

ORIGINAL

Logopedia y nuevos ámbitos de actuación en disfagia orofaríngea en la Comunidad Valenciana

Carlos Vidal Úbeda^a y Jorge Puchades Chulià^{*,b}

^aConsortio Hospitalario Provincial de Castellón, Castellón, España

^bHospital Universitario de la Ribera, Alzira, Valencia, España

PALABRAS CLAVE

Disfagia orofaríngea;
Hospitalización
a domicilio;
Logopedia;
Protocolo de
actuación;
Unidad de cuidados
intensivos

Resumen En los últimos años, la logopedia como profesión sanitaria está experimentando un gran desarrollo y está haciendo un esfuerzo considerable por incorporar los principios de la práctica basada en la evidencia a sus actuaciones. La mejora de la formación académica en el contexto universitario, junto con la facilitación del acceso a la investigación, han constituido los pilares fundamentales de este avance, y es gracias a ello que observamos que, actualmente, se está generando un aumento de la producción científica en cada una de las vertientes de nuestra disciplina. Además, los profesionales están intentando abrir nuevos campos y ámbitos de actuación en servicios hospitalarios en los que hasta ahora no se contemplaba la figura del logopeda y en los que sus aportaciones pueden ser de vital importancia para la mejora tanto de la calidad asistencial, como del estado de salud y la calidad de vida de los pacientes. Un claro ejemplo de esta situación lo podemos encontrar en la Comunidad Valenciana, donde en los servicios de Hospitalización a Domicilio del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón y de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de la Ribera de Alzira han surgido dos iniciativas pioneras a nivel logopédico al establecer sendos programas de actuación ante la disfagia orofaríngea.

© 2012 AELFA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Oropharyngeal
dysphagia;
Hospital at Home
Unit;
Speech therapy;
Action protocol;
Intensive Care Unit

Speech therapy and new fields of activity in oropharyngeal dysphagia in the Community of Valencia

Abstract Speech therapy as a health profession is experiencing a great development in recent years and is making significant efforts to incorporate the principles of evidence-based practice to their performances. Improving academic training in the university context along with better access to research have been the cornerstones of this development. As a result, an increased scientific output in each of the aspects of our discipline can currently be observed. Furthermore, professionals are trying to open new fields and policy areas where hospital services did hitherto

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgepuchades@gmail.com (J. Puchades).

not contemplate the intervention of speech therapists and where their contributions can be of vital importance for improving both quality of care and health status and quality of life of patients. A clear example of this can be found in the Region of Valencia, where the Hospital at Home Unit of the Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón and the Intensive Care Unit of the Hospital Universitario de la Ribera in Alzira have made pioneering efforts at speech therapy to establish and implement a performance before oropharyngeal dysphagia.

© 2012 AELFA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La logopedia, reconocida finalmente como profesión sanitaria en 2003 en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003 de 21 de noviembre), viene ejerciéndose desde mucho antes en los hospitales de España. Durante estos últimos años, la profesión ha experimentado una gran evolución, fruto del trabajo colectivo por regular su situación, mejorar la formación académica y alentar la investigación, al mismo tiempo que se está haciendo un esfuerzo considerable para que la logopedia incorpore los principios de la práctica basada en la evidencia en la toma de decisiones clínicas y, en general, en su ejercicio profesional habitual, con objeto de ofrecer a los pacientes un servicio de máxima calidad, tal como indican Carballo, Mendoza, Fresneda y Muñoz (2008).

Sin embargo, el número de logopedas que trabaja en hospitales es todavía muy bajo, comparado con el de otras profesiones sanitarias (Oliver-Castellanos y Cervera-Mérida, 2012), y hay muchas dificultades para acceder a todos los ámbitos y servicios clínicos del sistema sanitario donde nuestras actuaciones pueden ser necesarias o incluso de máxima importancia para la mejora del estado de salud y calidad de vida de nuestros pacientes, derivada, obviamente, de una mejora en la asistencia prestada.

Un ejemplo de este afán por conseguir que la logopedia esté contemplada allí donde pueda tener competencias lo tenemos en dos centros sanitarios de la Comunidad Valenciana. En ellos se han instaurado sendos programas novedosos de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y estudio de la disfagia orofaríngea, por cuanto abordan el síntoma disfágico en contextos claramente diana, como son la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HaD) del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón y la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Universitario de la Ribera, Alzira (Valencia). En ambos casos, el abordaje resulta crucial por las características específicas de la población ingresada en estas unidades, en la que las alteraciones de la deglución suelen tener una prevalencia e incidencia elevadas.

La disfagia —término que proviene de dos palabras griegas, *dys* (dificultad) y *phagia* (comer)— es una sensación subjetiva de dificultad para que el alimento pase desde la boca al estómago (Velasco, Arreola, Clavé y Puiggrós, 2007). Es un síntoma altamente prevalente, que puede deberse a múltiples procesos patológicos, tanto estructurales como funcionales (Cook y Karhilas, 1999), y localizarse a nivel orofaríngeo o esofágico. Entre sus consecuencias encontramos desnutrición secundaria a alteraciones de la eficacia de la deglución (hasta en un tercio de los pacientes) y un elevado

riesgo de neumonías por aspiración o infecciones respiratorias debidas a alteraciones de la seguridad de ésta (hasta en dos tercios de los pacientes). En pacientes neurológicos, ancianos o personas institucionalizadas, su prevalencia puede oscilar entre un 30 y un 60%, con grados de gravedad variables que pueden llegar a hacer necesaria una alimentación no oral. Además se la relaciona con una discapacidad mayor, estancias hospitalarias prolongadas y una mortalidad mayor. Por todo ello, es necesario conocer los métodos actuales para emitir un diagnóstico temprano y fiable que permita poner en marcha tratamientos eficaces que ayuden al clínico a evitar las complicaciones, tanto nutricionales como respiratorias (Velasco, Arreola, Clavé y Puiggrós, 2007; Almirall, Cabré y Clavé, 2007).

Sabemos que este tipo de paciente susceptible de presentar disfagia es muy habitual en servicios como la HaD o la UCI, siendo la finalidad de este artículo mostrar la importancia del establecimiento de protocolos de actuación específicos para cada unidad y describir cómo se están llevando a cabo en dos hospitales de la Comunidad Valenciana. Por supuesto, siempre teniendo en cuenta que sólo pueden ser posibles gracias al trabajo de un equipo multidisciplinario de profesionales, sin el cual su consecución sería inviable.

Hospitalización a Domicilio y disfagia orofaríngea

Los cambios sociodemográficos de las últimas décadas, consistentes en el envejecimiento de la población, la mejora en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, el gran desarrollo tecnológico de las ciencias de la salud, el aumento del nivel socioeconómico y cultural de los pacientes, y, en general, la creciente búsqueda de un mayor bienestar social, se ha traducido en un incremento de la demanda asistencial que en ocasiones ha llevado a la saturación espacial y presupuestaria de nuestros hospitales tradicionales. Es en este contexto cuando los sistemas sanitarios de salud buscan diferentes alternativas médicas a la hospitalización convencional para proporcionar un mayor bienestar al paciente y asegurar una utilización más eficiente de los recursos sanitarios disponibles manteniendo la calidad asistencial (Escarabill, 2002; Ruipérez, 2000).

Una de estas alternativas es la HaD, definida como un conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio, de una complejidad, intensidad y duración comparables a los que recibiría ese mismo paciente en el hospital convencional. Pretende mejorar el bienestar del paciente al encontrarse en su medio natural, con su familia, repercutiendo psicológicamente en su mejor restableci-

miento y cuidado, y por tanto que el propio domicilio actúe como principio terapéutico para evitar factores de riesgo intrínsecos a todo ingreso hospitalario (González, Valdivieso y Ruiz, 2002). Es importante recalcar que la actuación también va dirigida al cuidador, con el objetivo de atender a su salud y proporcionarle la capacitación y el apoyo adecuados para que puedan colaborar de forma eficaz en la atención del paciente. Definido así el concepto de HaD, es evidente que la logopedia, al igual que otras disciplinas, no puede mantenerse ajena a esta tendencia de llevar su actuación al *mejor lugar terapéutico* para el paciente, su hogar.

Los colectivos beneficiarios de este tipo de hospitalización lo conforman principalmente ancianos frágiles o pacientes con perfil geriátrico, los pacientes crónicos avanzados, pacientes en fase terminal y posthospitalizados cuyas necesidades, en su mayor parte complejas y permanentes, se caracterizan por: una fuerte carga de enfermedad (cronicidad, pluripatología, polimedicación, etc.), dependencia moderada o grave, alto grado de invalidez, limitaciones graves de movilidad, situaciones de larga duración, situaciones crónicas a menudo incurables y de evolución imprevisible por los frecuentes cambios de estado, tanto del paciente, como del cuidador o el entorno. Por este motivo, como objetivo prioritario se plantea aumentar el conocimiento sobre el tratamiento de la enfermedad, prevenir complicaciones, retrasar el deterioro funcional y mejorar la calidad de vida o garantizar una muerte digna (Gallud, Guirao, Ruiz y Muñoz, 2004).

Sin embargo, a pesar de que este tipo de paciente, susceptible de presentar alteraciones en la deglución, es visto a diario en HaD, es difícil encontrar estudios de prevalencia de disfagia en este tipo de unidades. Ruiz, Valdivieso, Soriano, Rosales, Torrego, Doménech et al (2007) encuentran una prevalencia de disfagia del 31,8% en ancianos ingresados en una HaD, pero señalan que esta prevalencia podría ser mayor, dado que el test utilizado ofrecía una baja sensibilidad para detectar aspiraciones silentes. Otros estudios recientes en España, como el de Silveira, Domingo, Montero, Osuna, Álvarez y Serra-Rexach (2011), muestran una prevalencia del 53,3% en ancianos ingresados en una unidad de subagudos. Ferrero, Castellano y Navarro (2009) encuentran una prevalencia del 15% en pacientes ingresados en un hospital de media y larga estancia, aunque matizan, por diversos motivos, que la prevalencia real debe ser mayor. Por último, Serra-Prat, Hinojosa, López, Juan, Fabrè, Voss et al (2011) señalan que un 27,2% de los ancianos incluidos en el estudio, todos ellos mayores de 70 años y que viven de forma independiente en la comunidad, presentaban algún signo de disfagia orofaríngea.

Esta escasez de estudios, junto con la ausencia de protocolos que establezcan el procedimiento a seguir en cuanto a la detección, la evaluación, el diagnóstico y la posterior intervención de la disfagia, constituyen una de las causas principales que favorecen el que este síntoma quede claramente infradiagnosticado en la práctica clínica y, como consecuencia, las complicaciones que de él se derivan, tanto respiratorias como nutricionales, quedan desatendidas, con lo que aumenta el riesgo de estos pacientes a presentar aspiraciones, neumonías, deshidratación y desnutrición, con el deterioro de una situación médica, ya de por sí crítica, que en última estancia podría provocar la muerte (Garmendia, Gómez y Ferrero, 2007).

Programa de detección y actuación en disfagia orofaríngea en la Unidad de HaD del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón

Justificación

La Unidad de HaD del Consorcio Hospitalario Provincial de Castellón atiende a pacientes con elevada comorbilidad que, a menudo, presentan alteraciones en la deglución, como síntoma asociado. El diagnóstico temprano y la inmediata toma de decisiones referente al tipo y a la forma de alimentación es la única herramienta posible para evitar y prevenir las complicaciones derivadas de la disfagia, que muy frecuentemente suele pasar desapercibida ante la gravedad de la situación clínica de estos pacientes.

Objetivos

- Disminuir la morbimortalidad por complicaciones debidas a la disfagia de todo paciente que presente un episodio asistencial en la unidad de HaD, con la mejora de la detección de casos y la aplicación de las estrategias de intervención adecuadas para reducir al mínimo las complicaciones tanto respiratorias (aspiraciones y neumonías), como de pérdida de peso, desnutrición y deshidratación que de ella se derivan.
- Favorecer el trabajo multidisciplinario.
- Mejorar la formación en la atención a la disfagia de los profesionales de HaD haciéndolo extensivo a los equipos de atención primaria.
- Mejorar el conocimiento previo de los familiares y los cuidadores en las normas básicas de alimentación y el manejo del paciente disfágico, ofreciendo la información necesaria y motivando su colaboración.

Metodología

El diagnóstico y el tratamiento de la disfagia orofaríngea, tal como señalan Clavé, Terré, Kraa y Serra (2004), requiere un abordaje multidisciplinario, incluidos conocimientos de diferentes dominios profesionales: medicina, enfermería, logopedia, dietética, higiene oral, etc. Así, las tareas a desempeñar por este equipo serán:

- La identificación de los pacientes con disfagia en el seno de la HaD.
- El diagnóstico de cualquier etiología médica o quirúrgica de disfagia.
- Caracterización de las alteraciones biomecánicas orofaríngeas responsables de la disfagia en cada paciente.
- El diseño de un conjunto de estrategias de rehabilitación destinadas a proporcionar una deglución segura y eficaz al paciente, o proporcionar una vía alternativa a la alimentación e hidratación oral en caso necesario.

Protocolo de actuación

Con el objetivo de detectar las posibles alteraciones de la deglución, a todo paciente que presente un proceso asistencial en la Unidad de HaD, se le realizará, además de su atención por el motivo de ingreso, un pequeño *cuestionario de riesgo de disfagia* a modo de cribado. El personal médico

y de enfermería será el que en primera instancia realice esta tarea con el fin de detectar qué pacientes necesitan una valoración más completa de la deglución (fig. 1).

Los pacientes cuyo cuestionario de riesgo de disfagia sea positivo y estén en situación médica adecuada para ser valorados, recibirán la visita del logopeda en su domicilio para realizar la *exploración clínica de la deglución*, que constará de los apartados siguientes:

- Anamnesis mediante la recogida de datos de la historia clínica: diagnóstico de ingreso, estado respiratorio, valoración nutricional, tipo de alimentación e hidratación actual, estado cognitivo, funcionalidad, higiene oral y cualquier otra alteración que pudiera ser relevante.
- Valoración anatómico-funcional de las estructuras implicadas en la deglución.
- Exploración de la alimentación: de la deglución con el método de exploración clínica volumen-viscosidad o

MECV-V (Clavé y Arreola, 2006; Clavé, Arreola, Romea, Medina, Palomera, y Serra-Prat, 2008), de la masticación y de la forma de administrar el alimento.

En esta misma primera visita del logopeda al domicilio, y después de la evaluación logopédica, se llevará a cabo la intervención ante la disfagia mediante la aplicación de estrategias compensatorias (Bascuñana y Gálvez, 2003), como son la modificación del tipo de dieta (normal, fácil masticación, triturada), de la viscosidad (con la utilización de espesantes) y del volumen de los líquidos, la aplicación de cambios posturales, técnicas de incremento sensorial y la explicación a los familiares y/o los cuidadores de las pautas correctas de administración del alimento (que se darán por escrito para facilitar su revisión) y de higiene oral tras las comidas. De esta forma, en una sola sesión conseguiremos una deglución segura y eficaz. En los casos en que las características del paciente lo permitan, también podremos aplicar

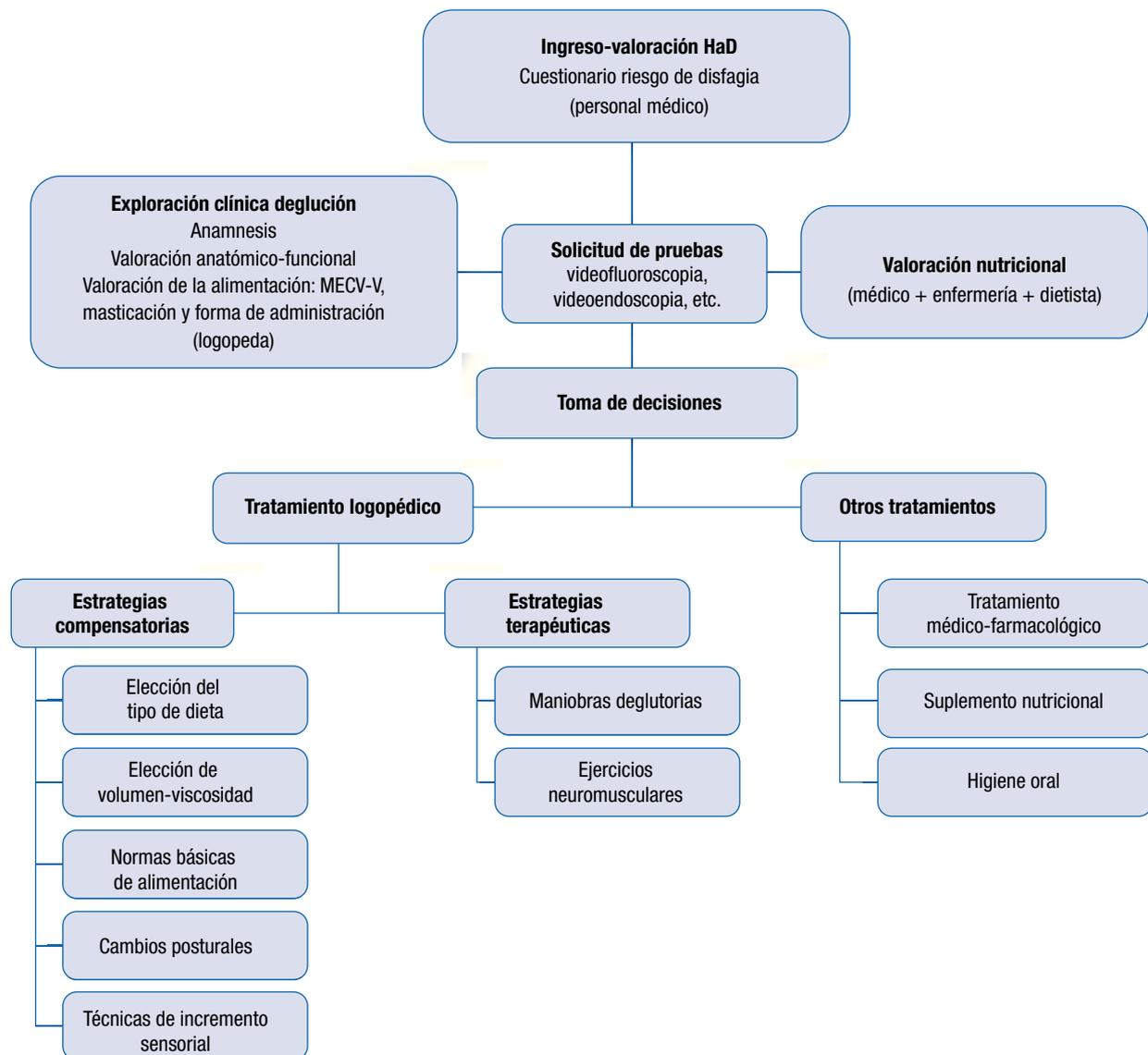


Figura 1. Algoritmo diagnóstico y terapéutico para los pacientes con disfagia orofaríngea ingresados en la HaD. MECV-V: método de exploración clínica volumen-viscosidad.

estrategias terapéuticas de intervención, como utilizar maniobras deglutorias o ejercicios neuromusculares.

A partir de este momento, la experiencia nos ha ido indicando la importancia del seguimiento de cada caso para la comprensión correcta y, por tanto, del manejo correcto de la situación en el domicilio por parte del cuidador. Así, el logopeda visitará siempre una segunda vez a cada paciente la semana siguiente a la exploración de la deglución, bien para realizar una revisión, bien para modificar algún aspecto del tratamiento. Se dejará abierta la posibilidad de más visitas, si fueran necesarias. Entre una visita y otra el personal de enfermería será quien atienda las dudas y refuerce las pautas que se le han marcado al cuidador, ya que la atención logopédica se realiza un día a la semana. El seguimiento telefónico es otro de los recursos que se utilizarán durante este período.

La supervisión, la prescripción de tratamientos y otras orientaciones terapéuticas serán siempre dependientes del facultativo de la unidad de HaD, con el asesoramiento del logopeda, la dietista o cualquier otro profesional implicado. Este es el caso, por ejemplo, de la solicitud de pruebas instrumentales complementarias (videoendoscopia de la deglución, videofluoroscopia), la elección de una vía alternativa a la oral para la alimentación o la hidratación (sonda nasogástrica, sonda de gastrostomía, hipodermoclisis, etc.) o la indicación de suplementación nutricional.

Por último, es importante resaltar que, cuando nos desplazamos al domicilio del paciente, podemos observar y conocer muchos más datos sobre cómo se alimenta y cómo está organizado su entorno. Esta información es básica para decidir cuál va a ser el tratamiento más adecuado y más adaptado a sus necesidades y posibilidades. El contacto directo en su propio entorno y sin límite de tiempo facilita la comprensión del tratamiento por parte de familiares y cuidadores (que son los encargados de la alimentación del paciente) y, por tanto, mejora la motivación y la adhesión al tratamiento. No debemos olvidar que en muchos casos el familiar a cargo también es anciano y que muchos cuidadores son extranjeros y no se desenvuelven bien en castellano. Por tanto, el éxito del tratamiento dependerá en gran parte de la correcta asimilación y la aplicación posterior de las indicaciones que les demos.

Unidad de Cuidados Intensivos y disfagia orofaríngea

La UCI se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinaria en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico, junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieren soporte por fallo multiorgánico. La UCI también puede atender a pacientes que requieren un nivel de cuidados menor (Palanca, Esteban y Elola, 2010). De esta manera, al igual que el resto de los servicios sanitarios asistenciales, los cuidados intensivos han ido evolucionando a lo largo del tiempo a partir de la evidencia de que los pa-

cientes con enfermedad o daño agudo que pone en peligro la vida pueden ser mejor tratados si se agrupan en áreas específicas del hospital (Palanca, Esteban y Elola, 2010). Así, en España, en 2005 la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado identificaba 4.975 camas de medicina intensiva en hospitales de agudos, lo que representa el 4,3% de las camas en funcionamiento en ese tipo de hospitales (Terol-García y Palanca-Sánchez, 2009).

Sin embargo, el desarrollo tecnológico en sanidad y la mejora en el diagnóstico y el tratamiento de muchas afecciones que hasta hace bien poco eran incurables, ha ido aparejado —como no podía ser de otra manera— de la aparición de una serie de patologías y consecuencias subsidiarias a estos procesos terapéuticos antes desconocidas. Entre estos síntomas se encuentra la disfagia orofaríngea. El caso es que en la UCI se dan muchos factores que concommitan habitualmente con este síntoma; además de los pacientes críticos que requieren soporte respiratorio y de los complejos que requieren soporte por fallo multiorgánico, que ya se han mencionado, encontramos también a pacientes posquirúrgicos, con intubaciones intratraqueales, traqueostomizados, sedados o relajados, nutricionalmente sondados, en muchas ocasiones polineuropáticos, con posturas mantenidas durante un tiempo excesivo, etc., en que la probabilidad de cursar disfagia aumenta de forma significativa.

En este contexto es donde la presencia del logopeda en la UCI no sólo está plenamente justificada, sino que además es muy necesaria. De hecho, es muy frecuente que los pacientes ingresados en la UCI experimenten dificultades en la comunicación y/o deglución, ya sea como resultado de su enfermedad o como resultado de los tratamientos que reciben. Estas dificultades pueden ser tanto a corto, como a largo plazo, y requieren la intervención oportuna y adecuada con el fin de mejorar la experiencia del paciente y acelerar su recuperación/rehabilitación (Batty, 2009). Lógicamente, Batty se refiere al logopeda. Además, asevera que la nutrición no oral, por lo general, no satisface las necesidades tanto psicológicas como físicas, ni los beneficios de la ingesta por vía oral. A su vez, explica que a los pacientes considerados “de riesgo” de presentar problemas deglutorios debe evaluarlos un profesional debidamente capacitado, como por ejemplo un logopeda entrenado en disfagia. Añade que una cánula con neumotaponamiento no previene la aspiración y que el uso de colorante azul en las pruebas deglutorias tiene una tasa elevada de falsos negativos. Por último, considera que la decisión de iniciar la ingesta oral debe hacerse en equipo, y está convencida de que la entrada en la UCI del logopeda favoreciendo el trabajo multidisciplinario puede tener efectos muy positivos para el paciente.

Otros autores van mucho más lejos y destacan que la evaluación de la deglución en UCI debe convertirse en algo sistemático. Los pacientes que requieren intubación transaríngea prolongada están en riesgo de desarrollar disfunciones de la deglución que pueden predisponer a la aspiración y al desarrollo posterior de la neumonía nosocomial. La neumonía nosocomial es una de las principales causas de infección en la UCI y se asocia con un aumento de la morbilidad y la mortalidad y altos costes de la atención (Romero, Marambio, Larrondo, Walker, Lira, Tobar et al, 2010).

No obstante, y a pesar de la gravedad de las consecuencias de este síntoma, tanto en el pronóstico evolutivo de la enfermedad de base, como también de los costes económicos

asociados, hay pocos estudios epidemiológicos serios sobre la incidencia y la prevalencia de la disfagia orofaríngea en la UCI. Sin embargo, se conoce que una gran variedad de cuadros clínicos provenientes de estructuras diversas en el recorrido del bolo, desde la boca hacia el estómago, pueden ocasionarla (Velasco, Arreola, Clavé y Puiggrós, 2007; Almirall, Cabré y Clavé, 2007).

Así, los escasos estudios publicados ponen de manifiesto esta alta incidencia que, por otra parte, es de sobra conocida a nivel empírico. De esta manera, de nuevo Romero et al (2010), en un estudio muy riguroso, señalan que casi el 40% de pacientes críticos no neurológicos que requirieron traqueostomía percutánea para ventilación mecánica prolongada presentaron disfagia y experimentaron un retraso significativo en su proceso de decanulación de la traqueostomía (destete), a pesar de un programa de rehabilitación aplicado que se aplicó a posteriori de la traqueostomía.

Otros autores aportan los efectos que la traqueostomía produce en la deglución: reducción de la presión de aire subglótico causando a su vez una reducción del cierre glótico, desensibilización de la laringe, descoordinación entre respiración y deglución, así como reducción de la elevación laríngea como resultado de la fijación del complejo hiolaríngeo. Es obvio, pues, que todos estos efectos multiplican considerablemente las posibilidades de presentar disfagia orofaríngea, convirtiéndose la traqueostomía en un factor clave en este problema. Además, los mismos autores explican las consecuencias de una intubación orotraqueal prolongada: a más de 4 días, edema laríngeo y ulceraciones de la mucosa de las cuerdas vocales en el 94% de los casos; de hecho, ya a las 48 horas se encuentran alteraciones tanto laríngeas como deglutorias en más del 50% de los casos (Baumgartner, Bewyer y Bruner, 2008). De nuevo, los mismos autores nos alertan de que, en contra de la creencia común, una cánula de traqueostomía con neumotaponamiento (con balón inflado) no impide la aspiración de alimentos y líquidos; por contra, la fricción causada por la deglución con una cánula de traqueostomía con balón inflado puede contribuir al desarrollo de una fístula traqueoesofágica. Por lo tanto, existen, lo ideal es desinflar de modo parcial o completo el balón durante la evaluación de la función deglutoria y también después para comer y beber.

Por último, si tenemos en cuenta que un individuo produce 1,5 litros de saliva al día, tanto despierto como dormido, realizando una media de 600 degluciones voluntarias y unas 1.000 involuntarias que movilizan 2-3 litros de líquido diarios, podemos hacernos una idea del riesgo que supone una disfagia orofaríngea a líquidos con aspiraciones silentes, inadvertidas, para el árbol bronquial de ese individuo (Kikawada, Iwamoto y Takasaki, 2005).

Programa de detección y actuación en disfagia orofaríngea en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de la Ribera, Alzira

Justificación

A pesar de los pocos estudios epidemiológicos sobre incidencia y prevalencia publicados, hay un amplio consenso empí-

rico sobre la elevadísima tasa de disfagia orofaríngea en la UCI, así como de las nefastas consecuencias que para los pacientes allí ingresados suele traer asociadas. Por ello, habiendo estudiado y siendo conocedores de las implicaciones que algunas de las actuaciones más habituales en la unidad tienen en la deglución, se plantea la necesidad de implantar un programa de detección y actuación en disfagia orofaríngea que mejore el abordaje y el tratamiento de este síntoma, y disminuya su incidencia, para así mejorar el pronóstico evolutivo del paciente y reducir complicaciones. Es importante considerar que la UCI es el servicio hospitalario donde mayor control se tiene sobre un paciente, 24 horas vigilado, lo que la convierte, quizás, en el mejor lugar dentro de un hospital para abordar de una manera íntegra y rigurosa el tratamiento de este trastorno.

Objetivo

- Concienciación de la importancia de este problema a todo el personal de la unidad.
- Entrenamiento en buenas prácticas y medidas higiénicas básicas y simples relacionadas con la deglución.
- Prevención de la disfagia orofaríngea.
- Detección temprana de la disfagia orofaríngea.
- Reducción de la incidencia de disfagia orofaríngea y las subsiguientes complicaciones asociadas, tanto respiratorias como nutricionales, en pacientes traqueostomizados de la UCI.

Metodología

- Observación empírica/subjetiva de la alta incidencia de la disfagia orofaríngea en la UCI.
- Estudio de la bibliografía científica relacionada y extracción de conclusiones.
- Estudio de posibilidades factibles a partir de la práctica basada en la evidencia y en función de las características específicas de la UCI del Hospital Universitario de la Ribera, así como de la disponibilidad de los recursos humanos existentes.
- Presentación al equipo multidisciplinario de la unidad de las conclusiones extraídas de ambos estudios mediante sesiones informativas.
- Realización de sesiones formativas al personal de la unidad en medidas higiénicas deglutorias básicas.
- Elaboración de un protocolo de actuación temprano con todos los pacientes traqueostomizados de la unidad, que sea sencillo de implementar, que implique y forme a todo el personal de la UCI, que sea aplicable a las pocas horas de realizar una traqueostomía al paciente, con independencia de su grado de consciencia o colaboración, que reparta claramente las funciones, actuaciones y responsabilidades a cada grupo de profesionales de la unidad y que incluya formación a los familiares para que sepan cómo deben actuar cuando se enfrenten “solos” (en planta) a la tarea de ayudar en la alimentación del paciente/familiar, cuando habiendo éste mejorado su estado basal sea alta en la unidad y pase a sala.
- Elaboración de un algoritmo de toma de decisiones que gobierne el protocolo de actuación de una manera sencilla y viable para todos, teniendo en cuenta los recursos humanos de la unidad, así como el tiempo real disponible.

- Elaboración de fichas deglutorias donde se registrarán los signos más importantes de seguridad en la deglución pre-toma, peritoma y postoma, durante un tiempo específico, y que servirán de control y/o detección de posibles problemas en la vía oral.

Protocolo de actuación

Se elabora un protocolo de actuación que tiene como base las conclusiones del estudio de la bibliografía relacionada publicada y la práctica basada en la evidencia, y como característica principal la actuación temprana, iniciando el trabajo rehabilitador 48 horas postraqueostomía con la finalidad de atender a todos los objetivos anteriormente descritos, de forma que no sólo se consiga detectar y tratar de forma adecuada la disfagia orofaríngea —para así reducir su incidencia y sus problemas asociados—, sino que también intente prevenirla en la medida de lo posible.

Por ello, se diseñan una serie de ejercicios específicos de rehabilitación neuromuscular, relacionados con las estructuras de la deglución que se pretenden mejorar, y que a su vez se agrupan en actividades de tipo pasivo o activo, según el grado de colaboración por parte del paciente a partir de su situación vital. De este modo, se consigue que, aunque el paciente esté sedado o relajado, se pueda empezar a implementar el protocolo, lo cual permite ganar mucho tiempo de cara a prevenir futuros problemas, como por ejemplo la hipotonía muscular o las posturas mantenidas. A continuación, se enumeran las actividades diseñadas.

Actividades de rehabilitación/estimulación pasiva AREP (el paciente no colabora en su ejecución)

- Masaje-estiramiento de la base de la lengua. Se persigue mejorar el sello glosopalatino anterior y la propulsión del bolo. Fase oral/voluntaria de la deglución.
- Masaje-estiramiento de los esternocleidomastoideos. Se pretende mejorar el tono y la movilidad de este músculo que, probablemente más adelante, sea necesario para colocar la cabeza en una determinada posición en función de la medida de seguridad deglutoria elegida.
- Manipulación tiroidea. Se intenta evitar retracciones, cicatrices, queloides, etc., subsidiarias al traqueostoma realizado, que fijen el complejo hiolaríngeo e impidan su correcto ascenso y anteriorización durante la deglución. Fase faríngea/automática de la deglución.
- Movilización de la musculatura cervical anterior y posterior. Se busca una buena postura cervical del paciente, así como mantener la musculatura tónica ante futuras posturas de seguridad, técnicas deglutorias, etc. Fase faríngea/automática de la deglución.
- Estimulo del reflejo nauseoso. Se persigue mantener en buen estado la musculatura faringo-laríngea relacionada, el sello velofaríngeo y la musculatura glosopiglótica. Fase faríngea/automática de la deglución.

Actividades de rehabilitación/estimulación activa AREA (el paciente colabora en su ejecución)

- Punta de lengua contra alvéolos palatinos. Se pretende aumentar el tono del ápex lingual y, en general, de la musculatura lingual para mejorar el sellado glosopalatino anterior, la propulsión del bolo y, en general, el manejo del mismo dentro de la boca. Fase oral/voluntaria de la deglución.

- Sellado glosopalatino anterior y posterior (chasquido/“ka”). Se persigue el mismo objetivo que en la actividad anterior, y además adecuar el sello glosopalatino posterior o cierre linguovelar para mantener el bolo en la boca, mientras se manipula evitando penetraciones/aspiraciones predeglutorias. Fase oral/voluntaria de la deglución.
- Isométricos cervicales. Se quiere mejorar el tono de la musculatura cervical general para conseguir una posición correcta de la cabeza en futuras posturas/técnicas de seguridad.
- Emisión de /ik/ - /ak/ en monocorde y en *glissando crescendo o decrescendo*. Se pretende mejorar el tono de la musculatura cricoaritenoides lateral y tiroaritenoides (aducción cordal y acortamiento de los ligamentos vocales) con el fin de mejorar la protección de la vía aérea durante la deglución. Fase faríngea/automática de la deglución.
- Estimulación sensitiva intraoral. Se pretende mejorar la información sensitiva de manera que mejore el disparo (reflejo) deglutorio. Fase faríngea/automática de la deglución.

Lógicamente, estas actividades rehabilitadoras descritas —que el/la fisioterapeuta y/o el/la logopeda llevarán a cabo en función de su disponibilidad— se enmarcan dentro de un protocolo de actuación mucho más amplio que incluye un algoritmo de toma de decisiones que lo gobierna, como se puede observar en la figura 2.

Este protocolo de actuación, que implica a todo el personal de la unidad, reparte minuciosamente las tareas a cada grupo de profesionales. De esta manera, cuando el médico intensivista practica una traqueostomía —o es conocedor de la práctica de ésta por parte de algún compañero a algún paciente ingresado— informa a la fisioterapeuta de la unidad para que, transcurridas 48 horas, inicie la rehabilitación/estimulación neuromuscular con AREP-AREA. A su vez, ésta, si considera una adecuada progresión del paciente a nivel funcional, informará de nuevo al intensivista para que se curse interconsulta al logopeda, el cual, por su parte, cuando el paciente esté en un modo respiratorio espontáneo o casi espontáneo y porte una cánula fenestrada (que permite el flujo del aire a través de la glotis, y por tanto la voz), realizará un estudio completo de la deglución que incluya: anamnesis (mediante historia clínica y conversación con su médico, diagnóstico de ingreso, estado cognitivo, etc.), valoración anatómica-funcional y exploración de la alimentación mediante el MECV-V (Clavé y Arreola, 2006). Tras ello, y según los resultados obtenidos, se tomará una decisión sobre la seguridad o no de la vía oral, de modo que si no es segura, el paciente continuará con las actividades AREP-AREA a cargo de la fisioterapeuta hasta nuevo estudio; si se tienen dudas sobre la seguridad, se solicitará alguna prueba complementaria adicional (habitualmente una fibroendoscopia deglutoria, dada su buena portabilidad) que ayude a tomar una decisión, y si se considera segura (viable), se pautará dieta especificando viscosidad, volumen, normas de seguridad, postura, técnica deglutoria, actividades neuromusculares específicas de rehabilitación, etc., que la fisioterapeuta o el propio logopeda ejecutarán en función de disponibilidad. Así, si no se producen incidencias en las 48 horas siguientes con vía oral, la auxiliar iniciará la entrega de dieta triturada tipo (consistencia miel, volumen

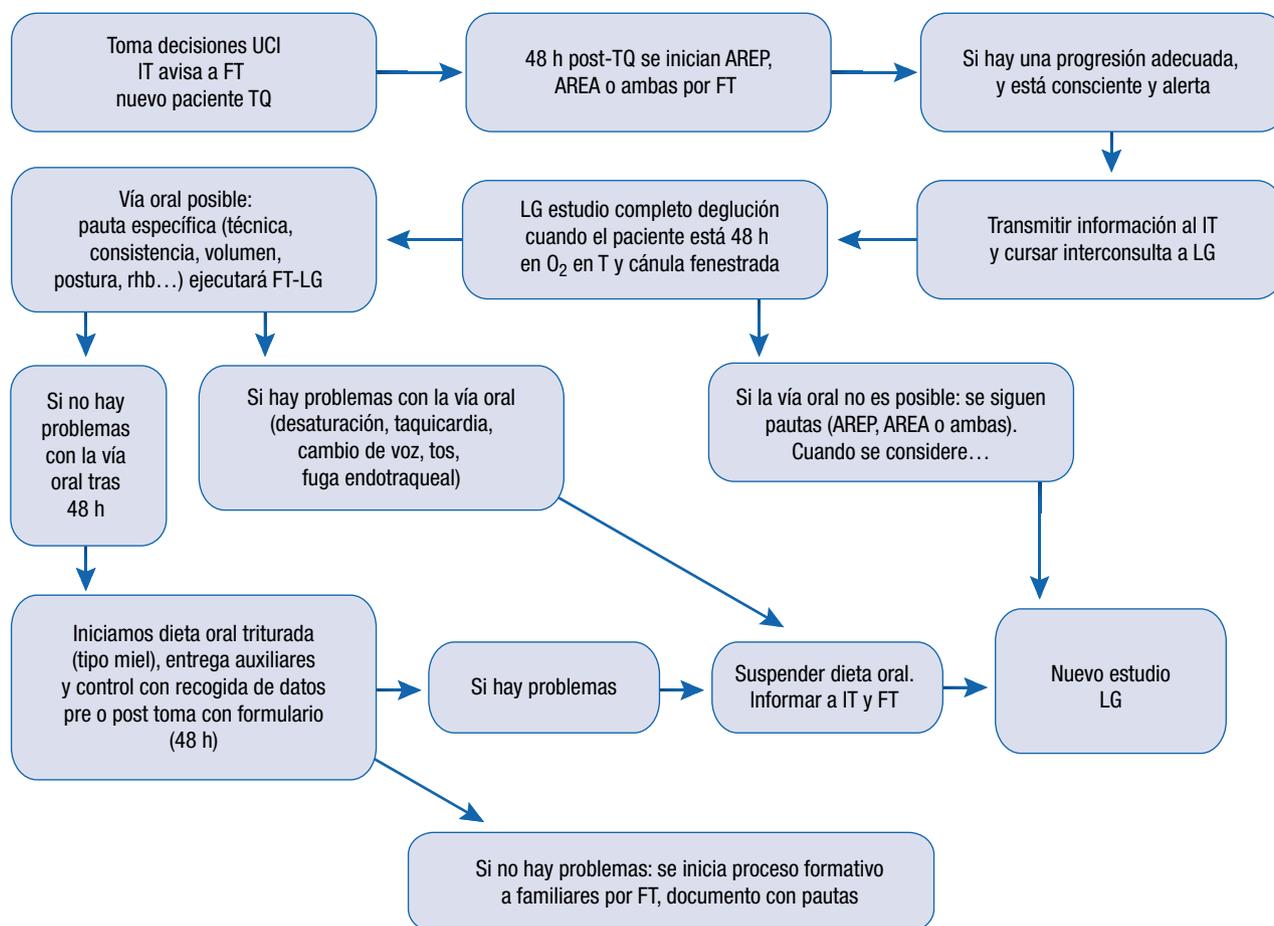


Figura 2. Algoritmo de abordaje y toma de decisiones para los pacientes traqueostomizados (TQ) ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI). FT: fisioterapeuta; IT: intensivista; LG: logopedia; O₂: oxígeno; AREP: actividades de rehabilitación y estimulación pasiva (el paciente no colabora en su ejecución); AREA: actividades de rehabilitación y estimulación activa (el paciente colabora en su ejecución).

a 7 ml, medidas de seguridad estándares que se sumarán a las específicas dadas por logopedia) con un recogida exhaustiva de datos predeglución, perideglución y posdeglución en un formulario diseñado expresamente, en el que se registrarán los signos más importantes de seguridad deglutoria, como los cambios de saturación de oxígeno en sangre, la frecuencia cardíaca, la calidad vocal, la tos o las fugas por el estoma. La auxiliar conoce y tiene instrucciones claras de detener la alimentación cuando observe un signo positivo a problemas de seguridad, e informará al intensivista, quien tomará una decisión hasta nuevo estudio. Por último, y si todo el proceso transcurre sin incidencias, se iniciará el proceso formativo a la familia del paciente (que más adelante tendrá que hacerse cargo de este proceso en sala), y que se acometerá tanto en los permisos de visita dentro de la UCI, como fuera de ella, y que se afianzará con pautas sencillas por escrito. Por supuesto, la detección de problemas de seguridad deglutoria en cualquier parte del proceso del protocolo conllevará un nuevo estudio deglutorio a cargo del servicio de logopedia con las conclusiones que de éste se deriven. El servicio de enfermería supervisará en todo momento el proceso y estará pendiente de que se vayan dando

los pasos adecuados con el paciente que tenga asignado y a partir del protocolo establecido.

Después de la instauración del protocolo de actuación, hemos podido constatar una disminución significativa de la disfagia orofaríngea en la unidad. En resultados preliminares, pendientes de estadística y con una muestra de 22 pacientes heterogéneos (neurológicos y no neurológicos), tras aplicar el programa de prevención de la disfagia orofaríngea en pacientes traqueostomizados en la UCI, se obtuvo una tasa de entre el 10 y el 15% de DO en las primeras degluciones, frente a series publicadas en las que se habla de hasta un 40% en pacientes traqueostomizados no neurológicos (Romero, Marambio, Larrondo, Walker, Lira, Tobar, et al, 2010), entendiéndose que en los pacientes neurológicos esta tasa asciende todavía mucho más. Por supuesto, se debe aumentar la muestra y separar a pacientes neurológicos y no neurológicos para tener cifras más consistentes, pero empíricamente se empiezan a vislumbrar resultados muy positivos. Por tanto, consideramos que es factible reducir la incidencia de este síntoma en pacientes traqueostomizados en la UCI, y con ello detener las consecuencias que éste conlleva, tanto en términos de pronóstico evolutivo del

paciente, secuelas o calidad de vida, como también en términos económicos. Además, nuestro trabajo ha permitido concienciar al personal de la UCI de la relevancia del problema y se ha conseguido que todos se impliquen en la prevención y la detección temprana, así como en el manejo posterior de este síntoma en la unidad.

Conclusiones

En la actualidad, la logopedia todavía debe conquistar muchos ámbitos del sistema sanitario para llegar a adquirir el estatus profesional que le corresponde. Esto sólo se conseguirá poniendo en marcha proyectos pioneros como los que se describen en este artículo, que den a conocer nuestras funciones y demuestren la eficacia de nuestros tratamientos. La práctica basada en la evidencia, junto con la formación y la investigación, deben constituir los pilares de este desarrollo profesional que debe repercutir directamente en nuestros pacientes en una mayor calidad asistencial.

Ambos ejemplos de programas de actuación en disfagia orofaríngea (HaD y UCI) persiguen este objetivo y pretenden servir de estímulo para la futura aparición de nuevos proyectos relacionados con la logopedia en el mayor número de espacios y campos profesionales posible.

Bibliografía general

- Almirall, J., Cabré, M., Clavé, P. (2007). Neumonía aspirativa. *Medicina Clínica*, 129 (11), 424-432.
- Bascuñana, H., Gálvez, S. (2003). Tratamiento de la disfagia orofaríngea. *Rehabilitación*, 37 (1), 40-54.
- Batty, S. (2009). Communication, swallowing and feeding in the intensive care unit patient. *Nursing in Critical Care*, 14 (4), 175-179.
- Baumgartner, C.A., Bewyer, E., Bruner, D. (2008). Management of communication and swallowing in intensive care: the role of the speech pathologist. *Advanced Critical Care*, 19 (4), 433-43.
- Carballo, G., Mendoza, E., Fresneda, M.D., Muñoz, J. (2008). La práctica basada en la evidencia en la logopedia española: estudio descriptivo. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28 (3), 149-165.
- Clavé, P., Terré, M., De Kraa, M., Serra, M. (2004). Actitud a seguir ante una disfagia orofaríngea. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 2 (96), 119-131.
- Clavé, P., Arreola, V. (2006). *Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) para la detección de la disfagia orofaríngea*. Barcelona: Novartis Medical Nutrition.
- Clavé, P., Arreola, V., Romea, M., Medina, L., Palomera, E., Serra-Prat, M. (2008). Accuracy of the volumen-viscosity swallow test for clinical screening of orofaringeal dysphagia and aspiration. *Clinical Nutrition*, 27, 806-815.
- Cook, I., Karhila, P. (1999). AGA technical review on management of oropharyngeal dysphagia. *Gastroenterology*, 116 (2), 455-478.
- Deane, K.H.O., Whurr, R., Clarke, C.E., Playford, E.D., Ben-Shlomo, Y. (2005). Tratamientos no farmacológicos para la disfagia en la enfermedad de Parkinson (revisión Cochrane traducida). Oxford: Update Software Ltd. 2005.
- Escarrabill, J. (2002). La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Atención Primaria*, 30 (5), 304-309.
- Ferrero, M.I., Castellano, E., Navarro, R. (2009). Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga estancia. *Nutrición Hospitalaria*, 24 (5), 588-595.
- Gallud, J., Guirao, A., Ruiz, A., Muñoz, M. (2004). *Plan para la mejora de la atención domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007*. Valencia: Conselleria de Sanitat 2004.
- Garmendia, G., Gómez, C., Ferrero, M.I. (2007) *Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos*. Barcelona: Ed. Glosa.
- González, V.J., Valdivieso, B., Ruiz, V. (2002). Hospitalización a domicilio. *Medicina Clínica*, 118 (17), 659-664.
- Kikawada, M., Iwamoto, T., Takasaki, M. (2005). Aspiration and infection in the elderly: epidemiology, diagnosis and management. *Drugs Aging*, 22 (2), 115-130.
- Leder, S.B., Novella, S., Patwa, H. (2004). Use of fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES) in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Dysphagia*, 19 (3), 177-181.
- Mackay, L.E., Morgan, A.S. (1999). Swallowing disorders in severe brain injury: risk factors affecting return on oral intake. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80 (4), 365-371.
- Oliver-Castellanos, V., Cervera-Mérida, J.F. (2012). *Estudio cualitativo sobre los recursos logopédicos en hospitales públicos españoles durante 2011*. Póster presentado en XXVIII Congreso Internacional de la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología, Madrid, 2012.
- Palanca-Sánchez, I., Esteban-Torre, A., Elola-Somoza, J. (2010). *Unidad de cuidados intensivos: estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2010*. Madrid: Ministerio de sanidad y política social.
- Romero, C.M., Marambio, A., Larrondo, J., Walker, K., Lira, M.T., Tobar, E., Cornejo, R., Mauricio R. (2010). Swallowing dysfunction in nonneurologic critically ill patients who require percutaneous dilatational tracheostomy. *Chest*, 137 (6), 1278-1282.
- Ruipérez, I. (2000). Hospitalización a domicilio. *Revista Clínica Española*, 200, 299-300.
- Ruiz, V., Valdivieso, B., Soriano, E., Rosales, M.D., Torrego, A., Doménech, R., et al. (2007). Prevalencia de la disfagia en los ancianos ingresados en una unidad de hospitalización a domicilio. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 42 (1), 55-58.
- Serra-Prat, M., Hinojosa, G., López, D., Juan, M., Fabrè, E., Voss, D.S., et al. (2011). Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 186-187.
- Silveira, L.J., Domingo, V., Montero, N., Osuna, C.M., Álvarez, L., Serra-Rexach, J.A. (2011). Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia. *Nutrición Hospitalaria*, 26 (3), 501-510.
- Smithard, D.G., O'Neill, P.A., England, R.E., Park, C.L., Wyatt, R., Martin, D.F., et al. (1997). The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia*, 12 (4), 188-193.
- Terol-García, E., Palanca-Sánchez, I. (2009). Hospital de día: estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Velasco, M., Arreola, V., Clavé, P., Puiggrós, C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*, 1 (3), 174-202.