



Karol Susana Velasco Vargas
Fonoaudióloga. MSc. en Desarrollo Humano y Educación.
Docente Universidad Santiago de Cali.
kasuveva@hotmail.com

Carolina Maldonado Navas
Fonoaudióloga. Dip. Terapia Miofuncional. Dip. Disfagia.
Docente Universidad Santiago de Cali.
maldo22@hotmail.com

Tatiana Medina
Fonoaudióloga. Dip. Disfagia.
Egresada Universidad Santiago de Cali.
tatimedina48@gmail.com

EVALUACIÓN FONOAUDIOLÓGICA DE LA DISFAGIA: ENCUENTROS Y DISONANCIAS

Assessment Phonoaudiological Dysphagia: Meetings and Disonancias

Fecha de recepción: 25 de abril de 2016 - Fecha de aprobación: 21 de julio de 2016

RESUMEN

El presente artículo surge del proceso de investigación titulado “Identificación de las pruebas objetivas y subjetivas utilizadas por fonoaudiólogos para la evaluación y diagnóstico de la disfagia”, realizado en Universidad Santiago de Cali. Se propone debatir sobre los encuentros y disonancias en torno a la evaluación fonoaudiológica de la disfagia para lo cual se realizó un estudio cuantitativo, observacional descriptivo transversal, con el uso de encuesta estructurada. La población de estudio correspondió a fonoaudiólogos que laboraban en el área de alimentación, específicamente en la disfagia, en la ciudad de Santiago de Cali (Colombia), entre enero de 2014 y junio de 2015. Los resultados obtenidos permiten visualizar cómo se encuentra la Fonoaudiología frente al hacer profesional en la evaluación de la disfagia, los modelos conceptuales que cimentan la praxis; pero también posibilitan llegar al análisis del quehacer Fonoaudiológico en relación a su experticia y formación. Los resultados que se presentan, desde los encuentros y las disonancias, abren el camino a repensar posiciones conceptuales y gremiales en pro de la visibilización de la profesión en el área de la salud.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de Deglución, Disfagia, Evaluación de Procesos y Resultados (atención de salud), Fonoaudiología.

ABSTRACT

This article arises from the research process called “Identification of the objective and subjective tests used by speech therapists for evaluation and diagnosis of dysphagia” held in Santiago de Cali University.

To answer the problem question a quantitative, descriptive observational cross-sectional study was conducted using structured survey. The study population corresponded to speech therapists who work in the food area, specifically in dysphagia, in the city of Santiago de Cali (Colombia) during second half, 2014 - first half, 2015.

The results allow to visualize how the Fonoaudiología is facing the professional make the evaluation of dysphagia, conceptual models that underpin the practice; but also enable analysis phonoaudiological reach actions related to their expertise and training. The results presented from encounters and dissonances, open the way to rethink conceptual and union positions towards the visibility of the profession in the world of health.

KEY WORDS

Deglution Disorders, Outcome and Process Assessment (Health Care), Speech, Language and Hearing Sciences.

INTRODUCCIÓN

La deglución es un proceso neuromuscular complejo, mediante el cual los alimentos procedentes de la boca pasan por la faringe y esófago al estómago (Logemann, 1994). Igualmente se asume la deglución como una acción motora automática, en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal, siendo su objetivo el transporte del bolo alimenticio hacia el esófago. Actividad que puede ser iniciada conscientemente, con duración de tres a ocho segundos, en donde participan unos 30 músculos y seis pares encefálicos (Marchesan, s.f.).

La deglución puede verse alterada como consecuencia de un compromiso neurológico, muscular, respiratorio o estructural anatómico. Cuando sucede un compromiso del proceso deglutorio se hace alusión a la disfagia, nomenclatura diagnóstica que corresponde a la alteración de la alimentación (Vázquez et. al., s.f.). Se trata de una alteración clínica de alta relevancia, por estar relacionada con una acción vital y en la que se involucran diferentes sistemas funcionales y orgánicos, se hace prioritario el trabajo interdisciplinar para su abordaje.

Dentro del grupo de profesionales que intervienen en la recuperación de la acción deglutoria y alimenticia se encuentra el fonoaudiólogo (Ortega y Fuentealba, 2014), siendo este rol sustentado desde un marco legal como es la Ley 376 de 1997 (Cuervo y Rodríguez, s.f.), dándole la potestad para evaluar, diagnosticar y tratar las alteraciones de la alimentación, dentro de un manejo integral.

Todo proceso de alteración en la función de algún sistema del ser humano implica: evaluación, diagnóstico y tratamiento, siendo la evaluación la primera instancia de intervención. La palabra evaluación designa el conjunto de actividades que sirven para dar un juicio, hacer una valoración y medir algo (objeto, proceso, estado de salud) de acuerdo con determinados criterios de valor con que se emite dicho juicio (Cano, 2005).

Son formas de evaluación informal las que no necesariamente se basan en una información suficiente y adecuada, ni pretenden ser objetivas y válidas. Cuando se evalúa no basta la evaluación informal, es imperante recurrir a formas de evaluación sistemática que, a través de un procedimiento científico, den garantía de validez y fiabilidad; por tanto, evaluar define el estado de salud y da parámetros para el diagnóstico y para el camino de la intervención (Jornet y Suárez, 1996).

Actualmente existen tres tipos de corrientes teóricas desde la Fonoaudiología, en relación a la disfagia, que dan sustento al proceso de evaluación, diagnóstico e intervención: la corriente europea, la americana y la brasilera. Desde el interés de impacto de las escuelas americana (ASHA.org, s.f.), y brasilera en Colombia (Sociedad Brasileira de Fonoaudiología, s.f.) se cuenta con dos protocolos para llegar a un diagnóstico haciendo uso de diversas pruebas objetivas y subjetivas como son el posicionamiento de los dedos a lo largo de la laringe, escuchar el paso del aire de la laringe por medio del fonendoscopio, el esofagograma, el FEES, (fiberopticendoscopiaevaluation of swallowing), lavideofluoroscopia, entre otras. (López, 2013)

En Colombia, en esencia, los fonoaudiólogos son formados académicamente desde dos escuelas: la americana y la brasilera, por la cual se cree que se pueden encontrar enfoques diferentes para realizar evaluaciones y diagnósticos. La afirmación de influencia de corrientes se sustenta en el conocimiento frente a la formación académica que se está ofreciendo en el país: en Pereira, se ofrece formación basada en la corriente brasilera, en Cali se han realizado tres diplomados en la Universidad del Valle y en la Universidad Santiago de Cali, en los cuales ha predominado la corriente americana; este mismo diplomado se ofrece en la ciudad de Medellín en la Universidad CES con sede en esa ciudad. (Corporación Universitaria Iberoamericana, 2014).

La deglución es un proceso vital en todas las etapas del desarrollo humano, por lo que es importante que los fonoaudiólogos como profesionales expertos en la misma, tengan criterios unificados frente a las evaluaciones que se deben realizar y a partir de estas la construcción del diagnóstico. Un abordaje de los encuentros y disonancias de la evaluación fonoaudiológica de la disfagia conforma una base coherente desde la cual construir desde la comunidad académica. La unificación de sistemas de evaluación en la disfagia, lograría disminuir las posibles diferencias clínicas y praxiológicas entre los fonoaudiólogos, al igual que con los otros profesionales que acompañan el tratamiento de esta alteración.

MÉTODO

Se realizó un estudio de corte cuantitativo observacional descriptivo (Hernandez, Fernandez y Baptista, 2003), en el área clínica, basándose en el conocimiento de la disfagia de los fonoaudiólogos que intervienen en esta área. Participaron 250 fonoaudiólogos registrados ante Secretaría de Salud de Cali y que se encontraran laborando en la misma ciudad. Periodo 2003 a 2014. Se realizó muestreo por conveniencia, siguiendo lineamientos de la teoría general de muestreo, en especial del teorema del límite central que establece que a partir de 30 sujetos las muestras se pueden considerar grandes, dependiendo de la variabilidad del comportamiento de la variable principal en estudio. Como criterios de inclusión se consideraron: Fonoaudiólogos con certificación universitaria en la profesión, trabajo con sede en la ciudad de Cali, en el área de disfagia, que aceptaran ser parte de la investigación. Se excluyeron aquellos sin formación en el área de disfagia o afines.

El procedimiento de desarrollo en tres fases:

Fase 1. Elaboración de anteproyecto y posterior aprobación al comité de ética y bioética de la Facultad de Salud de la Universidad Santiago de Cali.

Fase 2. Correspondiente a Trabajo de campo, realizada en dos subfases:

1. **Juicio de expertos** (metodología de previsión DELPHI). Se realizó una encuesta, la cual fue revisada por tres expertos en el tema de la disfagia y áreas afines del Programa de Fonoaudiología de la Universidad Santiago de Cali, y con sus sugerencias se modificó el formato para ser aplicado al resto de los fonoaudiólogos.

Se rediseñó la encuesta teniendo en cuenta la opinión de los expertos en el área para aplicarla a los fonoaudiólogos.

2. **Aplicación.** Con la encuesta rediseñada se realizó la selección de la muestra por conveniencia, siendo estos cuarenta y nueve (49) fonoaudiólogos, a quienes se contactó por medio de bases de datos de diplomados hechos en la Universidad Santiago de Cali, la Universidad del Valle y el diplomado de la ciudad de Pereira. Una vez seleccionada la muestra se dio paso al cumplimiento ético de consentimiento informado. Aplicación del instrumento encuesta guiado por los investigadores, a partir de la lectura de la pregunta dando el tiempo prudente para ser respondidas. Los Fonoaudiólogos de la muestra tuvieron como acción de trabajo, para la investigación, la respuesta a la encuesta.

Fase 3. Análisis de resultados y conclusiones, para lo cual los datos obtenidos fueron tabulados y cuantificados en el programa de STATA 0.5. En este momento se realizó la correlación de las variables, se determinó la incidencia del uso de los instrumentos para evaluar y diagnosticar la disfgia.

El estudio respondió a las siguientes consideraciones éticas:

Principio de autonomía:

- Se firmó consentimiento informado
 - La participación en este estudio fue voluntaria sin ejercer presión en ningún participante.
 - Los participantes fueron autónomos para retirarse del estudio cuando así lo decidieran sin repercusión alguna.
- Principio de beneficencia:* este estudio proporciona al gremio actualización en el estado del abordaje en el área de disfgia. Aporta desde la generación de conocimiento.
- Principio de no maleficencia:* no hubo exposición a ningún tipo de riesgo físico, moral, mental o psicológico ni ahora ni a futuro. Con este principio se tiene en cuenta el bienestar de los fonoaudiólogos respetando su rol como profesionales de la salud.

Principio de justicia en el recorrido de la investigación:

- Se aplicó el mismo formato de la encuesta a todos los participantes.
- Se brindó respeto hacia el conocimiento de cada profesional sin importar el enfoque utilizado en el abordaje de la disfgia.
- No se presentó discriminación de clase, raza, edad, estrato socioeconómico.
- Se mantiene la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad de cada participante.

RESULTADOS

Se exponen los resultados estadísticos desde un análisis univariado y algunos elementos fusionados para el estudio bivariado,

siendo relevante la muestra de evidencia del estado de evaluación y diagnóstico de la disfgia y la relación de estos procedimientos con la corriente conceptual y la formación académica. Se presentan los resultados estadísticos acompañado del título de la pregunta que le corresponde.

Datos Sociodemográficos

De acuerdo con la **tabla 1** en cuanto a las variables sociodemográficas se encontró en la población de estudio que el género de mayor prevalencia es el femenino con un 93,88%. El promedio de la edad de los participantes del estudio fue de 31 años, siendo el valor máximo 46 años y el valor mínimo 24 años. El rango de edad con mayor frecuencia fue de 20 a 30 años con un 51% encontrándose en este rango más de la mitad de la población encuestada.

Tabla 1. Distribución de la muestra según datos sociodemográficos.

Variable	n	Porcentaje
Sexo		
Mujer	46	93,88
Hombre	3	6,12
Edad		
20 a 30 años	25	51
31 a 40 años	19	39
41 a 50 años	5	10

Datos Académicos

En la **tabla 2** se muestra que la forma de prestación de servicio de la población encuestada en su mayoría es por servicio domiciliario con un 51%. La **tabla 3** muestra que académicamente los fonoaudiólogos realizaron como postgrado en mayor frecuencia diplomados y en menor frecuencia se encuentran las especializaciones. Estos datos suman más del 100% ya que los encuestados en su gran mayoría presentaban varios estudios en una sola opción de postgrados o en diferentes opciones de postgrados.

Tabla 2. Frecuencia de la variable lugar de trabajo

Lugar de Trabajo	n	Porcentaje
Atención prestada al interior de un centro de salud	24	48,9
Atención prestada de forma domiciliaria	25	51,0

Tabla 3. Frecuencia de posgrados cursados

Posgrado	n	Porcentaje
Especialización	12	24.49
Diplomado	31	63.27
Entrenamiento	24	48.98
Curso de corta duración	23	46.94
Fellow	2	4.08
Otro	9	18.37

De acuerdo con la **tabla 4** más del 66% (8/12) de la población realizaron especializaciones en áreas diferentes a la disfagia (administrativas de salud) y el 32% (4/12) lo realizaron en áreas de fonoaudiología afines a la disfagia como foniatría y motricidad orofacial con énfasis en disfagia. Más del 74% (23/31) de la población realizaron diplomado en disfagia. El 25% (8/31) realizaron algún diplomado que puede asumirse que aporta a la evaluación, diagnóstico e intervención del tema interés; como terapia miofuncional y/o neurodesarrollo. El 66.66% de la población encuestada (16/24) realizaron un entrenamiento en disfagia y más del 33% (8/24) en neurodesarrollo y/o terapia miofuncional. El 56.52% (13/23) de la población han asistido a curso de corta duración de disfagia. El 43.47% (10/23) en neurodesarrollo, terapia miofuncional y foniatría. El 100% de la población que ha realizado un Fellow, no lo han hecho en el área de disfagia sino en áreas de investigación. Más del 66% (6/9) de la población encuestada realizaron otros cursos afines al tema de interés y el 33.33% (3/9) lo hicieron en áreas de aprendizaje y rehabilitación de niños sordos.

Tabla 4. Frecuencia de datos académicos específicos en el área de la disfagia, afines y fuera de la disfagia.

Posgrado	n	Porcentaje
Posgrados en Disfagia		
Diplomado	23	74.19
Entrenamiento	16	66.66
Curso de Corta Duración	13	56.52
Posgrados en áreas afines a la disfagia		
Especialización	4	33.33
Diplomado	8	25.80
Entrenamiento	8	33.33
Curso De Corta Duración	10	43.47
Otro	6	66.66
Posgrados en otras áreas		
Especialización	8	66.66
Fellow	2	100
Otro	3	33.33

Bases teóricas y experticia

La **tabla 5** muestra que más del 65% (32/49) de la población encuestada, determinó que su formación académica se sustenta en las bases teóricas de la escuela americana. En la **tabla 6** se observa que el tiempo de experiencia de la población de muestra con mayor frecuencia es de más de cinco años con un porcentaje de 48.98% mientras que el tiempo de experiencia con menor frecuencia es de menos de un año con un 16.33%. Por su parte la **tabla 7** deja ver que más del 59% (29/49) de la población encuestada refirió que su grupo poblacional de pacientes atendidos con disfagia de mayor frecuencia fueron adultos mayores.

Tabla 5. Frecuencia de datos académicos sobre bases teóricas de Escuelas de Disfagia.

Escuela de Disfagia	n	Porcentaje
Teoría Americana	32	65.31
Teoría Brasil	13	26.53
No Refiere	4	8.16

Tabla 6. Frecuencia de tiempos de experiencia laboral en el área de disfagia

Tiempo de experiencia	n	Porcentaje
Menos de un año	8	16.33
Entre un año y dos	9	18.36
Entre dos y cuatro años	8	16.33
Más de cinco años	24	48.98

Tabla 7. Frecuencia de grupos poblacionales con disfagia atendidos.

Pacientes	n	Porcentaje
Neonatos	8	16.33%
Primera Infancia	5	10.20 %
Adultos	7	14.29%
Adultos Mayores	29	59.18%

Proceso Evaluativo

Los encuestados enumeraron el proceso de evaluación de forma ascendente, brindando siete pasos para evaluar a un paciente. Se encontraron múltiples y diversas respuestas en tanto no fue posible agrupar las respuestas y cuantificar por medio del programa Stata, por lo anterior se realizó una revisión por parte de los investigadores en donde se encontró lo que se muestra en la **tabla 8**, según lo cual más de la mitad de la población encuestada realiza una evaluación sin cumplir el protocolo postulado por la escuela Americana, aunque su forma de evaluar se encuentra directamente influenciada por esta. Solo el 18.36% sigue con el protocolo de evaluación según las escuelas americana y brasileña.

Tabla 8. Frecuencia de respuesta de los fonoaudiólogos sobre los protocolos de evaluación.

Protocolo de evaluación	n	Porcentaje
Proceso de evaluación con protocolo de la escuela Americana.	8	16.32
Evaluación influenciada por corriente Americana, sin cumplir protocolo de evaluación	27	55.10
Proceso de evaluación con protocolo de la escuela de Brasil.	1	2.04
Evaluación influenciada por corriente de Brasil, sin cumplir protocolo de evaluación.	12	24.48
No sigue ningún protocolo de las escuelas propuestas.	1	2.04

De acuerdo con la **tabla 9** la prueba más utilizada para diagnosticar la disfagia por la población de estudio es la videofluoros-

copia con un 93.88%, seguido por el esofagograma y la endoscopia digestiva con un 18.37%. Más del 10% de la población refieren otras pruebas como la evaluación de la deglución a través de fibroscopia óptica (FEES); fibronasalarinoscopia y cinevideofluoroscopia. Por su parte, las estrategias de evaluación que se observan en la **tabla 10** se encuentra con mayor frecuencia la evaluación del estado de los órganos fonarticuladores con un 97.96, mientras que, como se observa en la **tabla 11**, más de la mitad de la población encuestada no refiere utilizar ninguna prueba estandarizada para la evaluación y diagnóstico de la disfagia. Las **tablas 12 y 13** dan cuenta de que el total de los fonoaudiólogos encuestados tienen la tos como signo importante a la hora de evaluar la disfagia y tienen en cuenta la opinión de otros profesionales de la salud. Otros síntomas de mayor prevalencia tenidos en cuenta son el ahogo, la carraspera, la náusea, el reflujo gastroesofágico y la apnea. Menos de la mitad de los encuestados refirieron tener en cuenta el hipo y otros síntomas como la voz húmeda.

Tabla 9. Frecuencia de respuesta de los fonoaudiólogos sobre los tipos de apoyo clínico que utilizan para diagnosticar la Disfagia.

Apoyo Clínico	n	Porcentaje
Videofluoroscopia	46	93.88
Esofagograma	9	18.37
Endoscopia Digestiva	9	18.37
Otra Prueba	5	10.20
Nasoendoscopia	4	8.16

Tabla 10. Frecuencia de respuesta de los fonoaudiólogos sobre las estrategias que utilizan para la evaluación de la Disfagia.

Estrategia	n	Porcentaje
Evaluación de estado de los órganos fonarticuladores.	48	97.96
Evaluación postural.	46	93.88
Valoración de reflejos orales.	45	91.84
Análisis de maniobras compensatorias.	39	79.59
Auscultación cervical.	39	79.59
Realiza exploración física.	37	75.51
Posicionamiento de los dedos a lo largo de la laringe.	35	71.43
Signos y síntomas referidos por la familia.	34	69.39
Realiza exploración biomecánica.	26	53.06
Otra.	6	12.24

Tabla 11. Frecuencia de respuesta de los fonoaudiólogos sobre el Tipo de pruebas estandarizadas utilizadas para evaluar y diagnosticar la Disfagia.

Pruebas estandarizadas	n	Porcentaje
Escala funcional de ingesta por vía oral (Fois)	13	26.53
Escala de Illinois	3	6.12
Escala de florida	1	2.04
Otra	4	8.16
No refiere	28	57.14

Tabla 12. Frecuencia de respuesta de los fonoaudiólogos sobre los signos que tienen en cuenta al momento de realizar la evaluación.

Signo	n	Porcentaje
Tos	49	100
Ahogo	48	97.96
Carraspera	44	89.80
Nausea- vomito	36	73.47
Reflujo gastroesofágico	33	67.35
Apnea	31	63.27
Hipo	20	40.82
Otro	16	32.65

Tabla 13. Frecuencia de respuesta de los fonoaudiólogos sobre el tomar en cuenta la opinión de otro profesional para el diagnóstico.

Opinión otro profesional	n	Porcentaje
Si	49	100
No	0	0

Diagnóstico

De acuerdo con las **tablas 14 y 15** casi el total de la población utiliza el nombre de disfagia en el diagnóstico de sus pacientes, y ésta es clasificada mayormente clasificada (67.35%) por grados de severidad. No obstante, como se observa en la **tabla 16** Casi la mitad de los fonoaudiólogos refieren no utilizar ninguna escala estandarizada para definir el grado de severidad de la disfagia (42,8%) mientras que solo el 34.69% utilizan la escala funcional de ingesta por vía oral (Fois).

Tabla 14. Frecuencia de respuesta de los fonoaudiólogos sobre la nomenclatura utilizada para el diagnóstico de la Disfagia.

Nomenclatura	N	PORCENTAJE
Disfagia	42	85.71
Código cie 10 (R 13)	16	32.65
Alteración en la alimentación	15	30.61
Problemas deglutorios	8	16.33
Otro	7	14.29

Tabla 15. Frecuencia de respuesta de los fonoaudiólogos sobre la clasificación de la disfagia.

Clasificación con grados de severidad	n	Porcentaje
Si	33	67.35
No	16	32.65

Tabla 16. Frecuencia de respuesta de los fonoaudiólogos sobre la evaluación de grados de severidad.

Uso de Escala en Evaluación de Severidad	n	Porcentaje
Hace uso de escala funcional de ingesta por vía oral (Fois)	17	34.69
Hace uso de escala de Illinois	6	12.24
Si hace uso de escala de Florida	2	4.08
Hace uso de otra escala	3	6.12
No utiliza ninguna escala	21	42.85

DISCUSIÓN

Actualmente en el gremio de fonoaudiología colombiano existe influencia de diferentes posturas teóricas para el abordaje de la disfagia. En los resultados descritos en la investigación se encontró la influencia principal de la corriente Americana y en menor porcentaje por los postulados de Brasil. Independientemente de la corriente que se asuma para el proceso de conceptualización, desde las dos se toma la evaluación como parte del proceso. Frente al proceso de evaluación se visibilizó la ejecución de ésta con algunos aspectos a analizar. En primera instancia y como elemento relevante por ser parte de los aspectos éticos y bioéticos como competencia de un profesional Fonoaudiólogo (Caracterización del ejercicio profesional del fonoaudiólogo de la corporación universitaria Iberoamérica), se encontró la ejecución de la evaluación sin protocolización, siendo pocos los fonoaudiólogos que llevan un paso a paso, también es evidente que no se siguen puntualmente protocolos planteados y postulados por cada escuela; aspectos que denotan una falta de unificación de conceptos para tal procedimiento. Lo encontrado va en consonancia con estudio realizado por la Universidad del Cauca en donde se refiere que los procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea que utiliza cada Fonoaudiólogo son diferentes, a pesar de trabajar en las mismas instituciones. Esto puede deberse a que en Colombia no existe un protocolo estandarizado para la evaluación y diagnóstico de dicha alteración, por lo que cada uno evalúa de acuerdo a lo que considera necesario. (Campo, et. al., 2010, p 137).

Ahora bien, la mayoría de los encuestados refirió que se formó académicamente bajo la teoría americana para intervenir dicha alteración y una pequeña parte de la población refirió estar influenciada por la escuela de Brasil, sin embargo, se observa que la mayoría de encuestados no aplican los lineamientos estandarizados o protocolos de evaluación de su respectiva escuela. Se generan entonces las preguntas ¿Qué está pasando en relación al uso de protocolos estandarizados de evaluación de la disfagia?, ¿Por qué si hay protocolos y lineamientos estandarizados internacionales no están siendo aplicados por los fonoaudiólogos colombianos?. Un estudio revela que en Colombia no existe un protocolo estandarizado de evaluación de la disfagia, sin embargo Ángelesta, Casa y Suarez (2004) han propuesto un Manual de Procedimientos que aporta información general de la evaluación, pero no explican detalladamente la secuencia y manera de realizarlos, en tanto no ha sido unificado; este posible manual de procedimientos lograría una visualización positiva del gremio

de fonoaudiología dentro de un equipo interdisciplinario ya que en diferentes contextos se hablaría el mismo lenguaje en relación a la evaluación y diagnóstico de la disfagia.

Si la evaluación corresponde al cimiento del proceso de intervención clínica y es una accionar del profesional Fonoaudiólogo, es relevante pensar en la necesidad de la protocolización y guías de atención para llegar a una unificación de criterios en relación al abordaje y diagnóstico de la disfagia, que va en aumento en nuestra población y más si lo fusionamos con el hecho de estar siendo abordada por profesionales recién egresados. Se encuentra un documento de perfil y lineamientos para el profesional Fonoaudiólogo que demarca las competencias a seguir, pero no se encuentran los insumos técnicos para el cumplimiento de los mismos.

La visualización del fonoaudiólogo dentro de un equipo interdisciplinario, para el abordaje de esta alteración podría verse afectada al tener las disonancias en teorías, en tanto la variabilidad de bases conceptuales unido a la diferenciación de informes de evaluación van en contravía de la veracidad y fiabilidad del diagnóstico dado. Aspectos que podrían enlodar la imagen y la calidad del hacer que se ha labrado: “la implementación de estrategias fonoaudiológicas que identifiquen y traten la disfagia oro faríngea oportunamente, ayuda a optimizar la calidad de los servicios hospitalarios y favorece la evolución de los pacientes y la colaboración de sus familiares” (Morillo, Martínez y Sierra, 2009, p.4).

Estas diferentes teorías de abordaje llegan a los fonoaudiólogos por medio de la educación no formal como diplomados, seminarios, cursos de corta duración, simposios, entre otros; igualmente en apoyo de la formación en otras áreas como neurodesarrollo y terapia mio funcional y /u oro motora. No siendo el nivel de formación universitaria posgraduada tipo especializaciones o maestrías - o por que no doctorados – los existentes como prioridad para el abordaje de las alteraciones de la alimentación. Es imperante entonces, plantear la necesidad de estudios de profundización desde una perspectiva investigativa, clínica, práctica, pero también desde una perspectiva económica; que garantice la educabilidad del profesional y por ende su quehacer. Aspecto retomado en el estudio de Mogollón, Vargas, Sepúlveda y Jaimes, 2013) que plantea:

De acuerdo a los registros evidenciados en el OLE entre 2001 y 2010, Colombia del 2,04% de egresados universitarios (1.002.955), 1,07% son Fonoaudiólogos (10788); de estos, solo el 17,72% ha decidido continuar con la formación pos-gradual propia de la profesión, siendo solamente la Especialización en Terapia Miofuncional y Disfagia (2,27%).

El objetivo de la investigación no es juzgar el tipo de prácticas terapéuticas o herramientas usadas para evaluar y/o diagnosticar, pero si preguntarse si en una alteración tan compleja como la disfagia sería necesario o no, tener unos criterios definidos en relación a una intervención en el quehacer profesional. Llama la atención que no hay una teoría pura en el gremio ya que los fonoaudiólogos toman herramientas de ambas escuelas para evaluar y así llegar a un posible diagnóstico. Se encuentra que usan principalmente como estrategias de evaluación en orden descendente evaluación

postural, análisis de maniobras compensatorias y auscultación cervical; siendo estos propios de la corriente Americana. Profesionales formados por la escuela de Brasil los asumen también como parte de la evaluación, esto tal vez porque su formación está inyectada con los conceptos adquiridos en los cursos de neurodesarrollo y/o terapia miofuncional.

Lo anterior en asocio a lo planteado por el estudio (2010) Procedimientos de Evaluación y diagnóstico de disfagia orofaríngea realizados por fonoaudiólogos de la Universidad del Cauca., en relación a la variabilidad de las maniobras usadas independientemente de su origen.

Los procedimientos de evaluación más utilizados en orden descendente fueron: evaluación de órganos fonarticuladores (15), blue test (13), anamnesis (13), evaluación de la postura (10), evaluación del estado de conciencia (9) y evaluación del lenguaje (8). Entre los procedimientos menos usados se encuentra la auscultación cervical (2) y evaluación de los sentidos (3). Además se evidenció que procedimientos como evaluación de la voz y técnica de los 5 dedos no son realizados por ningún Fonoaudiólogo.

Dejando ver claramente la mezcla de teorías y diferentes pruebas subjetivas usadas para llegar a un diagnóstico. Lo expuesto podría proyectar dos posibles posiciones: Una que válida la flexibilización del análisis, en donde la experiencia se pone de manifiesto y no solo un protocolo que tiene su origen en un territorio ajeno al Colombiano, y la otra, se encamina a la relevancia de seguir parámetros estandarizados que permitan una mayor optimización de los criterios diagnósticos y que darían respuesta a la competencia pedida para el gremio Fonoaudiológico. Se encuentra un elemento - tal vez cultural - que visibiliza la importancia de la medida estandarizada y que es dada por el aspecto académico, pero acompañada por el criterio personal y subjetivo del profesional que no es estandarizado pero se considera válido (p. 161)

Al revisar la variable de los apoyos clínicos objetivos, se llega a un punto de encuentro entre las escuelas, en tanto se visibiliza en un alto porcentaje el uso de la Videofluoroscopia, existiendo una homogeneidad de elementos estratégicos no subjetivos. Actualmente se considera esta técnica como el estándar para el estudio de la disfagia orofaríngea, ya que permite estudiar la respuesta motora orofaríngea e identificar los signos videofluoroscópicos. (Pere Clavé, et al., 2007) Aspecto que contrasta con el estudio realizado en Venezuela. (Navarro et al., s.f.) en donde la videofluoroscopia es considerada la prueba de oro en disfagia orofaríngea, caracteriza apropiadamente la deglución orofaríngea patológica, permite planificar la rehabilitación, establecer los mecanismos compensatorios y detectar a los pacientes con aspiraciones silenciosas.

Al revisar los signos y síntomas que los fonoaudiólogos encuestados plantearon tener en cuenta a la hora de evaluar, se evidenció que no hay una diferencia conceptual ya que las respuestas son homogéneas, puesto que estos signos son propios de las dos teorías y por tanto no hay una diferenciación clara, existiendo entonces un encuentro conceptual entre las dos escuelas. En coherencia con los procesos interdisciplinarios, se encontró que toda la población re-

mite al paciente a otro profesional, lo que muestra que se toman en cuenta las opiniones de las otras áreas de la salud para determinar un diagnóstico, esto lleva a un nuevo encuentro teórico entre las dos corrientes.

Al indagar frente a las nomenclaturas que se utilizan para el diagnóstico relacionado a los problemas de la deglución, se conoce en teoría que hay una normativa que rige los diagnósticos como es el código CIE 10, en donde se menciona que el código para la disfagia es el R13, en tanto el nombre que se debe poner a esta nomenclatura es disfagia; pero aunque desde la normativa ya se tiene esto estipulado no es la totalidad de los profesionales la que usan. Se encontraron otras formas de llamar a la disfagia como: alteración en la alimentación y problemas deglutorios. Estas variaciones y diferencias suponen que no hay una unificación de criterios dentro del gremio, afectando - tal vez - nuestra credibilidad en relación a otros profesionales. En otro estudio colombiano se encuentra puntualmente que en situaciones como esta han venido generando variaciones de tal diversidad en la práctica profesional que al momento de evaluar la eficacia de una actuación particular se identifican serias dificultades técnicas para comparar resultados, evaluar beneficios, riesgos y complicaciones; obstaculizándose de esta forma la apreciación de la eficacia de la actuación. (Angel, 2006, p.1)

A lo anterior se une el hecho de la no existencia de este nombre - disfagia - en el documento de perfil y competencias del Fonoaudiólogo. Se podría asumir que este es homogéneo al dado en el documento: función oral faríngea. Aspecto por indagar.

En la designación del diagnóstico aparecen una variedad de "apellidos". Cabe aclarar que no hizo parte de la investigación analizar imaginarios, pero es válido pensar que la especificación podría estar pensada por la necesidad del profesional Fonoaudiólogo de ser claro y hacerse entender entre su mismo gremio y otros profesionales, pero estas especificidades no son usadas por toda la población así que sería viable investigar y preguntarse ¿Qué sucede en los diagnósticos y sus especificaciones en relación a la disfagia? ¿Por qué no existe una unificación de criterios?, ¿son claras estas especificaciones para todo el gremio?

Por otra parte al verificar las respuestas en relación a la clasificación de la severidad de la disfagia, se encontró que más de la mitad de la población lo realiza; pero al analizar el tipo de escalas que utiliza se evidenció que menos de la mitad hace uso de la escala funcional de ingesta por vía oral (FOIS), es decir, que además de los profesionales que están influenciados por la corriente de Brasil hay otros influenciados por la corriente Americana que están utilizando esta escala, omitiendo la de su propia corriente teórica. Otras escalas a utilizar son: la escala de Illinois, la escala de Florida; pero también se encontró un número considerable de profesionales que no utiliza ningún tipo de escala.

La no unificación de escalas o criterios definitorios que clasifican la severidad va en coherencia con lo encontrado frente al aspecto de no estandarización o protocolización. Coherente con lo encontrado en otro estudio donde se demuestra que "[...] no se encontraron clasificaciones de acuerdo al grado de severidad, que coincidieran

con las clasificaciones dadas por el 91% (10) de los Fonoaudiólogos que respondieron que SI clasificaban la disfagia de acuerdo al grado de severidad, lo cual indica poca base teórica referente al tema por parte de estos. Sólo el 9% de los encuestados, refirió una bibliografía válida, pero que no corresponde con la clasificación dada”.

Otros aspectos que emanan de la investigación están relacionados con las características de los profesionales en relación a su género, edad, experiencia profesional y nivel de educación posgraduada.

Al analizar la totalidad de las encuestas se encuentra como característica socio demográfica un mayor porcentaje del género femenino encuestado, yendo en coherencia con lo que es el gremio de fonoaudiología, evidenciándose también esto en el mercado laboral, aspecto en consonancia con estudio de prestación de servicios de calidad en fonoaudiología en donde la muestra en su totalidad es femenina(11).

“La mayoría de los Fonoaudiólogos que laboran en disfagia, tienen un tiempo de egresado y tiempo de experiencia de 1-12 meses”(12), refiriéndose a egresados de la universidad del Cauca; aspecto que es posible correlacionar con los rangos de edad de la mayoría de la población del presente estudio, quienes se situaban como adulto joven, haciendo suponer que son personas con poco tiempo de egreso de fonoaudiología de las diferentes universidades del país.

El hacer de los profesionales encuestados, independientemente de la edad o experticia, estaría en consonancia con el planteamiento de la asociación de facultades de fonoaudiología (13) cuando propone como competencia propia del hacer del Fonoaudiólogo la función oral faríngea, área que se podría asociar – tal vez - con la disfagia, asumida esta como: “La Asociación Americana del habla, lenguaje y audición (ASHA 1990), la describe como un desorden de deglución cuyos signos y síntomas pueden involucrar la boca, la faringe, la laringe y el esófago y con las cuales -particularmente la boca, la faringe y la laringe- los Fonoaudiólogos fundamentan la prestación de sus servicios”(14). Unido a lo expuesto por El máximo Tribunal Constitucional Colombiano en sentencia C. 670 de 2002 frente al libre derecho de escogencia de profesión y oficio “se concreta a las condiciones de igualdad para acceder a un puesto de trabajo, si se cumplen los requisitos de capacitación propios de cada área” (15).

Queda un velo de duda en relación a los puntos de encuentro o disonancia entre función oral faríngea vs disfagia.

Por otro lado, la legislación que propende por el derecho al ejercicio también plantea que “la libertad profesional es una faceta susceptible de mayor restricción, pues involucra al individuo en la esfera de los derechos de los demás y el interés social” (16), se encuentra también el planteamiento (15): “el legislador colombiano está plenamente facultado para reglamentar y establecer límites y restricciones al ejercicio profesional en varias áreas del conocimiento, más aun cuando este ejercicio represente un riesgo social y en determinadas circunstancias pueda afectar o invadir la órbita del ejercicio de los derechos de otras personas”. La competencia al ejer-

cicio en el área estaría mediada por los conocimientos que se tengan para el ejercicio, en aras de la calidad. Asumiendo que el trabajo en pacientes con disfagia trae consigo un riesgo social, debiese ser relevante pensar en los elementos de experticia, capacitación y por ende calidad. La investigación da cuenta de un grupo de profesionales que en su totalidad no están formados posgradualmente en disfagia.

Las variables edad y experticia se unen al elemento contexto del ejercicio profesional, en tanto en mayor proporción este corresponde al domicilio de los pacientes. La atención de pacientes con disfagia que están en atención en casa les significa a los profesionales que le atienden mantener elementos de calidad, que según lo expuesto citando a León (2006)(17) corresponde a “práctica segura la cual hace referencia a toda intervención en estructura, o en el proceso durante la atención en salud, que reduce el riesgo de sufrir un evento adverso”; aspecto que se fusiona directamente con el bajo nivel de educabilidad en la temática puntual – disfagia – y con el manejo del paciente en casa.

Aunque la investigación no se centró en lo expuesto en relación a la edad, nivel de educabilidad y/o competitividad, contexto; queda un velo de preocupación frente a la existencia de límites y restricciones en el ejercicio, desde los empleadores, y por qué no, desde las entidades de Fonoaudiología que legislan.

CONCLUSIONES

No hay total cumplimiento de la competencia del ejercicio profesional del Fonoaudiólogo en relación al uso de protocolos basados en la mejor evidencia científica, como parte de la evaluación.

No hay protocolización, lineamientos o parámetros homogéneos entre los profesionales Fonoaudiólogos para la ejecución de un proceso de evaluación en disfagia.

No hay una relación 1 a 1 entre corriente de formación académica vs lineamientos de evaluación.

No es claro si el término función oral faríngea, planteado como área de competencia del Fonoaudiólogo, corresponde a lo que significa disfagia.

La disfagia es una alteración que requiere de altos conocimientos intrínsecos y extrínsecos; además de experticia dentro de esta ya que en ella se trabaja con la vida y/o calidad de vida de un paciente, implicando riesgos tanto para él, como para el profesional de Fonoaudiología que lo atiende, con el fin de lograr un adecuado proceso terapéutico. Por lo tanto, quedan muchas dudas frente a la formación posgraduada que se está brindando en el país.

Es imperante la necesidad de pronunciamiento de los entes universitarios, de los prestadores de servicio, de los mismos profesionales; frente a los requerimientos conceptuales, técnicos, prácticos, académicos, éticos y bioéticos para la definición de procesos de intervención.

REFERENCIAS

- Ángel G., L. F. *Guías de atención en terapia miofuncional orofacial y para el tratamiento de la disfagia orofaríngea.*
- Asha.org. (S.F.) Funciones de la ASHA. Recuperado de [http://www.asha.org/`](http://www.asha.org/)
- Campo, C. X., Barreto, M. A., Caicedo, C. P., Guzmán, Y. E., Obando, Y. D., Perlaza, L. A., & Portilla, K. Y. (2010). Procedimientos de evaluación y diagnóstico de disfagia orofaríngea realizados por fonoaudiólogos de la Universidad del Cauca. Popayán
- Cano Ramírez, A. (2005). Tema 5: Elementos para una definición de evaluación. Recuperado de https://www.ulpgc.es/hege/almacen/download/38/38196/tema_5_elementos_para_una_definicion_de_evaluacion.pdf
- Colombia, Corte Constitucional, Sentencia C-670 del 20 de Agosto de 2002, M.P. Eduardo Montealegre Lynett.
- Colombia, Ministerio de Salud (2015). Clasificación Internacional de Enfermedades 10 CIE 10 Revisión. Colombia. Recuperado de http://www.ssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf
- Corporación Universitaria Iberoamericana (2014). Diplomado de terapia miofuncional y disfagia. Recuperado de <http://virtual.iberoamericana.edu.co/course/index.php?categoryid=30>
- Cuervo, C., & Rodríguez, M. P. (s.f.). Posición sobre la definición de la terapia del lenguaje/ fonoaudiología en el manual de procedimientos, actividades e intervención del plan obligatorio de salud. Decreto N° 5261/94 del Ministerio de Salud. Revista Areté: fonoaudiología iberoamericana.
- Hernández, R., Fernández, P., & Baptista, L. (2003). Metodología de La Investigación. Mexico: Editorial McGraw Hill interamericana.
- Jornet, J. & Suárez, M. (1996). Pruebas estandarizadas y evaluación del rendimiento: usos y características métricas. Revista de investigación educativa, 14 (2), 141-163.
- León Franco, A. (2006). Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos. Cali: Universidad del Valle
- Logemann, J.A. (1994). Management of Dysphagia Poststroke. En Chapey, R. (1994) Language intervention strategies in adult aphasia. Baltimore: Williams & Wilkins, Third Ed.
- López, M. E. (2013). Evaluación y diagnóstico instrumental de la disfagia. Modulo dos, diplomado disfagia y otros trastornos en la ingestión de alimentos. Universidad del Valle sobre, Cali.
- Marchesan, I. (s.f.). Deglución, diagnóstico y posibilidades terapéuticas. Recuperado de <http://www.cefac.br/library/artigos/31a-f4e64637e7e8a38e85169f7188c3f.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Perfil y Competencias profesionales del Fonoaudiólogo en Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VSTH/Fonoaudiologia_Octubre_2014.pdf
- Mogollón Tolosa, M. X., Vargas García, M. A., Sepúlveda Ramírez, N., & Jaimos Socha, V. Z. (2013). La fonoaudiología en Colombia: una mirada posgradual en sus áreas de desempeño. Revista Areté 13 (1), 158-165
- Navarro, D., Nogales, A., Rossell, A., López, K., Candelario E., Materan, V., Neri, S. & Blandría, K. (s.f) Experiencia en la evaluación diagnóstica y terapéutica de la disfagia orofaríngea y esofágica en niños: Afiliaciones Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, “Dra. Georgette Daoud”. Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño”. IVSS. Caracas-Venezuela
- Ortega D, A. (2011). Ética y responsabilidad profesional en Fonoaudiología: Crítica a la normativa existente en Colombia. Revista Areté, 11 (1), 5-19.
- Ortega T., A., & Fuentealba M., I. (2014). Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. Revista digital especializada en motricidad orofacial, 5 (1), 438-475. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/211798311/EVALUACION-Y-MANEJO-INTEGRAL-DE-LA-DISFAGIA-OROFARINGEA>
- Sociedad Brasileira de Fonoaudiología. (s.f.). Función de la sociedad de brasileira de fonoaudiología. Recuperado de <http://www.sbfa.org.br/portal/>
- Vázquez Pedreño, L. A., RuízRuíz, J. M. & García Ruíz, E. (s.f.). Disfagia. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario “La Virgen de la Victoria”. Recuperado de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilard/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/difsfagia.pdf>