

PROTOCOLO VIDEOENDOSCOPIA DE LA DEGLUCIÓN:

En primer lugar valoraremos el estado nutricional que presenta el paciente, ver fig. 1, e iniciamos el protocolo con lo siguiente:

I Primera parte toma panorámica de laringo-faringe:

A. competencia velofaríngea:

Una vez el nasofibroscopio está en cavum, valoramos la movilidad del paladar si hay una buena ascensión y si contacta con pared posterior de la nasofaringe de forma simétrica llegando a un realizar un cierre adecuado de la nasofaringe. Pediremos al paciente que pronuncie de forma alterna sonidos orales y nasales como que diga *duh-nuh-duh-nuh*, veremos sobre todo la simetría y elevación del paladar durante estos sonidos. Para algunos autores es preferible tener el nasofibroscopio en una posición más elevada, introduciendo el endoscopio a través del meato medio.

Verificaremos que no se produce regurgitación de líquidos en fosas nasales cuando le administramos agua al paciente.

B. hipofaringe y laringe:

Realizaremos una toma panorámica de la laringofaringe, dejando el endoscopio justo a nivel de la úvula. Inspeccionaremos la simetría de la base de lengua, forma y posición de la epiglotis, y finalmente la configuración de la pared posterior de la hipofaringe (normalmente de forma cóncava). Valoraremos la simetría del espacio de la valécula y los senos piriformes. Para mejor apreciar los senos piriformes solicitaremos al paciente que sople con la boca cerrada.

Después cuando el paciente ya se halla cómodo con el endoscopio acercaremos la punta del endoscopio hacia el vestíbulo laríngeo, ver de cerca los aritenoides, bandas ventriculares, cuerdas vocales, comisura anterior y posterior, así como subglotis. Anotando signos de traumatismo por intubación, laringitis por reflujo, edema, eritema o asimetría de los mismos. Es muy importante valorar la movilidad de las cuerdas vocales, anotar en que posición se hallan y que movimientos son los que están limitados.

C. manejo de secreciones y frecuencia de degluciones:

Clasificación del manejo de las secreciones

0 normal

1 retención salivar por fuera del vestíbulo laríngeo durante toda la observación.

2 retención salivar de forma transitoria en vestíbulo laríngeo, con caída ocasional hacia el introito laríngeo, pero que el paciente puede aclarar.

3 retención salivar de forma manifiesta en vestíbulo laríngeo, constantemente y además el paciente no se defiende bien frente a ellas.

Se pedirá al paciente que degluta sin administrarle nada. Hay pacientes en que es imposible que deglutan tal vez por xerostomía o por sialorrea, debemos evaluar que condiciones son las que le ocasionan dificultades.

D. base de lengua y función faríngea.

Debemos observar la base de lengua su simetría, su movilidad, la presencia de hipertrofia de amígdala lingual. Sobre todo la movilidad la apreciaremos con palabras que finalicen en “l” como gol. Evaluaremos la fuerza de la lengua, manteniendo la lengua hacia fuera mientras el paciente intenta introducirla hacia adentro de la boca.

E. Evaluación de la laringe.

Apreciaremos la morfología de las cuerdas vocales, si se produce un cierre completo de las mismas, cómo es la fonación, la movilidad y anotaremos si se produjera una hipomotilidad de una cuerda y cómo es la posición en que se encuentran en abducción, en adducción o en paramediana. También es muy importante valorar si el paciente dispone de una tos efectiva.

F. Test sensitivo.

Si insuflamos aire en el repliegue aritenoepiglótico y la sensibilidad es adecuada (principalmente vehiculizada por el n. laríngeo superior) se producirá adducción de esa cuerda vocal. También se puede estimular con líquidos o de una manera muy subjetiva a través de tocar dicho repliegue.

II segunda parte deglución activa con diferentes consistencias.

A. Deglución con líquidos

Administraremos líquidos, principalmente agua teñida de azul de metileno para mejor visualización. Primero iniciaremos con volúmenes bajos de 5 ml. E iremos aumentando dicho volumen hasta 50 ml. O hasta que el paciente presente aspiración. Anotaremos si presenta retención de líquidos y si éstos discurren por un lado de la hipofaringe (sugiriendo hipo motilidad de dicha hipofaringe). Se debe iniciar con volúmenes pequeños porque son más fáciles de manejar y si no hay aspiración ir aumentando la dificultad con volúmenes mayores.

B. Deglución con sólidos

Administraremos sólidos con diferentes consistencias, primero néctar, después pudín y finalmente sólidos, a diferentes volúmenes. También anotaremos si hay retención y por donde discurren los sólidos.

III Finalmente rehabilitación individualizada

Para concluir el estudio se decidirá si la nutrición oral es efectiva y segura; o bien, es mejor la nutrición enteral. Si el paciente presenta aspiración veremos que maniobras facilitadoras de la deglución podemos realizar y si efectivamente no presenta aspiración. Se decidirá qué consistencias son las que evitan la aspiración; por ejemplo ante aspiración de líquidos se probará si con espesantes se evita. Se instruirá al

paciente hacia un programa de rehabilitación, con maniobras indirectas de la deglución individualizadas. Ver protocolo de actuación y cuadro de rehabilitación (fig.2 y 3)

**Fig. 1 VALORACIÓN SUBJETIVA GLOBAL DEL ESTADO NUTRICIONAL
(modificado de Detsky AS y cols. JPEN, 1987; 11:8-13)**

A. HISTORIA CLÍNICA

1. Peso corporal

pérdida en los últimos 6 meses:

total _____ porcentaje _____ %

variaciones en las últimas 2 semanas

aumento

sin cambio

disminuciones

2. Cambios en el aporte dietético

NO

SI duración _____ semanas. Tipo:

Dieta oral sólida insuficiente

Dieta oral líquida hipocalórica

Dieta oral líquida exclusivamente

Ayuno completo

3. Síntomas gastrointestinales de duración superior a 2 semanas.

Ninguno

Náuseas

Vómitos

Diarrea

Disfagia

Dolor abdominal

Anorexia

4. Capacidad funcional

completo

disfunción. Duración _____ semanas. Tipo:

trabajo limitado

ambulante

encamado

5. Enfermedad y su relación con los requerimientos nutricionales.

Demandas metabólicas

Diagnóstico primario

No estrés.

Estrés bajo.

Estrés moderado.

Estrés alto.

B. EXAMEN FÍSICO

(para cada opción especificar 0 normal; 1 leve; 2 moderado; 3 severo)
 pérdida de grasa subcutánea
 edemas maleolares
 ascitis
 pérdida de masa muscular
 edemas sacros

C. ESTIMACIÓN DE LA VSG

A bien nutrido.
 B moderadamente desnutrido.
 C severamente malnutrido.

$NRI = 1519 * (\text{alb. Gr./l}) + 0.417 * (\text{p.act/p.hab.}) * 100$
 Gravemente desnutrido NRI -83.5
 Moderadamente desnutrido NRI 83.5_97.5
 Bien nutrido NRI +97.5.

Fig. 2 Protocolos de actuación:

Si presenta aspiración diferenciaremos el siguiente algoritmo.

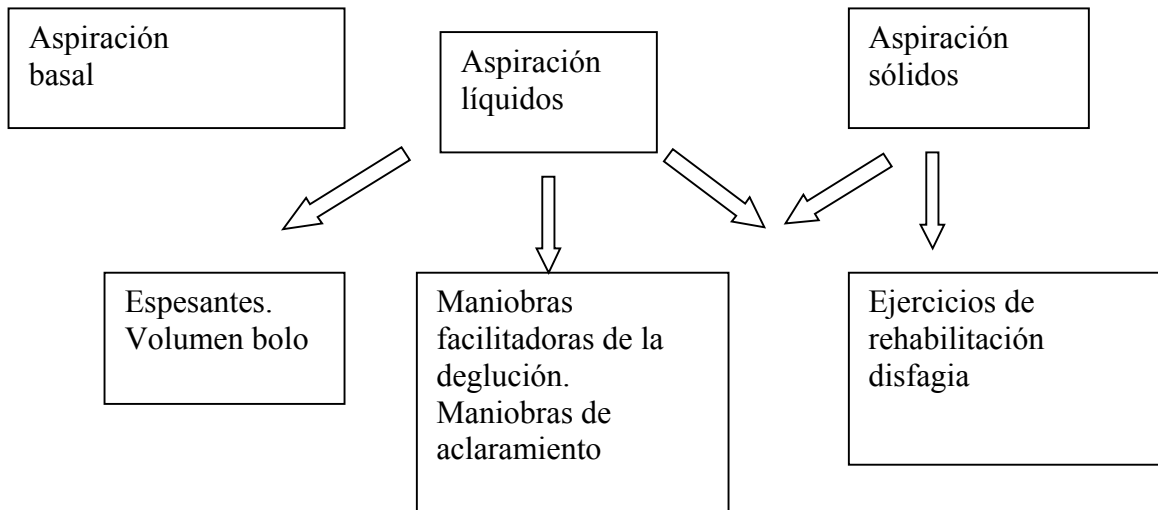


Fig. 3 Ejercicios de rehabilitación disfagia:

- ✓ **Ejercicios glóticos:**
 - Ejercicios de adducción glótica
- ✓ **Ejercicios labiales.**
- ✓ **Ejercicios de base lengua:**

- Apretar una bola contra el paladar y realizar movimientos a ambos lados y anteroposteriores.
 - Realizar movimientos de propulsión de lengua.
- ✓ **Ejercicios térmicos**

Maniobras de aclaración de la vía alimenticia:

- ✓ **Doble deglución.**
- ✓ **Deglución alterna.**
- ✓ **Deglución alterna térmica.**

Maniobras facilitadoras de deglución:

- ✓ **Maniobra de Mendelson.**
- ✓ **Deglución supraglótica.**
- ✓ **Deglución supersupraglótica.**
- ✓ **Maniobra mentón esternón.**
- ✓ **Maniobra de rotación hacia el lado afecto.**
- ✓ **Maniobra mentón-rotación cabeza.**
- ✓ **Maniobra de hiperextensión.**