

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA
DEGLUCIÓN PARA PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
(PECD-UCI)



AUTORES

ELIZABETH MUÑOZ SOTO
LAURA RIASCOS ARBOLEDA
MARIA DEL PILAR DÍAZ RIVERO
SAMANTHA ÁNGULO MAZZEO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA
BOGOTA D.C
MAYO DE 2019

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA
DEGLUCIÓN PARA PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO
(PECD-UCI)

AUTORES

ELIZABETH MUÑOZ SOTO
LAURA RIASCOS ARBOLEDA
MARIA DEL PILAR DÍAZ RIVERO
SAMANTHA ÁNGULO MAZZEO

DOCENTE ASESOR

CLAUDIA MERCEDES BARRERA REYES

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA
BOGOTÁ, D.C
MAYO DE 2019

Agradecimientos

Agradecemos a Dios en primer lugar, por darnos sabiduría para llevar a cabo este proyecto.

A nuestras familias, en especial a nuestros hijos por su comprensión y apoyo.

A los asesores Claudia Barrera y en especial a la docente de apoyo metodológico Yeni Rodriguez, por su invaluable aporte a esta investigación.

A los profesionales en Fonoaudiología y jueces expertos por su colaboración.

A la Corporación Universitaria Iberoamericana por la oportunidad de formación en Fonoaudiología en cuidado crítico.

Índice de Contenido

Introducción.....	10
Capítulo 1. Descripción General Del Proyecto	12
1.1 Problema De Investigación	12
1.2 Objetivos	15
1.2.1 Objetivo General.....	15
1.2.2 Objetivos Específicos.	15
1.3 Justificación	15
Capítulo 2. Marco de Referencia.....	20
2.1 Marco Teórico	20
2.1.1. Antecedentes Legales.	20
2.1.2 Antecedentes de Investigación.....	21
2.2. Bases Teóricas	27
2.2.1. Deglución.....	27
2.3. Disfagia.....	34
2.3.1. Clasificación y grados de la disfagia.....	35
2.3.2 Síntomas y signos de la Disfagia.....	36
2.3.3. Etiología de la disfagia.....	38
2.4 Evaluación	42
2.5 Validación	44
Capítulo 3. Marco Metodológico.....	47
3.1 Tipo De Estudio	47
3.2. Fases De Investigación.....	48
3.2.1. Primera fase: Diseño del protocolo.....	48
3.2.2. Segunda Fase: Validación de contenido por jueces expertos.	49
3.2.3 Tercera Fase: Tabulación y análisis de resultados.....	49
3.3 Participantes	50
3.4. Instrumentos	50
3.4.1 Entrevista.....	50
3.4.2. Instructivo de los jueces.....	51
3.4.3. Matriz de calificación de jueces.	51

3.4.4. Matriz de tabulación de datos.....	51
3.4.5. Consentimiento informado.....	52
3.5. Procesamiento De Análisis De Datos	52
3.6. Consideraciones Éticas.....	53
Capítulo 4. Análisis Y Resultados	55
4.1 Superfamilia 1. Antecedentes	57
4.2 Superfamilia 2. Evaluación.....	59
4.2.1 Aspectos indispensables.	59
4.2 Criterios Diagnósticos	60
4.3 Pasos Para Evaluación De La Deglución.....	61
4.4 Protocolo De Evaluación.....	62
4.5 Variables De Evaluación	63
4.6 Fundamentos Teóricos	63
Capítulo 5. Discusión	108
Conclusiones.....	116
Referencias	118
Anexos	124

Índice de Tablas

	pág.
Tabla 1. Nervios craneales, incluyendo los pares craneales relacionados con la deglución, así como sus inervaciones sensitivas o motoras que participan en la función alimentaria.	38
Tabla 2. Síntomas de la disfagia. Los signos más frecuentes	55
Tabla 3. Características de los entrevistados	64
Tabla 4. Caracterización de los jueces	66
Tabla 5. Validación de Jueces. Dimensión Identificación. Criterio Pertinencia	66
Tabla 6. Validación de Jueces. Dimensión Identificación. Criterio Claridad	67
Tabla 7. Validación de Jueces. Dimensión Identificación. Criterio Suficiencia	67
Tabla 8. Validación de Jueces. Dimensión Identificación. Criterio Relevancia	68
Tabla 9. Validación de Jueces. Dimensión Identificación. Criterio Coherencia	68
Tabla 10. Validación de Jueces. Dimensión Anamnesis. Criterio Pertinencia	69
Tabla 11. Validación de Jueces. Dimensión Anamnesis. Criterio Claridad	70
Tabla 12. Validación de Jueces. Dimensión Anamnesis. Criterio Suficiencia	71
Tabla 13. Validación de Jueces. Dimensión Anamnesis. Criterio Relevancia	72
Tabla 14. Validación de Jueces. Dimensión Anamnesis. Criterio Coherencia	73
Tabla 15. Validación de Jueces. Dimensión Estado Nutricional. Criterio Pertinencia	74
Tabla 16. Validación de Jueces. Dimensión Estado Nutricional. Criterio claridad	75
Tabla 17. Validación de Jueces. Dimensión Estado Nutricional. Criterio Suficiencia	76
Tabla 18. Validación de Jueces. Dimensión Estado Nutricional. Criterio Relevancia	77
Tabla 19. Validación de Jueces. Dimensión Estado Nutricional. Criterio Coherencia	78
Tabla 20. Validación de Jueces. Condición Respiratoria. Criterio Pertinencia	79
Tabla 21. Validación de Jueces. Condición Respiratoria. Criterio Claridad	80
Tabla 22. Validación de Jueces. Condición Respiratoria. Criterio Suficiencia	81
Tabla 23. Validación de Jueces. Condición Respiratoria. Criterio Relevancia	82
Tabla 24. Validación de Jueces. Condición Respiratoria. Criterio Coherencia	83
Tabla 25. Validación de Jueces. Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal. Criterio Pertinencia	84
Tabla 26. Validación de Jueces. Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal. Criterio Claridad	85
Tabla 27. Validación de Jueces. Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal. Criterio Suficiencia	86
Tabla 28. Validación de Jueces. Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal. Criterio Relevancia	87
Tabla 29. Validación de Jueces. Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal. Criterio Coherencia	88
Tabla 30. Validación de Jueces. Condición General. Criterio Pertinencia	89
Tabla 31. Validación de Jueces. Condición General. Criterio Claridad	90

Continuación índice	pág.
Tabla 32. Validación de Jueces. Condición General. Criterio Suficiencia	91
Tabla 33. Validación de Jueces. Condición General. Criterio Relevancia	92
Tabla 34. Validación de Jueces. Condición General. Criterio Coherencia	92
Tabla 35. Validación de Jueces. Dimensión Reflejos. Criterio Pertinencia	93
Tabla 36. Validación de Jueces. Dimensión Reflejos. Criterio Claridad	93
Tabla 37. Validación de Jueces. Dimensión Reflejos. Criterio Suficiencia	94
Tabla 38. Validación de Jueces. Dimensión Reflejos. Criterio Relevancia	94
Tabla 39. Validación de Jueces. Dimensión Reflejos. Criterio Coherencia	95
Tabla 40. Validación de Jueces. Evaluación funcional de la Deglución de alimentos. Criterio Pertinencia	95
Tabla 41. Validación de Jueces. Evaluación funcional de la Deglución de alimentos Criterio Claridad	97
Tabla 42. Validación de Jueces. Evaluación funcional de la Deglución de alimentos. Criterio Suficiencia	98
Tabla 43. Validación de Jueces. Evaluación funcional de la Deglución de alimentos. Criterio Relevancia	100
Tabla 44. Validación de Jueces. Evaluación funcional de la Deglución de alimentos. Criterio Coherencia	101
Tabla 45. Validación de Jueces. Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia. Criterio Pertinencia	103
Tabla 46. Validación de Jueces. Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia. Criterio Claridad	103
Tabla 47. Validación de Jueces. Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia. Criterio Suficiencia	104
Tabla 48. Validación de Jueces. Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia. Criterio Relevancia	104
Tabla 49. Validación de Jueces. Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia. Criterio Coherencia	105
Tabla 50. Validación de Jueces. Pruebas Instrumentales y Remisiones. Criterio Pertinencia	105
Tabla 51. Validación de Jueces. Pruebas Instrumentales y Remisiones. Criterio Claridad	106
Tabla 52. Validación de Jueces. Pruebas Instrumentales y Remisiones. Criterio Suficiencia	106
Tabla 53. Validación de Jueces. Pruebas Instrumentales y Remisiones. Criterio Relevancia	107
Tabla 54. Validación de Jueces. Pruebas Instrumentales y Remisiones. Criterio Coherencia	107
Tabla 55. Resumen resultados de validación	113
Tabla 56. Paralelo entre ítems del protocolo inicial y el final.	115

Índice de Figuras

	pág.
Figura 1. Deglución postulados de Cámpora y Falduti	28
Figura 2. Las tres fases de la degluci3n	31
Figura 3. Disfagia de acuerdo a postulados de Cámpora y Falduti	41
Figura 4. Evaluaci3n de la Disfagia	44

Índice de Anexos

	pág.
Anexo A. Entrevista	124
Anexo B. Consentimiento informado	126
Anexo C. Operacionalización de la Variable	128
Anexo D. Instructivo	144
Anexo E. Rejilla para Validación de Contenido	152
Anexo F. Tablas Validación de Jueces. Dimensión Estado de conciencia	161
Anexo G. Tablas Validación de Jueces. Dimensión Signos vitales/ Estabilidad Hemodinámica	164
Anexo H. Tablas Validación de Jueces. Dimensión Evaluación Estructural – Funcionalidad – Sensibilidad	167
Anexo I. Protocolo final	182

Introducción

Según Cámpora y Falduti (2015), la deglución es:

(...) una actividad neuromuscular controlada desde los sistemas neurológicos centrales y periféricos que comprometen diferentes estructuras musculares, óseas y cartilaginosas. El proceso deglutorio requiere de una serie de contracciones musculares interdependientes y coordinadas que involucran seis pares craneales, cuatro nervios cervicales y más de treinta músculos. Este proceso es ordenado por etapas, que se dividen en: a) oral preparatoria; b) oral; c) faríngea y c) esofágica (p.3).

El trastorno de la deglución o disfagia, es una alteración en el transporte de alimentos tanto de sólido como líquido de la cavidad oral al estómago de acuerdo a Fernández Carmona, Peñas Maldonado, Yuste Osorio, y Diaz Redondo, (2012), puede causar malnutrición, deshidratación y complicaciones respiratorias asociadas a broncoaspiración (p 424) e incluso como indican Bassi, D., Furkim, A. M., Coelho, M., Silva, A. C., Rolim, M., Alenca, M., y Machado, M. (2014) llevar a la muerte, aumentando los costos de hospitalización y prolongando la estancia hospitalaria (p. 22). Puede deberse a causas estructurales o funcionales, presentándose en el contexto de alteraciones congénitas, neurológicas, lesiones cerebrovasculares, neurodegenerativas, traumas, enfermedades respiratorias, intubación prolongada, infecciones, entre otras.

Los pacientes que ingresan a la unidad de cuidado intensivo (UCI), frecuentemente presentan dificultades para la alimentación por vía oral, por lo que deben utilizarse vías alternas de alimentación como sondas orogástricas, nasogástricas y en caso extremo, ostomías para que puedan suplir sus necesidades nutricionales y lograr la protección de la vía aérea.

Este trabajo, por lo tanto, tiene como objetivo determinar el grado de validez de contenido del protocolo de Evaluación Fonoaudiológica de la Deglución en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) adulto, a partir de la calificación de pertinencia, suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, por medio de jueces expertos. De esta manera, un protocolo validado en Colombia, permitirá que el fonoaudiólogo realice una evaluación de cabecera de manera oportuna y completa, con un alto estándar de calidad, no basado en empirismos y así propiciar espacios para el trabajo armónico del equipo comprometido en la atención del paciente.

Además, busca con esto una intervención terapéutica adecuada que conduzca a disminuir el tiempo de estancia hospitalaria y propiciar la cobertura de un mayor número de personas que pueden requerir los servicios institucionales.

Para la evaluación clínica de la deglución este protocolo incluye: a) la identificación, b) anamnesis; c) estado nutricional; d) estado de conciencia; e) signos vitales; f) condición respiratoria; g) comunicación teniendo en cuenta lenguaje, habla, producción vocal; h) postura, que comprende la evaluación estructural, funcionalidad; i) sensibilidad de los elementos estomatognáticos; j) reflejos; k) evaluación funcional de la deglución de alimentos; l) diagnóstico funcional; m) Escala Funcional de la Disfagia de O'Neil; y n) pruebas instrumentales y remisiones.

El diseño y estructuración del protocolo se basó en una revisión bibliográfica exhaustiva, complementada con una entrevista abierta a veinte (20) fonoaudiólogos expertos en deglución con estudios de profundización en el tema, la cual fue sometida a análisis por medio del analizador cualitativo Atlas – ti. Posteriormente, el protocolo fue enviado a cinco (5) jueces expertos para la validación de contenido realizando un análisis psicométrico de coincidencias y discrepancias, lo cual a su vez permitió la reestructuración del mismo incluyendo las observaciones y recomendaciones de los jueces, para la entrega final de un protocolo con validez de contenido y presto para

continuar nuevas investigaciones que permitan el crecimiento científico de la Fonoaudiología.

Capítulo 1. Descripción General Del Proyecto

1.1 Problema De Investigación

Día a día la necesidad de intervención del profesional en fonoaudiología se hace más evidente tanto en los servicios de hospitalización como en las Unidades de Cuidado intensivo (UCI), en donde la variedad y frecuencia de comorbilidades como las fallas multisistémicas, enfermedad cerebrovascular (ECV), traumatismos craneoencefálicos (TCE), enfermedad cardiovascular y respiratorias, entre otras, requieren de prácticas de monitoreo constante y procedimientos invasivos, tales como: a) ventilación mecánica a través intubación orotraqueal (IOT); b) traqueostomía (TQT); c) cateterismo; y d) uso de medicamentos relajantes y sedantes, los cuales generan adicionalmente disminución en los estados de conciencia o patologías neuromusculares por el reposo prolongado, desencadenando estos, la aparición de síntomas de dificultades en la deglución o disfagia, la cual puede generar mayor morbimortalidad del usuario por el riesgo de neumonía por broncoaspiración, aumentando la estancia hospitalaria en UCI e incrementando los costos monetarios intangibles y de oportunidad hospitalaria (Fernández et al., 2012).

Arteaga et al (2006), refieren que en el estudio del trastorno de la deglución se debe partir con la anamnesis, evaluando la presencia, duración y tipo de disfagia, para luego realizar un examen físico completo. Esta evaluación tiende a ser subjetiva e incompleta por la ausencia de protocolos establecidos, el desconocimiento de los factores de riesgo relevantes en la aparición del trastorno de deglución (p. 13-22). Por lo tanto, teniendo en cuenta las características en cuanto a la condición de salud de los sujetos, el grado de fragilidad de éstos y las implicaciones del proceso de deglución en el sistema respiratorio y nutricional, se hace necesario que el profesional en

fonoaudiología que brinde sus servicios en las salas de cuidado intensivo cuente con protocolos de evaluación validados y basados en la evidencia que permitan la rigurosidad científica necesaria para evaluar de manera confiable la mecánica deglutoria y a su vez, la jerarquización o direccionamiento de la intervención del paciente.

A nivel internacional se encuentran disponibles diversos test para la evaluación de la mecánica deglutoria, los cuales tienen como objetivo caracterizar el proceso de deglución. En Brasil, Rodrigues Padovani, Aline; Medeiros GC, Andrade CRF (2012), diseñaron el protocolo de evaluación para el riesgo de la disfagia (PARD); cuyo objetivo fue identificar e interpretar la dinámica de las alteraciones en la deglución, caracterizar los signos clínicos sugestivos de penetración laríngea o aspiración laringotraqueal, definir el grado de severidad de la disfagia y definir conductas de intervención (p.74-85). En Estados Unidos, Warnecke T., Kaiser C., Hamacher C., Oelenberg S., Dziewas R. (2017) validaron el Gugging Swallowing Screen (GUSS), el cual evalúa la capacidad de deglución con diferentes tipos de consistencias alimenticias, aun cuando no se tuvo en cuenta el proceso de hospitalización y factores de riesgo relacionados (). Por otra parte, Clave, P. Arreola, V. Romea, M. Medina, L. Palomera, E. Serra-Prat, M. (2008), estructuraron el Método de exploración clínica volumen – viscosidad (MECV – V) que permite evaluar las habilidades de la deglución con diferentes viscosidades y volúmenes.

A nivel nacional, la investigación realizada por Campo Cañar et al., (2010), buscaba determinar los procedimientos de evaluación y diagnóstico de la disfagia oro faríngea que emplean los Fonoaudiólogos egresados de esa universidad del Cauca en Popayán, dicha investigación concluyó que el 66.7% no hacen uso de un protocolo estandarizado para evaluar y diagnosticar la disfagia; los procedimientos que con mayor frecuencia aplicaban eran anamnesis, evaluación de los órganos fonoarticuladores y Blue Dye Test; dentro de los de menor aplicación se encontró la auscultación cervical, ninguno reportó evaluación de la voz ni la técnica de los cinco

dedos. En cuanto a los signos que tenían en cuenta para el diagnóstico, los investigadores encontraron que los más frecuentes para el diagnóstico de la disfagia oral fueron el mal manejo del bolo, derrame de líquido por comisuras labiales; para el diagnóstico de disfagia faríngea el signo con mayor frecuencia fue la presencia de tos. El 47.6% no clasifica la disfagia de acuerdo al grado de severidad y el 42.8% remite a videofluoroscopia (p.1-5).

Concuerdan con esta investigación, estudios realizados por Velasco Vargas, K., Maldonado Navas, C., y Medina, T. (2016), donde concluyen frente a la evaluación de disfagia que ésta es indispensable en los procesos éticos y bioéticos como competencia de un profesional en Fonoaudiología, sin embargo, encontraron que los profesionales no empleaban protocolos de evaluación, siendo pocos los fonoaudiólogos que realizaban una valoración estructurada, también fue evidente que no se siguen puntualmente protocolos planteados y postulados por las escuelas americana y/o brasileña, aspectos que denotan una falta de unificación de conceptos para tal procedimiento (p.22-31); esta investigación planteó los siguiente interrogantes: ¿Qué está pasando en relación al uso de protocolos de evaluación de la disfagia?, ¿Por qué si hay protocolos y lineamientos estandarizados internacionales no están siendo aplicados por los fonoaudiólogos colombianos?.

Teniendo en cuenta la importancia de la evaluación estandarizada para determinar la normalidad, funcionalidad, o alteraciones de la deglución, la falta de validación en el país de test o protocolos diseñados en el ámbito internacional y además las necesidades diagnosticas tempranas y oportunas de los pacientes de las unidades de cuidado intensivo de las clínicas y hospitales del país, se considera importante disponer de un protocolo de evaluación de la deglución que permita diagnosticar de manera ágil y efectiva la presencia o no de disfagia en estos individuos; por lo antes expuesto, la presente investigación busca determinar ¿cuál es el grado de validez de contenido del Protocolo de evaluación Clínica de la Deglución para pacientes en Unidad de Cuidado Intensivo Adulto (PECD-UCI), a partir de la calificación de jueces expertos?.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General.

Determinar el grado de validez de contenido del protocolo de Evaluación Fonoaudiológica de la Deglución en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) adulto, a partir de la calificación de pertinencia, suficiencia, claridad, coherencia y relevancia, por medio de jueces expertos.

1.2.2 Objetivos Específicos.

- Recolectar evidencia científica de fuentes secundarias y primarias que permitan seleccionar el contenido necesario para la estructuración del protocolo.
- Diseñar el protocolo de evaluación fonoaudiológica de la deglución en UCI para que sea evaluado por jueces expertos.
- Validar el contenido del instrumento a partir del análisis de resultados por los jueces expertos.

1.3 Justificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2015, las condiciones crónicas de salud agrupan a las enfermedades de larga duración, de progresión lenta y son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud por su magnitud, su contribución a la mortalidad general, la incapacidad prematura y, por la complejidad y costo elevado de su tratamiento. En este grupo se encuentran las enfermedades cardiovasculares, del metabolismo, neoplásicas, respiratorias, musculo esqueléticas y neurológicas. De acuerdo a Castañeda, P. Segura, O. Parra A, Y. (2015), las enfermedades no transmisibles son responsables del 80% de las muertes

en el mundo, matan a 38 millones de personas cada año, 28 millones mueren en los países de ingreso bajos y medios, 16 millones de las muertes se producen en personas menores de 70 años de edad (p.1).

Igualmente Castañeda et al., (2015) en Colombia, según estimaciones del Ministerio de Salud, el 76% de la morbilidad es ocasionada por las ECNT; las cuales encabezan los problemas neuropsiquiátricos (21%), la cardiopatía hipertensiva (19%); la morbilidad sentida por condiciones crónicas causada por alergias 11,6%; hipertensión arterial 6,1%; alguna enfermedad del corazón 2,3%; diabetes o epilepsia 2,8%, son las patologías más frecuentes sentidas por los adultos después de los 45 años; condiciones como úlcera digestiva 4,9%, asma 4,4%, colon irritable 4,1%, otras enfermedades crónicas que no se curan y VIH/SIDA 3,2%, afectan a los adultos jóvenes (p.1).

Estas enfermedades, generalmente requieren de estancias hospitalarias en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), las cuales son un espacio para el cuidado de pacientes médicamente comprometidos, asociado a sus comorbilidades (cerebrovasculares, neurodegenerativas, cáncer, cardiovasculares, entre otras) que requieren equipos de alta tecnología para su monitoreo constante y de un equipo multidisciplinario calificado para su tratamiento. Favero, S., Scheeren, B., Barbosa, L., Hoher, J., y Cardoso, M. (2017) indican que estos pacientes están clínicamente inestables, inmunocomprometidos, con bajo nivel de conciencia, desnutrición, disfagia, bajo la influencia de medicamentos y en riesgo de infección, lo que requiere un cuidado especial.

La disfagia está dada por una alteración en alguna de las cuatro etapas de la deglución; no es considerada una enfermedad, sino un síntoma subyacente a otra enfermedad, asociándose a una mayor morbilidad y mortalidad, conduciendo a múltiples complicaciones clínicas, incluida la deshidratación, la desnutrición y la neumonía por aspiración (Fernández et al., 2012, p 424). Por lo tanto, una evaluación

temprana de la deglución por un Fonoaudiólogo es esencial para diagnosticar la disfagia y prevenir las complicaciones médicas derivadas de ella, debe tener una alta prioridad en las prácticas de atención de la salud, especialmente en las UCI de acuerdo a Etges, Camila Lucia, Scheeren, Betina, Gomes, Erissandra, y Barbosa, Lisiane De Rosa. (2014).

Cámpora y Falduti (2012), igualmente aducen que la disfagia orofaríngea tiene alta morbimortalidad, los datos epidemiológicos son escasos, pero se estima una prevalencia de 16 a 22% entre los individuos de más de 50 años; en los pacientes institucionalizados, se estima que 12-13% de los hospitalizados y hasta un 60% de los pacientes de instituciones terciarias presentan alteraciones de la deglución. Las poblaciones especiales, tales como pacientes con trauma craneoencefálico, ACV, Parkinson, presentan una prevalencia de entre el 20-40% de disfagia orofaríngea.

De acuerdo con Zurcher, Moret, Dziewas y Shefold (2019), la disfagia, incluida la disfagia post extubación (PED), es una preocupación en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos (UCI). Recientemente estos autores publicaron un estudio observacional prospectivo sobre la PED, detección sistemática posterior a la extubación, y observaron que la incidencia de PED en el ingreso en la UCI de emergencia no seleccionada fue del 18,3%, además, la PED persistió hasta el alta de la UCI en > 80% de los casos y >60% de los pacientes con deglución alterada en la UCI permaneció disfágico al alta hospitalaria. Es importante destacar que la presencia de PED tuvo un impacto en la morbilidad y la mortalidad, con una tasa de mortalidad por todas las causas en exceso de 90 días de 9.2%.

Teniendo en cuenta que la disfagia posterior a la extubación no se analiza de forma rutinaria en la mayoría de las UCI, tal vez debido a una conciencia limitada, el PED parece ser un problema de atención médica bastante poco reconocido (Zurcher et al., 2019). Lo anterior, demuestra que una evaluación y posterior tratamiento fonoaudiológico en UCI debe incluirse en la atención de rutina con el fin de minimizar

las complicaciones respiratorias, determinar la conducta nutricional a seguir o el reinicio de la vía oral segura y efectiva. La evaluación clínica de cabecera de la mecánica deglutoria tiene un papel importante, su objetivo principal es determinar la presencia y severidad de la disfagia, y el plan terapéutico a seguir; éstas son generalmente diseñadas para ser de ejecución rápida (15-20 minutos), es relativamente no invasiva y representan poco riesgo para el paciente, mientras que identifica signos o síntomas necesarios para el diagnóstico (Etges et al., 2014), es actualmente la forma más utilizada de evaluación de la deglución, utilizado por los profesionales como primera elección y, en algunas ocasiones, el único medio para investigar la sospechosa clínica de un trastorno de deglución. Es una evaluación no invasiva, rápida, tiene bajo costo y consume pocos recursos afirman Oliveira, Ana Carolina Martins de, Friche, Amélia Augusta de Lima, Salomão, Marina Silva, Bougo, Graziela Chamarelli, & Vicente, Laélia Cristina Caseiro. (2018).

Dentro del grupo de profesionales que intervienen en la recuperación de la acción deglutoria y alimenticia se encuentra el fonoaudiólogo (Ortega y Fuentealba, 2014), siendo este rol sustentado desde un marco legal de la Ley 376 de 1997 (Cuervo y Rodríguez, s.f.), dándole la potestad para evaluar, diagnosticar y tratar las alteraciones de la alimentación, dentro de un manejo integral. El proceso de alteración en la función de algún sistema del ser humano, implica: evaluación, diagnóstico y tratamiento, siendo la evaluación la primera instancia de intervención.

En este marco de la atención del fonoaudiólogo, se evidencia una carencia de instrumentos validados para la población del país, que tenga características propias de tipo cultural y del contexto colombiano (Campo, et. al., 2010), lo cual hace que los profesionales deban adoptar y adaptar protocolos de otros países de habla extranjera, incluso sin validación. Velasco, et al., 2016, concluyen en su investigación que no hay protocolización, lineamientos o parámetros homogéneos entre los profesionales Fonoaudiólogos para la ejecución de un proceso de evaluación en disfagia. No hay una relación 1 a 1 entre corriente de formación académica vs lineamientos de evaluación.

De ahí la importancia del diseño y validación por jueces expertos de un instrumento elaborado por y para fonoaudiólogos, que permita desarrollar procedimientos estandarizados en áreas que son de su competencia clínica, para realizar una valoración eficiente y oportuna de la deglución en el ámbito de las unidades de cuidado crítico, minimizando en primer lugar la morbimortalidad del usuario, redundando en una mejor calidad de vida para el usuario y en segundo lugar, el costo y la estancia hospitalaria.

Lo anterior, redundaría en un avance para la comunidad Fonoaudiológica colombiana, dado que el diseño de este protocolo constituye las bases para un trabajo serio y metódico, por su aporte a la comunidad científica en el inicio de procesos investigativos en ésta población; de igual manera, se da a conocer la praxis del Fonoaudiólogo especialista en Cuidado crítico, lo cual aumentaría las interconsultas y la evaluación eficiente y oportuna de los pacientes que se encuentran en las unidades de cuidado intensivo, permitiendo posicionar la profesión dentro del equipo de salud.

Así mismo, esta investigación deja abierta la posibilidad de realizar posteriores estudios como la validez de constructo, criterio y confiabilidad, generando un mayor crecimiento científico de la Fonoaudiología.

Capítulo 2. Marco de Referencia

2.1 Marco Teórico

2.1.1. Antecedentes Legales.

La profesión de Fonoaudiología en Colombia se rige a partir de la Ley 376 de 1997, por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia. Dentro de esta, se mencionan las Áreas de Desempeño Profesional (Artículo 2do.): El profesional en Fonoaudiología desarrolla los programas fonoaudiológicos en investigación, docencia, administración, asistencia y asesoría en las siguientes áreas de desempeño profesional, lenguaje, habla y audición. Con respecto a los Campos Generales de Trabajo (Artículo 3o) se encuentra que el ejercicio de la profesión en Fonoaudiología, va encaminado a la realización de toda actividad profesional dentro de los siguientes campos generales de trabajo y/o de servicio así:

1. Diseño, ejecución y dirección de investigación científica
2. Participación y/o dirección de investigación interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinaria destinada a esclarecer nuevos hechos y principios que contribuyan al crecimiento del conocimiento y la comprensión de su objeto de estudio desde la perspectiva de las ciencias naturales y sociales
3. Diseño, ejecución, dirección y control de programas fonoaudiológicos de prevención, promoción, diagnóstico, intervención, rehabilitación, asesoría y consultoría dirigidos a individuos, grupos y poblaciones con y sin desórdenes de comunicación
4. Asesoría en diseño y ejecución y dirección en los campos y áreas donde el conocimiento y el aporte disciplinario y profesional de la Fonoaudiología sea requerido y/o conveniente el beneficio social

5. toda actividad profesional que se derive de las anteriores y que tengan relación con el campo de competencia de la Fonoaudiología (Congreso de la República de Colombia, 1997).

Para el presente estudio, también es necesario considerar, lo establecido por el Ministerio de la protección social, en la Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. La resolución 379 de marzo 6 de 2014, del Consejo Superior de la Corporación Iberoamericana, por la cual se aprueba el reglamento de investigaciones. De igual manera, se tendrá en cuenta la Resolución 8430 de octubre 4 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

2.1.2 Antecedentes de Investigación.

2.1.2.1. Nacionales. A pesar de que en Colombia no existen datos precisos sobre la prevalencia de las disfunciones orofaríngeas, las estadísticas de la Universidad Nacional en los años 1998 al 2000, indican que, de 1427 pacientes atendidos por Fonoaudiología, el 11.7% solicitó el servicio o fue remitido por desórdenes miofuncionales, disfagia y problemas de habla asociados (Ángel, L., Casa, A., Suarez, J., 2003).

La investigación realizada por Campo et al., (2011), concluye que los procedimientos de evaluación y diagnóstico de disfagia orofaríngea que utiliza cada Fonoaudiólogo son diferentes, a pesar de trabajar en las mismas instituciones. Asume, que se debe a la no existencia en Colombia de un protocolo estandarizado para la evaluación y diagnóstico de dicha alteración, por lo que cada uno evalúa de acuerdo a lo que considera necesario. Lo cual se corrobora en lo reportado por Velasco, et al., 2016, en la investigación que busca la identificación de las pruebas objetivas y subjetivas utilizadas por fonoaudiólogos para la evaluación y diagnóstico de la disfagia (p. 22-31). La

población de estudio correspondió a fonoaudiólogos que laboraban en el área de la función oral faríngea (disfagia), en la ciudad de Santiago de Cali (Colombia), entre enero de 2014 y junio de 2015. Los resultados obtenidos permiten visualizar cómo se encuentra la Fonoaudiología frente al hacer profesional en la evaluación de la disfagia, los modelos conceptuales que cimentan la praxis, también posibilitan llegar al análisis del quehacer Fonoaudiológico en relación a su experticia y formación. Se encontró que los profesionales usan principalmente como estrategias de evaluación en orden descendente evaluación postural, análisis de maniobras compensatorias y auscultación cervical. Los procedimientos de evaluación más utilizados en orden descendente fueron: evaluación de órganos fonoarticuladores, blue dye test, anamnesis, evaluación de la postura, evaluación del estado de conciencia y evaluación del lenguaje. Entre los procedimientos menos usados se encuentra la auscultación cervical y evaluación de los sentidos.

Los mismos autores refieren que su investigación evidenció que procedimientos como evaluación de la voz y técnica de los 5 dedos no son realizados por ningún Fonoaudiólogo. Por otra parte al verificar las respuestas en relación a la clasificación de la severidad de la disfagia, se encontró que más de la mitad de la población lo realiza; pero al analizar el tipo de escalas que utiliza se evidenció que menos de la mitad hace uso de la escala funcional de ingesta por vía oral (FOIS), es decir, que además de los profesionales que están influenciados por la corriente de Brasil hay otros influenciados por la corriente Americana que están utilizando esta escala, omitiendo la de su propia corriente teórica. Concluyendo que la no unificación de escalas o criterios definitorios que clasifican la severidad va en coherencia con lo encontrado frente al aspecto de no estandarización o protocolización.

Se puede concluir, que los procedimientos utilizados para la evaluación y diagnóstico de la disfagia orofaríngea fueron diferentes entre los egresados de la Universidad del Cauca y Universidad Santiago de Cali. Sin embargo, Ángel et al., (2004), han

propuesto un Manual de Procedimientos que aporta información general de la evaluación, pero no explica detalladamente la secuencia y manera de realizarlos.

Por otra parte, Barragán (2008), realizó una investigación de elaboración de la guía de práctica basada en la evidencia para la Auscultación cervical, la cual proporciona un promedio de 73 % de especificidad y 87.3 % de sensibilidad, siendo altamente sensible para detectar alto riesgo de aspiración y poco específico para detectar personas con deglución normal. El planteamiento de esta guía proporciona elementos importantes relacionados con la descripción operativa del procedimiento, las características de los sonidos deglutorios, la confiabilidad y validez de la auscultación cervical.

De igual manera, Vargas, Rodríguez e Ibáñez (2013), en su estudio, Factores que Inciden el Registro Acústico Deglutorio: Una mirada hacia la Auscultación Cervical, definieron como alternativa de abordaje clínico la Auscultación Cervical (AC) que ha sido utilizada por algunos profesionales como una alternativa de screening para llegar a conocer las situaciones predominantes en la fase faríngea del proceso deglutorio, pretendió identificar a través de una revisión de evidencia disponible, las relaciones existentes entre los fenómenos fisiológicos que tienen origen una vez se activa el reflejo deglutorio y se desencadena la activación refleja y protectora de las vías aéreas inferiores, para poder lograr posteriormente desde la espectrografía del sonido una verdadera comprensión del fenómeno físico-acústico de la deglución (págs. 16-23).

2.1.2.2. Internacionales. En el ámbito internacional, se encuentra estudios relacionados con el tema de la investigación propuesta, tal es el caso de Rodriguez, Pedroni, Davidson y Furquim (2007) cuyo objetivo fue constituir un protocolo piloto de evaluación del riesgo para disfagia, con el objetivo de auxiliar al fonoaudiólogo a identificar e interpretar las alteraciones en la dinámica de la deglución, caracterizar los signos clínicos sugestivos de penetración laríngea o aspiración laringo-traqueal, definir puntualmente la señal la gravedad de la disfagia y establecer conductas a partir de los resultados de la evaluación. Fue elaborado con base a la literatura y teniendo en

cuenta los protocolos ya existentes, se identificaron los puntos comunes a todos, los puntos no comunes fueron excluidos y se incluyeron elementos considerados pertinentes. De esta forma, se elaboró el PARD, que está constituido por tres partes: prueba de deglución del agua, prueba de deglución de alimentos pastosos, clasificación del grado de disfagia y conductas. El protocolo fue sometido a la evaluación de jueces (tres fonoaudiólogos con experiencia en el área) y obtuvo un grado de concordancia superior al 75% (págs. 199-205).

Otro protocolo de evaluación, es el empleado en la investigación de Trapl, M. Enderle, P. Nowotny, M. Teuschl, Y. Matz, K. Dachenhausen, A. Brainin, M (2007), quienes aplicaron la prueba de deglución Gugging Swallowing Screen (GUSS), en la investigación, se evaluaron 50 pacientes con accidente cerebrovascular agudo que fueron distribuidos en dos grupos, la prueba arrojó una excelente confiabilidad entre evaluadores ($\kappa = 0.835$, $P < 0.001$). En ambos grupos, el GUSS pronosticó bien el riesgo de aspiración (área bajo la curva = 0,77; IC del 95%, 0,53 a 1,02 en la muestra de 20 pacientes; área bajo la curva = 0,933; IC del 95%, 0,833 a 1,033 en la muestra de 30 pacientes muestra). El valor de corte de 14 puntos dio como resultado una sensibilidad del 100%, una especificidad del 50% y un valor predictivo negativo del 100% en la muestra de 20 pacientes y del 100%, 69% y 100%, respectivamente, en la muestra de 30 pacientes. La validez del contenido mostró un riesgo de aspiración significativamente mayor con líquidos en comparación con las texturas semisólidas ($P = 0,001$), lo que confirma la secuencia de la subprueba de GUSS, cuyo objetivo es reducir al mínimo el riesgo de aspiración con esta prueba, evaluar la gravedad del riesgo de aspiración y recomendar una dieta especial en consecuencia.

Clavé P, et al (2008), en su investigación de exactitud de la prueba de volumen-viscosidad de la deglución para la detección clínica de disfagia orofaríngea y aspiración, la cual tuvo como objetivo Determinar la precisión de la prueba de la deglución de volumen-viscosidad (V-VST) en el lado de la cama para el cribado clínico de la seguridad y eficacia disminuidas de la deglución. El V-VST mostró una

sensibilidad del 83.7% y una especificidad del 64.7% para la penetración del bolus en la laringe y una sensibilidad del 100% y una especificidad del 28.8% para la aspiración. La sensibilidad de V-VST fue del 69,2% para el residuo, del 88,4% para la deglución gradual y del 84,6% para identificar a los pacientes cuya deglución mejoró al mejorar la viscosidad del bolo. La especificidad fue de 80.6%, 87.5% y 73.7%, respectivamente. Los investigadores lograron concluir que el V-VST es un método clínico sensible para identificar pacientes con disfagia en riesgo de complicaciones respiratorias y nutricionales, y pacientes cuya deglución podría mejorarse al aumentar la viscosidad del bolo. Los pacientes con una prueba positiva deben someterse a videofluoroscopia.

Por su parte, Rodrigues et al., 2012, realizó el Protocolo fonaudiológico de introducción y transición de la alimentación por vía oral para pacientes con riesgo de la disfagia (PITA), es un protocolo teórico elaborado con base en la literatura disponible, por medio de la evaluación de jueces expertos en el área fue posible perfeccionar el instrumento y validar en apariencia y contenido. A pesar de que el instrumento es de fácil utilización, se advierte la necesidad de entrenamiento previo del fonaudiólogo para la correcta aplicación del instrumento.

García-Peris, P.; Velasco, C.; Velasco, M y Clavé, P. (2011), buscó en su investigación determinar la prevalencia de la disfagia orofaríngea (DOF) y el riesgo de broncoaspiración luego de la extubación orotraqueal en UCI y su asociación con factores epidemiológicos como edad, sexo, tiempo de ventilación mecánica invasiva (VMI), reintubación, diagnóstico de ingreso y severidad, entre otros, en pacientes post extubados en la UCI del instituto autónomo Hospital Universitario de los Andes (Venezuela), utilizando la prueba clínica de detección de DOF GUSS, concluyeron que la prevalencia de la DOF fue de 18,5%, que pacientes con diagnóstico relacionado del Sistema Nervioso Central (SNC), desarrollaron más DOF, el tiempo de VMI continua siendo el principal factor de riesgo de desarrollo de DOF.

Burgos, R.; Sarto, B.; Seguro, H.; Romagosa, A.; Puiggrós, C.; Vázquez, C.; Cárdenas, G.; Barcons, N.; Araujo, K.; Pérez-Portabella, C. (2012), realizan la adaptación española de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia, realizan la traducción, traducción inversa y aprobación por los investigadores de la versión española de la escala (EAT-10 ES), se realizó un estudio prospectivo en pacientes con diagnóstico de disfagia (DD), pacientes no diagnosticados con riesgo de disfagia (RD) y pacientes sin riesgo de disfagia (SRD), procedentes de tres escenarios clínicos: una unidad de soporte nutricional hospitalaria (USN), una residencia geriátrica (RG) y un centro de atención primaria (CAP), que respondieron a la EAT-10 ES durante una única visita. Pacientes e investigadores respondieron a un cuestionario de comprensión del instrumento. Se concluye que La escala EAT-10 ES ha probado su fiabilidad, validez y consistencia interna. Es un instrumento fácil de comprender y rápido de completar, por lo que se considera útil para el despistaje de la disfagia en la práctica clínica.

En otros estudios, se encuentra Ostrofsky y Seedat (2016), en el que se buscó establecer la validez y confiabilidad de la herramienta de detección de disfagia sudafricana (SADS) para pacientes con accidente cerebrovascular agudo que acceden a los servicios hospitalarios del gobierno. El estudio fue un diseño cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal con un componente retrospectivo. Se utilizó un muestreo conveniente para reclutar a 18 terapeutas del habla y lenguaje y 63 pacientes con accidente cerebrovascular agudo de tres hospitales del gobierno de Sudáfrica. El SADS consta de 20 elementos de prueba y fue administrado por terapeutas del habla y lenguaje. La evaluación fue seguida por una evaluación diagnóstica de disfagia. El administrador de la herramienta no participó en la finalización de la evaluación de diagnóstico, para eliminar el sesgo y evitar la contaminación de los resultados del evaluador a la evaluación de diagnóstico. Sensibilidad, La validez y la eficacia de la herramienta de detección se evaluaron en función de los resultados de la evaluación diagnóstica de disfagia (pp. 1-9).

De otro lado, la Validación de la Adaptación cultural del test de Okhuma, realizada por Papadopoulou, S. L., Exarchakos, G., Christodoulou, D., Theodorou, S., Beris, A., y Ploumis, A. (2016), cuyo propósito del estudio fue evaluar la confiabilidad y validez de la versión griega adaptada del cuestionario de Ohkuma. El principio subyacente de este cuestionario es la posibilidad de evaluar de manera segura la etapa de disfagia dentro de quince preguntas en un corto período de tiempo. Proporciona un medio completo para diagnosticar con precisión la presencia y la gravedad de la disfagia en pacientes después de una enfermedad neurovascular. Concluye que la versión adaptada griega del cuestionario es válida y confiable y puede usarse para la detección de disfagia en pacientes de habla griega (pp. 1-9).

2.2. Bases Teóricas

Para la presente investigación, se tuvieron en cuenta principalmente los postulados teóricos de Càmpera y Falduti, Bleckk (2012). En lo concerniente a la definición, anatomía, fisiología, neurología, entre otros aspectos de la deglución y su disfunción. De igual manera, se tuvo en cuenta los postulados de Hernández Sampieri, Fernandez Collado, y Baptista Lucio, (2014), en lo referente a los criterios de validación.

2.2.1. Deglución.

En 2007, Clavé et al., refieren que:

Una deglución normal supone la acción coordinada de un grupo de estructuras situadas en cabeza, cuello y tórax, e implica una secuencia de acontecimientos en los que unos esfínteres funcionales se abren para permitir la progresión del bolo, transportándolo desde la boca al esófago, y se cierran tras su paso para impedir falsas rutas y proteger la vía aérea. El objetivo de la deglución es la nutrición del individuo, la cual tiene dos características: la eficacia de la deglución, que es la posibilidad de ingerir la totalidad de las calorías y el agua necesarias para mantener una adecuada nutrición e hidratación y, la seguridad de la deglución, que es la

posibilidad de ingerir el agua y las calorías necesarias sin que se produzcan complicaciones respiratorias (p.175).

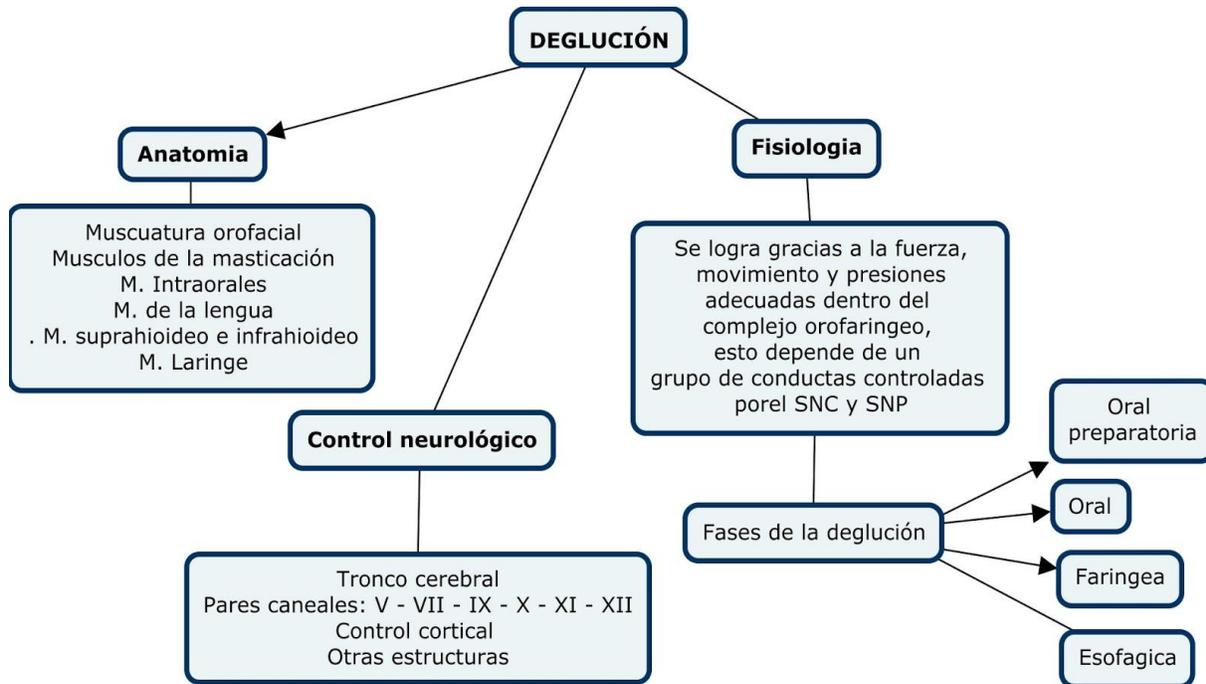


Figura 1. Deglución postulados de Cámpora y Falduti (2012).

Fuente: Elaboración propia.

En relación al mismo tema, Cámpora y Falduti (2012) indican que la deglución es definida como la actividad de transportar sustancias sólidas, líquidas y saliva desde la boca hacia el estómago. Este mecanismo se logra gracias a fuerzas, movimientos y presiones dentro del complejo orofaringolaríngeo. Esta compleja actividad dinámica neuromuscular depende de un grupo de conductas fisiológicas controladas por la actividad del sistema nervioso central y periférico, lo cual desencadena el reflejo disparador deglutorio (RDD). Los receptores de dicho reflejo se encuentran en base de lengua, pilares anteriores y pared faríngea posterior, cuyas aferencias están dadas por el nervio glossofaríngeo y las referencias por el plexo faríngeo. El mecanismo de la deglución se divide en cuatro etapas: oral preparatoria, oral, faríngea y esofágica. La

coordinación y el sincronismo en el transporte del bolo alimenticio por cada una de estas etapas es regulada por un sistema de válvulas que se abren y cierran de forma precisa, lo que nos asegura la eficacia en la deglución. Las válvulas que intervienen son cinco: a) labios; b) velo lingual; c) velo faríngeo; d) cierre de vestíbulo laríngeo (descenso de epiglotis y cuerdas vocales), e) EES (esfínter esofágico superior) (p 99).

El mecanismo de defensa de la laringe está dado por es el descenso de la epiglotis, el cierre cordal y la presión *subglótica*. La epiglotis realiza una báscula de 145° debido al movimiento de ascenso del hueso hioides a través del ligamento *hioepiglótico* y el peso del bolo, y sella de esta forma el vestíbulo laríngeo. El cierre cordal produce el cierre glótico a través de la contracción de la musculatura laríngea. Por debajo de la glotis se produce una presión denominada subglótica. Cámpora y Falduti (2012) afirman que el valor de la misma durante la deglución es de 7 a 10 cm de H₂O al momento del trago mediante previa inspiración a capacidad pulmonar total y un valor de 2 cm de H₂O tragando a capacidad residual funcional, Cuando en alguna de estas etapas mencionadas se pierde la coordinación, el sincronismo y la eficacia se presenta la disfagia (p, 99).

2.2.1.1. Anatomía de la deglución. La deglución es un proceso complejo en el que están involucrados diversos sistemas, tales como el sistema neurológico, digestivo y respiratorio, el cual requiere de estructuras anatómicas que permitan cada una de sus etapas. Estas estructuras son tanto musculares como esqueléticas que comprenden desde los labios hasta el esfínter esofágico superior, dividido en anatomía de la cavidad oral, de la faringe y la laringe.

2.2.1.2. Fisiología de la deglución. Para una mejor comprensión del proceso deglutorio es necesario identificar y reconocer la fisiología de la deglución, la cual está dada por las fases o etapas deglutorias; para este caso se tendrá en cuenta a Cámpora y Falduti (2015) quienes describen las siguientes fases de la deglución, ilustradas en la figura número 1:

1. Fase oral preparatoria: Se trata de una etapa voluntaria de duración variable, según la consistencia del alimento a ingerir. Comienza con la ingesta del alimento dentro de la boca y la sellada bilabial (1 ° válvula). Los alimentos deglutidos pueden tener distintas consistencias. Los sólidos intervienen en un proceso denominado masticación (ciclo masticatorio); en este los alimentos se mezclan con saliva para la formación del bolo. Los alimentos semisólidos participan en el proceso denominado maceración que genera un bolo homogéneo (p. 17).
2. Fase oral: esta etapa es voluntaria y tiene una duración aproximada de un segundo. Una vez formada el bolo se produce el ascenso de la punta de la lengua que toma contacto con el paladar duro y comienza el transporte del bolo hacia la pared posterior de la cavidad oral (velo lingual, 2° válvula). En esta instancia, el músculo palatogloso se contrae y produce el cierre de la cavidad oral posterior. De esta forma, se genera una zona de presión de traslado del alimento hacia el istmo de las fauces. Cuando el bolo alcanza la zona de receptores del RDD, comienza la etapa faríngea. El RDD comienza el músculo palatogloso y se irá potenciando hacia la zona posterior del istmo de las fauces con diferentes zonas donde también existen receptores. Este se ubica en pilares anteriores, velo del paladar, istmo de las fauces y valéculas (p. 17).
3. Fase faríngea: esta etapa es involuntaria y dura hasta 1 segundo. Iniciada la respuesta del RDD, asciende el velo del paladar (3° válvula), y se produce el cierre nasofaríngeo. En este tramo el centro neurológico, respiratorio es inhibido por el centro neurológico deglutorio y provoca apnea respiratoria. De manera simultánea, sucede el ascenso anterosuperior de la laringe a través de la musculatura suprahioidea e infrahioidea, lo cual genera la apertura del espacio faríngeo. Este desplazamiento laríngeo provoca la báscula epiglótica y ocurre el cierre glótico (4° válvula). Al efectuarse el descenso epiglótico el bolo alimenticio se desliza la faringe que, a través de sus músculos semicirculares, producirán un

canal de traslado. El orden de los constrictores faríngeos. 1°, 2° y 3° genera una onda peristáltica primaria que finaliza con el contacto del bolo alimenticio en el EES (5° válvula). Al finalizar esta etapa, el bolo alimenticio se sitúa en la faríngea distal; el constrictor inferior empuja el bolo hacia abajo y lo pone en contacto con el EES, compuesto por el músculo cricofaríngeo, es en este momento cuando el ESS, se relaja y el bolo pasa hacia el esófago (P, 18).

4. Fase esofágica: es involuntaria, comprende contracciones musculares que impulsan el bolo alimenticio desde el esfínter cricofaríngeo hasta el estómago. Su duración es de 8 a 10 segundos. El peristaltismo secundario constituye las contracciones esofágicas que surgen en ausencia de deglución voluntaria. Las fibras de músculo liso dentro del esófago reciben impulsos excitadores e inhibidores del nervio neumogástrico (X par craneal). El peristaltismo esofágico propulsa el bolo alimenticio hacia su parte distal, donde el esfínter inferior regula la entrada al estómago. Con esta fase se da comienzo al proceso de la digestión (p, 19).

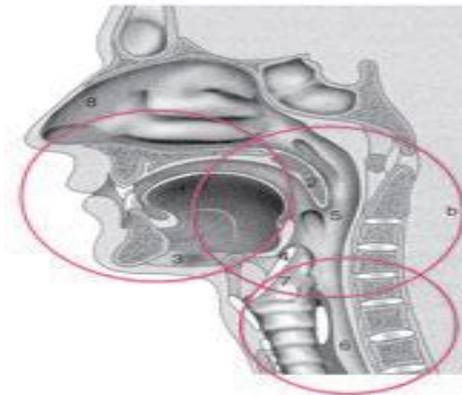


Figura 2. Las tres fases de la deglución. Representación esquemática de una persona de perfil. Los diferentes círculos representan las sucesivas etapas del paso de los alimentos de la boca al esófago. a. Fase oral; b. Fase faríngea; c. Fase esofágica; 1. Lengua; 2. Velo del paladar; 3. Músculos suprahioides; 4. Epiglotis; 5. Faringe; 6. Esófago; 7. Vestíbulo laríngeo; 8. Cavidades nasales.

Fuente: Bleeckx, Postiaux. (2002).

2.2.1.3. Control neurológico de la deglución. Diferentes niveles de control hacen que la alimentación sea armoniosa y coordinada, según Bleeckx y Postiaux (2002), está dada por:

1. Tronco cerebral: Organiza los actos reflejos de la deglución. Es el primer sistema de regulación. Aparece a partir del fin del segundo mes de vida intrauterina. Rápidamente se establecen los reflejos de succión y de deglución. A Partir del tercer mes, el feto succiona sus dedos y deglute. Al llegar a término traga hasta 3 l de líquido amniótico por día. Cuando nace, el niño debe aprender a coordinar respiración y deglución. Esta aptitud depende de la maduración del tronco cerebral, cuyo centro de la deglución se sitúa a nivel del romboencéfalo. En la función alimentaria intervienen seis pares de nervios craneales: V, VII, IX, X, XI y XII. En el cuadro I se describen sus inervaciones sensitivas y motrices principales. Los núcleos de los nervios craneales se diferencian en dos grupos: por una parte, el núcleo del tracto solitario (región dorsal), al que se atribuyen el inicio y la organización de la secuencia motriz; por otra parte, el núcleo ambiguo (región ventral), cuya función es transmitir estas informaciones a los músculos correspondientes.
2. Control cortical: Aparece más tardíamente, es decir, durante el primer año de vida. El centro destinado a la deglución se sitúa en la base de la cisura frontal ascendente, a nivel del opérculo Rolándico. También intervienen las cortezas motora y premotora. De esta zona cortical parte el fascículo córtico - geniculado (o corticobulbar) que es bilateral y acompaña al fascículo piramidal. Cada uno de los fascículos cortico geniculados inerva los núcleos de los dos lados del tronco cerebral, con una preponderancia sobre uno de los grupos. Este concepto fundamental permite comprender las secuelas de una lesión cortical. Los músculos de la deglución están representados bilateralmente de forma asimétrica a nivel de la corteza. El hemisferio dominante no siempre está en relación con la dominancia de la persona (p. 2).

3. Otras estructuras: Otras estructuras, como los núcleos grises centrales y el cerebelo, completan esta orden neurológica. Los primeros aseguran el automatismo de la función y los segundos las sinergias complejas y las cronometrías. Permiten una función cortical armoniosa. Cuando estos tres niveles de órdenes superiores sustituyen a los actos reflejos del tronco cerebral, la succión se abandona progresivamente y se establece una masticación y una deglución de tipo adulto. Como en la mayoría de los casos, diversas aferencias sensitivas procedentes de la cavidad bucal transitan el tronco cerebral gracias a los nervios craneales para llegar al tálamo y después a la corteza. Esta información inducirá una respuesta motriz organizada por el tronco cerebral y modulada por los centros superiores. A continuación, son los nervios craneales los que intervienen para transmitir la respuesta motriz a los músculos apropiados (p.2).

Tabla 1. Nervios craneales, incluyendo los pares craneales relacionados con la deglución, así como sus inervaciones sensitivas o motoras que participan en la función alimentaria.

DENOMINACIÓN	INERVAÇÃO SENSITIVA	INERVAÇÃO MOTORA
V-NERVIO TRIGÉMINO a. Nervio oftálmico de Wills	Órbita, ojo, párpado, raíz de la nariz, frente	Músculos masticatorios Periestafilino externo
b. Nervio maxilar superior	Párpado inferior, parte superior de la mejilla, parte adyacente de la nariz, labio superior, encía, dientes del maxilar superior, parte superior de la boca, nariz	Milohioideo Ventre anterior del digástrico
c. Nervio maxilar inferior o lingual	Región temporal, mejilla, mentón, labio inferior, encía y dientes del maxilar inferior. sensibilidad de los tercios anteriores de la lengua	
VII - NERVIO FACIAL • Propiamente dicho • Facial superior • facial inferior • Wrisberg	Sensibilidad GUSTATIVA de los tercios anteriores de la lengua	Músculos de la mímica + vientre posterior del digástrico, estilohioideo, buccinador y platisma
IX – GLOsofaríngeo	Velo del paladar, faringe, parte posterior de la lengua Sensibilidad GUSTATIVA del tercio posterior de la lengua	Estilofaríngeo + constrictores de la faringe

DENOMINACIÓN	INERVACIÓN SENSITIVA	INERVACIÓN MOTORA
X- NEUMOGÁSTRICO <ul style="list-style-type: none"> Nervio laríngeo superior Nervio laríngeo recurrente 	Esencialmente sensitiva para la laringe y la epiglotis Mucosa de la laringe	Músculo cricotiroideo Motor para los otros músculos de la laringe
XI ESPINAL <ul style="list-style-type: none"> Una raíz se une al recurrente Una raíz medular 		Motor para los músculos de la laringe salvo el cricotiroideo Esternocleidomastoideo + trapecio superior
XII HIPOGLOSO MAYOR		Exclusivamente motor para los músculos de la lengua + geniohioideo + tirohioideo

Fuente: Bleeckx D, Postiaux G (2002).

2.3. Disfagia

Cámpora et al., (2012), indica que la disfagia no es una enfermedad, sino un síntoma que se puede encontrar en diversas enfermedades. Las causas de la misma pueden ser alteraciones de tipo estructural anatómico, neurológico y/o enfermedades respiratorias (p, 99). Por su parte Velasco, et al., (2007), afirma que el término disfagia proviene de dos palabras griegas, *dys* (dificultad) y *phagia* (comer), por lo tanto, la disfagia es una sensación subjetiva de dificultad para que el alimento pase desde la boca al estómago. Puede deberse a una alteración orgánica o a una dificultad funcional, y afectar a pacientes de todas las edades, desde bebés a ancianos (p.175).

Hincapié-Henao, Liliana; Lugo, Luz Elena; Ortiz, Sergio Daniel; López, María Eugenia (2010). describen que:

La disfagia es una condición con una prevalencia que oscila entre 30 y 60 % en personas hospitalizadas; 10 a 15 % en pacientes hospitalizados en cuidado crítico, 25 a 50 % en pacientes con trastornos neurológicos, 43 a 80 % en pacientes con enfermedad cerebro vascular, 59% en pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello y un 30 a 40 % en pacientes ancianos, en quienes se considera como problema crónico común, con grados de severidad variable que pueden tener graves consecuencias de desnutrición o neumonía. También, es un factor de riesgo para la aspiración de alimento a vía aérea y se ha relacionado con un mayor número de infecciones respiratorias y altos costos en instituciones de salud, debido a

estancias hospitalarias más prolongadas y mayores gastos en suministros de alimentación no oral. La prevalencia de la disfagia en la población hospitalaria se ha estimado en un 12 %, mientras que la desnutrición hospitalaria puede llegar a afectar al 50 % de los pacientes ingresados e incide en mayor grado en sujetos con disfagia (pp. 21-29).

2.3.1. Clasificación y grados de la disfagia.

Teniendo en cuenta la clasificación de la Disfagia dado por Cámpora et al., (2012), se puede definir por el grado de severidad en:

1. Normal: masticaci3n y degluci3n segura, eficiente en todas las consistencias de los alimentos.
2. Leve: masticaci3n y degluci3n eficiente en la mayoría de los alimentos. Ocasionalmente puede presentar dificultad. Requiere del uso de técnicas específicas para lograr una degluci3n satisfactoria.
3. Moderada: degluci3n aceptable con dieta blanda, pero puede tener dificultad con líquidos y s3lidos. Requiere supervisi3n y tratamiento.
4. Moderada severa: paciente cuya ingesta oral no es exitosa. Requiere supervisi3n constante y asistencia. S3lo puede alimentarse con terapeuta.
5. Severa: la nutrici3n del paciente es por método alternativo. No ingiere alimento por boca (p. 100)

Por otra parte, estos mismos autores clasifican la disfagia según la fase o etapa que se encuentra afectada:

1. Disfagia oral preparatoria: se caracteriza por la dificultad en tomar alimentos y poder formar un bolo.
2. Disfagia de fase oral: la dificultad se presenta en controlar el bolo alimenticio y lograr la propulsi3n del mismo (estancamiento valecular).

3. Disfagia de fase faríngea: la dificultad está en lograr el vaciamiento faríngeo (estancamiento en senos piriformes).
4. Disfagia de fase esofágica: se caracteriza por la disminución del peristaltismo esofágico (p, 100).

Se puede concluir, que la disfagia se clasifica de acuerdo a la localización de la dificultad, la disfagia orofaríngea engloba las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior y supone casi el 80% de las disfgias diagnosticadas. La disfagia esofágica se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior y los cardias, generalmente es producida por causas mecánicas, y supone el 20% de las disfgias que se diagnostican. Es posible que los pacientes con disfagia puedan tener más de una etapa deglutoria afectada.

2.3.2 Síntomas y signos de la Disfagia

La sintomatología de la disfagia es variable de acuerdo al nivel de la disfagia y grado de severidad, sin embargo, para la unificación de la terminología se tendrá en cuenta lo expuesto por Cámpora et al., (2012).

- Tos y/o ahogos durante o después de las comidas.
- Cambios en la tonalidad de la voz luego de la deglución de alimentos.
- Arcadas.
- Regurgitación nasal.
- Incapacidad de mantener los labios juntos.
- Reducido control de la lengua.
- Dolor al tragar (odinofagia).
- Dificultad en la masticación.
- Dificultad en el traslado del bolo alimenticio.

- Babeo o dificultad para mantener el alimento dentro de la boca.
- Pérdida de peso por etiología desconocida.
- Aumento de secreciones traqueobronquiales.
- Neumonía a repetición. (p.100)

Según Bleeckx y Postiaux (2002), los principales signos de la disfagia son: 1) la aspiración, que ocurre cuando se da el paso de los alimentos a nivel del vestíbulo laríngeo. Cualquier presencia de comida o de saliva a ese nivel no es fisiológica. En general, la tos permite evacuar los residuos si no está inhibida; y 2) la broncoaspiración que es catalogada como el paso de alimentos o de saliva bajo el plano glótico delimitado por los pliegues vocales. A partir de ahí existe una vía abierta hacia la tráquea y los bronquios (p. 3).

También, describen también las principales dificultades de acuerdo con la fase de la deglución, la cual se encuentra descrita en la tabla 2:

1. Fase oral: se puede observar dificultad de llevar los alimentos a la boca, ausencia de estabilidad de la cabeza y del cuello, apertura bucal imposible o incompleta, cierre bucal incompleto, anomalía de preparación del bolo alimenticio (dificultad de masticación, anomalías de las praxis linguales, trastorno de la salivación), esfínter bucal posterior incompetente, trastorno de la propulsión (perturbada o imposible)
2. Fase faríngea se puede presentar retraso o ausencia de reflejo de deglución, trastorno del peristaltismo faríngeo, estasis valecular, cierre incompleto del vestíbulo laríngeo, ascensión insuficiente o retardada de la laringe, déficit de apertura del esfínter superior del esófago.
3. Fase esofágica: trastorno del peristaltismo, déficit de apertura del esfínter inferior del esófago

Tabla 2: Síntomas de la disfagia. Los signos más frecuentes

SÍNTOMA OBJETIVO	POSIBLE ETIOLOGÍA	POSIBLE SOLUCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Babeo • Falta de propulsión del bolo alimenticio • Estornudo, nariz sucia, secreción mucosa • Tos: antes, durante y después de la deglución • Residuos en la boca tras la deglución • Molestia en la garganta, expectoración forzada • Bloqueo en la garganta (= alto) • Vómito 	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis facial • Trastorno de las praxis linguales • Reflujo nasal • Broncoaspiración • Trastorno de las praxis linguales • Estasis, problema del peristaltismo faríngeo • Idem • Falta de apertura del ESE 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe peligro, reeducación • ¿Semi Líquido o líquido, extensión de la cabeza? • Aumentar la viscosidad • Espesar + darle sabor • Alimentos compactos, fluidos • Degluciones múltiples • Semilíquidos o líquidos • Idem
<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueo a nivel de la laringe • Cianosis, disnea, SIRA, desaturación, Voz «mojada» • Obstrucción bronquial a posteriori 	<ul style="list-style-type: none"> • Ídem • Aspiración • Penetración • Aspiraciones múltiples 	<ul style="list-style-type: none"> • Ídem • Espesar +, realzar el sabor • Ídem • No alimentar hasta tener un estado respiratorio correcto

Fuente: Bleeckx y Postiaux (2002)

2.3.3. Etiología de la disfagia.

Dada la complejidad de esta patología, las causas son múltiples, Cámpora et al., (2012), mencionan:

2.3.3.1 Lesiones neurológicas agudas: la sintomatología depende de los elementos afectados. La disfagia neurogénica es la producida por una alteración en las estructuras neurales que controlan los complejos mecanismos de la deglución, y supone una alteración en la secuencia coordinada de eventos que permiten una deglución segura y eficaz. En esta, los diferentes centros de mando pueden estar

afectados, aunque también pueden encontrarse lesiones periféricas por afectación aislada de un nervio craneal. Entre estas alteraciones se pueden encontrar enfermedades agudas (accidente cerebrovascular, traumatismo craneal, etc.) o crónicas (esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, esclerosis en placas, entre otras).

Jiménez-Rojas C, Corregidor-Sánchez AI, Gutiérrez-Bezón (2009), reportan que en estudios videofluoroscópicos dirigidos a determinar la frecuencia y la naturaleza de los problemas de la deglución se encuentran que el trastorno más común después de un ACV es el Retraso en el inicio del reflejo deglutorio, seguido en frecuencia por la Disminución de la peristalsis faríngea y la alteración en el control lingual. La disfagia después de un ACV se asocia a un mayor número de infecciones pulmonares, mayor mortalidad intrahospitalaria, peor pronóstico funcional y malnutrición, entre otras complicaciones.

2.3.3.2 Las alteraciones estructurales: condicionan una dificultad para la progresión del bolo, e incluyen alteraciones congénitas, tumores orales, faríngeos, laríngeos y esofágicos, osteofitos cervicales y estenosis postquirúrgicas o radioterápicas.

- Lesiones neoplásicas otorrinolaringológicas (ORL) o sus secuelas (cirugía, radioterapia, quimioterapia).
- Trastornos de las funciones superiores: demencias degenerativas o vasculares, lesiones psiquiátricas;
- Déficit vinculado a la edad y al envejecimiento de las estructuras: algunas manifestaciones son la dificultad de masticación, insalivación mediocre, enlentecimiento de las funciones neurológicas, osteofitos cervicales, mala calidad de la atención y posición anómala durante las comidas (Pp. 290-293).

2.3.3.3 Disfagia en UCI y la Instrumentación de la vía aérea

Nazar, Ortega y Fuentealba, (2009) reportan secuelas por Instrumentación de la vía aérea (intubación orotraqueal y/o traqueostomía) en unidad de cuidados intensivos, estas se asocian a complicaciones como neumonía aspirativa, desnutrición, deshidratación y obstrucción de la vía aérea. Según González R y Bevilacqua, Jorge (2009):

(...) pacientes sometidos a una intubación orotraqueal por más de 48 horas, se ha reportado la presencia de disfagia post-extubación en aproximadamente la mitad de los casos. Sin embargo, en algunas series con intubaciones prolongadas la incidencia de trastornos deglutorios es de casi un 100%. La disfagia post-extubación dura unas 96 horas, asociándose a aspiración silenciosa y a neumonía en el 20% y 10% de los pacientes, respectivamente.

Zurcher , Moret, Dziewas , y Shefold, (2019), refieren que en los pacientes críticamente enfermos en la UCI, la etiología de la disfagia posterior a la extubación parece menos clara. La PED se considera multifactorial y se desconocen los mecanismos subyacentes, y la presencia de un tubo endotraqueal / ventilación mecánica prolongada se considera un factor de riesgo clave para la disfagia. Se sugirieron seis posibles mecanismos clave para el desarrollo de trastornos de la deglución adquiridos en la UCI, incluido el DEP:

1. traumatismo directo causado por tubos endotraqueales y de traqueotomía;
2. neuromiopatía que produce debilidad muscular;
3. disminución de la función sensorial laríngea;
4. un sensorio deteriorado, que refleja un problema más centralizado;
5. reflujo gastroesofágico, y
6. dificultad respiratoria.

Los mismos autores refieren que, otro aspecto relevante es la presencia de debilidad adquirida en la UCI (ICUAW). En pacientes críticamente enfermos con ICUAW, se reportó debilidad muscular general y atrofia muscular, lo que puede afectar el aparato de deglución. El ICUAW puede ser una consecuencia de "desuso" en pacientes que reciben intubación a largo plazo, sequía a largo plazo y/o agentes bloqueadores neuromusculares. Además, recientemente se sugirió debilidad muscular relacionada con la deglución en pacientes con síndrome de dificultad respiratoria aguda previamente intubados por vía oral. Además, en la disfunción diafragmática inducida por ventilador (VIDD) adquirida en la UCI, la fuerza de la tos podría disminuir, lo que lleva a un aclaramiento glótico limitado (Pp. 1-11).

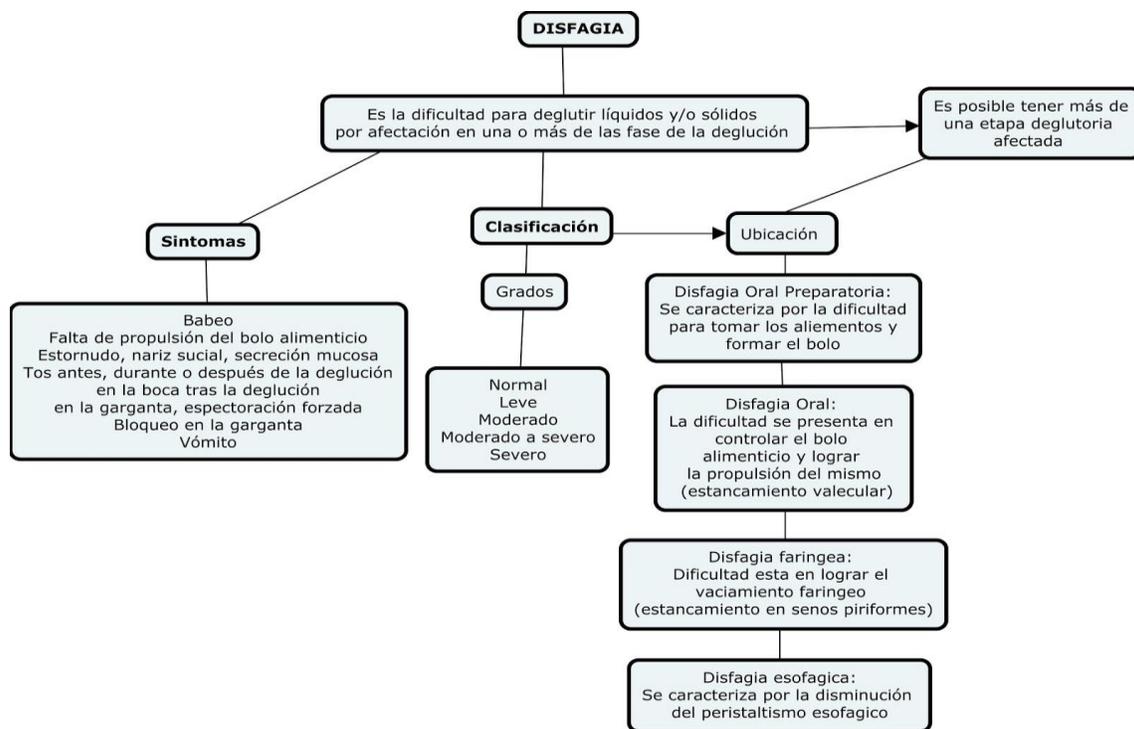


Figura 3. Disfagia de acuerdo a postulados de Campora et al., 2012.

Fuente: Elaboración propia.

2.4 Evaluación

Para la realización de la evaluación de la mecánica deglutoria en pacientes en UCI que permita determinar la presencia de disfagia, el fonoaudiólogo debe partir por plantearse unos objetivos básicos, según González, et al (2009) estos son:

Evaluar la integridad funcional de la deglución orofaríngea, identificar la presencia de causas estructurales o mecánicas de disfagia, evaluar el riesgo de aspiración y la seguridad de alimentar al paciente por vía oral, por último, determinar si el patrón de disfagia es tratable y, de ser así, evaluar la eficacia de los tratamientos.

Para lograr cumplir estos objetivos, existen una serie de técnicas de estudio de la deglución orofaríngea, que van desde la evaluación clínica no instrumental hasta el análisis de señales de la deglución en un laboratorio de disfagia a través de exámenes especializados.

Existen diferentes exámenes en la evaluación de la disfagia, a continuación, se describen algunos de estos:

1. Evaluación clínica (cabecera del paciente): Campo et al (2007) describen que, en algunos casos, los hallazgos en la evaluación clínica pueden ser consistentes con un diagnóstico previo, y esta evaluación debe ser suficiente para establecer un plan de tratamiento efectivo, por lo que se requiere de protocolos estandarizados, efectivos y seguros que permitan la evaluación y diagnóstico efectivo de la disfagia, para lograr determinar una conducta a seguir. Parte inicialmente de un buen reconocimiento y análisis de la historia clínica del paciente, donde no sólo se recolectarán los datos clínicos mórbidos de manera meticulosa, como medicamentos, estado neurológico, respiratorios (oxigenación o ventilatorios), nutrición, vías alternas de alimentación, sino también el estado

comunicativo/lingüístico que permite desarrollar o adecuar la evaluación con el paciente. De ser necesario, se puede acudir a estudios complementarios que permitan una evaluación objetiva del mecanismo de deglución

2. Videofluoroscopia (VFC). Es una exploración radiológica dinámica de la deglución de bario en distintas consistencias y volúmenes, permite estudiar en tiempo real todas las estructuras que participan en las cuatro etapas de la deglución, tanto desde el plano lateral como el plano antero-posterior. Este examen objetivo es altamente sensible, considerado el gold standard para la evaluación de la disfagia; sin embargo, limitaciones están dadas por la exposición a radiación, la necesidad de desplazar al paciente a la unidad de radiología, la capacidad del paciente de seguir órdenes simples y el tiempo requerido en realizarse. La VFC no replica las condiciones fisiológicas en que se encuentra rutinariamente el paciente, por lo cual se considera que su representatividad es limitada (González et al., 2009).

3. Video Endoscopía diagnóstica ((Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing - FEES), Es un procedimiento portátil, seguro, bien tolerado, ampliamente disponible y que puede realizarse junto a la cama del paciente con una duración aproximada de 20 minutos. Permite evaluar la presencia de secreciones faríngeas, lo que se correlaciona con el riesgo de aspiración, se realiza con diferentes consistencias alimenticias y sus principales parámetros de evaluación son la presencia de derrame (paso precoz del bolo a la hipofaringe), residuos faríngeos, penetración laríngea, aspiración, reflujo y capacidad de limpieza. Tiene un bajo riesgo de complicaciones: epistaxis (0,3-0,6%), reacciones vaso-vágales (0,06%) y laringoespasmos (0,03%), sin embargo, sus principales limitaciones está el que la etapa faríngea es ciega, las etapas oral y esofágica no pueden ser evaluadas mediante la FEES (González et al., 2009).

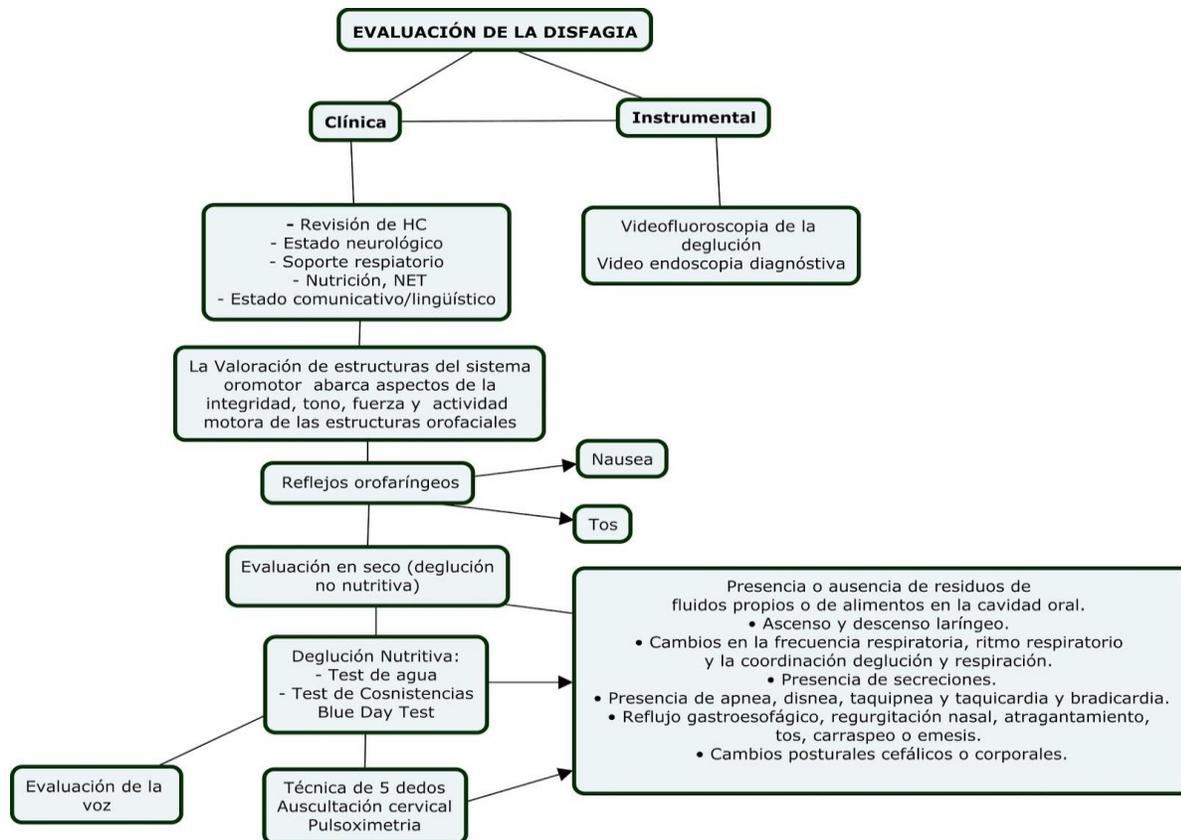


Figura 4. Evaluación de la Disfagia

Fuente: FEES. González et al., 2009.

2.5 Validación

Ante la variedad de conceptualizaciones de validez y para evitar especulaciones en 1974 la *American Psychological association* (APA) en asocio con American Educational Research Association (AERA) y el National Council Measurement in Education (NCME) establece mediante código de ética, aspectos científicos aplicados como, el contenido, criterio, constructo como las tres categorías de validación, mismos que hacen parte de la etapa operacional, primera etapa de los estándares de validación (Barraza M.A. 2007).

Según Hernández, Fernández y Batista (2016), afirman que la validez se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia, la primera relacionada con el contenido, la segunda con el criterio y la tercera, con el constructo. Por consiguiente, la validación de Contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide.

De acuerdo con Escobar Pérez, J.; Cuervo, Martínez, Á. (2008)., la validez de contenido generalmente se evalúa a través de un panel o un juicio de expertos, y en muy raras ocasiones la evaluación está basada en datos empíricos; En concordancia con esto, plantean que el juicio de expertos en muchas áreas es una parte importante de la información cuando las observaciones experimentales están limitadas.

Según las mismas autoras, el juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones. Para la selección de los jueces expertos se debe tener los siguientes criterios de selección:

1. Experiencia en la realización de juicios y toma de decisiones basada en evidencia o experticia (grados, investigaciones, publicaciones, posición, experiencia y premios entre otras),
2. reputación en la comunidad, (c) disponibilidad y motivación para participar, y
3. imparcialidad y cualidades inherentes como confianza en sí mismo y adaptabilidad.

Acerca de la participación como juez experto, (Robles y Rojas, 2015), Citado por Alarcón, Trápaga y Navarro (2017), hacen referencia a la relevancia de fungir como tal, indican que esa labor es fundamental para eliminar aspectos irrelevantes, incorporar los que son imprescindibles y/o modificar aquellos que lo requieran (p.46). En el

proceso de validez de contenido se ponen en juego una serie de opiniones argumentadas por parte de los expertos y, aunque no se encuentren acuerdos unánimes, se pueden identificar las debilidades y fortalezas del instrumento. Ello permitirá un análisis profundo por parte del investigador que dará lugar a la toma de decisiones respecto a qué modificar, integrar o eliminar.

De otra parte, Escobar et al., (2008), refieren que el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento; sin embargo, la decisión sobre qué cantidad de expertos es la adecuada varía entre autores. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland, D. Berg, M., Tebb, S. S., Lee, E. S. y Rauch, S. (2003) sugieren un rango de dos hasta 20 expertos; Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K y Oksa, L. (2003), citando a Voutilainen y Liukkonen, 1995, manifiestan que diez brindarían una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento. Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento.

Existen varios métodos para la obtención de juicios de expertos, que pueden clasificarse según si la evaluación se realiza de manera individual o grupal. En el primer grupo se encuentran algunos como el método de agregados individuales y el método Delphi, entre las técnicas grupales se encuentra la nominal y el consenso, en ambas se requiere reunir a los expertos, pero en la última se exige mayor nivel de acuerdo (Escobar et al., 2008).

Con relación a lo anterior, los autores mencionados describen que, en el Método de Agregados Individuales, se pide individualmente a cada experto que dé una estimación directa de los ítems del instrumento. Éste es un método económico porque, al igual que el método Delphi, no exige que se reúna a los expertos en un lugar determinado, puede parecer un método limitado porque los expertos no pueden intercambiar sus opiniones, puntos de vista y experiencia, ya que se les requiere individualmente; no

obstante, esta limitación puede ser precisamente lo que se esté buscando para evitar los sesgos de los datos ocasionados por conflictos interpersonales, presiones entre los expertos. Relacionan que para este método se seleccionan al menos tres expertos o jueces, para juzgar de manera independiente la relevancia y congruencia de los reactivos con el contenido teórico, la claridad en la redacción y el sesgo o tendenciosidad en la formulación de los ítems, es decir, si sugieren o no una respuesta. Cada experto debe recibir la información escrita suficiente sobre: el propósito de la prueba (objetivos), conceptualización del universo de contenido, tabla de especificaciones o de Operacionalización de las variables del estudio; también, debe recibir un instrumento de validación que contenga: congruencia ítem-dominio, claridad, tendenciosidad o sesgo y observaciones.

Se recogen y analizan los instrumentos de validación y se decide: 1) los ítems que tienen 100% de coincidencia favorable entre los jueces (congruentes, claros en su redacción y no tendenciosos) quedan incluidos en el instrumento 2) los ítems que tengan 100% de coincidencia desfavorable entre los jueces quedan excluidos del instrumento 3) los ítems que tengan una coincidencia parcial entre los jueces deben ser revisados, reformulados o sustituidos, si es necesario, y nuevamente validados (p. 232).

Capítulo 3. Marco Metodológico

3.1 Tipo De Estudio

De acuerdo a Hernández, Fernández y Batista (2014) esta investigación tiene una metodología de diseño y validación de instrumento, en el cual se busca determinar el grado de validez de contenido del protocolo de evaluación de la deglución de pacientes en unidad de cuidado intensivo a través de método de agregados individuales, el cual permite evaluar cada uno de los ítems del protocolo desde sus lugares de origen, sin requerir que los jueces expertos estén reunidos, siendo seleccionado además para

esta investigación, por ser un método económico y que evita los sesgos por conflictos interpersonales o presiones entre los expertos.

3.2. Fases De Investigación

Este estudio se llevó a cabo a través de las siguientes fases:

3.2.1. Primera fase: Diseño del protocolo.

Para el diseño del instrumento, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Revisión bibliográfica sobre los estudios ya realizados y de otros formatos de evaluación existentes a nivel nacional e internacional, esta información se recolectó en una matriz de base de datos. Se realizó con el objetivo de definir y operacionalizar la variable.
- Entrevista no estructurada con preguntas abiertas (anexo A), a fonoaudiólogos que trabajen en el área de la deglución, con el objetivo de identificar la experiencia y necesidades que tenían los profesionales frente al proceso de evaluación de la deglución. La entrevista fue previamente validada por 3 jueces expertos en metodología y se analizó a través de la herramienta para el análisis cualitativo de texto Atlas ti®.
- Definición y operacionalización de la variable según los postulados principalmente de Càmpera et al., (2015) y de otros autores, además de los resultados obtenidos de las entrevistas, lo cual permitió determinar los indicadores e ítems necesarios, incluyendo variables cualitativas con escalas de tipo nominal (nombre, procedencia, sexo) nominal dicotómica (si-no, adecuado-inadecuado), ordinal (mínima, moderada y abundante) y cuantitativas como los intervalos (temprana <1 hora, tardía: 2-4 horas), logrando determinar que es un estudio univariado (deglución).

3.2.2. Segunda Fase: Validación de contenido por jueces expertos.

En esta fase el grupo investigador diseñó un instructivo y una matriz de contenido para ser diligenciada por los evaluadores (anexo B), de igual manera, se realizó la validación de contenido por expertos a través de una rejilla (anexo C), se solicitó la aprobación o desaprobación de la inclusión de los ítems del protocolo, teniendo en cuenta los criterios de *pertinencia* (se refiere a lo imprescindible y fundamental, que está acorde a lo que se requiere), *coherencia* (relación lógica entre las partes o elementos de algo, de modo que no se produce contradicción ni oposición entre ellas), *suficiencia* (los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta), *relevancia* (característica que resulta fundamental, esencial o importante, requiriendo ser incluido) y *claridad* (lo que se expresa o se escribe se entiende de manera adecuada; se comprende fácilmente).

3.2.3 Tercera Fase: Tabulación y análisis de resultados.

Se realizó el análisis psicométrico a través del procedimiento de acuerdos y discrepancias entre jueces expertos, se evaluó el grado de concordancia, que indica la confiabilidad de los juicios y por ende la validez del mismo evaluando el consenso que existe para la inclusión, exclusión o modificación del ítem de la prueba.

Se solicitó a cada experto que diera una estimación directa de los ítems del instrumento, aprobando o desaprobando la inclusión de estos. Para la calificación se empleó una escala dicotómica (sí – no) de acuerdo a los criterios ya mencionados. La información obtenida se tabuló en una tabla de Excel, dando una calificación de 1 para las respuestas de SI y de 0 para la respuesta de NO; de esta manera, se sumaron los resultados y se dividieron entre 5, dando así respuestas variables entre 0 y 1. De los resultados obtenidos se logró realizar el análisis y discusión, teniendo en cuenta las observaciones descritas por los jueces en la rejilla de validación, logrando de esta manera ajustar el protocolo.

3.3 Participantes

En la primera fase del estudio se realizó una entrevista con el fin de indagar acerca de la variable de estudio; participaron veinte (20) fonoaudiólogos de diferentes regiones del país, con experiencia mínima de 3 años en manejo de pacientes con disfagia y de seis (6) meses en la atención de usuarios en UCI, se excluyeron los fonoaudiólogos sin experiencia y quienes no respondieron en el tiempo estipulado. Dichos participantes se seleccionaron por conveniencia, realizando contacto con estos a través de correo electrónico, participaron de forma voluntaria y firmaron consentimiento informado.

Para la segunda fase de validación de contenido del protocolo de evaluación de la disfagia, se seleccionaron cinco (5) jueces expertos de diferentes ciudades de Colombia, reconocidos y con experiencia mínima de 3 o más años en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la disfagia en pacientes en UCI, profesional posgradual de diplomado, especialización, maestría o doctorados, reconocidos en Colombia, la muestra fue seleccionada por conveniencia y aceptaron participar voluntariamente. Los criterios de exclusión fueron revocatorios del consentimiento informado e incumplimiento de la entrega del material evaluado en el plazo fijado. Se contó con la participación de dos (2) asesores, uno teórico y otro metodológico con experiencia en el tema.

3.4. Instrumentos

Para la realización de la investigación denominada Diseño y Validación del Protocolo de Evaluación Clínica de la Deglución en UCI adulto (PECD – UCI), propuesta por el grupo investigador, se requirió de la elaboración de una serie de instrumentos para la recolección y análisis de la información, tales como:

3.4.1 Entrevista.

Se realizó una entrevista no estructurada de preguntas abiertas, la cual se usó en la fase uno, esta estuvo conformada por siete (7) ítems, cuyo objetivo fue recolectar

información pertinente a la experiencia de los profesionales frente a las estrategias de evaluación de la deglución, los criterios diagnósticos de la disfagia, modelo o corriente en el cual sustentan su praxis, los protocolos empleados y las variaciones realizadas en la evaluación de acuerdo al diagnóstico del paciente; esta entrevista fue validada previamente por tres jueces expertos en metodología siguiendo los criterios de suficiencia, relevancia, claridad, pertinencia y coherencia. Posteriormente fue analizada a través de la herramienta cualitativa de textos Atlas ti®, codificando la información por análisis renglón por renglón, categorización de familias y redes semánticas (anexo A).

3.4.2. Instructivo de los jueces.

El grupo investigador diseñó el instructivo del protocolo de evaluación (Anexo B), empleado en la fase dos. Éste tenía como objetivo suministrar la información pertinente de la variable, la forma de evaluar y calificar cada ítem; se envió a los jueces como fundamento para la validación del contenido del protocolo.

3.4.3. Matriz de calificación de jueces.

Se realizó una matriz de evaluación para calificar cada ítem del protocolo, en la cual se solicitó a cada experto que diera una estimación directa de los ítems del instrumento, aprobando o desaprobando la inclusión de estos. Para la calificación se empleó una escala de evaluación nominal dicotómica (si-no), de acuerdo a los criterios de pertinencia, suficiencia, claridad, coherencia y relevancia. Esta matriz se usó en la segunda fase.

3.4.4. Matriz de tabulación de datos.

Con la información obtenida de la calificación de los jueces, se realizará una matriz de tabulación de los datos que permita hacer el análisis psicométrico de acuerdo con los criterios de concordancia y discrepancia. Esta matriz se usará en la fase tres.

3.4.5. Consentimiento informado.

Durante el proceso de investigación, fue necesario estructurar el consentimiento informado (anexo B), cuyo objetivo fue invitar a los profesionales a participar de la investigación y que manifestaran su deseo de colaborar voluntariamente con el estudio, después de haber comprendido la información que se les suministró acerca de los objetivos, implicaciones y beneficios de la investigación. Este consentimiento informado fue empleado en la fase uno para la entrevista a profesionales y en la fase dos en la validación de contenido de los jueces expertos.

3.5. Procesamiento De Análisis De Datos

Para el procesamiento de análisis de datos se realizó inicialmente la tabulación y análisis renglón por renglón de la entrevista realizada a profesionales en la fase uno de la investigación a través del analizador cualitativo Atlas Ti, en el cual se codificó y seleccionaron familias y redes semánticas, esta información fue empleada como complemento de la información bibliográfica para la caracterización de la variable y estructuración del protocolo.

Posteriormente, se realizó el análisis de la validación de contenido del protocolo a través de la matriz de validación y posterior tabulación de los datos, para finalmente realizar un análisis psicométrico a través de los acuerdos y discrepancias entre jueces.

Matemáticamente este índice de acuerdo se definió como la proporción que existe entre los juicios que coinciden con la definición propuesta por las investigadoras (acuerdo A) y el total de juicios emitidos (acuerdos A y desacuerdos D); siendo su fórmula $IA = A/(A+D)$, tomándose como válidos los reactivos cuyos valores sean iguales o mayores que 0.80 (Guilford, 1954, p 107).

Para este estudio se tuvieron en cuenta los siguientes acuerdos:

- <0.7: se retira el ítem siempre y cuando no sea coherente ni pertinente.
- En los demás criterios (claridad, suficiencia, relevancia), se realizarán modificaciones de acuerdo a las sugerencias de los jueces.
- Entre 0.7 – 0.8: se acepta el ítem con modificaciones teniendo en cuenta las observaciones realizadas por los jueces.
- De 0.8 en adelante el ítem se acepta sin modificaciones

3.6. Consideraciones Éticas

Para el presente estudio, se tuvo en cuenta la firma del consentimiento informado (anexo B).

En la presente investigación prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y su bienestar, de acuerdo a lo contemplado en la resolución 8430 de 1993 (Artículo 5), en la que se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice (Artículo 8), lo anterior aplicaría en los casos de la validación de funcionalidad, para lo cual se tendrá en cuenta algunos Criterios de protección tales como:

1. Protección de personas y animales: los autores declaran que para esta investigación no se ha realizado experimentos en seres humanos ni en animales.
2. Confiabilidad de los datos: los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes ni de los participantes en la investigación.
3. Derecho a la privacidad y consentimiento informado: los investigadores declaran que los participantes de la investigación firmaron el consentimiento informado y se les protege su identidad, además, tienen el derecho de salir de la investigación en el momento en que los consideren.

4. Beneficencia. Las decisiones de los sujetos de la investigación serán respetadas, en ninguna ocasión en la participación de la investigación se les vulneraron los derechos de no maleficencia o de producir algún efecto contraproducente en el individuo. Este estudio proporciona al gremio actualización en el estado del abordaje en el área de disfagia y aporta desde la generación de conocimiento.
5. Respeto a las personas. Los individuos que llegarán a la selección serán tratados como agentes autónomos. La participación en este estudio será voluntaria sin ejercer presión en ningún participante, serán autónomos para retirarse del estudio cuando así lo decida sin repercusión alguna. Se mantiene la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad de cada participante.
6. Seguridad de los sujetos participantes y la declaración sobre los riesgos existentes al participar en investigaciones, articulado al decreto 2378 de 2008 del Ministerio de Protección Social (Artículo 11) para la investigación en salud, se ha determinado que este estudio presentará un riesgo mínimo, puesto que se emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes consistente en la realización de una entrevista escrita referente a la pertinencia, coherencia, suficiencia, relevancia y claridad de la prueba diseñada
7. Principio de no maleficencia: no hay exposición a ningún tipo de riesgo físico, moral, mental o psicológico ni ahora ni a futuro. Con este principio se tiene en cuenta el bienestar de los fonoaudiólogos respetando su rol como profesionales de la salud.
8. Principio de justicia en el recorrido de la investigación: Se aplicará el mismo formato de la encuesta a todos los participantes, se brindará respeto hacia el conocimiento de cada profesional sin importar el enfoque utilizado en el abordaje de la disfagia. No existirá ningún tipo de discriminación de clase, raza, edad, estrato socioeconómico.

Capítulo 4. Análisis Y Resultados

En este capítulo se detallan los resultados de la investigación, la cual se organiza en dos etapas; en primer lugar, se presentan los datos relacionados con el análisis de la información obtenida de las entrevistas Tabla 3, a veintiún (21) profesionales expertos en deglución, donde se muestran las características de los participantes entrevistados expertos en disfagia.

Tabla 3. Características de los entrevistados.

Participante	Edad años	Género	Profesión	Formación académica e investigativa especializada en el área	Experiencia años
S1	36	F	Fonoaudióloga	Diplomado en Disfagia	11
S2	35	F	Fonoaudióloga	Diplomado en Disfagia Diplomado en miofuncional Maestría en Salud Pública	13
S3	44	F	Fonoaudióloga	Diplomado en Disfagia Aspirante al Título de Especialista en Fonoaudiología en Cuidado Crítico	7
S4	26	F	Fonoaudióloga	Diplomado en Disfagia Diplomado en neurodesarrollo Aspirante al Título de Especialista en Fonoaudiología en Cuidado Crítico	4
S5	34	F	Fonoaudióloga	Diplomado en Disfagia Formación Método Chiavaro.	7
S6			Fonoaudióloga		
S7	52	F	Fonoaudióloga	Fonoaudiología Certificada K-taping. Fundamentos Anatómo-neurofisiológicos y motricidad orofacial. Movilización de tejidos Blandos. Electroestimulación transcutánea aplicada a Fonoaudiología Desordenes Deglutorios en Población pediátrica	10
S8	31	M	Fonoaudiólogo	Entrenamiento en videofluoroscopia	6
S9	32	F	Fonoaudióloga	Diplomado en Disfagia Curso Especializado de UCI Neonatal	5
S10	34	F	Fonoaudióloga	Diplomado en Disfagia	7
S11	37	F	Fonoaudióloga	Diplomado en Disfagia	8
S12	33	F	Fonoaudióloga	Diplomado de Disfagia Seguimiento	6

Participante	Edad años	Género	Profesión	Formación académica e investigativa especializada en el área	Experiencia años
				del prematuro Diplomado en Terapia Miofuncional	
S13	31	F	Fonoaudióloga	Especialización en Motricidad Orofacial_con Énfasis Disfagia Orofaríngea	10
S14	36	F	Fonoaudióloga	Diplomado en miofuncional Entrenamiento en Disfagia Especialista en Audiología	9
S15	52	F	Fonoaudióloga	Diplomado en Disfagia Especialista en Gerencia Social	20
S16	26	F	Fonoaudióloga	Diplomado de Disfagia Especialización en Cuidado Critico	2
S17	30	F	Fonoaudióloga	Curso de disfagia. Curso de lectura de Videofluoroscopia. Diplomado en Ventilación Mecánica	4
S18	42	F	Fonoaudióloga	Diplomado de Disfagia. Entrenamiento en videofluoroscopia	16
S19	32	F	Fonoaudióloga	Manejo de la Disfagia Orofaríngea. Módulo de Disfagia del Master en Neurologopedia	8
S20	34	F	Fonoaudióloga	Curso de k-taping para fonoaudiólogos Diplomado en disfagia Entrenamiento certificado para realización de videofluoroscopia Diferentes cursos, seminarios y pasantías en Disfagia a nivel nacional e internacional	13

Fuente: Elaboración propia.

En segundo lugar, se describen los datos relacionados con el proceso de validación de contenido del protocolo de evaluación de la deglución en unidad de cuidado intensivo adulto por parte de los jueces.

En la primera etapa, las entrevistas fueron diseñadas en un formato de preguntas abiertas y enviadas por correo electrónico a los participantes, respondiendo estos dentro del tiempo establecido. La información obtenida de cada uno de los participantes de las diversas ciudades donde laboran los profesionales (Cali, Bogotá y la zona costera), se analizó con las siguientes categorías: antecedentes, pre mórbido y

mórbido, criterios diagnósticos, aspectos indispensables, variaciones en la evaluación, protocolos de evaluación, pasos para la evaluación de la deglución y fundamentos teóricos.

A partir del análisis de las entrevistas se conformaron 9 códigos, cada uno de ellos formado por citas extraídas de las entrevistas; una vez organizados los códigos, se agruparon para un total de 3 familias. A continuación, se detallan la conformación de cada una de las familias de acuerdo a los códigos de cada una de ellas y las citas que poseen estos códigos.

4.1 Superfamilia 1. Antecedentes

En esta superfamilia se tiene en cuenta las familias de los antecedentes pre mórbido y mórbido, los cuales enfatizan sobre la importancia de las patologías previas a la internación del paciente en la unidad de cuidado intensivo. Los profesionales manifestaron las siguientes respuestas:

- (P 2) 2:13 (175:175) ... secuela neurológica ver el estado de alerta, compromiso cognitivo, tiempo de adquirida la secuela.
- (P 2) 2:113 (497:497) ...Tipo y ubicación de la lesión en el caso de ser cerebral o que comprenda cabeza y cuello.
- (P 2) 2:11 (175:175) ...historia de alimentación previa, enfermedades crónicas.

Se observó que la mayoría de los encuestados se enfocan en los antecedentes que tiene que ver con el compromiso neurológico y cognitivo, sin embargo, también mencionaron otros relevantes como:

- (P 2) 2:96 (497:497) ... radioterapia. Vaciamientos radicales en cuello. Lesiones en PV, daños en columna región cervical.
- (P 2) 2:12 (175:175) ...toma de medicamentos y su tiempo, cirugías previas teniendo en cuenta la zona, tratamientos de radioterapia y quimioterapia.

En los antecedentes mórbidos los participantes describieron en su mayoría las enfermedades respiratorias y también la condición neurológica:

- (P 2) 2:185 (793:793) ...Enfermedades respiratorias, digestivas, estado nutricional, uso de medicamentos psiquiátricos (sedación, ansiolíticos), tiempo de intubación, condición neurológica del paciente, manejos quirúrgicos, estabilidad respiratoria
- (P 2) 2:162 (696:697) ...Patologías vasculares, enfermedades degenerativas como el Parkinson, *miastenias gravis*, esclerosis, distrofias, miopatías, neumonías aspirativa entre otras, estados alterados de la conciencia, enfermedades mentales, la edad,

Por otra parte, los encuestados mencionan con frecuencia otros antecedentes que son importantes para este análisis.

- (P 2) 2:130 (560:560) ...falla estructural en el sistema digestivo (como por ejemplo la preexistencia de una estenosis esofágica)
- (P 2) 2:126 (529:529) ...motivo de consulta, base etiológica, estado nutricional, situación respiratoria, diagnóstico neurológico, etiología estructural, estado de vigilia, nivel cognitivo, nivel comunicativo, estado de práxias, cualidades de la voz y producción del habla. (Campora 2014)
- (P 2) 2:31 (241:241) ... diagnósticos neurológicos (eventos cerebrovasculares, trauma craneoencefálico, encefalopatías) - Enfermedades o cirugías de cabeza y cuello. - Antecedentes de Neumonías a repetición o enfermedades respiratorias. - Antecedente de intubación o uso de método alternativo de alimentación. - Tiempo prolongado en la UCI.

Así mismo los participantes, destacaron que dentro de las patologías más relevante se incluyera los antecedentes mórbidos, los cuales tiene gran importancia para la información clínica entre estos se encuentra:

- (P 2) 2:58 (313:313) ...enfermedades crónicas (HTA, diabetes, enfermedad renal) síndromes, ACV previos, enfermedad cardiovascular, enfermedad Infectocontagiosas (TBC – VIH), Respiratorios: SDR, EPOC, enfisema, etc.
- (P 2) 2:23 (208:208) ...Diagnósticos médicos, Glasgow, compromiso neurológico, saturación y soportes ventilatorios, días de intubación, horas o días de extubación, estado alerta, revisión de medicamentos.
- (P 2) 2:199 (831:831) ...En los respiratorios si es oxígeno dependiente, si tiene CIPAP tiempo y cada cuanto, si lo están aspirando, requiere de oxígeno constantemente, TQT cuanto tiempo intubado.

4.2 Superfamilia 2. Evaluación

La segunda superfamilia contiene las familias aspectos indispensables, criterios diagnósticos, pasos para la evaluación de la deglución, protocolo de la evaluación y variables de la evaluación.

4.2.1 Aspectos indispensables.

Los aspectos indispensables para la evaluación según los participantes fueron:

- (P 2) 2:51 (285:285) ...estado de conciencia (escala de Glasgow), comunicación; analizando los componentes de cognición, lenguaje y habla. Revisión de historia clínica – anamnesis Soporte respiratorio de alto y bajo flujo, soporte de alimentación (vía oral, enteral y /o parenteral). En caso de soporte ventilatorio y / traqueostomía – tiempo de ventilación, protocolos de extubación. Signos vitales – condición hemodinámica. Antecedentes neurológicos, respiratorios, sistémicos, quirúrgicos, etc. Evaluación de pares craneales; V, VII, IX, X, XI Y XII en el componente motor y sensitivo, movilidad de estructuras, tono muscular, simetría, alcance y coordinación. – Valoración inter disciplinar.
- (P 2) 2:32 (245:245) ...antecedentes o signos de trastorno en la deglución. - Reflejos orales - Control oromotor (Fuerza, movilidad, coordinación). -

Sensibilidad peri e intraoral. - Mecanismo de la deglución en seco - Mecanismo de la deglución con alimento.

- (P 2) - 2:15 (179:179) ...tiempo de ventilación mecánica, extubación, soporte ventilatorio, medicamentos en especial los de sedación y relajación, estado de las estructuras y musculatura orofacial, sensibilidad oral y manejo de secreciones orales, capacidad de despejar vía aérea y necesidad de aspiración teniendo en cuenta el número de procedimientos. Estado de los reflejos orales caracterizando su desencadenamiento y fuerza. Test de Evans y blue dye test o método volumen viscosidad

Además de las consideraciones anteriores otros encuestados consideran pertinente incluir:

- (P 2) 2:5 (146:146) ...donde está (cama, silla), estado de conciencia, que goteos, sensores y/o sondas tiene, que soportes tiene (ventilatorios, nutricionales), por qué solicitan la valoración (deglución, miofuncional, orofacial, comunicación) y otros como inmobilizaciones y asilamientos.

4.2 Criterios Diagnósticos

- (P 2) 2:197 (827:827) ...escala del DOOS y para la escala de severidad el FOIS
- (P 2) - 2:165 (709:709) ...las respuestas observadas en la evaluación y clasifico de acuerdo a los criterios de severidad de la ASHA
- (P 2) 2:106 (540:541) ...etiología, severidad (O'Neil, 1989) y funcionalidad (FOIS, 2005)

Además de los criterios diagnósticos anteriormente mencionados los encuestados consideraron otros elementos para diagnosticar:

- (P 2) 2:98 (509:509) ...el grado de severidad del trastorno deglutorio. El pronóstico de recuperación del patrón deglutorio. La red de apoyo familiar

- (P 2) 2:61 (325:325) ...patología, tipo de disfagia, nivel de compromiso, tolerancia en dieta, compromiso comunicativo. Pronóstico.

4.3 Pasos Para Evaluación De La Deglución

- (P 2) 2:192 (801:801) ... observación de la condición física que comprende: a) estado de alerta comprensión de órdenes; b) estado respiratorio; c) parámetros de monitorización, d) postura; e) estado y función de las estructuras orofaciales e intraorales, extralaríngeas; f) humectación oral de requerirlo; g) evaluación de la deglución en seco; h) aplicación de protocolo de agua y/o test de viscosidad: i) observación de la función oral; j) auscultación de ruidos respiratorios durante la prueba; k) signos durante y post deglución; l) vigilancia respiratoria o signos de fatiga; ll) labilidad respiratoria, análisis de condición nutricional versus resultados de prueba de deglución; m) cantidades tolerables; y n) riesgo de fatigabilidad.
- (P 2) 2:180 (769:769) ...parte de movilidad, movilidad, sensibilidad, estimulación, ordenes, deglución y si el estado de conciencia es óptimo se realiza el blue dya test y dependiendo de los resultados se determina la conducta a seguir. Estructuras oro motoras, anatomía y funcionalidad orofacial, reflejos.
- (P 2) 2:164 (704:705) ... a) lectura de la historia clínica; b) lectura de exámenes previos; c) estado de conciencia del paciente (despierto); d) atención al llamado; e) apertura ocular; f) utilización de un código comunicativo; g) respuesta al estímulo olfativo; h) observación del estado en general; i) nivel respiratorio; j) estado y funcionalidad de órganos fonoarticuladores; k) fase pre oral – preparatoria – oral – faríngea; l) efectos sugestivos de dificultad respiratoria.

Además de las respuestas anteriores otros encuestados dieron respuestas más simplificadas:

- (P 2) 2:202 (841:841) ... a) evaluación del lenguaje comprensivo, expresivo; b) EAT10; c) test de viscosidad; d) mecanismos de defensa; e) movilidad cervical; f) voz; g) funcionalidad faringo-laríngea; h) auscultación cervical.
- (P 2) 2:25 (217:217) ...Verificar estabilidad del paciente, verificar saturación, estado de conciencia, seguimiento de instrucciones sencillas, valoración de reflejos orales, valoración de complejo oro motor, valorar mecanismo de deglución en seco, según estos resultados realizar prueba con alimento.

4.4 Protocolo De Evaluación

Los participantes tuvieron diversas respuestas al momento de definir que protocolos de evaluación utilizaban en su quehacer:

- (P 2) 2:196 (827:827) ...los protocolos institucionales, realizando una recopilación de los protocolos estandarizados como el test del agua, el de viscosidad MEC-5, el blue dye test modificado, EAT-10, algunos parámetros del DHI para detectar antecedentes y clasificar disfagia, escala de Glasgow para estado de conciencia, auscultación cervical, para la parte de severidad la escala del DOOS y para la escala de severidad el FOIS
- (P 2) 2:102 (525:525) ...PED-H Protocolo de evaluación de la deglución para paciente hospitalizado (Briceño, Contreras, Mancopes, Santos 2015)
- (P 2) 2:73(441:441) ... volumen viscosidad
- (P 2) 2:22 (203:203) ...protocolo de evaluación de la deglución en paciente hospitalizados (Briceño, B., Contreras, S., Mancopes, R., Santos, D. 2015), test de agua, test de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), blue dye test (para pacientes con traqueostomía), auscultación cervical y videofluoroscopia de la deglución según se requiera.

4.5 Variables De Evaluación

En cuanto a las variaciones en el proceso de evaluación los entrevistados manifestaron diferentes opiniones al realizar el proceso evaluativo:

- (P 2) 2:194 (809:813) ...1). Momento de la evaluación en su condición está para evaluar o no, estabilidad respiratoria, estado de conciencia, procedimientos recientes que afecten la evaluación; 2) En pacientes manejo con traqueostomía prueba de deglución contrastada (Blue test) según el tipo de traqueostomía se hace o no. (Prótesis Montgomery, p.e. la evaluación es diferente); 3) Cáncer de cabeza y cuello, o cambios anatómicos posquirúrgicos por protocolo se debe realizar prueba objetiva de la deglución bajo videofluoroscopia post a; 4) Evaluación clínica.
- (P 2): 2:214 (878:878) ... blue test
- (P 2) 2:168 (713:713) ...En demencia el seguimiento de las instrucciones, dosificación de alimentos e instrumentos a utilizar.
- (P 2) 2:137 (576:576) ...cáncer de cabeza y cuello SIEMPRE tengo en cuenta el dictamen del médico Otorrinolaringólogo sobre el tiempo correcto para llevar a cabo la prueba.
- (P 2) 2:125 (513:513) ...En el caso de daños en la estructura post-quirúrgicos por vaciamientos en cuello, lesiones en PV, se utilizan maniobras facilitadoras de la deglución.

4.6 Fundamentos Teóricos

Los encuestados basan su ejercicio profesional en diferentes fundamentos teóricos, entre los cuales se encuentran:

- (P 2) 2:195 (823:823) ...La brasileña y la americana (ASHA) y artículo 1 de la ley 376.
- (P 2) 2:153 (656:657) ...Valoración clínica funcional y exploración clínica volumen/viscosidad

- (P 2) 2:94 (488:488) ...Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución, de Didier Bleeckx
- (P 2) 2:108 (552:552) ...modelo ecléctico.
- (P 2) 2:42 (273:273) ...El modelo usado es el biopsicosocial.
- (P 2) 2:21 (199:199) ... Clasificación internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

4.7. Validación de contenido del protocolo de Evaluación Clínica de la Disfagia (PECD – UCI)

Para la segunda etapa, en el proceso de validación del contenido del protocolo de evaluación de la deglución para pacientes en unidad de cuidado intensivo adulto, participaron cinco (5) jueces expertos de diferentes ciudades de Colombia, con experiencia mínima de 3 o más años en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la disfagia en pacientes en UCI, profesional post- gradual de diplomado, especialización, maestría o doctorado.

En la tabla 4, se muestran las características de los jueces.

Tabla 4. Caracterización de los jueces.

Juez	Género	Profesión	Formación académica e investigativa especializada en área	Experiencia en años
1	Femenino	Fonoaudióloga	Especialidad en Afasia	21 años
			Cofundadora de Centro de Neurorehabilitación Surgir	
			Dos diplomados en Disfagia	
			Docente Universitaria	
2	Femenino	Fonoaudióloga	Diplomada articulación Témporo mandibular-fisiopatología cráneo-cervical, cráneo –mandibular y dolor facial	34 años

Juez	Género	Profesión	Formación académica e investigativa especializada en área	Experiencia en años
			Especial fellow en desordenes de la comunicación referidos a la disfagia , foniatría y estudio videofluscopico de la deglución	
			Actualizaciones permanentes en Disfagia por la ASHA	
			Docente Universitaria	
3	Femenino	Fonoaudióloga	Diplomado en disfagia	4 años
			Diplomado Neurorehabilitación	
			Docente Universitaria	
4	Femenino	Fonoaudióloga	Especialista en Motricidad Orofacial y disfagia	13 años
			Diplomado de disfagia y Valoración de videofluroscopia de la deglución	
			Ponente en diferentes congresos a nivel nacional	
5	Femenino	Fonoaudióloga	Especialista en Fonoaudiología clínica	23 años
			Especialista en Voz	
			Especialista en motricidad orofacial y disfagia con énfasis en disfagia en ámbito hospitalario	
			Actividad científica e investigativa	
			Docente Universitaria	
			Ponente nacional e internacional	

Fuente: Los Autores

Para la validación se realizó una matriz de evaluación para calificar cada ítem del protocolo y el análisis psicométrico a través del procedimiento de acuerdos y discrepancias entre jueces expertos, se evaluó el grado de concordancia, que indica la confiabilidad de los juicios y por ende la validez del mismo (Anexo E).

A continuación, en la tabla 4, se referencian los datos correspondientes a la validación por jueces expertos, considerándose cada criterio de forma independiente.

Tabla 5. Validación de Jueces. Dimensión Identificación. CRITERIO PERTINENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico de la tabla 5, muestran que los jueces coinciden que la dimensión identificación es pertinente.

Tabla 6. Validación de Jueces. Dimensión Identificación. CRITERIO CLARIDAD

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados en la tabla 6, del análisis estadístico muestran que los jueces coinciden que la dimensión identificación es clara.

Tabla 7. Validación de Jueces. Dimensión Identificación. CRITERIO SUFICIENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	0	0	1	1	0,6
2	1	0	0	1	1	0,6
3	1	0	0	1	1	0,6
4	1	0	0	1	1	0,6
5	1	0	0	1	1	0,6
6	1	0	0	1	1	0,6
7	1	0	0	1	1	0,6
8	1	0	0	1	1	0,6

Fuente: Los Autores

En la tabla 7, se observa que los puntajes de los jueces indican que no es suficiente; destacándose que tiene un puntaje bajo inferior a 0.7, lo cual indica que debe ser sometido a modificaciones, teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de los jueces (...” solo hace falta la raza” ...” cédula, tarjeta de identificación”.

Tabla 8. Validación de Jueces. Dimensión Identificación. CRITERIO RELEVANCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico tabla 8, muestran que los jueces coinciden que la dimensión identificación es relevante.

Tabla 9. Validación de Jueces. Dimensión Identificación. CRITERIO COHERENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico tabla 9, muestran que los jueces coinciden que la dimensión identificación es coherente.

Tabla 10. Validación de Jueces. Dimensión ANAMNESIS. CRITERIO PERTINENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1

23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores.

En esta dimensión se presentan los puntajes de los jueces (Tabla 10) con respecto a la pertinencia de la anamnesis, coincidiendo estos en sus criterios.

Tabla 11. Validación de Jueces. Dimensión ANAMNESIS. CRITERIO CLARIDAD

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores.

Los resultados del análisis estadístico muestran que los jueces coinciden que la dimensión Anamnesis tiene claridad, tabla 11.

Tabla 12. Validación de Jueces. Dimensión ANAMNESIS. CRITERIO SUFICIENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	0	0	0	1	0,4
2	1	0	0	0	1	0,4
3	1	0	0	0	1	0,4
4	1	0	0	0	1	0,4
5	1	0	0	0	1	0,4
6	1	0	0	0	1	0,4
7	1	0	0	0	1	0,4
8	1	0	0	0	1	0,4
9	1	0	0	0	1	0,4
10	1	0	0	0	1	0,4
11	1	0	0	0	1	0,4
12	1	0	0	0	1	0,4
13	1	0	0	0	1	0,4
14	1	0	0	0	1	0,4
15	1	0	0	0	1	0,4
16	1	0	0	0	1	0,4
17	1	0	0	0	1	0,4
18	1	0	0	0	1	0,4
19	1	0	0	0	1	0,4
20	1	0	0	0	1	0,4
21	1	0	0	0	1	0,4
22	1	0	0	0	1	0,4
23	1	0	0	0	1	0,4
24	1	0	0	0	1	0,4
25	1	0	0	0	1	0,4
26	1	0	0	0	1	0,4
27	1	0	0	0	1	0,4

Fuente: Los Autores

En esta tabla se observa que los puntajes de los jueces indican que no es suficiente; destacándose que tiene un puntaje bajo, inferior a 0.7, lo cual indica que debe ser sometido a modificaciones, teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de los jueces: ...”deben modificar el nombre del ítem a antecedentes personales y enfermedad actual...”, ...”faltan más observaciones”, ...”el paciente en UCI está con muchos medicamentos y no hay espacio para colocarlos...”, ...” queda mucha

información por fuera porque solamente están teniendo en cuenta los diagnósticos básicos”...

Tabla 13. Validación de Jueces. Dimensión ANAMNESIS. CRITERIO RELEVANCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico muestran que los jueces coinciden que la dimensión anamnesis es relevante tabla 13.

Tabla 14. Validación de Jueces. Dimensión ANAMNESIS. CRITERIO COHERENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	1	0,8
2	1	1	1	0	1	0,8
3	1	1	1	0	1	0,8
4	1	1	1	0	1	0,8
5	1	1	1	0	1	0,8
6	1	1	1	0	1	0,8
7	1	1	1	0	1	0,8
8	1	1	1	0	1	0,8
9	1	1	1	0	1	0,8
10	1	1	1	0	1	0,8
11	1	1	1	0	1	0,8
12	1	1	1	0	1	0,8
13	1	1	1	0	1	0,8
14	1	1	1	0	1	0,8
15	1	1	1	0	1	0,8
16	1	1	1	0	1	0,8
17	1	1	1	0	1	0,8
18	1	1	1	0	1	0,8
19	1	1	1	0	1	0,8
20	1	1	1	0	1	0,8
21	1	1	1	0	1	0,8
22	1	1	1	0	1	0,8
23	1	1	1	0	1	0,8
24	1	1	1	0	1	0,8
25	1	1	1	0	1	0,8
26	1	1	1	0	1	0,8
27	1	1	1	0	1	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico muestran que los jueces coinciden que la dimensión anamnesis es coherente tabla 14 y su puntaje cumple con el criterio sin requerimiento de modificaciones.

Tabla 15 Validación de Jueces. Dimensión ESTADO NUTRICIONAL. CRITERIO PERTINENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico tabla 15, muestran que los jueces coinciden que la dimensión estado nutricional es pertinente.

Tabla 16 Validación de Jueces. Dimensión ESTADO NUTRICIONAL. CRITERIO CLARIDAD

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	1	0,8
2	1	1	1	0	1	0,8
3	1	1	1	0	1	0,8
4	1	1	1	0	1	0,8
5	1	1	1	0	1	0,8
6	1	1	1	0	1	0,8
7	1	1	1	0	1	0,8
8	1	1	1	0	1	0,8
9	1	1	1	0	1	0,8
10	1	1	1	0	1	0,8
11	1	1	1	0	1	0,8
12	1	1	1	0	1	0,8
13	1	1	1	0	1	0,8
14	1	1	1	0	1	0,8
15	1	1	1	0	1	0,8
16	1	1	1	0	1	0,8
17	1	1	1	0	1	0,8
18	1	1	1	0	1	0,8
19	1	1	1	0	1	0,8
20	1	1	1	0	1	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico tabla16, muestran que los jueces coinciden que la dimensión estado nutricional tiene claridad y su puntaje cumple con el criterio sin requerimiento de modificaciones.

Tabla 17. Validación de Jueces. Dimensión ESTADO NUTRICIONAL. CRITERIO SUFICIENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	0	0	1	1	0,6
2	1	0	0	1	1	0,6
3	1	0	0	1	1	0,6
4	1	0	0	1	1	0,6
5	1	0	0	1	1	0,6
6	1	0	0	1	1	0,6
7	1	0	0	1	1	0,6
8	1	0	0	1	1	0,6
9	1	0	0	1	1	0,6
10	1	0	0	1	1	0,6
11	1	0	0	1	1	0,6
12	1	0	0	1	1	0,6
13	1	0	0	1	1	0,6
14	1	0	0	1	1	0,6
15	1	0	0	1	1	0,6
16	1	0	0	1	1	0,6
17	1	0	0	1	1	0,6
18	1	0	0	1	1	0,6
19	1	0	0	1	1	0,6
20	1	0	0	1	1	0,6

Fuente: Los Autores

En la tabla 17, se observa que los puntajes de los jueces indican que no es suficiente; destacándose que tiene un puntaje bajo, inferior a 0.7, lo cual indica que debe ser sometido a modificaciones, teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de los jueces: ...” escriban LC por líquido claro, LE por líquido espeso...” ...” el estado nutricional se refiere al peso, la talla y al índice de masa corporal, si el paciente está nutrido e hidratado...” entre otras.

Tabla 18. Validación de Jueces. Dimensión ESTADO NUTRICIONAL. CRITERIO RELEVANCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico tabla 18, muestran que los jueces coinciden que la dimensión estado nutricional es relevante.

Tabla 19. Validación de Jueces. Dimensión ESTADO NUTRICIONAL. CRITERIO COHERENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	0	0,8
2	1	1	1	1	0	0,8
3	1	1	1	1	0	0,8
4	1	1	1	1	0	0,8
5	1	1	1	1	0	0,8
6	1	1	1	1	0	0,8
7	1	1	1	1	0	0,8
8	1	1	1	1	0	0,8
9	1	1	1	1	0	0,8
10	1	1	1	1	0	0,8
11	1	1	1	1	0	0,8
12	1	1	1	1	0	0,8
13	1	1	1	1	0	0,8
14	1	1	1	1	0	0,8
15	1	1	1	1	0	0,8
16	1	1	1	1	0	0,8
17	1	1	1	1	0	0,8
18	1	1	1	1	0	0,8
19	1	1	1	1	0	0,8
20	1	1	1	1	0	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico tabla 19, muestran que los jueces coinciden que la dimensión estado nutricional es coherente y su puntaje cumple con el criterio sin requerimiento de modificaciones.

Con respecto a la dimensión ESTADO DE CONCIENCIA, los jueces coinciden en los criterios de pertinencia, suficiencia, relevancia y coherencia, lográndose un nivel de coincidencia del 100%. (Anexo F).

En cuanto a la dimensión de SIGNOS VITALES/ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, los jueces determinaron una coincidencia de 0.8 en los criterios de pertinencia, suficiencia, relevancia y coherencia, sin requerimientos de modificaciones. (Anexo G)

Tabla 20. Validación de Jueces. CONDICIÓN RESPIRATORIA. CRITERIO PERTINENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico anterior muestran que los jueces coinciden en que la dimensión condición respiratoria es pertinente de acuerdo a la tabla 20.

Tabla 21. Validación de Jueces. CONDICIÓN RESPIRATORIA. CRITERIO CLARIDAD

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	1	0,8
2	1	1	1	0	1	0,8
3	1	1	1	0	1	0,8
4	1	1	1	0	1	0,8
5	1	1	1	0	1	0,8
6	1	1	1	0	1	0,8
7	1	1	1	0	1	0,8
8	1	1	1	0	1	0,8
9	1	1	1	0	1	0,8
10	1	1	1	0	1	0,8
11	1	1	1	0	1	0,8
12	1	1	1	0	1	0,8
13	1	1	1	0	1	0,8
14	1	1	1	0	1	0,8
15	1	1	1	0	1	0,8
16	1	1	1	0	1	0,8
17	1	1	1	0	1	0,8
18	1	1	1	0	1	0,8
19	1	1	1	0	1	0,8
20	1	1	1	0	1	0,8
21	1	1	1	0	1	0,8
22	1	1	1	0	1	0,8
23	1	1	1	0	1	0,8
24	1	1	1	0	1	0,8
25	1	1	1	0	1	0,8
26	1	1	1	0	1	0,8
27	1	1	1	0	1	0,8
28	1	1	1	0	1	0,8
29	1	1	1	0	1	0,8
30	1	1	1	0	1	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico anterior muestran que los jueces coinciden en que la dimensión condición respiratoria es clara. Su puntaje se encuentra dentro de los parámetros y es validada sin requerir modificaciones, de acuerdo a la tabla 21.

Tabla 22. Validación de Jueces. CONDICIÓN RESPIRATORIA. CRITERIO SUFICIENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	0	0,8
2	1	1	1	1	0	0,8
3	1	1	1	1	0	0,8
4	1	1	1	1	0	0,8
5	1	1	1	1	0	0,8
6	1	1	1	1	0	0,8
7	1	1	1	1	0	0,8
8	1	1	1	1	0	0,8
9	1	1	1	1	0	0,8
10	1	1	1	1	0	0,8
11	1	1	1	1	0	0,8
12	1	1	1	1	0	0,8
13	1	1	1	1	0	0,8
14	1	1	1	1	0	0,8
15	1	1	1	1	0	0,8
16	1	1	1	1	0	0,8
17	1	1	1	1	0	0,8
18	1	1	1	1	0	0,8
19	1	1	1	1	0	0,8
20	1	1	1	1	0	0,8
21	1	1	1	1	0	0,8
22	1	1	1	1	0	0,8
23	1	1	1	1	0	0,8
24	1	1	1	1	0	0,8
25	1	1	1	1	0	0,8
26	1	1	1	1	0	0,8
27	1	1	1	1	0	0,8
28	1	1	1	1	0	0,8
29	1	1	1	1	0	0,8
30	1	1	1	1	0	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico anterior muestran que los jueces coinciden en que la dimensión condición respiratoria es suficiente. Su puntaje se encuentra dentro de los parámetros y es validada sin requerir modificaciones (tabla 22).

Tabla 23. Validación de Jueces. CONDICIÓN RESPIRATORIA. CRITERIO RELEVANCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	0	0,8
2	1	1	1	1	0	0,8
3	1	1	1	1	0	0,8
4	1	1	1	1	0	0,8
5	1	1	1	1	0	0,8
6	1	1	1	1	0	0,8
7	1	1	1	1	0	0,8
8	1	1	1	1	0	0,8
9	1	1	1	1	0	0,8
10	1	1	1	1	0	0,8
11	1	1	1	1	0	0,8
12	1	1	1	1	0	0,8
13	1	1	1	1	0	0,8
14	1	1	1	1	0	0,8
15	1	1	1	1	0	0,8
16	1	1	1	1	0	0,8
17	1	1	1	1	0	0,8
18	1	1	1	1	0	0,8
19	1	1	1	1	0	0,8
20	1	1	1	1	0	0,8
21	1	1	1	1	0	0,8
22	1	1	1	1	0	0,8
23	1	1	1	1	0	0,8
24	1	1	1	1	0	0,8
25	1	1	1	1	0	0,8
26	1	1	1	1	0	0,8
27	1	1	1	1	0	0,8
28	1	1	1	1	0	0,8
29	1	1	1	1	0	0,8
30	1	1	1	1	0	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico anterior muestran que los jueces coinciden en que la dimensión condición respiratoria es relevante. Su puntaje se encuentra dentro de los parámetros y es validada sin requerir modificaciones (tabla 23).

Tabla 24. Validación de Jueces. CONDICIÓN RESPIRATORIA. CRITERIO COHERENCIA

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico (tabla 24) muestran que los jueces coinciden en que la dimensión condición respiratoria es coherente.

Tabla 25. Validación de Jueces. Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal. Criterio Pertinencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	1	0,8
2	1	1	1	0	1	0,8
3	1	1	1	0	1	0,8
4	1	1	1	0	1	0,8
5	1	1	1	0	1	0,8
6	1	1	1	0	1	0,8
7	1	1	1	0	1	0,8
8	1	1	1	0	1	0,8
9	1	1	1	0	1	0,8
10	1	1	1	0	1	0,8
11	1	1	1	0	1	0,8
12	1	1	1	0	1	0,8
13	1	1	1	0	1	0,8
14	1	1	1	0	1	0,8
15	1	1	1	0	1	0,8
16	1	1	1	0	1	0,8
17	1	1	1	0	1	0,8
18	1	1	1	0	1	0,8
19	1	1	1	0	1	0,8
20	1	1	1	0	1	0,8
21	1	1	1	0	1	0,8
22	1	1	1	0	1	0,8
23	1	1	1	0	1	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico (tabla 25), muestran que los jueces coinciden en que la dimensión Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal es pertinente.

Tabla 26. Validación de Jueces. Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal. Criterio Claridad

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	0	0,6
2	1	1	1	0	0	0,6
3	1	1	1	0	0	0,6
4	1	1	1	0	0	0,6
5	1	1	1	0	0	0,6
6	1	1	1	0	0	0,6
7	1	1	1	0	0	0,6
8	1	1	1	0	0	0,6
9	1	1	1	0	0	0,6
10	1	1	1	0	0	0,6
11	1	1	1	0	0	0,6
12	1	1	1	0	0	0,6
13	1	1	1	0	0	0,6
14	1	1	1	0	0	0,6
15	1	1	1	0	0	0,6
16	1	1	1	0	0	0,6
17	1	1	1	0	0	0,6
18	1	1	1	0	0	0,6
19	1	1	1	0	0	0,6
20	1	1	1	0	0	0,6
21	1	1	1	0	0	0,6
22	1	1	1	0	0	0,6
23	1	1	1	0	0	0,6

Fuente: Los Autores

En la tabla 26, se observa que los puntajes de los jueces indican que no es claro; destacándose que tiene un puntaje bajo, inferior a 0.7, lo cual indica que debe ser sometido a modificaciones, teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de los jueces: ...”se debe ampliar las respuestas en cuanto a las características de *bradilalia*, *taquilalia* y *disartria* y hacer énfasis en los aspectos suprasegmentales...”, “... deben utilizar términos estandarizados”,...”que significa habla natural”..., entre otras observaciones.

Tabla 27. Validación de Jueces. Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal. Criterio Suficiencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	0	0,8
2	1	1	1	1	0	0,8
3	1	1	1	1	0	0,8
4	1	1	1	1	0	0,8
5	1	1	1	1	0	0,8
6	1	1	1	1	0	0,8
7	1	1	1	1	0	0,8
8	1	1	1	1	0	0,8
9	1	1	1	1	0	0,8
10	1	1	1	1	0	0,8
11	1	1	1	1	0	0,8
12	1	1	1	1	0	0,8
13	1	1	1	1	0	0,8
14	1	1	1	1	0	0,8
15	1	1	1	1	0	0,8
16	1	1	1	1	0	0,8
17	1	1	1	1	0	0,8
18	1	1	1	1	0	0,8
19	1	1	1	1	0	0,8
20	1	1	1	1	0	0,8
21	1	1	1	1	0	0,8
22	1	1	1	1	0	0,8
23	1	1	1	1	0	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico (tabla 27), muestran que los jueces coinciden en que la dimensión Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal es suficiente.

Tabla 28. Validación de Jueces. Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal. Criterio Relevancia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico (tabla 28) muestran que los jueces coinciden en que la dimensión Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal es relevante.

Tabla 29. Validación de Jueces. Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal. Criterio Coherencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	0	0,8
2	1	1	1	1	0	0,8
3	1	1	1	1	0	0,8
4	1	1	1	1	0	0,8
5	1	1	1	1	0	0,8
6	1	1	1	1	0	0,8
7	1	1	1	1	0	0,8
8	1	1	1	1	0	0,8
9	1	1	1	1	0	0,8
10	1	1	1	1	0	0,8
11	1	1	1	1	0	0,8
12	1	1	1	1	0	0,8
13	1	1	1	1	0	0,8
14	1	1	1	1	0	0,8
15	1	1	1	1	0	0,8
16	1	1	1	1	0	0,8
17	1	1	1	1	0	0,8
18	1	1	1	1	0	0,8
19	1	1	1	1	0	0,8
20	1	1	1	1	0	0,8
21	1	1	1	1	0	0,8
22	1	1	1	1	0	0,8
23	1	1	1	1	0	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico anterior (tabla 29), muestran que los jueces coinciden en que la dimensión Comunicación, Lenguaje, Habla y Producción Vocal es coherente.

Tabla 30. Validación de Jueces. Condición General. Criterio Pertinencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	1	0,8
2	1	1	1	0	1	0,8
3	1	1	1	0	1	0,8
4	1	1	1	0	1	0,8
5	1	1	1	0	1	0,8
6	1	1	1	0	1	0,8
7	1	1	1	0	1	0,8
8	1	1	1	0	1	0,8
9	1	1	1	0	1	0,8
10	1	1	1	0	1	0,8
11	1	1	1	0	1	0,8
12	1	1	1	0	1	0,8
13	1	1	1	0	1	0,8
14	1	1	1	0	1	0,8
15	1	1	1	0	1	0,8
16	1	1	1	0	1	0,8
17	1	1	1	0	1	0,8
18	1	1	1	0	1	0,8
19	1	1	1	0	1	0,8
20	1	1	1	0	1	0,8
21	1	1	1	0	1	0,8
22	1	1	1	0	1	0,8
23	1	1	1	0	1	0,8
24	1	1	1	0	1	0,8
25	1	1	1	0	1	0,8
26	1	1	1	0	1	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico (tabla 30) muestra que los jueces coinciden en que la dimensión Condición General es pertinente.

Tabla 31. Validación de Jueces. Condición General. Criterio Claridad

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	0	0,8
2	1	1	1	1	0	0,8
3	1	1	1	1	0	0,8
4	1	1	1	1	0	0,8
5	1	1	1	1	0	0,8
6	1	1	1	1	0	0,8
7	1	1	1	1	0	0,8
8	1	1	1	1	0	0,8
9	1	1	1	1	0	0,8
10	1	1	1	1	0	0,8
11	1	1	1	1	0	0,8
12	1	1	1	1	0	0,8
13	1	1	1	1	0	0,8
14	1	1	1	1	0	0,8
15	1	1	1	1	0	0,8
16	1	1	1	1	0	0,8
17	1	1	1	1	0	0,8
18	1	1	1	1	0	0,8
19	1	1	1	1	0	0,8
20	1	1	1	1	0	0,8
21	1	1	1	1	0	0,8
22	1	1	1	1	0	0,8
23	1	1	1	1	0	0,8
24	1	1	1	1	0	0,8
25	1	1	1	1	0	0,8
26	1	1	1	1	0	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico de la tabla 31, muestran que los jueces coinciden en que la dimensión Condición General tiene claridad (0.8)

Tabla 32. Validación de Jueces. Condición General. Criterio Suficiencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	0	0	1	1	0,6
2	1	0	0	1	1	0,6
3	1	0	0	1	1	0,6
4	1	0	0	1	1	0,6
5	1	0	0	1	1	0,6
6	1	0	0	1	1	0,6
7	1	0	0	1	1	0,6
8	1	0	0	1	1	0,6
9	1	0	0	1	1	0,6
10	1	0	0	1	1	0,6
11	1	0	0	1	1	0,6
12	1	0	0	1	1	0,6
13	1	0	0	1	1	0,6
14	1	0	0	1	1	0,6
15	1	0	0	1	1	0,6
16	1	0	0	1	1	0,6
17	1	0	0	1	1	0,6
18	1	0	0	1	1	0,6
19	1	0	0	1	1	0,6
20	1	0	0	1	1	0,6
21	1	0	0	1	1	0,6
22	1	0	0	1	1	0,6
23	1	0	0	1	1	0,6
24	1	0	0	1	1	0,6
25	1	0	0	1	1	0,6
26	1	0	0	1	1	0,6

Fuente: Los Autores

En la tabla 32, se observa que los puntajes de los jueces indican que no es suficiente; destacándose que tiene un puntaje bajo, inferior a 0.7, lo cual indica que debe ser sometido a modificaciones, teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de los jueces: ..” veo innecesario los esquemas de la cara, porque aumentan el tamaño del protocolo y pueden ser difícil manejo”... ” el enunciado no debe ser observación general, puede denominarse control postural o control motor...”...”incluir para el tono muscular hipofunción o hiperfunción”...entre otras observaciones.

Tabla 33. Validación de Jueces. Condición General. Criterio Relevancia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	1	0,8
2	1	1	1	0	1	0,8
3	1	1	1	0	1	0,8
4	1	1	1	0	1	0,8
5	1	1	1	0	1	0,8
6	1	1	1	0	1	0,8
7	1	1	1	0	1	0,8
8	1	1	1	0	1	0,8
9	1	1	1	0	1	0,8
10	1	1	1	0	1	0,8
11	1	1	1	0	1	0,8
12	1	1	1	0	1	0,8
13	1	1	1	0	1	0,8
14	1	1	1	0	1	0,8
15	1	1	1	0	1	0,8
16	1	1	1	0	1	0,8
17	1	1	1	0	1	0,8
18	1	1	1	0	1	0,8
19	1	1	1	0	1	0,8
20	1	1	1	0	1	0,8
21	1	1	1	0	1	0,8
22	1	1	1	0	1	0,8
23	1	1	1	0	1	0,8
24	1	1	1	0	1	0,8
25	1	1	1	0	1	0,8
26	1	1	1	0	1	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico tabla 33, muestran que los jueces coinciden en que la dimensión Condición General es relevante.

Tabla 34. Validación de Jueces. Condición General. Criterio Coherencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	0	1	0	0,6
2	1	1	0	1	0	0,6
3	1	1	0	1	0	0,6
4	1	1	0	1	0	0,6
5	1	1	0	1	0	0,6
6	1	1	0	1	0	0,6
7	1	1	0	1	0	0,6
8	1	1	0	1	0	0,6
9	1	1	0	1	0	0,6
10	1	1	0	1	0	0,6
11	1	1	0	1	0	0,6
12	1	1	0	1	0	0,6
13	1	1	0	1	0	0,6
14	1	1	0	1	0	0,6
15	1	1	0	1	0	0,6
16	1	1	0	1	0	0,6
17	1	1	0	1	0	0,6
18	1	1	0	1	0	0,6
19	1	1	0	1	0	0,6
20	1	1	0	1	0	0,6
21	1	1	0	1	0	0,6
22	1	1	0	1	0	0,6
23	1	1	0	1	0	0,6
24	1	1	0	1	0	0,6
25	1	1	0	1	0	0,6
26	1	1	0	1	0	0,6

Fuente: Los Autores

En la tabla 34, se observa que los puntajes de los jueces indican que la dimensión Condición General no es coherente; lo cual indica que debe ser eliminado del protocolo, puesto que no cumplió con los rangos de inclusión destacándose que tiene un puntaje bajo, inferior a 0.7.

Tabla 35. Validación de Jueces. Dimensión Reflejos. Criterio Pertinencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico en la tabla 35, muestran que los jueces coinciden en que la dimensión Reflejos es pertinente.

Tabla 36. Validación de Jueces. Dimensión Reflejos. Criterio Claridad

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	0	0,6
2	1	1	1	0	0	0,6
3	1	1	1	0	0	0,6
4	1	1	1	0	0	0,6
5	1	1	1	0	0	0,6
6	1	1	1	0	0	0,6
7	1	1	1	0	0	0,6

Fuente: Los Autores

En la tabla 36, se observa que los puntajes de los jueces indican que le falta claridad a la dimensión reflejos y pese a que tiene un puntaje bajo, inferior a 0.7, este puede ser sometido a modificaciones, teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de los jueces: ...” recomiendo modificar el término de succión por otro como chupeteo neurológico...”, .. “especificar como se evaluará el disparo deglutorio...” entre otras sugerencias.

Tabla 37. Validación de Jueces. Dimensión Reflejos. Criterio Suficiencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	1	0,8
2	1	1	1	0	1	0,8
3	1	1	1	0	1	0,8
4	1	1	1	0	1	0,8
5	1	1	1	0	1	0,8
6	1	1	1	0	1	0,8
7	1	1	1	0	1	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico anterior muestran que los jueces coinciden en que la dimensión Reflejos es suficiente (tabla 37).

Tabla 38. Validación de Jueces. Dimensión Reflejos. Criterio Relevancia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico anterior muestran que los jueces coinciden en que la dimensión Reflejos es relevante (tabla 38).

Tabla 39. Validación de Jueces. Dimensión Reflejos. Criterio Coherencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	1	0,8
2	1	1	1	0	1	0,8
3	1	1	1	0	1	0,8
4	1	1	1	0	1	0,8
5	1	1	1	0	1	0,8
6	1	1	1	0	1	0,8
7	1	1	1	0	1	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico de la tabla 39 indican que los jueces coinciden en que la dimensión Reflejos es coherente.

Tabla 40. Validación de Jueces. Evaluación funcional de la Deglución de alimentos. Criterio Pertinencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
28	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	1
37	1	1	1	1	1	1
38	1	1	1	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1
47	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1	1
51	1	1	1	1	1	1
52	1	1	1	1	1	1
53	1	1	1	1	1	1
54	1	1	1	1	1	1
55	1	1	1	1	1	1
56	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis de los jueces en la tabla40, indican que la dimensión de evaluación funcional de la deglución de alimentos es pertinente en su totalidad.

Tabla 41. Validación de Jueces. Evaluación funcional de la Deglución de alimentos Criterio Claridad

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	0	0	0,6
10	1	1	1	0	0	0,6
11	1	1	1	0	0	0,6
12	1	1	1	0	0	0,6
13	1	1	1	0	0	0,6
14	1	1	1	0	0	0,6
15	1	1	1	0	0	0,6
16	1	1	1	0	0	0,6
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	0	1	0,8
29	1	1	1	0	1	0,8
30	1	1	1	0	1	0,8
31	1	1	1	0	1	0,8
32	1	1	1	0	1	0,8
33	1	1	1	0	1	0,8
34	1	1	1	0	1	0,8
35	1	1	1	0	1	0,8
36	1	1	1	0	1	0,8
37	1	1	1	0	1	0,8
38	1	1	1	0	1	0,8
39	1	1	1	0	1	0,8
40	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	1

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
44	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1
47	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1	1
51	1	1	1	1	1	1
52	1	1	1	1	1	1
53	1	1	1	1	1	1
54	1	1	1	1	1	1
55	1	1	1	1	1	1
56	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico de la tabla 41, muestran que los jueces consideran que los ítems del 1 al 8 y del 17-56 tienen un puntaje superior a 0.8 lo cual indica que tiene claridad. Sin embargo, se destaca un bajo puntaje en los ítems 9, 10,11,12,13, 14, 15, 16, indicando falta de claridad por lo cual serán sometidos a modificaciones de acuerdo a las sugerencias de los jueces.

Tabla 42. Validación de Jueces. Evaluación funcional de la Deglución. Criterio Suficiencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	0	0,8
10	1	1	1	1	0	0,8
11	1	1	1	1	0	0,8
12	1	1	1	1	0	0,8
13	1	1	1	1	0	0,8
14	1	1	1	1	0	0,8
15	1	1	1	1	0	0,8
16	1	1	1	1	0	0,8
17	1	1	1	1	0	0,8
18	1	1	1	1	0	0,8
19	1	1	1	1	0	0,8

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
20	1	1	1	1	0	0,8
21	1	1	1	1	0	0,8
22	1	1	1	1	0	0,8
23	1	1	1	1	0	0,8
24	1	1	1	1	0	0,8
25	1	1	1	1	0	0,8
26	1	1	1	1	0	0,8
27	1	1	1	1	0	0,8
28	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	1
37	1	1	1	1	1	1
38	1	1	1	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1
47	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1	1
51	1	1	1	1	1	1
52	1	1	1	1	1	1
53	1	1	1	1	1	1
54	1	1	1	1	1	1
55	1	1	1	1	1	1
56	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis de los jueces (tabla 42) muestran que la dimensión de evaluación funcional de la deglución es suficiente en su totalidad.

Tabla 43. Validación de Jueces. Evaluación funcional de la Deglución. Criterio Relevancia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	1
37	1	1	1	1	1	1
38	1	1	1	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	1

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
44	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1
47	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1	1
51	1	1	1	1	1	1
52	1	1	1	1	1	1
53	1	1	1	1	1	1
54	1	1	1	1	1	1
55	1	1	1	1	1	1
56	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis de los jueces en la tabla 43, muestran que la dimensión de evaluación funcional de la deglución es relevante.

Tabla 44. Validación de Jueces. Evaluación funcional de la Deglución. Criterio Coherencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	0	0	0,6
10	1	1	1	0	0	0,6
11	1	1	1	0	0	0,6
12	1	1	1	0	0	0,6
13	1	1	1	0	0	0,6
14	1	1	1	0	0	0,6
15	1	1	1	0	0	0,6
16	1	1	1	0	0	0,6
17	1	1	1	0	1	0,8
18	1	1	1	0	1	0,8
19	1	1	1	0	1	0,8
20	1	1	1	0	1	0,8
21	1	1	1	0	1	0,8
22	1	1	1	0	1	0,8

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
23	1	1	1	0	1	0,8
24	1	1	1	0	1	0,8
25	1	1	1	0	1	0,8
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	0	1	0,8
28	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	1
37	1	1	1	1	1	1
38	1	1	1	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1
47	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1	1
51	1	1	1	1	1	1
52	1	1	1	1	1	1
53	1	1	1	1	1	1
54	1	1	1	1	1	1
55	1	1	1	1	1	1
56	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis estadístico de la tabla 44, muestran que los jueces consideran que los ítems del 1 al 8 y del 17-56 tienen un puntaje superior a 0.8 lo cual indica que tienen coherencia. Sin embargo, se destaca un bajo puntaje en los ítems 9, 10, 11, 12,13, 14, 15, 16, indicando falta de coherencia.

Tabla 45. Validación de Jueces. Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia. Criterio Pertinencia.

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1

Fuente: O'Neil et al, 1999.

Los resultados del análisis de los jueces tabla 45, muestran que la dimensión de Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia (O'Neil et al, 1999) es Pertinente.

Tabla 46. Validación de Jueces. Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia. Criterio Claridad

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1

Fuente: O'Neil et al, 1999.

Los resultados del análisis de los jueces de la tabla 46, que la dimensión de Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia (O'Neil et al, 1999) tiene claridad.

Tabla 47. Validación de Jueces. Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia. Criterio Suficiencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1

Fuente: O'Neil et al, 1999).

Los resultados del análisis de los jueces muestran en la tabla 47, que la dimensión de Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia (O'Neil et al, 1999) es suficiente.

Tabla 48. Validación de Jueces. Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia. Criterio Relevancia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1

Fuente: O'Neil et al, 1999).

Los resultados del análisis de los jueces muestran en la tabla 48, que la dimensión de Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia (O'Neil et al, 1999) es relevante.

Tabla 49. Validación de Jueces. Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia. Criterio Coherencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1

Fuente: O'Neil et al, 1999).

Los resultados del análisis de los jueces muestran en la tabla 49, que la dimensión de Diagnóstico Funcional /Escala de Severidad de la Disfagia (O'Neil et al, 1999) es coherente.

Tabla 50. Validación de Jueces. Pruebas Instrumentales y Remisiones. Criterio Pertinencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis de los jueces muestran en la tabla 50, que la Pruebas Instrumentales y Remisiones es pertinente.

Tabla 51. Validación de Jueces. Pruebas Instrumentales y Remisiones. Criterio Claridad

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis de los jueces en la tabla 51, muestran que la Pruebas Instrumentales y Remisiones tiene claridad.

Tabla 52. Validación de Jueces. Pruebas Instrumentales y Remisiones. Criterio Suficiencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	0	1	1	0,8
2	1	1	0	1	1	0,8
3	1	1	0	1	1	0,8
4	1	1	0	1	1	0,8
5	1	1	0	1	1	0,8
6	1	1	0	1	1	0,8
7	1	1	0	1	1	0,8
8	1	1	0	1	1	0,8
9	1	1	0	1	1	0,8
10	1	1	0	1	1	0,8
11	1	1	0	1	1	0,8
12	1	1	0	1	1	0,8

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis de los jueces muestran en la tabla 52, que la Pruebas Instrumentales y Remisiones es suficiente.

Tabla 53. Validación de Jueces. Pruebas Instrumentales y Remisiones. Criterio Relevancia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis de los jueces muestran en la tabla 53, que la Pruebas Instrumentales y Remisiones es relevante.

Tabla 54. Validación de Jueces. Pruebas Instrumentales y Remisiones. Criterio Coherencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1

Fuente: Los Autores

Los resultados del análisis de los jueces muestran en la tabla 54, que la Pruebas Instrumentales y Remisiones es coherente.

Capítulo 5. Discusión

Zurcher, Moret, Dziewas, y Shefold (2019) refieren que la disfagia puede presentarse en todos los pacientes críticos y los datos clínicos a gran escala muestran que, por ejemplo, la disfagia postextubación se observa comúnmente en pacientes en UCI. Datos recientes demuestran que la disfagia es mayoritariamente persistente y su presencia se asocia de forma independiente con el diagnóstico adverso del paciente.

Los mismos autores expresan que, desde una perspectiva clínica, se sabe que la disfagia se asocia con un mayor riesgo de aspiración y neumonía inducida por aspiración, retraso en la reanudación de la ingesta oral / desnutrición, disminución de la calidad de vida, estancia prolongada en UCI y hospitalización, aumento de la morbimortalidad y la carga económica sobre el sistema de salud es alta.

En vista a las altas tasas de mortalidad asociados con la presencia de disfagia y la observación de que esta no está siendo evaluada de manera sistemática en la mayoría de las UCI (Zurcher , Moret, Dziewas , y Shefold, 2019), y que la identificación de los signos y síntomas de la disfagia se hace inicialmente a través de médicos y enfermeras, pero no del fonoaudiólogo (profesional idóneo para realizar la evaluación y manejo de estas alteraciones), lo que constituye un motivo para la realización de la investigación al diseñar y validar un protocolo de evaluación clínica de la deglución en UCI (PECD - UCI), creado por y para fonoaudiólogos.

De acuerdo a la literatura, existen diversos métodos de evaluación clínica fonoaudiológica a nivel internacional, sin embargo en Colombia al no contar con un protocolo unificado (Velásco, 2016), fue necesario realizar entrevistas no estructuradas a profesionales en fonoaudiología con experiencia en el manejo de pacientes con

disfagia, para lograr identificar las necesidades de los mismos en la evaluación de la mecánica deglutoria en estos escenarios.

De acuerdo con Campo Cañar (2010), en la evaluación clínica, el Fonoaudiólogo debe hacer una revisión cuidadosa de la historia clínica del paciente para determinar no solo los problemas de deglución sino de fonación y respiración; es importante tener en cuenta: la frecuencia cardíaca, presión arterial, nivel de saturación de oxígeno, vía de alimentación, estado nutricional, función respiratoria, ventilación mecánica, uso de cánula o válvula fonatoria (en caso de traqueotomía), nivel de conciencia y el uso del lenguaje expresivo y comprensivo, enfermedades concomitantes como los accidentes cerebro vasculares, infecciones del sistema nervioso central y enfermedades desmielinizantes, intervenciones quirúrgicas especialmente de cabeza y cuello y del tracto gastrointestinal, tratamientos farmacológicos y de radioterapia además los antecedentes familiares.

Con relación a lo anterior, se pueden observar las respuestas de los profesionales con relación a la pregunta ¿qué antecedentes premórbidos y mórbidos (patológicos, farmacológicos, respiratorios, neurológicos) considera pertinente tener en cuenta antes de realizar la valoración de la disfagia?:

- (P 2) 2:13 (175:175) ... secuela neurológica ver el estado de alerta, compromiso cognitivo, tiempo de adquirida la secuela.
- (P 2) 2:113 (497:497) ...Tipo y ubicación de la lesión en el caso de ser cerebral o que comprenda cabeza y cuello.
- (P 2) 2:11 (175:175) ...historia de alimentación previa, enfermedades crónicas.

También consideraron importante otros antecedentes como:

- (P 2) 2:96 (497:497) ... radioterapia. Vaciamientos radicales en cuello. Lesiones en PV, daños en columna región cervical.
- (P 2) 2:12 (175:175) ...toma de medicamentos y su tiempo, cirugías previas teniendo en cuenta la zona, tratamientos de radioterapia y quimioterapia.

Para la evaluación no instrumental en la literatura se mencionan diferentes pruebas para población de pacientes hospitalizados (en su mayoría no de UCI) (Zurcher et al., 2019, p5), como son el GUSS, MASA, MECV-V, entre otros que permiten identificar la disfagia, clasificar su grado de severidad y determinar la conducta a seguir; en contraste, los profesionales complementan esta información al responder al interrogante de ¿qué protocolo utiliza usted para evaluar la disfagia en la unidad de cuidados intensivos?

- P 2) 2:196 (827:827) ...los protocolos institucionales, realizando una recopilación de los protocolos estandarizados como el test del agua, el de viscosidad MEC-5, el blue dye test modificado, EAT-10, algunos parámetros del DHI para detectar antecedentes y clasificar disfagia, escala de Glasgow para estado de conciencia, auscultación cervical, para la parte de severidad la escala del DOOS y para la escala de severidad el FOIS
- (P 2) 2:102 (525:525) ...PED-H Protocolo de evaluación de la deglución para paciente hospitalizado
- (P 2) 2:73(441:441) ... volumen viscosidad
- (P 2) 2:22 (203:203) ...protocolo de evaluación de la deglución en paciente hospitalizados, test de agua, test de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), blue dye test (para pacientes con traqueostomía), auscultación cervical y videofluoroscopia de la deglución según se requiera.

Continuando con los requerimientos para la evaluación de la mecánica deglutoria, Campo Cañar (2010), considera importante realizar la evaluación de órganos fonoarticuladores, observación de los reflejos orofaríngeos, evaluación en seco, técnica de cinco dedos, Marcación con azul de metileno o tintura vegetal (blue dye: test de Evans), the 3-oz water test (test con agua), evaluación con textura o consistencias de alimento, evaluación de la articulación del habla y la voz; los profesionales entrevistados al responder al interrogante de ¿Qué aspectos considera indispensable evaluar en un paciente con disfagia en la uci? consideran:

- (P 2) 2:192 (801:801) ... observación de la condición física. - estado de alerta comprensión de órdenes. - estado respiratorio. - parámetros de monitorización. - postura. - estado y función de las estructuras orofaciales e intraorales, extralaríngeas. - humectación oral de requerirlo, - evaluación de la deglución en seco. - aplicación de protocolo de agua y/o test de viscosidad. - observación de la función oral. - auscultación de ruidos respiratorios durante la prueba. - signos durante y post deglución. - vigilancia respiratoria o signos de fatiga. - labilidad respiratoria, análisis de condición nutricional versus resultados de prueba de deglución. - cantidades tolerables, y riesgo de fatigabilidad.
- (P 2) 2:180 (769:769) ...Parte de movilidad, movilidad, sensibilidad, estimulación, ordenes, deglución y si el estado de conciencia es óptimo se realiza el blue dya test y dependiendo de los resultados se determina la conducta a seguir. Estructuras oro motoras, anatomía y funcionalidad orofacial, reflejos.
- (P 2) 2:164 (704:705) ... Lectura de la historia clínica 2. Lectura de exámenes previos 3. Estado de conciencia del paciente (despierto), atención al llamado, apertura ocular. 4. utilización de un código comunicativo. 5. respuesta al estímulo olfativo 6. Observación del estado en general 7. Nivel respiratorio 8. Estado y funcionalidad de órganos fonoarticuladores 9. fase pre oral – preparatoria – oral – faríngea 10. Efectos sugestivos de dificultad respiratoria

La información entregada por los profesionales, fue una fuente valiosa que permitió junto a la revisión teorica exhaustiva definir la variable y determinar las dimensiones necesarias para el diseño del protocolo de Evaluación de Evaluación de la deglución para pacientes en Unidad de Cuidado Intensivo Adulto (PECD-UCI), por lo tanto, se hace necesario continuar la discusión con los resultados obtenidos de la segunda fase de la investigación, la cual corresponde al proceso de validación de contenido del protocolo.

En esta fase, se presentaron inconvenientes de tipo metodológico, por dificultades multifactoriales, en la cual se realizó evaluación por dimensiones y no ítem por ítem,

conduciendo esto a sesgos. Por esta razón, se consideró pertinente analizar cada caso de manera individual teniendo en cuenta los parámetros de evaluación, los criterios que fallaron y las observaciones de los jueces.

Casos concretos, se pueden evidenciar con las discrepancia de conceptos en algunas dimensiones, como el caso de la anamnesis, Identificación, y estado nutricional, puesto que pese a ser validado en los criterios de pertenencia, claridad, relevancia y coherencia, no cumplieron con el criterio de suficiencia obteniendo valoraciones de 0.4 para anamnesis y de 0.6 para estado nutricional e identificación, valores muy por debajo de los esperados, lo cual amerita realizar modificaciones de acuerdo a lo expresado en los parámetros de evaluación (<0.7: se retira el ítem siempre y cuando no sea coherente ni pertinente, en los demás criterios (claridad, suficiencia, relevancia), se realizarán modificaciones de acuerdo a las sugerencias de los jueces, entre 0.7 – 0.8: se acepta el ítem con modificaciones teniendo en cuenta las observaciones realizadas por los jueces, de 0.8 en adelante el ítem se acepta sin modificaciones) y lo sugerido por los jueces.

A continuación, se incluye un cuadro resumen de los resultados obtenidos en el proceso de validación:

Tabla 55. Resumen resultados de validación

VARIABLE	DIMENSIÓN	ITEM	PERTINENCIA	CLARIDAD	SUFICIENCIA	RELEVANCIA	COHERENCIA
DEGLUCION	IDENTIFICACIÓN	ITEM 1 - 8	1	1	0,6	1	1
	ANAMNESIS	ITEM 1 - 27	1	0,4	1	0,8	1
	ESTADO NUTRICIONAL	ITEM 1 - 20	0,8	0,6	1	0,8	1
	ESTADO DE CONCIENCIA	ITEM 1 - 15	1	1	1	1	1
	SIGNOS VITALES /ESTABILIDAD HEMODINAMICA	ITEM 1 - 1	1	0,8	1	1	1
	CONDICIÓN RESIRATORIA	ITEM 1 - 30	1	0,8	0,8	0,8	1
	COMUNICACIÓN, LENGUAJE, HABLA Y PRODUCCIÓN VOCAL	ITEM 1 - 23	0,8	0,6	0,8	1	0,8
	OBSERVACIÓN GENERAL	ITEM 1 - 26	0,8	0,8	0,6	0,8	0,6
	EVALUACIÓN ESTRUCTURAL - FUNCIONALIDAD - SENSIBILIDAD	ITEM 1 - 122	1	0,8	0,8	0,8	0,8
	REFLEJOS	ITEM 1 - 7	1	0,6	0,8	1	0,8
	EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA DEGLUCIÓN	ITEM 1 - 56	1	1-8 = 1	1-8 = 1	1	1-8 = 1
				9 -16 = 0,6	9 -16 = 0,8		9 -16 = 0,6
				17 - 27 = 1	17 - 27 = 0,8		17 - 27 = 0,8
				28 - 39 = 0,8	28 - 39 = 1		28 - 39 = 1
40 - 56 = 1				40 - 56 = 1	40 - 56 = 1		
DIAGNÓSTICO FUNCIONAL / ESCALA DE SEVERIDAD DE LA DISFAGIA	ITEM 1 - 9	1	1	1	1	1	
PRUEBAS INSTRUMENTALS Y REMISIONES	ITEM 1 - 12	1	1	0,8	1	1	

El sesgo en la validación del protocolo producido por la falta de calificación ítem por ítem, generó también discrepancia de conceptos en otra dimensión, **la evaluación funcional de la deglución de alimentos**, la cual desde el análisis de los jueces fue validada como pertinente, suficiente, relevante; sin embargo, dos jueces (J4 Y J5) consideraron que falta claridad y coherencia (valoración de 0.6) específicamente en los ítems del 9 al 16 (fase preparatoria – oral de la deglución), y según los parámetros de evaluación, al tener un valor por debajo de 0.7 en el criterio de **coherencia**, se debería retirar los ítems; pero dado que estos son indispensables en la evaluación, el grupo investigador consideró que los ítems calificados por debajo de lo esperado, deberán modificarse de acuerdo a las observaciones y no eliminarse del protocolo.

Otro claro ejemplo de discrepancia de conceptos, se hace evidente en la respuesta dada por un juez (J4) el cual afirma que ve innecesarios colocar imágenes para evaluar la dimensión de observación general ya que aumentaría el tamaño del protocolo, mientras que otro juez (J1) afirma que es muy buena idea colocar las láminas, porque proporciona mayor claridad.

Por otro lado, también se obtuvieron concordancias entre los jueces, al evaluar 6 dimensiones (estado de conciencia, signos vitales / estabilidad hemodinámica, condición respiratoria, evaluación estructural – funcionalidad – sensibilidad, diagnóstico funcional / escalada de severidad de la disfagia, pruebas instrumentales y remisiones) como coherentes, suficientes, relevantes, pertinentes y claras; pese a ello, realizaron sugerencias importantes y puntuales como el efectuado por J5, que solicita modificar la denominación de la dimensión de observación general, sugiriendo que se renombre “postura o control motor”, y en la dimensión de evaluación estructural, funcionalidad y sensibilidad, sugiere que se denomine “evaluación funcional del sistema estomatognático, entre otras recomendaciones y observaciones.

Al finalizar el análisis y discusión de concordancias y discrepancias, se realizan los ajustes pertinentes al protocolo (anexo I. protocolo final) consistentes en eliminación de algunos ítems e inclusión de otros necesarios, teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones proporcionadas por los jueces expertos. En la tabla 56, es posible visualizar el número de ítems incluidos en el protocolo inicial y final, de acuerdo con cada dimensión.

Tabla 56. Paralelo entre ítems del protocolo inicial y el final.

	DIMENSION	ITEMS INICIAL	ITEMS FINAL
1	Identificación	8	12
2	Anamnesis	27	90
3	Estado Nutricional	20	11
4	Estado de Conciencia	15	15
5	Signos vitales / estabilidad hemodinamica	11	13
6	Condición respiratoria	30	39
7	Comunicación, lenguaje, habla y producción vocal	23	53
8	Postura	26	33
9	Evaluación estructural - Funcionalidad y sensibilidad de los elementos estomatognaticos	122	142
10	Reflejos	7	7
11	Evaluación funcional de la deglución	56	65
12	Diagnóstico funcional / escala de severidad de la disfagia (O'Neil et al, 1999)	9	9
13	Pruebas instrumentales y remisiones	12	14

Fuente: Los Autores

Esta validación tabla 56, de contenido no contó con la fase de pilotaje de la prueba, dejando abierta el proceso de validación del protocolo.

Conclusiones

Esta investigación permite realizar las siguientes conclusiones:

En primer lugar, la entrevista realizada a los profesionales cumplió con el objetivo para lo cual fue diseñada.

Con respecto a los profesionales entrevistados, todos se han capacitado a través de estudios de educación continuada en el área de la función oral faríngea lo cual permite inferir un manejo idóneo del tema, pero solo tres (3) han realizado estudios formales en fonoaudiología en cuidado crítico. Estos profesionales, fueron en su mayoría del género femenino (19) y uno (1) del género masculino; los cuales tienen en promedio 8.3 años de experiencia en el área y en UCI.

En el análisis cualitativo renglón por renglón realizado a través del Atlas ti ®, se conformaron nueve (9) códigos (antecedentes premorbidos y mórbidos, criterios diagnósticos, aspectos indispensables, variaciones en la evaluación, protocolo de evaluación, pasos para la evaluación de la deglución y fundamentos teóricos), agrupados en tres (3) familias y dos (2) superfamilias (antecedentes y evaluación).

En lo que respecta a los jueces, éstos son altamente cualificados tanto por su experiencia como su educación post gradual, por lo cual tuvieron la capacidad de proporcionar la evidencia de juicios y valores acerca del tema.

En lo concerniente a las concordancias, se evidencia que las dimensiones aprobadas con porcentajes por encima de 0.7 tienen que ver con aspectos manejados universalmente en el ámbito clínico.

En lo que respecta a las discrepancias, se observó que no se presentaron discrepancias absolutas entre los jueces, si no parciales, con mayor frecuencia en los criterios de suficiencia, coherencia y claridad, por lo que de acuerdo a los parámetros evaluativos es posible modificar.

La carencia de protocolos de evaluación de la deglución para pacientes en las UCI, deja ver que en Colombia no existe una herramienta estandarizada de manejo universal para este tipo de escenarios. Por tanto, el estudio constituye una base investigativa para la comunidad fonoaudiológica colombiana que posicionaría al gremio dentro del equipo de salud, por medio de este trabajo validado por expertos se posibilitaría una atención estándar y de calidad tanto del fonoaudiólogo especialista como con experticia en deglución.

Se pretende que este trabajo sea de conocimiento del Colegio Colombiano de Fonoaudiología, de la Asociación de Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje para su difusión nacional, al igual que se insta a la Universidad Iberoamericana a promover la publicación de la investigación en revistas indexadas.

El protocolo, requirió modificaciones y ajustes con miras a una posterior investigación que implique el proceso de pilotaje por fonoaudiólogos en las UCI y por ende, continuar su proceso de validación; dejando abierta la posibilidad de realizar posteriores investigaciones que generarán un mayor crecimiento científico de la fonoaudiología.

Referencias

- Alarcón, G., Aidé, L., Balderrama Trápaga, J. A., y Edel Navarro, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura* (Guadalajara, Jal.), p 46.
- Ángel, L., Casa, A., Suarez, J. (2003). *Manual de procedimientos para la práctica de Fonoaudiología MPPF-II*. Asociación Colombiana de Fonoaudiología y Terapia del Lenguaje – ACFTL. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia
- Arteaga J, P. Olavarria L, Christian, Naranjo D, Benjamin, Elgueta L, Francisca, y Espinóla M, Daniella. (2006). How to make a complete, efficient and short-time evaluation of deglutition? *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 66(1), 13-22. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162006000100003>
- Barragán, M. (2008). *Guía de práctica basada en la evidencia para la auscultación cervical en disfagia orofaríngea*. Tesis de postgrado, no publicado, Universidad Nacional, Bogotá, Colombia Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/guia_practica_basada_en_la_evidencia_para_la_auscultacion_cervical.pdf. Julio 2009.
- Barraza M.A. (2007). La consulta a expertos como estrategia para la recolección de evidencias de validez basadas en contenido. *Investigación Educativa Duranguense*. Pp . 5-13.
- Bassi, D., Furkim, A. M., Coelho, M., Silva, A. C., Rolim, M., Alenca, M., y Machado, M. (2014). Identification of risk groups for oropharyngeal dysphagia in hospitalized patients in a university hospital. *CODAS*, 26(1), 17 - 27.
- Bleeckx, D. y Postiaux, G. (2002). Déglutition - évaluation - reeducation. *Encycl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Kinésithérapie - Médecine physique-Réadaptation, 26-430-A-10, 2002, 10 p. Recuperado de file:///C:/Users/Asus/Downloads/DISFAGIA%20LOGEMMAN.pdf
- Burgos, R.; Sarto, B.; Seguro, H.; Romagosa, A.; Puiggrós, C.; Vázquez, C.; Cárdenas, G.; Barcons, N.; Araujo, K.; Pérez-Portabella, C. (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*, vol. 27, núm 6. Pp. 2048-2054.
- Campo Cañar, C. X. (2010). Observación de la dinámica deglutoria en pacientes adultos mayores con disfagia faringea. *Revista Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, vol. 12, núm.3. Pp.131-139.
- Cámpora, Horacio, y Falduti, A. (2012). Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Revista americana de medicina respiratoria*, vol. 12 (3), 98-107. Recuperado en 16 de octubre de 2018, http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1852-236X2012000300004yIng=esytIng=es
- , ----- (2015) Deglución de la A a la Z. Fisiopatología- Evaluación- Tratamiento. Horacio Cámpora y Alejandra Falduti. 1° ed. 1° reimp. -ciudad autónoma de Buenos Aires: Journal, 2015. 264 p.; 17x24 cm. ISBN 978-987-1981-60-1.
- Castañeda, P. Segura, O. Parra A, Y. (2015). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, Trinidad-Casanare Oneida SMC-AS Unidad de Investigaciones, Bogotá - Colombia. *Revista Médica 2018.indd - Revistas UTP* <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/download/14631/1106>
- 1
- Congreso de la República. Ley N° 376 (1997). Por la cual se reglamenta la profesión de Fonoaudiología y se dictan normas para su ejercicio en Colombia. *Diario Oficial No. 43.079, de 9 de julio.* Disponible en internet: http://www.mineduacion.gov.co/1621/arti-cles-105005_archivo_pdf.pdf
- Consejo Superior de la Corporación Universitaria Iberoamericana (2014). Resolución 379 del 6 de marzo del 2014 por la cual se aprueba el Reglamento de Investigaciones. Marzo 6. 35 págs. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/0B6tYYuPEUN3iZnh4ZUpiQ0VLbEk/view>
- Clave, P. Arreola, V. Romea, M. Medina, L. Palomera, E. Serra-Prat, M. (2008). Exactitud de la prueba de volumen-viscosidad de la deglución para la detección clínica de disfagia orofaríngea y aspiración. *Publimed* septiembre 11 de 2008.

- Cuervo, C., y Rodríguez, M. P. (s.f.). Posición sobre la definición de la terapia del lenguaje/ fonoaudiología en el manual de procedimientos, actividades e intervención del plan obligatorio de salud. Decreto N° 5261/94 del Ministerio de Salud. Revista Areté: fonoaudiología iberoamericana.
- Etges, Camila Lucia, Scheeren, Betina, Gomes, Erissandra, y Barbosa, Lisiane De Rosa. (2014). screening tools for dysphagia: a systematic review. *Codas*, 26(5), 343-349. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20142014057>
- Escobar Pérez, J.; Cuervo, Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, vol. 6, núm. 1, pp. 27-36. Recuperado:http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Favero, S., Scheeren, B., Barbosa, L., Hoher, J., y Cardoso, M. (2017). Complicaciones Clínicas de disfagia en pacientes internados en una UCI. *Disturbios de Comunicación*, 29(4), 654-662. doi:<http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i4p654-662>
- Fernández Carmona , A., Peñas Maldonado, L., Yuste Osorio, E., y Diaz Redondo, A. (2012). Exploración y abordaje de disfagia secundaria a vía aérea artificial. *Medicina Intensiva*, 36(6), 423 - 433.
- García-Peris, P., y Velasco, C., y Velasco, M., y Clavé, P. (2011). Disfagia en el anciano. *Nutrición Hospitalaria*, vol. 4 número 3, mayo, pp. 35-43. Grupo Aula Médica. Madrid, España.
- González R y Bevilacqua, Jorge (2009). Disfagia en el paciente neurológico. Hospital Clínic de La University of Chile (HCUCH). Publications citationssee profile. Santiago de Chile
- Guilford, J.P. (1954). *Psychometrics Methods*. New York: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Editorial Mac Graw Hill. Sexta edición. México DF. Recuperado de observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf

- Hincapié-Henao, Liliana; Lugo, Luz Elena; Ortiz, Sergio Daniel; López, María Eugenia (2010). Prevalencia de disfagia en unidad de cuidados especiales CES Medicina, vol. 24, núm. 2, julio-diciembre, 2010, pp. 21-29. Universidad CES. Medellín, Colombia.
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K y Oksa, L. (2003). Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of nursing studies*, vol. 40, núm 6, Pp. 619 -625.
- McGartland, D. Berg, M., Tebb, S. S., Lee, E. S.y Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, vol 27 num 2. Pp. 94-104.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Resolución 2003. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Mayo 28. (19 págs.). Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (1993). Resolución 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Octubre 4. 225 págs. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Nazar G, Ortega A, Fuentealba I. (2009). Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Rev Med Clin Condes*. Vol. 20, núm 4. Pp. 449-457.
- Ortega T., A., y Fuentealba M., I. (2014). Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Revista digital especializada en motricidad orofacial*, 5 (1), 438-475. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/211798311/EVALUACION-Y-MANEJO-INTEGRAL-DE-LA-DISFAGIA-OROFARINGEA>.
- Oliveira, Ana Carolina Martins de, Friche, Amélia Augusta de Lima, Salomão, Marina Silva, Bougo, Graziela Chamarelli, & Vicente, Laélia Cristina Caseiro. (2018). Predictive factors for oropharyngeal dysphagia after prolonged orotracheal

- intubation. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 84(6), 722-728. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2017.08.010>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Enfermedades cardiovasculares Centro de prensa. Nota descriptiva2015 [citado27 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>.
- Ostrofsky, Calli, y Seedat, Jaishika. (2016). La herramienta de detección de disfagia de Sudáfrica (SADS, por sus siglas en inglés): una herramienta de detección para un contexto en desarrollo. *Revista sudafricana de trastornos de la comunicación*, vol. 3 (1), 1-9. <https://dx.doi.org/10.4102/sajcd.v63i1.117>
- Papadopoulou, S. L., Exarchakos, G., Christodoulou, D., Theodorou, S., Beris, A., y Ploumis, A. (2016). Adaptation and Assessment of Reliability and Validity of the Greek Version of the Ohkuma Questionnaire for Dysphagia Screening. *International archives of otorhinolaryngology*, 21(1), 58–65. Doi: 10.1055/s-0036-1580613.
- Rodrigues Padovani, Aline; Medeiros GC, Andrade CRF (2012). Protocolo fonoaudiológico de introdução e transição da alimentação por vía oral (PITA). In: Andrade CRF, Limongi SCO (Org). *Disfagia: prática baseada em evidências*. São Paulo: Sarvier; p. 74-85.
- Rodrigues Padovani, Aline; Morales, Danielle Pedroni; Mangili, Laura Davidson y Andrade, Claudia Regina Furquim de (2007). *Dysphagia Risk Evaluation Protocol*. *Rev. soc. bras. Fonoaudiol.* [online]. vol.12, n.3, pp.199-205.
- Jiménez-Rojas C, Corregidor-Sánchez AI, Gutiérrez-Bezón. *Disfagia* (2009). *Tratado de geriatría para residentes*. Cap. 53. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Pp. 290-293.
- Trapl, M. Enderle, P. Nowotny, M. Teuschl, Y. Matz, K. Dachenhausen, A. Brainin, M. (2007). *Adaptación cultural del test de OKHUMA*.
- Warnecke T., S. Im, C. Kaiser, C. Hamacher, S. Oelenberg, R. Dziewas (2017), First. *Aspiration and dysphagia screening in acute stroke – the Gugging Swallowing Screen revisited*. Published: 03 February. <https://doi.org/10.1111/ene.13251> with their oral feeding routine for semisolid food while (Stroke. 2007; 38; 2948-2952.)

- Vargas García, M., Rodríguez Brito, Y., & Ibáñez, J. (2013). Factores que inciden en el registro acústico deglutorio: una mirada hacia la auscultación cervical. *Areté*, 13(1), 16 - 23. <https://doi.org/10.33881/1657-2513.art.%x>
- Velasco, MM. Arreola, V. Clave, P. Puiggrós, C. (2007.) Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Unidad de Disfagia, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Servicio de Rehabilitación y Soporte Nutricional, Barcelona; Unidad de Exploraciones Funcionales Digestivas, Servicio de Cirugía, Hospital de Mataró, Barcelona. *Nutrición clínica en medicina noviembre*, Vol. I-Número 3. p, 174 – 202. <https://xsemanageriatria.files.wordpress.com/2012/09/revisic3b3n-disfagia.pdf>
- Velasco Vargas, K., Maldonado Navas, C., y Medina, T. (2016). Evaluación fonaudiológica de la disfagia: encuentros y disonancias. *Revista Colombiana De Rehabilitación*, 15(1), 22-31. <https://doi.org/10.30788/RevColReh.v15.n1.2016.5>
- Zurcher P., Moret, C., Dziewas , R., y Shefold, J. (2019). Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. *Critical care*, vol. 23 (103). Pp. 1 - 11.

Anexos

Anexo A. Entrevista

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA PROGRAMA DE FONOAUDIOLÓGÍA ESPECIALIZACIÓN FONOAUDIOLÓGÍA EN CUIDADO CRÍTICO

ENTREVISTA PARA PROFESIONALES EXPERTOS

Para la realización de nuestra investigación “VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA PARA PACIENTES EN UCI ADULTOS”, se ha planteado una serie de actividades encaminadas a cumplir tal fin, entre ellas la entrevista a profesionales en Fonoaudiología que tienen tanto manejo conceptual como experiencia en la evaluación de la disfagia; ésta, tiene preguntas abiertas que deberá responder en el espacio asignado para ello con letra clara, legible o en lo posible con computador.

Agradecemos su valiosa colaboración en este proceso que aporta al desarrollo científico de nuestra profesión.

1. ¿EN QUÉ CORRIENTE/ MODELO FUNDAMENTA O SUSTENTA SU PRAXIS COMO FONOAUDIÓLOGA EN LA UCI?

2. ¿QUÉ PROTOCOLO UTILIZA USTED PARA EVALUAR LA DISFAGIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS?

3. ¿QUÉ ANTECEDENTES PREMÓRBIDOS Y MÓRBIDOS (PATOLÓGICOS, FARMACOLÓGICOS, RESPIRATORIOS, NEUROLÓGICOS, ETC) CONSIDERA PERTINENTE TENER EN CUENTA ANTES DE REALIZAR LA VALORACIÓN DE LA DISFAGIA.

4. ¿QUÉ ASPECTOS CONSIDERA INDISPENSABLE EVALUAR EN UN PACIENTE CON DISFAGIA EN LA UCI?:

5. ¿CUÁL ES EL PASO A PASO QUE REALIZA PARA EVALUAR LA DISFAGIA?

6. ¿QUÉ CRITERIOS TIENE EN CUENTA AL EMITIR EL DIAGNÓSTICO?

7. ¿QUÉ VARIACIONES REALIZA USTED EN SU EVALUACIÓN DEPENDIENDO LAS CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES DEL USUARIO? (TRAQUEOSTOMÍAS, DEMENCIA, CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO, ACV, ETC).

FIRMA: _____

CC: _____

Anexo B. Consentimiento Informado

Fonoaudióloga

Reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente extendemos cordial invitación a participar en la primera fase del proyecto de investigación “PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE LA DISFAGIA PARA PACIENTES EN UCI ADULTOS”. Este proyecto está liderado por las fonoaudiólogas Samantha Angulo, María del Pilar Díaz, Elizabeth Muñoz, y Laura Riascos, estudiantes de la Especialización en Fonoaudiología en Cuidado Crítico. En esta etapa se han planteado una entrevista a profesionales en Fonoaudiología con el objetivo de obtener datos sobre su experticia en la valoración de la disfagia.

Esta investigación tiene como objetivo diseñar un protocolo de evaluación Fonoaudiológica de la disfagia en la unidad de cuidado intensivo adulto, se pretende identificar las estrategias de evaluación que realiza el profesional en fonoaudiología en la UCI, permitiendo a su vez, obtener herramientas para la estructuración del protocolo de evaluación. Esta información será sometida a análisis estadístico, y forma parte del insumo que se complementará con la información científica revisada para construir el protocolo y finalizar esta fase con la validación de contenido por jueces expertos en el área.

La investigación se realizará con fines netamente educativos, por lo que la información de los participantes y los datos suministrados serán de total confidencialidad, por lo tanto, no representa ningún riesgo para los participantes; es sin ánimo de lucro y acudimos a su participación voluntaria.

El resultado derivado de este trabajo investigativo, será expuesto por medio de la sustentación del proyecto en la Corporación Universitaria Iberoamericana a los docentes de la facultad y al jurado delegado, además, de realizar su publicación. En caso del participante requerir los resultados podrá comunicarse con el docente encargado a los siguientes datos: Claudia Barrera teléfono: 7426582 Ext. 140, email: claudia.barrera@ibero.edu.co.

Con su firma acepta participar voluntariamente en el presente estudio.

De antemano, gracias por su valiosa participación.

Nombre del Participante

Firma

Nº de Cédula

FORMACIÓN ACADÉMICA: _____

AREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: _____

TIEMPO _____ CARGO ACTUAL _____

INSTITUCIÓN _____

INVESTIGADORES

SAMANTA ANGULO

CC 1143344025

LAURA RIASCOS

CC 41949307

ELIZABETH MUÑOZ

CC 29742781

MARÍA DEL PILAR DIAZ

CC 50959656

Anexo C. Operacionalización De Variable

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
DEGLUCIÓN	IDENTIFICACIÓN	Proporciona la información básica del paciente (información obtenida de la historia clínica (HC),	Nombre	
			Edad	
			Género	
			Escolaridad	
			Familiar o cuidador	
			Procedencia	
			Fecha de ingreso	
			Fecha de evaluación	
	ANAMNESIS	Es el proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes (Rodriguez Garcia y Rodriguez Pupo , 1999)	Diagnóstico Médico	
			Neurológico	Tipo de lesión
				Localización
				Tiempo del ictus
			Cáncer	tipo de lesión
				Localización
				Quimioterapia
				Radioterapia
			Enfermedades Neurodegenerativas	Resección
				Demencia
				Parkinson
			Enfermedades autoinmunes	Otras
				Cuál
			Otra	
			HTA	
Diabetes				
Cirrosis				
Epoc				

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
DEGLUCIÓN	ESTADO NUTRICIONAL	El estado nutricional de un individuo se puede definir como el resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas, debiendo permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas (Gimmeno, 2003).	Neumonías recurrentes	
			Enfermedad Renal	
			Enfermedad Coronaria	Marcapasos
			Medicamentos	Barbitúricos
				Antiagregantes
				Anticoagulantes
				Anticomiciales
				Dosis
				Horario
			Desnutrición	
			Deshidratación	
			Equilibrio electrolítico	Hiperkalemia
				Hipokalemia
			Vía de alimentación	NVO
oral				
Consistencia				
NPT				
SNG				
SOG				
Gastrostomía				
Yeyunostomía				
V.O. parcial				
V.O. mixta				
A. por bolos				
A. continua				
Tiempo que lleva alimentándose previo a la evaluación				

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
			Episodios de Bronco aspiración por alimentación enteral	Si
				No
			Observaciones	
	ESTADO DE CONCIENCIA	La conciencia es el proceso fisiológico en el cual el individuo mantiene un estado de alerta, con pleno conocimiento de sí mismo y de su entorno. Los niveles de alerta, colaboración y atención tienen vital importancia para la valoración de la deglución, especialmente en pacientes con alteraciones neurológicas. El nivel de conciencia inadecuado atenúa los reflejos de protección y afecta la coordinación entre la respiración y la deglución, predisponiendo a la aspiración (Padovani, Moraes, Mangili, y Andrade, 2007)). Los pacientes deben estar completamente despiertos antes de la prueba de alimentación, mínimo 15 minutos (Warnecke, Im, Kaiser, Hamacher, Oelenber, y Dziewas, 2017).	Glasgow:	<9
				12 ()
				13 ()
				14 ()
				15 ()
			Nivel de Vigilancia	Vigil
				Somnoliento
				Letárgico
				Obnubilación
				Estupor
				Delirio
			Orientación	Coma
Persona Si – No – P				
Temporal Si – No - P				
Espacial Si – No - P				
DEGLUCIÓN	S VITAL ES/ ESTA BILID AD HEM ODIN	Los signos vitales (SV) son valores que permiten	FC	Antes Durante

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
		estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos	FR	Después
				Antes
				Durante
				Después
			SPO2	Antes
				Durante
				Después
			P.A	
			T°	
			CONDICIÓN RESPIRATORIA	La observación de los parámetros respiratorios nos permite medir la capacidad de protección o defensa de la vía aérea de los pacientes en unidad de cuidado intensivo. Los pacientes con problemas respiratorios o en algún grado de dependencia para respirar, pueden ser más susceptibles a problemas de deglución, entre ellos los pacientes traqueostomizados, dependientes de ventilación mecánica, los pacientes que sufren intubaciones orotraqueales traumáticas o prolongadas y pacientes oxígeno dependientes (Furkim et al. 2017).
	Oxígeno dependiente			
	Cánula Nasal			
	Máscara de re-inhalación			
	Venturi	Litros		
	Aspiración frecuente de secreciones	Si		
		No		
	IOT	Si		
		No		
		Tiempo de intubación		
		Extubación		
VMNI	CPAP			
	VOAP			
	Tiempo			
TQT	Con fenestra			
	Sin fenestra			
	No. Tubo			
	Con cuff			

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM			
DEGLUCIÓN	COMUNICACIÓN, LENGUAJE, HABLA Y PRODUCCIÓN VOCAL	La comunicación involucra la interacción recíproca de dos interlocutores o más, permitiendo al ser humano la expresión de necesidades y el establecimiento de relaciones con el mundo que lo rodea (Rojas Silva Noella, Amthauer, y Bustamante Troncoso, 2014). La comunicación involucra la interacción recíproca de dos interlocutores o más, permitiendo al ser humano la expresión de necesidades y el establecimiento de relaciones con el mundo que lo rodea (Rojas Silva Noella, Amthauer, y Bustamante Troncoso,		Sin cuff			
				Presión de inflado			
			Válvula de habla				
			Oclusión	Ejercicios de canulación			
				Veces al día			
				Tiempo			
			Manejo de secreciones	Abundante			
				Moderado			
				Sin secreción			
			No. Aspiraciones	Permanente			
				Ocasional			
			DEGLUCIÓN	COMUNICACIÓN, LENGUAJE, HABLA Y PRODUCCIÓN VOCAL	La comunicación involucra la interacción recíproca de dos interlocutores o más, permitiendo al ser humano la expresión de necesidades y el establecimiento de relaciones con el mundo que lo rodea (Rojas Silva Noella, Amthauer, y Bustamante Troncoso, 2014). La comunicación involucra la interacción recíproca de dos interlocutores o más, permitiendo al ser humano la expresión de necesidades y el establecimiento de relaciones con el mundo que lo rodea (Rojas Silva Noella, Amthauer, y Bustamante Troncoso,	Comunicación Modalidad	Verbal - Oral
							Viso gestual
							Escrita
Intencionalidad							
Lenguaje	Conservado						
	Alterado a nivel comprensivo						
	Alterado a nivel expresivo						
	Alteración Mixta - global						
	Comprensión de ordenes						
	Simples Sí ___ No ___						
Complejas Sí ___ No ___							
Habla	Ininteligible						
	Inteligible						
	Natural: Si ___ No ___						
Voz	Audible						
	Poco audible						
	Inaudible						
	Voz Limpia						

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
		2014)		Voz Opaca
				Voz Húmeda
				TOT ocluida
				TMF (SEG)
				Válvula de Habla Sí ___ No_____
DEGLUCIÓN	OBSERVACIÓN GENERAL	Estado compuesto del conjunto de las articulaciones del cuerpo en un momento determinado, por ende, el movimiento intencional va precedido, acompañado y seguido por fenómenos posturales (Bricot , 2008).	Postura Control cervical	Si
				No
				Lateral
				Antero versión
				Control de tronco Sí ___ No ___
			Requiere sujeción mecánica:	Si
				No
				Manos ___
				Pies_____
				Ambos _____
			Tono Muscular general	Eutonía
				Hipotonía
				Hipertonía
			Tono Muscular cervical	Eutonía
				Hipotonía
				Hipertonía
			Simetría facial	Si
				No
			Tercio parcial	Superior
				Inferior
Ambos				
Hemicara izquierda				
Hemicara derecha				
Observaciones:				

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
DEGLUCIÓN	EVALUACIÓN ESTRUCTURAL - FUNCIONALIDAD - SENSIBILIDAD	Implica la evaluación dinámica de la musculatura involucrada en el proceso deglutorio: Es importante conocer la funcionalidad de la musculatura que participa en la deglución, ya que puede ser esta la causa de las dificultades. Aquí se evalúa musculatura de los labios, lengua, masticación, del velo del paladar, de la faringe y la laringe. Esto acompañado de la evaluación de la musculatura que permite el control de cabeza. En la evaluación de la sensibilidad se evalúa la sensibilidad de la zona perioral, los labios, la cavidad oral, la lengua, el paladar blando, ya que alteraciones a este nivel podrían generar rechazo a los alimentos o inadecuado manejo de los mismos (Jofré Atala, Lizama Ortiz, Luchsinger Escalona, Vásquez Cáceres, y Yalul Nancuan, 2015)	Dolor	Puntos Gatillo (indicar en imagen) Observaciones
			Higiene oral	Adecuada Inadecuada Lengua Saburral Halitosis
			Mucosa oral	Húmeda Xerostomia Laceraciones orales Aftas Sialobestasis Sialorrea
			Dentadura	Buen estado Mal estado Edéntulo parcial Edéntulo total
			Prótesis dental	Si No Fija Removible
			Labios	Largo
			Tamaño	Corto
			Forma	Simetría Asimetría
			Selle labial	Competente Incompetente
			Praxias	Coordinada Incoordinadas

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
				Precisas
				Imprecisas
				Ágil
				Lenta
				Adecuada
				Inadecuada
				Apertura
				Contrae y protruye labios
				Comprimir e introducir mejilla
				Lateralización de labios
				Vibra labios
			Lengua Tamaño	Normal
				Pequeña
				Voluminosa
			Forma	Normal
				Alterada
			Reposo	Protruida
				Retraída
				Descendida
			Praxias	Coordinadas
				Incoordinadas
				Precisas
				Imprecisas
				Adecuada
				Inadecuada
				Ágil
				Lenta
Protrusión lingual				

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
				Protrusión lingual con movimiento lateral
				Elevación posterior de la lengua
				Acanalamiento de la lengua
				Retracción de la lengua desde la posición de protrusión
				Protrusión la lengua y la dobla hacia arriba, hasta toca las rugas palatinas y a continuación hacia abajo, hasta tocar la barbilla
			Mandíbula	Tamaño
				Forma
				Normal
				Retraída
				Prognática
			Praxias	Adecuada
				Inadecuada
				Apertura y cierre de boca
				Desplazamiento lateral de la mandíbula
				Protrusión mandibular
			Paladar blando Tamaño	Adecuada
				Inadecuada
			Forma	Simétrico
				Asimétrico
			Praxia	Simétrico
				Asimétrico
			Laringe: Morfología	Adecuada
				Inadecuada
Fluctuante				

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
				Rígido
			Técnica de 5 dedos	Adecuada
			Ascenso laríngeo	Inadecuada
			Anteriorización	Adecuada
				Inadecuada
			Auscultación cervical	Normal
			Antes de la deglución	Estertores (Secreciones)
				Sibilancias
				Crup
			Post deglución	Adecuada
				Inadecuada
			Cara	Toque suave D - I
				Presión D - I
				Temperatura D - I
			Labios	Toque suave D - I
				Presión D - I
				Temperatura D - I
			Boca	Toque suave D - I
				Presión D - I
				Temperatura D - I
			Lengua	Toque suave D - I
				Presión D - I
				Temperatura D - I
			Paladar óseo	Toque suave D - I
				Presión D - I
				Temperatura D - I
			Paladar Blando	Toque suave D - I
				Presión D - I
				Temperatura D - I

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
			Gusto: VII: 1/3 anterior, IX: 1/3 Posterior, X: epiglotis SACAROSA Dulce =	R: Unilateral
				Bilateral
				Ausente
			UREA= Amargo	R: Unilateral
				Bilateral
				Ausente
			ÁCIDO CLORHÍDRICO= ácido (limón)	R: Unilateral
				Bilateral
				Ausente
			CLORURO SÓDICO (SAL) = salado	R: Unilateral
				Bilateral
				Ausente
Saliva (VII par)	Exceso de saliva			
	Xerostomia			
	Consistencia normal			
DEGLUCIÓN	REFLEJOS	El reflejo hace referencia a la respuesta motriz o secretora, independiente de la voluntad, provocada inmediatamente después de la aplicación de un estímulo sensitivo o sensorial, que puede ser o no consciente (Llanio Navarro y Perdomo González, 2003).	R. Normales	Palatal (IX): - + ++ +++
				Nausea (IX X XII): - + ++ +++
				Tos voluntaria: + ++ +++
				Disparo Deglutorio - + ++ +++
			R. Patológicos	Succión - ++
				Mordedura - ++
DEGLUCIÓN	EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA DEGLUCIÓN DE ALIMENTOS	Se suministran alimentos para evaluar la sincronía y coordinación de las etapas deglutorias y la eficacia de	CANTIDAD	1 ML
				3 ML
				5 ML
				10 ML

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
		las válvulas. Se determina la consistencia de los alimentos en base a las posibilidades del paciente para manejarlos según la etapa deglutoria afectada (Cámpora y Falduti, 2012)	CONSISTENCIA	Líquido Claro
				Espeso
				Sólido
			FASE ORAL PREPARATORIA	Anticipación (salivación, saboreo y apertura oral)
				Rechazo a los Alimentos
				Control Cefálica
				Escape Anterior
				Mastica
				Dificultad al inicio
				Bombeo lingual (insinuación o intentos de deglución)
				Persistencia (estasis) de los alimentos en boca
			Derrame anterior	
			ORAL	Hiperextensión cefálica o movimientos compensatorios
				Captación del bolo
				Mastica
				Bombeo lingual (insinuación o intentos de deglución)
				Tiempo de tránsito oral
				Reflujo nasal
				Retardo en la elevación y anteriorización laríngea +2seg
				Propulsión del alimento (bolo)
				Signos de penetración antes de la deglución
Número de degluciones				
Residuos de alimento post - deglución				

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM	
			FARINGEA	Ausencia en la elevación faríngea	
				Lentitud en la elevación laríngea	
				Signos de penetración laríngea durante la deglución	
				Signos de penetración posterior a la deglución	
				Tos durante la deglución	
				Tos post deglución	
				Voz alterada (húmeda) post deglución	
				Voz alterada (húmeda) post deglución	
				Disnea, desaturación ruidos a nivel faringolaríngeo postdeglución	
				Latencia en la eyección del disparo deglutorio	
				Número de degluciones	
				Residuos (estasis) de alimento en cavidad oral posterior a la deglución	
				DESPUÉS DE LA DEGLUCIÓN	Reflujo Nasal
					Residuos de alimento en vestíbulo anterior
			Residuos de alimento sobre dorso lingual		
			Alimento bajo la lengua		
			Alimento en paladar duro		
			Alimento en paladar duro		
			Tos Eficiente (E) Débil (D) Ausente (A)		
			AUSCULTA CERVICAL (secreciones faringolaríngeas) Voz alterada (húmeda)		

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
				DISTRES RESPIRATORIO (disnea, cianosis, asfixia)
			BLUE DYE TEST	Aspiración
				Penetración
				Temprana (<1hora)
				Tardía 2 - 4 horas
				Cantidad de anilina observada por cánula (mínima, moderada, abundante, negativa)

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES		ITEM			
			NIVEL	SEVERIDAD	CARACTERISTICAS	TIPO DE NUTRICIÓN		
DEGLUCIÓN	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL / ESCALA DE SEVERIDAD DE LA DISFAGIA (O'Neil et al, 1999)		7	TIPO DE NUTRICIÓN	Deglución normal en todas las situaciones, dieta normal, no necesita estrategias ni tiempo extra	Nutrición total por vía oral: dieta normal		
			6	DEGLUCIÓN FUNCIONAL	Sin limitaciones funcionales / independencia modificada	Nutrición total por vía oral: dieta normal		
			5	DISFAGIA LEVE	Supervisión distante (puede tener una consistencia restringida en la dieta)	Nutrición total por vía oral: dieta modificada		
			4	DISFAGIA LEVE A MODERADA	Supervisión intermitente, (dos o más consistencias restringidas en la dieta)	Nutrición total por vía oral: dieta modificada		
			3	DISFAGIA MODERADA	Uso total de asistencia, supervisión o estrategias (dos o más consistencias restringidas en la dieta)	Nutrición total por vía oral: dieta modificada		
			2	DISFAGIA MODERADA A GRAVE	Asistencia máxima uso de estrategias para una nutrición por vía oral parcial (tolera al menos una consistencia de modo seguro con uso total de estrategias)	Es necesario una nutrición no oral		
			1	DISFAGIA GRAVE	Incapaz de tolerar ningún alimento por vía oral de forma segura	Es necesario una nutrición no oral		
			DIAGNÓSTICO					

VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ITEM
DEGLUCIÓN	PRUEBAS INSTRUMENTALES Y REMISIONES		Videofluoroscopia de la deglución	SI
				NO
			FEES	SI
				NO
			RADIOGRAFIA	SI
				NO
			ESOFAGOGRAMA	SI
				NO
			Remisión:	FONOAUDIOLOGIA
				GASTROENTEROLOGÍA
				OTORRINOLARINGOLOGÍA
				NUTRICIONISTA

Anexo D. Instructivo

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN PARA PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO (PECD-UCI) (ANGULO, S., DÍAZ M., MUÑOZ E., RIASCOS L. 2019) INSTRUCTIVO

1. IDENTIFICACIÓN: proporciona la información básica del paciente (información obtenida de la historia clínica (HC), está compuesta por:

- **Nombre:** es indispensable para tener acceso al paciente y darle significado.
- **Edad:** define la etapa de desarrollo y situaciones biológicas a las que se enfrenta el individuo.
- **Sexo:** identifica la identidad sexual biológicamente.
- **Procedencia:** el lugar y las características donde se desenvuelve ayuda a identificar posibles factores de riesgo.
- **Fecha de Ingreso** (F. ingreso): indispensable para conocer el tiempo de internación y estimar las posibles condiciones en que se puede encontrar el paciente a nivel comunicativo / deglutorio con respecto a su condición de morbilidad general.
- **Fecha de evaluación:** indispensable para realizar el seguimiento terapéutico.

2. ANAMNESIS: Se tomará de la historia clínica del paciente y se complementará con la entrevista al médico / enfermera, acompañante y/o paciente. Permite obtener información referente a determinados aspectos como: el periodo de hospitalización del paciente, la causa de la enfermedad, evolución y estado actual, diagnóstico médico actual, los antecedentes neurológicos, neurodegenerativos, de cáncer y otros, además de los antecedentes farmacológicos y pre mórbidos que puedan ser causales de disfagia, así como las condiciones asociadas como el aspecto respiratorio y la nutrición. Su conocimiento es importante para realizar un análisis de la información, saber si tiene relación con el padecimiento del paciente, relacionar directamente las posibles conductas y pronósticos, realizar una hipótesis de observación.

3. ESTADO NUTRICIONAL: El estado nutricional de un individuo se puede definir como el resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas, debiendo permitir la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas (Gimeno, 2003. Pp. 96). La información sobre el estado nutricional y de alimentación del paciente se obtendrá de la HC.

En el momento de la evaluación es indispensable determinar si el paciente presenta desequilibrio electrolítico, ya que éste conlleva a cambios físicos, neurológicos, metabólicos y cardíacos, repercutiendo sobre la morbimortalidad del paciente. Del mismo modo, las alteraciones hemodinámicas influyen en la asimilación de nutrientes dadas por hipo perfusión a nivel tisular y sistémico, con variaciones en el metabolismo y la producción de energía para el desarrollo de funciones vitales básicas, alterando la producción de energía por las vías metabólicas (Arenales, *et al.*, 2008).

El principal impacto de la desnutrición en el proceso de la deglución es la reducción de la fuerza muscular, lo que compromete el transporte del bolo alimenticio y la capacidad de protección de las vías aéreas, incluyendo el mecanismo de limpieza pulmonar. La deshidratación es un factor importante asociado, ya que provoca pérdida de líquidos y reducción de la turgencia del tejido. La disminución del flujo salival, común en pacientes deshidratados conduce a la proliferación de bacterias y compromete la fase oral de la deglución. Letargia y confusión son comunes en tales casos, como resultado de fluido y alteración electrolítica (Furkim, A, Sória, F, Pp. 237).

Padovani en 2010, refiere que:

La ingestión de los alimentos normalmente se realiza por vía oral, pero cuando esta no es segura para el paciente se afecta la adecuada nutrición e hidratación, se requiere una vía alternativa de alimentación, enteral complementaria o exclusiva, la cual puede ser proporcionada a través de sonda naso enteral (nasoyeyunal NSY) o nasogástrica (NSG) que tienen acceso nasal y la sonda oro gástrica (SOG) y oro enteral (oroyeyunal - SOY) su ingreso es por boca. Las sondas gástricas alcanzan el estómago y las enterales se sitúan en la región transpilórica, estos tipos de nutrición enteral son indicados para periodos cortos.

Cuando la perspectiva de alimentación enteral es por largo tiempo, se recomienda la realización de gastrostomía (región gástrica) o yeyunostomía (región enteral) requiriendo ambas de acceso quirúrgico o endoscópico. En caso de que el tracto gastrointestinal no se presente íntegro, la nutrición parenteral (TPN) es la indicada, ese tipo de alimentación es suministrada de manera intravenosa y generalmente por periodo de tiempo corto.

Se observará el dispositivo que tenga el paciente y si en el momento se encuentra recibiendo el aporte nutricional, el tiempo que lleva alimentándose, si es enteral continua, o por bolos; lo cual indicará si debe o no evaluarse al paciente o tener cautela al hacerlo para evitar riesgos de emesis y por ende bronca aspiración por reflujo.

Esta información se obtendrá de la HC y del kardex de enfermería.

4. ESTADO DE CONCIENCIA: la conciencia es el proceso fisiológico en el cual el individuo mantiene un estado de alerta, con pleno conocimiento de sí mismo y de su entorno. Los niveles de alerta, colaboración y atención tienen vital importancia para la valoración de la deglución, especialmente en pacientes con alteraciones neurológicas. El nivel de conciencia inadecuado atenúa los reflejos de protección y afecta la coordinación entre la respiración y la deglución, predisponiendo a la aspiración (Padovani, 2007, p. 21). Los pacientes deben estar completamente despiertos antes de la prueba de alimentación, mínimo 15 minutos (Warnecke, *et al.*, 2017)

Para determinar el estado de conciencia del paciente se tendrá en cuenta la escala de coma de Glasgow ya que es la más empleada y mide la respuesta ocular, verbal y motora, con un puntaje máximo de 15, se considera normal una respuesta > 14 y ≤ 8 son indicativos de coma (Padilla, *et al.*, 2018). Información obtenida de la HC.

Según Padilla, *et al.*, (2018) refiere que se pueden clasificar los estados de conciencia en:

- Vigil o consciente es cuando está despierto y tiene adecuada comprensión de su entorno y de sí mismo.
 - Somnolencia: Se caracteriza por la tendencia al sueño en la cual se conserva la respuesta adecuada a órdenes verbales simples y complejas y estímulos dolorosos. Este estado mental es caracterizado por la disminución de la comprensión, la coherencia y la capacidad de razonar.
 - Letargia: Consiste en un compromiso incompleto de conocimiento y vigilia. El paciente está desorientado y somnoliento, pero se mantiene despierto.
 - Obnubilación: Alteración moderada de la vigilia en el que la atención se concentra en un punto fijo.
 - Estupor: En este estado hay una pérdida de las respuestas de tipo de órdenes verbales, pero conserva una reacción adecuada a los estímulos dolorosos, acompañada de la capacidad de discriminar el punto doloroso.
 - Delirium: Estado de alteración de la función cognitiva, caracterizado por disminución de la atención con cambios en el contenido de conciencia, pensamiento desorganizado y de evolución fluctuante.
 - Coma: Este estado está caracterizado por la ausencia total de vigilia y contenido de la conciencia persistentemente (mayor de una hora para diferenciarlo de estados transitorios).
- La orientación: se refiere a la capacidad del sujeto de entender, pensar, sentir emociones y apreciar información sensorial acerca de sí mismo y lo que lo rodea. En el nivel más alto de orientación, las personas son capaces de reaccionar frente al estímulo sensorial de forma total y esperada, con

pensamientos y acciones adecuadas. Se tendrá en cuenta el nivel de orientación en las tres (3) esferas de tiempo, lugar y persona.

5. SIGNOS VITALES / ESTABILIDAD HEMODINÁMICA: Los signos vitales (SV) son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos:

- **Frecuencia cardiaca (FC)** es la cantidad de latidos cardiacos por minuto, se considera alteración de la FC cuando hay un aumento excesivo, teniendo como base 60 a 100 latidos por minuto (bpm) (Villegas, *et al.*, 2012, p. 226).

- **Frecuencia Respiratoria (FR):** el ciclo respiratorio comprende una fase de inspiración y otra fase de espiración, la FR es el número de veces que se respira por minuto. La FR en un adulto oscila entre 12 a 20 respiraciones por minuto (Villegas, *et al.*, 2012 pp 230).

- **Oximetría (SPO2)** El porcentaje de Oxígeno arterial en el torrente sanguíneo, medido a través de una oximetría de pulso, Se detectan pacientes normo saturados (>95%) o con desaturación leve (saturando entre 93 y 95%), moderada (saturación entre 88 y 92%) y grave (saturación menor a 88%) (Villegas, *et al.*, 2012 pp 236). El uso de esta medida para detectar la aspiración está dado por la hipótesis de que la aspiración de alimento ocasiona un reflejo de broncoespasmo, disminuyendo la perfusión ventilatoria y provocando una desaturación de oxígeno. Se considera adecuado cuando se mantiene o reduce un 4% de la línea base de saturación del paciente y hay aspiración cuando la desaturación es mayor al 4% del promedio del paciente posterior a la ingesta (Padovani, *et al.*, 2007, pp 202)

- **Temperatura corporal (t°):** es el grado de calor conservado por el equilibrio entre el calor generado (termogénesis) y el calor perdido (termólisis) por el organismo, la t° normal es de 36.5 a 37,2°C (Villegas, *et al.*, 2012 pp 228).

- **Presión arterial (PA):** resulta de la fuerza ejercida por la columna de sangre impulsada por el corazón hacia los vasos sanguíneos. la fuerza de la sangre contra la pared arterial es presión sanguínea y la resistencia opuesta por las paredes de las mismas es la tensión arterial. su parámetro de normalidad es de 120/80 a mmHg (Villegas, *et al.*, 2012 pp 230).

La vigilancia del estado hemodinámico del paciente se realizará antes, durante y después de la valoración de la mecánica deglutoria a través del monitor de signos vitales que está en cada cubículo de las UCI.

6. CONDICIÓN RESPIRATORIA

La observación de los parámetros respiratorios nos permite medir la capacidad de protección o defensa de la vía aérea de los pacientes en unidad de cuidado intensivo.

Los pacientes con problemas respiratorios o en algún grado de dependencia para respirar, pueden ser más susceptibles a problemas de deglución, entre ellos los pacientes traqueostomizados, dependientes de ventilación mecánica, los pacientes que sufren intubaciones oro traqueales traumáticas o prolongadas y pacientes oxígeno dependientes (Furkim, A., Sória, F, Pp. 238). Se anotará Si utiliza CPAP (VNI presión positiva única que se aplica a las vías aéreas del paciente) O BPAP (VNI presión positiva doble (Inspiratoria -IPAP- y espiratoria -EPAP-).

Es imperativo verificar la presencia de traqueostomía, con o sin cuff (inflado, parcialmente inflado o desinflado), si la cánula es fenestrada o no, si el paciente usa válvula de habla, dependencia o no de oxígeno. Para la evaluación se colocará una **X** para la presencia o ausencia de los parámetros antes mencionados.

7. COMUNICACIÓN, LENGUAJE Y HABLA

Se evalúa la capacidad comunicativa del paciente y la modalidad que utiliza, sea Verbal - Oral, Viso-gestual, escrita y si posee Intencionalidad comunicativa; así mismo, se observará el lenguaje, si está conservado o si hay presencia de alteraciones en el componente expresivo y comprensivo del lenguaje (Comprensión y ejecución de órdenes sencillas y complejas) y si se evidencia una alteración en los dos

componentes, denominándose como alteración mixta o global. De igual manera, se tendrá en cuenta si pre existe una demencia, diagnosticada por médicos tratantes.

En cuanto al Habla, en pacientes con y sin TQT, se observará si es audible o inaudible, limpia, opaca, húmeda (característico de secreciones a nivel de hipo faringe). Se evaluará, de igual forma, la inteligibilidad e ininteligibilidad la cual determina la precisión articulatoria de los fonemas; si es o no natural, la cual hace referencia a la velocidad en la articulación de los fonemas, ritmo, prosodia, fonación dentro de los parámetros normales.

En TQT (si tolera la oclusión de la cánula), todas las características del habla y el tiempo máximo de fonación.

Esta prueba debe ser acompañada de la auscultación cervical para escuchar algunos ruidos que producen el aire y así percibir la aducción de los pliegues vocales.

8. OBSERVACIÓN GENERAL

Para la evaluación es necesario tener en cuenta la postura general en la que se encuentra el paciente en la unidad, para esto se observarán aspectos como: control cervical (posición de cintura escapular), control de tronco, tono muscular (eutonía, hipotonía, hipertonía), lo cual influirá positiva o negativamente en la realización y continuación de la evaluación y en la oferta de consistencias alimenticias.

En lo respecta a la simetría facial, se marcará como sí, en caso afirmativo o no, en caso de asimetría; en la imagen se sombreará o marcará la hemicara o tercio comprometido.

En lo concerniente al dolor craneofacial, se toma como referencia una escala de dolor de 1-5. Siendo 1: dolor leve, 2: leve-moderado, 3: Moderado, 4: Moderado – severo, 5: Severo.

Para este aspecto, se marcará con una X en el formato y en la imagen según corresponda.

9. EVALUACIÓN ESTRUCTURAL - FUNCIONALIDAD – SENSIBILIDAD

Se realizará una exploración anatomofuncional de las estructuras oro faciales observando en primera instancia la higiene oral, la presencia de halitosis, la dentadura, si utiliza o no prótesis oral; éstas últimas, pueden generar dificultades en la formación del bolo alimenticio alterando el proceso evaluativo.

Se utilizarán los términos:

Edentulismo: es la pérdida de alguno de los dientes en una persona adulta, fuera del periodo infantil de caída de los dientes de leche y salida de los permanentes. Este proceso puede ser **total** o **parcial**, según afecte a todos los dientes o solo a unos pocos. De igual manera, es necesario observar el estado de la mucosa oral, para determinar la humedad o por el contrario la resequedad de ésta, (Xerostomia) o la presencia de laceraciones o aftas generada por procedimientos, inadecuada higiene oral, deshidrataciones, medicamentos, entre otras.

Se marcará con una “X” en los casos correspondientes.

Seguidamente, se realizará un **Examen muscular** teniendo en cuenta lo propuesto por Cámpora bajo los parámetros de F: funcional; normal o sólo daño leve. FD: función débil; daño moderado que afecta al grado de movimiento activo. NF: no funcional; daño severo. O: ausencia de funcionalidad.

1. Músculos de la boca:

a. Cierre de los labios (orbicular de los labios) Este músculo perioral se utiliza para muchas acciones de la boca. Corresponde a la primera válvula del sistema deglutorio.

Test: el paciente contrae y protruye los labios. Compresión de la mejilla (Buccinador)

b. El buccinador es el músculo que se utiliza principalmente para acomodar los alimentos durante la masticación y para controlar el paso del bolo alimenticio.

Test: el paciente comprime las mejillas (bilateralmente) y las introduce hacia adentro (hacia la cavidad oral).

2. Músculos de la masticación

a. Apertura de la mandíbula: depresión mandibular (Pterigoideo externo y músculos suprahioides)

Test: el paciente abre la boca todo lo posible y se mantiene frente a una resistencia manual.

b. Cierre mandibular: elevación mandibular (Masetero, temporal y pterigoideo interno)

Test: el paciente articula adecuadamente la mandíbula.

c. Desplazamiento lateral de la mandíbula (Pterigoideos externos e internos) Cuando el paciente desplaza la mandíbula hacia la derecha, actúan el pterigoideo externo derecho y el pterigoideo interno izquierdo. El desplazamiento hacia el lado izquierdo se realiza por el pterigoideo externo izquierdo y el pterigoideo interno derecho. En las lesiones de estos músculos, cuando el paciente abre la boca, se produce una desviación de la mandíbula hacia el lado lesionado.

Test: el paciente desplaza la mandíbula hacia la derecha y a continuación, hacia la izquierda.

d. Protrusión de la mandíbula (Pterigoideos internos y externos) La función de los pterigoideos internos y externos consiste en protruir la mandíbula. En las lesiones unilaterales la mandíbula protruyente se desplaza hacia el lado lesionado.

Test: el paciente protruye la mandíbula, proyectando la arcada dentaria inferior por delante de la superior.

3. Músculos de la lengua

a. Exploración de la lengua: La exploración comienza con la observación de la lengua en reposo, sobre el piso de la boca. Protrusión (geniogloso, fibras posteriores)

Test: el paciente protruye la lengua, de modo que la punta se extiende hacia afuera, más allá de los labios.

b. Desviación de la lengua (geniogloso y otros músculos)

Test: el paciente protruye la lengua y la desplaza hacia un lado y, a continuación, hacia el contrario.

c. Retracción de la lengua (geniogloso, fibras anteriores y estilogloso)

Test: el paciente retrae la lengua desde la posición de protrusión.

d. Elevación posterior de la lengua (estilogloso y palatogloso)

Test: el paciente eleva (“encorva”) el dorso de la lengua por su porción posterior.

e. Acanalamiento de la lengua (geniogloso y músculos intrínsecos)

Test: el paciente desplaza la lengua hacia abajo y dobla los bordes laterales hacia arriba, originando un canal o tubo que facilita la acción de aspirar y dirigir los alimentos hacia la faringe. La incapacidad para realizar este movimiento no se debe interpretar como deficiencia, ya que se trata de un carácter hereditario dominante y su presencia o ausencia dependen de esta característica.

f. Punta o doblado de la lengua (lingual superior y lingual inferior)

Test: el paciente protruye la lengua y la dobla hacia arriba, hasta tocar las rugas palatinas, y a continuación hacia abajo, hasta tocar la barbilla.

4. Músculos del velo del paladar

a. Elevación y aducción del paladar blando (peristafilino interno, peristafilino externo, palatogloso y ácigos de la úvula).

Test: el paciente emite un sonido “ah-h-h”, para hacer que ascienda el paladar blando y realice una aducción (los arcos se aproximan entre sí, estrechando las fauces).

Técnica de 5 dedos: de acuerdo a lo propuesto por Loggeman (1198) el evaluador coloca su mano bajo la barbilla del paciente con sus dedos extendidos ha siendo ligero contacto, el dedo índice debe ser coloca en el piso de la boca, el dedo medio contactando el hueso hioides, el dedo anular en el ángulo del cartílago tiroideos, se realizará durante la deglución no nutritiva y nutritiva, una vez iniciada la deglución, los dedos del examinador puede determinar el inicio del movimiento de la lengua en el área submaxilar con el índice, el medio el movimiento del hioides y el anular y meñique el ascenso laríngeo cuando el disparo deglutorio se produzca.

Auscultación cervical: según Padovani, et al. (2007) es definida como la escucha de los sonidos asociados a la deglución por medio del fonendoscopio colocándose en la región cervical. Debe realizarse antes, durante y después de la deglución para determinar la presencia o no de residuos a nivel de faringe o laringe; el fonendoscopio debe ser posicionado en la parte lateral entre la laringe y la tráquea, anterior a la carótida. La auscultación de la respiración antes de la deglución permitirá un patrón de comparación postdeglución del soplo espiratorio, al igual que medir la apnea deglutoria., caracterizada por la interrupción del flujo de aire durante la deglución. Una auscultación cervical es adecuada cuando hay ausencia de ruidos en la secuencia de inspiración - espiración, apnea y chunk deglutorio e espiración inspiración; la auscultación cervical alterada es cuando hay presencia de ruidos respiratorio antes de la deglución y permanecen posterior a esta.

Se tendrán en cuenta:

- **Estertores:** Son pequeños ruidos chasqueantes, burbujeantes o estrepitosos en los pulmones. Se escuchan cuando una persona inhala. Se cree que ocurren cuando el aire abre los espacios aéreos cerrados. Los estertores se pueden describir más ampliamente como húmedos, secos, finos o roncos.
- **Roncus:** Son ruidos que parecen ronquidos y ocurren cuando el aire queda obstruido o el flujo de aire se vuelve áspero a través de las grandes vías respiratorias.
- **Estridor:** Es un sonido respiratorio agudo resultante del paso turbulento del aire en la [laringe](#) o menor en el árbol bronquial. Es un ruido similar a las sibilancias que se escucha cuando una persona respira. Generalmente se debe a una obstrucción del flujo de aire en la tráquea o en la parte posterior de la garganta, causado por Cuerpos extraños (aspiración de cuerpo extraño, bolo alimenticio aspirado) Estenosis subglótica (después de la Intubación prolongada o congénita), Edema de las vías respiratorias (a raíz de la instrumentación de la vía aérea, intubación traqueal, efecto secundario de drogas, reacciones alérgicas).
- **Sibilancias:** Son ruidos chillones producidos por vías respiratorias estrechas. Las sibilancias y otros ruidos anormales algunas veces se pueden escuchar sin necesidad de un estetoscopio.
- **LA SENSIBILIDAD GENERAL DE LA CARA, LENGUA Y MUCOSA ORAL** se evaluará a través estímulos que permitan identificar la capacidad para sensar la vibración, temperatura, dolor y toque o presión, proporcionada por el nervio trigémino en sus tres ramas.
- El **sentido del gusto** para efecto de la UCI se evaluará la habilidad del paciente para reconocer los cuatros sabores básicos: amargo, ácido, dulce y salado a través de un hisopo mojado en los sabores. para los dos tercios anteriores de la lengua (nervio VII) y para el tercio posterior (IX) y epiglotis (X) con la ayuda de diferentes sustancias apropiadas: la sacarosa para el gusto dulce, la urea para el amargo, el ácido clorhídrico para el ácido (limón) y finalmente, el cloruro sódico (sal) para el salado. **Se colocará si lo reconoce o no, si es bilateral o unilateral.**
- La **saliva** (sensibilidad especial suministrada por el VII, a excepción de la secreción de las parótidas que la brinda el IX): exceso de saliva, xerostomía, consistencia anormal... Su calidad y cantidad condicionan un bolo alimenticio fluido y homogéneo.

10. REFLEJOS

Se examinarán los reflejos orales y faríngeos teniendo en cuenta la ausencia o presencia, los cuales pueden causar alteración en las fases de la deglución y protección de la vía respiratoria.

- Se calificará: (-) ausente, (+) presente pero débil, (++) latencia en su respuesta (**se desencadena casi inmediatamente** (+++)) normal (se desencadena inmediato al estímulo).

Reflejos alterados: succión y mordedura (-) ausente, (+) presente.

- El reflejo del velo del paladar o palatal, explora la integridad del nervio glossofaríngeo mediante una estimulación en la base de la campanilla o en los arcos del velo del paladar (Bleeckx, 2004).

- El reflejo nauseoso se pone de manifiesto estimulando la base de la lengua o la pared posterior de la faringe. Informa sobre la integridad de los pares craneales IX, X y XII (Bleeckx, 2004).

- Reflejo de tos: de acuerdo con lo afirmado con Padovani *et al* (2007), es una respuesta refleja del tronco cerebral para la protección de la vía aérea contra la entrada de cuerpos extraños, también puede ser producida voluntariamente. La tos refleja durante la deglución es una respuesta clásica de signo de aspiración o penetración a vía aérea, siendo indicador de sensibilidad laríngea y protección. La tos voluntaria no está relacionada con la aspiración, se evalúa para determinar la capacidad del paciente de expulsar alimento o sus secreciones en caso de ser necesario.

- Se consideran tres características principales: desencadenamiento (reflejo voluntario, sin ser solicitada); fuerza o productividad (fuerte o débil) y el momento en el que ocurre (antes, durante o después de la deglución), y la ausencia, cuando no ocurre la tos refleja durante la evaluación;

- tos voluntaria , se desencadena cuando es solicitada,

- tos fuerte y eficaz (tos capaz de movilizar secreciones y aclarar la vía aérea). Es productiva si la tos alcanza a limpiar más de 1-3 veces sin dejar residuos; es improductiva, si se fatiga a la 2° o 3° vez.
 - tos durante la deglución (tos inmediatamente ocurre el reflejo (disparo deglutorio),
 - tos post deglución es la tos un minuto después del disparo deglutorio.
 - **En el protocolo se marcará: + si está presente pero débil y se desencadena con dificultad cuando es solicitada; ++: Tos medianamente fuerte y productiva, +++ tos fuerte y productiva.**
- El reflejo (disparo) de deglución no suele reaccionar al estímulo de los pilares del istmo de las fauces. Para desencadenarlo parece que requiere una fase oral de preparación. Su observación se efectúa en una situación lo más parecida posible a la realidad (Bleeckx, 2004).
El disparo deglutorio se evaluará con la deglución en saliva teniendo en la técnica de los cinco (5) dedos y determinar el ascenso y anteriorización del mecanismo hiolaringeo.

11. EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA DEGLUCIÓN DE ALIMENTOS

La evaluación de la deglución con los alimentos solo puede ser realizado si el paciente cumple con los requisitos de: estado de conciencia (alerta), estabilidad hemodinámica y respiratoria, buena capacidad de defensa de vía aérea, postura. De igual manera, el evaluador debe tener disposición de varios utensilios (jeringa, vaso, cuchara, pitillo) y alimentos de diferentes consistencias.

Consiste en administrar al paciente 1, 3, 5, 10 cc de alimento en texturas néctar, pudding y líquido y sólido blando obtenidas con espesante comercial. Podremos así detectar los signos de alteración de la seguridad en la fase faríngea, de la eficacia en las fases tanto oral como faríngea y ayudar al clínico a seleccionar el volumen y la viscosidad del bolo más seguros y eficaces para la ingesta de líquidos (García, *et al.*, 2011. Pp 38), se deberá observar las siguientes respuestas:

Fase preparatoria: Se observará el grado de dependencia e independencia del paciente, anticipación y apertura oral, rechazo a los alimentos, control cefálico, selle labial, escape anterior, dificultad al inicio, bombeo lingual (insinuación o intentos de deglución), persistencia (estasis) de los alimentos en boca, escape o derrame anterior.

Selle labial: Normalmente, a medida que los alimentos se colocan en la boca, los labios se cierran y permanecen cerrados durante todas las fases de la deglución para mantener los alimentos en la boca anteriormente (Logemann, 1998, Pp78).

Escape oral anterior: Es el escurrimiento del alimento o líquido de los labios, generalmente por falta de selle labial, es ausente cuando no hay derrame y presente cuando se evidencia salida de líquido por los labios (Padovani *et al.*, 2007).

Fase oral: se observará si realiza hiperextensión cefálica o movimientos compensatorios, captación del bolo, Bombeo lingual (intentos de deglución), escape extraoral, reflujo nasal, masticación, tiempo de tránsito oral, la propulsión del bolo, número de degluciones, signos de penetración previos a la deglución. también se determinará la cantidad o volumen que puede tolerar el paciente.

El tiempo de tránsito oral se entiende como el tiempo transcurrido desde que el alimento entra a la boca hasta que se da el disparo deglutorio desencadenando el ascenso laríngeo, es adecuado cuando dura hasta 4 seg y prolongado cuando es mayor de esto (Padovani *et al.*, 2007).

Reflujo nasal: es la presencia de derrame de líquido o alimento por la nariz, ocasionado por debilidad en la musculatura velofaríngea, está presente cuando se evidencia alimento por nariz y ausente si no se evidencia (Padovani *et al.*, 2007).

Número de degluciones: hace referencia a la cantidad de degluciones requeridas para realizar la limpieza de residuos alimenticios en vía aérea. Los individuos que requieren múltiples degluciones generalmente dejan residuos en senos piriformes o cavidad oral. Es adecuado cuando se presenta una única deglución para toda la oferta alimenticia y múltiple cuando requiere más de una deglución posterior a la oferta y ausente cuando no ha efectuado ninguna deglución, siendo necesario suspender la prueba (Padovani *et al.*, 2007).

En la fase faríngea: se observará la elevación laríngea, lentitud, ausencia de ésta o elevación adecuada y señales de penetración y/o aspiración laríngea (tos, voz húmeda, disnea, desaturación, ruidos a nivel faringolaríngeo postdeglución), latencia en la eyección del disparo deglutorio, estasis posterior a la deglución.

a. **Voz húmeda:** Padovani *et al* (2007) expresa que la **Voz húmeda** es un término empleado para describir la voz burbujeante al producir la fonación de una "e" prolongada, indicando la presencia de secreción, líquidos o alimentos en el vestíbulo laríngeo, pudiendo detectar una aspiración silente a pliegues vocales. Se debe observar la respuestas del individuo, si presenta tos o carraspeo espontáneo la sensibilidad está conservada, cuando no es corregida esta voz húmeda es debido a disminución en la sensibilidad laríngea.

b. **Asfixia:** obstrucción del flujo aéreo, parcial o completo durante la entrada de un cuerpo extraño a la vía aérea inferior, pudiendo llegar a cianosis y asfixia. Se considera ausente cuando no ocurre; presente con rápida recuperación es cuando hay ocurrencia de tos durante la deglución; presente con difícil recuperación se presenta cuando hay tos durante la deglución, pudiendo presentar cianosis; difícil recuperación de la frecuencia respiratoria (Padovani *et al.*, 2007).

c. **Cianosis:** coloración azulada de la piel, causada por presión excesiva de hemoglobina desoxigenada de los plexos venosos, la presencia de cianosis es considerada uno de los síntomas de insuficiencia respiratoria (Padovani *et al.*, 2007).

Después de la deglución se observará la presencia o ausencia de reflujo nasal, residuos de alimento en vestíbulo anterior, residuos de alimento sobre dorso lingual, alimento bajo la lengua, alimento en paladar duro, Tos Eficiente (E) - Débil (D) - Ausente (A), auscultación cervical (secreciones faringolaríngeas), voz alterada (húmeda), distres respiratorio.

Para los pacientes con Traqueostomía (TQT) se realizará prueba de **Blue Dye Test** suministrando las consistencias alimenticias potenciadas con anilina vegetal azul en la cual se observará la presencia (P) y ausencia (A) de aspiración inmediata (durante la evaluación o finalizando esta), temprana (menos de 1 hora) y tardía (de 2 a 4 horas).

También se colocará la Cantidad del medio de contraste que se observe por la cánula: mínima, moderada, abundante, negativa.

12. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL / ESCALA DE SEVERIDAD DE LA DISFAGIA (O'Neil *et al*, 1999)

Al finalizar la evaluación se realizará un diagnóstico de la disfagia siguiendo la Escala de severidad y consecuencias de la disfagia (Dysphagia Outcome and Severity Scale - DOSS) de O'Neil *et al.*, 1999, el cual está descrito en el protocolo.

El diagnóstico Se podrá describir en la casilla correspondiente a **características** de acuerdo a lo presentado por el paciente y en **el tipo de nutrición** la dieta que recomendará para el usuario.

13. PRUEBAS INSTRUMENTALES Y REMISIONES

De acuerdo con las necesidades del paciente, se determinará qué tipo de remisiones o exámenes complementarios requieren y las observaciones que deban tenerse en cuenta para el manejo del paciente.

Anexo E. Rejilla Para Validación De Contenido



**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
PROGRAMA DE FONOAUDILOGÍA
ESPECIALIZACIÓN FONOAUDILOGÍA EN CUIDADO CRÍTICO
REJILLA PARA VALIDACIÓN DE CONTENIDO**

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN
PARA PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO (PECD-UCI)
(ANGULO, S., DÍAZ M., MUÑOZ E., RIASCOS L. 2019)**

Con el presente documento se pretende realizar la VALIDACIÓN DE CONTENIDO DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN PARA PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO (PECD – UCI), el cual fue estructurado con base a una revisión bibliográfica exhaustiva y complementada con los requerimientos manifestados por fonoaudiólogos que realizan manejo de disfagia UCI adultos a través de una entrevista. El protocolo cuenta además con un instructivo de aplicación con las indicaciones precisas de manejo para el profesional.

Es para nosotros indispensable determinar si este protocolo cumple con el objetivo para la cual fue diseñado; por lo tanto, solicitamos a usted como profesional experto en el área, realice la valoración, teniendo en cuenta cinco (5) parámetros de validez, los cuales se definen en términos de pertinencia, claridad, suficiencia, relevancia y coherencia. Cada ítem de la rejilla se marcará con una “X” según corresponda. Adicionalmente, cuenta con un espacio para realizar comentarios u observaciones.

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN		INDICADOR
PERTINENCIA Se refiere a lo imprescindible y fundamental y que está acorde a lo que se requiere	SI	NO	-La pregunta no es pertinente para medir el criterio. -La pregunta es pertinente.
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	SI	NO	-La pregunta no es suficiente para medir el criterio. -La pregunta es suficiente.
CLARIDAD Lo que se expresa o se escribe, se entiende de manera adecuada; se comprende fácilmente.	SI	NO	-La pregunta no es clara. -La pregunta es clara, es semántica y sintácticamente adecuada.
COHERENCIA Relación lógica entre las partes o elementos de algo, de modo que no se produce contradicción ni oposición entre ella.	SI	NO	-La pregunta no tiene relación lógica con la dimensión. -La pregunta se encuentra completamente relacionada con lo que se pretende medir.



RELEVANCIA Característica que resulta fundamental, esencial o importante, requiriendo ser incluido.	SI	NO	-La pregunta no puede ser eliminada sin que se vea afectada la medición de ésta. -La pregunta es muy relevante y debe ser incluida.
---	----	----	--

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN
PARA PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO (PECD-UCI)
(ANGULO, S., DÍAZ M., MUÑOZ E., RIASCOS L. 2019)**

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre:	Edad:	Género:	Escolaridad:
Familiar o cuidador:	F. Ingreso	F. Evaluación	Procedencia:

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										

1. ANAMNESIS									
Diagnóstico Médico:									
Neurológico		Tipo de lesión:			Localización			Tiempo del ictus	
Cáncer	Tipo de lesión:		Localización		Quimioterapia		Radioterapia	Resección	
Enf. Neurodegenerativas:		Otras			Enf. Autoinmune			¿Cuál?	
Demencia		Parkinson							
Otras	HTA	Diabetes	Cirrosis	EPOC	Neumonías Recurrentes	E. Renal	E. Coronaria	Marcapasos	
Medicamentos	Barbitúricos		Antiagregantes		Anticoagulantes		Anti comiciales	Dosis	Horario
Ant. Pre mórbidos:									

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										

2. ESTADO NUTRICIONAL									
Desnutrición: Si ___ No ___		Deshidratación: Si ___ No ___			Equilibrio electrolítico _____		Hiperkalemia:	Hipokalemia:	
Vía de alimentación		NVO	Oral		Consistencia:				
NPT	SNG	SNY	SOG	SOY	Gastrostomía	Yeyunostomía	V.O parcial	V.O Mixta	
A. por bolos _____		A. Continua: _____			Tiempo que lleva alimentándose previo a la evaluación _____				
Episodios de Bronco aspiración por alimentación enteral: SI ___ NO ___ OBSERVACIONES: _____									

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										



--	--

4. ESTADO DE CONCIENCIA															
Glasgow:		< 9 ()		12 ()		13 ()		14 ()		15 ()					
Nivel de Vigilancia		Vigil		Somnoliento		Letárgico		Obnubilación		Estupor		Delirio		Coma	
Orientación		Persona Si __ No __ P__		Temporal Si __ No __ P__		Espacial Si __ No __ P__									

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										

5. SIGNOS VITALES / ESTABILIDAD HEMODINAMICA															
F.C		Antes		Durante		Después		F.R		Antes		Durante		Después	
SPO2		Antes		Durante		Después		P.A		T°					

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										

6. CONDICION RESPIRATORIA																	
Ambiente		Oxigeno dependiente			Cánula Nasal			Máscara de re inhalación		Venturi		Litros		Aspiración frecuente de secreciones: Si __ no __			
IOT		Si __ No __			Tiempo: __			Extubación: __		Re intubación __							
VMNI		CPAP		BPAP		Tiempo		TQT: Con Fenestra		Sin Fenestra		Sin cuff		Con Cuff		Presión de Inflado __	
Fenestra		Válvula de habla		Oclusión		Ejercicio de decanulación				Tiempo		veces al día					
Manejo de secreciones		Abundante		Moderada		Sin secreción		No. Aspiraciones		VM		Permanente		Ocasional			

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										

7. COMUNICACIÓN, LENGUAJE, HABLA Y PRODUCCIÓN VOCAL																	
Comunicación Modalidad: Verbal oral __ Viso Gestual __ Escrita __ Intencionalidad comunicativa __																	
Lenguaje		Conservado		Alterado a nivel expresivo				Alterado a nivel comprensivo				Alteración Mixta o Global					
Comprensión de ordenes				Simples Si __ No __				Complejas Si __ No __									
Habla:		Inteligible		Ininteligible		Natural:		SI __ NO __									
Voz		Audible __		Poco audible		Inaudible		Voz limpia		Voz Opaca		Voz Húmeda		TOT ocluida __		TMF (SEG) __	



Válvula de Habla: Si ___ no ___

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										

8. OBSERVACIÓN GENERAL										
Postura	Control cervical: Si ___ No ___		Lateral		Antero versión		Control de tronco: Si ___ No ___			
Requiere sujeción mecánica: Si ___ No ___ Manos ___ Pies ___ Ambos ___										
Tono Muscular general: Eutonía ___ Hipertonía ___ Hipotonía ___ Tono Muscular cervical: Eutonía ___ Hipertonía ___ Hipotonía ___										
<i>Simetría facial</i>		SI			NO					
Tercio parcial		Superior		Inferior		Ambos				
Hemicara izquierda				Hemicara derecha						
Observaciones:										
<i>Dolor</i>			Puntos Gatillo (indicar en la imagen)							

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										

9. EVALUACIÓN ESTRUCTURAL - FUNCIONALIDAD – SENSIBILIDAD											
Higiene oral		Adecuada ___ Inadecuada ___			Lengua Saburral			Halitosis			
Mucosa oral		Húmeda		Xerostomia		Laceraciones orales		Aftas		Sialoestasis	Sialorrea
Dentadura				Buen estado ___ Mal estado ___		Edéntulo total	E. parcial	Prótesis dental Si ___ No ___ Fija ___ Removible ___			
Labios		<i>Tamaño</i>	Largo	Corto	<i>Forma</i>	Simetría	Asimetría	<i>Selle labial</i>	Competente	Incompetente	
Praxias		Coordinadas		Incoordinadas		Precisas		Imprecisas		Ágil	Lenta
Apertura		Contrae y protruye labios			Comprimir e introducir mejillas				Lateralización de labios		Vibra labios
Lengua		<i>Tamaño</i> Normal ___ Pequeña ___ Voluminosa			<i>Forma</i> Normal ___ Alterada ___						
Reposo:				Protruida ___ Interpuesta ___ Descendida ___		Praxias		Coordinadas		Incoordinadas	Precisas
Imprecisas		Adecuada		Inadecuada		Ágil	Lenta	Protrusión		Protrusión lingual con movimiento lateral	



					lingual	
Elevación posterior de la lengua		Acanalamiento de la lengua		Retracción de la lengua desde la posición de protrusión		
Protrusión la lengua y la dobla hacia arriba, hasta tocar las rugas palatinas, y a continuación hacia abajo, hasta tocar la barbilla						
Mandíbula	Tamaño	Forma	Normal	Retraída	Prognática	Praxias
Apertura y cierre de boca		Desplazamiento lateral de mandíbula			Protrusión mandibular	
Paladar blando	Tamaño	Adecuado	Inadecuado	Forma	Simétrico	Asimétrico
Praxia	Simétrica	Asimétrica	Laringe	Morfología	Adecuado	Inadecuado
<i>Técnica de 5 dedos</i>		Ascenso laríngeo: Adecuado		Inadecuado	Anteriorización: Adecuada	
Ausulta cervical		Antes de la deglución: Normal: ___ Estertores(Secreciones)			Post deglución: Adecuada ___ Inadecuada ___	
		Sibilancias ___ Crup ___				
Sensibilidad	Cara	Toque suave D ___ I ___		Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___	
	Labios	Toque suave D ___ I ___		Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___	
	Boca	Toque suave D ___ I ___		Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___	
	Lengua	Toque suave D ___ I ___		Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___	
	Paladar O	Toque suave D ___ I ___		Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___	
	Paladar B	Toque suave D ___ I ___		Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___	
	Gusto VII: 1/3 anterior. IX: 1/3 Posterior X: epiglotis	Sacarosa = dulce		R: uni_ bilateral_	AUSENTE___	
		urea= amargo		R: uni_ bilateral_	AUSENTE___	
		ácido clorhídrico=ácido (limón) cloruro sódico (sal) = salado		R: uni_ bilateral_	AUSENTE___	
	Saliva VII par	exceso de saliva		xerostomía	consistencia anormal	

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										

10. REFLEJOS

R. Normales	Palatal (IX): - + ++ +++	Nausea (IX X XII): - + ++ +++	Tos (voluntaria): - + ++ +++	Disparo deglutorio - + ++ +++
R. Patológicos	Succión - ++		Mordedura - ++	Observaciones:

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										



11. EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA DEGLUCIÓN DE ALIMENTOS								
ETAPA	TIPO DE ALIMENTACIÓN / ASPECTOS	1ML	3ML	5ML	10ML	LÍQUIDO (CLARO Y NÉCTAR) JERINGA VASO	ESPESO	SÓLIDO BLANDO
	Anticipación(salivación, saboreo y apertura oral)							
ORAL - PREPARATORIA	Rechazo a los alimentos							
	Control Cefálico							
	Selle Labial							
	Escape Anterior							
	Mastica							
	Dificultad al inicio							
	Bombeo lingual (insinuación o intentos de deglución)							
	Persistencia (estasis) de los alimentos en boca							
	Derrame anterior							

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										

ORAL	Hiperextensión cefálica o movimientos compensatorios										
	Captación del bolo										
	Mastica										
	Bombeo lingual (insinuación o intentos de deglución)										
	Tiempo de tránsito oral										
	Reflujo nasal										
	Retardo en la elevación y anteriorización laríngea +2 seg										
	Propulsión del alimento (bolo)										
	Signos de penetración antes de la deglución										
	Número de degluciones										
Residuo de alimento post- deglución											

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										



FARINGEA	Ausencia en la elevación faríngea									
	Lentitud en la elevación laríngea									
	Signos de penetración laríngea durante la deglución									
	Signos de penetración posterior a la deglución									
	Tos durante la deglución									
	Tos post deglución									
	Voz Alterada (húmeda) postdeglución									
	Disnea, desaturación, ruidos a nivel faringolaríngeo postdeglución									
	Latencia en la eyección del disparo deglutorio									
	Número de degluciones									
	Residuos(estasis) de alimento en cavidad oral posterior a la deglución									
	DESPUÉS DE LA DEGLUCIÓN	Reflujo Nasal								
Residuos de alimento en vestíbulo anterior										
Residuos de alimento sobre dorso lingual										
Alimento bajo la lengua										
Alimento en paladar duro										
Tos Eficiente (E) - Débil (D) - Ausente (A)										
AUSCULTA CERVICAL (secreciones faringolaríngeas)										
Voz alterada (húmeda)										
DISTRES RESPIRATORIO(disnea, cianosis, asfixia)										
Sin alteraciones										

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										

BLUE DYE TEST	MEDIO DE CONTRASTE AZUL (Anilina vegetal)					A () P ()	A () P ()	A () P ()
						Tiempo	Tiempo	Tiempo
	Temprana < 1 hora					Tardía ()	Tardía ()	Tardía ()
	Tardía : 2- 4 horas					Temprana()	Temprana()	Temprana()
	Cantidad de anilina observada por cánula					Mínima()	Mínima()	Mínima()
						Mod ()	Mod ()	Mod ()
						Abund ()	Abund ()	Abund ()
						Negativa ()	Negativa ()	Negativa ()

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO



OBSERVACIONES	
---------------	--

12. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL / ESCALA DE SEVERIDAD DE LA DISFAGIA (O'Neil et al, 1999)			
Nivel	Severidad	Características	Tipo de Nutrición
7	DEGLUCIÓN NORMAL	Deglución normal en todas las situaciones, dieta normal, no necesita estrategias ni tiempo extra	Nutrición total por vía oral: dieta normal
6	DEGLUCIÓN FUNCIONAL	Sin limitaciones funcionales / independencia modificada	Nutrición total por vía oral: dieta normal
5	DISFAGIA LEVE	Supervisión distante (puede tener una consistencia restringida en la dieta)	Nutrición total por vía oral: dieta modificada
4	DISFAGIA LEVE A MODERADA	Supervisión intermitente (una o dos consistencias restringidas en la dieta)	Nutrición total por vía oral: dieta modificada
3	DISFAGIA MODERADA	Uso total de asistencia, supervisión o estrategias (dos o más consistencias restringidas en la dieta)	Nutrición total por vía oral: dieta modificada
2	DISFAGIA MODERADA A GRAVE	Asistencia máxima o uso de estrategias para una nutrición por vía oral parcial (tolera al menos una consistencia de modo seguro con uso total de estrategias)	Es necesaria una nutrición no oral
1	DISFAGIA GRAVE	Incapaz de tolerar ningún alimento por vía oral de forma segura	Es necesario una nutrición no oral
DIAGNÓSTICO			

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										

13. PRUEBAS INSTRUMENTALES Y REMISIONES					
Videofluoroscopia de la deglución	SI	NO	FEES : SI	NO	RX: Esofagograma
Remisión: Fonoaudiología	Gastroenterología	Otorrinolaringología	Nutricionista	Otros:	
Observaciones:					
FONOAUDIÓLOGO			REG.Ó TARJETA PROFESIONAL		

	PERTINENCIA		CLARIDAD		SUFICIENCIA		RELEVANCIA		COHERENCIA	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVACIONES										



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, _____ identificado con cédula de ciudadanía número _____ de _____, en calidad de experto, con profesión _____ certifico que he evaluado y analizado el **PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN PARA PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO (PECD-UCI)**, como parte del proyecto de investigación de ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN EN DISFAGIA EN UCI ADULTOS.

Para constancia, se firma a los _____ del mes de _____ del 2019, en la ciudad de _____.

Firma: _____

Cedula: _____

Anexo F. Tablas Validación de Jueces. Dimensión Estado de conciencia.

Criterio Pertinencia.

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1

Criterio Claridad

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1

Criterio Suficiencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1

Criterio Relevancia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1

Criterio Coherencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1

Anexo G. Tablas Validación de Jueces. Dimensión Signos vitales / Estabilidad Hemodinámica.

Criterio Pertinencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1

Criterio Claridad

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	1	0,8
2	1	1	1	0	1	0,8
3	1	1	1	0	1	0,8
4	1	1	1	0	1	0,8
5	1	1	1	0	1	0,8
6	1	1	1	0	1	0,8
7	1	1	1	0	1	0,8
8	1	1	1	0	1	0,8
9	1	1	1	0	1	0,8
10	1	1	1	0	1	0,8
11	1	1	1	0	1	0,8

Criterio Suficiencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1

Criterio Relevancia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1

Criterio Coherencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	1	0,8
2	1	1	1	0	1	0,8
3	1	1	1	0	1	0,8
4	1	1	1	0	1	0,8
5	1	1	1	0	1	0,8
6	1	1	1	0	1	0,8
7	1	1	1	0	1	0,8
8	1	1	1	0	1	0,8
9	1	1	1	0	1	0,8
10	1	1	1	0	1	0,8
11	1	1	1	0	1	0,8

Anexo H. Tablas Validación de Jueces. Dimensión Evaluación Estructural – Funcionalidad – Sensibilidad

Criterio Pertinencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	1
37	1	1	1	1	1	1
38	1	1	1	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	1

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE DEGLUCIÓN PECD-UCI

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
42	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1
47	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1	1
51	1	1	1	1	1	1
52	1	1	1	1	1	1
53	1	1	1	1	1	1
54	1	1	1	1	1	1
55	1	1	1	1	1	1
56	1	1	1	1	1	1
57	1	1	1	1	1	1
58	1	1	1	1	1	1
59	1	1	1	1	1	1
60	1	1	1	1	1	1
61	1	1	1	1	1	1
62	1	1	1	1	1	1
63	1	1	1	1	1	1
64	1	1	1	1	1	1
65	1	1	1	1	1	1
66	1	1	1	1	1	1
67	1	1	1	1	1	1
68	1	1	1	1	1	1
69	1	1	1	1	1	1
70	1	1	1	1	1	1
71	1	1	1	1	1	1
72	1	1	1	1	1	1
73	1	1	1	1	1	1
74	1	1	1	1	1	1
75	1	1	1	1	1	1
76	1	1	1	1	1	1
77	1	1	1	1	1	1
78	1	1	1	1	1	1
79	1	1	1	1	1	1
80	1	1	1	1	1	1
81	1	1	1	1	1	1
82	1	1	1	1	1	1
83	1	1	1	1	1	1
84	1	1	1	1	1	1
85	1	1	1	1	1	1
86	1	1	1	1	1	1
87	1	1	1	1	1	1
88	1	1	1	1	1	1

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE DEGLUCIÓN PECD-UCI

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
89	1	1	1	1	1	1
90	1	1	1	1	1	1
91	1	1	1	1	1	1
92	1	1	1	1	1	1
93	1	1	1	1	1	1
94	1	1	1	1	1	1
95	1	1	1	1	1	1
96	1	1	1	1	1	1
97	1	1	1	1	1	1
98	1	1	1	1	1	1
99	1	1	1	1	1	1
100	1	1	1	1	1	1
101	1	1	1	1	1	1
102	1	1	1	1	1	1
103	1	1	1	1	1	1
104	1	1	1	1	1	1
105	1	1	1	1	1	1
106	1	1	1	1	1	1
107	1	1	1	1	1	1
108	1	1	1	1	1	1
109	1	1	1	1	1	1
110	1	1	1	1	1	1
111	1	1	1	1	1	1
112	1	1	1	1	1	1
113	1	1	1	1	1	1
114	1	1	1	1	1	1
115	1	1	1	1	1	1
116	1	1	1	1	1	1
117	1	1	1	1	1	1
118	1	1	1	1	1	1
119	1	1	1	1	1	1
120	1	1	1	1	1	1
121	1	1	1	1	1	1
122	1	1	1	1	1	1

Criterio Claridad

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	0	0,8
2	1	1	1	1	0	0,8
3	1	1	1	1	0	0,8
4	1	1	1	1	0	0,8
5	1	1	1	1	0	0,8
6	1	1	1	1	0	0,8
7	1	1	1	1	0	0,8
8	1	1	1	1	0	0,8
9	1	1	1	1	0	0,8
10	1	1	1	1	0	0,8
11	1	1	1	1	0	0,8
12	1	1	1	1	0	0,8
13	1	1	1	1	0	0,8
14	1	1	1	1	0	0,8
15	1	1	1	1	0	0,8
16	1	1	1	1	0	0,8
17	1	1	1	1	0	0,8
18	1	1	1	1	0	0,8
19	1	1	1	1	0	0,8
20	1	1	1	1	0	0,8
21	1	1	1	1	0	0,8
22	1	1	1	1	0	0,8
23	1	1	1	1	0	0,8
24	1	1	1	1	0	0,8
25	1	1	1	1	0	0,8
26	1	1	1	1	0	0,8
27	1	1	1	1	0	0,8
28	1	1	1	1	0	0,8
29	1	1	1	1	0	0,8
30	1	1	1	1	0	0,8
31	1	1	1	1	0	0,8
32	1	1	1	1	0	0,8
33	1	1	1	1	0	0,8
34	1	1	1	1	0	0,8
35	1	1	1	1	0	0,8
36	1	1	1	1	0	0,8
37	1	1	1	1	0	0,8
38	1	1	1	1	0	0,8
39	1	1	1	1	0	0,8
40	1	1	1	1	0	0,8
41	1	1	1	1	0	0,8
42	1	1	1	1	0	0,8
43	1	1	1	1	0	0,8
44	1	1	1	1	0	0,8

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE DEGLUCIÓN PECD-UCI

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
45	1	1	1	1	0	0,8
46	1	1	1	1	0	0,8
47	1	1	1	1	0	0,8
48	1	1	1	1	0	0,8
49	1	1	1	1	0	0,8
50	1	1	1	1	0	0,8
51	1	1	1	1	0	0,8
52	1	1	1	1	0	0,8
53	1	1	1	1	0	0,8
54	1	1	1	1	0	0,8
55	1	1	1	1	0	0,8
56	1	1	1	1	0	0,8
57	1	1	1	1	0	0,8
58	1	1	1	1	0	0,8
59	1	1	1	1	0	0,8
60	1	1	1	1	0	0,8
61	1	1	1	1	0	0,8
62	1	1	1	1	0	0,8
63	1	1	1	1	0	0,8
64	1	1	1	1	0	0,8
65	1	1	1	1	0	0,8
66	1	1	1	1	0	0,8
67	1	1	1	1	0	0,8
68	1	1	1	1	0	0,8
69	1	1	1	1	0	0,8
70	1	1	1	1	0	0,8
71	1	1	1	1	0	0,8
72	1	1	1	1	0	0,8
73	1	1	1	1	0	0,8
74	1	1	1	1	0	0,8
75	1	1	1	1	0	0,8
76	1	1	1	1	0	0,8
77					0	
78	1	1	1	1	0	0,8
79	1	1	1	1	0	0,8
80	1	1	1	1	0	0,8
81	1	1	1	1	0	0,8
82	1	1	1	1	0	0,8
83	1	1	1	1	0	0,8
84	1	1	1	1	0	0,8
85	1	1	1	1	0	0,8
86	1	1	1	1	0	0,8
87	1	1	1	1	0	0,8
88	1	1	1	1	0	0,8
89	1	1	1	1	0	0,8
90	1	1	1	1	0	0,8
91	1	1	1	1	0	0,8

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE DEGLUCIÓN PECD-UCI

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
92	1	1	1	1	0	0,8
93	1	1	1	1	0	0,8
94	1	1	1	1	0	0,8
95	1	1	1	1	0	0,8
96	1	1	1	1	0	0,8
97	1	1	1	1	0	0,8
98	1	1	1	1	0	0,8
99	1	1	1	1	0	0,8
100	1	1	1	1	0	0,8
101	1	1	1	1	0	0,8
102	1	1	1	1	0	0,8
103	1	1	1	1	0	0,8
104	1	1	1	1	0	0,8
105	1	1	1	1	0	0,8
106	1	1	1	1	0	0,8
107	1	1	1	1	0	0,8
108	1	1	1	1	0	0,8
109	1	1	1	1	0	0,8
110	1	1	1	1	0	0,8
111	1	1	1	1	0	0,8
112	1	1	1	1	0	0,8
113	1	1	1	1	0	0,8
114	1	1	1	1	0	0,8
115	1	1	1	1	0	0,8
116	1	1	1	1	0	0,8
117	1	1	1	1	0	0,8
118	1	1	1	1	0	0,8
119	1	1	1	1	0	0,8
120	1	1	1	1	0	0,8
121	1	1	1	1	0	0,8
122	1	1	1	1	0	0,8

Criterio Suficiencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	0	0,8
2	1	1	1	1	0	0,8
3	1	1	1	1	0	0,8
4	1	1	1	1	0	0,8
5	1	1	1	1	0	0,8
6	1	1	1	1	0	0,8
7	1	1	1	1	0	0,8
8	1	1	1	1	0	0,8
9	1	1	1	1	0	0,8
10	1	1	1	1	0	0,8
11	1	1	1	1	0	0,8
12	1	1	1	1	0	0,8
13	1	1	1	1	0	0,8
14	1	1	1	1	0	0,8
15	1	1	1	1	0	0,8
16	1	1	1	1	0	0,8
17	1	1	1	1	0	0,8
18	1	1	1	1	0	0,8
19	1	1	1	1	0	0,8
20	1	1	1	1	0	0,8
21	1	1	1	1	0	0,8
22	1	1	1	1	0	0,8
23	1	1	1	1	0	0,8
24	1	1	1	1	0	0,8
25	1	1	1	1	0	0,8
26	1	1	1	1	0	0,8
27	1	1	1	1	0	0,8
28	1	1	1	1	0	0,8
29	1	1	1	1	0	0,8
30	1	1	1	1	0	0,8
31	1	1	1	1	0	0,8
32	1	1	1	1	0	0,8
33	1	1	1	1	0	0,8
34	1	1	1	1	0	0,8
35	1	1	1	1	0	0,8
36	1	1	1	1	0	0,8
37	1	1	1	1	0	0,8
38	1	1	1	1	0	0,8
39	1	1	1	1	0	0,8
40	1	1	1	1	0	0,8
41	1	1	1	1	0	0,8
42	1	1	1	1	0	0,8
43	1	1	1	1	0	0,8
44	1	1	1	1	0	0,8
45	1	1	1	1	0	0,8

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE DEGLUCIÓN PECD-UCI

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
46	1	1	1	1	0	0,8
47	1	1	1	1	0	0,8
48	1	1	1	1	0	0,8
49	1	1	1	1	0	0,8
50	1	1	1	1	0	0,8
51	1	1	1	1	0	0,8
52	1	1	1	1	0	0,8
53	1	1	1	1	0	0,8
54	1	1	1	1	0	0,8
55	1	1	1	1	0	0,8
56	1	1	1	1	0	0,8
57	1	1	1	1	0	0,8
58	1	1	1	1	0	0,8
59	1	1	1	1	0	0,8
60	1	1	1	1	0	0,8
61	1	1	1	1	0	0,8
62	1	1	1	1	0	0,8
63	1	1	1	1	0	0,8
64	1	1	1	1	0	0,8
65	1	1	1	1	0	0,8
66	1	1	1	1	0	0,8
67	1	1	1	1	0	0,8
68	1	1	1	1	0	0,8
69	1	1	1	1	0	0,8
70	1	1	1	1	0	0,8
71	1	1	1	1	0	0,8
72	1	1	1	1	0	0,8
73	1	1	1	1	0	0,8
74	1	1	1	1	0	0,8
75	1	1	1	1	0	0,8
76	1	1	1	1	0	0,8
77	1	1	1	1	0	0,8
78	1	1	1	1	0	0,8
79	1	1	1	1	0	0,8
80	1	1	1	1	0	0,8
81	1	1	1	1	0	0,8
82	1	1	1	1	0	0,8
83	1	1	1	1	0	0,8
84	1	1	1	1	0	0,8
85	1	1	1	1	0	0,8
86	1	1	1	1	0	0,8
87	1	1	1	1	0	0,8
88	1	1	1	1	0	0,8
89	1	1	1	1	0	0,8
90	1	1	1	1	0	0,8
91	1	1	1	1	0	0,8
92	1	1	1	1	0	0,8

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE DEGLUCIÓN PECD-UCI

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
93	1	1	1	1	0	0,8
94	1	1	1	1	0	0,8
95	1	1	1	1	0	0,8
96	1	1	1	1	0	0,8
97	1	1	1	1	0	0,8
98	1	1	1	1	0	0,8
99	1	1	1	1	0	0,8
100	1	1	1	1	0	0,8
101	1	1	1	1	0	0,8
102	1	1	1	1	0	0,8
103	1	1	1	1	0	0,8
104	1	1	1	1	0	0,8
105	1	1	1	1	0	0,8
106	1	1	1	1	0	0,8
107	1	1	1	1	0	0,8
108	1	1	1	1	0	0,8
109	1	1	1	1	0	0,8
110	1	1	1	1	0	0,8
111	1	1	1	1	0	0,8
112	1	1	1	1	0	0,8
113	1	1	1	1	0	0,8
114	1	1	1	1	0	0,8
115	1	1	1	1	0	0,8
116	1	1	1	1	0	0,8
117	1	1	1	1	0	0,8
118	1	1	1	1	0	0,8
119	1	1	1	1	0	0,8
120	1	1	1	1	0	0,8
121	1	1	1	1	0	0,8
122	1	1	1	1	0	0,8

Criterio Relevancia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	0	1	0,8
2	1	1	1	0	1	0,8
3	1	1	1	0	1	0,8
4	1	1	1	0	1	0,8
5	1	1	1	0	1	0,8
6	1	1	1	0	1	0,8
7	1	1	1	0	1	0,8
8	1	1	1	0	1	0,8
9	1	1	1	0	1	0,8
10	1	1	1	0	1	0,8
11	1	1	1	0	1	0,8
12	1	1	1	0	1	0,8
13	1	1	1	0	1	0,8
14	1	1	1	0	1	0,8
15	1	1	1	0	1	0,8
16	1	1	1	0	1	0,8
17	1	1	1	0	1	0,8
18	1	1	1	0	1	0,8
19	1	1	1	0	1	0,8
20	1	1	1	0	1	0,8
21	1	1	1	0	1	0,8
22	1	1	1	0	1	0,8
23	1	1	1	0	1	0,8
24	1	1	1	0	1	0,8
25	1	1	1	0	1	0,8
26	1	1	1	0	1	0,8
27	1	1	1	0	1	0,8
28	1	1	1	0	1	0,8
29	1	1	1	0	1	0,8
30	1	1	1	0	1	0,8
31	1	1	1	0	1	0,8
32	1	1	1	0	1	0,8
33	1	1	1	0	1	0,8
34	1	1	1	0	1	0,8
35	1	1	1	0	1	0,8
36	1	1	1	0	1	0,8
37	1	1	1	0	1	0,8
38	1	1	1	0	1	0,8
39	1	1	1	0	1	0,8
40	1	1	1	0	1	0,8
41	1	1	1	0	1	0,8
42	1	1	1	0	1	0,8
43	1	1	1	0	1	0,8
44	1	1	1	0	1	0,8
45	1	1	1	0	1	0,8

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE DEGLUCIÓN PECD-UCI

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
46	1	1	1	0	1	0,8
47	1	1	1	0	1	0,8
48	1	1	1	0	1	0,8
49	1	1	1	0	1	0,8
50	1	1	1	0	1	0,8
51	1	1	1	0	1	0,8
52	1	1	1	0	1	0,8
53	1	1	1	0	1	0,8
54	1	1	1	0	1	0,8
55	1	1	1	0	1	0,8
56	1	1	1	0	1	0,8
57	1	1	1	0	1	0,8
58	1	1	1	0	1	0,8
59	1	1	1	0	1	0,8
60	1	1	1	0	1	0,8
61	1	1	1	0	1	0,8
62	1	1	1	0	1	0,8
63	1	1	1	0	1	0,8
64	1	1	1	0	1	0,8
65	1	1	1	0	1	0,8
66	1	1	1	0	1	0,8
67	1	1	1	0	1	0,8
68	1	1	1	0	1	0,8
69	1	1	1	0	1	0,8
70	1	1	1	0	1	0,8
71	1	1	1	0	1	0,8
72	1	1	1	0	1	0,8
73	1	1	1	0	1	0,8
74	1	1	1	0	1	0,8
75	1	1	1	0	1	0,8
76	1	1	1	0	1	0,8
77	1	1	1	0	1	0,8
78	1	1	1	0	1	0,8
79	1	1	1	0	1	0,8
80	1	1	1	0	1	0,8
81	1	1	1	0	1	0,8
82	1	1	1	0	1	0,8
83	1	1	1	0	1	0,8
84	1	1	1	0	1	0,8
85	1	1	1	0	1	0,8
86	1	1	1	0	1	0,8
87	1	1	1	0	1	0,8
88	1	1	1	0	1	0,8
89	1	1	1	0	1	0,8
90	1	1	1	0	1	0,8
91	1	1	1	0	1	0,8
92	1	1	1	0	1	0,8

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE DEGLUCIÓN PECD-UCI

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
93	1	1	1	0	1	0,8
94	1	1	1	0	1	0,8
95	1	1	1	0	1	0,8
96	1	1	1	0	1	0,8
97	1	1	1	0	1	0,8
98	1	1	1	0	1	0,8
99	1	1	1	0	1	0,8
100	1	1	1	0	1	0,8
101	1	1	1	0	1	0,8
102	1	1	1	0	1	0,8
103	1	1	1	0	1	0,8
104	1	1	1	0	1	0,8
105	1	1	1	0	1	0,8
106	1	1	1	0	1	0,8
107	1	1	1	0	1	0,8
108	1	1	1	0	1	0,8
109	1	1	1	0	1	0,8
110	1	1	1	0	1	0,8
111	1	1	1	0	1	0,8
112	1	1	1	0	1	0,8
113	1	1	1	0	1	0,8
114	1	1	1	0	1	0,8
115	1	1	1	0	1	0,8
116	1	1	1	0	1	0,8
117	1	1	1	0	1	0,8
118	1	1	1	0	1	0,8
119	1	1	1	0	1	0,8
120	1	1	1	0	1	0,8
121	1	1	1	0	1	0,8
122	1	1	1	0	1	0,8

Criterio Coherencia

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
1	1	1	1	1	0	0,8
2	1	1	1	1	0	0,8
3	1	1	1	1	0	0,8
4	1	1	1	1	0	0,8
5	1	1	1	1	0	0,8
6	1	1	1	1	0	0,8
7	1	1	1	1	0	0,8
8	1	1	1	1	0	0,8
9	1	1	1	1	0	0,8
10	1	1	1	1	0	0,8
11	1	1	1	1	0	0,8
12	1	1	1	1	0	0,8
13	1	1	1	1	0	0,8
14	1	1	1	1	0	0,8
15	1	1	1	1	0	0,8
16	1	1	1	1	0	0,8
17	1	1	1	1	0	0,8
18	1	1	1	1	0	0,8
19	1	1	1	1	0	0,8
20	1	1	1	1	0	0,8
21	1	1	1	1	0	0,8
22	1	1	1	1	0	0,8
23	1	1	1	1	0	0,8
24	1	1	1	1	0	0,8
25	1	1	1	1	0	0,8
26	1	1	1	1	0	0,8
27	1	1	1	1	0	0,8
28	1	1	1	1	0	0,8
29	1	1	1	1	0	0,8
30	1	1	1	1	0	0,8
31	1	1	1	1	0	0,8
32	1	1	1	1	0	0,8
33	1	1	1	1	0	0,8
34	1	1	1	1	0	0,8
35	1	1	1	1	0	0,8
36	1	1	1	1	0	0,8
37	1	1	1	1	0	0,8
38	1	1	1	1	0	0,8
39	1	1	1	1	0	0,8
40	1	1	1	1	0	0,8
41	1	1	1	1	0	0,8
42	1	1	1	1	0	0,8
43	1	1	1	1	0	0,8
44	1	1	1	1	0	0,8
45	1	1	1	1	0	0,8

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE DEGLUCIÓN PECD-UCI

ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
46	1	1	1	1	0	0,8
47	1	1	1	1	0	0,8
48	1	1	1	1	0	0,8
49	1	1	1	1	0	0,8
50	1	1	1	1	0	0,8
51	1	1	1	1	0	0,8
52	1	1	1	1	0	0,8
53	1	1	1	1	0	0,8
54	1	1	1	1	0	0,8
55	1	1	1	1	0	0,8
56	1	1	1	1	0	0,8
57	1	1	1	1	0	0,8
58	1	1	1	1	0	0,8
59	1	1	1	1	0	0,8
60	1	1	1	1	0	0,8
61	1	1	1	1	0	0,8
62	1	1	1	1	0	0,8
63	1	1	1	1	0	0,8
64	1	1	1	1	0	0,8
65	1	1	1	1	0	0,8
66	1	1	1	1	0	0,8
67	1	1	1	1	0	0,8
68	1	1	1	1	0	0,8
69	1	1	1	1	0	0,8
70	1	1	1	1	0	0,8
71	1	1	1	1	0	0,8
72	1	1	1	1	0	0,8
73	1	1	1	1	0	0,8
74	1	1	1	1	0	0,8
75	1	1	1	1	0	0,8
76	1	1	1	1	0	0,8
77	1	1	1	1	0	0,8
78	1	1	1	1	0	0,8
79	1	1	1	1	0	0,8
80	1	1	1	1	0	0,8
81	1	1	1	1	0	0,8
82	1	1	1	1	0	0,8
83	1	1	1	1	0	0,8
84	1	1	1	1	0	0,8
85	1	1	1	1	0	0,8
86	1	1	1	1	0	0,8
87	1	1	1	1	0	0,8
88	1	1	1	1	0	0,8
89	1	1	1	1	0	0,8
90	1	1	1	1	0	0,8
91	1	1	1	1	0	0,8
92	1	1	1	1	0	0,8

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE DEGLUCIÓN PECD-UCI

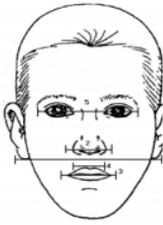
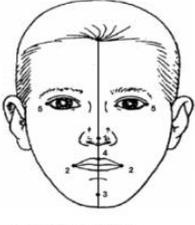
ITEM	J1	J2	J3	J4	J5	TOTAL
93	1	1	1	1	0	0,8
94	1	1	1	1	0	0,8
95	1	1	1	1	0	0,8
96	1	1	1	1	0	0,8
97	1	1	1	1	0	0,8
98	1	1	1	1	0	0,8
99	1	1	1	1	0	0,8
100	1	1	1	1	0	0,8
101	1	1	1	1	0	0,8
102	1	1	1	1	0	0,8
103	1	1	1	1	0	0,8
104	1	1	1	1	0	0,8
105	1	1	1	1	0	0,8
106	1	1	1	1	0	0,8
107	1	1	1	1	0	0,8
108	1	1	1	1	0	0,8
109	1	1	1	1	0	0,8
110	1	1	1	1	0	0,8
111	1	1	1	1	0	0,8
112	1	1	1	1	0	0,8
113	1	1	1	1	0	0,8
114	1	1	1	1	0	0,8
115	1	1	1	1	0	0,8
116	1	1	1	1	0	0,8
117	1	1	1	1	0	0,8
118	1	1	1	1	0	0,8
119	1	1	1	1	0	0,8
120	1	1	1	1	0	0,8
121	1	1	1	1	0	0,8
122	1	1	1	1	0	0,8

Anexo I. Protocolo final

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN
PARA PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTO (PECD-UCI)
(ANGULO, S., DÍAZ M., MUÑOZ E., RIASCOS L. 2019)**

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre:	Edad:	Género:	Escolaridad:
N° Identificación :	Raza:	Ocupación:	
Familiar o cuidador:	F. Ingreso	F. Evaluación	Procedencia:
Dirección:			
2. ANAMNESIS			
Diagnóstico Médico ingreso: _____ _____			
Respiratorios: _____			
Gastrointestinales: _____			
Cardiovasculares: _____			
Hematoncológico _____			
Renales: _____			
Infecciosos: _____			
Metabólicas: _____			
Genitourinario: _____			
Endocrinológico: _____			
Osteoarticular: _____			
Sistema nervioso central: _____			
Observaciones: _____ _____			
Neurológicos: A.C.V ____ Tipo de lesión: hemorrágica ____ Isquémica ____ TCE ____ Localización: _____ Fecha del evento: _____ Epilepsia ____ Lesión cerebral adquirida _____			
Secuela de eventos anteriores _____ Tumores: _____			
Enf. Neurodegenerativas: Alzheimer __ Parkinson __ Demencia con cuerpos de Lewy ____ ELA ____ E. Múltiple ____ Huntington ____ Otras: _____			
Infecciosas: Meningitis _____ Hepatitis B ____ SIDA ____ Diarrea _____ OTRAS _____			
Respiratorios: EPOC ____ Neumonías _____ Asma _____ Bronquitis _____ TBC _____			
Cáncer: SI __ NO __ Tipo de lesión: _____ Localización _____ Quimioterapia: S I __ NO ____ Radioterapia: SI __ NO __ Resección Quirúrgica: SI __ NO __ Fecha _____			
Sistema inmunológico: Enf. Autoinmune: _____			
Psiquiátricas: _____ Simuladores _____			
Alteraciones Auditivas _____ Porta auxiliar auditivo: SI __ NO ____			
Alteraciones Visuales: _____ Usa lentes: SI __ NO ____			
Uso de Sustancias psicoactivas: _____ Alucinógenos _____			
Medicamentos: _____ _____			
Dosis _____ Horario _____			
Ant. Pre mórbidos: HTA __ Diabetes ____ Cirrosis ____ E. Renal ____ E. Coronaria ____ Alcohol ____ cigarrillo ____ Otras: _____			
Exámenes diagnósticos: _____			

Alimentación actual: NVO _____ NPT: _____ Portador de SNG _____ SOG _____ Yeyunostomía _____ A. por bolos _____ A. Continua: _____ Tiempo que lleva alimentándose previo a la evaluación _____ Cantidad _____ Gastrostomía: SI _____ NO _____ Gastrostomía: permeable: Si _____ NO _____ Estoma: Limpio: _____ Supurativo _____ Enrojecido: _____ Vía Oral : Parcial _____ Mixta _____ completa _____ consistencia: LC: _____ LE: _____ PAPILLA _____ Sólida: _____ Mixta: _____ Utiliza aditamentos y apoyos durante el proceso de alimentación: SI _____ NO _____ Independiente _____ Dependiente _____ Alteraciones deglutorias posterior a la extubación: _____ Observaciones: _____			
3. ESTADO NUTRICIONAL			
Talla _____ Peso _____ IMC= _____ Bajo De peso: SI _____ NO _____ Desnutrición: Si _____ No _____ Caquexia _____ Sarcopenia _____ Deshidratación: Si _____ No _____ OBSERVACIONES: _____			
4. ESTADO DE CONCIENCIA			
Glasgow: < 9 () 12 () 13 () 14 () 15 ()			
Nivel de Vigilancia: Vigila _____ Somnoliento _____ Letárgico _____ Obnubilación _____ Estupor _____ Delirio _____ Coma _____			
Orientación	Persona Si _____ No _____ P _____	Temporal Si _____ No _____ P _____	Espacial Si _____ No _____ P _____
5. SIGNOS VITALES / ESTABILIDAD HEMODINAMICA			
F.C: Antes _____ Durante _____ Después De la evaluación _____		F.R: Antes _____ Durante _____ Después De la evaluación _____	
SPO2: Antes _____ Durante _____ Después De la evaluación _____	P.A. M: _____ P.A: _____	T° _____	
Estabilidad hemodinámica: SI _____ NO _____			
6. CONDICIÓN RESPIRATORIA			
Ambiente: _____ Tipo respiratorio: superior clavicular _____ inferior abdominal _____ torácico _____ costo- diafragmático _____ Oxígeno dependiente :SI _____ NO _____ Cánula Nasal _____ Máscara de no re inhalación _____ Venturi _____ Litros _____ Aspiración frecuente: SI _____ NO _____ Cuántas veces/ día: _____			
IOT: Si _____ No _____ Tiempo: _____ Extubación: _____ Re intubación _____			
VMNI _____ CPAP _____ BPAP _____ Tiempo _____			
TQT: _____ Con Fenestra _____ Sin Fenestra _____ Sin Cuff _____ Con Cuff _____ Presión de Inflado _____			
Tolera Oclusión: SI _____ NO _____ Ejercicio de decanulación: SI _____ NO _____ N° veces al día _____			
Manejo de secreciones: Abundante _____ Moderada _____ Escasa _____ Sin secreción _____	No. Aspiraciones _____	V. Mecánica: Permanente _____ Ocasional _____ Tierra _____	
7. COMUNICACIÓN, LENGUAJE, HABLA Y PRODUCCIÓN VOCAL (Aspectos acústico perceptuales de la voz)			
Comunicación - Modalidad: Verbal oral _____ Viso Gestual _____ Escrita _____ Intencionalidad comunicativa _____			
Lenguaje: Conservado _____ Alterado a nivel expresivo _____ Alterado a nivel comprensivo _____ Alteración Mixta o Global _____			
Comprensión de ordenes: Simples Si _____ No _____ Complejas Sí _____ No _____			
Habla: Inteligible _____ Ininteligible _____ Semi inteligible _____ Disartria _____ Fluidez: Fluida _____ No fluida _____ Ritmo: Taquilalia _____ Bradilalia _____			
Cualidad vocal: Voz Audible _____ Poco audible _____ Voz limpia _____ Voz Opaca _____ Voz Húmeda _____ TMF /a / (SEG) _____			
C. vocal con TQT ocluida: voz Audible _____ Poco audible _____ Voz limpia _____ Voz Opaca _____ Voz Húmeda _____ TMF /a / (SEG) _____			
Tono agravado: Si _____ No _____ agudizado: Si _____ No _____ Esperado para su edad, sexo y contextura _____			
Intensidad: baja _____ alta _____ apropiada para la conversación _____			

Timbre: Adecuado ___ áspero ___ Opaco ___ Hipernasal ___ Hiponasal ___ Desnasalizado ___ Ataque vocal: Fuerte ___ Suave ___ Soplado ___ Aspectos suprasegmentales: adecuados ___ alterados ___ Válvula Fonadora: SI ___ NO ___	
8. POSTURA	
Control cérvico craneal: Si ___ No ___ Control de tronco: Si ___ No ___ postura de cintura pélvica: adecuada ___ inadecuada ___ Posición del paciente: Lateral ___ Supino ___ Prono ___ Sedestación ___ bipedestación ___	
Tono Muscular: Eutonía ___ Hipertonía ___ Hipotonía ___ Hiperfunción ___ Hipofunción ___	
Funciones estomatognáticas: (Sombrear la parte afectada en la imagen) Simetría facial: SI ___ NO ___ Tercio Facial: Superior ___ Medio ___ Inferior ___ Mixto ___ Hemicara izquierda ___ Hemicara derecha ___ Parálisis facial Si ___ No ___	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Simetría Vertical</p>  <p>(Imagen: Gutiérrez, 2004)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Simetría Horizontal</p>  <p>(Imagen: Gutiérrez, 2004)</p> </div> </div>
Observaciones:	
Dolor: cervicocráneo escapular: Ante la movilización: SI ___ NO ___ Dolor ante la palpación: SI ___ NO ___ Hipersensible ___ Álgico ___ Puntos Gatillo (sombrear o marcar en la imagen con un círculo)	
Escala del dolor (1-5): Leve (1) ___ Leve – moderado (2) ___ Moderado (3) ___ Moderado – severo (4) ___ Severo (5) ___	
Observaciones:	
9. EVALUACIÓN ESTRUCTURAL - FUNCIONALIDAD Y SENSIBILIDAD DE LOS ELEMENTOS ESTOMATOGNÁTICOS	
Higiene oral : Adecuada ___ Inadecuada ___ Halitosis ___	
Mucosa Yugal: Aftas ___ Laceraciones ___ Tumoraciones ___ Mucosa gingival: Edema ___ sangrado ___ Mucosa Lingual: manto mucoso sucio ___ lengua geográfica ___ candidiasis (micosis) ___	
Dentadura: Buen estado ___ Mal estado ___ Mal oclusión: ___ Edéntulo total ___ Edéntulo parcial: ___ molares ___ premolares ___ incisivos ___ N° ___ Prótesis dental: Si ___ No ___ Fija ___ Removible ___ OBSERVACIONES: ___	
Labios: estado: ___ Forma: Simetría ___ Asimetría ___ Praxias: Cierre de los labios (orbicular de los labios): Coordinadas ___ Incoordinadas ___ Precisas ___ Imprecisas ___ Ágiles ___ Lentas ___ Sellado labial : Competente ___ Incompetente ___ Activación de los buccinadores: (sonrisa forzada): Coordinadas ___ Incoordinadas ___ Precisas ___ Imprecisas ___ Ágiles ___ Lentas ___	
M. de la Lengua: estado (geniogloso): Reposo: Protruida ___ Interpuesta ___ Descendida ___ Forma: Simetría ___ Asimetría ___ Tamaño Normal ___ Pequeña ___ Voluminosa ___ Praxias: lateralización (geniogloso, transversos, supra e infra hioideos): Coordinadas ___ Incoordinadas ___ Precisas ___ Imprecisas ___ Ágiles ___ Lentas ___ Retracción lingual: (geniogloso, fibras anteriores, hioigloso, condrogloso): Coordinadas ___ Incoordinadas ___ Precisas ___ Imprecisas ___ Ágiles ___ Lentas ___ Acanalamiento de la lengua (geniogloso, supra e infra hioideos): Coordinadas ___ Incoordinadas ___ Precisas ___ Imprecisas ___ Ágiles ___ Lentas ___ Elevación y descenso lingual (lingual superior, lingual inferior, genio glosa, supra hioideos e infra hioideos) Coordinadas ___ Incoordinadas ___ Precisas ___ Imprecisas ___ Ágiles ___ Lentas ___	

<p>M. de la masticación: Mandíbula: Forma: Normal ___Retraída ___ Prognática___ Praxias: Apertura mandibular: depresión mandibular (Pterigoideo externo, músculos supra e infra hioideos): Coordinadas___ Incoordinadas ___Precisas ___Imprecisas ___Ágiles___ Lentas___ Cierre mandibular: elevación mandibular (Masetero, temporal y pterigoideo interno): Coordinadas___ Incoordinadas ___Precisas ___Imprecisas ___Ágiles___ Lentas___ Desplazamiento lateral de la mandíbula (Pterigoideos externos e internos, supra e infra hioideos): Coordinadas___ Incoordinadas ___Precisas ___Imprecisas ___Ágiles___ Lentas___ Protrusión mandibular (Pterigoideos internos y externos): Coordinadas___ Incoordinadas ___Precisas ___ Imprecisas ___Ágiles___ Lentas___</p>									
<p>M. del Paladar blando: Elevación y tensión del paladar blando (peristafilino interno, peristafilino externo, palatogloso y álgigos de la úvula): Praxias /a/ /ah/: Simétrica___Asimétrica___ Tamaño: Suficiente___insuficiente___ Forma : Simetría___Asimetría___</p>									
<p>Laringe: Morfología:_____ movilidad: Fluctuante___poco móvil___rígida___</p>									
<p>Técnica de 5 dedos: (deglución no nutritiva y nutritiva) : Ascenso laríngeo: Adecuado ___Inadecuado ___ Anteriorización: Adecuada___Inadecuada___</p>									
<p>Auscultación cervical: Antes de la deglución: Normal:___ Alterada:___Estertores(Secreciones) ___ Roncus ___ Estridor___ Sibilancias___ Post deglución: Adecuada___ Inadecuada___</p>									
Sensibilidad	Cara	Toque suave D ___ I ___	Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___					
	Labios	Toque suave D ___ I ___	Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___					
	Boca	Toque suave D ___ I ___	Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___					
	Lengua	Toque suave D ___ I ___	Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___					
	Paladar O	Toque suave D ___ I ___	Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___					
	Paladar B	Toque suave D ___ I ___	Presión D ___ I ___	Temperatura D ___ I ___					
	Gusto VII: 2/3 anteriores. IX: 1/3 Posterior	Sacarosa = dulce	R: uni___ bilateral___	AUSENTE___					
		urea= amargo	R: uni___ bilateral___	AUSENTE___					
		ácido clorhídrico=ácido (limón)	R: uni___ bilateral___	AUSENTE___					
Saliva VII par (G. Subm y sublinguales) IX Par (G. Parótida)	cloruro sódico =salado (sal)	R: uni___ bilateral___	AUSENTE___						
	Xerostomía___	Sialorrea___	Consistencia anormal: espesa_____ Color_____ olor_____						
Observaciones:									
10. REFLEJOS									
R. Normales	Palatal (IX): - + ++ +++	Nausea (IX X XII): - + ++ +++	Tos (voluntaria): - + ++ +++ Tos fuerte y eficaz: - + ++ +++ Tos durante la deglución: - + ++ +++ Tos post-deglución: - + ++ +++	Disparo deglutorio - + ++ +++					
R. Patológicos	Chupeteo neurológico - ++		Mordedura - ++	Observaciones:					
11. EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA DEGLUCIÓN DE ALIMENTOS									
ETAPA	TIPO DE ALIMENTACIÓN / ASPECTOS	1ML	3ML	5ML	10ML	LÍQUIDO (CLARO Y NÉCTAR)	JERINGA, VASO, CUCHARA	ESPESO	SÓLIDO BLANDO
FASE ANTICIPATORIA	Anticipación (salivación, saboreo y apertura oral) Sin alteraciones.								

	Alteraciones en la anticipación								
PREPARATORIA-ORAL	Rechazo a los alimentos								
	Control Cefálico								
	Sello Labial								
	Escape anterior								
	Degluciones no consolidadas.								
	Persistencia (estasis) de los alimentos en boca								
ORAL	Hiperextensión cefálica o movimientos compensatorios								
	Captación del bolo								
	Masticación								
	Insinuación o intentos de deglución.								
	Tiempo de tránsito oral								
	Reflujo nasal								
	Retardo en la elevación y anteriorización laríngea +2 seg								
	Propulsión del alimento (bolo)								
	Signos de penetración antes de la deglución								
	Número de degluciones								
	Residuo de alimento post-deglución								
		Sin alteraciones							
FARINGEA	Ausencia en la elevación faríngea								
	Lentitud en la elevación laríngea								
	Signos de penetración laríngea durante la deglución								
	Signos de penetración posterior a la deglución								
	Tos durante la								

	deglución								
	Tos post-deglución								
	Voz Alterada (húmeda) postdeglución								
	Disnea, desaturación, ruidos a nivel faringolaríngeo post-deglución								
	Latencia en la eyección del disparo deglutorio								
	Número de degluciones								
	Residuos(estasis) de alimento en cavidad oral posterior a la deglución								
	Sin alteraciones en esta fase								
DESPUÉS DE LA DEGLUCIÓN	Reflujo Nasal								
	Residuos de alimento en vestíbulo anterior								
	Residuos de alimento sobre dorso lingual								
	Alimento bajo la lengua								
	Alimento en paladar duro								
	Tos Eficiente (E) - Débil (D) - Ausente (A)								
	AUSCULTA CERVICAL (secreciones faringolaríngicas)								
	Voz alterada (húmeda)								
	DISTRES RESPIRATORIO(disnea, cianosis, asfixia)								
	Sin alteraciones en esta fase.								
BLUE DYE TEST	MEDIO DE CONTRASTE AZUL (Anilina vegetal)						A__ P__	A__ P__	A__ P__
							Tiempo	Tiempo	Tiempo
	Temprana < 1 hora Tardía : 2- 4 horas						Tardía_ Temp _	Tardía_ Temp _	Tardía_ Temp _

	Cantidad de anilina observada por la cánula.						Mínim ____ Modera __ Abundan__ Negativa__	Mínim _ Moder _ Abun_ Neg __	Mínim_ Mod__ Abun__ Neg__
12. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL / ESCALA DE SEVERIDAD DE LA DISFAGIA (O'Neil et al, 1999)									
Nivel	Severidad	Características					Tipo de Nutrición		
7	DEGLUCIÓN NORMAL	Deglución normal en todas las situaciones, dieta normal, no necesita estrategias ni tiempo extra					Nutrición total por vía oral: dieta normal		
6	DEGLUCIÓN FUNCIONAL	Sin limitaciones funcionales / independencia modificada					Nutrición total por vía oral: dieta normal		
5	DISFAGIA LEVE	Supervisión distante (puede tener una consistencia restringida en la dieta)					Nutrición total por vía oral: dieta modificada		
4	DISFAGIA LEVE A MODERADA	Supervisión intermitente (una o dos consistencias restringidas en la dieta)					Nutrición total por vía oral: dieta modificada		
3	DISFAGIA MODERADA	Uso total de asistencia, supervisión o estrategias (dos o más consistencias restringidas en la dieta)					Nutrición total por vía oral: dieta modificada		
2	DISFAGIA MODERADA A GRAVE	Asistencia máxima o uso de estrategias para una nutrición por vía oral parcial (tolera al menos una consistencia de modo seguro con uso total de estrategias)					Es necesaria una nutrición no oral		
1	DISFAGIA GRAVE	Incapaz de tolerar ningún alimento por vía oral de forma segura					Es necesario una nutrición no oral		
	DIAGNÓSTICO					DIETA SUGERIDA:			
13. PRUEBAS INSTRUMENTALES Y REMISIONES									
Videofluoroscopia de la deglución					SI ____ NO ____	FEES : SI ____ NO ____		RX:____ Esófagograma____	
Otras _____									
Remisión: Fonoaudiología		Gastroenterología		Otorrinolaringología		Nutricionista		Otros: _____	
Observaciones:									
FONOAUDIÓLOGO					REG.Ó TARJETA PROFESIONAL				