



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TRABAJO DE TITULACION ESPECIAL
PARA LA OBTENCION DEL GRADO DE MAGISTER EN
GERENCIA Y ADMINISTRACION EN SALUD

TEMA:

**“ESTUDIO SOBRE LA CREACIÓN DE UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA
EL TRATAMIENTO DE DISFAGIA OROFARINGEA”**

AUTOR

DR. DANILO TERÁN MUÑOZ

TUTOR

DR. JOHNNY GARCÍA ESPINOZA

Año 2016

Guayaquil – Ecuador

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE TITULACION ESPECIAL		
TÍTULO “ESTUDIO SOBRE LA CREACIÓN DE UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PARA EL TRATAMIENTO DE DISFAGIA OROFARINGEA”		
AUTOR: EDER DANILO TERÁN MUÑOZ	TUTOR: DR. JOHNNY GARCÍA ESPINOSA REVISOR: Dr. LUIS ALBERTO CHANTONG VILLACRÉS	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	FACULTAD: Ciencias Médicas	
PROGRAMA: MAESTRIA EN GERENCIA Y ADMINISTRACION EN SALUD		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	N° DE PÁGS.: 55	
ÁREA TEMÁTICA: SALUD		
PALABRAS CLAVES: Disfagia, broncoaspiración, ictus, costes hospitalarios.		
RESUMEN: La disfagia orofaríngea es una alteración prevalente en los pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos de riesgo, como son los pacientes neurológicos. El efecto principal de la misma, es la neumonía, que produce aumento en los indicadores como la morbilidad, estancia hospitalaria, incrementando así los costes hospitalarios. El objetivo de este estudio es determinar la situación actual de disfagia entre los pacientes hospitalizados en el servicio de Neurología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), en Octubre del 2016. Se obtuvo datos del sistema informático del HTMC para determinar la prevalencia de disfagia entre pacientes hospitalizados y se realizó un test de cribado mediante la encuesta EAT-10 a los pacientes hospitalizados en el servicio de Neurología. Los datos obtenidos arrojaron que el diagnóstico de disfagia como diagnóstico principal estuvo presente en 26 pacientes del total de pacientes del HTMC, 53,8% mujeres y 46,2% varones, edad $76\pm 17,16$ años; mientras que los resultados de la encuesta mencionada realizada en el área de Neurología determinaron que 77,7% de los encuestados presentaban sospecha de alteración en la deglución, como consecuencia de una patología neurológica de base, siendo dicha alteración más prevalente (74%) en los que el evento cerebrovascular era su diagnóstico de ingreso de los cuales 81,8% fueron varones y 18,2% mujeres, edad $70\pm 6,8$ años. Con los resultados obtenidos en el estudio se propone la creación de una Unidad para el Diagnóstico de la Disfagia Orofaríngea para realizar una intervención diagnóstico-terapéutica precoz y de esta manera aumentar la calidad de atención y disminuir costes hospitalarios.		
N° DE REGISTRO(en base de datos):	N° DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF	☒ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTOR: Dr. Danilo Terán Muñoz	Teléfono: 0992529954 0034633092687	E-mail: drdaniloteran@gmail.com
CONTACTO DE LA INSTITUCIÓN:	Nombre: SECRETARÍA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2-288086 E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del estudiante EDER DANILO TERÁN MUÑOZ, del Programa de Maestría EN GERENCIA Y ADMINISTRACION HOSPITALARIA, nombrado por el Decano de la Facultad de CIENCIAS MEDICAS CERTIFICO: que el estudio de caso de la unidad de titulación, en opción al grado académico de Magister en Gerencia y Administración en Salud, cumple con los requisitos académicos, científicos y formales que establece el Reglamento aprobado para tal efecto.

Atentamente


Dr. Johnny García Espinoza

TUTOR

AGRADECIMIENTO

Al personal médico y administrativo del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, en especial al Dr. Patricio Salazar por su ayuda y completa apertura para realizar el presente trabajo.

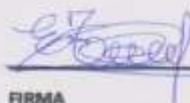
A mi tutor Dr. Johnny García Espinoza, por sus aportes científicos y predisposición, pero sobretudo la empatía que lo caracteriza.

DEDICATORIA

A mis padres, esposa y hermana,
quienes han sido mi sostén, gracias por
el apoyo incondicional y amor sin
límites.

Declaración expresa

"La responsabilidad del contenido de este trabajo de titulación especial, me corresponden exclusivamente; y el patrimonio intelectual de la misma a la UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL"



FIRMA

EDER DANILO TERÁN MUÑOZ

ABREVIATURAS

UDOF: Unidad de Disfagia Orofaríngea.

EAT – 10: Eating assesment tool 10

EM: Esclerosis Múltiple.

ECV: Evento cerebro vascular.

HTMC: Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

VFD: Videofluoroscopia de la deglución.

TVV: Test de volumen – viscosidad.

Tabla de contenido

Resumen.....	1
RESUMEN	1
Introducción	3
Campo de investigación	5
Pregunta de investigación.....	5
Objetivo general:.....	5
Objetivos específicos:.....	5
La novedad científica:.....	5
Capítulo 1	7
MARCO TEÓRICO.....	7
1.1 TEORÍAS GENERALES	7
1.2 TEORÍAS SUSTANTIVAS.....	9
1.3 REFERENTES EMPÍRICOS	13
Capítulo 2	18
MARCO METODOLÓGICO.....	18
2.1 METODOLOGÍA.....	18
2.2 METODOS	18
2.3 HIPOTESIS	19
2.4 UNIVERSO Y MUESTRA.....	19
2.5 MATRIZ CDIU	19
2.6 GESTION DE DATOS.....	20
2.7 CRITERIOS ETICOS DE INVESTIGACIÓN.....	20
Capítulo 3	22
RESULTADOS	22
Capítulo 4	28
DISCUSIÓN.....	28
4.1 CONTRASTACIÓN EMPIRICA:.....	28
4.2 LIMITACIONES	33
4.3 LINEAS DE INVESTIGACION	34
4.4 ASPECTOS RELEVANTES.....	35
PROPUESTA	36
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES.....	47
Bibliografía	48
Anexos	52

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: Matriz CDIU	Página 19
TABLA 2: Listado de pacientes disfagia IESS	Página 22
TABLA 3: Disfagia y servicios hospitalarios	Página 24
TABLA 4: Relación entre diagnósticos y resultados EAT 10	Página 27

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Árbol de problemas.	Página 4
FIGURA 2: Distribución de pacientes por sexo.	Página 23
FIGURA 3: Distribución de pacientes por sexo EAT-10	Página 24
FIGURA 4: Distribución por pacientes según diagnostico EAT-10	Página 25
FIGURA 5: Distribución de edad según diagnóstico EAT-10	Página 26
FIGURA 6: Correlación entre edad y score de pctes con ACV	Página 27
FIGURA 7: Esquema de la unidad de disfagia orofaríngea	Página 38
FIGURA 8: Algoritmo diagnóstico terapéutico de la UDOF	Página 43

RESUMEN

La disfagia orofaríngea es una alteración prevalente en los pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos de riesgo, como son los pacientes neurológicos. El efecto principal de la misma, es la neumonía, que produce aumento en los indicadores como la morbimortalidad, estancia hospitalaria, incrementando así los costes hospitalarios. El objetivo de este estudio es determinar la situación actual de disfagia entre los pacientes hospitalizados en el servicio de Neurología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo (HTMC), en Octubre del 2016. Se obtuvo datos del sistema informático del HTMC para determinar la prevalencia de disfagia entre pacientes hospitalizados y se realizó un test de cribado mediante la encuesta EAT-10 a los pacientes hospitalizados en el servicio de Neurología. Los datos obtenidos arrojaron que el diagnóstico de disfagia como diagnóstico principal estuvo presente en 26 pacientes del total de pacientes del HTMC, 53,8% mujeres y 46,2% varones, edad $\bar{X}66\pm17,16$ años; mientras que los resultados de la encuesta mencionada realizada en el área de Neurología determinaron que 77,7% de los encuestados presentaban sospecha de alteración en la deglución, como consecuencia de una patología neurológica de base, siendo dicha alteración más prevalente (74%) en los que el evento cerebrovascular era su diagnóstico de ingreso de los cuales 81,8% fueron varones y 18,2% mujeres, edad $\bar{X}70\pm6,8$ años. Con los resultados obtenidos en el estudio se propone la creación de una Unidad para el Diagnóstico de la Disfagia Orofaríngea para realizar una intervención diagnóstico-terapéutica precoz y de esta manera aumentar la calidad de atención y disminuir costes hospitalarios.

Palabras clave: Disfagia, broncoaspiración, ictus, costes hospitalarios.

ABSTRACT

Oropharyngeal dysphagia is a prevalent alteration in hospitalized patients, especially those at risk, such as neurological patients. The main effect is pneumonia, which causes an increase in indicators such as morbidity and mortality, as well as prolonged hospital stay, thus increasing hospital costs. The objective of this study is to determine the current status dysphagia among patients hospitalized at Teodoro Maldonado Carbo Hospital (HTMC) Neurology service in October 2016. Data were obtained from the HTMC computer system to determine the prevalence of dysphagia among hospitalized patients and a screening test was performed by the EAT-10 test to patients hospitalized in the Neurology service. The data obtained showed that the diagnosis of dysphagia as the main diagnosis was present in 26 patients of the total HTMC patients, 53.8% female and 46.2% male, age 66 ± 17.16 years; While the results of EAT-10 test conducted in the area of Neurology determined that 77.7% of the respondents presented suspicion of altered swallowing, as a consequence of a basic neurological pathology, being the most prevalent alteration (74%) in cerebrovascular event was their diagnosis of admission, 81.8% were male and 18.2% female, age 70 ± 6.8 years. With the results obtained in the study it is proposed the creation of a Unit for the Diagnosis of Oropharyngeal Dysphagia to perform an early diagnostic-therapeutic intervention and in this way increase the quality of care and decrease hospital costs.

Key words: Dysphagia, broncoaspiration, ictus, health-care costs.

Introducción

La disfagia orofaríngea está definida como la dificultad para trasladar el bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago. Esta condición puede estar causada por múltiples alteraciones, ya sean estructurales, como por ejemplo las tumoraciones en el tracto aerodigestivo, las alteraciones en la estructura ósea mandibular, alteraciones en la columna cervical a manera de osteofitos, o cicatrices en el área orofaríngea producto de intervenciones quirúrgicas en dicha zona, pero la mayor parte de los pacientes que sufren de disfagia presentan una anomalía en la motricidad en la musculatura orofaríngea de causa neurológica.

La disfagia orofaríngea es una condición común en pacientes que han presentado eventos cerebrovasculares, ya sea isquémicos o hemorrágicos, enfermedad de Parkinson, y enfermedad de Alzheimer. Además de presentarse en las patologías mencionadas, presenta una elevada prevalencia entre los pacientes de edad avanzada. La disfagia orofaríngea puede causar serias complicaciones como desnutrición, aspiraciones bronquiales, neumonías y mortalidad prematura que representan una gran carga económica para los sistemas de salud. (Almirall, 2013).

Estos costos adicionales se relacionan con una estancia prolongada (costos directos), y también con gastos indirectos que derivan de los tratamientos de las complicaciones de la disfagia y los cuidados que el paciente requiere. (Figura 1).

Actualmente, según datos americanos, el costo anual de estos pacientes son 547 millones de dólares, en la literatura médica indican también la prolongación de la estancia hospitalaria, pacientes sin disfagia de 2.4 días a pacientes con disfagia de 4 días, los costos diarios fijos y variables de la disfagia 2 454 dólares. (Altman, 2010).

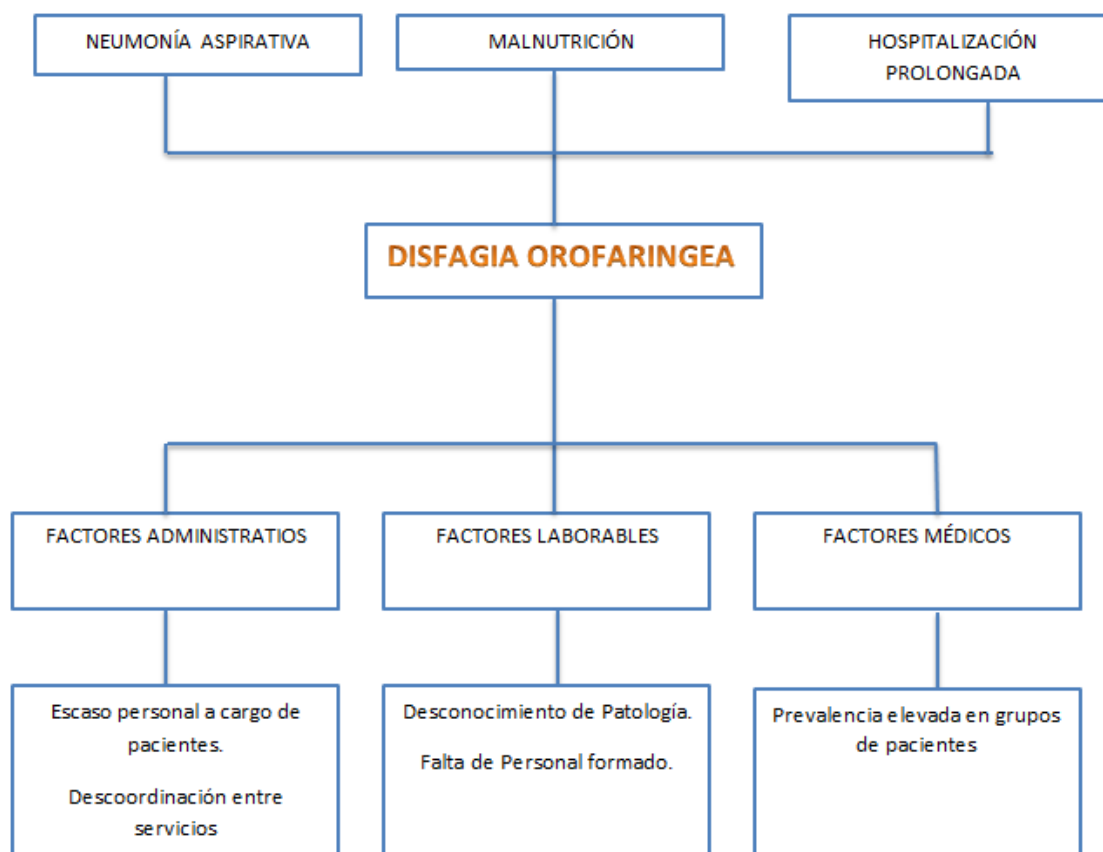


FIGURA 1: ARBOL DE PROBLEMAS

A pesar de todo ello, la disfagia es frecuentemente pasada por alto, infradiagnosticada e infratratada en pacientes en riesgo.

La presente investigación se enfocará en la situación actual de la disfagia orofaríngea en los pacientes hospitalizados agudos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, ya que no disponemos de datos en nuestro medio, tanto de datos médicos como de cifras y costes sanitarios relacionados con esta patología.

Objeto de estudio:

Creación de Unidad Multidisciplinar.

Campo de investigación

Disfagia orofaríngea

Pregunta de investigación

¿Cuál es la situación actual de la disfagia orofaríngea entre los pacientes hospitalizados del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo?

Objetivo general:

Conocer el riesgo de presentar disfagia orofaríngea entre los pacientes hospitalizados en el Servicio de Neurología.

Objetivos específicos:

- Describir las características demográficas de los pacientes que presentan disfagia orofaríngea.
- Buscar la asociación de disfagia orofaríngea con las distintas patologías.
- Proponer la creación de una Unidad Multidisciplinar de Tratamiento de disfagia orofaríngea para hacer un diagnóstico correcto, establecer medidas de intervención nutricionales, médicas y quirúrgicas para el tratamiento de estos pacientes.

La novedad científica:

En nuestro país no hay estudios relacionados con la incidencia de la disfagia orofaríngea, sus complicaciones y su impacto en los costes sanitarios. Las

Unidades de Disfagia orofaríngea y los protocolos de diagnóstico precoz de disfagia proliferan en los últimos años, así como también la literatura al respecto en varios países; este estudio es el primer trabajo que se refiere al tema en cuestión, y por tanto puede ser el comienzo de una serie de estudios en el ámbito local en los que se realce el diagnóstico precoz de la disfagia orofaríngea por medio de la creación de unidades multidisciplinarias.

Capítulo 1

MARCO TEÓRICO

1.1 TEORÍAS GENERALES

FISIOLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN

La disfagia se ha definido como la sensación subjetiva de dificultad o anormalidad al tragar. La disfagia orofaríngea se caracteriza por la dificultad en iniciar la deglución. La deglución puede estar acompañada de regurgitación nasofaríngea, broncoaspiración, y la sensación de restos de comida en la faringe. Todo esto a diferencia de la disfagia esofágica que se caracteriza por la sensación de estancamiento de la comida en el tórax varios segundos después de realizada la deglución. (Chan, 2015)

La deglución normal consiste de tres fases (preparatoria oral, faríngea y esofágica) que se realizan sin esfuerzo aproximadamente 600 veces al día. Una vez que el proceso de deglución ha comenzado, en condiciones normales el bolo alimenticio toma menos de un segundo en alcanzar el esófago, y una vez allí aproximadamente 15 segundos en el esófago para completar la deglución. Este proceso involucra aproximadamente 30 músculos. Por lo tanto, sincronización precisa durante la fase orofaríngea son cruciales para la deglución normal. Los centros centrales de la deglución localizados en el tronco cerebral, son interdependiente y reciben aferencias bilaterales de la corteza motora y premotora. El grado de input de cada hemisferio es crítico para determinar el grado de recuperación después de presentar un ictus.

Fases de la deglución:

Fase preparatoria oral: En la fase preparatoria oral, el bolo es procesado por la masticación a un tamaño, forma y consistencia adecuada para pasar a través de la faringe y esófago. La fase oral es francamente voluntaria.

La lengua es una parte crítica en esta fase, tanto para direccionar los alimentos hacia la dentadura para que sea triturado de una manera adecuada como para colocar el bolo alimenticio de manera correcta para realizar la deglución. Después de la masticación, el bolo es colocado en la parte posterior de la lengua. La lengua anterior cierra contra el paladar duro y lleva el bolo alimenticio hacia la faringe. La fase oral preparatoria está bajo control voluntario e involucra el uso de los pares craneales V, VII y XII. (Paul W. Flint, y otros, 2015)

Fase faríngea: Durante la fase faríngea de la deglución, el bolo pasa a través de la faringe hacia el esófago por medio de peristalsis faríngea. Esto ocurre por la aproximación del paladar blando hacia la pared posterior de la nasofaringe, la cual junto a la contracción de los músculos constrictores sella la entrada al cavum. De manera simultánea, la laringe y el hioides son llevados hacia arriba y hacia adelante permitiendo al bolo alimenticio pasar sobre la laringe sin aspiración hacia la misma. Además, se produce una relajación del músculo cricofaríngeo que conforma el esfínter esofágico superior, facilitando de esta manera la entrada del bolo alimenticio al esófago.

La fase faríngea al contrario de la fase oral, es un reflejo que se desencadena con el acto de deglutir. Involucra a los pares craneales V (trigémino), IX (glossofaríngeo), X (vago)

y XII (hipogloso). Durante la deglución, la respiración se inhibe por parte del sistema nervioso central.

Fase esofágica: En esta fase de la deglución, contracciones peristálticas en el cuerpo del esófago combinado con relajación simultánea del esfínter esofágico inferior llevan el bolo al estómago.

1.2 TEORÍAS SUSTANTIVAS

IMPACTO DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA

La neumonía es una causa importante de morbilidad y mortalidad después de sufrir un accidente cerebrovascular o trauma craneal, y en la mayor parte de los casos está asociada a disfagia. Sellars y colaboradores (2007) en un estudio de 412 pacientes determinó características clave que podrían predecir los pacientes que tienen alto riesgo de presentar neumonía después de un evento cerebrovascular. El estudio llegó a la conclusión de la neumonía se asociaba a edad avanzada, disartria, secuelas motoras asociadas al evento cerebral y el test de exploración denominado del agua con resultados anormales.

Además, la neumonía por aspiración es la principal causa de muerte en los pacientes institucionalizados en residencias geriátricas. Se ha reportado que entre el 35 y el 85 % de los internos presentan malnutrición en dichas casas de salud de estancia prolongada. Además de ser un signo de alarma, la disfagia en el anciano lleva a problemas físicos y psicosociales que pueden reducir su calidad de vida. En otros estudios se ha encontrado que los pacientes con disfagia tienen más frecuentemente dolor precordial, regurgitación y pirosis comparados con los pacientes que no tienen disfagia. (Almirall J. C., 2012)

La dificultad para tragar asimismo es causa de ansiedad relacionada con las ingestas; o bien el paciente no quiere comer solo por miedo a atragantarse, o bien se sienten avergonzados socialmente por su particular lentitud y cuidados a la hora de comer. Cuando una persona presenta dificultades para deglutir, afecta a una parte muy importante de su salud. Inclusive los episodios de disfagia menores pueden repercutir negativamente en los aspectos de su vida; el miedo a morir atragantado puede llevar al individuo a la malnutrición y a la autoexclusión social. 10 – 31 (Gómez-Busto, 2009) (Wirth, 2016)

Claramente hay implicaciones en el costo sanitario asociado a la disfagia orofaríngea. El aumento de la estancia hospitalaria es mayor en aquellos pacientes con eventos cerebrovasculares que presentan disfagia comparados con aquellos pacientes que no la presentan. De la misma manera, los pacientes con disfagia doblan las posibilidades de ser derivados a un centro de cuidados paliativos. (Steele, 2012)

Es por tanto, una obligación de los sistemas sanitarios incidir en el diagnóstico precoz de la disfagia, para de esta manera evitar toda la problemática que se deriva de la falta de diagnóstico y tratamiento precoz de la misma. Los lineamientos actuales de Gestión Hospitalaria y Calidad en Salud propugnan tener muy en cuenta los indicadores de calidad en salud, para desempeñar una práctica hospitalaria de excelencia, para beneficiar tanto al paciente como al sistema de salud que lo protege. (Ickenstein, 2012)

CALIDAD EN SALUD.

Existen varias definiciones de calidad en el ámbito médico. Una de las definiciones de Donabedián es la siguiente: “tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”. Aunque son varias las

definiciones de calidad en salud, la idea que se desprende de la unión de la mayoría de los conceptos es que se debe obtener la máxima satisfacción del paciente, con un uso adecuado de los recursos hospitalarios.

La calidad de una práctica hospitalaria se determina en función del grado de cumplimiento de una serie de criterios, medidos a través de indicadores, para los que se fijan estándares y cuya monitorización, a lo largo del tiempo, permite la mejora y la satisfacción de las expectativas del paciente.

Los indicadores de salud con herramientas, y los resultados que se desprende de ellos, material invaluable para el análisis e interpretación de los sucesos que se relacionan con los servicios de salud. Son el caldo de cultivo para realizar la evaluación de las actividades hospitalarias, conocer las alteraciones presentadas y tomar decisiones dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. Disponer de un catálogo de indicadores de calidad y seguridad facilita la gestión (central, y departamental), el benchmarking y el aseguramiento de una calidad homogénea en cualquier hospital. (Hernández, 2013)

Los datos del estudio español ENEAS (Estudio Nacional de los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización), se encontró que los eventos adversos tenían una incidencia del 8,4%, una evitabilidad del 42,8% y un coste en España de 400 millones de euros al año, suman a la preocupación por la calidad y seguridad la preocupación por la sostenibilidad. (Nebot-Marzal, 2014).

CONFORMACIÓN DE UNIDAD DE DISFAGIA

La DO cumple los requisitos necesarios para ser objeto de cribado, y este se recomienda en las guías clínicas publicadas. Es un problema de salud importante por prevalencia y gravedad. Existen métodos diagnósticos simples, seguros, validos, fiables, eficientes y

aceptables. El diagnóstico precoz posibilita la intervención, lo cual permite modificar la evolución desfavorable predecible, y además esta intervención es coste-efectiva. Las experiencias de cribado en grupos de pacientes, como en la enfermedad cerebrovascular, son ya antiguas. (Jauch, 2013)

Existen también datos con alto grado de evidencia para valorar la efectividad de la intervención. Por ejemplo, el 81% de los pacientes con un accidente cerebrovascular muestran evidencia de alteraciones de la deglución en videofluoroscopia: la disfagia en estos pacientes se asocia a infecciones pulmonares en el 32% de los casos y a una elevada mortalidad a los 90 días; la detección precoz y el tratamiento de la disfagia reduce el riesgo de neumonía aspirativa, mejora la calidad de los cuidados y optimiza el alta. En la enfermedad de Alzheimer las principales causas de mortalidad son la malnutrición y la neumonía aspirativa, ambas relacionadas con la disfagia (alteraciones de eficacia y seguridad). (Almirall J. C., 2012) (Cabré, 2013)

El enfoque de manejo diagnóstico, o la población diana del cribado en su caso, debe particularizarse en cada centro, adaptándose a los recursos disponibles y al mapa de procesos en cada caso. (Takizawa, 2016)

Evidentemente son necesarios unos recursos básicos, pero el manejo más elemental de la disfagia no precisa de una disponibilidad tecnológica particular, y a un nivel más básico puede llevarse a cabo en cualquier centro hospitalario. Probablemente los únicos prerequisites son la sensibilización con el problema y la organización de los recursos (siempre con apoyo institucional). (García Botrán, 2014)

En los últimos 10 años, la proliferación de estudios en relación con la rehabilitación de la disfagia tras la enfermedad cerebrovascular ha sido importante; Se pone de manifiesto

el creciente interés actual de reeducar la disfagia con técnicas y tratamientos físicos, pese a que aún, hoy en día, la primera opción suele ser la modificación de la dieta mediante el uso de espesantes u otros productos que cambian la textura de los alimentos y evitan el atragantamiento, junto con la eliminación de ciertas comidas o líquidos.

Es evidente que la intervención en la disfagia debe realizarse multidisciplinariamente, contando en el equipo que conforma la unidad de ictus con profesionales como enfermeros, logopedas, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales, para poder aplicar estas terapias físicas o técnicas que integran gran parte del tratamiento de la disfagia. (López-Liria, 2014)

1.3 REFERENTES EMPÍRICOS

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia estimada de disfagia entre pacientes mayores de 50 años es del 16 a 22%. Aproximadamente 13% de los pacientes hospitalizados y entre un 60 a 87% de los pacientes en ancianatos presentan historia de disfagia, siendo la mayor parte de las mismas atribuibles a disfagia orofaríngea. (Martino, 2012)

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

La disfagia orofaríngea puede derivarse de enfermedades que afecten la fase oral preparatoria y/o la fase faríngea de la deglución. (Steele, 2012)

a) Enfermedades que afectan la fase oral preparatoria: Una fase oral preparatoria normal requiere que los alimentos sean adecuadamente masticados y presentados para la deglución. Una masticación correcta, producción suficiente de saliva para adecuar la consistencia del bolo; una mucosa oral intacta en la orofaringe, y una correcta

coordinación neuromuscular son necesarias para que ocurra la primera fase de la deglución. (Baijens, 2016)

Varios factores pueden alterar la fase de la preparación oral, por lo siguientes mecanismos:

- * Alteraciones en la dentición, que provocan inadecuada masticación de los alimentos.
 - * Disminución en el flujo salivar, que puede ocurrir en enfermedades sistémicas como el Síndrome de Sjogren, posteriormente a la administración de radioterapia en cabeza y cuello.
 - * Los pacientes que han presentado un evento cerebrovascular, presentan disfagia debido a una reducción del control lingual, sumado a un reflejo de deglución disminuido, y una disminución del tono de la musculatura faringolaríngea. (Hebert, 2015)
 - * Los pacientes con enfermedad de Parkinson aquejan sensación de disfagia orofaríngea durante las últimas etapas de su enfermedad. La disfagia orofaríngea resulta de una alteración característica de la motilidad lingual, a manera de movimientos asincrónicos que no son efectivos para propulsar el bolo alimenticio hacia la orofaringe. (Kalf, 2012)
- b) Alteraciones de la fase faríngea: Una fase faríngea normal requiere coordinación neuromuscular para propulsión del bolo, un lumen no obstruido, y una relajación normal del esfínter esofágico superior. Durante esta fase, la laringe se eleva y se cierra al nivel de la epiglotis, principalmente por la oclusión de los repliegues ariepiglóticos y cuerdas vocales, para prevenir de esta manera la penetración y aspiración alimenticia.

Diversos desórdenes estructurales y funciones pueden resultar en disfagia por medio de la afectación de la fase faríngea de la deglución:

* Alteraciones neurológicas, que involucran en sistema nervioso central (accidentes cerebrovasculares y enfermedades de la motoneurona), o del sistema nervioso periférico (miastenia gravis) pueden causar disfagia orofaríngea por disrupción de la coordinación neuromuscular requerida durante la fase faríngea de la deglución. En los pacientes con enfermedad de Parkinson, un reflejo deglutorio retrasado y contracción faríngea debilitada puede resultar en acumulación de residuos de comida en la vallécula y senos piriformes. (Santos, 2015)

* Además ciertos pacientes con enfermedad de Parkinson presentan de manera frecuente una relajación incompleta del esfínter esofágico inferior.

* Los pacientes que presentan una barra cricofaríngea o un divertículo hipofaríngeo (alteraciones funcionales y estructurales) pueden resultar en disfagia. La barra cricofaríngea es el hallazgo radiográfico de un detenimiento del contraste baritado en un tránsito intestinal, causado por la alteración en la relajación del esfínter esofágico superior. Con el paso del tiempo, una compliance disminuida del esfínter esofágico superior produce un aumento de la presión en la mucosa de la hipofaringe, que resultará en un divertículo faringoesofágico (Zenker) debido a la protrusión de la mucosa de la hipofaringe entre en constrictor inferior de la faringe y el cricofaríngeo. El divertículo, cuando ha aumentado de tamaño lo suficiente para retener líquidos o sólidos, puede producir síntomas de disfagia debido a la compresión extrínseca del lumen esofágico. (Chan, 2015)

* Obstrucciones dentro de la luz de la orofaringe, principalmente debidas principalmente a neoplasias. Los osteofitos cervicales pueden producir también disfagia por desplazamiento anterior de la hipofaringe dificultando el paso del bolo alimenticio, de la misma manera que las masas e inflamaciones extraluminales provocan efecto de masa. (Paul W. Flint, y otros, 2015)

DIAGNOSTICO Y METODOS DE EXPLORACIÓN CLÍNICA DE LA DISFAGIA

El objetivo del programa de diagnóstico de la disfagia orofaríngea funcional es evaluar las dos características que definen la deglución a) eficacia de la deglución, o capacidad del paciente para ingerir la totalidad de las calorías, y el agua que necesita para estar bien nutrido e hidratado y b) seguridad de la deglución o capacidad del paciente para ingerir el agua y las calorías necesarias sin que se produzcan complicaciones respiratorias. (Rofes, 2014)

Para evaluar estas dos características de la deglución disponemos de dos grupos de métodos diagnósticos: a) los métodos clínicos, como la historia clínica específica b) la exploración clínica de la deglución mediante pruebas complementarias específicas, como la videofluoroscopia (VFS), la manometría esofágica y la fibrolaringoscopia. (Peláez, 2015) (Miles, 2016)

El principal método a utilizar en este trabajo es el test Eating-assesment tool 10 (EAT-10). Es una encuesta que valora parámetros específicos sobre disfagia y alteraciones

más frecuentes; consta de 10 ítems de preguntas puntuadas desde el 0 al 4 dependiendo de la intensidad de los síntomas asociados a disfagia. Es fácil de cumplimentar y aproximadamente se realiza en 2 minutos. Aquellos pacientes que presenten un score superior a 3 presentan un riesgo aumentado de presentar disfagia orofaríngea. Es un test fiable, validado y ampliamente mencionado en la literatura. (Burgos, 2012)

Capítulo 2

MARCO METODOLÓGICO

2.1 METODOLOGÍA

El estudio realizado corresponde con las características de un estudio descriptivo, no experimental, transversal.

2.2 METODOS

Se realizaron dos tipos de métodos de recogida de datos, citados a continuación:

-Por medio del sistema informático del Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo, se recogieron datos para determinar la cantidad de pacientes con diagnóstico de disfagia, tanto en el ámbito hospitalario como en consultas externas durante el mes de Octubre del 2016.

-Por medio de la encuesta denominada EAT 10, se procedió a realizar el test de cribado a los pacientes hospitalizados en el Servicio de Neurología en el mes de Octubre del 2016, para determinar aquellos pacientes que presenten disfagia, y valorar el grado de la misma. De igual manera los datos de dicha encuesta fueron recogidos en una tabla del programa Microsoft Excel®

2.3 PERIODO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

Se desarrolló el protocolo hasta 1 de septiembre de 2016. La recolección y manejo de datos se llevó a cabo entre Octubre y Noviembre del 2016. El servicio de informática nos facilitó los datos estadísticos de su base, por un lado, mientras que por otro el médico informaba al paciente y le preguntaba si deseaba colaborar, de tener una

respuesta afirmativa se le realizaba el EAT-10 test y datos demográficos, así como el diagnóstico de ingreso; la tabulación y limpieza de los datos se realizaron acorde a la recolección de los mismos; llevándose a cabo el reclutamiento. El análisis estadístico se lo realizó a partir de Noviembre del 2016.

2.4 HIPOTESIS

¿Es la Disfagia Orofaringéa una patología prevalente en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Neurología?

2.5 UNIVERSO Y MUESTRA

La muestra fue obtenida del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, ubicado en la ciudad de Guayaquil. Inaugurado en 1970 y sometido a múltiples remodelaciones y ampliaciones, es un hospital de especialidades médicas y procedimientos complejos, que lo convierten en un hospital de tercer nivel y centro de referencia de todas las especialidades médicas en el área del litoral Ecuatoriano. A diario atiende a cerca de 3 000 pacientes afiliados al Seguro Social, especialmente de la provincia del Guayas, y cuenta con más de 400 camas hospitalarias.

2.6 MATRIZ CDIU

CATEGORIAS	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS	UNIDAD DE ANALISIS
Factores administrativos	Personal escaso Descoordinación entre servicios	Encuestas	Gestión Personal de
Factores laborables	Desconocimiento de patología. Falta de personal formado	Entrevista Encuesta	Médicos Autoridades
Factor Médico	Prevalencia elevada	Encuesta	Pacientes

TABLA 1: MATRIZ CDIU

2.7 GESTION DE DATOS

Los datos tanto de los archivos informáticos de las historias clínicas del Hospital, como los resultados de la encuesta de cribado EAT – 10 fueron recogidas en tablas del programa Microsoft Excel ®.

Las variables a estudiar fueron:

Variable predictora: Enfermedad neurológica (Accidente cerebrovascular, Esclerosis múltiple, Crisis convulsivas y TCE).

Variable resultante: Puntaje del Eat-10.

ENFOQUE ANALÍTICO

Las variables cualitativas se describen en Porcentajes con IC 95%, las variables cuantitativas se describirán con Media, desviación estándar, así como los puntajes de los test en Media y desviación estándar.

Se realizó el test exacto de Fisher para las variables no paramétricas entre disfagia, no disfagia y Accidente cerebrovascular, Esclerosis múltiple, Crisis convulsivas y TCE.

2.8 CRITERIOS ETICOS DE INVESTIGACIÓN

Tras la aprobación de la Coordinación General de Investigación del Hospital Teodoro Maldonado Carbo se procedió a obtener los datos de los pacientes, manteniendo el protocolo de confidencialidad. Los datos recogidos en las diferentes tablas son veraces y se ajustan a los criterios establecidos en la recogida

de los mismos. Se han analizado desde diversos puntos de vista los posibles efectos negativos de la investigación en curso, ni los pacientes ni el personal sanitario se verá perjudicado por la realización del presente trabajo. La publicación de los datos y las conclusiones recogidas en el presente trabajo solamente presentarán efectos positivos con respecto de la patología en cuestión, ayudando a comprender el comportamiento de la misma en nuestro medio, y de esta manera contribuir hacia nuevas investigaciones y el desarrollo de programas similares en un futuro. No se presentaron conflicto de intereses durante el devenir de la investigación.

Capítulo 3

RESULTADOS

Se analizaron los datos recolectados de la siguiente manera:

1. Los datos recogidos por el sistema informático del IESS:

Por medio del sistema informático del hospital se recogieron datos de todos los pacientes ingresados en el Hospital en el mes de Octubre, que por medio de la codificación CIE 10 tuvieran como diagnóstico: Disfagia, tanto en hospitalización como en consultas externas. (Tabla 2)

Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo			
LISTADO DE PACIENTES DIAGNOSTICO CIE-10 R13 OCTUBRE 2016			
SE	EDAD	FECHA NACIMIEN	DEPENDENCIA
1	64	21/01/1952	ENDOCRINOLOGIA (HO)
1	64	14/10/1952	ENDOCRINOLOGIA (HO)
2	29	15/06/1989	FISIATRIA (CE)
2	54	03/03/1962	FISIATRIA (CE)
1	82	16/06/1934	GASTROENTEROLOGIA (CE)
1	67	22/04/1949	GASTROENTEROLOGIA (CE)
2	47	18/03/1969	GASTROENTEROLOGIA (CE)
2	39	16/05/1977	GASTROENTEROLOGIA (CE)
1	71	07/04/1946	GASTROENTEROLOGIA (CE)
2	65	10/09/1951	GASTROENTEROLOGIA (CE)
1	66	17/02/1950	GASTROENTEROLOGIA (CE)
2	77	26/11/1939	GASTROENTEROLOGIA (CE)
2	60	08/09/1956	GASTROENTEROLOGIA (CE)
2	97	01/09/1923	GASTROENTEROLOGIA (CE)
1	67	17/10/1949	GASTROENTEROLOGIA (CE)
2	90	20/09/1926	GASTROENTEROLOGIA (CE)
2	86	04/11/1931	GASTROENTEROLOGIA (HO)
2	68	17/05/1948	GASTROENTEROLOGIA (HO)
1	66	12/10/1950	MEDICINA INTERNA (HO)
1	83	27/12/1933	OTORRINOLARINGOLOGIA (CE)
2	64	18/10/1952	OTORRINOLARINGOLOGIA (CE)
1	90	27/07/1926	OTORRINOLARINGOLOGIA (HO)
1	78	10/02/1938	OTORRINOLARINGOLOGIA (CE)
1	52	04/04/1964	OTORRINOLARINGOLOGIA (CE)
2	28	20/08/1988	OTORRINOLARINGOLOGIA (CE)
2	63	17/01/1959	OTORRINOLARINGOLOGIA (CE)

TABLA 2: LISTADO DE PACIENTES CON DISFAGIA SISTEMA INFORMATICO IESS

De los datos recopilados del Sistema Informático del Hospital Teodoro Maldonado Carbo obtuvimos 26 casos clasificados como Disfagia en su diagnóstico principal. De estos 26, el 53,8% correspondieron a mujeres (14 casos) y el 46,2% a varones, con 12 casos (Figura 2)

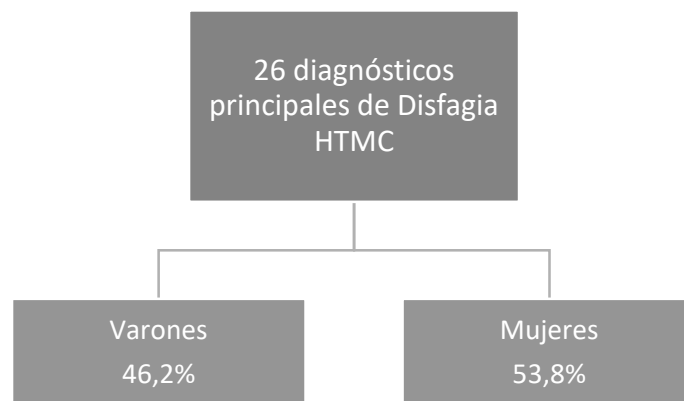


FIGURA 2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE DISFAGIA SEGÚN SEXO

La edad media de estos pacientes fue de 66 (DS $\pm 17,16$), con un valor mínimo de edad de 28 años y un valor máximo de 97 años.

En relación con el servicio de procedencia del total de los registrados en la base de datos con diagnóstico de disfagia, el servicio de Gastroenterología es el que tiene el mayor número de diagnósticos con el 53,8%, de los cuales la mayoría estaban siendo seguidos por Consulta Externa y solo un pequeño porcentaje 14,3% eran agudos es decir estaban hospitalizados. El segundo servicio correspondía a Otorrinolaringología con un 27%, de los cuales la mayoría estaban en seguimiento por Consulta externa. En tercer con 2 pacientes cada uno estaban los servicios de Endocrinología (7,7%) y Fisiatría (7,7%), estos últimos en el ámbito ambulatorio y en cuarto lugar, un paciente ingresado en Medicina Interna con este diagnóstico (3,8%).

SERVICIO	AMBITO	N
Gastroenterología	Consulta externa	12
(53,8%)	Hospitalizados	2
Otorrinolaringología	Consulta externa	6
(27%)	Hospitalizados	1
Endocrinología	Consulta externa	0
(7,7%)	Hospitalizados	2
Fisiatría	Consulta externa	2
(7,7%)	Hospitalizados	0
Medicina Interna	Consulta externa	0
(3,8%)	Hospitalizados	1

TABLA 3: DISFAGIA Y SERVICIOS HOSPITALARIOS.

2. Los datos recogidos por la el test de cribado en el área de Neurología.

El número total de encuestados ha sido de 18 pacientes en el área de hospitalización de Neurología. Respecto a la distribución por sexos, 13 eran varones (72,2 %) y 5 mujeres (27,8 %). La media de edad fue de 59,6 años (DS: $\pm 17,3$), con un valor mínimo de 20 años y un máximo de 87 años, datos recogidos en la figura 3.

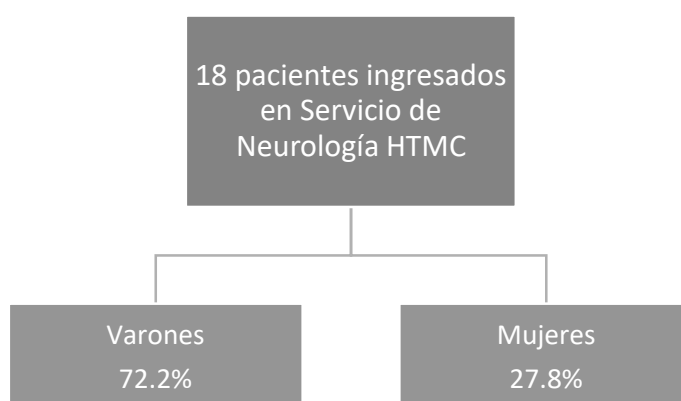
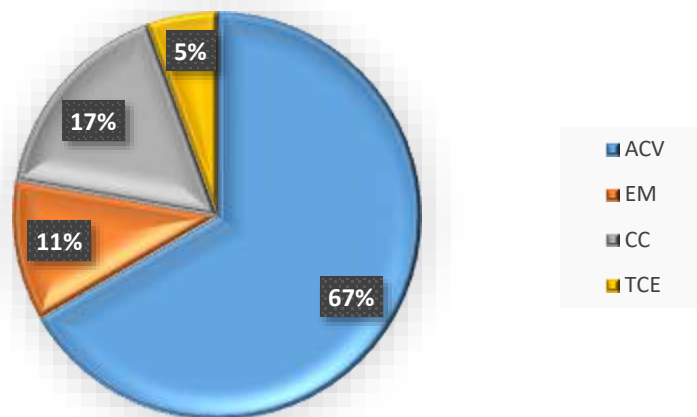


FIGURA 3: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR SEXO EAT 10

El diagnóstico principal que ha motivado el ingreso de estos pacientes es el Accidente Cerebrovascular (ACV), representando el 67% de los pacientes ingresados en este servicio, en la figura 4 se listan el resto de diagnósticos.

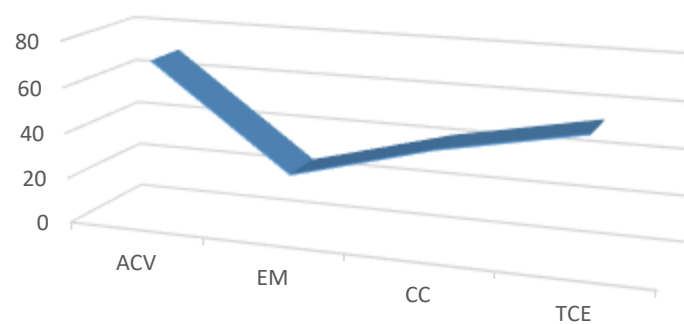


ACV: Accidente cerebrovascular, EM: Esclerosis Múltiple, CC: Crisis Convulsiva, TCE: Traumatismo craneoencefálico

FIGURA 4: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN DIAGNÓSTICO DE INGRESO HOSPITALARIO

Existen diferencias de medias de edad por diagnóstico de ingreso, siendo más mayores los pacientes ingresados por ACV con una edad media de 70,1 (DS: ± 6.9) y los más jóvenes los pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple con una edad media de 25,5 (DS: ± 5.5) (Figura 5).

De los 18 pacientes hospitalizados 12 tienen ACV, correspondiendo al 66,7%. De los mismos 11 tienen sospecha de disfagia por presentar un Score en el test EAT 10 mayor a 3, correspondiendo al 92%; solamente un paciente no presenta sospecha (8%)



ACV: Accidente cerebrovascular ($\bar{X}$ 70 $\pm$ 6,9), EM: Esclerosis Múltiple ($\bar{X}$ 25 $\pm$ 5,5), CC: Crisis Convulsiva ($\bar{X}$ 42 $\pm$ 5,5), TCE: Traumatismo craneoencefálico ($\bar{X}$ 54)

FIGURA 5: DISTRIBUCIÓN DE EDAD SEGÚN DIAGNÓSTICO DE INGRESO

El test de cribado de disfagia realizado a pie de cama de los pacientes se hizo a los 100% de hospitalizados durante el período de recolección de datos, colaborando para el mismo el paciente y/o su familiar(es). El punto de corte de referencia del test Eat-10 es 3, es decir que una cifra igual o mayor a 3 ya se consideraría sospechosa de disfagia. Del total de encuestas han demostrado ausencia de sospecha 4 casos (22.2%). Cerca del 78% demostraron por tanto sospecha de disfagia (14 casos). De este 78%, 11 casos correspondieron a ACV, 2 Esclerosis múltiple y 1 Crisis convulsiva (CC).

Del total de pacientes con ACV, en lo que respecta a la distribución por sexos 9 eran varones (81,8 %) y 5 mujeres (18,2 %) edad media de 70,8 (DS: $\pm$ 6.8).

Partiendo de que un resultado del Eat-10 $\geq$ 3 constituye riesgo de disfagia dividimos a los pacientes en dos grupos con riesgo y sin riesgo, los comparamos obteniendo una diferencia significativa entre los resultados de los tests con riesgo (17,1) y sin riesgo (5,5) (Chi-cuadrado p 0,018) con un nivel de confianza del 95%. (Tabla 4).

Estadísticos de contraste		
	Patología	score_mod
Chi-cuadrado	17,111 ^a	5,556 ^b
gl	3	1
Sig. asintót.	,001	,018

TABLA 4: RELACION ENTRE DIAGNOSTICOS Y RESULTADOS DE EAT 10

Por otro lado, hemos analizado la relación entre las patologías más susceptibles a presentar disfagia (ACV+EM), versus las patologías que tienen menos riesgo de presentarla (CC+TCE), de igual manera con el test no paramétrico de Fisher hemos obtenido una diferencia estadística entre ambos grupos ($p < 0,05$).

De lo anterior se desprende que en el medio estudiado hay una asociación estadísticamente significativa entre la sufrir un evento cerebral vascular agudo y presentar un riesgo elevado de disfagia. Dicha asociación está ausente en patologías como las crisis comiciales o el trauma craneal.

Además, mediante el test de correlación de Pearson se analizaron la edad de los pacientes con ACV con test positivo y el score que obtuvieron dichos pacientes. Se obtuvo una correlación leve de $R^2 = 0,2958$ (Figura 6).

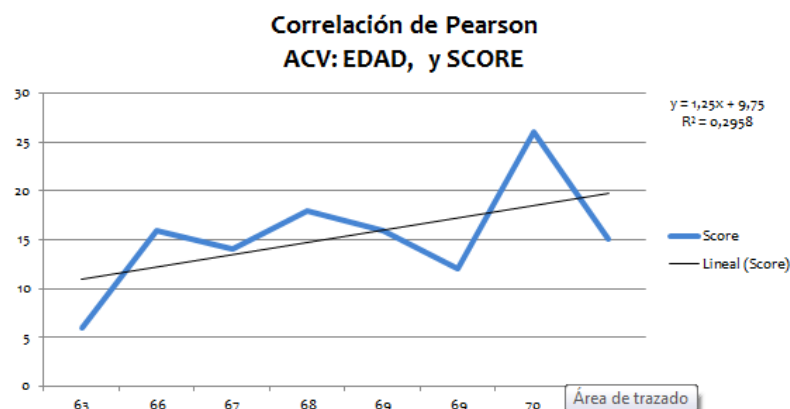


FIGURA 6: CORRELACIÓN ENTRE EDAD Y SCORE PCTES ACV

Capítulo 4

DISCUSIÓN

4.1 CONTRASTACIÓN EMPÍRICA:

Como primer apartado de la discusión de este trabajo, analizaremos los resultados de la incidencia de disfagia entre los pacientes hospitalizados en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

El análisis de los datos obtenidos en el primer apartado, arrojó que el número de pacientes que presentaban Disfagia como diagnóstico principal, o como diagnóstico secundario, tanto entre los pacientes hospitalizados como en los que acuden a consultas externas durante el mes de octubre del 2016 fue de 32 pacientes. Los datos mencionados llaman la atención si se los relaciona en el contexto internacional.

La epidemiología de la disfagia se mantiene pobremente definida. Los estudios en la población general son escasos, y los encontrados en la literatura se enfocan principalmente en rangos concretos de edad, por lo general en pacientes de edad avanzada. Uno de los estudios analizó la sintomatología correspondiente a disfagia entre pacientes con un rango de edad que va desde los 50 a los 70 años (1990), y en otro, indagó acerca de la sintomatología relacionada a la disfagia en pacientes institucionalizados de más de 87 años (1991).

En ambos estudios, se estableció claramente la relación entre edad avanzada y la presencia de síntomas de disfagia.

El estudio que analiza las características epidemiológicas en pacientes a partir de 18 años data del 2008, y se realizó en Australia. Se analizó una muestra al azar de 1000 pacientes de un área sanitaria determinada. En la misma se envió un cuestionario en el cual se realizaban varias preguntas para determinar la incidencia de síntomas relacionados con disfagia. Los resultados de dicho cuestionario fueron los siguientes: los síntomas relacionados con la disfagia estuvieron presentes en aproximadamente en un 16% de la población analizada.

Otro estudio más antiguo realizado en Suecia en 1981, con un análisis de 2329 pacientes, concluyó que la prevalencia de disfagia en dichos pacientes fue del 22.3%. En el estudio realizado por Bloem y colaboradores en 1990, en el que se analizaron 130 pacientes mayores de 87 años, y se encontró nuevamente que la incidencia de disfagia fue del 16%, sin predominio por sexo.

Otro estudio sueco realizado en el año de 1991, analizó a 556 pacientes de entre 50 y 79 años, encontrando que 1.6% de los pacientes presentan síntomas obstructivos y 20% de los mismos presentan globo faríngeo. Talley y colaboradores en su estudio realizado en el año 1992, analizando 1021 pacientes encontró que los aproximadamente 6% de los pacientes presentaron alguna dificultad relacionada con la deglución. En un estudio más reciente, realizado en Japón en 1313 pacientes mayores de 65 años, encontró una incidencia de 13,8% de disfagia en la muestra.

La prevalencia de la disfagia en nuestro estudio es comparativamente menor que la encontrada en la literatura analizada, pero la diferencia comparativa radica fundamentalmente en que en los estudios citados se realizó una encuesta dirigida a los pacientes para determinar la incidencia de disfagia, aumentando de aquella manera la sospecha diagnóstica, en cambio en nuestro estudio solamente se tomaron aquellos pacientes en los que el diagnóstico de disfagia ya se encontraba establecido; evidentemente si se hubiese realizado una encuesta dirigida a sintomatología de disfagia como el EAT – 10 a todos los pacientes hospitalizados y atendidos en consultas externas se hubiese encontrado mayor prevalencia de la patología.

DISFAGIA ENTRE PACIENTES NEUROLÓGICOS.

La incidencia de disfagia orofaríngea entre pacientes hospitalizados en el área de Neurología en nuestro estudio mediante la realización del EAT-10 es del 78%, y la patología más frecuente fue el Ictus isquémico. Al contrario de la incidencia de disfagia en la población general, la disfagia en los pacientes con Ictus está bien documentada. Tal vez el artículo que ha sido citado en más ocasiones ha sido el realizado por Meng y colaboradores en el año 2000, realizado en pacientes que presentaban ictus isquémicos localizados en el tronco cerebral. Se encontró que el 81% de los pacientes analizados presentaban disfagia, y un 79% de los mismos no pudieron realizar una correcta alimentación oral. La incidencia de neumonía por aspiración fue del 11%. Realizando la comparativa con nuestro estudio, se

encuentra una incidencia mayor a la del estudio citado debido a que nuestro test tiene mayor sensibilidad que el utilizado.

En un estudio realizado en Pakistán en el 2016 en el ámbito hospitalario se analizaron 150 pacientes en un lapso de 6 meses. Se encontró que un 53% de los pacientes presentaron disfagia, con una incidencia mayor en el sexo masculino con un 62% de los pacientes, y se identificó al hábito tabáquico como factor de riesgo del mismo. La distribución por sexos en nuestro estudio arrojó que los pacientes masculinos representan el 72% de los estudiados. (Ehsaan, 2016)

En otro estudio del año 2016 realizado en Suiza para determinar el valor predictivo positivo de un test para disfagia, se encontró que 128 (27,45) de 467 pacientes estaban en riesgo de aspiración bronquial, determinado por una puntuación mayor de 2 en la escala de abordaje de la disfagia de Parramatta. (Kägi, 2016)

En el estudio realizado por Somasundaram y colaboradores, en el contexto de la valoración de la disfagia en aquellos pacientes que habían sufrido un evento cerebrovascular agudo con afectación de la arteria cerebral media. Se analizaron parámetros como disfonía, disartria, reflejo nauseoso alterado, seguido del denominado test del agua, en el que se administran 50 ml de agua para determinar si hay alteraciones como disfagia o tos. Se encontró que 41 (61%) de 67 pacientes estudiados arrojaron un resultado positivo para disfagia en el test realizado. En nuestro estudio, con un test diferente (EAT-10) encontramos resultados superiores a los del estudio en mención (92%) aunque algo elevados, probablemente porque

probablemente porque el test del agua es menos sensible pero más específico (Somasundaram, 2014)

En el ámbito latinoamericano, en un estudio realizado en Sao Paulo, Brasil, se estudiaron a 50 pacientes ingresados de manera urgente por presentar un evento cerebrovascular isquémico. Se estudiaron 25 hombres (50%) y 25 mujeres, con una edad media de 64.90 años (rango entre 26 – 91), presentado estos pacientes una edad similar a los de nuestro estudio (70 años). Se determinó la presencia de disfagia mediante la utilización del TVV. Se encontró que la disfagia está presente en aproximadamente en el 32% de los pacientes, resultados comparativamente inferiores. En sexo, la edad y el hemisferio cerebral afecto no estaban asociados a la presencia de disfagia de manera significativa. (Okubo, 2012)

En nuestro estudio, además de los pacientes ingresados por eventos cerebrales isquémicos, en nuestro estudio también se encontraron otras patologías, entre ellos dos pacientes con Esclerosis Múltiple (EM). De igual manera, siendo la EM una enfermedad neurodegenerativa, la incidencia de disfagia entre los pacientes que la presentan es considerable. La incidencia encontrada en estudios es de aproximadamente del 30% de los pacientes, pero sin embargo esta incidencia aumenta conforme la enfermedad va progresando en intensidad. En el estudio italiano que evaluó la prevalencia de disfagia reportada por los pacientes mediante el test DYMUS (Dysphagia in Multiple Sclerosis), se encontró que aquellos pacientes que presentaban un estadio más avanzado en el EDSS (Escala expandida del Estado de Discapacidad) presentaban considerablemente más disfagia que aquellos que presentaban un resultado bajo en el EDSS. (Solaro, 2013)

Guan y colaboradores realizaron un meta-análisis de la literatura existente, mediante una revisión sistemática de la literatura en las fuentes Pubmed, Embase y Cochrane. Los resultados de dicho análisis concluyeron que más de un tercio de los pacientes con EM sufren algún tipo de disfagia. (Guan, 2015)

De la misma manera, en otro estudio se analizaron 500 pacientes de entre 11 y 69 años en búsqueda de diversas manifestaciones orofaciales. Se encontró que la disfagia está presente en el 26% de los casos; así mismo se presenta en una mayor medida en aquellos pacientes que tienen un estadio funcional peor de la enfermedad. Los pacientes con diagnóstico de EM en nuestro estudio presentan edades de 20 y 31 años, probablemente en estadios iniciales de la enfermedad y con buen estado funcional, a pesar de lo mencionado, presenta un test con resultado de 18 y 20. Esto se corrobora con los hallazgos en la literatura de que la disfagia se puede presentar de una manera precoz en estos pacientes. (Danesh-Sani, 2013)

4.2 LIMITACIONES

En cuando a las limitaciones encontradas en este estudio, la principal es la del escaso número de pacientes ingresados en el área de Neurología. Esto es debido principalmente a que el área mencionada se encuentra bajo remodelación. Por tanto el espacio físico para los pacientes hospitalizados es reducido, siendo esa la causa principal del número de pacientes encuestados.

Además, en el apartado de la prevalencia de disfagia en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, se tomó como referencia el registro

electrónico de aquellos pacientes que según el CIE-10 presentaban diagnóstico de disfagia, debido a ello probablemente haya un infradiagnóstico de la prevalencia de esta patología, siendo lógico pensar que si se aplica un test de cribado a toda la población hospitalaria, como por ejemplo el EAT-10 la prevalencia hubiera arrojado que una mayor cantidad de pacientes presentan la patología mencionada.

El test utilizado, EAT 10, es un test fiable y fácil de completar; existen otros test que presentar mejor rendimiento diagnóstico pero requieren cierto tipo de intervenciones que toman más tiempo y requieren de cierta pericia además de instrumental especial. Si se hubiese utilizado otros tests, como el TVV o la videofluoroscopia de la deglución (gold standard) los resultados serían más fidedignos.

4.3 LINEAS DE INVESTIGACION

En las futuras investigaciones, como se mencionó en párrafos anteriores, se debería utilizar el test EAT-10 como método de cribado entre los pacientes hospitalizados, para obtener una prevalencia más real de la disfagia.

De la misma manera, partiendo de este estudio, se podrían realizar otras determinaciones clínicas de mayor rendimiento en los pacientes neurológicos, en los pacientes de edad avanzada y en aquellos que han sido intervenidos quirúrgicamente o con radioterapia en el área de cabeza y cuello. Un test rápido y reproducible fácilmente es el denominado Test del Agua

4.4 ASPECTOS RELEVANTES

No se conocen datos en el ámbito Ecuatoriano con respecto de la disfagia orofaríngea en los pacientes neurológicos. Este estudio puede servir de inicio en una línea de investigación importante, ya que en los últimos años los estudios que mencionan la disfagia orofaríngea y sus costes para los sistemas de salud han sufrido un aumento exponencial.

Capítulo 5

PROPUESTA

PROPUESTA DE CREACION DE UNIDAD DE DISFAGIA.

Por los puntos mencionados en los apartados anteriores en esta tesis, se propone la creación de una Unidad Multidisciplinar para el diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea.

PAPEL ACTUAL DE LAS UNIDADES MULTIDISCIPLINARES.

La estructura clásica organizativa de los Hospitales está dividida por Servicios, dependiendo del conjunto de aparatos y sistemas que tratan: Cardiología, Neumología, Gastroenterología, etc. Sin embargo, en la época médica actual se entiende que hay cantidad de patología que requiere un abordaje multidisciplinar para conseguir una mejor asistencia a los pacientes. Las Unidades Multidisciplinares tienen la capacidad de tener una visión global de la patología que tratan, evitan test diagnósticos y consultas innecesarias, así como también el peregrinaje de los pacientes por las distintas especialidades. Todas estas características de las unidades mencionadas, confluyen para mejorar la calidad en la atención de los pacientes. (Kaspar, 2012) (Cazalilla-López, 2014).

CREACIÓN DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE DISFAGIA OROFARÍNGEA.

A continuación se exponen los puntos principales con respecto de la creación de la Unidad de disfagia Orofaríngea.

MISIÓN: Diagnosticar y tratar de manera oportuna a los pacientes susceptibles de presentar disfagia orofaríngea, por medio de la correcta comunicación y desempeño entre los integrantes de la Unidad, asegurando de esta manera beneficios para el paciente y la Institución.

VISION: Ser una Unidad referente en el ámbito Nacional en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la Disfagia Orofaríngea, a través del profesionalismo, actividad científica y trayectoria, para cumplir de manera adecuada los requerimientos de nuestros pacientes.

OBJETIVOS:

Toda Unidad debe tener sus objetivos claramente especificados.

- + Identificar a todos los pacientes en riesgo de presentar disfagia orofaríngea
- + Realizar intervenciones dietéticas y nutricionales de estos pacientes.
- + Evitar las infecciones respiratorias en pacientes con disfagia orofaríngea.
- + Diagnosticar la etiología de la disfagia orofaríngea.
- + Tratar de manera oportuna y adecuada las diferentes causas de DO.

ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE DISFAGIA Y CONFORMACIÓN DE LA MISMA

Cada Unidad comprendida dentro de la Organización Hospitalaria debe tener su propia estructura, con un responsable de la misma, las relaciones entre sus integrantes, y las funciones de cada uno de los que las conforman. (Figura 7)

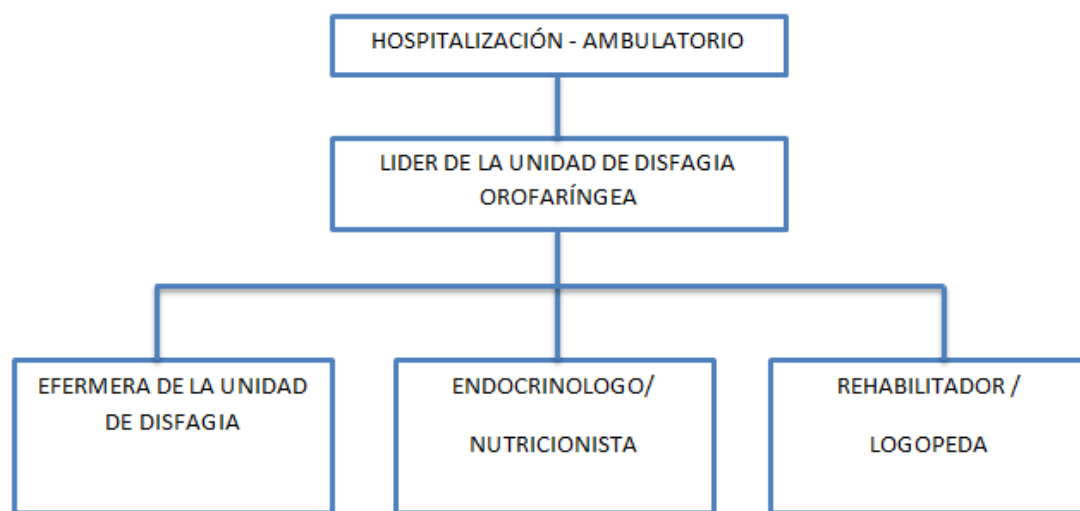


FIGURA 7: ESQUEMA DE UNIDAD DE DISFAGIA OROFARÍNGEA

Para la creación de la Unidad Multidisciplinar de Disfagia Orofaringea, se propone la conformación de la misma de la siguiente manera.

- Otorrinolaringólogo.
- Endocrinólogo – Nutricionista.
- Enfermera de Disfagia.
- Rehabilitador – Logopeda.

Descripción de los cargos:

1.- Lider de Unidad de Disfagia Orofaringea.

Objetivo del Cargo: Guiar y coordinar el cumplimiento y ejecución de las actividades de la Unidad de Disfagia Orofaríngea.

Relaciones: Autoridad lineal sobre Enfermera de Disfagia Orofaringea y Rehabilitador.

Funciones del cargo:

- Efectuar el diagnóstico y encaminar el tratamiento de los pacientes afectos de DO.
- Coordinar a los diferentes elementos que conforman la UDOF.
- Difundir las funciones e importancia de la UDOF a nivel Hospitalario.
- Presentar ante la Gerencia los resultados de las actividades realizadas por la UDOF.
- Impulsar la publicación en revistas científicas de los resultados obtenidos por la UDOF.

Requisitos para el cargo:

Formación Académica: Médico, Especialista en Otorrinolaringología.

Conocimientos adicionales: Familiarizado con la realización de Videofluoroscopia y con los distintos métodos de exploración de disfagia orofaríngea, así como su tratamiento.

Habilidades adicionales:

Buena capacidad para comunicarse con todos los niveles de la unidad, así como también de mantener la motivación dentro de la organización.

2.- Enfermera de disfagia

Objetivo del cargo: Valoración de los pacientes con DO a pie de cama.

Relaciones: Relación de dependencia lineal con el líder de la UDOF.

Funciones del cargo:

- Realizar la primera valoración de los pacientes, a pie de cama con el TVV.
- Interpretar los resultados clínicos obtenidos con el TVV.
- Derivación a la UDOF de aquellos pacientes que lo ameriten.
- Realizar el seguimiento de los pacientes con riesgo de DO que no muestren un TVV alterado.

Conocimientos adicionales:

- Conocimiento del mecanismo fisiológico de la deglución.
- Dominar la fisiopatología e identificar los principales mecanismos de producción de DO.

Habilidades adicionales:

- Buenas habilidades de comunicación entre los integrantes del UDOF.
- Capacidad para transmitir y comunicar a las enfermeras de los diversos servicios hospitalarios la importancia del diagnóstico de la DO.
- Habilidad para realizar trabajo en equipo y colaboración.

3.- Endocrinólogo - Nutricionista de Disfagia

Objetivo del cargo: Realizar la valoración nutricional de los pacientes de la UDOF.

Dependencia lineal: Depende linealmente del Líder la UDOF.

Funciones del cargo:

- Analizar el estado clínico y nutricional de los pacientes derivados a la UDOF.
- Realizar intervenciones nutricionales en los pacientes que lo ameriten.

- Seguimiento de los parámetros nutricionales y el efecto en los mismos de las intervenciones realizadas.

Conocimientos adicionales:

- Conocer las alteraciones nutricionales más prevalentes en los pacientes derivados a los pacientes diagnosticados de UDOF.

Habilidades adicionales:

- Capacidad de relacionarse y comunicarse con todos los niveles de organización de la UDOF
- Habilidad para realizar trabajo en equipo y colaboración.

4.- REHABILITADOR DE LA UNIDAD DE DISFAGIA.

Objetivo del cargo:

Conseguir una alimentación oral con una deglución segura mientras se mantiene una hidratación y nutrición adecuada.

Dependencia lineal:

Depende linealmente del Líder de la UDOF.

Funciones del cargo:

- Instruir a los pacientes diagnosticados de DO de las maniobras posturales y de deglución.
- Realizar tratamiento rehabilitador a los pacientes de la UDOF.

Conocimientos adicionales:

- Fisiología y Patología de la deglución.

Habilidades adicionales:

- Capacidad para valorar las alteraciones anímicas y conductuales del paciente, debido a que el tratamiento rehabilitador es tal vez el más arduo a realizar en la UDOF.
- Capacidad de motivar a los pacientes de la UDOF para una correcta adherencia al tratamiento.

FASES DE CONFORMACIÓN DE LA UNIDAD DE DISFAGIA OROFARINGEA

PRIMERA FASE:

1.- CAMPAÑA INFORMATIVA.

Se realizará una campaña informativa sobre la importancia de la Disfagia Orofaringea, por medio de reuniones con el personal médico de las distintas especialidades. De la misma manera, se programarán reuniones con el personal de Enfermería de Hospitalización para detectar a aquellos pacientes que pudiesen presentar algún síntoma relacionado con la disfagia. Se considera que el trabajo realizado por Enfermería es fundamental debido a que son quienes están en estrecha relación con el paciente y son el principal canal con el que los pacientes reflejan las inquietudes y problemas que ocurren fuera del pase de visita realizado por el personal médico. (Campbell, 2016)

2.- DERIVACIÓN A DE PACIENTES HOSPITALIZADOS A UNIDAD DE DISFAGIA.

Una vez realizada la campaña informativa, se realizará las correspondientes interconsultas a la UDOF. El primer test realizado a los pacientes derivados a la unidad en mención, será el denominado TEST DE VOLUMEN VISCOSIDAD. Dicho test será realizado por la Enfermera de la Unidad de Disfagia a pie de cama. (Kertscher, 2014) (Rofes L. A., 2012)

Aquellos pacientes que cuyo resultado del TVV reflejen que el paciente presenta una exploración clínica, serán sometidos a una Videofluoroscopia de la deglución, el cual es considerado el test Gold Estándar para el diagnóstico de alteraciones de la deglución.

Además de ser sometidos a un VED, los pacientes que presenten un TVV positivo precisarán una valoración del estado nutricional del paciente por parte del Endocrinólogo/Nutricionista que conforme la UDOF (Figura 8).

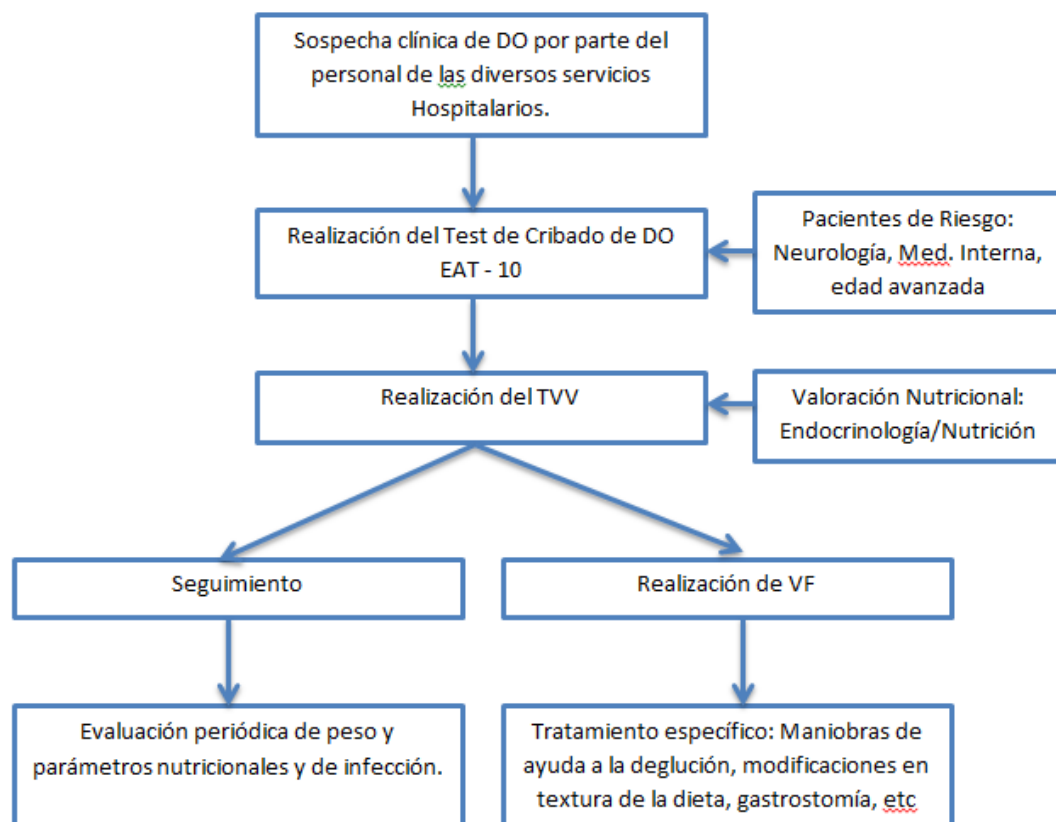


FIGURA 8: ALGORITMO DIAGNÓSTICO TERAPEUTICO DE LA UNIDAD DE DISFAGIA ORIFARINGEA

3.- CREACIÓN DE CONSULTA DE UNIDAD DE DISFAGIA Y DERIVACIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.

Una vez entrada en funciones la UDOF para las interconsultas de los pacientes hospitalizados, se realizará la apertura de un proceso de Consultas denominado CONSULTA DE UNIDAD DE DISFAGIA OROFARÍNGEA, en donde se realizará la valoración de los pacientes ambulatorios derivados de las diferentes especialidades con sospecha de disfagia orofaríngea.

La derivación directa a la consulta de UDOF de los pacientes en riesgo, evitará un peregrinaje de los pacientes por las consultas de las distintas especialidades para ser valorados con respecto de su patología.

La consulta de UDOF pretende ser una consulta de alta resolución. En un solo acto de consulta el paciente será sometido a un TVV bajo visión fibronasolaringoscópica, seguido de una valoración con el test gold estándar, la VED.

Dentro de la propuesta de la creación de la UDOF, se propugna a que los pacientes derivados a la consulta tengan en su poder dos tipos de valoraciones previas:

- La encuesta EAT – 10, correctamente cumplimentada.
- Examen de Laboratorio con parámetros nutricionales.

De esta manera, el tiempo que transcurre desde que se ha realizado la derivación desde las distintas especialidades hasta que el paciente es valorado en la UDOF es

aprovechado para obtener las mencionadas valoraciones, de tal manera que a su llegada a la UDOF el paciente no tiene que perder el tiempo en la realización de pruebas, que de otra manera serían revisadas en una consulta subsiguiente.

Una vez realizadas las valoraciones de los test de cribado, el TVV y la VED, además de los parámetros de nutrición en los exámenes de laboratorio, se procederá a instaurar el tratamiento específico según proceda en cada paciente.

CONCLUSIONES.

- Existe una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes que presentan como diagnóstico ECV y el riesgo de presentar disfagia.
- Los pacientes ingresados en el área de Neurología presentan un riesgo elevado de disfagia orofaríngea de acuerdo a la aplicación del test de cribado EAT-10.
- Hay una baja prevalencia de diagnóstico de disfagia, según los registros del sistema informático del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.
- La baja prevalencia de la disfagia según lo encontrado en el registro electrónico probablemente se deba a un infradiagnóstico, principalmente en la población en riesgo como los pacientes de edad avanzada.
- La creación de Unidades Multidisciplinares de atención a diversas patologías está considerada como la punta de lanza en cuanto al diagnóstico y tratamiento de patologías que requieren abordaje de varias especialidades.
- El diagnóstico de la disfagia orofaríngea es una intervención segura para el paciente, ya que disminuye efectos negativos en la salud del paciente, como por ejemplo las neumonías.
- La creación de la Unidad de Disfagia Orofaríngea cumple con los lineamientos de calidad en salud, debido a que proporciona beneficios tanto para la salud del paciente, así como disminución de costes y correcta utilización de los recursos hospitalarios.
- La Unidad de Disfagia Orofaríngea pionera en el ámbito nacional y referente en cuanto al tratamiento de la disfagia se refiere, ayudará a mejorar la percepción de calidad de la atención que brinda el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

RECOMENDACIONES.

- Realizar un cribado a todos los pacientes hospitalizados en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, con el test EAT-10.
- Analizar los datos obtenidos con el test de cribado para realizar un diagnóstico más adecuado de la incidencia en el Hospital.
- Presentar los datos obtenidos al Departamento de Desarrollo y Fortalecimiento Institucional, junto con la Propuesta de Creación de Unidad, con la intención de cristalizar la propuesta indicada en este trabajo.
- Poner en marcha un programa de capacitación continua para concienciar al personal hospitalario de la importancia del diagnóstico de la DO. De esta manera se mejorará el conocimiento de esta patología y a su vez se aumentará la sospecha clínica por parte del personal médico y paramédico.
- Ejecutar el trabajo de conformación de la UDOF de manera planificada, previendo las posibles debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades.
- Dar cabida a la creación de otro tipo de unidades multidisciplinarias para contribuir al aumento de prestación de servicios hospitalarios, que redundan en una mejor atención al paciente y una mejor eficiencia de la actividad sanitaria.

Bibliografía

- 1 Almirall, J. C. (2012). Complications of oropharyngeal dysphagia: aspiration pneumonia. En *Stepping Stones to Living Well with Dysphagia* (págs. Vol. 72, pp. 67-76). Karger Publishers.
- 2 Almirall, J. R.-P. (2013). Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for community-acquired pneumonia in the elderly. *European Respiratory Journal*, 923-928.
- 3 Altman, K. W. (2010). Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 136(8), 784-789.
- 4 Baijens, L. W. (2016). European Society for Swallowing Disorders–European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1403.
- 5 Burgos, R. S.-P. (2012). Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutrición hospitalaria*, 27(6), 2048-2054.
- 6 Cabré, M. S.-P. (2013). Oropharyngeal dysphagia is a risk factor for readmission for pneumonia in the very elderly persons: observational prospective study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*.
- 7 Campbell, G. B. (2016). Nursing Bedside Dysphagia Screen: Is it Valid? *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(2), 75-79.
- 8 Cazalilla-López, M. D. (2014). Efectividad de las intervenciones sobre la disfagia en personas afectadas por enfermedad de Alzheimer y otras demencias: una revisión sistemática.
- 9 Chan, G. (2015). *KJ Lee's Otolaryngology*. McGraw-Hill Education.

- 10 Danesh-Sani, S. A.-Z. (2013). Clinical assessment of orofacial manifestations in 500 patients with multiple sclerosis. . *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, , 71(2), 290-294.
- 11 Ehsaan, F. G. (2016). Frequency of post-stroke dysphagia in Pakistan: a hospital based study. . *JPMMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 66(10), 1281.
- 12 Gómez-Busto, F. A. (2009). Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. . *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44, 29-36.
- 13 Guan, X. L. (2015). Prevalence of dysphagia in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Sciences*, 36(5), 671-681.
- 14 Hebert, D. L. (2015). Canadian stroke best practice recommendations: Stroke rehabilitation practice guidelines, update 2015. *International Journal of Stroke*, 11(4), 459-484.
- 15 Hernández, M. H. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. . *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 25(1), 26-33.
- 16 Ickenstein, G. W. (2012). Prediction of outcome in neurogenic oropharyngeal dysphagia within 72 hours of acute stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 21(7), 569-576.
- 17 Jauch, E. C. (2013). Guidellines for the early management of patients with acude ischemic stroke a guideline for healthcare professionals frome the American Heart Associaton/America Stroke Association. *Stroke*, 44(3), 870-947.
- 18 Kägi, G. L.-B. (2016). Prolonged impairment of deglutition in supratentorial ischaemic stroke: the predictive value of Parramatta Hospitals' Assessment of Dysphagia. *Swiss medical weekly*, 146, w14355.

- 19 Kalf, J. G. (2012). Prevalence of oropharyngeal dysphagia in Parkinson's disease: a meta-analysis. *Parkinsonism & related disorders.*, 18(4), 311-315.
- 20 Kaspar, K. &. (2012). Identifying vulnerable patients: role of the EAT-10 and the multidisciplinary team for early intervention and comprehensive dysphagia care. En *Stepping Stones to Living Well with Dysphagia* (págs. Vol. 72, pp. 19-31). Karger Publishers.
- 21 Kertscher, B. S. (2014). Bedside screening to detect oropharyngeal dysphagia in patients with neurological disorders: an updated systematic review. . *Dysphagia*, 29(2), 204-212.
- 22 López-Liria, R. F.-A.-R.-C.-G. (2014). Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. . *Revista de Neurología*, 58(6), 259-267.
- 23 Martino, R. (2012). Screening and clinical assessment of oropharyngeal dysphagia. En *Stepping stones to Living Well with Dysphagia* (págs. Vol. 72, pp. 53-56). Karger Publishers.
- 24 Miles, A. C. (2016). Esophageal Swallowing Timing Measures in Healthy Adults During Videofluoroscopy. . *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*.
- 25 Nebot-Marzal, C. M.-S.-M.-J.-C.-M. (2014). Conjunto de indicadores e calidad y seguridad para los hospitales de la Agencia Valenciana de Salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(1), 29-35.
- 26 Okubo, P. C. (2012). Using the National Institute of Health Stroke Scale to predict dysphagia in acute ischemic stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 33(6), 501-507.
- 27 Paul W. Flint, M., Bruce H. Haughey, M. M., Valerie J. Lund, C. M., John K. Niparko, M., K. Thomas Robbins, M. F., J. Regan Thomas, M. F., & and Marci M. Lesperance, M. (2015). *Cummings Otolaryngology*. 6th Edition. Saunders.

- 28 Peláez, M. V. (2015). Disfagia orofaríngea en el anciano hospitalizado: prevalencia, métodos diagnósticos y cuidados de enfermería. *Nuberos Científica*, 2(15).
- 29 Rofes, L. A. (2012). The volume-viscosity swallow test for clinical screening of dysphagia and aspiration. En *Stepping Stones to Living Well with Dysphagia* (págs. Vol. 72, pp. 33-42). Karger Publishers.
- 30 Rofes, L. A. (2014). Sensitivity and specificity of the Eating Assessment Tool and the Volume-Viscosity Swallow Test for clinical evaluation of oropharyngeal dysphagia. *Neurogastroenterology & Motility*, 26(9), 1256-1265.
- 31 Santos, R. R. (2015). Correlation between oral and pharyngeal transit time in stroke. . *Audiology-Communication Research.*, 20(3), 198-202.
- 32 Solaro, C. R. (2013). Prevalence of patient-reported dysphagia in multiple sclerosis patients: an Italian multicenter study (using the DYMUS questionnaire). *Journal of the neurological sciences*, 331(1), 94-97.
- 33 Somasundaram, S. H.-H. (2014). Dysphagia risk assessment in acute left-hemispheric middle cerebral artery stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 37(3), 217-222.
- 34 Steele, C. M. (2012). The physiology of deglutition and the pathophysiology and complications of oropharyngeal dysphagia. En *Stepping Stones to Living Well with Dysphagia* (págs. Vol. 72, pp. 13-17). Karger Publishers.
- 35 Takizawa, C. G. (2016). A Systematic Review of the Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Stroke, Parkinson's Disease, Alzheimer's Disease, Head Injury, and Pneumonia. . *Dysphagia*, 1-8.
- 36 Wirth, R. D. (2016). Oropharyngeal dysphagia in older persons—from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. . *Clinical interventions in aging*.

Anexos

EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia

FECHA	
APELLIDOS	NOMBRE
SEXO	EDAD
OBJETIVO	
El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar. Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.	
A. INSTRUCCIONES	
Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos. ¿Hasta qué punto usted percibe los siguientes problemas?	
1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso ☐ 0 = ningún problema ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 = es un problema serio	
2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa ☐ 0 = ningún problema ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 = es un problema serio	
3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra ☐ 0 = ningún problema ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 = es un problema serio	
4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra ☐ 0 = ningún problema ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 = es un problema serio	
5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra ☐ 0 = ningún problema ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 = es un problema serio	
6 Tragar es doloroso ☐ 0 = ningún problema ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 = es un problema serio	
7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar ☐ 0 = ningún problema ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 = es un problema serio	
8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta ☐ 0 = ningún problema ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 = es un problema serio	
9 Toso cuando como ☐ 0 = ningún problema ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 = es un problema serio	
10 Tragar es estresante ☐ 0 = ningún problema ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 = es un problema serio	
B. PUNTUACIÓN	
Suma el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros. Puntuación total (máximo 40 puntos)	
C. QUÉ HACER AHORA	
Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.	
Referencia: Refrancis S, et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). <i>Annals of Otology, Rhinology & Laryngology</i>. 2009; 118 (12):919-24. Bogner R, et al. Bogner R, et al. Translation and validation of the Spanish version of the Eating Assessment Tool – 10 (EAT-10) for screening of dysphagia. <i>Clin Nutr</i> 2011; 30:187.	

DOCUMENTO 1 ENCUESTA EAT-10



Memorando Nro. IESS-HTMC-JUTNEURO-2016-0514-M

Guayaquil, 28 de octubre de 2016

PARA: Sra. Med. María Antonieta Zamino Cedeño ✓
**Coordinador General de Investigación Hospital de Especialidades -
 Teodoro Maldonado Carbo**

ASUNTO: Solicitud de Informe de factibilidad del estudio "Estudio sobre la creación
 de unidad multidisciplinar para el tratamiento de disfagia orofaríngea",
 presentado por el Dr. Danilo Terán.

De mi consideración:

En contestación a memorando No. IESS-HTMC-CGI-2016-0629-M, relacionado con
 solicitud de informe de factibilidad del *"Estudio sobre la creación de unidad
 multidisciplinar para el tratamiento de disfagia orofaríngea, del Hospital Teodoro
 Maldonado Carbo"*, presentado por el Dr. Danilo Terán, tengo a bien informar a usted
 que el estudio SI es factible a realizarse en la Unidad Técnica de Neurología de este
 Hospital.

Con sentimientos de distinguida consideración,

Aterramente

Dr. Luis Eduardo Yépez Guerra
 JEFE UNIDAD TÉCNICA NEUROLOGÍA (I)
 MSP. LIBRO 2 "A" FOLIO 8 No. 2
 REG. MIN. 09-08-2398-11
 IESS HOSPITAL DE ESPECIALIDADES T.M.C.

Dr. Luis Eduardo Yépez Guerra
**MÉDICO ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA I HOSPITAL DE
 ESPECIALIDADES - TEODORO MALDONADO CARBO**

Referencias:

- IESS-HTMC-CGI-2016-0629-M

Anexos:

- danilo_teran.pdf

RECIBIDO 28 OCT 2016
 Dr. María Antonieta Zamino C.
 COORDINADOR GENERAL DE INVESTIGACIÓN
 HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO
 CARBO - IESS
 09400

URKUND

Documento: [CREACION UNIDAD MULTISPECIALIDAD OTO-RINOLARINGEAL 2015-2016](#) (02332269)

Presentado: 2015-11-14 11:44 (-01:00)

Presentado por: escajnliteraci@gmail.com

Recibido: carvajalrui@arjays.unlpe.com

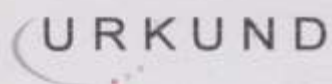
Mensaje: CREACION UNIDAD MULTISPECIALIDAD OTO-RINOLARINGEAL - DANILLO TESAN MISION EL DIFUSOR

4% de esta copia: 26 páginas de documentos largos se comparten de tanto presentes en 3 fuentes.

Lista de fuentes		Bloques
Categoría	Enlace/nombre de archivo	
	https://datos.bne.es/jsp/handle/10166/14545/1/vercatp/001404_colmadosdifusor.pdf	
	https://www.areasocial.es/areasocial/vercatp/001404_colmadosdifusor.pdf	
	https://www.areasocial.es/areasocial/vercatp/001404_colmadosdifusor.pdf	
Fuentes alternativas		
La fuente no se usa		

Acciones: [Actualizar](#) [Eliminar](#) [Exportar](#) [Comparar](#)

Introducción La disfagia orofaríngea es una enfermedad definida como la dificultad para tragar el bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago. Esta condición puede estar causada por múltiples alteraciones, ya sean estructurales, como por ejemplo las tumores en el tracto aerodigestivo, las alteraciones en la estructura ósea mandibular, alteraciones en la columna cervical a manera de osteofitos, o cambios en el área orofaríngea producto de intervenciones quirúrgicas en dicha zona, pero la mayor parte de los pacientes que sufren de disfagia presentan una anomalía en la motilidad en la musculatura orofaríngea de causa neurológica. La disfagia orofaríngea es una condición común en pacientes que han presentado eventos cerebrovasculares, ya sea isquémicos o hemorrágicos, enfermedad de Parkinson, y enfermedad de Alzheimer. Además de presentarse en las patologías mencionadas, presenta una elevada prevalencia entre los pacientes de edad avanzada. La disfagia orofaríngea puede causar serias complicaciones como desnutrición, aspiraciones bronquiales, neumonías y mortalidad prematura que representan una gran carga económica para los sistemas de salud. CITATION [1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] [14] [15] [16] [17] [18] [19] [20] [21] [22] [23] [24] [25] [26] [27] [28] [29] [30] [31] [32] [33] [34] [35] [36] [37] [38] [39] [40] [41] [42] [43] [44] [45] [46] [47] [48] [49] [50] [51] [52] [53] [54] [55] [56] [57] [58] [59] [60] [61] [62] [63] [64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [71] [72] [73] [74] [75] [76] [77] [78] [79] [80] [81] [82] [83] [84] [85] [86] [87] [88] [89] [90] [91] [92] [93] [94] [95] [96] [97] [98] [99] [100] [101] [102] [103] [104] [105] [106] [107] [108] [109] [110] [111] [112] [113] [114] [115] [116] [117] [118] [119] [120] [121] [122] [123] [124] [125] [126] [127] [128] [129] [130] [131] [132] [133] [134] [135] [136] [137] [138] [139] [140] [141] [142] [143] [144] [145] [146] [147] [148] [149] [150] [151] [152] [153] [154] [155] [156] [157] [158] [159] [160] [161] [162] [163] [164] [165] [166] [167] [168] [169] [170] [171] [172] [173] [174] [175] [176] [177] [178] [179] [180] [181] [182] [183] [184] [185] [186] [187] [188] [189] [190] [191] [192] [193] [194] [195] [196] [197] [198] [199] [200] [201] [202] [203] [204] [205] [206] [207] [208] [209] [210] [211] [212] [213] [214] [215] [216] [217] [218] [219] [220] [221] [222] [223] [224] [225] [226] [227] [228] [229] [230] [231] [232] [233] [234] [235] [236] [237] [238] [239] [240] [241] [242] [243] [244] [245] [246] [247] [248] [249] [250] [251] [252] [253] [254] [255] [256] [257] [258] [259] [260] [261] [262] [263] [264] [265] [266] [267] [268] [269] [270] [271] [272] [273] [274] [275] [276] [277] [278] [279] [280] [281] [282] [283] [284] [285] [286] [287] [288] [289] [290] [291] [292] [293] [294] [295] [296] [297] [298] [299] [300] [301] [302] [303] [304] [305] [306] [307] [308] [309] [310] [311] [312] [313] [314] [315] [316] [317] [318] [319] [320] [321] [322] [323] [324] [325] [326] [327] [328] [329] [330] [331] [332] [333] [334] [335] [336] [337] [338] [339] [340] [341] [342] [343] [344] [345] [346] [347] [348] [349] [350] [351] [352] [353] [354] [355] [356] [357] [358] [359] [360] [361] [362] [363] [364] [365] [366] [367] [368] [369] [370] [371] [372] [373] [374] [375] [376] [377] [378] [379] [380] [381] [382] [383] [384] [385] [386] [387] [388] [389] [390] [391] [392] [393] [394] [395] [396] [397] [398] [399] [400] [401] [402] [403] [404] [405] [406] [407] [408] [409] [410] [411] [412] [413] [414] [415] [416] [417] [418] [419] [420] [421] [422] [423] [424] [425] [426] [427] [428] [429] [430] [431] [432] [433] [434] [435] [436] [437] [438] [439] [440] [441] [442] [443] [444] [445] [446] [447] [448] [449] [450] [451] [452] [453] [454] [455] [456] [457] [458] [459] [460] [461] [462] [463] [464] [465] [466] [467] [468] [469] [470] [471] [472] [473] [474] [475] [476] [477] [478] [479] [480] [481] [482] [483] [484] [485] [486] [487] [488] [489] [490] [491] [492] [493] [494] [495] [496] [497] [498] [499] [500] [501] [502] [503] [504] [505] [506] [507] [508] [509] [510] [511] [512] [513] [514] [515] [516] [517] [518] [519] [520] [521] [522] [523] [524] [525] [526] [527] [528] [529] [530] [531] [532] [533] [534] [535] [536] [537] [538] [539] [540] [541] [542] [543] [544] [545] [546] [547] [548] [549] [550] [551] [552] [553] [554] [555] [556] [557] [558] [559] [560] [561] [562] [563] [564] [565] [566] [567] [568] [569] [570] [571] [572] [573] [574] [575] [576] [577] [578] [579] [580] [581] [582] [583] [584] [585] [586] [587] [588] [589] [590] [591] [592] [593] [594] [595] [596] [597] [598] [599] [600] [601] [602] [603] [604] [605] [606] [607] [608] [609] [610] [611] [612] [613] [614] [615] [616] [617] [618] [619] [620] [621] [622] [623] [624] [625] [626] [627] [628] [629] [630] [631] [632] [633] [634] [635] [636] [637] [638] [639] [640] [641] [642] [643] [644] [645] [646] [647] [648] [649] [650] [651] [652] [653] [654] [655] [656] [657] [658] [659] [660] [661] [662] [663] [664] [665] [666] [667] [668] [669] [670] [671] [672] [673] [674] [675] [676] [677] [678] [679] [680] [681] [682] [683] [684] [685] [686] [687] [688] [689] [690] [691] [692] [693] [694] [695] [696] [697] [698] [699] [700] [701] [702] [703] [704] [705] [706] [707] [708] [709] [710] [711] [712] [713] [714] [715] [716] [717] [718] [719] [720] [721] [722] [723] [724] [725] [726] [727] [728] [729] [730] [731] [732] [733] [734] [735] [736] [737] [738] [739] [740] [741] [742] [743] [744] [745] [746] [747] [748] [749] [750] [751] [752] [753] [754] [755] [756] [757] [758] [759] [760] [761] [762] [763] [764] [765] [766] [767] [768] [769] [770] [771] [772] [773] [774] [775] [776] [777] [778] [779] [780] [781] [782] [783] [784] [785] [786] [787] [788] [789] [790] [791] [792] [793] [794] [795] [796] [797] [798] [799] [800] [801] [802] [803] [804] [805] [806] [807] [808] [809] [810] [811] [812] [813] [814] [815] [816] [817] [818] [819] [820] [821] [822] [823] [824] [825] [826] [827] [828] [829] [830] [831] [832] [833] [834] [835] [836] [837] [838] [839] [840] [841] [842] [843] [844] [845] [846] [847] [848] [849] [850] [851] [852] [853] [854] [855] [856] [857] [858] [859] [860] [861] [862] [863] [864] [865] [866] [867] [868] [869] [870] [871] [872] [873] [874] [875] [876] [877] [878] [879] [880] [881] [882] [883] [884] [885] [886] [887] [888] [889] [890] [891] [892] [893] [894] [895] [896] [897] [898] [899] [900] [901] [902] [903] [904] [905] [906] [907] [908] [909] [910] [911] [912] [913] [914] [915] [916] [917] [918] [919] [920] [921] [922] [923] [924] [925] [926] [927] [928] [929] [930] [931] [932] [933] [934] [935] [936] [937] [938] [939] [940] [941] [942] [943] [944] [945] [946] [947] [948] [949] [950] [951] [952] [953] [954] [955] [956] [957] [958] [959] [960] [961] [962] [963] [964] [965] [966] [967] [968] [969] [970] [971] [972] [973] [974] [975] [976] [977] [978] [979] [980] [981] [982] [983] [984] [985] [986] [987] [988] [989] [990] [991] [992] [993] [994] [995] [996] [997] [998] [999] [1000] [1001] [1002] [1003] [1004] [1005] [1006] [1007] [1008] [1009] [1010] [1011] [1012] [1013] [1014] [1015] [1016] [1017] [1018] [1019] [1020] [1021] [1022] [1023] [1024] [1025] [1026] [1027] [1028] [1029] [1030] [1031] [1032] [1033] [1034] [1035] [1036] [1037] [1038] [1039] [1040] [1041] [1042] [1043] [1044] [1045] [1046] [1047] [1048] [1049] [1050] [1051] [1052] [1053] [1054] [1055] [1056] [1057] [1058] [1059] [1060] [1061] [1062] [1063] [1064] [1065] [1066] [1067] [1068] [1069] [1070] [1071] [1072] [1073] [1074] [1075] [1076] [1077] [1078] [1079] [1080] [1081] [1082] [1083] [1084] [1085] [1086] [1087] [1088] [1089] [1090] [1091] [1092] [1093] [1094] [1095] [1096] [1097] [1098] [1099] [1100] [1101] [1102] [1103] [1104] [1105] [1106] [1107] [1108] [1109] [1110] [1111] [1112] [1113] [1114] [1115] [1116] [1117] [1118] [1119] [1120] [1121] [1122] [1123] [1124] [1125] [1126] [1127] [1128] [1129] [1130] [1131] [1132] [1133] [1134] [1135] [1136] [1137] [1138] [1139] [1140] [1141] [1142] [1143] [1144] [1145] [1146] [1147] [1148] [1149] [1150] [1151] [1152] [1153] [1154] [1155] [1156] [1157] [1158] [1159] [1160] [1161] [1162] [1163] [1164] [1165] [1166] [1167] [1168] [1169] [1170] [1171] [1172] [1173] [1174] [1175] [1176] [1177] [1178] [1179] [1180] [1181] [1182] [1183] [1184] [1185] [1186] [1187] [1188] [1189] [1190] [1191] [1192] [1193] [1194] [1195] [1196] [1197] [1198] [1199] [1200] [1201] [1202] [1203] [1204] [1205] [1206] [1207] [1208] [1209] [1210] [1211] [1212] [1213] [1214] [1215] [1216] [1217] [1218] [1219] [1220] [1221] [1222] [1223] [1224] [1225] [1226] [1227] [1228] [1229] [1230] [1231] [1232] [1233] [1234] [1235] [1236] [1237] [1238] [1239] [1240] [1241] [1242] [1243] [1244] [1245] [1246] [1247] [1248] [1249] [1250] [1251] [1252] [1253] [1254] [1255] [1256] [1257] [1258] [1259] [1260] [1261] [1262] [1263] [1264] [1265] [1266] [1267] [1268] [1269] [1270] [1271] [1272] [1273] [1274] [1275] [1276] [1277] [1278] [1279] [1280] [1281] [1282] [1283] [1284] [1285] [1286] [1287] [1288] [1289] [1290] [1291] [1292] [1293] [1294] [1295] [1296] [1297] [1298] [1299] [1300] [1301] [1302] [1303] [1304] [1305] [1306] [1307] [1308] [1309] [1310] [1311] [1312] [1313] [1314] [1315] [1316] [1317] [1318] [1319] [1320] [1321] [1322] [1323] [1324] [1325] [1326] [1327] [1328] [1329] [1330] [1331] [1332] [1333] [1334] [1335] [1336] [1337] [1338] [1339] [1340] [1341] [1342] [1343] [1344] [1345] [1346] [1347] [1348] [1349] [1350] [1351] [1352] [1353] [1354] [1355] [1356] [1357] [1358] [1359] [1360] [1361] [1362] [1363] [1364] [1365] [1366] [1367] [1368] [1369] [1370] [1371] [1372] [1373] [1374] [1375] [1376] [1377] [1378] [1379] [1380] [1381] [1382] [1383] [1384] [1385] [1386] [1387] [1388] [1389] [1390] [1391] [1392] [1393] [1394] [1395] [1396] [1397] [1398] [1399] [1400] [1401] [1402] [1403] [1404] [1405] [1406] [1407] [1408] [1409] [1410] [1411] [1412] [1413] [1414] [1415] [1416] [1417] [1418] [1419] [1420] [1421] [1422] [1423] [1424] [1425] [1426] [1427] [1428] [1429] [1430] [1431] [1432] [1433] [1434] [1435] [1436] [1437] [1438] [1439] [1440] [1441] [1442] [1443] [1444] [1445] [1446] [1447] [1448] [1449] [1450] [1451] [1452] [1453] [1454] [1455] [1456] [1457] [1458] [1459] [1460] [1461] [1462] [1463] [1464] [1465] [1466] [1467] [1468] [1469] [1470] [1471] [1472] [1473] [1474] [1475] [1476] [1477] [1478] [1479] [1480] [1481] [1482] [1483] [1484] [1485] [1486] [1487] [1488] [1489] [1490] [1491] [1492] [1493] [1494] [1495] [1496] [1497] [1498] [1499] [1500] [1501] [1502] [1503] [1504] [1505] [1506] [1507] [1508] [1509] [1510] [1511] [1512] [1513] [1514] [1515] [1516] [1517] [1518] [1519] [1520] [1521] [1522] [1523] [1524] [1525] [1526] [1527] [1528] [1529] [1530] [1531] [1532] [1533] [1534] [1535] [1536] [1537] [1538] [1539] [1540] [1541] [1542] [1543] [1544] [1545] [1546] [1547] [1548] [1549] [1550] [1551] [1552] [1553] [1554] [1555] [1556] [1557] [1558] [1559] [1560] [1561] [1562] [1563] [1564] [1565] [1566] [1567] [1568] [1569] [1570] [1571] [1572] [1573] [1574] [1575] [1576] [1577] [1578] [1579] [1580] [1581] [1582] [1583] [1584] [1585] [1586] [1587] [1588] [1589] [1590] [1591] [1592] [1593] [1594] [1595] [1596] [1597] [1598] [1599] [1600] [1601] [1602] [1603] [1604] [1605] [1606] [1607] [1608] [1609] [1610] [1611] [1612] [1613] [1614] [1615] [1616] [1617] [1618] [1619] [1620] [1621] [1622] [1623] [1624] [1625] [1626] [1627] [1628] [1629] [1630] [1631] [1632] [1633] [1634] [1635] [1636] [1637] [1638] [1639] [1640] [1641] [1642] [1643] [1644] [1645] [1646] [1647] [1648] [1649] [1650] [1651] [1652] [1653] [1654] [1655] [1656] [1657] [1658] [1659] [1660] [1661] [1662] [1663] [1664] [1665] [1666] [1667] [1668] [1669] [1670] [1671] [1672] [1673] [1674] [1675] [1676] [1677] [1678] [1679] [1680] [1681] [1682] [1683] [1684] [1685] [1686] [1687] [1688] [1689] [1690] [1691] [1692] [1693] [1694] [1695] [1696] [1697] [1698] [1699] [1700] [1701] [1702] [1703] [1704] [1705] [1706] [1707] [1708] [1709] [1710] [1711] [1712] [1713] [1714] [1715] [1716] [1717] [1718] [1719] [1720] [1721] [1722] [1723] [1724] [1725] [1726] [1727] [1728] [1729] [1730] [1731] [1732] [1733] [1734] [1735] [1736] [1737] [1738] [1739] [1740] [1741] [1742] [1743] [1744] [1745] [1746] [1747] [1748] [1749] [1750] [1751] [1752] [1753] [1754] [1755] [1756] [1757] [1758] [1759] [1760] [1761] [1762] [1763] [1764] [1765] [1766] [1767] [1768] [1769] [1770] [1771] [1772] [1773] [1774] [1775] [1776] [1777] [1778] [1779] [1780] [1781] [1782] [1783] [1784] [1785] [1786] [1787] [1788] [1789] [1790] [1791] [1792] [1793] [1794] [1795] [1796] [1797] [1798] [1799] [1800] [1801] [1802] [1803] [1804] [1805] [1806] [1807] [1808] [1809] [1810] [1811] [1812] [1813] [1814] [1815] [1816] [1817] [1818] [1819] [1820] [1821] [1822] [1823] [1824] [1825] [1826] [1827] [1828] [1829] [1830] [1831] [1832] [1833] [1834] [1835] [1836] [1837] [1838] [1839] [1840] [1841] [1842] [1843] [1844] [1845] [1846] [1847] [1848] [1849] [1850] [1851] [1852] [1853] [1854] [1855] [1856] [1857] [1858] [1859] [1860] [1861] [1862] [1863] [1864] [1865] [1866] [1867] [1868] [1869] [1870] [1871] [1872] [1873] [1874] [1875] [1876] [1877] [1878] [1879] [1880] [1881] [1882] [1883] [1884] [1885] [1886] [1887] [1888] [1889] [1890] [1891] [1892] [1893] [1894] [1895] [1896] [1897] [1898] [1899] [1900] [1901] [1902] [1903] [1904] [1905] [1906] [1907] [1908] [1909] [1910] [1911] [1912] [1913] [1914] [1915] [1916] [1917] [1918] [1919] [1920] [1921] [1922] [1923] [1924] [1925] [1926] [1927] [1928] [1929] [1930] [1931] [1932] [1933] [1934] [1935] [1936] [1937] [1938] [1939] [1940] [1941] [1942] [1943] [1944] [1945] [1946] [1947] [1948] [1949] [1950] [1951] [1952] [1953] [1954] [1955] [1956] [1957] [1958] [1959] [1960] [1961] [1962] [1963] [1964] [1965] [1966] [1967] [1968] [1969] [1970] [1971] [1972] [1973] [1974] [1975] [1976] [1977] [1978] [1979] [1980] [1981] [1982] [1983] [1984] [1985] [1986] [1987] [1988] [1989] [1990] [1991] [1992] [1993] [1994] [1995] [1996] [1997] [1998] [1999] [2000] [2001] [2002] [2003] [2004] [2005] [2006] [2007] [2008] [2009] [2010] [2011] [2012] [2013] [2014] [2015] [2016] [2017] [2018] [2019] [2020] [2021] [2022] [2023] [2024] [2025] [2026] [2027] [2028] [2029] [2030] [2031] [2032] [2033] [2034] [2035] [2036] [2037] [2038] [2039] [2040] [2041] [2042] [2043] [2044] [2045] [2046] [2047] [2048] [2049] [2050] [2051] [2052] [2053] [2054] [2055] [2056] [2057] [2058] [2059] [2060] [2061] [2062] [2063] [2064] [2065] [2066] [2067] [2068] [2069] [2070] [20



Urkund Analysis Result

Analysed Document: CREACIÓN UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DISFAGIA
OROFARINGEA.docx (D23322909)
Submitted: 2016-11-14 23:44:00
Submitted By: drdaniloteran@gmail.com
Significance: 4 %

Sources included in the report:

ISRAEL TOPON - UCET- FCE.docx (D22659525)
http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/124545/1/revistaorl201414_cribadodisfagia.pdf
http://www.smw.ch/scripts/stream_pdf.php?doi=smw-2016-14355

Instances where selected sources appear:

6

Df Gred
4