



**Alumno: Raul Gibran Gallegos Merlín**

**Grado: 6º**

**Grupo: A**

**Asignatura: Medicina Paliativa**

**Dr. Ricardo acuña Del Saz**

La disfagia se caracteriza por la dificultad para desplazar el alimento desde la boca al estómago. Puede asociarse a cambios neurológicos, cognitivos, musculares o estructurales, así como a fármacos o a debilidad sistémica. Los síntomas y la gravedad cambian con frecuencia durante la progresión de la enfermedad y pueden requerirse consultas o reevaluaciones intermitentes, la disfagia sobre la calidad de vida percibida, las relaciones sociales, el estado nutricional y la seguridad pulmonar, en cuidados paliativos los problemas de deglución deberían ser identificados y abordados de forma precoz, con consultas de apoyo continuas para cumplir los objetivos y cubrir las necesidades del paciente.

Con la edad se producen cambios normales. La respuesta de la deglución gradualmente se hace más lenta, con aumento del tiempo de la preparación oral y acciones laríngeas y faríngeas más lentas. Los cambios sensoriales relacionados con la edad afectan al olor y al sabor y alteran las preferencias de los alimentos. Los déficits mecánicos y sensitivos afectan a la capacidad para mantener la nutrición y la hidratación. Cuando la protección de la vía respiratoria está reducida, aumenta el riesgo de aspiración de secreciones, alimentos sólidos y líquidos. La aspiración aumenta el riesgo de neumonía, pero no siempre es predictiva.

Los factores que aumentan el riesgo de neumonía incluyen la dependencia para los cuidados de la boca, la dependencia para alimentarse, múltiples diagnósticos médicos, ser un fumador actual, el número de dientes que han caído, el número de fármacos, la fragilidad o los diagnósticos pulmonares y la nutrición enteral. La prevalencia de la disfagia varía en función de la demografía. Por ejemplo, aproximadamente el 15% de las personas de más de 60 años de edad.

Los pacientes con disfagia muestran diferentes síntomas clínicamente observables sobre la ingesta y la deglución. La tos, el gorgoteo y el carraspeo persistente con la ingesta son síntomas de aspiración o de residuos alimentarios faríngeos tras la deglución. Los pacientes pueden referir dificultad para controlar los alimentos en su boca, acumulación de comida en la mejilla o dolor con la deglución.

Mismo síntoma puede reflejar diferentes problemas subyacentes. Por ejemplo, la tos puede significar una reducción de la protección de la vía respiratoria, una fístula traqueoesofágica, una disfunción faríngea, una alteración de la función cricofaríngea o una limpieza oral inadecuada. Los pacientes con determinadas enfermedades crónicas o progresivas. La dosis y los intervalos de los tratamientos también pueden afectar a la deglución. Los fármacos pueden afectar de forma negativa al nivel de alerta.

Los antineoplásicos, los antivirales y algunos antibióticos pueden causar estomatitis, úlceras faríngeas o candidiasis oral. Los síntomas de disfagia también pueden estar afectados por la fatiga o la disminución de la alerta que refleja una disminución general en el estado médico. Se realiza una observación clínica de la ingesta y la alimentación para evaluar el control oral de la comida y las secreciones y la capacidad para limpiar la boca.

El clínico comprueba aspectos conductuales, como lo rápido que come el paciente, la astenia, la concienciación sobre los alimentos y la capacidad para seguir instrucciones. La tos antes, durante o tras una deglución es un signo significativo de aspiración, pero un 50-60% de aquellos que tienen aspiraciones no tosen, la valoración clínica no proporciona información fiable sobre la fuerza, la cronología o la coordinación de las fases faríngea o esofágica. En caso de síntomas observables o signos médicos de disfagia, puede ser recomendable un instrumento de valoración para aislar el problema fisiológico.

El estado de salud, el nivel de alerta, las preferencias y los objetivos son componentes esenciales de las decisiones compartidas sobre la valoración instrumental. Las limitaciones prácticas como el transporte desde el domicilio pueden desaconsejar la valoración instrumental en los pacientes débiles. La evaluación endoscópica flexible de la deglución (EEFD) permite la visualización directa de las estructuras faríngeas y laríngeas y la función con la deglución. Se introduce un endoscopio a través de la nariz y se sitúa sobre la laringe. Según el paciente deglute sólidos o líquidos, el clínico puede observar los fenómenos previos y posteriores a la deglución.

La EEFD y la videofluoroscopia requieren la cooperación del paciente y la capacidad para deglutir de forma voluntaria. Las técnicas instrumentales deberían evaluar la eficacia de las estrategias conductuales para reducir o eliminar los síntomas de disfagia. El tratamiento de la deglución comprende técnicas durante la ingesta y aquellas que aumentan la fuerza o el rango de movimiento de los músculos implicados. Las técnicas que aumentan la fuerza o el rango de movimiento dependen del trastorno de la deglución y del diagnóstico médico.

La nutrición enteral se recomienda con frecuencia como, solución temporal para la disfagia grave y puede restablecer la nutrición y la hidratación tras una enfermedad aguda, como en el accidente cerebrovascular, la nutrición enteral no es eficaz para prolongar la vida, prevenir la aspiración o mejorar la nutrición en pacientes con demencia avanzada. La nutrición enteral con frecuencia es percibida como una decisión de todo o nada, pero, como se ha ilustrado en el caso clínico, la alimentación no oral no impide que se continúe comiendo por placer o por beneficios sociales

## Bibliografía

Garcia, R. M. (2006). *Practica de la Geriatria*. Mexico: Mc Graw Hill.