correctos los índices de saturación de acuerdo a la realidad clínica en disfagia?**

	Sí (Comentarios)	No
¿Agregaría o cambiaría algún ítem?		

**11. Observaciones. ¿Considera los siguientes ítems adecuados en la evaluación de disfagia?**

Ítem	Sí	No (Comentarios)
11.1 Impedimentos para realizar examen		
11.2 Apoyo respiratorio		
11.3 Cooperación		
	Sí (Comentarios)	No
¿Agregaría o cambiaría algún ítem?		

Nombre:

Profesión:

Fecha:

\_\_\_\_\_

Firma

**PRIMERA BITÁCORA**

## Fonoaudiólogo: N° 1

“Para esta etapa preparatoria oral cambiaría que antes se tienen que fijar en anatomía porque puede ser un paciente neurológico que además tiene un trastorno de tipo oncológico o tiene un traumatismo facial por cicatriz o similar le quita una parte importante de la funcionalidad labial y a veces hasta maxilar. De todas formas hay que hacer un examen completo de la parte oral y perioral anatómica y funcionalmente (**cod. 13 (a)**) antes de la endoscopia, es imposible que no se haga así.

El alimento necesita de todos unos movimientos previos, si tú tienes un escape pudiera parecer que es por contención pero puede no ser neurológico sino más bien de tipo mecánico. Cuando tú haces una evaluación está al límite poder diferenciar uno de otro cuando el paciente tiene un problema neurológico, a menos que con anterioridad tú hayas hecho una evaluación de la deglución pensando en un desorden mecánico.

*Nosotros creamos la pauta pensando en la disfagia neurogénica pero tal vez es mejor abarcar la disfagia incluyendo la mecánica.*

No puedes solamente pensar en evaluar trastornos neurológicos, todo paciente con un trastorno de tipo neurológico tiene un grado de dificultad de deglución: un grado puede ser en el ritmo, en el tiempo, en la masticación, en alguna de las fases e incompetencia de cierre de las cuerdas vocales. Entonces tienes siempre, sí o sí, en un paciente con problemas neurológicos trastornos en la deglución; lo que uno hace es medir cuán grande puede ser y cuánto puedes compensar, en el caso de los pacientes que son neurológicos permanentes puedes planificar que eso no va a funcionar o puedes ya sacar las maniobras para proteger esa deglución.

Por otro lado un paciente que tiene una deglución de origen mecánico, éste siempre va a existir a menos que se compense con una buena dentadura. Un paciente nunca está solo,

pueden ser oncológicos que antes sufrieron de un ACV (Accidente Cerebro Vascular). Así que yo pondría el examen de los órganos fonoarticulatorios ante todo lo demás.

La anatomía de acá es del otorrino que no le corresponde al fonoaudiólogo (**cod. 15**), yo me iría absolutamente al tema fonoaudiológico y pondría indemnidad de los órganos fonoarticulatorios: labios, simetría de los labios, dientes, si está desdentado o no desdentado, paladar alto, bajo, úvula bífida, no úvula, la mordida (que es súper importante si tiene una mordida alterada), buena oclusión, prognatismo, etc., porque eso te altera la deglución y si tú no lo haces antes, tú no cuentas con eso porque en el fondo lo que hace la deglución es medir el paso del alimento de la parte oral hacia la parte esofágica. Eso es lo que ve el FEES y no puede ver más.

Yo aquí de todas maneras haría una denotación fonoaudiológica porque ustedes están haciendo algo que no corresponde. Tú no ves la simetría de la base de la lengua pero sí le puedes decir que hay prognatismo, si existe dentadura o no, tonificación de la musculatura, etc. Porque eso es de ustedes y sí altera la deglución.

Lo otro que yo sugeriría es que siempre a la persona que está afectada o al acompañante hay que preguntarle cómo comía antes porque muchos pacientes tenían trastornos de la deglución previo al accidente y ¿Cómo lo puedes saber? Preguntándole a la familia. Preguntarle qué comía al desayuno, qué cosas le gustaban; si te dicen no él era súper mañoso y le gustaban todas las cosas molidas, entonces te dirán de un trastorno previo. Con eso tú ya sabes que hay una lentitud y que a lo mejor el paciente se encuentra en las mismas condiciones y que el trastorno puede ser otro.

¿Cuánto tiempo tiene la traqueostomía? ¿Comía con la traqueostomía? No hay ni una pregunta de eso. ¿Cómo le iba con el *cuff*? ¿Nunca sentía tos? Cuando tú tienes un *cuff* que está sobre inflado igual puedes aspirar, porque el *cuff* golpea la pared del esófago y hace que el alimento se devuelva. Describir secreciones aspiradas previas. No sé cuál es el objetivo de eso.

*Si tuviera por ejemplo comida, el paciente puede estar comiendo y aspirar la comida.*

Lo que pasa es que cuando tú tienes una traqueostomía, tienes un cuerpo extraño en tu tráquea y por lo tanto tu cuerpo tiene un sistema de inmunidad propia que significa que cada vez va generando más secreciones para echar para afuera lo que tenga. Por otra parte, como la respiración es por el traqueostoma el paciente no se está tragando las secreciones pero no es porque no quiera sino que es porque no puede porque su vía está hacia adelante. Entonces no es tan relevante a menos de que sean secreciones purulentas y es porque el *cuff* está demasiado inflado. Por ejemplo aquí, dice traumatismo post intubación ¿A qué te refieres? No queda claro **(cod. 8)**.

*Queremos referirnos a si hay presencia de edema o el tubo marcado.*

Esto es una cosa que los otorrinos deberían hacer. Después dice cuerdas vocales, posición, movilidad. Lo que yo pondría es si emiten sonido, si hay voz disfónica, si hay voz húmeda, porque eso lo puede ver el fonoaudiólogo y el otorrino verá si son chicas, si son grandes o si están paralizadas. Debe haber una descripción más de voz, ¿Se escucha escape de aire? Después dice escala de sensibilidad, esto depende de ellos, ahora ver si tocan ahí no es muy bueno.

En la etapa preparatoria podrían poner primero que nada una descripción y una evaluación de lo que está pasando en la parte anatómica, después colocaría este tipo de información. La xerostomía si se produce, eso es parte de la anamnesis, tú no lo vas a ver a menos que el paciente te lo diga o tú le haces el examen oral y miras la lengua puedes darte cuenta si es que está seca. Y cuando el paciente está hablando y se le cae la baba ya sabes que hay xialorrea y cuando está comiendo. La masticación ¿Cómo dices que está lento o normal?

*Corresponde a una percepción clínica.*

Hay muchas personas normales que comen lento. Lo que debería decir aquí es si existe la masticación cuando traga. Y eso te lo va a dar un paciente dependiendo si es desdentado, o si no tiene lengua.

Etapas oral, mira fíjate que en la preparatoria oral lo más importante es que si puede abrir la boca o no ¿Puede abrir la boca? ¿Tiene una apertura suficiente? Eso es la preparatoria oral. La sialorrea, la xerostomía, esos son intraorales que están dentro de la etapa oral. La otra es la orofaríngea, cuando tienes el bolo y lo tiras para adentro. Así que es muy importante que definan cuántas etapas ustedes van a considerar porque hay muchos autores que hablan de distintas etapas entonces ustedes tienen que colocar “Nosotros vamos a considerar para este examen la clasificación de deglución que consta de 4 etapas: la preparatoria oral, la oral, la faríngea y la esofágica, según el autor tanto”. Escala de manejo del bolo. Etapa faríngea ¿No será laríngea?, porque faríngea es que pasa el bolo y lo lleva.

*Lo que pasa es que según nuestra definición todo eso corresponde a la etapa faríngea. Explicitaremos el autor para que no se produzcan estas confusiones. La etapa esofágica no se encuentra porque por definición la nasolaringofibroscofia no puede evaluar aspiración.*

A mí no me parece. Ahí hay una discusión con ellos porque lo que hace es lo que dice acá, que hay retención de alimento... Pero sí se ve cuando se aspira. Además que cuando tú tienes microaspiraciones lo haces con anilina natural y el paciente tose, la tos que saca, las secreciones vienen con el tinte.

Aquí dice evaluación con consistencias ¿Te das cuenta que las consistencias deben ir de sólido a líquido y no al revés? **(cod. 24)**

*Nosotros lo hacemos de papilla, sólido y líquido. Claro que nos dimos cuenta y fue por error nuestro que no están en ese orden.*

Lo que yo debo hacer es evaluar con papilla que me dará el tiempo de evaluar las distintas etapas y la situación en que se encuentran. Ése es mi argumento personal por lo que no se debe evaluar con líquido.

Todas estas otras alteraciones que dicen retardo en la motilidad faríngea, reflejo de deglución, signos de penetración, degluciones múltiples, ésto por ejemplo si imagínate que

tienes un paciente con alteración neurológica que tú sabes ya por el diagnóstico que ahí está el centro de la deglución, tú sabes que no está respondiendo, no tiene sensibilidad, el paciente va a comer y va a tragar fantástico pero como no tiene sensibilidad si se le fue al pulmón no tiene ni idea, porque no hay reflejos. Pero por eso es importante el diagnóstico neurológico previo.

Hay que diferenciar los pacientes neurológicos de los pacientes neurodeteriorados. Hay una evaluación importante que se hace en los pacientes neurocríticos, los pacientes con deterioro cognitivo, otros tipos de pacientes como ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica). Todos esos están descritos en la literatura porque tienen un deterioro que es bien marcado, que son de libro. Entonces pueden mejorar muchas de sus condiciones observándolos con todo tipo de maniobras pero son pacientes distintos.

Eso es lo que yo opino, es un trabajo para el otorrino. Yo creo que ustedes tienen que destacar el trabajo fonoaudiológico que es el más importante (**cod. 29 (a)**) y el por qué necesitarían ustedes en algún minuto al otorrinolaringólogo para que les hiciera una nasolaringofibroscofia, no que la nasolaringofibroscofia diga que necesitan al fonoaudiólogo. La nasolaringofibroscofia confirma que el fonoaudiólogo es importante en ese tipo de pacientes pero no es al revés, o sea la evaluación fonoaudiológica previa es vital y ustedes están preparados para eso”.

## **Fonoaudiólogo: N° 2**

“Dentro del título 1 de antecedentes personales yo diría que en general tiene suficiente información, sin embargo, esto va a depender de si tenemos o no fichas del paciente a la vista, en los servicios de salud pública en general uno trabaja con la ficha pero probablemente ahí me hace falta un poquito más de información dependiendo de lo que uno tenga, porque se

supone que el paciente con disfagia puede tenerla por distintas causas y sería bueno saber el nivel cognitivo del paciente, es importante saberlo en pacientes con disfagia neurogénica porque por lo general son personas añosas que previamente pueden haber tenido un deterioro cognitivo. Uno tiene que contar con que el paciente podrá responder a la prueba y tendrá la capacidad de seguir instrucciones y hay pacientes con demencia por ejemplo, que puede ser vascular que generan disfagia, necesitan un manejo diferente y uno debe saberlo previamente, a veces tienen inatención y no alteración de conciencia, pero son difíciles de manejar porque no siguen instrucciones o quieren hablar durante la prueba entonces ese antecedente debería manejarse acá en los antecedentes clínicos o personales digamos.

El diagnóstico neurológico podría incluir demencia, pero antes de hacer esta prueba si el paciente no tiene diagnosticada demencia sería interesante tener una apreciación del nivel cognitivo del paciente porque puede tener deterioro no diagnosticado aún como demencia. Por ejemplo, aquí en el diagnóstico neurológico podría ir un listado que incluya la demencia, pero si no está incluida hay que tener el antecedente del estado cognitivo.

El nivel de atención también sería importante tenerlo, porque no es necesario que haya compromiso de conciencia, pero si hay inatención se puede transformar en un problema para realizar la evaluación.

En los traqueostomizados desde cuando es importante, porque puede haber alteración de sensibilidad, si es que estaba con el *cuff* inflado previo, pero también podría ocurrir que necesitemos el *cuff* inflado con el propósito de observar si estaba o no presente el reflejo y qué tan potente estaba, lo cual se puede palpar o auscultar pero no es lo mismo que verlo a través de la naso, entonces acá podría estar con el *cuff* inflado durante la prueba aunque no sea lo indicado, pero a veces cuando los pacientes estaban muy comprometidos también lo hacíamos con el *cuff* inflado. Entonces si piensan que es mejor consignar el estado del *cuff* al evaluar, háganlo **(cod. 5 (a))**.

*¿Y resulta la prueba? Porque otros profesionales que hemos consultados no realizan la prueba con el cuff inflado.*

Sí, porque por ejemplo puede haber un paciente que degluta semisólidos y sólidos pero no líquidos, porque los líquidos escurren a pesar de que esté el *cuff* inflado, pueden escurrir si no hay ningún movimiento laríngeo, si no existe la posibilidad de un acercamiento cordal. También hay pacientes que están comiendo con el *cuff* inflado.

*Que molesto debe ser.*

No necesariamente, porque hay pacientes que no son candidatos para sacar la traqueostomía, por lo tanto se quedan con la traqueo por mucho tiempo o de manera permanente dependiendo de la etiología, y si tiene buen reflejo deglutorio, es decir que se presente y no esté retardado, aunque no presente un cierre laríngeo puede comer con el *cuff* inflado, pero no líquidos porque escurren igual. Nosotros teníamos pacientes que comían de esta forma y mientras tanto estaban en tratamiento para desinflar eventualmente el *cuff*, pero si no se logra los pacientes finalmente se acostumbran.

*¿Entonces usted nos recomendaría poner si se realiza la prueba con cuff inflado o no y en caso de realizarla con el cuff inflado, justificar el por qué?*

Sí claro, porque hay pacientes que desde el punto de vista respiratorio no le puedes retirar la traqueo pero desde el punto de vista fonoaudiológico podrían, por lo que hay que evaluar esos dos puntos.

En anatomía hay una superposición de dos temas diferentes: uno son las estructuras y otro es la condición como el edema, yo los separaría (**cod. 14**).

En la escala de sensibilidad se debería describir qué se considera para determinar el nivel de sensibilidad (**cod. 16**) y si está tomada de una que ya existe se debe poner la referencia (**cod. 17**). Lo mismo para la escala de manejo de secreciones, porque por ejemplo hay pacientes hipersecretores de saliva y pareciera ser que tienen un mal manejo pero no es así, yo lo describiría un poco más, agregaría la referencia (**cod. 19**).

En la etapa preparatoria oral faltan alteraciones que podrían estar presentes o tendría que ponerse como un punto de observaciones o descripción de la etapa, pero no podría haber una sola condición porque da la impresión que sólo puede ocurrir lo que está puesto en el protocolo.

En la escala de manejo del bolo también faltan alteraciones que podríamos encontrar con la naso. Existen más causas de alteración de la etapa faríngea, por lo que hay que revisar si deben incluirse para los objetivos que ustedes tienen con la pauta, por ejemplo la regurgitación nasal.

*Lo consideramos en la siguiente tabla (8).*

Pero no se entiende mucho, tal vez deberían juntarlas o hacer una sola en donde vayan divididas por etapas porque hay cosas que aparecen en una y no en otra.

No me quedó claro a qué se referían con “especificar en qué cantidad se presenta la dificultad”.

*Se refiere a los ml. de alimento otorgados...*

No me quedó claro a qué se refería con “especificar en qué cantidad se presenta la dificultad”, sería bueno dividirlo según la cantidad para marcarlo solamente. **(cod. 25)**

Acá yo le quitaría la palabra kinesiólogo porque muchas veces son los enfermeros quienes realizan esa función cuando no hay disponibilidad de un kinesiólogo **(cod. 27)**.

*Pero la realidad del Hospital Carlos Van Buren consta de la atención constante de los kinesiólogos en los servicios.*

Pero siento que te lo reduce, porque si no lo pone pueden servir para otros servicios en que no esté siempre el kinesiólogo.

Acá en apoyo respiratorio quedó como volando la información, sería bueno especificar de qué tipo es.

En general yo creo que el protocolo tiene todo”.

**Fonoaudiólogo: N°3**

“No me quedó claro que si al momento de la evaluación utilizaban el *cuff* inflado o no, porque considero que hay que hacerlo.

*Con esas palabras se pretende saber si el paciente está durante el día con el cuff inflado y de ser así en qué circunstancias...*

Ah ok, entonces colóquenlo de esa forma porque si no, no queda claro. Pongan algo así como: el paciente tiene el *cuff* inflado durante el día, si/no. **(cod. 6 (a))** Lo otro, acá en la escala de manejo del bolo tienen evaluación del líquido incluyendo saliva, yo encuentro que deglutir saliva es bastante distinto que deglutir líquido, así que debería ser otro ítem, porque el volumen de la saliva nunca se va a comparar con el volumen de un líquido, en general la saliva es súper ligosa, mucho más que el agua.

El protocolo debería consignar que se realiza el examen con el *cuff* desinflado **(cod 5 (b))** y acá en las secreciones aspiradas post deglución sería bueno cambiar por alimento teñido **(cod. 26 (a))**. En cuanto a la saturación yo no lo considero importante dentro de la evaluación propiamente tal, es más importante previo a la evaluación, porque si decae mucho en definitiva no podrás evaluar, como en pacientes con BIPAP (ventilación con presión controlada) que simplemente no pueden comer porque le sacas la ventilación y no pueden respirar. En definitiva durante la evaluación la saturación no entrega mucha información porque si baja por ejemplo 2 puntos no es trascendental como otros aspectos como el que se caiga comida de la boca. Además la idea de una evaluación es que sea lo más simple posible, por lo que yo sacaría este ítem.

Acá en el apoyo respiratorio no queda claro a qué se refieren, sería bueno poner qué tipos, si es ventilación mecánica no invasiva y se puede evaluar, pero que sea de manera rápida, como un *check list*, porque finalmente eso es lo que uno valora **(cod. 30 (a) y 31 (a))**.

Igual está buena su pauta, porque finalmente se enfoca a lo que mide”.

#### **Fonoaudiólogo: N° 4**

“Lo que uno busca a través de una evaluación es una guía para un tratamiento, entonces, ¿De qué sirve que un otorrino te diga que el paciente tiene disfagia si tú ya lo sabes? Entonces tú como clínico lo sabes, yo gracias a Dios no me he equivocado al evaluar a un

paciente y si solicito una evaluación con el otorrino es porque existe algo específico que no logro ver. En esa instancia existen cosas claves que no pueden fallar, por ejemplo postura de cabeza, entonces necesito que un fonoaudiólogo esté ahí supervisando la postura del paciente, porque puede ocurrir un falso positivo, que en realidad esté tragando bien, pero por su incomodidad va a tragar mal, por ejemplo. Entonces como introducción tal vez falta el énfasis en que sería bueno que el fonoaudiólogo sea quien supervise el procedimiento por los beneficios que esto trae y después lo pueden profundizar.

Lo que es de traqueostomía lo podrían incorporar dentro de los antecedentes clínicos (**cod.3**). Lo otro podría ser considerar si el paciente está intubado principalmente por más de 48 horas, entonces el traumatismo por intubación lo podrían incluir dentro de este punto. También deben considerar la parte de los trastornos mecánicos porque no necesariamente serán neurológicos y eso es en general para los protocolos existentes, como que dejan de lado esa parte, se los digo porque yo trabajo con muchos pacientes con cáncer de cabeza y cuello, entonces no solamente considerar el diagnóstico neurológico sino más bien el diagnóstico en general. Puede que llegue un paciente neurológico con algún otro tipo de enfermedad asociada.

Me llamó la atención no encontrar estructuras como el velo del paladar, es sumamente importante considerarlas (**cod. 13 (b)**). Tampoco se consideraron las estructuras nasales o la permeabilidad, hay que fijarse también en las vías aéreas superiores, porque se necesita una buena permeabilidad nasal para que exista un buen cierre labial. ¿Edema de qué?

*Puede ser de la comisura posterior o en la mucosa.*

Ya. Habría que hacerlo más específico, hay que pensarlo en base a lo que se converse con el otorrino si lo van a consignar por ejemplo como *check list* o si van a hacer puras observaciones, lo que lo haría demasiado largo.

Acá en cuerdas vocales a lo mejor sería bueno agregar de nuevo edema, me suena extraño que el edema lo hayan dejado aparte de las cuerdas vocales. Falta agregar

observaciones de las cuerdas vocales (**cod.12**). La escala de sensibilidad y de manejo de secreciones ¿De dónde vienen?

*Están preestablecidas en protocolos ya existentes, las extraíamos de la bibliografía.*

Ok. Falta especificar qué está haciendo el fonoaudiólogo en la primera etapa. (**cod. 22**) El fonoaudiólogo tiene que fijarse que el paciente esté en buena posición y darle indicaciones, hay que establecer bien el rol fonoaudiológico y que no sea una pauta prácticamente para el otorrinolaringólogo (**cod. 29 (b)**). Se puede ir conversando con el paciente para evaluar con un *screening* la parte neurológica, además hay que tener muy en cuenta que la evaluación clínica es más importante que la evaluación del otorrino, porque entrega mucha más información que tiene que agregarse al protocolo en caso de ser la primera evaluación, como el estado de conciencia y cognitivo del paciente.

En la escala de manejo del bolo no deberían incluir la saliva, pienso que es redundante porque ya la incluyeron en la escala de manejo de secreciones.

*Bueno, en la escala anterior se refería a cómo se observaba la saliva antes de la deglución, y en ésta se le pide al paciente que degluta su saliva para observar cómo pasa.*

Ah ok, yo lo pondría aparte, deglución en seco. No sé como ordenar esto pero yo la haría entera de nuevo. Yo partiría por la anatomía desde el punto de vista del fonoaudiólogo, como por ejemplo qué pasa con el cierre labial, no se considera nada de eso, hace falta incorporar como están los labios, las praxias, cómo está la musculatura, los reflejos, etc. Luego cuando va a venir el proceso de deglución la postura...Yo mezclaría esto con un protocolo clínico porque esto así está muy vago y antes que la etapa preparatoria oral consignaría si se ve sialorrea y xerostomía (**cod. 20**), en ninguna parte se considera si tiene prótesis dental lo que es muy importante (**cod. 33**) de considerar y si la tiene puesta al momento de la evaluación. No me gusta la palabra mástica (**cod. 23**) y hay que poner algo como formación del bolo. Faltan hartas cosas, que por ejemplo se consignan en protocolos muy buenos brasileros.

Las consistencias yo las pondría al principio. Hay que determinar si van a hacer la auscultación. Yo la hago antes y después de la deglución, sin embargo, el buscar solamente los *clics*, no otorga suficiente información, pero lo que sí es importante buscar, es el sonido de secreción. Ahora no es necesario realizarla cuando se puede ver qué está pasando a través del nasos. Lo importante es fijarse del paciente durante la evaluación.

Mi duda con la elevación laríngea es si ustedes conocen la desventaja del nasos que no logra ver qué ocurre al momento de la deglución, ésto es una ventaja para ustedes, porque el fonoaudiólogo puede palpar si existe la elevación laríngea. Por eso no lo pondría donde está, porque es algo fonoaudiológico.

Falta especificar dónde está el residuo de alimento de en la cavidad oral. En ésta parte en vez de secreciones cámbienlo por alimento (**cod. 26 (b)**) porque se va a confundir, puede que durante la evaluación constantemente salgan secreciones. También consignar en la parte anterior si existe salida espontánea de secreciones que no es lo mismo a si se necesita aspirar. El fonoaudiólogo también tiene que fijarse cuando se desinfe el *cuff* como es la coordinación fonorrespiratoria del paciente.

Tienen que ver cómo van a achicar el protocolo, porque está muy largo. (**cod. 30 (b)**) Les hace falta un *check list*. (**cod. 31 (b)**) Acá en salida de alimentos por cánula es un sí/no. Aquí mencionaron al kinesiólogo.

*Es que en el hospital, ése es el profesional que aspira las secreciones.*

Ese rol deberían manejarlo ustedes, que aprendan sobre el tema, a manejar el *cuff* y la traqueostomía. Además los kinesiólogos a veces se meten mucho en el tema de deglución siendo que es un área que no les corresponde.

La saturación es muy importante, sin embargo, hay pacientes que no les baja la saturación y están aspirando y hay una voz húmeda evidente. Hay médicos que confían en que si no baja la saturación no existe aspiración y se equivocan.

En las observaciones también deberían hacerlo como *check list*, por ejemplo en los impedimentos dejar el estado de conciencia del paciente, porque está muy amplio. En lo del apoyo respiratorio, también dejarlo como *check list* y en caso de que le puedan retirar la mascarilla por ejemplo tenerla a mano por si se necesita”.

“Acá en los antecedentes echo de menos los médicos, como se alimenta, etc., resumen del historial del paciente. Cuando te derivan un paciente tiene que decir qué quieres que evalúe. Estado general del paciente, si está postrado o no, hallazgos neurológicos o radiográficos y otros estudios realizados. No sabemos si es su primer evento. Alimentación actual, qué recibe y qué no. Después se hace el examen oral periférico, donde se hace una descripción de los pares craneanos (**cod. 13 (c)**). El paciente que llega aquí puede ser neurológico o politraumatizado, puede ser oncológico. Las dos vertientes son las alteraciones orgánicas y neurológicas. Características orales, si usa prótesis o no, muy importante. Yo dejaría en otro capítulo la voz porque te puede decir muchas cosas, ya que te habla de indemnidad laríngea. Traqueostomía muy bien. Después de la evaluación tú haces tu plan.

Yo tengo otra pauta que te voy a describir donde dice si el alimento escapa afuera sí o no, si tiene problema por qué, si está presente la masticación o no, si no tiene dientes o muelas, etc. Si el alimento queda en el sulcus lateral o anterior, si quedan restos en la lengua, abajo, adelante, abajo a los lados, en el paladar duro, tú tienes que saber por qué quedan allí, hay dos razones. Si el paciente escupe el alimento, el tiempo del tránsito oral, la movilidad de la lengua, si hay elevación laríngea, si tiene tos durante o post deglución, presencia de voz húmeda, secreciones, expectoraciones y regurgitaciones. Deberían agregar análisis de los reflejos protectores (**cod. 32**). Saber si el paciente va a sala o está en la cama. Primero me pregunto en cómo está la saliva, por el control de ésta y si no tiene puede ser que sea por un medicamento que le están dando. Si el paciente babea y le corre la saliva yo ya sé que no le puedo hacer una prueba directa de deglución y eso no está en los libros. Hay que tener claro si el paciente está infectado”.

“Veo que está muy enfocado hacia los otorrinolaringólogos y poco hacia los fonoaudiólogos (**cod. 29 (c)**). ¿Cuál es el objetivo de hacer una FEES?

*Que el paciente no aspire.*

Eso, el objetivo tienen que enfocarlo del punto de vista del paciente. Que el paciente tenga una deglución segura y eficiente. Yo agregaría en antecedentes clínicos si tuvo evaluación previa por el fonoaudiólogo. Si un fonoaudiólogo lo vio, cuando fue y si tuvo terapia. Siempre los pacientes con traqueostomía van a tener terapia de fono antes.

En el segundo ítem agregaría los aspectos cognitivos, si sigue órdenes simples, si esta vigil, cooperador. También se podría poner el motivo de consulta del examen (**cod. 1**). La evaluación endoscópica se utiliza para el proceso de decanulación de los pacientes. ¿Van a incluir evaluación por el traqueostoma?

*No lo consideramos. Además, la prueba es con alimento y si sale por el traqueostoma es evidente que hay que detener el examen.*

No siempre va a salir alimento por el traqueostoma. Si tienes dudas revísalo con la fibra luego de la evaluación. (**cod. 28**) Pongan si queda restos de alimento post-deglución.

Tienen que revisar la nomenclatura que sea en todo el protocolo igual, por ejemplo, escasa, aumentada, etc. La sensibilidad cambia de derecha a izquierda cuando hay parálisis. Poner una división. (**cod. 18**)

Hay otra escala de manejo de secreciones: Grado 1: secreciones escasas que es 10% en vallécula y en seno piriforme, grado 2: secreciones en vallécula y senos piriformes, grado 3: secreciones que ingresan a vestíbulo y grado 4.

Fase preparatoria. Acá no creo que sea necesario poner si mastica lento o normal (**cod. 21**). Etapa faríngea. Acúmulo de alimento en vestíbulo laríngeo en momento, ¿Dónde? si

está en vallécula, si está en seno, si hay una paresia a nivel faríngeo izquierdo, pueden quedar más restos en esa zona. También haría la división entre derecha e izquierda. La gracia de la división es luego hacer pruebas terapéuticas, o sea, evaluar si con una determinada maniobra el paciente compensa o logra limpiar bien con cierta consistencia. **(cod. 34 (a))** Esa es la gracia de que el fono este ahí.

*¿Cómo dejarías tú el ítem de pruebas terapéuticas?*

Como un ítem abierto, para rellenar. Agregaría la del mentón al pecho, inclinación de cabeza y extensión cervical.

*Las pruebas terapéuticas nos sirven de proyección.*

Evaluación con consistencias. No es que exista retardo de la motilidad faríngea sino que disminuye, es disminución del movimiento porque lo que produce el movimiento laríngeo es el reflejo de deglución y es éste el que está retardado en mandar la orden. También considerar si tiene una paresia o parálisis laríngea y si es uni o bilateral **(cod. 9 (a)) y (cod. 10)**. Incluir elevación laríngea y cierre, porque no basta solo con elevar.

Signos de penetración, ¿Cuáles? Porque algunos los pones después. Si es durante, previo o después que se dispare el reflejo. Yo lo pondría aparte. Finalmente hay que especificar el diagnóstico del otorrinolaringólogo y fonoaudiólogo, porque son distintos **(cod. 35)**".

“De repente podrían incorporar si requiere kinesiología respiratoria el paciente con traqueostomía y cuántas veces al día. También sería bueno establecer si el paciente se mantiene durante el día y en la evaluación con el cuff inflado o no (**cod. 6 (b)**), porque no queda muy clara la idea... ¿El paciente mantiene el cuff inflado? Sí/No. Aquí en anatomía, el edema en las observaciones uno pone ¿Si es laríngeo o de otra estructura? Tal vez es mejor hacer un *check list* de edema (**cod. 7**): hipofaríngeo, laríngeo, subglótico, supraglótico, ¿Evalúan la capacidad de tos voluntaria? Porque hay evaluaciones clínicas que no la incorporan, podrían incorporarlo. Acá en el escape oral anterior: sí/no, mayor a derecha /mayor a izquierda. Oye y la evaluación con naso en general la van a hacer así: ¿Líquido, papilla y sólido?, por lo general la hacen los otorrinos con jalea.

*Es que en el hospital se utiliza papilla que consiste en una compota de frutas. En el protocolo también estipulamos tinción vegetal.*

Idealmente que el alimento sea teñido con tinción azul. (**cod. 39**) Es raro, pero también puede pasar que por la traqueostomía salga alimento por el estoma y ustedes pusieron por la cánula o aspirado y a veces se filtra por el borde sin salir por cánula o se tiñe el parche y puede que el paciente acumule y no tose, lo cual indica que algo no está funcionando bien. Antes de empezar a evaluar anatomía deberían poner si el paciente coopera: si/no y si está vigil, como antecedente. Tal vez sería bueno consignar los parámetros hemodinámicos: respiración y pulso y observar si el paciente se fatiga durante la evaluación.

*En el hospital no todos los pacientes constan con monitor, por lo que descartamos esa opción en el protocolo.*

Claro, de ser así, entonces no los consideren, pero sí observar si el paciente se fatiga o no”.

“Está bien antecedentes personales. En los antecedentes mórbidos ¿Va la fecha del evento? Es importante consignarlo aparte para ver el tiempo de evolución del paciente. La disartria sí y no y la severidad también. Diagnóstico neurológico está bien, también agregar si hay exámenes complementarios, si le han realizado un examen previo a la evaluación, como imagenológicos o de deglución propiamente tal, e indicar que se obtuvo para tenerlo como antecedente. En pacientes con traqueostomía, lo que dice anterior es ¿Si se le fue retirada?

*Sí y cuanto tiempo la tuvo.*

Ya. ¿Y aquí en secreciones aspiradas previas a qué se refieren?

*La prueba se va a aplicar con color, entonces hay que registrar si se observa color o no, cuántas secreciones hay o si no hay.*

Ya. Anatomía y cuerdas vocales, si está bien. Va a ser el FEES con prueba de sensibilidad.

*Sí, pero en este caso se usa la fibra óptica para tocar.*

Y acá en sensibilidad está establecido en los protocolos de nasolaringofibroscopía.

*Sí, pero no lo podemos modificar, según nuestra profe guía.*

Acá, no establecen qué tipo de consistencias van a utilizar, qué cantidades.

*Sí, usamos 1, 3 y 5 ml, papilla, líquido y pan.*

¿Va teñida?

*Sí, con tinción vegetal azul.*

Si es un protocolo, el protocolo tiene que establecer todas esas cosas, porque papilla para otros puede ser un yogurt. Todo tiene que estar especificado (**cod. 36**), si es líquido tiene que ser agua y no jugo porque tienen distinta viscosidad y si va ir teñido con qué. Y el sólido también, ustedes dicen que usan pan. ¿Por qué usan pan para sólido?

*Es el recurso del hospital.*

No le piden los materiales se le piden a los pacientes.

*En el hospital, se les hace a los pacientes hospitalizados y a eso tenemos acceso.*

Hay un protocolo que indique por cual consistencia se parte.

*Esta pauta también la realiza un fonoaudiólogo por lo tanto sabe que se parte con papilla luego sólido y finalmente líquido. Pero de acuerdo a lo que usted nos dice hay que establecerlo.*

Porque muchos parten por líquido, entonces no es tan obvio lo que ustedes plantean.

*Quizás es ya que en la guía del MINSAL aparece el test del vaso del agua.*

Es que es el único protocolo realizado, las guías se basan en la evidencia. Entonces deben comenzar diciendo que en proceso de deglución hay que comenzar con tal consistencia y qué cantidad también. Cuál es la papilla, con qué va teñida, etc. Además si no es súper riguroso debiera establecer las cantidades súper precisas para que todas las evaluaciones sean iguales. En etapa preparatoria, ¡Ah! esto no se observa en la naso, ya. La etapa oral, también se observa antes.

*Como alguien le está dando la comida observa esos parámetros.*

Etapa faríngea, aquí con reflejo de deglución ¿A qué se refieren?

*Si está presente.*

Entonces tienen que especificar el tiempo normal del reflejo de la deglución. (**cod. 38**)  
Ésto, residuo en la cavidad oral. ¿Por qué lo ponen en la etapa faríngea?

*Sabemos que no tiene conexión, pero corresponde a observar la cavidad oral post deglución.*

Mejor debería ir en la etapa oral. O sea si van a hacer un protocolo tiene que ir todo establecido y esa es mi duda, si le piden al paciente calidad vocal, supongo que le pedirán que fone. Debiera indicar que la fonación es pre y post deglución. (**cod. 11**) Y en diagnóstico ¿Lo van a poner como una escala que completar o queda abierto?

*Queda abierto.*

Quizás a ellos les facilita el hecho que pongan disfagia, sí o no, alteración en la etapa y que ellos marquen. Y así es más fácil de comunicarse. Quizás no escala de severidad, sino poner hipótesis diagnóstica y que ellos marquen y también esofágica porque ellos también pueden ver reflujo, podría ir acá. En antecedentes mórbidos, creo que siempre es mejor tener alternativas para chequear más rápido. Por ejemplo en la historia clínica del paciente poner hipertensión arterial (HTA), reflujo faringolaríngeo (RFL), tabaquismo, poner una lista de cosas comunes (**cod. 2**). Forma y posición de epiglotis normal, alterada. Las pautas que son de tikear son más útiles ya que es la misma información de todos los pacientes, (**cod. 31 (c)**) es mejor que sea menos descriptiva”.

## Fonoaudiólogo: N° 9

“Yo siempre cuando evalúo en conjunto con el otorrino durante la nasolaringofibroscofia, realizo pruebas terapéuticas y creo que ese es mi real aporte como fonoaudióloga. Lo otro es que me pareció muy larga la pauta. En esta parte incluiría también como antecedente si existe o no afasia (**cod.4**) o un problema de tipo comprensivo. Después, si llega un paciente con traqueostomía no lo trato acá, por lo general llegan cuando se les ha retirado la traqueostomía, por lo que no me pareció adecuado evaluar ese ítem.

La anatomía me parece bastante bien, pero en las cuerdas vocales hace falta establecer si hay paresia o parálisis, (**cod. 9 (b)**) es muy importante considerarlo. Hay que preguntarle al paciente cómo está comiendo, realizar la prueba de deglución porque la parálisis o paresia es un riesgo. Además establezco ejercicios terapéuticos. Acá en la escala de manejo de secreciones ¿Se refieren a que puede aclarar?

*Sí, que tenga mecanismos de protección frente al acúmulo salival.*

Es que en las nasos lo que más importa es que el paciente sea capaz de barrer, más allá de si se acumula la saliva. De repente autorizan alimentación mixta si el paciente es capaz de barrer inmediatamente. La etapa preparatoria me parece bien. Acá también se mide harto si escurre alimento hacia vallécula, si existe derrame posterior, de ser así el paciente no está listo para comer por boca (**cod. 37**).

Acá me parece bastante bien el manejo del bolo con consistencias, pero me parece un poco enredado. Yo en cada consistencia pondría sí/no, para que sea más práctico.

Saturación me parece bien. Las indicaciones se verán orientadas por las pruebas terapéuticas que realice, así mismo el tratamiento fonoaudiológico. Siento que las pruebas terapéuticas es lo más relevante que puedo aportarles, (**cod. 34 (b)**) sin embargo, está súper buena, aunque un poco larga”.

## Otorrinolaringólogo: N° 1

“Nosotros también trabajamos con cuestiones así (protocolo) y lo que hacemos en el fondo es que tú ves tu parte y el fonoaudiólogo ve su parte y después las juntamos ¿Me entienden? Porque en el fondo lo que uno tiene que hacer es sacarle el mayor rendimiento que puedas en el minuto en que estás mirando. Entonces yo digo lo que veo, tú dices lo que ves y después los miramos y comparamos.

Cuando uno hace un protocolo y ambos están viendo lo que se está haciendo, ambos pueden opinar de eso.

*El problema es que la realidad del Hospital Carlos Van Buren es el otorrino mirando por el nasolaringofibroscopía, es sólo con imagen para el otorrino porque es de transporte.*

Como nosotros funcionamos es que primero, cuando nos llaman para un paciente con deglución, generalmente tratamos que o el fonoaudiólogo o el otorrino vaya a ver al paciente porque a veces te llaman por pacientes que están intubados o pacientes que están en la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Entonces ver si el paciente sigue instrucciones, si no es capaz de abrir los ojos, como para saber en qué escenario uno se está manejando. Y obviamente siempre la idea es ir en conjunto.

Súper bien la primera parte. En cuanto a traqueostomizados, secreciones aspiradas previas hay que precisarlo más de que si el paciente requiere aspiración de secreciones porque secreciones aspiradas previas podría ser que aspira todo. Ésto es como previo, o sea, requiere aspiración de secreciones y eso también es relevante si requiere aspiración una vez al día, dos veces al día porque depende para la terapia y para después decir cuando está en las condiciones de decanularlo o en pacientes que tienen una deglución bastante buena pero tienen secreciones pulmonares y hay que seguir aspirando y por lo tanto la traqueostomía no va a proteger ninguna cosa sino que es para aspirarlo.

En cuanto a la anatomía, acá en edema es como súper impreciso. En general hablamos de edema especificando si lo vemos en la epiglotis, en senos piriformes, en aritenoides. **(cod. 47 (a))** Traumatismo post intubación, en verdad lo que estás viendo o es un granuloma o es una úlcera, es más bien un hallazgo, es como lo pondría yo.

Desde el punto de vista de las cuerdas vocales, se debería poner como borde libre o como lesiones anatómicas **(cod. 49)** entonces tú le puedes poner que tiene un edema subglótico o tiene una úlcera de aritenoides porque en traumatismo post intubación tú no sabes que podría ser que pasen a llevar con el tubo **(cod. 48 (b))**, o que el caballero lleve 21 días con el tubo.

En la sensibilidad tiene que definir qué es lo que se va a considerar como escasa, normal o hipersensibilidad. Si uno está usando un nasolaringofibroscopio común y silvestre que no tiene para expulsar aire, tienes que definir dónde tocas **(cod. 53 (a))** y de acuerdo a eso definir cuál va a ser cada una.

Manejo de secreciones. Yo lo encuentro un poquito complejo esto porque creo que aunque tú puedes hablar de manejo de secreciones, hay que hablar de retención de secreciones ¿Dónde? ¿En la comisura posterior? ¿Y con la segunda deglución queda bien? Penetración laríngea es penetración aquí y en la quebrada del ají; y aspiración igual. Todo el mundo sabe de qué se está hablando y en estos exámenes es súper importante que todos hablemos el mismo lenguaje sino lo que sucede es que el primero que evaluó no tiene concordancia con el segundo **(cod. 60 (b))**.

En la preparatoria oral y oral me parece súper bien desde el punto práctico. Yo creo que rara vez evaluamos la etapa preparatoria oral nosotros. **(cod. 55)** Y la etapa oral la evalúan más los fonoaudiólogos **(cod. 56)** Acá nosotros lo hacemos diferente porque uno solamente va a ver un poco más, puesto que el manejo del bolo no es sólo faríngeo, sino que llega mucho más allá. Entonces lo que uno va a ver es sí y solo sí no hay signos de penetración. Nosotros en la misma escala vemos sin intervención y con intervención.

Consistencias, creo que es importante decir con qué vas a partir: sólido, semisólido y líquido. **(cod. 62)** De la motilidad laríngea casi no nos damos cuenta, **(cod. 59)** puedo decir que hay un derrame posterior porque veo que antes de que le diga “traga” se le va la comida hacia atrás pero no sé si es por retardo de la motilidad o por sensibilidad. Yo creo que es mucho más importante definir si hay o no derrame posterior **(cod. 80 (a))** que es lo que uno está viendo más que el por qué, porque uno no sabe o no tiene claro el por qué. Acá en degluciones múltiples ¿A qué se refieren? No se entiende. **(cod. 61)**

*A patológicamente.*

En el fondo si tiene un trastorno de deglución leve puede que necesitara para una cucharada deglutir 3 veces pero no está tan malo como si se le va a la primera. Definir si el procedimiento lo hiciste con *cuff* inflado o desinflado, el concepto es que no tienes que tener un *cuff* inflado. **(cod. 43 (a))** Siempre tiene que estar desinflado. ¿Apoyo respiratorio es que necesitaron del kinesiólogo después del examen?

*No, nos referimos a si se encuentra con máscara de oxígeno para fijarnos en los niveles de saturación.*

Ah ya, en el fondo qué dispositivo de oxígeno están utilizando y por qué vía. No tiene sentido hacerle el examen a un paciente que no coopera, por definición no entra en una FEES, es por lo menos como nosotros trabajamos.

Me parece que aquí hay que poner dos diagnósticos: uno otorrinolaringológico o entre comillas anatómico y un diagnóstico fonoaudiológico. **(cod. 70 (a))** En indicaciones es importante dejar mencionada la vía y consistencia de alimentación, si es que hay algún medicamento que dejarle, si es que tiene terapia o que uno defina si es que la va a tener o no **(cod. 71 (a)), (cod. 72 (a)) y (cod. 74 (a))** y la próxima evaluación para hacer seguimiento sobre todo de pacientes geriátricos”.

## Otorrinolaringólogo: N°2

“En antecedentes personales poner fonoaudiólogo (**cod. 40**) y médico tratante. Modalidad no cómo se le da el alimento sino sería la modalidad del examen. Los antecedentes mórbidos me parecen bien. Está bien saber los antecedentes de traqueostomía, podrías cambiarle y ponerle actual o anterior. También tienes que colocar si la traqueostomía está funcional o no. Quizás lo de aspiración de secreciones puede ir antes en modalidad, porque puede que pacientes que no tengan traqueo necesiten ser aspirados. O sea yo le pondría en vez de modalidad metodología del examen. Previamente aspiración de secreciones si corresponde previo al examen (describir). El espacio vallecular tendría que ir con la base de lengua, porque la vallécula es el espacio que queda entre la epiglotis y la base de lengua. Debería ir simetría de espacio vallecular y base de la lengua, ya que el seno piriforme debería ir aquí porque los senos están más abajo y a un costado. Cuando se cierra la glotis, la epiglotis baja y éstos (senos), quedan a un costado. Le pondría evaluación de senos piriformes (**cod. 51**), si hay una alteración es muy difícil de ver, o alteración de seno piriforme sí o no, a veces uno busca si hay tumor. ¿Edema de qué?

*En general. ¿Usted pondría dónde?*

Sí, especificaría la zona anatómica donde se presenta edema, (**cod. 47 (b)**) podría ser por reflujo. Traumatismo por intubación, ¿Cuál?

*Por intubación oral. Previa.*

Ah, ya. Cuerdas vocales está bien. En la escala de secreciones, donde dice en momentos cámbialo por momento o leve. El momento es frecuencia no intensidad. Cambien por escala de manejo del bolo alimentario. ¿No será mejor poner signos de aspiración?, porque el paciente no penetra, aspira. En pediatría se dice que signos de penetración es por un cuerpo extraño. En los signos de aspiración es mejor aclarar cuáles son, busquen qué signos de aspiración tienen. Mejor ponerlo en un ítem aparte (**cod. 65**) sino se ve desordenado. Agrega atoramiento. También se puede mejorar dejando en orden anatómico (**cod. 63**), por ejemplo

en deglución múltiple debería ir al principio con regurgitación nasal. En signos de aspiración, poner tos postdeglución, atoramiento, voz húmeda postdeglución, tiraje, alimento en cavidad oral postdeglución. Salida de alimento por cánula postdeglución sería mejor. **(cod. 66)** Saturación inicial y final ¿A qué? Ponle saturación inicial a la deglución, saturación de O<sub>2</sub> durante la evaluación, etc. Especificuen la bibliografía de Clavé **(cod. 67)**, puede ser “clavé una aguja”. Poner si es doctor o lo que sea. Pon un asterisco y aclara al final de la página, porque yo empiezo a buscar el otro asterisco, tienes que nombrar la fuente. Es bueno que dejes amplio los impedimentos del examen para cada paciente, si está bueno el final”.

### Otorrinolaringólogo: N° 3

“Estamos claros que el aporte vienen de los dos, lo que pasa es que en lugares asistenciales no siempre pueden estar los dos, está trabajando a full el otorrino y está trabajando a full el fono.

A mí en general me parece bien todo lo referente a antecedentes personales, a los antecedentes mórbidos, los elementos asociados están bien. Podrían haber más signos neurológicos por la asociación inmediata de disfagia (**cod. 42**), me parece bien que ustedes hayan preguntado por diagnóstico neurológico previo. En pacientes traqueostomizados está bien desde cuándo, y anterior ¿Te refieres previamente? ¿A qué te refieres con cuff inflado previo? ¿Si alguna vez se le infló el cuff?

*Claro. Se refiere a que generalmente se encuentra inflado, sucede que a veces a los pacientes de a poco le van desinflando el cuff, es diferente cuando ha tenido todo el día el cuff inflado que cuando se le ha inflado un rato y luego se lo han desinflado.*

O sea que la pregunta va si es que ¿Ha tenido el cuff inflado ese día? Quizás sería bueno, porque ustedes que hicieron el protocolo quizás lo tienen claro, pero como pregunta quedó como medio raro (**cod. 44**). De hecho quizás la pregunta fundamental es cómo está el *cuff* en el momento del examen (**cod. 43 (b)**) porque a veces va a estar obligado a hacer el examen con el paciente con el *cuff* inflado. Y muchas veces hay cosas que uno las puede tener técnicamente claras pero hay cosas que parecen fácil y que cambian tremendamente el concepto en el equipo en que estén. Entonces puede que al paciente no se le puede desinflar el *cuff* así que hay que mirarlo así no más y no puedes hacer problemas, así que lo más importante es consignar cómo está el *cuff* en el momento de la evaluación.

Secreciones aspiradas previas. En el fondo aspiradas por el traqueostoma y describir. Está bien, yo creo que es información interesante, lo que pasa es que ya queda la duda hasta dónde está siendo un informe de evaluación o está siendo una anamnesis, ¿Me entienden? Yo creo que hay que tener cuidado porque uno también puede empezar a poner un reporte de

historia previa, cuántos ingresos ha tenido, si ha tenido neumonía aspirativa, etc. Por lo mismo, yo creo que lo que se quiere consignar en este examen es que muchas veces puede ser evolutivo; están poniendo muchas cosas que van para atrás pero sí hay cosas muy importantes como es el examen neurológico. Creo que te puedes ir haciendo mucha información que puede ser redundante.

Uno tiene que tener cuidado con todo lo que es información, si es una cantidad enorme de información que después escribirla y analizarla es tan grande que uno debe ser bien crítico de no meter exceso de información.

Anatomía, forma y posición de la epiglotis. Está bien, la anatomía es general, senos piriformes, base de la lengua, edema, traumatismo post intubación. Es que es distinto porque están describiendo unas imágenes que son de anatomía y otras que son de diagnóstico (**cod. 52**), o sea edema supraglótico puede ser traumatismo de intubación, ¿Me entienden?, yo creo que ahí se podría poner fibrosis, edema. ¿Te fijas?, cosas que estén mirando porque éstos son los diagnósticos, sí, eso yo lo corregiría traumatismo por intubación. (**cod. 48 (a)**)

Yo creo que conviene en este caso poner espacios más libres; yo pondría epiglotis. Lo que pasa es que también tengo mis dudas porque, es de los ítems que menos variaciones tiene. Estamos hablando de que en la mayoría se les hacen los exámenes a los adultos, la cantidad de veces que uno ve una anomalía en la epiglotis es bajísima. O sea tú ves problemas en la epiglotis como un traumatismo o una inflamación pero lo que pasa es que en pacientes neurológicos que están con disfagia no se tienden a presentar estos problemas. Ahora me parece bien que lo quieran incluir como informe endoscópico pero yo pondría solamente epiglotis, no forma ni posición. (**cod. 45**)

De la misma manera generar espacio abierto para base de la lengua, por si hay tumor o edema. (**cod. 46**) Yo recomendaría entonces, describir ítems por área anatómica y ahí uno poner si hay edemas, lesión, herida, etc. Pero sólo áreas anatómicas y dejar abierto el espacio.

Cuerdas vocales está bien. Morfología, posición y movilidad; está bien, es un ítem que uno debe informarlo de todas maneras. Ahí también tengo dudas porque por ejemplo, cuando tú estás hablando de en reposo y fonación en el fondo estás hablando de la movilidad. Me estoy tratando de imaginar en el contexto de una parálisis cordal, ahora ¿Cuál es la posición? bueno en reposo estaría una en reposo y la otra en paramediana, movilidad: una cuerda no se mueve. La información está redundante, bastaría dentro de las cuerdas vocales que si quieren detallar dejar el campo abierto o dividirlo en morfología, movilidad y posición pero saltándose reposo y fonación (**cod. 50**) pero me parece razonable que dividan lo que es importante informar.

Escala de sensibilidad ¿Lo sacaron de alguna escala que esté validada? Lo digo para categorizarlo porque es una técnica que se utiliza. De repente lo que puede ser útil poner en letra chiquitita una ayuda de memoria de qué significa, por ejemplo: nula es que toca reiteradamente la zona sin respuesta y escasa es que frente a estímulo exagerado se logra que ocurra.

Como ésto, exactamente la misma idea, lo que pasa es que está más desarrollada, podrían haber puesto normal, leve o severo pero está súper explicado. Me parece bien, está muy claro, muy explicada.

Etapas de preparación oral. También acá es interesante describir bien lo que están evaluando porque con la naso yo no puedo ver escape oral anterior, por lo que nuevamente tengo dudas porque me queda súper claro que es tremendo aporte que esté el fonoaudiólogo ayudando pero en la evaluación endoscópica ninguno de los dos tiene como poner escape oral anterior; entonces o sacan el escape anterior o deben poner más amplio agregando “evaluación clínica” al título y ahí incluir todo lo que ustedes hacen en esa evaluación. (**cod. 77**)

*Para nosotras eso se asumía con evaluación funcional, o sea evaluación funcional incluye lo clínico e instrumental pero es mejor explicarlo.*

Sí, dejarlo un poco más claro en el título. Y así el otorrino no se pone nervioso que además de la evaluación deba estar fijándose en más detalles.

Tengo la duda de poner cómo es la masticación o cómo es la etapa preparatoria en general. En pacientes desdentados puede ser una papilla que se puede demorar mucho en la boca, no se ve qué está masticando pero se puede ver que se enlentezca la etapa preparatoria oral así que vean si lo ponen como tiempo prolongado normal.

*Hicieron ese comentario y pensamos cambiarlo por manejo del bolo.*

Totalmente de acuerdo. Etapa oral. ¿Cómo me diferencian una lentitud con una dificultad en el inicio? ¿Cómo lo consignan separadamente? Yo creo que bastaría con lentitud porque te engloba las dos ideas. Es siempre una ventaja que la evaluación sea lo más amigable, lo más corta posible. **(cod. 78)**

Escala del manejo del bolo. Ali ha desarrollado una serie de evaluaciones; él desarrolló la evaluación endoscópica de la deglución y describe cuatro ítems que son importantes en la deglución faríngea y que son fundamentales. Que son el derrame no me parece que esté claramente consignado **(cod. 80 (b))**, escape o caída del bolo porque pusieron lentitud pero es importante que antes hay que ver si puede controlarlo y si hay caída del bolo hacia la faringe, derrame y residuos post deglución. En nuestra tabla proponemos la presencia de derrame, residuos post deglución, penetración y aspiración **(cod. 60 (a))**; ahora ustedes tienen los residuos desglosados en más niveles lo que está bien, pero quizás para hacerlo más simple podría sugerirles que marquen con una cruz, dos cruces o tres cruces. **(cod. 81)**

*En la bibliografía hay controversia en lo que es la aspiración porque encontrábamos que el FEES no evalúa o no consigna aspiración laríngea. Entonces por eso le preguntamos si ponemos aspiración.*

Lo que pasa es que no se ve en el momento en que ocurre pero tú sí ves cuando el paciente está tragando, lo que va pasando y puedes haber aspiración silenciosa. Además que

se podrían ver por debajo de las cuerdas vocales restos y eso es una aspiración. El minuto en que ocurre la aspiración en muchos casos no lo vas a ver pero si hay aspiración silenciosa lo vas a ver perfectamente bien y aunque no sea silenciosa podrías ver signos evidentes. Ese es el argumento que tienen para debatir sobre su pregunta. Evaluación con consistencias. Está interesante, yo creo que está súper bueno. ¿Tienen estandarizado qué consistencias utilizarán para sólidos, líquidos y semisólidos?

*Papilla que es compota de frutas, pan y agua. Que está adaptado a la realidad del hospital.*

Me parece bien. Acá es donde tengo la duda de que eventualmente se podrían unificar estas dos tablas, porque en el fondo acá abordan lo que son residuos pero acá ya entran a hablar de penetración, pudiendo incluir aspiración.

Los residuos en cavidad oral son difíciles de ver a través de la nasolaringofibroscofia. Ahí uno se empieza a confundir un poco sobre lo que va a hacer cada uno. Esto va más en la línea de la evaluación clínica que hacen ustedes, todos estos parámetros como la voz húmeda. Yo sugeriría tratar de: a) hacer una gran tabla porque en el fondo en las dos tablas tienen las 3 consistencias y entre ustedes como equipo ponerse de acuerdo en qué es lo que va a hacer el otorrino y qué es lo que va a ser el fonoaudiólogo o b) más que separar el manejo del bolo y otras consistencias, pondría lo endoscópico y lo fonoaudiológico. Creo que hay que dejar más claro qué cosa es de quien. **(cod. 76)** Yo creo que hay que francamente unificarlo y si falta el fonoaudiológico el otorrino deberá intentar llenar los más campos que pueda.

También acá hay que ver cómo están planteados los términos, porque acá hay distintos problemas pero también hay cosas normales entonces para una intervención visual de la tabla sería mejor poner sólo problemáticas **(cod. 64)**. Me explico, debería decir ausencia o retardo del reflejo para marcarlo pero no reflejo; de la misma manera elevación laríngea. Porque el problema es que hay dificultades y cosas positivas que dificultarían marcar con cruces. Redactar las mismas ideas pero en patología. Eso no quita que ya es bastante extenso, yo creo que como evaluación ya es bastante larga.

Degluciones múltiples. Yo pondría para explicarlo mejor necesidades de degluciones múltiples, porque muchas veces una técnica es decirle a los pacientes que deglutan varias veces, por lo que así va a quedar claro que el paciente no está pudiendo tragar teniendo que hacerlo varias veces sólo para hacer bajar el bolo ¿Te fijas? Entonces de alguna manera que quede claro que son espontáneas. Me parece muy bien lo de traqueostomía.

Aquí habría que diferenciarlo, porque una cosa son equipos que te ayudan con la presión, que en general está contraindicado para cualquier paciente con intubación por lo que no viene al caso preguntarlo. Apoyo ventilatorio puede ser pacientes que estén con aspiración mecánica intermitente, oxigenoterapia sería con una mascarilla. Pero tampoco tengo claro el aporte de la pregunta y ¿La pregunta es que si usan o no oxígeno?

*Lo que pasa es que en realidad tiene que ver con la saturación porque obviamente si están todo el tiempo con oxígeno al evaluarlo se tiene que retirar y va a cambiar la saturación de oxígeno y podemos deducir una aspiración.*

En ese caso pondría oxigenoterapia, sí o no y que porcentaje de oxígeno tiene y si es con mascarilla al 100% o bigotera, etc. Cooperera siempre se pone pero uno podría tener la duda de los resultados si es que pusiste que el paciente no coopera. Está bien. Otras. Quizás acá podría ser más simple, en lo de saturación poner como información complementaria si es que el paciente está con oxigenoterapia como parte de este ítem (**cod. 68**) y acá poner un área en blanco amplia de observación, (**cod. 69**) no sé, yo lo simplificaría un poco.

Le pondría además del diagnóstico otorrinolaringológico y para ser súper específico, el diagnóstico de deglución o estado de deglución. (**cod. 70 (b)**) Indicaciones, nosotros tenemos un algoritmo o *check list* en cuanto a si el paciente está apto para alimentación oral o no, si lo está en cuáles consistencias. (**cod. 71 (b)**) y (**cod. 75**) Pero bueno si son conductas establecidas del grupo va a quedar explicitado ahí, así que tampoco es obligatorio. Me parece que está súper bien, está súper completo”.

## Otorrinolaringólogo: N° 4

“Esto me parece súper importante, saber cómo se alimenta el paciente antes, si comía bien, solo, con ayuda, si se atoraba, si tenía algún problema en la deglución , por lo que todos esos antecedentes previos son muy importantes. También sería importante considerar si tiene prótesis dental o no. (cod. 79) En los antecedentes mórbidos es importante saber si han tenido neumonías a repetición, patologías neurológicas previas, etc. (cod. 41) ¿Por qué consideraron disartria? Qué raro.

*Porque existen estudios que mencionan que es una patología concomitante con disfagia.*

O pacientes con enfermedades neurológicas en general. Pero por lo que dices en cuanto a la disartria, sí, pero no sé si como punto porque se pregunta dentro de la parte neurológica también. El diagnóstico neurológico es fundamental saber qué tipo de ACV (Accidente Cerebro Vascular) fue, si múltiple, en qué lado y el pronóstico que tendrá el paciente y cómo ha sido la recuperación, porque es diferente en cada paciente.

Acá en si existieron traqueotomías previas te permite sospechar de alguna secuela como una estenosis. También es sumamente importante lo del *cuff* porque debe realizarse la evaluación con el *cuff* desinflado. ¿A qué se refieren con las secreciones aspiradas previas?

*Antes de la evaluación el kinesiólogo realiza la aspiración de secreciones y puede ser alimento, mucosidad, etc.*

Me parece muy importante porque muchas veces hay pacientes que el kine ve varias veces al día y saben qué tipo de secreciones tienen y cómo las está manejando el paciente, si es capaz de limpiarlas por si solo o hay que aspirarlo.

Bueno, en cuanto a la anatomía, son aspectos que se evalúan antes del estudio de deglución y se realiza sin anestesia, porque así debe ser para que no pierda sensibilidad ni el

reflejo. En las estructuras se observa si hay movilidad, reflejos o tumores. En los pacientes con intubaciones prolongadas pueden tener insuficiencia glótica o una luxación de aritenoides o un granuloma que puede interferir, parálisis de cuerdas, edema, también se observan signos de reflujo que también deben tratarse o causan inflamación.

Lo otro importante a considerar, es el tamaño de la sonda al momento de evaluar, porque si es muy grande obviamente influirá en la deglución. También hay que considerar si hay alguna otra patología asociada a las cuerdas vocales.

Acá en la escala de sensibilidad deberían poner que zonas tocar. **(cod. 53 (b))** Nosotros principalmente evaluamos si hay o no reflejo, se toca o hay algunos nasos que tienen aire, pero yo toco la epiglotis o la supraglotis para ver si tose o tiene reflejo, porque hay pacientes que pueden tener cero sensibilidad cuando sí debería presentarse algún tipo de reacción con esos estímulos.

Es súper importante la escala de manejo de secreciones yo he visto pacientes que literalmente se rebalsa o que efectivamente la saliva pasa a la vía aérea y en caso de ver esto no continúo el estudio. **(cod. 54)** Sirve para ver en general si hay una patología base y de ahí tú sigues el estudio propiamente tal.

En cuanto a las consistencias con las que se realiza la evaluación, no se debe utilizar jalea porque en el fondo algunas veces es prácticamente agua y hay muchas personas que erróneamente lo hacen. Nosotras lo hacemos con papilla verde, también es importante la tinción. La etapa preparatoria oral principalmente la evalúan los fonoaudiólogos pero igual es importante fijarse. No creo que le falte algo.

*Es que eso pretendemos, que la evaluación sea en conjunto entre el fonoaudiólogo y el otorrinolaringólogo.*

Eso es primordial, yo por lo general evalúo con la fonoaudióloga que se fija en todas estas cosas, por ejemplo el hecho de ponerle la prótesis al paciente en el examen o lubricarle la

cavidad oral si es necesario. También con el kinesiólogo para aspirar secreciones en caso de necesitarlo. En esta fase también hay que fijarse si retiene la comida y no la traga.

Lo que pusieron en la etapa oral está bien hay pacientes que hay que darles la orden para que lo haga o se necesita realizar terapia para estimular con hielo. Acá es fundamental ver si está o no enlentecida o francamente devuelven el alimento y no se lo tragan.

Acá en la escala de manejo del bolo es importante darle el alimento y observar, ya sea en la vallécula, en los ventrículos o los senos piriformes en el fondo ver si después de tragar retienen el alimento...observarlos un rato, porque muchas veces quedan restos que luego van a ser los aspirados. ¿Pero en esta escala la idea es ver si aclara solo o ustedes le dan la indicación?

*No está establecido.*

Bueno hay que enseñarle al paciente diciéndole que trague y que vuelva a tragar. Hay pacientes que aclaran solos, o tosen o ustedes tendrán que indicarles que traguen hasta que se limpie y si no lo logra, se detiene el estudio. **(cod. 57) y (cod. 58)**. Acá en las degluciones múltiples tienen que diferenciar si el paciente las realiza espontáneamente o ustedes le dan la indicación.

*Bueno, en ese punto en realidad nos referimos a que la cantidad de degluciones sea adecuada según el volumen del bolo, por ejemplo sería inadecuado múltiples degluciones reiteradas con 1 ml. de alimento.*

Ah claro, ahí está súper bien. Hay que observarlo. Súper importante lo que consideraron para traqueostomía y el contacto entre el otorrino, el fono y el kinesiólogo es sumamente importante.

Es importante fijarse en la saturación principalmente la fonoaudióloga se fija en eso y me advierte en caso de que esté bajando. Hay que fijarse cuando se comienza a hacer la naso y

sobre todo cuando se comienza a hacer el estudio con comida si es que hay variación, porque va a indicar si el paciente está aspirando o a veces si es su misma secreción la que le complica.

Hay pacientes que no cooperan así que hay que fijarse en eso. Muchas veces depende del momento del día en que se va a evaluar al paciente, hay momentos en que se encuentran más somnolientos que otros. Por lo general los pacientes neurológicos están con apoyo respiratorio.

En cuanto a los impedimentos para realizar el examen pienso que es un poco redundante, porque obviamente que no coopere es un impedimento básico para realizar el examen. Si el paciente está sedado, somnoliento, con compromiso de conciencia a lo más se va a poder estimularlo, pero ni una posibilidad de realizar la prueba.

El diagnóstico siempre tiene que ir fundamentalmente para luego tomar una conducta, si es que hay un trastorno de deglución determinar en qué etapa está, severo, moderado, leve y teniendo el diagnóstico hay que determinar si se estimula con el fonaudiólogo por el momento, **(cod. 74 (b))** qué régimen se va a seguir, por ejemplo régimen cero con estimulación, alimentarse por sonda o yo por ejemplo dejo alimentación asistida por fonaudiólogo, luego con la familia y especificar hasta los medicamentos. A veces uno indica régimen papilla estricto y sin embargo, le dan las pastillas que pueden aspirarlas igual. Uno debe ser súper estricto con las indicaciones de los alimentos y de cómo deben ser administrados también los medicamentos, por ejemplo con dispersables o con espesantes. **(cod. 71 (c)), (cod. 72 (b))** y **(cod. 73)** Los espesantes también pueden utilizarse con diversos líquidos como té o agua.

Yo encuentro bueno el protocolo, pero lo importante es que ustedes se pongan bien de acuerdo sobre cómo trabajar con el otorrino, porque por ejemplo hay otorrinos que utilizan jalea y difieren, también de seguir las indicaciones que se otorguen, mantener la posición, etc”.

# **SEGUNDA BITÁCORA**

## Investigadoras

“Investigadora 2: Deberíamos indicar vía y consistencia antes de la evaluación en antecedentes personales.

Investigadora 3: Un profesional nos dijo que sería súper importante considerarlo en indicaciones y creo que deberíamos agregarlo porque antes había vía de alimentación en antecedentes personales y no es importante sólo la vía, sino que también cómo come.

Investigadora 1: Yo considero que es importante porque va a dar un indicio de cómo está el paciente (**cod. 82**), porque obviamente si el paciente está con sonda o está comiendo papilla lo más probable que esté comiendo papilla sea mejor que esté con sonda nasogástrica. Puede ser un antecedente útil.

Investigadora 2: Serviría también para ver si los pacientes siguen con lo mismo o tal vez después de la evaluación cambiarán. También deberíamos mover fonoaudiólogo y otorrinolaringólogo al final de la evaluación, y ahí les agregamos nombre y firma a los profesionales.

Investigadora 3: Sí, son importantes sus nombres pero también había que agregarlo con firma porque corresponde en un protocolo. Así que ¿Para qué tener nombres arriba y firmas al final? Mejor que se identifique el profesional y su firma al final (**cod. 83**).

Investigadora 2: Además que después de cada procedimiento en el Hospital tienes que dejar consignado quién lo hizo y una firma porque se hace responsable legalmente de las intervenciones.

Investigadora 1: Aparte, podríamos dejarlo atrás porque si otra persona va a ver el protocolo y quiere ver las indicaciones, no tiene por qué ver el principio del protocolo sino que se queda en el final.

Investigadora 3: Y es lo lógico, las identificaciones como que siempre están en los finales.

Investigadora 2: Deberíamos establecer si el paciente presenta un hemicuerpo afectado (derecho o izquierdo) y en qué forma (hemiparesia y/o hemiplejia). Porque un fonoaudiólogo nos dijo que, por ejemplo, las cuerdas vocales se iban a comportar con diferente movilidad según su hemicuerpo afectado, entonces si hay un hemicuerpo afectado todo el tracto digestivo va a estar afectado en el mismo hemicuerpo.

Investigadora 1: Aparte que obviamente va a orientar las maniobras terapéuticas.

Investigadora 2: Yo encuentro que hay saberlo antes de la evaluación, de partida te da una orientación de cómo va a resultar la evaluación y de qué pruebas terapéuticas hacer. Y después, también en las indicaciones. Los va a orientar (**cod. 84**). Además deberíamos establecer tipos de afasia.

Investigadora 3: Nos dijeron que pusiéramos afasia si/no, pero creo que es necesario no sólo agregar esa información, sino que además si es comprensiva, expresiva o mixta (**cod. 85**). Servirá para dar instrucciones, podría ser hasta un criterio de corte dependiendo de qué tan severo sea.

Investigadora 2: Y para saber cómo dar las instrucciones también porque si es una afasia comprensiva vas a buscar más herramientas para poder darlas.

Investigadora 3: En la categoría traqueostomizados, eliminemos anterior (desde-hasta).

Investigadora 1: Muchas veces nos dijeron que no se entiende así que es mejor eliminarlo.

Investigadora 3: Además que se refiere a cuando ya no hay traqueo pero para cuando se la sacaron llevaba 3 meses, por ejemplo, por lo que podrían haber problemas de sensibilidad. Además que la categoría es netamente de traqueostomizados por lo tanto si ya no la tiene, no tiene porqué ir en este apartado (**cod. 86**).

Investigadora 2: En la escala de manejo de secreciones agreguemos en grado 3 las palabras: con rebasamiento. Porque es lógico que si dice en el grado 2 “con rebalsamiento” y no lo dice en el grado 3 que es peor... Obviamente debe incluirse en ese grado. En el grado 2 se incluye acúmulo y rebasamiento y en el grado 3 sólo retención o acúmulo pero no incluía rebasamiento, lo que es incluso peor que la retención. Si está en un grado más leve, tiene que estar en un grado peor (**cod. 87**).

Investigadora 1: Y sin el “ocasional”, con rebasamiento no más, si no puede aclarar.

Investigadora 2: Unifiquemos las etapas de la deglución en el proceso de deglución.

Investigadora 1: Por varias cosas deberíamos realizar estos cambios. Primero por lo que nos dijo un fonoaudiólogo, que teníamos que separar lo fonoaudiológico de lo otorrinolaringológico, por lo tanto no podemos decir que una etapa la hace uno o el otro, y para dividir de manera que sea más equitativa separémoslo así.

Investigadora 3: Y lo otro es que por ejemplo, muchos detalles como derrame posterior, nos dijeron que los agregáramos en diferentes las etapas, entonces es información de más. Mejor poner una vez el signo y que se ponga dónde se observa.

Investigadora 1: Ese es el criterio que te digo. Hay sucesos que se producen en más de una etapa. Por eso es complicado separarlo por etapas, hay autores que proponen un mismo signo pero lo ubican en diferentes etapas (**cod. 88**).

Investigadora 3: Además que desorganizaron ciertas etapas, como por ejemplo sialorrea y xerostomía son signos que ya no van a ir en preparatoria oral y detalles similares.

Investigadora 1: En resumen es una mezcla de orden entre contenido y formato.

Investigadora 2: En traqueostomía en el nueve, consignemos presente (especificar consistencia) y ausente.

Investigadora 3: Además que debemos poner todo en *check list* pero debemos especificar la consistencia. Antes la tabla se dividía en semisólido, líquido y papilla y cómo se dividió había que buscar la forma de que tuviera una forma rápida de llenado.

Investigadora 1: Es netamente para que la simplifiquemos en cuanto al relleno de la tabla y la visión de resultados (**cod. 89**).

Investigadora 2: La saturación deberíamos ubicarla antes de la evaluación fonaudiológica.

Investigadora 3: Para que se acuerden de tomar la saturación, es una estrategia visual (**cod. 90**).

Investigadora 1: Acordarse de que existe el ítem a la larga.

Investigadora 2: Debemos establecer control de temperatura.

Investigadora 1: Es buena idea, puesto que hay un alto porcentaje de pacientes que después de haber tenido un ictus debutan con neumonía aspiración. Es muy común encontrar en pacientes neurológicos este tipo de alteración, la neumonía por aspiración. Los pacientes cuando aspiran los alimentos y pasan a la vía aérea, crean infección que se manifiesta también con un alza en la temperatura corporal (**cod. 91**). Por eso es importante incluirlo como criterio clínico es el control de temperatura.

Investigadora 2: Además que en el servicio neurología del Hospital, es una práctica clínica el controlar la temperatura para corroborar el diagnóstico y verificar que la deglución es segura. Entonces el protocolo tiene que abarcar esa necesidad de que puedan indicar control de temperatura.

Investigadora 1: Agreguemos otros a ítem de vía y consistencias, en indicaciones.

Investigadora 3: Pusimos 3 vías y 3 consistencias para rellenar pero no incluimos todas las combinaciones posibles de formas de alimentación, por lo que debemos dejar un espacio para completar otras opciones que sean más acordes a las necesidades del paciente (**cod. 92**).

Investigadora 2: Así el evaluador pondrá lo que más le acomode en caso de que no coincida con nuestro aporte”.

## **PROCESO DE PILOTAJE**

- 1. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN**
- 2. TERCERA BITÁCORA**
- 3. PAUTA DE ENTREVISTAS**
- 4. CUARTA BITÁCORA**

# PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

"Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscopia en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren"  
 Consignar con tickets en las casillas que corresponda.

## 1. Antecedentes personales

Nombre: V [redacted] S [redacted] Edad: \_\_\_\_\_ Fecha: 29/08/12  
 Vía y/o consistencia de alimentación: \_\_\_\_\_  
 Motivo de derivación: \_\_\_\_\_ Modalidad del examen: Se otorga el alimento.  
 Prótesis dental: Sí  No  Utiliza en el hospital: Sí  No

## 2. Antecedentes clínicos

Mórbidos: HTA  Tabaquismo  Diabetes   
 RLF  Neumonía a repetición  Otros \_\_\_\_\_  
 Disartria: Sí  No  *Hlu*  
 Afasia: Sí  No   
 Comprensiva  Expresiva  Mixta

Diagnóstico neurológico: Sd. pseudot + Acv D°  
 Hemiplejía  Hemiparesia  Derecha  Izquierda  *FBC*

Traqueostomía. Evaluar con cuff desinflado.

¿Desde cuándo?	_____
Cuff inflado:	Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/>
Secreciones aspiradas:	Normales <input type="checkbox"/> Observaciones _____
Cantidad de secreciones:	+ <input type="checkbox"/> ++ <input type="checkbox"/> +++ <input type="checkbox"/>

## 3. Saturación. Variación de 3 a 5% considerado normal (Clavé. P, 2008).

Saturación O2 inicial 97 Saturación O2 final 94 Variación O2 3pt.  
 Oxigenoterapia: Sí  No  *Asna Valenzuela*

## 4. Evaluación clínica fonoaudiológica

Órganos Fonoarticulatorios	Normal	Observaciones	Praxias a imitación			
			Simples		Complejas	
			Sí	No	Sí	No
Labios	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
Lengua						
Dientes	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>s/pot.</i>				
Paladar duro	<input checked="" type="checkbox"/>					Sialorrea <input checked="" type="checkbox"/>
Velo del paladar	<input checked="" type="checkbox"/>					Xerostomía <input checked="" type="checkbox"/>
Úvula	<input checked="" type="checkbox"/>					

Reflejos  
 Velar  
 Arcada  
 Tusígeno

Presente

Ausente

*✓ retrasado epiléptico.*

**Evaluación instrumental otorrinolaringológica.**

**Estructuras anatómicas**

Epiglotis  
Base de lengua  
Espacio vallecular  
Senos piriformes  
Comisura posterior

**Normal**

+
+
+
+
+

**Edema**


**Otros**

*Echasia en Solobus  
en Valleculas.  
Activa con la deglución*

**6. Cuerdas Vocales.** Emisión de fonema /a/.

Borde libre: Normal   
Movilidad: Normal

Alterado \_\_\_\_\_  
Parálisis  Unilateral   Bilateral   
Paresia   
Posición \_\_\_\_\_

**7. Escala de sensibilidad.** Estimular epiglotis y repliques aritenoepiglótico. Observar medialización de cuerdas vocales (Aviv & cols., 2005).

Grados	Derecha	Izquierda
0 Nula		
1 Escasa	✓	✓
2 Normal		
3 Hipersensibilidad		

(Adaptado de Nazar & cols., 2008).

**8. Escala de manejo de secreciones.** Con puntuación 3 no se administra alimento.

0 Normal (húmedo).	<i>no si</i>
1 Acúmulo salival fuera de vestíbulo laríngeo en momentos.	<i>no</i>
2 Acúmulo salival transitorio en vestíbulo laríngeo con rebasamiento ocasional. Puede aclarar.	<i>no</i>
3 Retención salival en vestíbulo constante con rebasamiento. No puede aclarar.	<i>no</i>

(Adaptado de Langmore, 2001).

**9. Proceso de deglución.** Alimento lleva tinción vegetal azul. Se inicia con papilla, luego sólido y por último líquido; en los volúmenes 1, 3 y 5 mL.

CONFIDENCIAL

**9.1 Evaluación fonoaudiológica.**

	Papilla (Compota de frutas)			Sólido (Trozo de pan)		Líquido (Agua)			Observación
	1 mL	3 mL	5 mL	Pequeño	Grande	1 mL	3 mL	5 mL	
Masticación alterada <i>no</i>					⊗				
Escape oral anterior									
Elevación laríngea alterada									<i>en la faringe</i>
Degluciones múltiples (3 o más)									<i>si (3) fol. pan</i>
Regurgitación nasal									
Residuos de alimento en cavidad oral				✓	✓				

**Signos de aspiración.**

	Papilla (Compota de frutas)			Sólido (Trozo de pan)		Líquido (Agua)			Observación
	1 mL	3 mL	5 mL	Pequeño	Grande	1 mL	3 mL	5 mL	
Tos post deglución	+	+	+	+	+	+	+	+	✓
Voz húmeda post deglución	+	+	+	+	+	+	+	+	✓

**9.2 Evaluación otorrinolaringológica.**

	Papilla (Compota de frutas)			Sólido (Trozo de pan)		Líquido (Agua)			Observación
	1 mL	3 mL	5 mL	Pequeño	Grande	1 mL	3 mL	5 mL	
Retardo del reflejo de deglución (3 a 5 segundos).*	5	5	5	3	3	3	3	3	
Derrame posterior	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	
Penetración	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

\*Logemann, 1998.

Escala manejo del bolo a nivel supraglótico	Papilla	Sólido	Líquido	
Normal	✓	✓	+	
Acúmulo de alimento fuera de vestíbulo laríngeo en momentos	+	+	+	
Acúmulo de alimento transitorio en vestíbulo laríngeo con rebasamiento ocasional. Puede aclarar.	+	+	+	Esponánea <input type="checkbox"/> Por orden <input checked="" type="checkbox"/>
Retención de alimento en vestíbulo constante. No puede aclarar.	+	+	+	

\*En caso de incapacidad para aclarar, detener evaluación.

**10. Traqueostomía.**

	Presente	Ausente
Salida de alimento por cánula post deglución (especificar consistencia)		
Alimento en subglotis*		

\* Evaluar insertando fibra óptica por cánula.

**11. Pruebas terapéuticas.** Evaluar antes de retirar fibra óptica.

Al Flectan cabeza NO favorece deglución de líquidos al ser más rápido el tránsito.

**12. Observaciones.**

Diagnóstico:

- Estructural = normal

Dg. otorrinolaringológico Examen: Funcional = trastorno deficiente a

Dg. fonoaudiológico Disf. neurol. leve - papilas solas  
mod -> l/a.

14. Indicaciones:

Alimentación Vía Oral  Consistencia Papilla  régimen blando > l/a.  
 SNG  Sólido   
 GTT  Líquido  NO  
 Otros l/a c/ expectorante.

Medicación. Consignar consistencia.

(-)

Control de temperatura Sí  No  Observaciones l/a

Terapia fonoaudiológica Sí  No

Otorrinolaringólogo(a)

Barbara Herrera  
Yasna Valenzuela  
Mario Cristina Vergara

Fonoaudiólogo(a)

J [redacted] B [redacted]  
(Nombre)

CONFIDENCIAL

G [redacted] h [redacted]  
(Nombre)

[Signature]  
(Firma)

[Signature]  
(Firma)

## **TERCERA BITÁCORA**

### **Transcripción de lo observado en el registro de audio-video del pilotaje**

Los profesionales llegan a la sala donde se encuentra el paciente que será evaluado en el proceso de pilotaje. La fonoaudióloga revisó la ficha del paciente previo la evaluación y se presentó con el otorrinolaringólogo, que ya se encontraba en la sala.

El otorrinolaringólogo preparó el nasolaringofibroscopio y la fonoaudióloga se preparó para iniciar la evaluación. Al costado de la cama del paciente, el otorrinolaringólogo le comentó a la fonoaudióloga que: “Nosotros habitualmente partimos después de que ustedes ya le han visto toda la parte previa, no sé si quieres ver eso primero...”, a lo que la fonoaudióloga responde: “Pienso que primero debemos sentar más al paciente...” y el otorrinolaringólogo accedió.

La fonoaudióloga se dirigió al paciente Don V.S. explicándole que levantará el respaldo de la cama y en qué consistiría el examen (en su evaluación clínica e instrumental), para que sepa por donde se insertará el nasolaringofibroscopio y que además observará su cavidad oral. Luego sube la cama del paciente, prepara sus materiales de evaluación y se dirigió al paciente y le preguntó qué estaba comiendo para conocer sus condiciones actuales de alimentación.

La fonoaudióloga comenzó la evaluación clínica insertando un bajalenguas, observando la cavidad oral y pidiéndole al paciente que emitiera una /a/ para corroborar la movilidad velar y luego con un hisopo presionó la orofaringe desencadenando el reflejo arcada en el paciente. A continuación le pidió al paciente que movilizara la lengua y los labios en diferentes direcciones. Finalizó la evaluación clínica fonoaudiológica auscultando al paciente mientras que éste deglutía su propia saliva. Don V. S. mencionó que sentía el lado izquierdo “dormido”.

El otorrinolaringólogo se acercó al paciente con el nasolaringofibroscopio y comenzó la evaluación instrumental introduciendo la fibra por la narina derecha del paciente. Al visualizar la laringe evaluó: la anatomía, la sensibilidad presionando con la fibra en la zona laríngea y la movilidad (pidiéndole a Don V. S que emitiera una /a/ y que tosiera). Simultáneamente, le comentaba a la fonoaudióloga lo que iba evaluando.

Los profesionales se prepararon para comenzar la evaluación con alimento. La fonoaudióloga instaló el saturómetro en el dedo índice del paciente y acercó a su boca una cucharada con papilla de frutas previamente teñida de color azul y auscultó al momento de la deglución. En la segunda administración de papilla, la fonoaudióloga palpó la zona anterior del cuello en vez de auscultar.

Mientras se realizaba la segunda administración de alimento, el otorrinolaringólogo le comentaba lo observado a la fonoaudióloga. Uno de las observaciones fue la existencia de retención de alimento en base de la lengua posterior a la deglución, por lo que la fonoaudióloga le pidió al paciente que deglutiera con más fuerza. Cabe destacar que la cantidad de papilla teñida otorgada al paciente, fue aumentando en volumen durante el transcurso de la evaluación.

Los profesionales continuaron con la administración de consistencia sólida; por lo que la fonoaudióloga otorgó un trozo de pan al paciente. Durante la evaluación le administraron tres trozos de pan y en la tercera administración la fonoaudióloga le pidió al paciente que antes de deglutir tomara aire y tragara fuerte. En todas las administraciones de pan, la fonoaudióloga auscultó la zona laríngea y el otorrinolaringólogo simultáneamente le fue comentando lo observado a través del instrumento.

Finalizó la evaluación con alimentos otorgando líquidos con cuchara al paciente, pero antes la fonoaudióloga levantó aún más el respaldo de la cama, quedando así en unos 90 grados. La fonoaudióloga administró agua teñida de color azul y auscultó la deglución. Del mismo modo que la papilla, fue aumentando el volumen de líquido en cada administración (cuatro administraciones). El otorrinolaringólogo le pidió al paciente que carraspeara y la

fonoaudióloga le solicitó que emitiera el fonema /a/ posterior a la deglución de la tercera administración de líquidos.

La fonoaudióloga decidió realizar una prueba terapéutica y le consultó al otorrinolaringólogo si le dificultaría la visión nasolaringofibrosópica el realizarla, a lo que él respondió que no. Entonces, ella le otorgó la instrucción al paciente de bajar su mentón mientras recibía el líquido con la cuchara y lo deglutía. En todas las administraciones de líquido el otorrinolaringólogo simultáneamente fue comentando a la fonoaudióloga lo observado a través del instrumento.

Por último el otorrinolaringólogo retiró el nasolaringofibrosopio al paciente, finalizando de esta forma la evaluación. Luego los profesionales discutieron como completar el protocolo; el otorrinolaringólogo presento dudas de cómo completar ciertos ítems, por lo que le preguntó a la fonoaudióloga cómo hacerlo. Dado a esta situación, en ocasiones, la fonoaudióloga fue indicando al otorrinolaringólogo el formato de respuesta. Ambos profesionales, en algunos ítems, presentaron dudas sobre qué símbolo utilizar.

Sumado a lo anterior, los profesionales tomaron ciertas decisiones en conjunto para algunos ítems que correspondían a la evaluación con alimento. Al término de completar las categorías de la evaluación otorrinolaringológica y diagnóstico; el otorrinolaringólogo se despidió de la profesional, firmó el protocolo, limpió el instrumento y se retiró de la sala. La fonoaudióloga fue la encargada de concluir el protocolo, además de conversar con el paciente acerca de su pronóstico e indicaciones de alimentación.

El tiempo de evaluación, desde el contacto de los profesionales con el paciente hasta el retiro de la fibra óptica del nasolaringofibrosopio, fue de alrededor 30 minutos. El tiempo empleado en completar el protocolo por ambos profesionales fue de 10 minutos aproximadamente. Es decir, todo el proceso de pilotaje duró 40 minutos aproximadamente.

## PAUTA DE ENTREVISTAS

### **“Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren”**

“Pilotaje: Estudio con un pequeño grupo en el que se ensaya algunos aspectos de éste, a fin de desarrollar con bases sólidas el estudio definitivo” (Galán, 2008).

1. ¿Considera pertinentes las categorías para el diagnóstico de disfagia?
2. En la categoría “Escala de Sensibilidad”, ¿Considera necesario definir cada grado o basta con la experiencia clínica?
3. ¿Considera que el protocolo favorece el trabajo evaluativo conjunto entre los profesionales otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos?
4. ¿Presentó alguna dificultad en la aplicación del protocolo?
5. ¿Alguna categoría no se explica por sí misma u ocasiona dudas para ser completada?
6. ¿Considera el tiempo empleado en la aplicación del protocolo muy prolongado? Comente los cambios que realizaría en caso de ser necesario.
7. ¿Agregaría algún aspecto evaluativo al protocolo?
8. ¿Quitaría algún aspecto evaluativo del protocolo?
9. ¿Considera los resultados obtenidos a través del protocolo una orientación para el tratamiento?
10. Comentarios generales

## CUARTA BITÁCORA

### Transcripción de entrevista a fonoaudióloga partícipe del pilotaje

“En cuanto a la pertinencia para el diagnóstico de disfagia, o sea, para el diagnóstico, encuentro que los ítems evalúan lo que tienen que evaluar, ayudando súper bien para hacer el diagnóstico (**cod. 93 (a)**).

Luego en la escala de sensibilidad, por lo que yo noté en la evaluación, generalmente se ocupa en la evaluación instrumental del otorrino (**cod. 94 (a)**). De todas maneras pienso que fue súper útil para él porque me imagino no la usaba antes puesto que tuvo que leerla. Entonces, creo que él lo hacía por experiencia clínica y cuando lo tuvo que escalar lo hizo súper bien con lo que había descrito (**cod. 94 (a)**).

Después considero que favorece el trabajo evaluativo conjunto entre los profesionales otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos. Pienso que un protocolo en común siempre va a ser favorable dependiendo de la disponibilidad (**cod. 95 (a)**) también del profesional que esté realizando la evaluación. Y eso tiene que ver un poco con el trabajo que debiera hacerse, siempre pasa en cuanto a trabajo colaborativo.

Luego, si presenté o no alguna dificultad para aplicar el protocolo... Para la evaluación en sí uno no está con el protocolo al lado por tanto uno va siguiendo ciertos pasos, ahora para el tema de rellenarlo pienso que el trabajo en conjunto igual es difícil cuando no se está acostumbrado a hacer (**cod. 110 (a)**). Entonces, principalmente, las personas que sí están acostumbrados, que en este caso nosotros como profesionales fonoaudiólogos estamos acostumbrados a llenar protocolos, es parte de nuestra rutina (**cod. 96 (a)**). Entonces en ese sentido es un poquitito más fácil para nosotros llenarlo y lamentablemente hay que estar arriba del otro profesional para que pueda ir marcando las cosas que corresponden (**cod. 110 (a)**). Por eso les digo, entiendo que es bueno el tema de conocer y realizar el protocolo para saber qué se hace primero para después ir llenando.

*Ante eso ¿Cómo lo solucionarían? Es decir, ¿Qué nos podría cambiar específicamente?  
¿Dividiría el protocolo?*

Es que pienso que si el objetivo del protocolo es trabajo en conjunto, pienso que es solamente entrenamiento lograrlo (**cod. 110 (a)**). Ahora, si ya se entrena y no se logra nuevamente pienso que habría que hacer quizás una parte en donde estuviese más pequeño, fácil de describir por el otorrino que pudiera dejar ese trozo y después rellenarlo. Pero creo que el entrenamiento es la fase principal.

Luego de este dice: ¿Algún ítem no se explica por sí mismo y ocasiona dudas para ser completado? No. Me pareció bastante claro (**cod. 97 (a)**).

Tiempo empleado en la aplicación, pienso que es algo largo pero creo que es lo que se debe demorar una evaluación de deglución (**cod. 98 (a)**). En cuanto a completarlo es simple, requiere de tiempo sí, porque hay que pensar que hay que rellenar el protocolo y luego de eso hay que ocuparlo como herramienta para llenar la ficha.

*La idea es que si se implanta este protocolo aquí en el hospital, se tiene que adjuntar. Lo que pasa es que como es una investigación se tiene que rellenar en la ficha.*

Por supuesto, pero de todas formas el protocolo no se va a explicar por sí solo para, por ejemplo, un profesional nutricionista; a lo mejor va a mirar la parte de atrás y mirará el diagnóstico pero no le hace sentido lo otro como para nosotros, en cuanto a la extracción de información. Tal vez pienso que de alguna manera tendría que tener un resumen, como los protocolos que usan las nutricionistas, que es una hoja que se pega en la ficha y abajo viene un resumen pequeño de la evaluación (**cod. 109**). Porque, por ejemplo, un médico que está a cargo o un becado que está a cargo que no está acostumbrado a ver este tipo de protocolo no le va a ser sentido ninguno de estos números ni nada, va a ver el diagnóstico solamente.

*Entonces sería bueno definir que va a ser un apartado así como de resumen para que lo peguen en la ficha.*

Claro, eso es lo que aconsejaría yo porque siento que el protocolo es súper útil pero para la persona que va a realmente a extraer bien la información. Entonces, generalmente se escribe en la ficha cuando se hace una evaluación, por eso es que todavía las tenemos, incluso desde el 2002 está todo computarizado, pero de todas maneras también va todo súper descrito, va todo resumido: la epicrisis y todo ese tipo de cosas, está todo escrito en la ficha. Entonces, pienso que eso se ha dado por algo, por eso no se usan *check list* de cosas, porque no todos los pacientes se comportan igual.

*En ese resumen ¿Consideraría además de los diagnósticos, definiría algo específico o visto en el protocolo o que sea un ítem abierto no más?*

No, tendría que ser un resumen, por eso te digo que tendría que ser un entrenamiento, tendría que ser un resumen que tenga siempre el mismo orden. Que vaya siempre bien consignado pero es difícil, no es fácil hacerlo.

Eh, hay que pensar en el tiempo de aplicación como una cosa, y el tiempo de información en la ficha como otra, porque no siempre te vas a encontrar con toda la gente, las enfermeras se cambian de turno, los doctores también. Entonces todo ese tipo de cosas van sucediendo y son cosas reales que el protocolo no va a poder manejar por sí solo.

*Entonces opina que ¿Debería darse un entrenamiento a los servicios que sirviese el protocolo?*

Sí, netamente, pienso que eso es lo que siempre prima, porque falta mucho conocimiento de la disfagia y su importancia en los efectos del manejo y del estado de salud del paciente.

¿Si agregaría algún aspecto evaluativo al protocolo? Sí, ahí puse algunas cosas, por ejemplo, no fue el caso de Don V.S. porque no tenía *cuff*, pero en el cuadro de acá yo habría puesto si estaban con ventilación mecánica y si está en el período de oclusión o no (**cod. 99**), porque eso igual es importante consignar para empezar a tener tratamiento de alimentación o

para empezar a dar algunas instrucciones. Y luego, debajo de cantidad de secreciones agregué número de aspiraciones diarias (**cod. 100**), porque algunos pacientes llevan 3, 4 o 5 aspiraciones, entonces eso está diciendo que realmente no está preparado todavía para poder ser evaluado. Y arriba, en antecedentes clínicos también le pondría conexión al medio (**cod. 101**), si es que el paciente está conectado o no porque eventualmente se piden evaluaciones cuando los pacientes están totalmente somnolientos o no están conectados, entonces claro, se puede hacer una evaluación solamente en ese escenario pero hay que considerarlo. Creo que la conexión al medio resume un poco más que si está cooperador o no, porque hay pacientes por ejemplo con Parkinson o con demencia que cursan con un ACV (Accidente Cerebro Vascular), entonces ya de base no va a cooperar tanto como otro paciente.

*Pero profe como conexión al medio creo que no se explica por sí solo, entonces ¿Lo ponemos como estado cognitivo, o de conciencia tal vez?*

Es que por eso les digo, les dejo la sugerencia respecto a eso, pero en el fondo la sugerencia no es que si el paciente coopera o no, porque eventualmente puede ser por oposición, puede ser por problemas de base, puede ser por un montón de cosas pero en ese minuto es si está conectado o no. O podría ser conexión al medio, alta, media, no sé. Pienso que eso a lo mejor lo podrían manejar. Yo también entiendo y subentendí que el paciente tiene que ser capaz de poder seguir instrucciones y un montón de cosas, porque obviamente uno ya lo conoce pero, por ejemplo, en el caso de Don V.S yo no lo había visto, no había revisado su ficha, nada. Por eso llegué un poquito antes, revisé la ficha para ver algunas cosas pero no todas las personas hacen eso. Ahora podría alguien eventualmente llegar y aplicar el protocolo y no se trata tampoco de eso.

Lo que pasa es que aquí en los reflejos ustedes tienen presente y ausente, y entiendo, pero no siempre están presentes o ausentes, de repente por eso yo dejé una línea de observación como para establecer si está retrasado, si es que está con tiempo de gatillo muy prolongado, entonces todas esas cosas que se pudiesen a lo mejor describir (**cod. 102**).

Encuentro que está buena la nivelación, pero podrían agregar algunas líneas de observación en el caso del reflejo de arcada que de repente si está, pero muy posteriorizado. Como para que no quede como que no está, porque un paciente que no tiene ningún reflejo uno piensa en dos segundos y dice “probablemente va a tener que tener otra vía de alimentación” y eso es un poco más enfocado a tratamiento prolongado, eso más o menos te da una idea.

Y bueno, en la parte de la evaluación fonoaudiológica y también de la instrumental del otorrino hay que poner las instrucciones. Si hay que marcar sí o no o hay que marcar sólo lo alterado (**cod. 103**). Porque aquí uno lo puede subentender como quiera, entonces puedes marcar todo o puedes marcar nada o puedes poner sólo lo alterado para que sea más rápido. Pero de alguna manera para que la persona que lo aplique lo haga de una forma y la que lo lea nuevamente pueda saber que significa cada uno de los puntos, porque hay personas que hacen un *ticket*, mientras que otras hacen cruces y otros que hacen puntos. En eso creo que podría mejorarse.

Y lo otro, aquí en el ítem de saturación no sé si lo pondría directamente sobre antecedentes clínicos sino que quizás lo pondría después de haber hecho la evaluación (**cod. 104**). Es lógico que uno va a usar el saturómetro pero uno siempre mira el registro del inicio y después mirar el del final para que no se te olvide anotar el del final. Quizás podría ir al final, esa es una sugerencia.

Lo encontré ordenadito, tiene los ítems súper claros. Generalmente la evaluación se hace de esa manera por lo que los datos uno los va teniendo en la cabeza y los va configurando de esa manera. Pero es más que nada, la limitación que encuentro, es cómo llenarlo y pienso que se debería entrenar para que se diera realmente en conjunto con el equipo que va a trabajar en la evaluación. Y el tema de la extracción de la información en la ficha que de alguna manera tendría que quedar un poco más ordenadito.

Ese día traté de dejar consignado lo que había hecho el otorrino porque él venía sólo con las ganas de hacer la naso, entonces por eso yo tomé el liderazgo. Es una de las cosas que

pasa en el servicio, con los pacientes con traqueo y con un montón de pacientes, que uno necesita la evaluación del otorrino y realmente, con el tiempo que tengo, me es imposible coordinarme con alguien. Pero es como sobrenatural el esfuerzo que se debe hacer y bueno son cosas que he planteado y se irán implementando de a poco.

¿Si le quitaría algo al protocolo? No. (**cod. 107 (a)**).

¿Si considero los resultados obtenidos en el protocolo una ayuda para la orientación del tratamiento? Sí, para la descripción de las cuerdas y todo el tema y porque posibilita en el fondo tratar de hacer algunas maniobras cuando se hace en conjunto (**cod. 108 (a)**), porque cuando no se está en conjunto, pienso que no se le va a ocurrir a los otorrinos hacer maniobras.

Bueno como comentarios generales, cambien el formato que les decía para poder rellenar. En cuanto a la parte positiva, precisa la lectura de las descripciones de los otorrinos que yo siempre tengo problemas para entenderlos. Entonces por ejemplo teniendo la evaluación instrumental y habiéndola hecho con ellos, me acuerdo de lo que marcó.

*Entonces facilita la comunicación entre los dos.*

Sí, y de todas formas ya facilita la comunicación el estar en trabajo en conjunto. Siento que hay algunos médicos que no están abiertos a aprender de otras disciplinas y hay otro que sí. Que consideren también el tema de que si debe o no tener terapia fonoaudiológica y en qué área, porque como ahí pusieron afasia, como para que quede más preciso si la terapia es de lenguaje o deglución, o ambas (**cod. 105**). Ahí ustedes tienen que ver”.

## **Transcripción de entrevista a otorrinolaringólogo partícipe del pilotaje**

“En la pregunta 1, sí, yo creo que están bien cubiertos todos los puntos en la evaluación de la disfagia (**cod. 93 (b)**).

En cuanto a la escala de sensibilidad, acá no ocupamos ninguna escala específica y es en base a la experiencia clínica determinar si el paciente tiene buena o mala sensibilidad (**cod. 94 (b)**). Además nuestro nasolaringofibroscopio no tiene canal de trabajo de aire y habitualmente está descrita la evaluación de sensibilidad con aire, entonces nosotros la hacemos tocando, por lo que en la escala del protocolo se pueden hacer cambios, pero no tenemos una escala definida al respecto. Las zonas más reflexógenas para tocar son: base de lengua, epiglotis, porque seguramente si uno ve que el paciente reacciona con la epiglotis no voy a estimular la laringe ¿Cierto? Va a ser peor... Si no hay sensibilidad uno va avanzando más hasta tocar las bandas y la supraglotis y si un paciente reacciona con un reflejo en base de lengua obviamente yo asumo que tiene buen reflejo en zonas inferiores, por lo tanto tengo que ser más cauteloso al bajar, porque lo más probable es que va a tener sensibilidad y no podré tocar mucho más abajo.

En la pregunta 3, sí, obvio, ¿Cierto? Tiene que ser un trabajo idealmente en conjunto, porque la parte inicial nosotros en realidad no la hacemos nunca y vamos directamente a la parte endoscópica, no hacemos los que ustedes (fonoaudiólogos) hacen en la evaluación, entonces cuando lo hacemos por nuestra cuenta, puede ser un poco sesgado, porque nos vamos a la parte más laríngea y faríngea, no a la etapa oral (**cod. 95 (b)**).

En la pregunta 4 no veo ningún problema, anduvo todo bien. En la aplicabilidad del protocolo no tuvimos ningún problema el día que hicimos la evaluación (**cod. 96 (b)**).

En la pregunta 5, en realidad considero que todos los ítems están dentro de lo que uno conoce o maneja sobre deglución (**cod. 97 (b)**).

No encuentro que sea prolongado, no es un examen corto, entonces uno no puede esperar que un estudio de deglución sea como nada, o que sea una fibroscopía rápida y ya. Cuando es deglución uno ya sabe que es un examen un poco más largo y también dependerá del paciente que tan largo va a ser (**cod. 98 (b)**). Este paciente colaboraba mucho, por eso yo creo que nos demoramos poco, porque era un paciente que colaboraba bien. Tal vez un paciente con más daño neurológico hace que el examen sea más largo o que requiera de varias etapas.

No le agregaría ninguna otra parte evaluativa al protocolo (**cod. 106**).

Tampoco le quitaría ninguna cosa (**cod. 107 (b)**).

Con respecto a la pregunta 9 lógicamente tiene importancia lo que se logra con la aplicabilidad del protocolo (**cod. 108 (b)**). Quizás debería ser comparable con el tipo de daño que tengan los pacientes y por lo menos hacer algún cotejo con respecto a la patología de base con la alteración que salga en el protocolo.

En el ítem 10, lo ideal es que el protocolo sea aplicable o que se haga una unidad de lo que es la evaluación de deglución. El problema es que nosotros estamos aquí (planta baja del hospital) y los pacientes están allá (4to piso del hospital) y que el nasolaringofibroscopio tenga que subir o el paciente tenga que bajar, en realidad eso crea una disparidad en cuanto a los criterios de evaluación y también coordinar el examen con el fonaudiólogo y juntarse al mismo tiempo es complicado (**cod. 110 (b)**). Al final muchas veces lo hacemos solos, nosotros vemos básicamente la parte deglutoria en su parte baja, lo ideal sería hacerlo todo de una sola vez. Ojalá se logre y después tener allá una unidad para fibroscopio donde uno pueda ir a trabajar con días y horarios establecidos para realizar las evaluaciones”.

**CARTAS**  
**ASENTIMIENTOS**  
**CONSENTIMIENTOS**

# CARTA DE PARTICIPACIÓN A JUICIO DE EXPERTOS



Valparaíso, Junio de 2012

**Señor(a)**

.....

**Fonoaudiólogo(a)**

**Otorrinolaringólogo(a)**

**PRESENTE**

## **De nuestra consideración:**

Junto con saludarlo(a), las alumnas de 5° año de la carrera de Fonoaudiología: Bárbara Herrera R., Yasna Valenzuela N. y María Cristina Vergara F., junto con su profesora guía, Flga. Viviana García, se dirigen a usted con el fin de solicitar su colaboración en la tesis titulada “Protocolo de Evaluación Clínica e Instrumental de la Deglución con Nasolaringofibroscopía en Pacientes con Disfagia Orofaríngea Neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren”. Su contribución consistirá en aportarnos su juicio de experto, considerando su vasta experiencia en deglución, respecto de algunos puntos relevantes relacionados con la evaluación de pacientes con disfagia neurogénica.

El estudio tiene como objetivo crear un protocolo de evaluación funcional de la deglución, usando nasolaringofibroscopía, para pacientes con disfagia neurogénica del Hospital Carlos Van Buren. Los temas en conflicto tienen que ver con otorgar un protocolo de evaluación de deglución a través de nasolaringofibroscopía para el Hospital, que logre complementar la evaluación clínica y mejorar el manejo intrahospitalario de los pacientes con disfagia, ya que en la actualidad no existe un protocolo de evaluación profesional conjunta (otorrinolaringólogo y fonoaudiólogo) de este tipo en la institución.

En función de lo expuesto, le presentamos una pauta para su evaluación; estaremos atentas a sus observaciones para llevar a cabo este procedimiento.

Agradeciendo su gentil atención y esperando una favorable acogida, se despiden Atte.,

**Alumnas 5° Fonoaudiología UV**

**Flga. Viviana García U.**

**Profesora Guía**

## CARTA SOLICITUD A JEFES DE SERVICIOS



Valparaíso, Junio de 2012.

Dr.  
Juan Eurolo Montecinos  
Jefe de Servicio de Neurología  
Hospital Carlos Van Buren  
VALPARAÍSO



Estimado Dr. Eurolo:

Junto con saludarle, las alumnas de 5º año de la carrera de Fonoaudiología Bárbara Herrera R., Run: 16.574.762-3, Yasna Valenzuela N., Run: 16.453.531-2 y María Cristina Vergara F., Run: 17.285.449-4, por intermedio de nuestro Jefe de Carrera Sr. Patricio Valdebenito V. y Profesora Guía Viviana García U., desean solicitar su autorización para aplicar mayoritariamente en el Servicio de Neurología, la tesis titulada "PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA E INSTRUMENTAL DE LA DEGLUCIÓN CON NASOLARINGOFIBROSCOPIA EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA NEUROGÉNICA PARA EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN".

La importancia de esta tesis radica en crear un protocolo de evaluación de la deglución usando nasolaringofibroscopia, para pacientes con disfagia neurogénica del Hospital Carlos Van Buren. El fin de este estudio busca otorgar un protocolo de evaluación de deglución a través de nasolaringofibroscopia para el hospital, el cual logre complementar la evaluación clínica y mejorar el manejo intrahospitalario de los pacientes con disfagia, ya que en la actualidad no existe un protocolo de evaluación profesional conjunta de este tipo en la institución.

El paciente a quién se le aplicará el protocolo de evaluación de deglución es aquel que tenga una interconsulta para el examen de nasolaringofibroscopia hospitalizados en el Servicio de Neurología.

El periodo evaluativo comprende desde Agosto hasta mediados de Septiembre y no consta con una cantidad establecida de pacientes ni exige un gran número, ya que al ser una muestra de pilotaje los resultados serán de carácter cualitativos.

En función de lo expuesto, solicitamos su venia para poder llevar a cabo los procedimientos descritos en su servicio hospitalario.

Agradecemos su gentil atención y favorable acogida.

Atentamente,



Elga Viviana García U.  
Profesora Guía de Tesis.



Bárbara Herrera R.  
Representante de Tesis.



Patricio Valdebenito V.  
Director Carrera de Fonoaudiología  
Universidad de Valparaíso



Dr.  
Eduardo Sáez  
Jefe de Servicio de Otorrinolaringología  
Hospital Carlos Van Buren  
VALPARAÍSO

*Ayudando*  
*Patricio Valdebenito*  
270612

Estimado Dr. Sáez:

Junto con saludarle, las alumnas de 5° año de la carrera de Fonoaudiología Bárbara Herrera R., Run: 16.574.762-3, Yasna Valenzuela N., Run: 16.453.531-2 y María Cristina Vergara F., Run: 17.285.449-4, por intermedio de nuestro Jefe de Carrera Sr. Patricio Valdebenito V. y Profesora Guía Viviana García U., desean solicitar su autorización para aplicar mayoritariamente en el Servicio de Neurología, la tesis titulada "PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA E INSTRUMENTAL DE LA DEGLUCIÓN CON NASOLARINGOFIBROSCOPIA EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA NEUROGÉNICA PARA EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN".

La importancia de esta tesis radica en crear un protocolo de evaluación de la deglución usando nasolaringofibroscofia, para pacientes con disfagia neurogénica del Hospital Carlos Van Buren. El fin de este estudio busca otorgar un protocolo de evaluación de deglución a través de nasolaringofibroscofia para el hospital, el cual logre complementar la evaluación clínica y mejorar el manejo intrahospitalario de los pacientes con disfagia, ya que en la actualidad no existe un protocolo de evaluación profesional conjunta de este tipo en la institución.

El paciente a quién se le aplicará el protocolo de evaluación de deglución es aquel que tenga una interconsulta para el examen de nasolaringofibroscofia hospitalizado en el Servicio de Neurología. Para la realización del examen es necesaria la participación de los profesionales de su servicio y será en esta instancia conjunta donde se aplicará el protocolo de evaluación funcional de la deglución por parte de las investigadoras.

El protocolo a utilizar será sometido previamente a un juicio de expertos, otorrinolaringólogos y fonoaudiólogos dedicados al área de deglución, quienes retroalimentarán los contenidos según sus conocimientos. Éste protocolo retroalimentado será expuesto por las investigadoras a los profesionales de su servicio, en una fecha que acordaremos según su disposición.

El periodo evaluativo comprende desde Agosto hasta mediados de Septiembre y no consta con una cantidad establecida de pacientes ni exige un gran número, ya que al ser una muestra de pilotaje los resultados serán de carácter cualitativos.

En función de lo expuesto, solicitamos su venia y participación por parte de su servicio hospitalario para poder llevar a cabo los procedimientos.

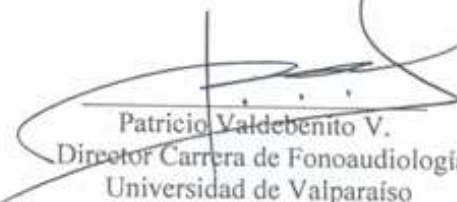
Agradecemos su gentil atención y favorable acogida. Atentamente,



Figa. Viviana García U.  
Profesora Guía de Tesis.



Bárbara Herrera R.  
Representante de Tesis.



Patricio Valdebenito V.  
Director Carrera de Fonoaudiología  
Universidad de Valparaíso



**Dr.**  
**Leonidas Quintana**  
**Jefe de Servicio de Neurocirugía**  
**Hospital Carlos Van Buren**  
**VALPARAÍSO**

**Estimado Dr. Quintana:**

Junto con saludarle, las alumnas de 5° año de la carrera de Fonoaudiología Bárbara Herrera R., Run: 16.574.762-3, Yasna Valenzuela N., Run: 16.453.531-2 y María Cristina Vergara F., Run: 17.285.449-4, por intermedio de nuestro Jefe de Carrera Sr. Patricio Valdebenito V. y Profesora Guía Viviana García U., desean solicitar su autorización para aplicar mayoritariamente en el Servicio de Neurología, la tesis titulada "PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA E INSTRUMENTAL DE LA DEGLUCIÓN CON NASOLARINGOFIBROSCOPIA EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA NEUROGÉNICA PARA EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN".

La importancia de esta tesis radica en crear un protocolo de evaluación de la deglución usando nasolaringofibroscopia, para pacientes con disfagia neurogénica del Hospital Carlos Van Buren. El fin de este estudio busca otorgar un protocolo de evaluación de deglución a través de nasolaringofibroscopia para el hospital, el cual logre complementar la evaluación clínica y mejorar el manejo intrahospitalario de los pacientes con disfagia, ya que en la actualidad no existe un protocolo de evaluación profesional conjunta de este tipo en la institución.

El paciente a quién se le aplicará el protocolo de evaluación de deglución es aquel que tenga una interconsulta para el examen de nasolaringofibroscopia hospitalizado en el Servicio de Neurocirugía.

El periodo evaluativo comprende desde Agosto hasta mediados de Septiembre y no consta con una cantidad establecida de pacientes ni exige un gran número, ya que al ser una muestra de pilotaje los resultados serán de carácter cualitativos.

En función de lo expuesto, solicitamos su venia para poder llevar a cabo los procedimientos descritos contando con los recursos de otorrinolaringología y del nasofibroscopio.

Agradecemos su gentil atención y favorable acogida.

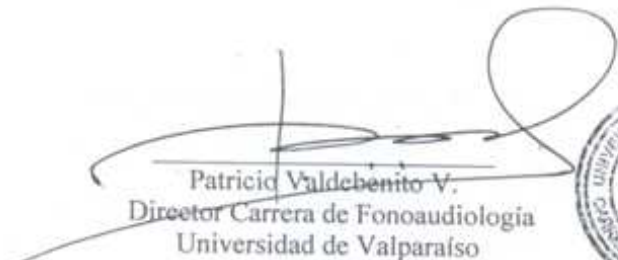
Atentamente,




Elga Viviana García U.  
Profesora Guía de Tesis.



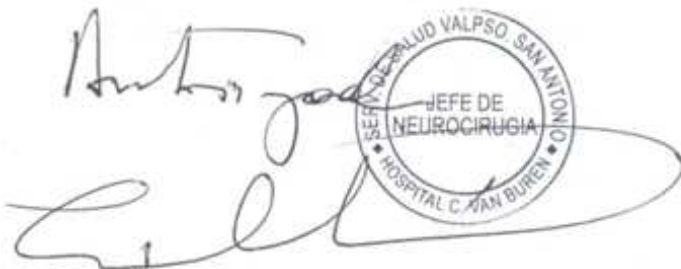
Bárbara Herrera R.  
Representante de Tesis.




Patricio Valdebenito V.  
Director Carrera de Fonoaudiología  
Universidad de Valparaíso



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE AUDIOLINGÜÍSTICA Y TERAPIA DE LA LENGUA



JEFE DE  
NEUROCIRUGÍA



HOSPITAL C. VAN BUREN  
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

Dr.  
Juan Zolezzi  
Jefe de Unidad de Cuidados Intermedios  
Hospital Carlos Van Buren  
VALPARAÍSO

Estimado Dr. Zolezzi:

Junto con saludarle, las alumnas de 5° año de la carrera de Fonoaudiología Bárbara Herrera R., Run: 16.574.762-3, Yasna Valenzuela N., Run: 16.453.531-2 y María Cristina Vergara F., Run: 17.285.449-4, por intermedio de nuestro Jefe de Carrera Sr. Patricio Valdebenito V. y Profesora Guía Viviana García U., desean solicitar su autorización para aplicar mayoritariamente en el Servicio de Neurología, la tesis titulada "PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA E INSTRUMENTAL DE LA DEGLUCIÓN CON NASOLARINGOFIBROSCOPIA EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA NEUROGÉNICA PARA EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN".

La importancia de esta tesis radica en crear un protocolo de evaluación de la deglución usando nasolaringofibroscopia, para pacientes con disfagia neurogénica del Hospital Carlos Van Buren. El fin de este estudio busca otorgar un protocolo de evaluación de deglución a través de nasolaringofibroscopia para el hospital, el cual logre complementar la evaluación clínica y mejorar el manejo intrahospitalario de los pacientes con disfagia, ya que en la actualidad no existe un protocolo de evaluación profesional conjunta de este tipo en la institución.

El pacientes a quién se le aplicará el protocolo de evaluación de deglución es aquel que tenga una interconsulta para el examen de nasolaringofibroscopia hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intermedios.

El periodo evaluativo comprende desde Agosto hasta mediados de Septiembre y no consta con una cantidad establecida de pacientes ni exige un gran número, ya que al ser una muestra de pilotaje los resultados serán de carácter cualitativos.

En función de lo expuesto, solicitamos su venia para poder llevar a cabo los procedimientos descritos en su servicio hospitalario.

Agradecemos su gentil atención y favorable acogida.

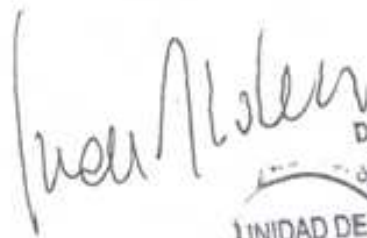
Atentamente,

  
Elga Viviana García U.  
Profesora Guía de Tesis.

  
Bárbara Herrera R.  
Representante de Tesis.

  
Patricio Valdibeno V.  
Director Carrera de Fonoaudiología  
Universidad de Valparaíso





Dr. Juan Zozzi Riquelme  
MEDICINA INTER  
RUS: 7.184.666  
RCM: 16.719 - 2



ENTENADO EN VIA LICITADO  
OFICIAL PARA ANCHUSA E

# **CARTA SOLICITUD A ENCARGADA DE SECCIÓN INVESTIGACIÓN HCVB**

Valparaíso, 2012.

**Dra.  
Claudia Cartagena Salinas  
Encargada Sección Investigación  
Oficina de Gestión Docente  
Hospital Carlos Van Buren  
VALPARAÍSO**

**Estimada Dra. Cartagena:**

Junto con saludarle, los alumnos de 5° año de la carrera de Fonoaudiología Bárbara Herrera R., Run: 16.574.762-3, Yasna Valenzuela N., Run: 16.453.531-2 y María Cristina Vergara F., Run: 17.285.449-4, por intermedio de nuestro Jefe de Carrera Sr. Patricio Valdebenito V. y Profesora Guía Viviana García U., desean solicitar su autorización para aplicar en el Servicio de Neurología, la tesis titulada “PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA E INSTRUMENTAL DE LA DEGLUCIÓN CON NASOLARINGOFIBROSCOPIA EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA NEUROGÉNICA PARA EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN”. Dicho proyecto ya se encuentra aprobado por la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso.

La importancia de esta tesis radica en crear un protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución usando nasolaringofibroscopía, para pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica del Hospital Carlos Van Buren. La finalidad radica en otorgar un protocolo de evaluación de deglución a través de nasolaringofibroscopía para el Hospital, el cual logre complementar la evaluación clínica y mejorar el manejo intrahospitalario de los pacientes con disfagia, ya que en la actualidad no existe un protocolo de este tipo en la institución.

Metodológicamente la muestra consiste en un pilotaje para retroalimentar el protocolo creado y estará conformada por un paciente que tenga diagnóstico clínico de disfagia neurogénica (de diversas etiologías).

El paciente a quien se le aplicará el protocolo de evaluación de deglución será aquel que tenga una interconsulta para el examen de nasolaringofibroscopía hospitalizado en cualquiera de los Servicios donde este estudio ya fue autorizado. Para la realización del examen se aplicará el protocolo de evaluación clínico e instrumental de la deglución por parte de una fonoaudióloga y un otorrinolaringólogo del Hospital. El periodo evaluativo comprende el mes de Agosto.

En función de lo expuesto, solicitamos su autorización para poder llevar a cabo los procedimientos descritos en su institución hospitalaria. Adjuntamos a este documento las cartas dirigidas a los Jefes de Servicios involucrados ya aprobadas.

Agradecemos su gentil atención y favorable acogida.

Atentamente,

---

Flga. Viviana García U.  
Profesora Guía de Tesis

---

Bárbara Herrera R.  
Representante de Tesis

---

Patricio Valdebenito V.  
Director Carrera de Fonoaudiología  
Universidad de Valparaíso

# CARTA AUTORIZACIÓN DEL CÓMITE CIENTÍFICO DEL HCVB

MINISTERIO DE SALUD  
S.S. VALPARAISO SAN ANTONIO  
HOSPITAL CARLOS VAN BUREN  
COMITÉ CIENTIFICO

---

VALPARAISO, 24 de Julio de 2012.

Dra.  
CLAUDIA CARTAGENA  
COORDINADORA  
GESTION DOCENTE  
PRESENTE.

En reunión del Comité Científico de fecha 24/07/2012, se ha presentado el Trabajo de Tesis " **Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscopia en pacientes con Disfagia orofaríngea Neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren** " trabajo presentado por alumnas de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso, profesora guía cual fue aprobado por los integrantes del Comité.

Saluda atentamente,



DR. JUAN PABLO GIGUOX  
PRESIDENTE  
COMITÉ CIENTIFICO

# CARTA SOLICITUD DE NASOLARINGOFIBROSCOPIO A ENCARGADA DE LABORATORIO DE FONOAUDIOLÓGIA UV



Valparaíso, Agosto de 2012.

**Flga.**  
**Cristina Carmona Soto**  
**Encargada de Laboratorio de Fonoaudiología**  
**Carrera de Fonoaudiología**  
**Facultad de Medicina**  
**Universidad de Valparaíso**  
**VALPARAÍSO**

**Estimada Flga. Carmona:**

Junto con saludarle, las alumnas de 5° año de la carrera de Fonoaudiología Bárbara Herrera R., Run: 16.574.762-3, Yasna Valenzuela N., Run: 16.453.531-2 y María Cristina Vergara F., Run: 17.285.449-4, cuya tesis en curso se titula como “PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA E INSTRUMENTAL DE LA DEGLUCIÓN CON NASOLARINGOFIBROSCOPIA EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARÍNGEA NEUROGÉNICA PARA EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN”, deseamos plantearle un inconveniente que se nos ha presentado impidiendo el desarrollo de nuestro trabajo, el cual podría verse resuelto con los recursos de la Universidad.

Antes que todo consideramos necesario aclarar algunos puntos con el fin de dar a entender la importancia de nuestra investigación. El objetivo de esta tesis radica en crear un protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución usando la nasolaringofibroscopia para pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica, buscando complementar la evaluación clínica y mejorar el manejo intrahospitalario de los pacientes con disfagia, ya que en la actualidad no se cuenta de un protocolo que evalúe conjuntamente (otorrinolaringólogo y fonoaudiólogo) en el Hospital Carlos Van Buren.

Existen variados exámenes instrumentales que evalúan deglución, sin embargo las ventajas de la nasolaringofibroscofia frente a otro tipo de examen son: no irradia; evalúa las cuerdas vocales y anatomía orofaríngea; explora la sensibilidad de las estructuras laríngeas y faríngeas (Aviv, 1996); es portátil pudiendo realizarse al lado de la cama del paciente; mínimamente invasivo y de bajo costo (Vandemeulebroecke, 2007). Por último, es un examen bien tolerado por el paciente pudiendo repetirse fácilmente (Velasco, 2007). Es por estas razones que resulta el instrumento idóneo para utilizar en la evaluación de deglución acorde a la realidad del Hospital Carlos Van Buren.

Otro aspecto relevante en la creación de este protocolo, es validar el trabajo fonoaudiológico en el área de deglución, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, destacando así la necesidad de este profesional en la realidad sanitaria nacional. Ya Langmore en el año 2003 también valora el quehacer fonoaudiológico, especificando que este profesional está capacitado para identificar los problemas de deglución y para comprender la naturaleza del problema. Y Nazar (2008) agrega que el fonoaudiólogo cumple un papel importante en las evaluaciones endoscópicas, para determinar en conjunto con el otorrinolaringólogo los volúmenes, consistencias y maniobras deglutorias a incorporar en el paciente, así como para planificar el tratamiento a seguir.

La investigación en curso fue aprobada y autorizada para su realización por la Sección de investigación del HCVB y los jefes de servicios de: Neurología, Neurocirugía, Unidad de Cuidados Intermedios y Otorrinolaringología, siendo los profesionales de éste último servicio involucrado quienes ya accedieron a realizar las evaluaciones conjuntas con nasolaringofibroscofia en una muestra de pilotaje a pacientes de la institución hospitalaria.

El periodo evaluativo de la muestra de pilotaje comprende el mes de Agosto y no consta con una gran cantidad de pacientes (1 paciente de cualquier servicio ya mencionado), ya que los resultados serán de carácter cualitativos.

Es en el periodo de pilotaje donde se nos presentó el inconveniente que nos invalida para continuar nuestra tesis: el Nasolaringofibroscopio del HCVB se encuentra averiado y sin

fecha definida de reparación. En definitiva, no contamos con el recurso instrumental primordial para realizar nuestro trabajo de campo. Los profesionales otorrinolaringólogos colaborarán con nuestra investigación y sugirieron solicitar a la Universidad el equipo, el cual tendría que ser trasladado al Hospital el día requerido para la evaluación. El paciente en el que se realizará la evaluación de pilotaje se encuentra hospitalizado por lo que el examen debe ser llevado a cabo en el recinto hospitalario.

En función de lo expuesto, solicitamos su venia para poder utilizar el Nasolaringofibroscopio del Laboratorio de Fonoaudiología en el HCVB y así llevar a cabo los procedimientos descritos contando con los recursos necesarios. Entendemos la responsabilidad que representa la entrega de este instrumento, por lo que nos encontramos totalmente dispuestas para discutir las restricciones y condiciones en las que esta situación se podría concretar.

Agradecemos su gentil atención y favorable acogida.

Atentamente,

---

Flga. Viviana García U.  
Profesora Guía de Tesis

---

Bárbara Herrera R.  
Tesisista

---

Yasna Valenzuela N.  
Tesisista

---

María Cristina Vergara F.  
Tesisista

C/C: Patricio Valdebenito Villena  
Director Carrera de Fonoaudiología Universidad de Valparaíso

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscofia en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren”, cuya profesora guía es la Flga. Viviana García y cuyas investigadoras son las estudiantes tesisistas de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso: Bárbara Herrera, Yasna Valenzuela y María Cristina Vergara. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en el Hospital Carlos Van Buren durante el año 2012.
2. Su participación permitirá determinar la efectividad de un protocolo en el que se registra la evaluación clínica e instrumental con nasolaringofibroscofia. Este protocolo debe ser completado de manera conjunta y simultánea por ustedes (otorrinolaringólogo y fonoaudióloga), el cual permitirá detectar evidencias para diagnosticar disfagia y establecer las indicaciones pertinentes para cada caso; con el fin de realizar una entrevista posterior.
3. Deberá evaluar en conjunto a un paciente.
4. Posterior al proceso evaluativo, deberá contestar la entrevista constituida por 9 preguntas que serán respondidas en un tiempo aproximado de 20 minutos.
5. La entrevista será registrada a través de formato de audio (grabadora) y la información obtenida será utilizada en la investigación.
6. Su participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento de la investigación.
7. Su participación en este estudio no será remunerada; tampoco tendrá que incurrir en gastos.
8. Su identidad y los datos recabados serán confidenciales, es decir, su nombre no será revelado, en su lugar, sólo se utilizarán sus iniciales.
9. Los datos otorgados por su participación sólo serán utilizados por las investigadoras para efectos de este estudio o para otro que no se aleje de los objetivos de la presente investigación y podrán ser divulgados en revistas científicas de la Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, siempre resguardando su identidad.
10. Los resultados de la investigación serán resguardados por la investigadora principal en un mueble con llave en oficinas de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso.

11. En caso de duda, puede preguntar en cualquier momento a: Viviana García (fondo 79780989), Bárbara Herrera (91305693), Yasna Valenzuela (90927736) o a María Cristina Vergara (96326193).
12. En caso de que usted se encuentre dispuesto a participar en esta investigación, se le entregará una copia de este consentimiento informado, firmado por la profesora guía.

Viviana García Ubillo  
Profesora guía

79780989

nfcdisfagia@gmail.com  
viviana.garcia@uv.cl

Valparaíso, 27 de Agosto de 2012.

# ASENTIMIENTOS INFORMADOS PARA PROFESIONALES



## FICHA DE ASENTIMIENTO PARA PROFESIONAL

Declaro que comprendo el propósito de este estudio titulado "Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscopia en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren", cuya profesora guía es la Flga. Viviana García y cuyas investigadoras son las estudiantes tesistas de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso: Bárbara Herrera, Yasna Valenzuela y María Cristina Vergara. La relevancia de este estudio es evaluar la seguridad de la alimentación por vía oral a través de una nasolaringofibroscopia utilizando un protocolo. Mi participación permitirá determinar la efectividad de un protocolo de evaluación de deglución conjunta (otorrinolaringólogo y fonoaudióloga) con nasolaringofibroscopia; el cual permitirá detectar evidencias para diagnosticar disfagia y establecer las indicaciones terapéuticas pertinentes.

Sé que deberé evaluar durante la nasolaringofibroscopia la deglución de al menos un paciente con disfagia en forma conjunta y que dicho procedimiento será registrado en video. Además, posteriormente responderé una entrevista que será registrada en formato de audio (grabadora), en la cual evaluaré el protocolo y su aplicación. Sé que mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento de la investigación sin que ello me perjudique. Del mismo modo, sé que mi participación no será remunerada ni tendrá algún costo para mí.

Tengo presente que en caso de duda, puedo preguntar en cualquier momento a: Viviana García (fono 79780989), Bárbara Herrera (91305693), Yasna Valenzuela (90927736) o María Cristina Vergara (96326193). Comprendo que mi identidad y los datos recabados serán confidenciales, es decir, mi nombre no será revelado, en su lugar, sólo se utilizarán mis iniciales. Autorizo que los datos otorgados por mi entrevista sólo sean utilizados por las investigadoras para efectos de este estudio o para otro que no se aleje de los objetivos de la presente investigación y podrán ser divulgados en revistas científicas y de la Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, siempre resguardando mi identidad.



Viviana García Ubillo  
Profesora guía  
79780989  
[viviana.garcia@uv.cl](mailto:viviana.garcia@uv.cl)  
[nfcdisfagia@gmail.com](mailto:nfcdisfagia@gmail.com)

6 [REDACTED] N [REDACTED] M [REDACTED]  
Fonoaudióloga

Profesional (nombre y firma)

Valparaíso, Lunes 27 de Agosto de 2012.

## FICHA DE ASENTIMIENTO PARA PROFESIONAL

Declaro que comprendo el propósito de este estudio titulado “Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscofia en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren”, cuya profesora guía es la Flga. Viviana García y cuyas investigadoras son las estudiantes tesistas de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso: Bárbara Herrera, Yasna Valenzuela y María Cristina Vergara. La relevancia de este estudio es evaluar la seguridad de la alimentación por vía oral a través de una nasolaringofibroscofia utilizando un protocolo. Mi participación permitirá determinar la efectividad de un protocolo de evaluación de deglución conjunta (otorrinolaringólogo y fonoaudióloga) con nasolaringofibroscofia; el cual permitirá detectar evidencias para diagnosticar disfagia y establecer las indicaciones terapéuticas pertinentes.

Sé que deberé evaluar durante la nasolaringofibroscofia la deglución de al menos un paciente con disfagia en forma conjunta y que dicho procedimiento será registrado en video. Además, posteriormente responderé una entrevista que será registrada en formato de audio (grabadora), en la cual evaluaré el protocolo y su aplicación. Sé que mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento de la investigación sin que ello me perjudique. Del mismo modo, sé que mi participación no será remunerada ni tendrá algún costo para mí.

Tengo presente que en caso de duda, puedo preguntar en cualquier momento a: Viviana García (fono 79780989), Bárbara Herrera (91305693), Yasna Valenzuela (90927736) o María Cristina Vergara (96326193). Comprendo que mi identidad y los datos recabados serán confidenciales, es decir, mi nombre no será revelado, en su lugar, sólo se utilizarán mis iniciales. Autorizo que los datos otorgados por mi entrevista sólo sean utilizados por las investigadoras para efectos de este estudio o para otro que no se aleje de los objetivos de la presente investigación y podrán ser divulgados en revistas científicas y de la Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, siempre resguardando mi identidad.



Viviana García Ubillo  
Profesora guía  
79780989  
[viviana.garcia@uv.cl](mailto:viviana.garcia@uv.cl)  
[nfcdisfagia@gmail.com](mailto:nfcdisfagia@gmail.com)

J. [REDACTED] B. [REDACTED] C.  
Profesional (nombre y firma)  
*[Handwritten signature]*

Valparaíso, Lunes 27 de Agosto de 2012.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTE

El propósito del presente documento es invitarlo a participar en el estudio titulado “Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscopía en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren”, cuya profesora guía es la Flga. Viviana García y cuyas investigadoras son las estudiantes tesistas de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso: Bárbara Herrera, Yasna Valenzuela y María Cristina Vergara. Para que usted pueda tomar una decisión informada, le explicaremos a continuación cuáles serán los procedimientos involucrados en la ejecución de la investigación, así como en qué consistiría su colaboración:

1. La investigación mencionada se realizará en el Hospital Carlos Van Buren durante el año 2012.
2. Su participación permitirá determinar la efectividad de una pauta en la que se registra la evaluación clínica efectuada por el fonoaudiólogo y el examen denominado nasolaringofibroscopía realizada por otorrinolaringólogo, ambos especialistas que lo atienden en el Hospital Carlos Van Buren. Este protocolo por escrito completado por los profesionales permitirá detectar dificultades de la alimentación vía oral.
3. Aunque la nasolaringofibroscopía con el que lo examinará el otorrinolaringólogo pueda provocarle algunas molestias, como deseos de estornudar, sensación de arcada, entre otras, éste no provocará daño alguno para su salud.
4. Este estudio será útil para el área de la salud, ya que podría proveer mayores antecedentes al diagnóstico inicial sobre las dificultades para tragar por causas neurológicas. Se espera, en definitiva, que los resultados obtenidos ayudarán a determinar el tratamiento adecuado a seguir.
5. Su participación es voluntaria y puede retirarse en cualquier momento de la investigación sin que ello perjudique su tratamiento intrahospitalario.
6. Su participación en este estudio no será remunerada; tampoco tendrá que incurrir en gastos, pues la realización del examen no tendrá costos para usted.
7. Si los resultados obtenidos mediante el examen y el protocolo evidencian alguna dificultad en su alimentación oral, usted tendrá derecho a tratamiento y cuidado otorgado por el servicio en el cual se encuentra hospitalizado.
8. Su identidad y los datos recabados serán confidenciales, es decir, su nombre no será revelado, en su lugar, sólo se utilizarán sus iniciales
9. Los datos otorgados por su examen sólo serán utilizados por las investigadoras para efectos de este estudio o para otro que no se aleje de los objetivos de la presente

investigación y podrán ser divulgados en revistas científicas y de la Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, siempre resguardando su identidad.

10. Los resultados de la investigación serán resguardados por la investigadora principal en un mueble con llave en oficinas de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso.
11. En caso de duda, puede preguntar en cualquier momento a: Viviana García (fono 79780989), Bárbara Herrera (91305693), Yasna Valenzuela (90927736) o a María Cristina Vergara (96326193).
12. En caso de que usted se encuentre dispuesto a participar en esta investigación, se le entregará una copia de este consentimiento informado, firmado por la profesora guía.

Viviana García Ubillo  
Profesora guía

79780989

nfcdisfagia@gmail.com  
viviana.garcia@uv.cl

Valparaíso, 27 de Agosto de 2012.

# ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTE



## FICHA DE ASENTIMIENTO PARA PACIENTE

Declaro que comprendo el propósito de este estudio titulado “Protocolo de evaluación clínica e instrumental de la deglución con nasolaringofibroscofia en pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica para el Hospital Carlos Van Buren”, cuya profesora guía es la Flga. Viviana García y cuyas investigadoras son las estudiantes tesistas de la Carrera de Fonoaudiología de la Universidad de Valparaíso: Bárbara Herrera, Yasna Valenzuela y María Cristina Vergara. La relevancia de este estudio es evaluar la seguridad de la alimentación por vía oral a través de una nasolaringofibroscofia utilizando un protocolo. Mi participación permitirá determinar la efectividad de un protocolo en la que se registra la evaluación clínica efectuada por el fonoaudiólogo y el examen denominado nasolaringofibroscofia realizada por otorrinolaringólogo, ambos especialistas atienden en el Hospital Carlos Van Buren.

Sé que la nasolaringofibroscofia con el que me examinará el otorrinolaringólogo puede provocarme algunas molestias, como deseos de estornudar, sensación de arcada, entre otras, éste no provocará daño alguno para mi salud. Además, sé que mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento de la investigación sin que ello perjudique mi tratamiento intrahospitalario. Del mismo modo, sé que mi participación no será remunerada ni tendrá algún costo para mí.

Tengo presente que en caso de duda, puedo preguntar en cualquier momento a: Viviana García (fono 79780989), Bárbara Herrera (91305693), Yasna Valenzuela (90927736) o María Cristina Vergara (96326193). Comprendo que mi identidad y los datos recabados serán confidenciales, es decir, mi nombre no será revelado, en su lugar, sólo se utilizarán mis iniciales. Autorizo que los datos otorgados por mi examen y la grabación en video sólo sean utilizados por las investigadoras para efectos de este estudio o para otro que no se aleje de los objetivos de la presente investigación y podrán ser divulgados en revistas científicas y de la Carrera de Fonoaudiología, Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, siempre resguardando mi identidad.



Viviana Garcia Ubillo  
profesora guía  
79780989  
[viviana.garcia@uv.cl](mailto:viviana.garcia@uv.cl)  
[nfcdisfagia@gmail.com](mailto:nfcdisfagia@gmail.com)

J [REDACTED] J [REDACTED] M.

Paciente (nombre y firma)

Valparaíso, Lunes 27 de Agosto de 2012.

