



Universidad
de los Andes

Escuela
de Enfermería

Escuela de
Fonoaudiología

Deglución y Enfermedad Respiratoria Crónica: Del Diagnóstico a la Intervención Especializada

Gabriel Salgado-Maldonado

Fonoaudiólogo

Magister Epidemiología Universidad de los Andes.

Académico Escuela de Enfermería – Facultad de Enfermería y Obstetricia - Universidad de los Andes

Académico Escuela de Fonoaudiología – Facultad de Medicina - Universidad de los Andes

Presidente Sociedad Chilena de Deglución y Alimentación



Declaración de interés

Declaro no tener conflicto de interés con la industria

Salgado Lopez Holding financia esta presentación mediante su sistema de matripuntos

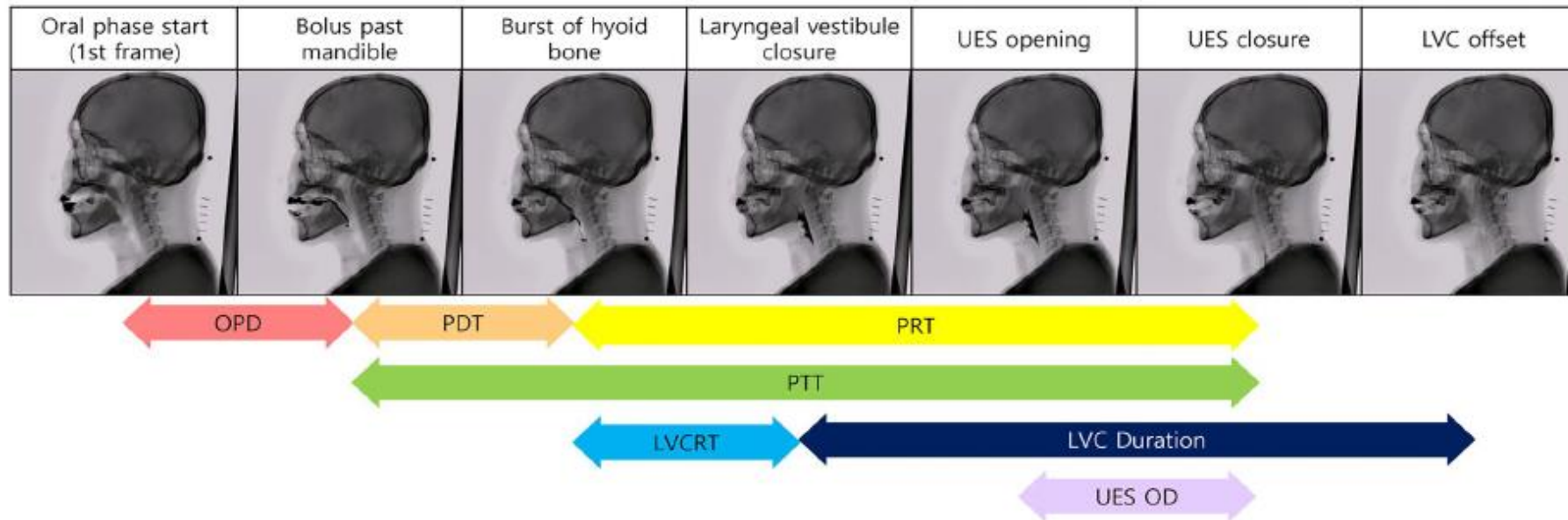


María Gracia, 2025 – Dibujo a Mamá



**¿Estamos realmente
entendiendo cómo
funciona la deglución en
estos pacientes?”**

Cierre Del Vestíbulo Laríngeo



El **cierre del vestíbulo laríngeo durante la deglución** es un mecanismo de protección de la vía aérea que ocurre mediante una **secuencia coordinada de tres niveles**:
 cierre de las cuerdas vocales verdaderas,
 aproximación de los aritenoides a la base de la epiglotis (cierre vestibular propiamente dicho),
 e inversión epiglótica

Cierre Del Vestíbulo Laríngeo

La coordinación temporal precisa del cierre vestibular es crítica para la protección de la vía aérea.

Un **retraso de solo 0.1 segundos** en el cierre del vestíbulo laríngeo se asocia con **un aumento del 17.19% en las probabilidades** de invasión de la vía aérea (penetración o aspiración)

La elevación del hioides y la apertura temprana del esfínter esofágico superior antes de los tres niveles de cierre laríngeo son **componentes críticos para la protección de la vía aérea.**

¿Cuál es la relación entre la Deglución/Disfagia en las Enfermedades respiratorias?

La **disfagia** está estrechamente relacionada con las enfermedades respiratorias a través de dos mecanismos principales: la **disfagia como factor de riesgo** para neumonía por aspiración, y las enfermedades respiratorias crónicas como **causa de disfunción de la deglución**.

Deglución / Disfagia en las Enfermedades Respiratorias

DISFAGIA → RIESGO RESPIRATORIO

OR 11.9

Riesgo de neumonía en ancianos con disfagia. Presente en **~92%** de los ancianos con neumonía.

MECANISMO PRINCIPAL

Retraso en el cierre del vestíbulo laríngeo

TIEMPO DE CIERRE VESTIBULAR

0.414 s

Neumonía

VS

0.200 s

Controles sanos

RESPIRATORIO → DISFUNCIÓN DEGLUCIÓN

La **coordinación respiración-deglución** es esencial para prevenir la aspiración. Patrones respiratorios alterados la comprometen directamente.

ALTERACIONES FISIOLÓGICAS DESCRITAS

- Cierre incompleto del vestíbulo laríngeo
- Tiempo prolongado hasta el cierre vestibular
- Duración más corta del cierre vestibular
- Apertura reducida del esfínter esofágico superior
- Constricción faríngea reducida + residuos faríngeos

Enfermedad pulmonar intersticial

La disfagia es una comorbilidad reconocida en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI).

Los estudios demuestran que los pacientes con EPI pueden presentar **alteraciones en la fisiología de la deglución, riesgo de aspiración silente, y correlación entre la disfunción de la deglución y la severidad de la enfermedad pulmonar.**

Descoordinación respiración-deglución:

La enfermedad pulmonar restrictiva altera el patrón respiratorio normal durante la deglución

Debilidad muscular:

Reducción de la presión lingual y debilidad de los músculos respiratorios

Disnea:

Interfiere con el proceso de alimentación y deglución, especialmente de sólidos

Adaptaciones compensatorias:

Los pacientes pueden desarrollar estrategias de alimentación que prolongan el tiempo de deglución

Asma y Disfagia

Las alteraciones de la deglución son frecuentes en pacientes con asma severa, con estudios que demuestran que los pacientes con asma severa presentan **más alteraciones en la fisiología de la deglución orofaríngea, mayor riesgo de penetración laríngea y aspiración traqueal en comparación con pacientes con asma leve**

Movimiento lingual atípico durante la deglución de líquidos (5 ml: $p=0.003$; 10 ml: $p=0.001$) y sólidos ($p=0.009$) - hallazgo que se mantuvo significativo en análisis multivariado

Tiempo de tránsito oral aumentado para líquidos (5 ml: $p=0.003$; 20 ml: $p=0.026$)

Inicio de la fase faríngea de deglución por debajo de la rama mandibular ($p=0.003$)

Residuos faríngeos de consistencia sólida ($p=0.017$)

Penetración laríngea de líquidos (5 ml: $p=0.050$; 20 ml: $p=0.032$)

Tiempo de transición aumentado entre las fases oral y faríngea ($p=0.035$)

Tiempo de tránsito faríngeo aumentado para sólidos ($p=0.045$)

Aspiración traqueal observada solo en el grupo con asma severa

Fibrosis quística y Disfagia

La disfagia y la aspiración son comorbilidades importantes en pacientes con fibrosis quística (FQ),

reflujo gastroesofágico

GRASP-CF (aspiración relacionada con el tracto gastrointestinal en fibrosis quística),

que incluye **disfunción esofágica, dismotilidad, tránsito esofágico alterado y vaciamiento gástrico**

retardado como contribuyentes al riesgo de aspiración y daño pulmonar.

Aspiración deglutoria (anterógrada):
Relacionada con disfunción de la deglución orofaríngea

Aspiración retrógrada:
Relacionada con reflujo gastroesofágico y contenido gástrico/duodenal

Dismotilidad esofágica: Alteración del tránsito y aclaramiento esofágico

Gastroparesia: Vaciamiento gástrico retardado que favorece el reflujo

EPOC y Disfagia

La disfagia es una comorbilidad extrapulmonar común en pacientes con EPOC,.

Esta asociación se debe principalmente a la **descoordinación entre la respiración y la deglución**, alteraciones en la fisiología de la deglución, y debilidad muscular.

Cierre incompleto del
vestíbulo laríngeo

Tiempo prolongado
hasta el cierre del
vestíbulo laríngeo

Duración reducida del
cierre del vestíbulo
laríngeo

Apertura reducida del
esfínter esofágico
superior

Constricción faríngea
reducida con aumento
de residuos faríngeos

La descoordinación respiración-deglución es un hallazgo clave. La EPOC aumenta la frecuencia de inicio de la deglución durante la fase inspiratoria, lo que incrementa el riesgo de aspiración.

EPOC y Disfagia

45-84% de los pacientes post-trasplante presentan **disfagia orofaríngea**.
Aspiración silente presente **en 54.5-75% de los casos**.

Factores de Riesgo – ODDS RATIO

OR 6,7

Uso de ECMO veno-venoso.

OR 4,5

Reintubación

OR 2,64

Movilidad anormal de cuerdas vocales

OR 2,45

Traqueostomía

Otros Factores Asociados

Sexo masculino (OR 2.34)

Duración de intubación prolongada (OR 1.14-1.19)

Índice de masa corporal bajo

Trasplante Pulmonar y Disfagia

45-84% de los pacientes post-trasplante presentan **disfagia orofaríngea**.
Aspiración silente presente en **54.5-75% de los casos**.

Factores de Riesgo – ODDS RATIO

OR 6,7

Uso de ECMO veno-venoso.

OR 4,5

Reintubación

OR 2,64

Movilidad anormal de cuerdas vocales

OR 2,45

Traqueostomía

Otros Factores Asociados

Sexo masculino (OR 2.34)

Duración de intubación prolongada (OR 1.14-1.19)

Índice de masa corporal bajo

¿ Cómo evaluamos la Deglución/Disfagia en las enfermedades respiratorias?

Las herramientas y pruebas para evaluar la deglución en disfagia asociada a enfermedades respiratorias incluyen **evaluaciones clínicas de cabecera, estudios instrumentales (videofluoroscopia, FEES, endoscopia, otras), estudios imagenológicos, y medidas reportadas por el paciente (PROMs).**

¿ Cómo evaluamos la Deglución/Disfagia en las enfermedades respiratorias?



Evaluaciones de Cabecera

Eating Assessment Tool-10
(EAT-10)

Evaluación Clínica Funcional
MECV—V

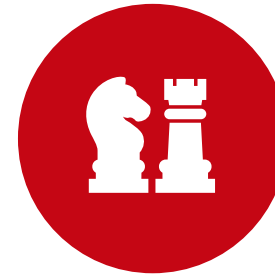


Evaluaciones Instrumentales

Video fluoroscopia
FEES

Endoscopia Digestiva
Manometría Esofágica de Alta
Resolución

Estudios Imagenologicos.



Medidas Reportadas por el Paciente (PROMs)

SWAL-QOL (Swallowing Quality
of Life):

Dysphagia Handicap Index
(DHI):

Brief Esophageal Dysphagia
Questionnaire (BEDQ):

Vocal Handicap Index (VHI)

¿Cómo evaluamos la Deglución/Disfagia en las enfermedades respiratorias?

ARTÍCULO INVESTIGACIÓN

Rev Med Chile 2018; 146: 1008-1015

¹Departamento Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
²Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (INTA), Universidad de Chile. Santiago, Chile.
^aTrabajo efectuado en el marco de tesis de Magíster en envejecimiento y calidad de vida INTA, Universidad de Chile.

Validez y confiabilidad del cuestionario *Eating Assessment Tool 10* (EAT-10) para detectar disfagia en adultos mayores chilenos

JAVIERA FERNÁNDEZ-ROSATI^{1,a}, LYDIA LERA²,
 EDUARDO FUENTES-LÓPEZ¹, CECILIA ALBALA²

Revista Chilena de Fonoaudiología 22(1), 1-17

<https://revfono.uchile.cl/>
 ISSN 0719-4692



Artículo Original

Adaptación lingüística y cultural chilena del Voice Handicap Index (VHI) y del Voice Handicap Index 10 (VHI-10)

Soledad Alicia Correa Forno ^{a,b}, Renata Rangel Azevedo ^b y Ana Cristina Côrtes Gama ^c

^a Departamento de Voz, Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Chile.

^b Escola de Fonoaudiologia, Universidade Federal de São Paulo, Brasil.

^c Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

Adaptación inicial de un cuestionario de autopercepción de calidad de vida en pacientes con disfagia

Initial adaptation of a questionnaire on self-perception of quality of life in patients with dysphagia

RESUMEN

El propósito de este estudio fue realizar una adaptación inicial a la población chilena del Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL-QOL), instrumento diseñado para conocer la autopercepción de la calidad de vida que informan las personas con disfagia orofaríngea.

La adaptación se realizó mediante el proceso de traducción y retrotraducción y se obtuvo una versión final del cuestionario a través del consenso de expertos.

Posteriormente, el cuestionario se aplicó a diez personas con disfagia a consecuencia de un accidente cerebrovascular. Los resultados evidenciaron que la adaptación del instrumento puede ser considerada adecuada. Los valores de consistencia interna para todas las escalas son buenos, con coeficientes de α de Cronbach entre 0.71 y 0.90. Los pacientes con disfagia reportaron una percepción disminuida de su calidad de vida, los puntajes más bajos se presentaron en duración de la alimentación (47.00 ± 9.90) y salud mental (48.00 ± 17.78).

La versión adaptada del SWAL-QOL que se presenta es de fácil aplicación en la práctica clínica y entrega información valiosa acerca de la autopercepción de la calidad de vida de las personas con disfagia.

Palabras clave: Disfagia, calidad de vida, SWAL-QOL.

ABSTRACT

Lilian Toledo R.

Fonoaudióloga

Departamento de Fonoaudiología

Universidad de Chile

Inés Aguirre B.

Fonoaudióloga

Michelle Scaramelli S.

Fonoaudióloga

Diego Baeza P.

Fonoaudiólogo

Julio Mella G.

Fonoaudiólogo

Aline Munita G.

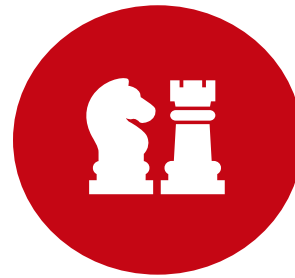
Fonoaudióloga

¿Cuál es el abordaje entre la Deglución/Disfagia en las Enfermedades Respiratorias?



Técnicas compensatorias (posturales)

Maniobra de chin-tuck
Maniobra de giro de cabeza
Comer en posición vertical



Ejercicios rehabilitadores

Ejercicio de Shaker
Chin-tuck contra resistencia:
Ejercicios de reacondicionamiento muscular
Deglución con esfuerzo (effortful swallow) y maniobra de Mendelsohn:



Modificaciones dietéticas y de consistencia

Espesamiento de líquidos
Diets de textura modificada.
Alimentación consciente

¿Cuál es el abordaje entre la Deglución/Disfagia en las Enfermedades Respiratorias?

Entrenamiento de fuerza muscular espiratoria (EMST)

mejora tanto la **función respiratoria** como la **deglución** en pacientes con EPOC y disfagia,

reduce penetraciones/aspiraciones y fortaleciendo los músculos suprahioides involucrados en la deglución.



El protocolo estándar consiste en **5 series de 5 respiraciones (25 respiraciones/día), 5 días por semana durante 4 semanas, con carga al 75% de la presión espiratoria máxima (MEP).**



Mensajes Finales

Para la Consulta, la
Casa, la consulta

La rehabilitación **DEBE CENTRARSE** en entregar una atención de **CALIDAD** y con la **MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE.**

Los dispositivos de Rehabilitación son un **Complemento NECESARIO** y debemos tratar de buscar formas de implementar en nuestra práctica clínica..

NO OLVIDAR que la persona que tenemos enfrente requiere de un trato humanizado en torno a la rehabilitación



Universidad
de los Andes

Escuela
de Enfermería

Escuela de
Fonoaudiología



Deglución y Enfermedad Respiratoria Crónica: Del Diagnóstico a la Intervención Especializada

Gabriel Salgado-Maldonado

Fonoaudiólogo

Magíster en Epidemiología, Universidad de los Andes.
Académico Escuela de Enfermería – Facultad de Enfermería y Obstetricia - Universidad de los Andes
Académico Escuela de Fonoaudiología – Facultad de Medicina - Universidad de los Andes
Presidente Sociedad Chilena de Deglución y Alimentación

