

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEXTO SEMESTRE.

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TERCER PARCIAL.

TEMA: DISFAGIA

TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS.



DISFAGIA

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 deglución normal comprende tres fases: oral, faríngea y esofágica.

La manipulación oral de la comida inicia impulsos sensoriales a la formación reticular medular, o centro de la deglución, donde se organizan e inician las respuestas motoras. La deglución faríngea proporciona protección de la vía respiratoria mediante la elevación y el movimiento anterior del hioides y la laringe, el cierre de la laringe, la relajación del esfínter cricofaríngeo, la retracción de la base de la lengua y la contracción de los constrictores faríngeos. El control neuromotor está mediado por los pares craneales V, VII, IX, X, XI y XII. 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. La disfagia se produce cuando existe una alteración en cualquiera de las tres fases. 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 entera. La prevalencia de la disfagia varía en función de la demografía.

Manifestaciones clínicas: 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. Muchos no muestran síntomas claros de disfagia durante las comidas, pero desarrollan neumonía por aspiración, disminución de la ingesta de alimentos o pérdida de peso. El mismo síntoma puede reflejar diferentes problemas subyacentes. Por ejemplo, la tos puede significar una reducción de la protección de la vía respiratoria, una fístula traqueo esofágica, una disfunción faríngea, una alteración de la función cricofaríngea o una limpieza oral inadecuada. El diagnóstico diferencial de la disfagia, destaca la necesidad de determinar la causa subyacente. El aislamiento de la causa permite el empleo de tratamientos que abordan el origen del problema de deglución. 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.

Valoración clínica: Antes de evaluar la deglución se revisan los antecedentes, los fármacos y los síntomas u observaciones actuales. Se informa al paciente sobre el objetivo de la valoración y se establecen sus objetivos sobre ingesta, nutrición e hidratación. El especialista en disfagia explora a continuación las estructuras faciales y orales, valorando los movimientos orales (p. ej., movilidad de la lengua) durante el lenguaje y otras tareas no lingüísticas. Deberían descartarse los problemas médicos y dentales, como el reflujo, las úlceras orales tras la quimioterapia o las lesiones cariogénicas, como causas de dolor o rechazo a la ingesta. 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 y evaluar estrategias de compensación (p. ej., cambios posturales). Debido a que la valoración instrumental no siempre está indicada, una evaluación clínica cuidadosa puede eliminar costes y desplazamientos adicionales. 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. Tratamiento: El objetivo del tratamiento de la disfagia en cuidados paliativos es mantener y restablecer la alimentación oral eficaz compatible con las preferencias y los objetivos del paciente. Los tratamientos comprenden pequeñas modificaciones en el abordaje de la alimentación, tratamientos directos y medios alternativos de nutrición e hidratación. Estos abordajes deberían siempre incluir una educación sanitaria del paciente y la familia e higiene oral. Independientemente del tratamiento, la función de la deglución cambia con frecuencia y debería ser vigilada.

BIBLIOGRAFIA:

Robin Pollens, Kathryn L. Hillenbrand y Helen M. Sharp. (2011). DISFAGIA. En Medicina paliativa de Walsh (871-877). España: Elsevier Saunders