



DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA RODRÍGUEZ

LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA

SEMESTRE: 6º

UNIDAD: 3

MATERIA: MEDICINA PALIATIVA

TITULO DEL TRABAJO: (RESUMEN)

- **MEDICINA PALIATIVA: 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.

CIENCIAS BÁSICAS

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.

EPIDEMIOLOGIA Y PREVALENCIA

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.

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.

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. Debería 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.

VALORACIÓN INSTRUMENTAL DE LA FUNCIÓN DE LA DEGLUCIÓN

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

La videofluoroscopia (es decir, el tránsito baritado modificado o «tránsito con galletas») es el abordaje más frecuente para recoger imágenes de las estructuras y funciones de 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 (v. caps. 19 y 20). 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.

Tratamiento

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 orofaríngeo⁶, pero los mismos ejercicios pueden producir fatiga en pacientes con esclerosis lateral amiotrófica.

ALIMENTACIÓN NO ORAL

Los pacientes, las familias y los médicos con frecuencia tienen opiniones firmes sobre la alimentación no oral, especialmente la función de la nutrición enteral en la atención a enfermos terminales. Las decisiones sobre la postura a favor o en contra de la nutrición enteral requieren un análisis activo y una elección informada por parte del paciente

BIBLIOGRAFIA

Declan Walsh. (2010). Medicina Paliativa Walsh. Barcelona, España: Elsevier.