

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“DISFAGIA”

**ALUMNO: ALEJANDRA VELÁSQUEZ
CELAYA.**

ASIGNATURA: MEDICINA PALIATIVA

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

UNIDAD: 3

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, OCTUBRE
2020**

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.

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 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 que viven independientes tienen disfagia, mientras que entre los residentes en contextos institucionales (p. ej., residencias de ancianos) más del 40% la tienen.

La disfagia es frecuente entre las personas con las enfermedades que se encuentran más a menudo en cuidados paliativos.

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.

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.

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.

La videofluoroscopia y la videoendoscopia son los dos métodos más frecuentemente utilizados para visualizar la deglución.

El paciente deglute pequeñas cantidades de bario mezclado con sólidos y líquidos, y las imágenes radiológicas de vídeo registran las estructuras orales, faríngeas y esofágicas y las funciones de coordinación.

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.

La alteración de la función de la deglución puede ser tratada con frecuencia mediante cambios en la forma en que un paciente come o bebe.

Son ejemplos los cambios en la postura, el tamaño o la textura de cada bocado y la velocidad de presentación de la comida.

Algunos, como el apoyo hacia el lado del cuerpo con más fuerza para animar a la propulsión a través del lado con más fuerza de la faringe, requieren entrenamiento y cooperación del paciente, mientras que otros, como el ritmo de la presentación de la comida, pueden ser llevados a cabo por un cuidador.

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.

Por ejemplo, los ejercicios de rango de movimiento pueden mejorar el lenguaje y la deglución tras técnicas quirúrgicas para el cáncer oral u orofaríngeo, pero los mismos ejercicios pueden producir fatiga en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica.

Bibliografía.

- Walsh, D. (2010). Medicina paliativa. Barcelona, España: Elsevier.