

Instrumentos de evaluación de la deglución pediátrica: un reporte por fonoaudiólogos en Colombia y Chile

Angie Grajales R.^{1,2}, Lisbey Moreno P.¹, Sara González G.³

Recibido 21 de diciembre de 2020 / Primera revisión 23 de marzo de 2021 / Aceptado 10 de septiembre de 2021

Resumen. La prevalencia de usuarios pediátricos que presentan alteraciones en la deglución/alimentación ha aumentado significativamente, por lo que realizar un proceso de evaluación sistemático, a usuarios ambulatorios y/u hospitalizados, con el uso de instrumentos estandarizados, puede evitar complicaciones asociadas. El objetivo de esta investigación fue identificar cuáles son las pruebas que conocen y usan los fonoaudiólogos en dos países de habla hispana: Colombia y Chile, para la valoración de la deglución en población pediátrica. Se trata de un estudio observacional de corte transversal, en el que participaron 36 fonoaudiólogos de ambos países, los que contestaron una encuesta de 23 ítems, previamente validada por juicio de expertos. El 55,6% (n=20) señaló que conocía pruebas de screening, el 63,89% (n=23) conocía pruebas de evaluación clínica (no instrumentales o subjetivas), el 100% conocía pruebas instrumentales (objetivas) y sólo el 11% (n=4) conocían pruebas de calidad de vida. Se evidenció de forma general dificultad en la clasificación de las pruebas y un mayor uso de pruebas no estandarizadas, lo que sugiere una necesidad disciplinar en cuanto a la formación sobre instrumentos de medición y evaluación, que permitan la identificación, selección y comprensión analítica de dichos instrumentos.

Palabras clave: Trastornos deglutorios, fonoaudiología, pediátrico.

[en] Pediatric swallow assessment instruments: a report by speech and languages pathologist in Colombia and Chile

Abstract. The prevalence of pediatric users with swallowing / feeding disorders has increased significantly, so carrying out a systematic evaluation process for outpatient and / or hospitalized users, with the use of standardized instruments, can avoid associated complications. The objective of this research was to identify which tests are known and used by Speech-Language Therapist in two Spanish-speaking countries: Colombia and Chile, for the assessment of swallowing in the pediatric population. This is a cross-sectional observational study, in which 36 Speech-Language Pathologists from both countries participated, who answered a survey of 23 items, previously validated by expert judgment. 55.6% (n= 20) indicated that they knew screening tests, 63.89% (n = 23) knew clinical evaluation tests (non-instrumental or subjective), 100% knew instrumental tests (objective) and only 11% (n = 4) knew quality of life tests. Difficulty in the classification of the tests and a greater use of non-standardized tests was generally evidenced, which allows their identification, selection and analytical understanding.

Keywords: Feeding Disorders, Speech-Language Pathology; child.

Sumario: Introducción. Metodología. Resultados. Discusión. Conclusiones. Bibliografía.

Cómo citar: Grajales R., Angie, Moreno P., Lisbey, González G., Sara. (2022). Instrumentos de evaluación de la deglución pediátrica: un reporte por fonoaudiólogos en Colombia y Chile. *Revista de Investigación en Logopedia* 12(1), e73161. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.73161>

Introducción

La deglución es un proceso complejo que requiere de un adecuado funcionamiento de las estructuras orales y de los sistemas aerodigestivo, por lo que debe ser valorada de manera sistemática, involucrando la participación de un grupo interdisciplinar de profesionales de la salud, que realizan un proceso coordinado desde un enfoque del individuo y su totalidad (Arvedson, 2008). Los profesionales fonoaudiólogos estudian la morfofisiología de las vías aerodigestivas superiores y la motricidad orofacial, contribuyendo, dentro de un equipo multidisciplinario, en la detección y rehabilitación de los trastornos de la deglución.

¹ Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá, Colombia.

² acgrajales@gmail.com

³ Universidad Austral de Chile. Puerto Montt, Chile

Los trastornos de la deglución pueden afectar a sujetos de cualquier edad, como consecuencia de anomalías congénitas, lesiones de estructuras anatómicas o patologías clínicas diversas (Burgos et al., 2012). En el caso de los usuarios pediátricos estas implicaciones afectan tanto al menor como a sus padres quienes son responsables del cuidado y bienestar de éste (Thoyre et al., 2014). La disfagia está incluida en el grupo de trastornos de la alimentación que afectan al 25% de la población pediátrica (Henao et al., 2009).

La etiología en disfagia pediátrica a diferencia del adulto se presenta debido a factores congénitos y prevalece en las enfermedades neurológicas de las cuales la enfermedad motriz de origen cerebral es la más común en los trastornos de deglución (Rodríguez et al., 2017), pues en su mayoría presentan alteraciones de la motricidad orofacial, repercutiendo en un 50% en los problemas de alimentación muy significativos. Es común también, en niños con trastornos del neurodesarrollo, prematuros y niños con problemas adaptativos y sociales (Henao et al., 2009).

La prevalencia de usuarios pediátricos con disfagia ha aumentado significativamente, esto puede deberse por un lado al aumento de la supervivencia de los niños con prematuridad, con bajo peso al nacer y con condiciones médicas complejas, y por otro lado, al creciente interés por identificar prematuramente problemas de alimentación (Serel et al., 2017). En niños sin condiciones clínicas asociadas, se reporta una incidencia de dificultades leves en la alimentación que se sitúa entre el 25 - 35%, porcentaje que se incrementa hasta un 40 - 70% si se consideran a niños con antecedentes de prematuridad y hasta en un 80% en niños con condiciones más graves de salud (Velázquez et al., 2004).

Realizar un proceso de evaluación- diagnóstico oportuno de los trastornos de la deglución, puede evitar múltiples complicaciones, como el riesgo de enfrentarse a infecciones de la vía respiratoria, neumonías por broncoaspiración, daño pulmonar, desnutrición, deshidratación, aislamiento social, depresión, y muerte (Belafsky et al., 2008; Burgos et al., 2012). Aspectos que afectan directamente el desarrollo del niño, su calidad de vida y al mismo tiempo, aumentan el riesgo de morbimortalidad.

La evaluación se debe considerar entonces, como parte fundamental en el inicio del abordaje del trastorno deglutorio, el que debe ser un proceso sistemático, funcional y basado en evidencia, presentándose de forma interactiva y permanente, con resultados que deben ser válidos y confiables (Susanibar et al., 2014). De igual manera, los profesionales involucrados en el proceso de evaluación - diagnóstico de usuarios pediátricos con problemas de deglución y/o alimentación, deben poseer habilidades y conocimientos suficientes sobre cada una de las condiciones de salud que pueden estar asociadas a esta alteración, diferenciando problemáticas relacionadas con el proceso fisiológico (Disfagia), así como aquellos relacionados con el comportamiento (Trastornos de alimentación). Por lo tanto, un proceso evaluativo inadecuado, aumenta el riesgo de tener desenlaces indeseados en la nutrición y en la salud en general del menor (Arvedson, 2008; Dodrill y Gosa, 2015).

Analizando el proceso evaluativo, se deben diferenciar distintos niveles de complejidad, teniendo en consideración la aplicación de instrumentos de evaluación, los que buscan codificar el procedimiento, estandarizar el lenguaje y presentar de una manera organizada los resultados obtenidos. Los instrumentos para la valoración suelen dividirse en categorías de acuerdo con su objetivo, por lo que se debe discriminar cada instrumento de acuerdo a su utilidad. En este sentido podemos mencionar las pruebas de screening, que buscan la identificación de factores de riesgo que permitan mitigar y controlar las consecuencias negativas de la disfagia (Cheney et al., 2015); las pruebas de evaluación clínica (no instrumentales o subjetivas), las pruebas de evaluación instrumentales (objetivas) y pruebas de calidad de vida. Además de todos aquellos recursos que permitan un acercamiento a una evaluación que incluyan de forma global y sistemática cada una de las esferas del individuo.

Dentro de la revisión de diferentes estudios en deglución pediátrica se evidencia gran diversidad de herramientas clínicas para realizar la evaluación de distintos aspectos relacionados con este proceso: Screening tool for feeding problems (Herramienta de Detección de Problemas de Alimentación) (STEP) (Matsona y Kuhn, 2001); The Montreal Children's Hospital Feeding Scale (Escala de alimentación del Montreal Children's Hospital) (Ramsay et al., 2011); The Pediatric Version of the Eating Assessment Tool (La versión pediátrica de la herramienta de evaluación de la alimentación) (PEDI – EAT – 10) (Serel et al., 2017); The Pediatric assessment scale for severe feeding problems (La escala de evaluación pediátrica para problemas severos de alimentación) (PASSFP) (Crist et al., 2004); The Children's Eating Behavior Inventory (El inventario de Comportamiento Alimentario de los Niños) (CEBI) (Archer et al., 1991); The Behavioural Pediatric Feeding Assessment Scale (Escala de Evaluación de la Alimentación Pediátrica del Comportamiento) (BPFAS) (Crist y Napier-Phillips, 2001); The Mastication Observation and Evaluation (Instrumento para la observación y evaluación de la masticación) (MOE) (Remijn et al., 2013; Serel et al., 2019), Schedule for Oral-Motor Assessment (Programa de evaluación motora – oral) (SOMA) (Skuse et al., 1995); entre otros.

Pese a que existen varios instrumentos reportados por la literatura, útiles para la valoración de la deglución en población pediátrica, se evidencia que muchos de estos no han sido traducidos al español, por lo que el objetivo de la presente investigación fue identificar cuáles son las pruebas que conocen y usan los fonoaudiólogos en dos países de habla hispana: Colombia y Chile, para la valoración de la deglución en población pediátrica.

Metodología

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, en el que se definió como población objetivo profesionales licenciados de Fonoaudiología en Colombia y Chile, que trabajaran en el área hospitalaria y/o en extrasistema, atendiendo población pediátrica con alteraciones en los procesos de alimentación y deglución, y que desearan participar y firmaran el consentimiento informado que se presentó de forma digital.

La convocatoria y contacto de los profesionales se realizó principalmente por redes sociales (Facebook e Instagram) y la plataforma laboral (LinkedIn). No se hizo un cálculo de tamaño de muestra considerando las limitaciones de acceso a la población, por lo que los resultados obtenidos en este estudio representan una aproximación a la pregunta de investigación, pero no pueden ser generalizados a la población de profesionales fonoaudiólogos. La muestra fue no probabilística por conveniencia.

Se entregó a cada uno de los participantes un cuestionario diseñado por las investigadoras principales, que constó de 24 preguntas organizadas en cuatro categorías: datos sociodemográficos, formación profesional, evaluación pediátrica e instrumentos de evaluación (Anexo 1), el cual fue validado por criterio de 9 jueces expertos. Todos los jueces cumplían con los siguientes criterios: ser Fonoaudiólogos colombianos o chilenos con más de 5 años de experiencia en el área específica de deglución pediátrica. El tiempo estimado de desarrollo del cuestionario fue de 15 minutos y todos los participantes lo contestaron en su totalidad.

El análisis desde la estadística descriptiva se realizó con el programa STATA 16, considerando el tipo de variable a medir, por lo que se presentan para variables cualitativas frecuencias relativas y absolutas; y para variables cuantitativas de acuerdo con la distribución de la variable, medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados

Participaron de este estudio un total de 36 fonoaudiólogos de los cuales 10 (28%) eran chilenos y 26 (72%) colombianos. Los encuestados chilenos, provenían de las comunas de Castro, Chillán, La Florida, Puerto Montt, Valdivia y Santiago, siendo esta última la de mayor participación con 6 sujetos. Con relación a los encuestados colombianos, éstos provenían de Barranquilla, Cali, Ibagué, Pasto, Cúcuta y Bogotá, con una participación mayor de aquellos que contestaban desde la capital colombiana (n=20). La edad media de los sujetos participantes fue de 33 ± 7.2 años. Las características de formación profesional se describen en la tabla 1.

Se evidencia la participación de profesionales con más de 5 años de experiencia profesional (n=31) los que se han preocupado por su formación académica, realizando estudios posgraduales (n= 32) y cursos adicionales especializados en deglución/alimentación (n=35) y que reportan en más de la mitad de los casos, formación específica para la atención de población pediátrica. En lo referente a los años de experiencia en el área y la atención específica en población pediátrica, se evidencia que no todos los años reportados de experiencia han sido dirigidos a esta población en particular.

Dentro de variables a medir se contempló si los participantes habían realizado recientemente lectura de publicaciones científicas relacionadas con la deglución pediátrica, contestando afirmativamente el 63.8% (n=23). También se consultó sobre el tema central de interés, dentro de los que se destacan: Evaluación: 22.22% (n=8), patologías y trastornos en población pediátrica: 16.67% (n=6), intervención: 13.89% (n=5), intervención en Covid-19, lactancia materna paliativa, manejo general, promoción y prevención; cada una de estas con un porcentaje del 2.78% que corresponde a solo un sujeto.

De igual forma se solicitó a los participantes enumerar el paso a paso de los procedimientos que llevaban a cabo para realizar la valoración clínica de la deglución en usuarios pediátricos, observando que no existe un consenso o una estandarización en la presentación de cada una de las acciones. Dentro de las acciones realizadas en el proceso evaluativo se observa en mayor medida: anamnesis, revisión de historia clínica, evaluación de hábitos orales, evaluación de órganos fonoarticulatorios, reflejos orales y evaluación de las fases de la deglución con varias consistencias (los tipos de consistencias no fueron nombradas ni clasificadas por todos los participantes). Por otro lado, uno de los participantes, refirió que el proceso de evaluación de la deglución en usuarios pediátricos se regía por el protocolo institucional de su lugar de trabajo.

Para las categorías de Instrumentos de evaluación se consultó específicamente a cada uno de los participantes del estudio, el tipo de instrumento utilizado: 1) Pruebas de Screening, 2) Pruebas de evaluación clínica, 3) Pruebas de evaluación instrumental (objetivas) de la deglución y/o 4) Pruebas de valoración asociadas con calidad de vida.

Para el caso de los instrumentos dirigidos a un screening inicial, con el objetivo de identificar el riesgo asociado al proceso de deglución pediátrica, un 55,6% (n=20) de los profesionales señalaron que sí conocían algunas pruebas, sin embargo, cuando se solicitó que las enumeraran sólo 13 participantes (36,1 %) respondieron a la pregunta. De este grupo de participantes, sólo 6 (16.6%) demostraron conocimientos reales en pruebas de screening, presentándose la escala Pedi-EAT-10, como la más repetida y el único instrumento acorde a la categoría.

Con respecto al grupo de los 13 participantes que declararon conocer pruebas de screening, 3 de ellos (8,3%) señalaron de forma general “fichas de evaluación modificadas y/o autodiseñadas” sin aclarar el nombre ni la procedencia de estas. Otros 3 participantes (8,3%) mencionaron dentro de sus respuestas pruebas de evaluación instrumental: Videodeglución (Videofluoroscopia), evaluación nasofibrosópica de la deglución (FEES) y auscultación cervical. También se observó que 1 participante (2.7%) nombró la pauta de evaluación: Gugging Swallowing Screen (GUSS) (Trapl et al., 2007) que, si bien sí es una prueba de screening para valorar la deglución, ésta no está diseñada específicamente para población pediátrica. Por otro lado, se nombraron 5 pruebas para la valoración de la deglución pediátrica neonatal: Protocolo de evaluación de la triada succión-deglución-respiración en neonatos (Leguizamo y Antúnez de Mayolo, 2017); Protocolo de Evaluación Fonoaudiológica Integral del neonato y su pertinencia para el abordaje de la lactancia materna (EFIN) (Leguizamo y Bleydis, 2020); Cuestionario observacional de las conductas de alimentación en neonatos prematuros (COCANP) (Vallés-Sasot et al., 2018); Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale (Escala de evaluación de la preparación para la alimentación oral prematura) (PROFRAS) (Fujinaga

et al, 2013) y la escala Early Feeding Skills (Habilidades de alimentación temprana) (EFS) (Thoyre et al, 2005). Si bien, en este caso, se observa mayor conocimiento de instrumentos, los protocolos o cuestionarios mencionados, no pueden ser catalogados como pruebas de screening, pues su objetivo es la valoración completa del proceso deglutorio y de las distintas variables o conductas asociadas a éste. Por lo tanto, las pautas mencionadas por el profesional deberían ser catalogadas como “pruebas de evaluación clínica”.

Tabla 1. Características Formación Profesional

Variable	N	%
Año de egresado		
1 a 3	5	13,89
4 a 6	6	16,67
7 a 9	12	33,33
10 a 12	5	13,89
13 a 17	5	13,89
>20	3	8,33
Máximo nivel de estudios		
NA*	4	11,11
Diplomado	8	22,22
Especialización	15	41,67
Maestría	8	22,22
Doctorado	1	2,78
Nº de cursos adicionales en deglución/alimentación		
0	1	2,78
1 a 3	20	55,56
4 a 6	6	16,67
≥7	9	25
Cursos asociados con deglución/alimentación pediátrica		
Si	25	69,44
No	11	30,56
Años de experiencia área deglución		
1 a 3	10	27,78
4 a 6	9	25
7 a 9	6	16,67
10 a 12	5	13,89
≥13	6	16,67
Años de experiencia en deglución Pediátrica		
<1	1	2,78
1 a 3	16	44,44
4 a 6	5	13,89
7 a 9	8	22,22
10 a 12	1	1
≥13	5	5

* NA: no aplica

Con respecto al conocimiento de pruebas de evaluación clínica (subjetiva) (protocolos y/o cuestionarios) el 63.89% (n=23) señaló conocer algunos. Cuando se les solicitó que enumeraran específicamente dichos instrumentos, 2 sujetos (5.5%) no contestaron la pregunta y otros 2 (5.5%) fueron poco claros con sus respuestas, ya que no explicitaron nombres ni procedencia de las pruebas. En la Tabla 2, se presenta el listado de instrumentos explicitados por 19 participantes del estudio, la pertinencia de cada uno de los instrumentos en la categoría “pruebas de evaluación clínica” y la categoría a la que deberían pertenecer en el caso de que los participantes hubiesen realizado una clasificación incorrecta de los mismos. En total se exponen 18 instrumentos de los cuales 3 no están dirigidos a la evaluación de la deglución en población pediátrica.

Tabla 2. Pruebas de Evaluación clínica (no instrumental) mencionadas por los profesionales encuestados (PARTE I)

Instrumento	n	Pertinencia	Categoría	Observación
Guía de manejo y protocolos institucionales	5	Sí	No instrumental	No estandarizado
Ficha no estandarizada	1	NA	NA	No estandarizado
Pediatric Dysphagia Resource Guide (Dailey, 2001)	1	Sí	No instrumental	Libro
Ficha de evaluación Neonatos y lactantes (Sampallo, 2015)	2	Sí	No instrumental	NA
Escala de Avaliação Motora Oral (Xavier, 2002)	1	Sí	No instrumental	NA
Protocolo de evaluación de la deglución (Kreff y Acevedo)	1	Sí	No instrumental	Institucional, se desconoce año
Lista de chequeo del libro Disfagia: Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución (Bleeckx, 2004)	1	Sí	No instrumental	Libro
Protocolo de Talk Tools	2	Sí	No instrumental	Se desconoce autor
Protocolo de evaluación de la triada succión-deglución-respiración del neonato (Leguizamo & Antúnez de Mayolo, 2017)	3	Sí	No instrumental	NA
Neonatal Oral-Motor Assessment scale (NOMAS) (Palmer et al., 1993)	1	Sí	No instrumental	NA

* NA: No Aplica.

Tabla 2. Pruebas de Evaluación clínica (no instrumental) mencionadas por los profesionales encuestados (PARTE II)

Instrumento	n	Pertinencia	Categoría	Observación
Programa de Evaluación Oral-Motora (SOMA) (Skuse et al., 1995)	1	Sí	No instrumental	NA
Oral-Motor Analysis and Remediation Techniques (Boshart, 1998)	1	Sí	No instrumental	Libro
MOST: Marshalla Oral Sensorimotor Test (Marshalla, 2007)	2	Sí	No instrumental	NA
Protocolo Bue Dye Test para traqueostomizados (Belafsky, 2003)	1	Sí	No instrumental	NA
EAT-10 (Belafsky, 2008)	1	No	Screening	Diseñado para población adulta
Protocolo de evaluación clínica de la Deglución (González y Toledo, 2000)	1	Sí	No instrumental	Diseñado para población adulta
Food Intake Level Scale (FILS) (Fujishima, 1993)	1	Sí	No instrumental	Diseñado para población adulta

* NA: No Aplica.

En relación a la pregunta: “De las siguientes pruebas objetivas para la evaluación de la deglución. ¿Cuál usa con población pediátrica?”, se evidenció que 24 de los participantes (86.4%) refirieron hacer uso de la Videocinedeglución (Videofluoroscopia), 18 (50%) usaban la Auscultación cervical digital, 9 (25%) utilizaban la Nasofibroscopia (FEES) y para pruebas como Ecografía, Electromiografía de superficie, Sonar Doppler, valoración de las vías digestivas altas y/o radiografía de tórax; sólo 1 participante (2.7%) refirió utilizar cada una de ellas. Llama la atención la cantidad de participantes que refieren utilizar la Auscultación cervical, que si bien, fue catalogada en este estudio como prueba instrumental, en realidad aún requiere de más estudios de sensibilidad y especificidad para considerarse

una prueba instrumental (objetiva). Es importante destacar en este apartado, un posible sesgo de medición, dado que, dentro de la encuesta aplicada, no se especificó el tipo de fonendoscopio que utilizaba el profesional, si un fonendoscopio típico o un fonendoscopio digital.

En lo que respecta al conocimiento de pruebas para evaluar la calidad de vida entorno a la deglución pediátrica, 32 profesionales (88.89%) señalaron desconocer este tipo de pruebas. No obstante, 4 participantes (11,1%) refirieron que sí las conocían: 2 no detallaron nombres, un participante se refirió a la Eating Assessment Tool – 10 (Herramienta de evaluación de la alimentación) (EAT-10) (Belafsky, 2008) (prueba perteneciente a la categoría “calidad de vida”) y finalmente sólo 1 participante (2.7%) identificó una prueba pertinente a la categoría: Dysphagia Handicap Index (Índice de discapacidad por disfagia) (DHI) (Silbergleit, 2011), aunque tampoco es exclusiva para población pediátrica.

Frente al uso de todas las categorías de pruebas anteriormente mencionadas, 20 profesionales (55.5%) refirieron que utilizaban pruebas no estandarizadas (instrumentos propios no sistematizados), 23 (66,8%) usaban pruebas no instrumentales, 12 (33.3%) usaban pruebas de screening, 11 (30.5%) usaban pruebas instrumentales (objetivas) y 2 (5.5%) usaban pruebas de calidad de vida (cabe destacar el uso de cada una de estas pruebas no es exclusivo).

Finalmente, se consideró importante, pese a que no era el objetivo central de la investigación, preguntar abiertamente a los participantes si consideraban que el proceso de evaluación de la deglución pediátrica que utiliza actualmente la práctica clínica, le permite la planeación de una intervención organizada. En relación a esta pregunta 20 participantes (55,5%) contestaron “casi siempre”, 3 (8.3%) contestaron “casi nunca”, 5 (13.8%) contestaron “siempre” y 2 (5.5%) contestaron que “nunca”. Algunos comentarios con respecto a esta última pregunta fueron: “considero que no logro reunir la suficiente información para una intervención integral, además cuando planteo los objetivos, no logro precisar qué tipo de estrategias, técnicas o procedimientos son los más efectivos con esta población”. No es posible planear una intervención organizada “Debido a que no se sigue un protocolo estructurado” o por “Los tiempos; las altas de los pequeños” (breve tiempo de intervención).

Discusión

La baja participación de profesionales de fonoaudiología en la presente investigación se atribuye al creciente aumento de solicitudes de participación a distintas encuestas contextualizadas en proyectos de investigación Fonoaudiológica. Esto sumado a la necesidad de muchos investigadores de tener que cambiar la modalidad para tomas de muestras debido a la pandemia generada por COVID-19, ha provocado la disminución de la colaboración de los potenciales participantes.

Pese a que los resultados presentados no pueden ser generalizados a la población objetivo se consideran un insumo importante para la disciplina y para los centros educativos, dado que se evidencia confusión de términos categoriales y desconocimiento de instrumentos estandarizados. La medición en salud, especialmente en actividades de evaluación diagnóstica, que deben ser lineales a la atención, producibles y sistemáticas, requieren de un proceso donde se recojan datos válidos y confiables (Alarcón y Muñoz, 2008), por lo que el conocimiento y selección de instrumentos es un proceso importante que debe realizar todo profesional.

La prevalencia de problemas de alimentación y disfagia en población pediátrica aumenta, esto debido a el avance de la tecnología, que permite aumentar la supervivencia de menores que nacen con alteraciones clínicas (Aquino et al., 2014; Dodrill y Gosa, 2015; Wilson et al., 2020), motivo por el cual los profesionales involucrados en la atención de estos menores deben estar preparados para realizar procesos organizados, que les permitan realizar la atención en salud desde un enfoque interdisciplinario, en donde la comunicación sea clara y esté relacionada con el uso de términos válidos y transparentes para todo el equipo (Arvedson, 2008). En parte esta claridad en la comunicación debe ser atribuible a procesos de estandarización, con uso de instrumentos definidos y que todos los profesionales puedan reconocer.

Los resultados de la presente investigación se alinean en alguna medida con la publicación reciente de Wilson et al., (2020) quienes señalan la necesidad sentida de los Patólogos del Habla y del lenguaje (Fonoaudiólogos) frente a la formación específica en deglución pediátrica, identificando que el aumento en la población pediátrica requiere de la capacitación de profesionales que logren satisfacer las necesidades crecientes de esta población y una limitación sentida en el uso de recursos homogéneos que den pie a la atención pertinente.

En esta investigación se evidencia que los profesionales refieren el conocimiento principalmente de pruebas instrumentales y pruebas de evaluación clínica (no instrumentales), siendo más frecuente el empleo de estas últimas. Lo que se relaciona directamente con los recursos disponibles y la importancia de la valoración y juicio clínico, entendiendo que las pruebas instrumentales, aunque se conocen, no se usan para todos los casos por el costo y riesgos asociados. Cabe destacar que, en el caso de Chile, son los médicos especialistas en Otorrinolaringología los que pueden aplicar la FEES y los médicos con especialidad en Radiología, los que pueden aplicar la Videofluoroscopia; aunque con participación del profesional Fonoaudiólogo en el proceso evaluativo. Llama la atención el mayor conocimiento sobre pruebas no instrumentales, no estandarizadas y las indicaciones de uso de protocolos institucionales, lo que puede relacionarse con periodos breves de acceso a rehabilitación, tanto en usuarios hospitalizados como ambulatorios.

En este punto es importante señalar la baja identificación y referencias de uso de instrumentos de las categorías “screening” y “calidad de vida”, pese a que la literatura reporta que la evaluación de la deglución en población pediátrica implica muchas otras cuestiones, no solo las relacionadas con una evaluación clínica o instrumental del

proceso, sino que debe considerarse la importancia de una identificación rápida del riesgo asociado a la disfagia, donde resalta la importancia de contar con instrumentos de screening validados que puedan ser utilizados por todo el equipo interdisciplinario (Arvedson, 2008); además de la valoración del entorno general alrededor de un problema de deglución pediátrica que afecta no sólo al menor sino también a sus padres. Para ese último contexto, se hace indispensable conocer y aplicar instrumentos que permitan la valoración de la calidad de vida entorno a esta problemática, instrumentos que finalmente están alineados con una visión sistemática y holística del menor. (Dodrill y Gosa, 2015; Lefton-Greif et al., 2014)

Cabe resaltar que algunos de los instrumentos enumerados por los profesionales se encuentran en idioma inglés y no han sido traducidos ni validados al español, lo que da pie para futuras investigaciones relacionadas con la identificación de instrumentos que puedan ser de utilidad para los países de habla hispana y que requieren unificar esfuerzos para lograr su traducción y validación. Las investigadoras asociadas a este proyecto desarrollaron a la par el proceso de traducción y validación lingüística de la escala Pedi-EAT-10, cuyo artículo de resultados está en proceso de revisión.

Dentro de las principales limitaciones de este estudio como se mencionó con anterioridad, están relacionadas con la cantidad de sujetos y su participación voluntaria, lo cual dificulta la generalización de los resultados, por lo que se plantea la necesidad de realizar futuras investigaciones con una mayor cantidad de sujetos e incluir algunas variables relacionadas con la formación profesional, que permitan asociar los resultados con futuros programas de formación por parte de las instituciones educativas. Esta idea sigue una línea de asociación con el estudio realizado por (Wilson et al., 2020) en donde los autores plantean que no sólo los fonaudiólogos clínicos deben estar preparados para la atención de dificultades en la deglución pediátrica, sino que este asunto también debe ser de interés para los fonaudiólogos en el área educativa.

Conclusiones

Se evidencia que los profesionales encuestados demuestran conocer instrumentos de evaluación de la deglución pediátrica, sin embargo, se presentan algunas falencias, dado que algunas de las pruebas mencionadas están dirigidas a evaluar deglución en usuarios adultos, posiblemente por el desconocimiento de algunos de los encuestados en cuanto a instrumentos de valoración pediátricos.

Por otro lado, si bien los encuestados demuestran conocer pruebas de valoración del proceso deglutorio pediátrico, se observa confusión y desconocimiento en relación a las categorías a las que pertenecen dichos instrumentos, no sabiendo diferenciar entre pruebas de screening, pruebas de evaluación clínica, pruebas instrumentales o de evaluación de calidad de vida. Este desconocimiento se podría traducir en que el planteamiento del proceso terapéutico puede no ser adecuado o estar alejado de las problemáticas que el menor pueda presentar, ya que se desconoce el objetivo central de cada una de las pruebas o en qué momento sería oportuno aplicar cada una de ellas. Lo anterior se suma a que aspectos como la “calidad de vida” del menor con disfagia o de sus cuidadores está siendo omitido del proceso evaluativo.

En síntesis, nuestros hallazgos sugieren la necesidad de formación específica de los profesionales de fonología en temas de medición y evaluación en salud, que les permitan identificar la categoría de cada instrumento, comprender las características psicométricas de los mismos y seleccionar analíticamente cada uno de estos; siendo el área de evaluación instrumental de la deglución pediátrica, una de las que requiere mayor manejo.

Referencias

- Alarcon, A. y Muñoz N. (2008). Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. *Revista Médica de Chile*, 136(1), 125–130. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000100016>
- Aquino, J., Rocha, P., Almeida, S. y Luz, A. (2014). An uncommon cause of dysphagia in pediatric age. *Jornal Portugues de Gastroenterologia*, 21(5), 203–207. <https://doi.org/10.1016/j.jpg.2014.06.001>
- Archer, L., Rosenbau, P. y Streiner, D. (1991). The Children's Eating Behavior Inventory: Reliability and Validity Results. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(5), 629–642. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/16.5.629>
- Arvedson, J. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 118–127. <https://doi.org/10.1002/ddrr.17>
- Bleeckx, D. (2004). *Disfagia: Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. Madrid, España. Graw Hill Interamericana.
- Belafsky, P., Blumenfeld L., LePage A. y Nahrstedt K. (2003). The accuracy of the modified Evan's blue dye test in predicting aspiration. *The Laryngoscope*, 113 (11):1969–1972. <https://doi.org/10.1097/00005537-200311000-00021>
- Belafsky, P., Mouadeb, D., Rees, C., Pryor, J., Postma, G., Allen, J. y Leonard, R. (2008). Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 117 (12), 919–924. <https://doi.org/10.1177/000348940811701210>
- Boshart C. (1998). *Oral-Motor Analysis and Remediation Techniques*. Speech Dynamics Incorporated.
- Burgos, R., Sarto, B., Seguro, H., Romagosa, A., Puiggrós, C., Vázquez, C., Cárdenas, G., Barcons, N., Araujo, K. y 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*, 27(6), 2048–2054. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6100>

- Crist, W., Dobbelsteyn, C., Brousseau, A. y Phillips, A. (2004). Pediatric assessment scale for severe feeding problems: validity and reliability of a new scale for tube-fed children. *Nutricion and Clinical Practice*, 19(4), 403 - 408. <https://doi.org/10.1177/0115426504019004403>
- Crist, W. y Napier - Phillips A. (2001). Mealtime behaviors of young children: a comparison of normative and clinical data. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22 (5): 279 -286. <https://doi.org/10.1097/00004703-200110000-00001>
- Dailey, K., (2001). *Pediatric Dysphagia Resource Guide*. Michigan. Singular Thomson Learning.
- Dioses, A., Susanibar, F. y Parra, B. (2014). *Tratado de Evaluación de Motricidad Orofacial y Áreas Afines*. Eos.
- Dodrill, P. y Gosa, M. (2015). Pediatric Dysphagia: Physiology, Assessment, and Management. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(5), 24–31. <https://doi.org/10.1159/000381372>
- Fujinaga, C., Moraes, S., Zamberlan-Amorim, N., Castral, T., De Almeida e Silva, A. y Scochi, C. (2013). Clinical validation of the Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 140–145. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692013000700018>
- Henaó, P., Lopera, M., Salazar, O., Medina, P. y Morales, O. (2009). Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el diagnóstico de disfagia en niños. *Iatreia*, 22(2), 169–179.
- Lefton-Greif, M., Okelo, S., Wright, J. M., Collaco, J., McGrath-Morrow, S. y Eakin, M. (2014). Impact of children's feeding/swallowing problems: validation of a new caregiver instrument. *Dysphagia*, 29(6), 671–677. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9560-7>
- Leguizamo, R. y Antunez de Mayolo, S. (2017). *Diseño, validación y aplicación del protocolo de evaluación de la triada succión – deglución – respiración en neonatos de 24 a 72 horas de nacidos de un hospital público de referencia nacional*. [Tesis de magister, Pontificia Universidad Católica del Perú] Repositorio Institucional - Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Matsona, J y Kuhn, D. (2001). Identifying feeding problems in mentally retarded persons: Development and reliability of the screening tool for feeding problems (STEP). *Research in Developmental Disabilities*, 22, 165–172. [https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(01\)00065-8](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(01)00065-8)
- Marshalla, P. (2007). *MOST: Marshalla Oral Sensorimotor Test*. Super Duper Publications.
- Palmer, M., Crawley, K. y Blanco, I. (1993). Neonatal Oral-Motor Assessment scale: a reliability study. *Journal of Perinatology*.13(1):28-35.
- Ramsay, M., Martel, C., Porporino, M. y Zygmuntowicz, C. (2011). The Montreal Children's Hospital Feeding Scale: A brief bilingual screening tool for identifying feeding problems. *Paediatrics & Child Health*, 16(3), 147 - e17. <https://doi.org/10.1093/pch/16.3.147>
- Remijn, L., Speyer, R., Groen, B., Holtus, P., van Limbeek, J. y Nijhuis-van der Sanden, M. (2013). Assessment of mastication in healthy children and children with cerebral palsy: a validity and consistency study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 40 (5), 336-347. <https://doi.org/10.1111/joor.12040>
- Reyes, M. y Ribera, H. (2000). *Evaluación fonoaudiológica de estructuras y funciones del sistema estomatognático*. Bogotá, Colombia.
- Rodríguez, M., Fernández, A. y González, T. (2017). *Disfagia pediátrica. Actualización y manejo en poblaciones específicas*. Sociedad Gallega de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial. http://sgorl.org/images/Ponencias/DISFAGIA_OROFAR%C3%8DNGEA_ACTUALIZACI%C3%93N_Y_MANEJO_EN_POBLACIONES_ESPEC%C3%8DFICAS.pdf
- Sampallo, R. (2015). *Neonatos y lactantes menores: Guía orofacial y deglutoria. Evaluación, diagnóstico e intervención terapéutica*. Universidad Nacional de Colombia.
- Serel, S., Demir, N., Karaduman, A. y Belafsky, P. (2017). The Pediatric Version of the Eating Assessment Tool: a caregiver administered dysphagia-specific outcome instrument for children. *Disability and Rehabilitation*, 40(17), 2088–2092. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1323235>
- Serel, S., Demir, N. y Karaduman, A. (2019). Turkish Version of the Mastication Observation and Evaluation (MOE) Instrument: A Reliability and Validity Study in Children. *Dysphagia*, 35, 328–333. <https://doi.org/10.1007/s00455-019-10035-8>
- Silbergleit, A., Schultz, L., Jacobson, B., Beardsley, T., y Johnson, A. (2011). The Dysphagia Handicap Index: Development and Validation. *Dysphagia*, 27(1), 46–52. <https://doi.org/10.1007/s00455-011-9336-2>
- Skuse D., Stevenson, J., Reilly, S. y Mathisen, B. (1995). Schedule for Oral-Motor Assessment (SOMA): Methods of Validation. *Dysphagia*, 10(3), 192–202. <https://doi.org/10.1007/BF00260976>
- Thoyre, S., Shaker, C., y Pridham, K. (2005). The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal network*, 24(3), 24. 7-16.
- Thoyre, S., Pados, B., Park, J., Estrem, H., Hodges, E., McComish, C., Van Riper, M. y Murdoch, K. (2014). Development and content validation of the pediatric eating assessment tool (Pedi-EAT-10). *American Journal of Speech-Language Pathology*, 23(1), 46–59. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2013/12-0069\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2013/12-0069))
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., y Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The gugging swallowing screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.107.483933>
- Vallés-Sasot, A., Vila-Rovira, J., García-Algar, Ó., y Casanovas-Pagés, M. (2018). Fiabilidad y validez del cuestionario observacional de las conductas de alimentación en neonatos prematuros (COCANP). *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 38(4), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2018.07.005>
- Velázquez, N., Masud, J., y Ávila, R. (2004). Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. Boletín médico del Hospital Infantil de México, 61(1), 73-86. Recuperado en 07 de julio de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI665-11462004000100010&lng=es&tlng=es.
- Wilson, J., Simmons, A. y McCarthy, J. (2020). Pediatric Dysphagia: Survey Results Describing Speech-Language Pathologists' Education and Experience. *SIG 13 Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 5(1), 236–245. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00016
- Xavier, C. (2002). *Avaliação dos padrões de sucção em recém nascidos prematuros visando a transição da alimentação de sonda gástrica para via oral* [Tesis de doctorado, Universidad de São Paulo]. Biblioteca virtual em saúde

DEGLUCIÓN PEDIÁTRICA

Verificación de criterios

* **Obligatorio**

1. Apreciad@ Fonoaudiólogo@, antes de iniciar su participación queremos saber si cumple con los siguientes criterios de inclusión: 1. Fonoaudiólogo graduado de una universidad de Colombia o Chile; 2. Que trabaje actualmente en área clínica, consulta externa atendiendo procesos de alimentación y deglución; 3. Que atienda población pediátrica *

Marca solo un óvalo.

- Sí (puede continuar)
- No (Gracias por su interés)

DEGLUCIÓN PEDIÁTRICA	<p>Respetado Fonoaudiologo(a)</p> <p>La encuesta a la cual se le esta invitando a participar, tiene como fin: Identificar las herramientas conocidas y usadas por los fonoaudiólogos de Colombia y Chile para evaluar la deglución en población pediátrica. La información suministrada a continuación nos permitirá 1) Identificar las herramientas que conocen y manejan en la practica clínica; y 2) Explorar la necesidad de adaptar y/o diseñar instrumentos para esta población especifica.</p> <p>La participación en este estudio no conlleva a ningún riesgo, es voluntaria y los datos que se recojan, serán anónimos y de carácter privado, por tanto no pediremos su nombre únicamente su correo electrónico para informarle de los resultados si así lo desea. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es completamente libre y voluntaria, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee.</p> <p>Los investigadores se comprometen a proteger los datos y resolver cualquier duda que tenga.</p> <p>Si usted esta de acuerdo en participar, se le pedirá responder 23 preguntas entre selección múltiple y abiertas, las cuales le pedimos responder con la mayor sinceridad, el tiempo estimado de la encuesta es de 15 minutos.</p> <p>Agradecemos de antemano su participación.</p> <p>LISBEY MORENO PÉREZ ANGIE CAROLINA GRAJALES Corporación Universitaria Iberoamericana</p> <p>SARA GONZALEZ Universidad Austral de Chile</p>
---------------------------------	--

2. Acepto participar voluntariamente en esta investigación.*

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

3. ¿Autoriza usted el tratamiento de sus datos, de acuerdo a la ley Estatutaria 1581 del 2012, Habeas Data?*

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

4. 1. País de residencia*

Marca solo un óvalo.

Colombia

Chile

5. 1. Ciudad de residencia*

6. 3. Edad*

7. 4. Correo de contacto*

FORMACIÓN PROFESIONAL

8. 5. Universidad donde realizó el pregrado*

9. 6. Año en el que se graduó del pregrado como Fonoaudiólogo*

10. 7. Seleccione el nivel máximo de estudio posgradual:*

Selecciona todos los que correspondan.

Diplomado

Especialización

Maestría

Doctorado

No aplica

Otro: _____

11. 8. ¿Cuántos cursos adicionales de formación en deglución/ alimentación ha realizado?*

Selecciona todos los que correspondan.

0

1-3

4-6

Más de 7

12. 9. ¿De los cursos que reportó anteriormente alguno ha sido sobre deglución/alimentación PEDIÁTRICA?*

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
 No

13. 10. ¿Cuántos años se ha desempeñado en el área de deglución?*

Selecciona todos los que correspondan.

- 0
 1-3
 4-6
 7-9
 10-12
 Más de 13 años

14. 11. ¿Cuántos años se ha desempeñado en el área de deglución PEDIÁTRICA?*

Selecciona todos los que correspondan.

- 0
 1-3
 4-6
 7-9
 10-12
 Más de 13 años

EVALUACIÓN PEDIÁTRICA

15. 12. ¿Recientemente ha leído publicaciones sobre Deglución Pediátrica?*

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

16. 13. Si la respuesta anterior fue afirmativa ¿Cuál era el tema central de esa publicación leída?*

Marca solo un óvalo.

- Patologías y trastornos
 Evaluación
 Intervención
 Promoción y Prevención
 Otro: _____

17. 14. Enumere paso a paso los procedimientos que realiza en la evaluación clínica de la deglución en un usuario pediátrico.*

**INSTRUMENTOS
DE EVALUACIÓN**

Las siguientes preguntas son referentes a el conocimiento que tiene usted frente a instrumentos para evaluación de la deglución pediátrica, es importante para nosotros tener esta información con el fin de proyectar necesidades en nuestra disciplina

18. 15. ¿Usted conoce pruebas tamiz/screening para deglución pediátrica?*

Marca solo un óvalo.

Sí

No

19. 16. ¿Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor ENUMERE las pruebas tamiz que conoce.*

20. 17. ¿Usted conoce instrumentos clínicos subjetivos (protocolo y/o fichas) para la evaluación de la deglución pediátrica?*

Marca solo un óvalo.

Sí

No

21. 18. Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor indique los instrumentos clínicos subjetivos (protocolo y/o fichas) que conoce. Si su respuesta fue negativa escriba N.A.*

22. 19. De las siguientes pruebas objetivas para la evaluación de la deglución. ¿Cuál usa con población pediátrica?*

Selecciona todos los que correspondan.

FEES

Videocinedeglución (Videofluoroscopia)

Ecografía

Electromiografía de superficie

Auscultación cervical digital

Otro: _____

23. 20. ¿Usted conoce pruebas para evaluar la calidad de vida, entorno a la deglución pediátrica?*

Marca solo un óvalo.

Sí

No

24. 21. Si la respuesta anterior fue afirmativa, por favor enumere las pruebas para evaluación de calidad de vida que conoce. Si su respuesta fue negativa escriba N.A*

25. 22. De sus respuestas anteriores ¿Cuáles instrumentos usa en su practica clínica diaria?*

Selecciona todos los que correspondan.

- Pruebas Tamiz
- Pruebas Subjetivas
- Pruebas Objetivas
- Pruebas de Calidad de vida
- Ninguna estandarizada

26. 23. ¿Considera que el proceso de evaluación de la deglución pediátrica que sigue actualmente en su practica clínica, le permite la planeación de una intervención organizada? Responda en una escala de 1 a 5 donde 1 es nunca y 5 es siempre.*

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. 24. Si su respuesta anterior fue 1 (nunca) o 2 (casi nunca), ¿Por que no le permite la planeación organizada?

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios