South American Publishing

SAP Community and Interculturality in Dialogue. 2023; 3:68
doi: 10.56294/cid202368

COMUNICACIÓN BREVE

Dysphagia a challenge for rehabilitation in Palliative Care patients: clinical and psychosocial perspectives

Disfagia un desafío para la rehabilitación en pacientes con Cuidados Paliativos: perspectivas clínicas y psicosociales

Carlos Oscar Lepez[1,2], Anibal Espinosa Aguilar[3], Michel Oria Saavedra[3]

[1]Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Carrera de Licenciatura en Enfermería, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
[2]Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Facultad de Ciencias de la Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
[3]Instituto Superior en Ciencias de la Salud "Juan Pablo II". Caacupé, Paraguay.

Cite as
Lepez CO, Aguilar AE, Saavedra MO. Dysphagia a challenge for rehabilitation in Palliative Care patients: clinical and psychosocial perspectives. SAP Community and Interculturality in Dialogue. 2023; 3:68. https://doi.org/10.56294/cid202368

Publication History
Submitted: 06-07-2023
Revised: 31-09-2023
Accepted: 19-11-2023
Published: 20-11-2023

Corresponding Author
Carlos Oscar Lepez

ABSTRACT

Comprehensive nursing care in situations of health vulnerability implies a complete analysis from clinical and psychosocial references. Dysphagia, difficulty in swallowing, is an important risk, caused by organic lesions or neuromuscular dysfunctions. Normal swallowing is divided into four phases, any of which can be affected and lead to dysphagia. Dysphagia is associated with diseases such as Parkinson's disease, esophageal cancer, and pulmonary disorders. Its prevalence is high in older patients, with 30 % in those over 65 years of age and up to 86 % in older adults hospitalized with pneumonia. Its early detection is crucial, as it can lead to comorbidities such as dehydration, malnutrition and aspiration pneumonia. Tolerance tests with foods of different textures and liquids of various viscosities are used to assess dysphagia. Results may indicate impaired chewing, oral storage of food, reduced laryngeal elevation, and more. In addition, instrumental tests such as videofluoroscopy and endoscopic examination are used to detect aspiration and other abnormalities. The goal of comprehensive diagnosis is to find solutions and early oral rehabilitation, adopt appropriate therapeutic measures, improve posture and ergonomics, strengthen the oropharyngeal musculature and prevent associated risks. Quality of life in people with chronic dysphagia is addressed in the context of advanced chronic diseases or palliative care.

Keywords: Dysphagia; Nursing; Assessment; Treatment.

RESUMEN

El cuidado integral de enfermería en situaciones de vulneración de la salud implica un análisis completo desde referencias clínicas y psicosociales. La disfagia, dificultad para tragar, es un riesgo importante, causado por lesiones orgánicas o disfunciones neuromusculares. La deglución normal se divide en cuatro fases, cualquiera de las cuales puede verse afectada y provocar disfagia. La disfagia se asocia con enfermedades como Parkinson, cáncer de esófago, y trastornos pulmonares. Su prevalencia es alta en pacientes mayores, con un 30 % en mayores de 65 años y hasta un 86 % en adultos mayores hospitalizados con neumonía. Su detección temprana es crucial, ya que puede llevar a comorbilidades como deshidratación, desnutrición y neumonía por aspiración. Para evaluar la disfagia, se utilizan pruebas de tolerancia con alimentos de diferentes texturas y líquidos de diversas viscosidades. Los resultados pueden indicar alteraciones en la masticación, almacenamiento oral de alimentos, reducción en la elevación de la laringe, y más. Además, se emplean pruebas instrumentales como la videofluoroscopia y el examen endoscópico para detectar la aspiración y otras anomalías. El objetivo del diagnóstico exhaustivo es encontrar soluciones y rehabilitación oral temprana, adoptar medidas terapéuticas adecuadas, mejorar la postura y ergonomía, fortalecer la musculatura orofaríngea y prevenir riesgos asociados. La calidad de vida en personas con disfagia crónica se aborda en el contexto de enfermedades crónicas avanzadas o cuidados paliativos.

Palabras clave: Disfagia; Enfermería; Evaluación; Tratamiento.

© 2023; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUCCIÓN

El cuidado integral de enfermería a cada persona en situación de vulneración de la salud implica el análisis completo desde las referencias clínicas y psicosociales, pensando per se la naturaleza del hecho o evento de impacto sanitario en la calidad de vida.[1]

Entidades relacionadas a las necesidades básicas de orden fisiológico tal como el proceso de deglución en la instancia nutricional, de carácter mecánico y químico, constituyen riesgos asociados a cambios secundarios a causas directas e indirectas. En este sentido la disfagia se concibe como la sensación subjetiva de dificultad para la deglución, debido a una inadecuada progresión de la materia ingerida desde la faringe al estómago, puede expresarse concomitantemente con dolor focal. La disfagia es causada por un impedimento del transporte de líquidos y sólidos por lesiones orgánicas de la faringe, el esófago y órganos adyacentes o por mecanismos disfuncionales del sistema nervioso y muscular, que implica en consecuencia una exploración clínica exhaustiva, mediante los métodos diagnósticos actuales y aprobados por la norma regulatoria de insumos sanitarios.[2,3]

A los efectos de comprender los riesgos del fenómeno disfagia, se explicita a continuación referencias del mecanismo de la deglución normal, a saber:[4]

El inicio voluntario de la deglución requiere la unión de múltiples estímulos sensoriales originados en la orofaringe, los cuales se dirigen a la médula espinal y la corteza cerebral. La deglución normal se divide en cuatro grandes fases, cualquiera de ellas puede estar afectada y originar disfagia:

- La fase oral preparatoria está bajo control voluntario y su objetivo es la masticación y la formación del bolo.
- La fase oral propulsiva es también voluntaria y se caracteriza por la propulsión del bolo por acción de la lengua.
- La fase faríngea es involuntaria, y se inicia por la estimulación de mecanorreceptores faríngeos que envían información al sistema nervioso central y causan la activación del patrón motor deglutorio faríngeo (reflejo deglutorio) caracterizado por una secuencia fija y ordenada de acontecimientos motores que ocasionan el cierre de la nasofaringe (elevación del paladar blando) y de la vía respiratoria (elevación y desplazamiento anterior del hioides, descenso de la epiglotis y cierre de cuerdas vocales), apertura del esfínter esofágico superior y la contracción de los músculos constrictores faríngeos. La lengua es la principal responsable de la propulsión del bolo y la principal misión de los constrictores faríngeos es aclarar los residuos del bolo que quedan en la hipofaringe.
- La fase esofágica se inicia con la apertura del esfínter esofágico superior seguido de la peristalsis esofágica.

El reparo teórico mencionado se expresa en virtud de considerar en sentido profesional la importancia de evaluar y tratar la disfagia. Ya que puede provocar comorbilidades tal como riesgo de deshidratación, desnutrición, como factor de riesgo para infecciones respiratorias tal como neumonía por aspiración, que se asocia con un aumento de la mortalidad y la morbilidad.[5]

Una persona puede experimentar dificultad para deglutir en cualquier fase. Así la disfagia se puede clasificar como ***orofaríngea***, en la cual un paciente tiene dificultad para transferir alimentos y líquidos de la boca a la faringe y ***esofágicos***, en los cuales los alimentos o líquidos no pasan normalmente por el esófago.

Se asocia el evento de disfagia a diversas enfermedades y trastornos, tal como:[6]

- Trastornos neurodegenerativos, como enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, encefalopatía y demencia.
- Trastornos pulmonares, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica o dificultad respiratoria que conduce a intubación endotraqueal o traqueostomía
- La enfermedad por reflujo gastroesofágico. Acalasia.
- Esófago de Barret. Espasmo esofágico difuso. Hernia de hiato
- Cáncer de esófago, cabeza y cuello.
- Disgeusia y anorexia también con diferencias de la naturaleza clínica.

Representando la vía de identificación a través de la consulta precoz o en fase tardía como un secundarismo, que se experimenta como efecto en la instancia de institucionalización para los respectivos tratamientos colaterales.[7]

La prevalencia estimada de disfagia en entornos de cuidados agudos es del 30 % en pacientes mayores de 65 años y entre el 55 % y el 86 % en adultos mayores hospitalizados con neumonía.[8,9]

Es fundamental la evaluación integral de la deglución, en busca de antecedentes, familigrama, motivo de consulta, y los hallazgos de estudios complementarios, la capacidad de respuesta y dependencia de la persona, o bien la presencia de signos de alarma como disartria, disfonía, sialorrea como predictores de disfunción motora, que conducen al profesional a la confirmación del riesgo inminente de disfagia.[10]

Por esta razón, se emplean pruebas de tolerancia y respuestas esperadas del mecanismo oral de masticación y deglución, mediante alimentos sólidos de diferentes texturas y líquidos de diversas viscosidades. Los resultados pueden corresponderse con:[11]

- Alteración de la masticación.
- Almacenamiento oral de alimentos o líquidos.
- Reducción de la elevación de la laringe durante la deglución.
- Ingesta múltiple por bolo.
- Regurgitación en bolo o expectoración.
- Sensación de obstrucción alimenticia en orofaringe.
- Reflejos tusígenos o aspirativo.
- Cambio en la nitidez de la fonación.

https://doi.org/10.56294/cid202368

Asimismo en la práctica asistencial es minucioso el análisis de la disfagia a través de pruebas instrumentales, para detectar la presencia de aspiración. A causa de debilidad en la musculatura, tumor, divertículo y retraso en el reflejo de la deglución.[12]

Entre las cuales se reconocen estudio de la deglución con bario modificada con videofluoroscopia (MBS), que permite la visualización de las tres fases de la deglución, también la penetración en la laringe (contraste en el vestíbulo laríngeo), aspiración (contraste debajo de las cuerdas vocales) y retención de faringe en la pared.

Otro estudio de evaluación instrumental es el examen endoscópico con fibra óptica de la deglución (FEES), implica que el paciente ingiere los alimentos y el líquido se tiñe con colorante de contraste.[13]

También en la práctica clínica se emplea la medición por manometría faringoesofágica como recurso clave para el diagnóstico diferencial de los trastornos de apertura del esfínter esofágico superior que se observan durante la videofluoroscopia, y definir tratamiento selectivo.

El sentido teleológico de estas decisiones de exploración clínica exhaustiva se orienta a la búsqueda de soluciones y rehabilitación oral precoz, adopción de medidas estratégicas en términos de terapéutica dietaria y nutricional adecuadas y pertinentes para la situación, postura y ergonomía corporal conveniente, colaboración en el proceso de ingesta segura de sólidos y líquidos, ejercicios de la musculatura orofaríngea, evitar riesgos asociados, potenciar la independencia y prevenir afecciones de estructuras adyacentes.[14]

La Sociedad Americana del Cáncer, en el Modelo CAUTION tipifica a la disfagia entre los signos de alarma de cáncer, a saber:

C: cambios en los hábitos intestinales o vesicales
A: herida que no cicatriza
U: hemorragia o secreción inusual
T: tumoración o masa mamaria o de otra localización
I: indigestión o disfagia
O: cambio evidente de una verruga o lunar
N: tos persistente o roncus

La calidad de vida en una persona con eventos sucesivos y crónicos de disfagia deben ser considerados en el marco de los cuidados de enfermedades crónicas avanzadas o las que revisten atención paliativa, ya que esta entidad es reconocida en los algoritmos clínicos de valoración validados por organizaciones científicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Peris P, Velasco C, Frías Soriano L. Manejo de los pacientes con disfagia. Nutr Hosp. 2012 May;5(1):33-40.

2. Yanez KPT, Torres NAC. Percepción y nivel de conocimientos en estudiantes de enfermería sobre cuidados paliativos. Salud, Ciencia y Tecnología 2023;3:305-305. https://doi.org/10.56294/saludcyt2023305.

3. Florentin GNB. The human dimension in nursing. An approach according to Watson's Theory. Community and Interculturality in Dialogue 2023;3:68-68. https://doi.org/10.56294/cid202368.

4. Goes V, Mello-Carpes P, Oliveira de Oliveira L, Hack J, Magro M, Sartori Bonini J. Evaluación de riesgos de la disfagia, el estado nutricional y la ingesta calórica en pacientes ancianos con Alzheimer. Rev Latinoam Enferm. 2014 Mar-Apr;22(2):317-324.

5. Suárez-Escudero J, Rueda Vallejo Z, Orozco A. Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? Acta Neurol Colomb. 2018;34(1):92-100.

6. Estrella NLC, Pérez GPL. Atención de enfermería en pacientes oncológicos con cuidados paliativos. Salud, Ciencia y Tecnología 2023;3:488-488. https://doi.org/10.56294/saludcyt2023488.

7. Camarero González E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. Nutr Hosp. 2009 May;2(2):66-78.

8. Veitía G. Disfagia orofaríngea. Gen. 2019 Dec;63(4):302-307.

9. Ante JAC, Vacacela BPD. Cuidados paliativos y muerte de pacientes hospitalizados. Un aporte desde la perspectiva de Enfermería. Salud, Ciencia y Tecnología 2023;3:381-381. https://doi.org/10.56294/saludcyt2023381.

10. Cabré M, Serra-Prat M, Force L, Almirall J, Palomera E, Clavé P. La disfagia orofaríngea es un factor de riesgo para el reingreso por neumonía en personas muy ancianas: estudio observacional prospectivo. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2014;69(3):330-337.

11. Linares A, Manos JC, Tolaba IL. Illness and death: how we cope with the end of life of a family member as health professionals. Community and Interculturality in Dialogue 2023;3:80-80. https://doi.org/10.56294/cid202380.

12. Hines S, Kynoch K, Munday J. Las intervenciones de enfermería para identificar y manejar la disfagia aguda son efectivas para mejorar los resultados de los pacientes: una actualización sistemática de la revisión. J Neurosci Nurs. 2016;48(4):215-223.

13. Gomez ND, Limachi KA, Mendez GD, Ramirez AS, Saavedra AJ, Taboada ML. Understanding Departure: Diversity of Perspectives on Death in Societies and Religions. Community and Interculturality in Dialogue 2023;3:81-81. https://doi.org/10.56294/cid202381.

14. Cornwall P, Cowie B, Geraghty R. Examinando herramientas de detección de disfagia dirigidas por enfermeras en la población del hospital de medicina general. J Speech Lang Hear. 2017;20(1):29-37.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Carlos Oscar Lepez es miembro del Comité Editorial de Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitación Interdisciplinaria sin embargo no participó en el proceso editorial de este artículo.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Carlos Oscar Lepez.
Investigación: Carlos Oscar Lepez, Anibal Espinosa Aguilar, Michel Oria Saavedra.
Redacción – borrador original: Carlos Oscar Lepez.
Redacción – revisión y edición: Carlos Oscar Lepez, Anibal Espinosa Aguilar, Michel Oria Saavedra.