

**NOMBRE DE ESTUDIANTE:  
KARLA LIZETH VALENCIA PÉREZ**

**DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SANZ**

---

**MATERIA: MEDICINA PALIATIVA**

**TEMA: DISFAGIA**

**CARRERA:**

**MEDICINA HUMANA**

**SEMESTRE: SEXTO**

**FECHA: 29/05/2021**

# 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<sup>3</sup>. 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.

## 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 traqueoesofágica, una disfunción faríngea, una alteración de la función cricofaríngea o una limpieza oral inadecuada. Indicadores conductuales de la disfagia con un ejemplo clínico de alteración de la alimentación o nutrición. Este resumen no ofrece el diagnóstico diferencial de la disfagia, pero 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 síntomas de disfagia observados con frecuencia entre 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 (p. ej., anticonvulsivantes, antidepressivos, antihistamínicos, antiespasmódicos), el flujo salival (p. ej., antihistamínicos,

antihipertensivos, antidepresivos) y la coordinación muscular (p. ej., betabloqueantes, anticolinérgicos). Los antineoplásicos, los antivirales y algunos antibióticos pueden causar estomatitis, úlceras faríngeas o candidiasis oral<sup>8</sup>. 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 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. 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. Las principales ventajas de la EEFD son que la valoración puede realizarse a la cabecera del enfermo y el paciente puede ver las imágenes de forma que la técnica puede utilizarse para biorretroalimentación. La EEFD no permite la visualización de la fase oral ni el momento de la respuesta de 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<sup>1</sup>. Los tratamientos son desarrollados mediante la integración de las preferencias del paciente con las valoraciones clínicas e instrumentales.

### **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**

- Walsh, D. (2010). **Medicina Paliativa (1.a ed.). Elsevier.**