



Revista de la Facultad de Medicina
ISSN: 2357-3848
revista_fmbog@unal.edu.co
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

Aguirre Bravo, Ángela Natalia; Sampallo Pedroza, Rosa
Fonoaudiología en los cuidados paliativos
Revista de la Facultad de Medicina, vol. 63, núm. 2, 2015, pp. 289-300
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=576363524014>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

ARTÍCULO DE REVISIÓN**DOI:** <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.48539>**Fonoaudiología en los cuidados paliativos***Phonoaudiology in palliative care***Ángela Natalia Aguirre-Bravo¹ • Rosa Sampallo-Pedroza²****Received:** 21/01/2015 **Accepted:** 05/02/2015¹ Programa de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia.² Departamento de la Comunicación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., Colombia.

Correspondencia: Ángela Natalia Aguirre-Bravo. Carrera 30 No. 45-03, Departamento de la comunicación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Teléfono: + 57 1 3165000. Correo electrónico: anaguirreb@unal.edu.co.

| Resumen |

Los cuidados paliativos (CP) se pueden aplicar desde el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, durante su progresión y al final de la vida. Para garantizarles calidad de vida al paciente con enfermedad terminal y a su familia, se provee una atención física, emocional y espiritual; así pues, los CP no se aplican únicamente cuando un tratamiento curativo no tiene un efecto favorable o cuando el paciente está en la fase de agonía. Con el objetivo de documentar, describir y caracterizar el quehacer del fonoaudiólogo en los cuidados paliativos, se realizó una revisión bibliográfica narrativa. En esta, se emplearon bases de datos especializadas, libros, guías de manejo, páginas electrónicas de instituciones y organizaciones reconocidas mundialmente en cuidados paliativos, fonoaudiología, dolor cráneo-facial, cáncer, enfermedades crónicas, entre otras. Con la información obtenida, se logró contextualizar teóricamente, identificar la situación en Colombia y determinar el rol del fonoaudiólogo en las áreas de comunicación, dolor cráneo-facial y disfagia. Se concluyó que existe escasa información que determine el rol del fonoaudiólogo en los cuidados paliativos, a pesar del reporte de la importancia de su quehacer profesional en esta área. Además, todas sus actividades profesionales están alineadas con las disposiciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) al buscar un cuidado que garantice buena vida en los últimos días.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Disfagia; Dolor; Calidad de vida; Fonoaudiología (DeCS).

Aguirre-Bravo AN, Sampallo-Pedroza RS. Fonoaudiología en los cuidados paliativos. Rev. Fac. Med. 2015;63(2):289-300. Spainsh. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.48539>.

Summary

Palliative care (PC) can be applied since the moment a potentially life-threatening illness is diagnosed, during its progression and in the final stages of life. To ensure quality of life for a terminally ill patient and their family, physical, emotional and spiritual care are provided; hence, it can be deduced that the PC are not only applied when a curative treatment has an unfavorable effect and/or in the agony stage of the patient. With the purpose of documenting, describing, and characterizing the role of the speech-language pathologist in PC, a narrative literature review was conducted by means of specialized databases, books, management guidelines, and websites of institutions and organizations worldwide recognized in PC, speech-language therapy, craniofacial pain, cancer, and chronic illnesses, among others. With the information obtained, it was possible to make a theoretical contextualization, identify the situation in Colombia and determine the role of the speech therapist in communication, craniofacial pain and dysphagia. It was concluded that there is little information that would determine the role of the speech-language pathologist in PC, despite the report on the importance of their professional work in this area. Furthermore, all of their professional activities are aligned with the guidelines established by the World Health Organization (WHO) in the quest for care that guarantees a good life during the final days.

Keywords: Palliative care; Dysphagia; Pain; Quality of life; Speech-language pathology (MeSH).

Aguirre-Bravo AN, Sampallo-Pedroza RS. [Phonoaudiology in palliative care]. Rev. Fac. Med. 2015;63(2):289-300. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.48539>.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en el 2002 los cuidados paliativos (CP) como “la asistencia promovida por un equipo interdisciplinario, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, mitigando el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo espiritual y psicológico, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo” (1). Los CP, al desarrollarse como respuesta al sufrimiento, se convierten en un derecho básico para todo paciente con una enfermedad que no responde al tratamiento (2). Por ello, se deben organizar y adaptar al modelo de atención de salud de cada país, considerando la cultura y contexto de los pacientes y sus familias (3).

El equipo profesional que atiende las necesidades del paciente terminal y de su familia debe ser interdisciplinario (4). Los programas en CP ofrecidos por las diferentes instituciones de salud deben brindar asistencia de calidad, con equidad y accesibilidad; a nivel domiciliario, hospitalario o en instituciones tipo hospicio o geriátricas. Se debe garantizar acciones profesionales que van desde la consejería y educación, hasta las intervenciones terapéuticas puntuales, intermitentes o con responsabilidad compartida (4,5).

Con el objetivo de documentar, describir y caracterizar el quehacer del profesional en Fonoaudiología en el campo de los CP, se realizó la presente revisión bibliográfica narrativa. Esta permitió identificar que la fonoaudiología en los CP busca generar calidad de vida y bienestar a los pacientes con enfermedad terminal y a sus familiares, mediante el establecimiento de canales comunicativos y el manejo de síntomas como la disfagia y el dolor cráneo-facial. Además, se determinó la naturaleza de los CP y su diferencia con los cuidados crónicos; los conceptos de calidad de vida, dolor y sufrimiento; el manejo de la ética para realizar actividades de evaluación, diagnóstico e intervención, y se indagó por la situación este tipo de cuidado en Colombia.

Metodología

La información consultada para elaborar la presente revisión bibliográfica narrativa, centrada en el quehacer Fonoaudiológico en los CP, se obtuvo a través de bases de datos especializadas como Medline, Pubmed, Ebsco y Redalyc; páginas electrónicas de instituciones y organizaciones reconocidas a nivel mundial y nacional en el campo de los CP, la Fonoaudiología y temas relacionados. Inicialmente, se hizo una búsqueda automatizada con las palabras clave

preestablecidas “Cuidado Paliativo”, “Cuidados al Final de la Vida” y “Fonoaudiología”. Debido al interés histórico de los CP y la trascendencia del rol del fonoaudiólogo en este campo, no se limitó el periodo de tiempo.

Se excluyó la información relacionada con pediatría, prácticas médicas, manejo farmacológico, sedación, cuidados en una patología específica, suicidio asistido, eutanasia, aspectos socioeconómicos, emergencias, periodo de duelo-luto, y cuidados espirituales. Como criterios de inclusión se tuvieron documentos relacionados con la conceptualización, desarrollo y filosofía de los CP; comunicación; manejo no farmacológico de síntomas relacionados con dolor, síntomas digestivos, nutricionales y respiratorios, y fonoaudiología. Se encontró un total de 1500 documentos; de estos, 320 cumplieron los criterios de selección, y 180 fueron incluidos por su relevancia.

A partir de la primera búsqueda y exploración de la información, se establecieron 3 campos de análisis, que abarcan las conceptualizaciones. Para ello, se constituyó una búsqueda metódica de diferentes descriptores relacionados con los CP; también de la situación de Colombia y las acciones fonoaudiológicas. La información obtenida se estudió, organizó y desarrolló, de acuerdo a los objetivos planteados.

Contextualización

La práctica de los CP data desde el imperio Bizantino, atravesada por las doctrinas religiosas, basadas en el ser caritativo y bondadoso (6,7). Los CP nacieron en diferentes culturas y países, bajo la creación de hospitales u hospicios que inicialmente brindaron hospedaje y cuidado a los forasteros, pobres, pacientes y moribundos (8,9). Luego, se centraron en la atención exclusiva de pacientes con cáncer avanzado, y actualmente han llegado a incluir a las personas que padecen enfermedades terminales, progresivas o en fase avanzada (6,10).

En 1980, la OMS incorporó oficialmente el concepto de los CP y los promovió como parte del Programa de Control de Cáncer. El concepto de medicina paliativa apareció asociado a las prácticas médicas; sin embargo, debido a que otros profesionales tales como enfermeras, terapeutas ocupacionales, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos y capellanes se han involucrado, se cambió la denominación a CP, ya que tal cuidado debe ser multiprofesional o interdisciplinario (4,11).

Los CP no se limitan a aquellos pacientes que sufren de enfermedades terminales específicas o en fase final de vida; se pueden aplicar junto con un tratamiento curativo o de prolongación de la vida, se intensifican durante la fase de agonía, y se extienden hasta después de la muerte (7,12,13).

Para que los pacientes y sus familiares se sientan seguros, cuidados y protegidos (con óptima comunicación y orientación sobre todos los síntomas que se presentan), los CP ofrecen un cuidado continuo las 24 horas del día, los 365 días del año (11,14). Esto, mediante atención telefónica, domiciliaria, en una unidad de servicios hospitalarios o a nivel ambulatorio, en unidades día, o en residencias tipo hospicio (5).

En los CP, diversas especialidades trabajan conjunta y coordinadamente, para proveer una muerte más humana, menos sufrida y mejor comprendida.

Entre los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario de CP, debe existir una comunicación plena y continua, que garantice una atención de calidad (4). En la actualidad, se habla de un modelo trasdisciplinario, en el que la familia se involucra y permanece continuamente con el paciente. Este es el más indicado para velar por su bienestar (3).

Es importante diferenciar los CP de los cuidados crónicos, ya que los dos se pueden aplicar aislada o conjuntamente. Estos últimos previenen y tratan las enfermedades crónicas desde su diagnóstico, con el fin de mantener estable y prologar la vida del paciente (15). Es decir, en el cuidado crónico, las personas atraviesan por un periodo de crisis, donde hay un momento sintomático antes del diagnóstico y una adaptación inicial; un periodo crónico, comprendido entre el inicio del tratamiento sintomático y las complicaciones severas; y un periodo terminal, en el que hay un grado severo de discapacidad y conocimiento de muerte inevitable (16-18).

Un paciente con enfermedad crónica tiene la posibilidad de mejorarse bajo los cuidados específicos y especiales; sin embargo, la probabilidad de fallecimiento depende de la severidad de los síntomas que presente y de las complicaciones asociadas o generadas por la condición (15,19,20). De esta forma, los CP actúan cuando el tratamiento de estas patologías no tiene un efecto positivo, la enfermedad ha avanzado y el paciente se encuentra en fase de agonía; también para ayudar a controlar los síntomas que causan dolor y sufrimiento (21).

En la fase final de vida, se deben replantear todos los objetivos terapéuticos, adecuándolos a las nuevas situaciones (22). El equipo interdisciplinario en CP, que brinda cuidados al final de la vida, debe individualizar la decisión terapéutica para cada paciente, conociendo y respetando sus deseos y decisiones (4,24). Bajo ninguna circunstancia, se deben suprimir los cuidados elementales de higiene y bienestar, ni suspender la medicación elemental. En contraste, se deben omitir y suspender los tratamientos médico-terapéuticos, que no se dirigen a producir alivio y que no afectan de manera significativa el pronóstico de muerte (24-27).

Los cuidados al final de la vida son parte de los CP. No obstante, estos suelen ser empleados indistintamente (21). La diferencia entre estos dos tipos de cuidado radica en que los CP se pueden brindar en todos los estadios de la enfermedad, mientras que los cuidados al final de la vida solo están dirigidos a los pacientes terminales que tienen una corta expectativa de vida (12,21). La prioridad de estos últimos es garantizar una buena muerte, entendida como “libre de malestar y sufrimiento evitable, centrada en los deseos de los pacientes y los familiares, bajo estándares clínicos, culturales y éticos” (21,24).

La calidad de vida del paciente y su familia es primordial para los CP. Su conceptualización en el área de la salud se refiere a la manera como una persona o grupo perciben su salud (28,29). Esto permite entender la repercusión de las enfermedades en su vida cotidiana (30,31), abarcando la biología humana, el medio ambiente y la organización de la atención de la salud (29,32).

La calidad de vida del paciente y la de su familia en los CP, depende del control del dolor, del alivio del sufrimiento y de la generación de estados de bienestar, durante la progresión de la enfermedad y la llegada de la muerte (24). Los CP tratan de redefinir la conducta de los profesionales de la salud ante la mortalidad humana, otorgando dignidad mientras se vive y en la muerte (33). Debido a esto, es importante diferenciar el dolor del sufrimiento, para garantizar una atención de calidad.

En 1980, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) determinó que el dolor corresponde a una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial de un tejido (34). En la tabla 1, se clasifica el dolor según el origen, duración, intensidad, localización, velocidad de conducción y según el manejo farmacológico (35).

Tabla 1. Clasificación del dolor.

	Tipos de dolor
Origen	Dolor espiritual Dolor físico: neuropático, nociceptivo, somático y visceral Dolor psicógeno
Duración	Agudo Crónico: dolor maligno, dolor no maligno
Intensidad	Leve, moderado y severo
Localización	Localizado, irradiado o difuso
Velocidad de conducción	Rápido Lento
Manejo farmacológico	Responde a opiáceos Parcialmente sensible a opiáceos No responde a opiáceos

Fuente: (34).

Para Chapman y Garvin (1993), el sufrimiento es “un complejo estado afectivo y cognitivo negativo, caracterizado por la sensación de amenaza hacia la integridad, el sentimiento de impotencia para hacer algo frente a dicha amenaza y el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le ayudarían a confrontarla” (36). El hecho de enfrentarse a una enfermedad terminal causa sufrimiento a la persona que la padece, a su familia y al equipo de salud que lo atiende (15,37).

El sufrimiento, al trascender los síntomas físicos, requiere continuamente una evaluación e intervención multidimensional, fomentando una comunicación continua que permita al paciente y su familia comprender su origen y las posibles alternativas para disminuirlo o evitarlo (37).

Colombia y los cuidados paliativos

Marco legal

En Colombia se distinguen dos leyes que reglamentan la asistencia en CP. La Ley 1384 de 2010 (Ley Nacional del Cáncer o “Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del Cáncer en Colombia”), estable que los CP son parte del cuidado y atención integral que mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer y la de sus familias. A través de esta ley se determina el alivio del dolor en los niveles de atención en salud y se da el acceso a los opioides (38). Esta ley, ya aprobada, aún no se ha implementado en su totalidad (39).

La segunda es la Ley 1733 del 8 de septiembre de 2104 (“Ley Consuelo Devís Saavedra, por medio de la cual se regulan los servicios de CP para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”). Determina que los CP deben mejorar la calidad de vida de los pacientes por medio del manejo integral del dolor; contemplando aspectos físicos, psicológicos, sociales, espirituales y emocionales. Esta ley reglamenta los deberes de las entidades y compromete al Ministerio de Salud y a otros entes de regulación a hacer cumplir la prestación adecuada de los servicios, con la pertinencia médica y efectuando lo contemplado en el Plan Obligatorio de Salud (40).

Servicios-unidades y equipos de CP en Colombia

En Colombia, los pacientes con enfermedades oncológicas, crónicas y degenerativas tienen, en fase final de vida, poca cobertura de servicios de CP (39). Los servicios-unidades con equipos profesionales entrenados en CP se ubican en las grandes ciudades, especialmente en hospitales de tercer

y cuarto nivel de atención. No se reporta la existencia de unidades de larga estancia, hospitales de día y hospicios con gran capacidad para este fin (41). En la tabla 2, se describe la atención en CP en Colombia, dependiendo de los niveles de atención.

Tabla 2. Cuidados paliativos en Colombia según los niveles de atención en salud.

Servicios	Unidades-servicios y equipos
Exclusivos Hospitales primer nivel	4 residencias tipo hospicio 2 equipos de atención domiciliaria dirigida por Especialistas en CP 60 programas de atención en CP dirigidos por profesionales sin entrenamiento específico No atención en CP en centros comunitarios
Exclusivos Hospitales Segundo Nivel	1 servicio/unidad de CP
Exclusivos Hospitales Tercer Nivel	13 servicios/unidades de cuidados paliativos que atienden indistintamente adultos y niños.

Fuente: (41).

En las tablas 3 y 4 se mencionan los centros hospitalarios de tercer nivel que prestan servicios o cuentan con unidades de CP y los hospitales que tiene programas de atención domiciliaria en CP y manejo del dolor.

Tabla 3. Unidades de cuidados paliativos exclusivas en el tercer nivel de atención en salud en Colombia

Ciudad	Servicios de tercer nivel
Bogotá	Instituto Nacional de Cancerología Hospital Universitario de San Ignacio Fundación Cardioinfantil Hospital Universitario Mayor Méderi Organización Sanitas (Clínica Colombia y Clínica Reina Sofía)
Medellín	Clínica de las Américas Hospital Pablo Tobón Uribe Hospital San Vicente de Paul Clínica Corporación para Estudios en Salud
Cali	Fundación Valle de Lili Centro Médico Imbanaco Clínica Rafael Uribe Uribe Instituto de Seguros Sociales
Pasto	Fundación Hospital San Pedro

Fuente: (41).

Tabla 4. Instituciones que cuentan con servicios de atención domiciliaria.

Ciudad	Hospital, clínica o fundación
Bogotá	Instituto Nacional de Cancerología Fundación Santa Fe Colsanitas

Fuente: (41).

Ética y bioética en los CP

El respeto por la dignidad del ser humano y la aceptación de la muerte son dos de las actitudes básicas en los CP. Por ello, en la etapa final de vida, es necesario tener presentes los principios éticos destinados a proteger la vida humana, incluso en condiciones de extrema debilidad (42). Algunos de los valores y principios éticos relevantes en la atención de pacientes terminales corresponden a inviolabilidad de la vida humana, proporcionalidad terapéutica, doble efecto, veracidad en la comunicación, y deber moral de no abandonar al paciente y a su familia (12).

La bioética en los CP plantea evitar un encarnizamiento terapéutico o uso inapropiado de los cuidados que prologuen la vida —tratamientos fútiles—, ya que paliar a un paciente terminal es, en esencia, brindar un acercamiento tranquilo a la muerte, sin estorbos terapéuticos que prolonguen la agonía, más que la vida misma. Las prácticas en CP se basan en los principios fundamentales de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia (43).

Todos los pacientes en fase terminal tienen libertad para elegir o abandonar los diferentes tipos de cuidado que ayudan a controlar los síntomas y a calmar el dolor y el sufrimiento, después de conocer la información suficiente, brindada por el equipo de salud. Para realizar diferentes actividades de intervención, se debe generar un consentimiento informado, en el que el paciente y su familia afirman que conocen y asumen los diferentes riesgos y beneficios. Si el paciente y la familia se rehúsan a cualquier tratamiento, se debe hacer un rechazo informado (44).

La ética fonoaudiológica en la intervención de la comunicación plantea que se debe velar por generar canales comunicativos de cualquier modalidad. Incluso, se debe garantizar la implementación de un método comunicativo real, ajustado al contexto cultural y ambiental del paciente, considerando a la familia (45).

La ética fonoaudiológica en la intervención de la deglución plantea que las distintas acciones profesionales deben considerar los factores relacionados con la seguridad y eficacia de la deglución. Las diferentes formas de evaluar la deglución, deben dar una respuesta rápida y eficaz en cuanto a los síntomas, el diagnóstico y el nivel de severidad. Las decisiones sobre las formas de evaluación e intervención deben evitar el sufrimiento del paciente, evadiendo toda acción innecesaria (45).

Cuidados paliativos y fonoaudiología

La mayoría de las enfermedades terminales involucran en la fase inicial, durante su progresión o hacia el final de la vida, cambios en la comunicación y deglución. Aparecen

condiciones generadoras de dolores a nivel cráneo-facial y deglutorio o alteraciones en los diferentes órganos fonoarticulatorios (OFA) que comprometen el bienestar de los pacientes y sus familias (46,47).

Comunicación en los CP

Comunicarse corresponde al intercambio de sentimientos, conocimientos y necesidades entre dos o más personas. Esta habilidad se altera, limita o inhibe en pacientes de CP, debido a la debilidad generalizada, el nivel de conciencia disminuido, los efectos secundarios de los medicamentos, y a las alteraciones orgánicas o neurológicas. Incluso, se afecta el control respiratorio, la movilidad de los músculos del habla y la deglución, el lenguaje, las funciones ejecutivas y las mentales superiores (46).

Las dificultades de comunicación alteran la comprensión del paciente sobre su propia condición médica y las posibles opciones de control de síntomas, ya que limitan su capacidad para tomar decisiones y comunicarlas a sus familiares o cuidadores (47).

Dolor cráneo-facial

Para Hargreaves, el dolor cráneo-facial es la sensación desagradable de una lesión localizada en la cara, la cabeza, el cuello o en estructuras asociadas; este puede ser agudo o crónico y su intensidad causa molestias leves o genera situaciones discapacitantes (48).

El dolor cráneo-facial es multifactorial. Puede manifestarse en una zona específica o en varias partes, durante el reposo o mientras se ejecutan funciones como el habla o la masticación (49). Se presenta por agentes como quemaduras, infecciones (virales, bacterianas o micóticas), inflamaciones, edemas, traumatismos, neuritis, restricciones en el sistema miofascial, o se asocia a enfermedades sistémicas, inmunológicas, oncológicas, neurológicas, entre otras (48,50). En los CP, el dolor cráneo-facial puede ser localizado o referido, aparecer como un dolor fantasma, ocurrir por las condiciones médicas, o por los diferentes tratamientos médicos (23).

Odinofagia

La odinofagia se refiere al dolor durante la deglución. Ocurre con o sin la presencia de disfagia. El dolor percibido durante la deglución puede ser leve retroesternal o de intensidad extrema, y se irradia hacia la espalda. Es de etiología múltiple, se puede asociar a lesiones, infecciones o ulceraciones esofágicas. En los CP, se puede presentar por lesión estructural, neural y por tratamiento farmacológico, quirúrgico, de radioterapia o quimioterapia (51).

Disfagia

Comer es una actividad biológica que involucra un simbolismo social, cultural y religioso. Esta actividad cotidiana básica va más allá de la obtención de los nutrientes y vitaminas necesarias para la vida, pues incluye actos que van desde la preparación del alimento, hasta el momento después de comer (46,52).

La disfagia es el trastorno de la deglución asociado a diferentes condiciones médicas que afecta significativamente la calidad de vida de las personas (53). Además, dificulta la ingesta segura de los nutrientes esenciales que permiten la subsistencia del ser humano, pone en peligro el sistema respiratorio, y altera el funcionamiento general del cuerpo (47,54). Al llegar el final de la vida, ocurre una disminución gradual o abrupta de la ingesta de alimentos líquidos y sólidos, ocasionada por la falta de apetito o por la alteración de una o varias de las 4 fases de la deglución (anticipatoria, preparatoria-oral, oral, faríngea y esofágica) (53).

En los CP, la disfagia se convierte en uno de los síntomas que se presenta, a medida que la enfermedad terminal progresiva. Algunos de los síntomas que aparecen en los CP relacionados con la disfagia son: xerostomía, náusea y vómito, tos e hipo, hiporexia-anorexia, caquexia y desnutrición (53).

Función oral motora y sensorial

Corresponde a las funciones realizadas por las estructuras faciales y orales inervadas por los pares craneales V —trigémino—, VII —facial—, IX —glosofaríngeo—, X —vago— y XII —hipogloso—. Las habilidades motoras orales incluyen el tono y la fortaleza de la musculatura facial y masticatoria, más el rango, la velocidad y la coordinación de movimiento. La función sensitiva involucra la identificación de estímulos térmicos, táctiles y gustativos, en la extensión de la cavidad oral. La función motora oral y sensitiva también incluye los reflejos orales y faríngeos (55,56).

En los CP, a causa de la enfermedad terminal, los pacientes pueden presentar alteraciones leves, moderadas o severas, para realizar ciertos movimientos relacionados con disminución de la sensibilidad. Algunas de las condiciones pueden corresponder a las parálisis faciales centrales o periféricas, bilaterales o unilaterales. La reconstrucción facial por medio de colgajos o la resección de estructuras, en el caso de patología oncológica (46,53,56,57).

Evaluación fonoaudiológica en los CP

La evaluación fonoaudiológica de la deglución y de la comunicación en los CP depende de la fase de la enfermedad

terminal, el nivel funcional, el estado de conciencia, el control del dolor, el control de síntomas asociados a la progresión de la enfermedad, la información sobre las necesidades y los deseos comunicados por el paciente y la familia. Si la evaluación se realiza hacia el final de la vida, toda acción debe aminorar el sufrimiento y angustia del paciente, garantizando bienestar y tranquilidad (46,47,53).

La evaluación de la deglución en CP tiene por objetivo determinar la seguridad y eficacia de la deglución de la saliva, y de la consistencia-textura de los alimentos, según las capacidades, preferencias y gustos de los pacientes. Además, permite establecer un plan de intervención basado en las necesidades del paciente (53-55).

La evaluación de la deglución en CP se compone de la evaluación de los OFA, los reflejos orales y faríngeos, la deglución en seco, de volúmenes y consistencia-textura de los alimentos, y de la auscultación cervical (AC).

La deglución de los líquidos propios puede ser de carácter voluntario, tras una orden verbal, o como mecanismo reflejo. La medición de su frecuencia se realiza durante 5 minutos, acompañada de la técnica de los 5 dedos o la AC. A partir de esta medición, se puede determinar la existencia y características del ascenso laringeo (58). La evaluación deglutoria puede terminar en este punto, si el estado neurológico del paciente y los hallazgos referentes a la función oral motora son suficientes, evitan incomodidad al paciente, y permiten determinar qué acciones realizar en la intervención (59).

La evaluación deglutoria con alimentos a diferentes volúmenes y consistencias-texturas se puede realizar, sin ninguna restricción, cuando ocurre en una fase inicial de la enfermedad, o sin la evidencia de alteraciones funcionales. No obstante, si la valoración ocurre después de una fase crítica, avanzada o hacia el final de la vida, la consistencia-textura y volúmenes de los alimentos serán mínimos, considerando el estado médico, neurológico y las preferencias de los pacientes.

Al buscar el bienestar del paciente es pertinente evaluar la deglución con alimentos de consistencia-textura líquido claro, y líquido espeso tipo néctar; con volúmenes de 0,5, 1, 1,5 y 2 cc, respectivamente, con el objetivo de garantizar la hidratación e higiene de la cavidad oral. Cuando haya una mejoría del estado médico, o por solicitud del paciente hacia el final de la vida, se debe evaluar la seguridad y eficacia de la deglución de alimentos con consistencia-textura líquido espeso tipo miel, con volúmenes pequeños, buscando garantizar al paciente, la percepción del sabor a partir de sus demandas (47,53,59).

Durante la evaluación de la deglución se debe identificar presencia de adherencias en labios y cavidad oral, acumulación o derrame por comisuras labiales de secreciones, residuos de medicamentos o de alimentos, capacidad para mantener el alimento en boca, movilidad lingual, características del ascenso laringeo, tos antes, durante y después de la deglución, presencia de posibles estrategias para compensar déficits al deglutir. Además, se deben determinar las posibles estrategias para aminorar el dolor y dificultades para deglutir (47,53-55,58).

La evaluación de la disfagia permite determinar el mejor momento para la alimentación por vía oral, el tipo y severidad de la disfagia, las restricciones de ciertos alimentos y el uso de alternativas de alimentación (58,60). La severidad de la disfagia se determina a partir del nivel de deterioro global del paciente y de la consistencia-textura y volumen de alimento tolerado (60). Dependiendo las manifestaciones clínicas del paciente durante la deglución de los líquidos propios y de los alimentos, el grado de severidad de disfagia puede ser leve, leve-moderado, moderado, moderadamente-severo o severo (61).

Intervención fonoaudiológica

El objetivo de la intervención fonoaudiológica en los CP se centra en la educación y el bienestar del paciente y su familia; con lo cual, el plan de manejo debe ser modificado según el estado del paciente y los cambios con la progresión de la enfermedad (46,47,59).

Intervención comunicativa en los CP

La intervención fonoaudiológica a nivel comunicativo en los CP tiene presente la fase de progresión de la enfermedad y las habilidades conservadas de los pacientes. El profesional en fonoaudiología ofrece pautas a los familiares y demás profesionales, sobre la forma de interacción con el paciente, y permite elaborar un sistema que maximice la comunicación, por medio del lenguaje oral o el establecimiento de una comunicación no verbal eficaz, a través de estrategias adaptadas a su situación física, cognitiva y comportamental (46,47).

Manejo fonoaudiológico del dolor cráneo-facial

Los enfoques basados en la movilización pasiva de los tejidos, a través de la manipulación manual y el uso de estímulos térmicos, ayudan a disminuir el dolor; además, ayudan a relajar, distraer, posicionar y recuperar la función orgánica comprometida con la relajación, la distracción, el posicionamiento y la recuperación de la función orgánica comprometida (62-64).

La MTB o inducción miofascial es una técnica manual terapéutica basada en la aplicación de diferentes estímulos mecánicos al tejido conectivo, a través de presiones sostenidas y diferentes estiramientos (63). Esta serie de maniobras manuales permite recuperar el equilibrio funcional del cuerpo, por medio de la eliminación de las compresiones y restricciones del sistema miofascial. Ayuda a la circulación eficiente de anticuerpos en la sustancia fundamental, a aumentar la irrigación en los lugares de restricción, a curar los tejidos por aumento de histamina y a orientar la producción de fibroblastos, la movilidad del tejido para el intercambio de líquidos corporales, y la mejora y mantenimiento de la calidad de las fibras musculares (65).

Para Blatzheim, el manejo del dolor a través de técnicas manuales es altamente efectivo. Por medio del tacto, se estimulan los mecanorreceptores cutáneos de los pacientes; con lo cual, la estimulación manual de las fibras aferentes es capaz de bloquear la transmisión y, posiblemente, la percepción de las señales nociceptivas (66).

El masaje terapéutico como intervención del dolor crónico maligno —dolor oncológico— es seguro y eficaz; las investigaciones actuales demuestran que los pacientes que han recibido masaje terapéutico tienen menos dolor, náuseas, ansiedad y mejor calidad de vida (66). No obstante, es importante no realizarlo a lo largo de la zona afectada. Se debe ser cauteloso con la aplicación de presión, percusión y vibración, y emplear solo técnicas superficiales que activen únicamente la circulación periférica; además, hay que disminuir el tiempo y la frecuencia de aplicación (62).

Este tipo de intervención solo se puede realizar cuando hay pleno conocimiento del funcionamiento de las fascias del cuerpo y se cuenta con un entrenamiento dirigido, supervisado y certificado, que ha desarrollado las habilidades clínicas correspondientes, bajo el objetivo de no generar más dolor y sufrimiento, al paciente y a su familia (65).

Las terapias térmicas, como las de calor y frío, constituyen métodos pasivos que generalmente se pueden emplear en el tratamiento del dolor cráneo-facial. La aplicación de frío local y calor superficial como agentes terapéuticos en el manejo del dolor cráneo-facial disminuye los dolores en el sistema músculo-esquelético, las restricciones del tejido conectivo, la velocidad de conducción nerviosa, los edemas e inflamaciones y la temperatura intramuscular. Su aplicación comprende un tiempo menor a 15 minutos; empero, estas técnicas están diseñadas para músculos grandes; por ello, los músculos de cara, cabeza y cuello, al tener menor extensión, el tiempo de aplicación debe reducirse para no generar más dolor, en lugar de aliviarlo (64).

Intervención fonoaudiológica de la disfagia en los CP

Los objetivos y las decisiones clínicas del profesional en fonoaudiología durante la intervención de la deglución cambian en razón de la fase de la enfermedad (47,53,59,64). Cuando este síntoma se presenta al inicio o en una fase no avanzada de la enfermedad, el quehacer del fonoaudiólogo busca favorecer la deglución de los líquidos propios y de los alimentos (53). Cuando el paciente ha salido de una etapa crítica o se encuentra hacia el final de la vida, las decisiones clínicas del fonoaudiólogo buscan una deglución de los líquidos propios, y proporcionar el máximo de un alimento solicitado, de forma segura y agradable (46).

A nivel deglutorio, se mejora la calidad de vida y se disminuye el sufrimiento de los pacientes y sus familiares. Para ello, se llevan a cabo acciones como la de hidratar, a través del humedecimiento, la cavidad oral, y educar a la familia en cambios posturales, asistencia durante el proceso de alimentación, modificación de las características del alimento —volumen y consistencia-textura—, e ingesta de los alimentos a solicitud del paciente. En esta etapa, el contacto humano, la dedicación y el placer de sentir un sabor en la boca, son altamente gratificantes (46,47,53,59).

La intervención de la disfagia en los pacientes en fase final de vida debe incluir estrategias indirectas como la MTB en cara, cabeza, cuello y tórax; la movilización de reja costal, la estimulación faríngea profunda y las técnicas de incremento sensorial.

La aplicación especializada y específica de MTB ayuda con las alteraciones que se presentan en las etapas de la deglución. Las diferentes técnicas aplicadas a nivel de cara –intraoral y extraoral–, cabeza, cuello y tórax, facilitan el control postural cefálico y torácico, el manejo y control del bolo en la cavidad oral, la movilidad lingual y la activación del reflejo deglutorio (63, 68). La movilización de reja costal ayuda a crear conciencia de la respiración, activa la musculatura diafragmática, aumenta la capacidad pulmonar y favorece el reflejo tusígeno (67).

Las técnicas de estimulación faríngea profunda permiten restaurar la fuerza muscular y la actividad refleja de la faringe, mejorando la eficiencia y la seguridad de la función de la deglución (68).

La estimulación térmico-táctil, aumenta la sensibilidad oral, alerta el córtex y el tallo cerebral; activando así el reflejo deglutorio más rápidamente (69). La estimulación gustativa realizada con diferentes sabores, se aplican sobre los pilares del velo del paladar, el velo del paladar y la lengua. En los CP, al buscar mejorar la calidad de vida del paciente, se

debe evitar el uso de sabores amargos y evaluar el uso de los sabores ácidos, cuando el paciente presente lesiones, úlceras, aftas e infecciones en la cavidad oral (61,70,71). La estimulación olfativa con esencias comestibles u olores de alimentos agradables, permite un aumento de la salivación y una deglución espontánea o refleja (71).

La intervención de la disfagia en los CP, también se realiza de forma directa, incluyendo estrategias compensatorias de modificación de las características de los alimentos, cambios posturales e hidratación de cavidad oral.

Las modificaciones del volumen y consistencia-textura de los alimentos, dependen de la naturaleza de la disfagia y la tolerancia del paciente por vía oral. En la etapa final de vida, en respuesta a las necesidades, preferencias y deseos del paciente frente a la alimentación y presencia de disfagia, se deben introducir alimentos de consistencias-texturas líquidas espesas y semisólidas, con volúmenes pequeños, que provean información gustativa y propioceptiva, faciliten el control oral y su manipulación en la cavidad oral, hasta su deglución.

Se deben evitar alimentos de consistencia sólida y viscosidad pegajosa y/o seca, ya que hay mayor resistencia en el transito oral faríngeo y residuos posdeglutorios, que permanecen en la cavidad oral y/o faríngea; generando aspiraciones, ocasionando incomodidad y crecimiento de bacterias en la cavidad oral (47,53,59,60,72,73).

Los cambios posturales modifican la estructura y la disposición de las vías aerodigestivas, facilitando el paso del bolo desde la cavidad oral hacia el estómago. Estas se pueden usar con alimentos y durante la deglución en seco. Algunas de las estrategias que se pueden implementar corresponden a la flexión de cuello, la extensión cefálica, la rotación cefálica hacia el lado débil, la inclinación cefálica hacia el lado sano y la deglución en decúbito lateral (53,60,61).

La hidratación de la cavidad oral puede realizarse por medio del protocolo de agua, o humedeciendo con otro líquido claro. El protocolo de agua es una estrategia de intervención en los cuidados al final de la vida que permite aumentar el bienestar del paciente. En este, se consideran las necesidades de hidratación y las posibles alteraciones en el proceso deglutorio. Además, ayuda a mantener la higiene de la cavidad oral y, en consecuencia, minimiza el crecimiento de bacterias orales que se pueden asociar a neumonía aspirativa (74,75).

Conclusiones

Toda acción realizada tras un enfoque de CP, debe ser beneficiosa para el paciente y su familia. Debido a esto, el

profesional en fonoaudiología debe, a partir de su juicio clínico, identificar las acciones que garantizan bienestar y calidad de vida a nivel comunicativo, deglutorio, teniendo en cuenta el manejo del dolor cráneo-facial. Los cuidados brindados por los fonoaudiólogos en los CP se alinean y desarrollan de acuerdo a los principios de los CP descritos por la OMS, ya que, a través de las diferentes acciones profesionales, desarrolladas en las 3 áreas a tratar, reducen los síntomas físicos, brindan seguridad en la alimentación y permiten la participación del paciente en los objetivos al final de su vida.

Las barreras comunicativas entre el paciente, su familia y el equipo de CP tienen un alto impacto en la capacidad de proporcionar control de los síntomas y el alivio del sufrimiento, disminuyendo la capacidad del paciente para tomar de decisiones y mantener un contacto con su ambiente inmediato. Es así como las acciones del fonoaudiólogo, como parte de un equipo interdisciplinario o trasdisciplinario de CP, debe incluir actividades de educación continua dirigida a los familiares, al paciente y a los demás miembros del equipo de CP sobre los procesos comunicativos y deglutorios. Asimismo, este profesional debe estar dispuesto a recibir información y a hacer cambios pertinentes en función de las condiciones físicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales del paciente y su familia.

La literatura en CP, reporta a la disfagia como uno de los síntomas de manejo necesario, al afectar significativamente el bienestar del paciente y sus familiares. No obstante, la literatura que reporta el manejo fonoaudiológico de la disfagia en los CP es escasa. Se identifica la descripción de su manejo en diferentes patologías; empero, no hay investigaciones que expongan y respalden las diferentes acciones profesionales en la etapa final de vida, con un enfoque paliativista.

La literatura que referencia la actuación fonoaudiológica en CP no expone la participación del fonoaudiólogo en el manejo del dolor cráneo-facial. A partir de la identificación de las diferentes estrategias para el manejo del dolor con prácticas no farmacológicas, en otras áreas del conocimiento relacionadas se identifican, reconocen y describen ciertas estrategias—MTB y estimulación térmica—en las zonas de cara, cabeza, cuello y tórax, que ayudan a mejorar el dolor cráneo-facial y establecen un canal comunicativo entre el fonoaudiólogo y el paciente. Es importante aclarar que los profesionales que aplicuen técnicas de MTB para el manejo del dolor, deben contar con una formación certificada en estas, porque solo la formación académica y una práctica supervisada logra desarrollar ciertas habilidades que permiten tener una buena praxis. Así se mejora el bienestar de los pacientes, especialmente de aquellos que se encuentran en la fase final de vida.

Es importante continuar con investigaciones que permitan entender el rol del fonoaudiólogo en los CP, profundizando en las tres áreas expuestas (comunicación, dolor cráneo-facial y deglución), puntualizando el quehacer profesional en los CP en el campo pediátrico, y determinando las acciones. Se pueden realizar en diferentes condiciones medicas –oncológicas, degenerativas, vasculares, etc.– específicamente al final de la vida.

En Colombia, el desarrollo y la existencia de leyes determinan el acceso de las personas con enfermedad terminal y sus familias a los CP, siempre que lo soliciten. Sin embargo, faltan diferentes normativas que permitan aplicar dichas leyes y aumentar la tasa de cobertura en todos los niveles de atención.

Conflictos de intereses

Ninguno declarado por las autoras.

Financiación

Ninguna declarada por las autoras.

Agradecimientos

A los pacientes en fase terminal y sus familias.

References

1. World Health Organization (WHO). WHO definition of palliative care [Internet]. [Place unknown]: WHO; 2015 [cited 2015 feb 26]. Available from: <http://goo.gl/5eOmgD>.
2. Bonilla P. Cuidados paliativos una necesidad. Informed. 2006;8(1): 47-50.
3. Krmpotic CS. Cuidados paliativos y experiencias de enfermedad: razones para una refocalización del cuidar. *Scripta Ethnologica* [Internet]. 2010 [cited 2015 mar 23];XXXII:29-44. Available from: <http://goo.gl/2jgLHI>.
4. Chiba T. Relação dos Cuidados Paliativos com as diferentes Profissões da área da Saúde e Especialidades. In: Ayer de Oliveira R, coordinator. Cuidados Paliativos. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp); 2008. p. 46-91. Available from: <http://goo.gl/2jgLHI>.
5. Wyccross R. Principios básicos de medicina paliativa y cuidados continuos. En: Palma a, Tabada P y Nervi F. Medicina paliativa y cuidados continuos. Primera edición, Santiago de Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile; 2010. pp 21-31.
6. Montes GA. Historia de los cuidados paliativos. *Revista Digital Universitaria* [Internet]. 2006 [cited 2015 feb 26];7(4):1-9. Available from: <http://goo.gl/phBL1i>.
7. Lutz S. The history of hospice and Palliative Care. *Curr Probl Cancer* [Internet]. 2011;35(6):304-9. doi: <http://doi.org/c78wb5>.

8. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Historia de los cuidados paliativos y el movimiento hospicio. Spain: SECPAL; [date unknown] [cited 2015 feb 26]. Available from: <http://goo.gl/voxi3m>.
9. Ventafrida V, de Conno F, Blumhuber H. Palliative care in Europe. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 1993 [cited 2015 feb 26];8(6):365-71. Available from: <http://goo.gl/ZnQRR0>.
10. Pino C. Cuidados paliativos: evolución y tendencias. *Medicas UIS* [Internet]. 2009;22(3):271-7. Spanish. Available from: <http://goo.gl/2frVjg>.
11. Palma MA, del Rio MI. Cuidados Paliativos: Historia y desarrollo. Boletín de la Escuela de Medicina PUC. 2007;32(1):17-22. Spanish. Available from: <http://goo.gl/sjC3Li>.
12. Werle BM. Cuidados paliativos. *Revista da AMRIGS* [Internet]. 2010 [cited 2015 mar 23];54(4):493-4. Portuguese. Available from: <http://goo.gl/QUYh9Z>.
13. Strand J, Kamdar M, Carey E. Top 10 things palliative care clinicians wished everyone knew about palliative care. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2013 [cited 2015 mar 23]; 88(8):859-65. doi: <http://doi.org/f2xjnr>.
14. Lovell A, Yates P. Advanced planning in palliative care: A systematic literature. Review of the contextual factor influencing its uptake 2008-2012. *Palliat Med* [Internet]. 2014 [cited 2015 mar 23];28(8):1026-35. doi: <http://doi.org/2gt>.
15. Arias-Rojas M, Barrera-Ortiz L, Carrillo GM, Chaparro-Díaz L, Sánchez-Herrera B, Vargas-Rosero E. [Family caregivers of people suffering chronic disease in Colombia's frontier regions: a profile and perceived care burden]. *Rev. Fac. Med.* [Internet]. 2014 [cited 2015 feb 27];62(3):387-97. Spanish. Available from: <http://goo.gl/veWSAN>.
16. Daar AS, Singer P, Leah Persad D, Pramming S, Matthews D, Beaglehole R. Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature* [Internet]. 2007 [cited 2015 mar 23];450:494-6. doi: [10.1038/450494a](https://doi.org/10.1038/450494a).
17. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* [Internet]. 2005 [cited 2015 mar 23];294(6):716-24. doi: <http://doi.org/drmwv5>.
18. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* [Internet]. 1996 [cited 2015 mar 23];74(4):511-44. PubMed PMID: 8941260.
19. Narayan KM, Alí M, Koplan JP. Global noncommunicable diseases—where worlds meet. *N Engl J Med* [Internet]. 2010 [cited 2015 mar 23];363(13):1196-8. doi: <http://doi.org/c37qxg>.
20. Camargo-Rojas D, Quintero-Rincon L, Palacio-del Río C, Díaz-Murora G. [Access to a program of chronic conditions in a public sector hospital]. *Rev. Fac. Med.* [Internet]. 2013 [cited 2015 mar 23];61:405-13. Spanish. Available from: <http://goo.gl/IHYu7L>.
21. Higginson IJ. End-of-life care: lessons from other nations. *J Palliat Med* [Internet]. 2005 [cited 2015 mar 23]; 8 Suppl 1:S161-73. doi: <http://doi.org/fvtg7f>.
22. Ferrel B. Overview of the Domains of variables relevant to End of life Care. *J Palliat Med* [Internet]. 2005 [cited 2015 mar 23]; 8 Suppl 1:S22-9. doi: <http://doi.org/bgmt6h>.
23. Von Gunten CF. Intervention to manage symptoms at the end of life. *J Palliat Med* [Internet]. 2005 [cited 2015 mar 23];8 suppl 1:S88-94. doi: <http://doi.org/dpqzks>.
24. Guo Q, Jacelon CS. An integrative review of dignity in end of life. *Palliat Med* [Internet]. 2014 [cited 2015 mar 23];28(7):931-40. doi: <http://doi.org/2gw>.
25. Tan A, Seah A, Chua G, Lim T, Phua J. Impact of palliative Care initiative on end of life care in the general wards: A before and after study. *Palliat Med* [Internet]. 2014 [cited 2015 mar 23];28(1):34-41. doi: <http://doi.org/24m>.
26. Irurzun J. Actuación paliativa en las distintas fases de la enfermedad terminal. XI Curso de Cuidados Paliativos. España: Hospital de cruces; 2007.
27. Valentín V, Murillo M, Valentín M. Síntomas al final de la Vida. *Psicooncología*. 2004;1(2-3):251-62. Spanish.
28. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. Promoción Salud. 2007;12:11-24. Spanish.
29. Sánchez-Pedraza R, Sierra-Matamoros FA, Rangel-Garzón CX. [Evaluating emotional symptoms within a quality of life construct in cancer patients using multidimensional scaling]. *Rev. Fac. Med.* [Internet]. 2011 [cited 2015 mar 23];59(1):19-33. Spanish. Available from: <http://goo.gl/sfKw0a>.
30. Schwartzmann, L. [Health-related quality of life: Conceptual aspects]. *Cienc Enferm* [Internet]. 2003 [cited 2015 mar 23];ix(2):9-21. Spanish. doi: <http://doi.org/fqbhf7>.
31. Nuñez AC, Tobón S, Arias D, Hidalgo CA, Santoyo F, Hidalgo AH, Rasmussen B. Calidad de vida, salud y factores psicológicos. *Perspectivas en Psicología* [Internet]. 2013 [cited 2015 mar 23];13(1):11-22. Spanish. Available from: <http://goo.gl/QAtI4Q>.
32. Zikmund, V. Health and disease: Biological, psychological and social aspects. *Studia Psychological*. 1992;34:101-13.
33. Singer P, Bowman K. Quality end-of-life care: A global perspective. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2002 [cited 2015 mar 23];1(4). doi: <http://doi.org/bzsbqx>.
34. McMenamin E. Pain management principles. *Curr Probl Cancer* [Internet]. 2011 [cited 2015 mar 23];35(6):227-29. doi: <http://doi.org/d8ccdq>.
35. Cervero F. Neurobiología del dolor. *Rev Neurol*. 2000; 30: 551-555.
36. Chapman CR, Gavrin J. Suffering and its relationship to pain. *J Palliat Care* [Internet]. 1993;9(2):5-13. PubMed PMID: 8377072.
37. Gobierno de España. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos [Internet]. España: Sistema Nacional de Salud Español; 2008. Available from: <http://goo.gl/zNzlb4>.
38. República de Colombia. Ley 1384 de 19 de abril de 2010. Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del Cáncer en Colombia [Internet]. Bogotá, D. C.: Congreso de Colombia; 2010. Available from: <http://goo.gl/KsboCW>.
39. Sarmiento-Medina M. Palliative care: a resource for attention of patients with terminal illness. *Revista Salud Bosque* [Internet]. 2011 [cited 2015 mar 23];1(2):23-37. Available from: <http://goo.gl/E3Oguu>.
40. República de Colombia. Ley 1733 del 8 de Septiembre de 2014. Ley Consuelo Davis Saavedra, por medio de la cual se regulan los

- servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas, e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida [Internet]. Bogotá, D. C.: Congreso de Colombia; 2014 [cited 2015 mar 23]. Available from: <http://goo.gl/QFY5M8>.
- 41. Pastrana T, De Lima L, Wenk R, Eisenchlas J, Monti C, Rocafort J, et al.** Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica [Internet]. Houston: IAHPCPress; 2012 [cited 2015 mar 23]. Available from: <http://goo.gl/ZfJIB9>.
 - 42. Casarett D.** Ethical considerations in end-of-life care and research. *J Palliat Med* [Internet]. 2005 [cited 2015 mar 23];8 Suppl 1:S148-60. doi: <http://doi.org/d4bgvn>.
 - 43. Oliveira AT, Figueiredo JR, Oliveira MF, Geraldo SF, Ramos CM.** [Palliative care with terminal patients: a focus on Bioethics]. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2010 [cited 2015 mar 23];26(3):117-29. Portuguese. Available from: <http://goo.gl/8YxvZd>.
 - 44. Yanes M, de la Vega T, Chio I.** [Bioethics presence in palliative care]. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2010 [cited 2015 mar 23];26(2):330-337. Spanish. Available from: <http://goo.gl/IhSXuB>.
 - 45. Body R & McAllister L.** Ethics in speech and language therapy. United Kingdom: Wilwy-Blackwell; 2009.
 - 46. Yassue L.** Fonoaudiología. En: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp). Cuidados Paliativos. São Paulo: Cremesp; 2008. pp. 64-7.
 - 47. Pollens R.** Role of the Speech Language Pathologist in Palliative Hospice Care. *J Palliat Care*. 2004 [cited 2015 mar 23];7(5):694-702. PubMed PMID: 15588361.
 - 48. Hargreaves K.** CONGRESS Orofacial pain. *Pain*. 2011 [cited 2015 mar 23];152(3 Suppl):S25-32. doi: <http://doi.org/cvckmw>.
 - 49. Saini R, Saini S.** Craniofacial Pain: A neurosurgical outlook. *Surg Neurol Int* [Internet]. 2011 [cited 2015 mar 23];2:4. doi: <http://doi.org/fdd432>.
 - 50. Okeson JP.** The classification of orofacial pains. *J Oral Maxillofac Surg Clin North Am* [Internet]. 2008 [cited 2015 mar 23];20(2):133-44. doi: <http://doi.org/bjnnbp>.
 - 51. Valli P, Georgi A, Gluber C.** [Dysphagia or odynophagia- what to do when there is obstruction and pain?] *Praxis*. 2001; 100:949-59. doi: <http://doi.10.1024/1661-8157/a000623>
 - 52. Tibaduiza P.** El Fonoaudiólogo y el nutricionista/dietista en los trastornos deglutorios del lactante. Bogotá, D. C.: Universidad Nacional de Colombia; 2006.
 - 53. Langmore S, Grillone G, Elackattu A, Walsh M.** Disorders of swallowing: Palliative care. *Otolaryngol Clin North Am* [Internet]. 2009 [cited 2015 mar 23];42(1):87-105. doi: <http://doi.org/dmdzrn>.
 - 54. Moyihan T, Kelly DG, Fisch MJ.** To feed or not to feed: Is that the Right Question? *J Clin Oncol* [Internet]. 2005 [cited 2015 mar 23];23(25):6256-9. doi: <http://doi.org/ctdxgc>.
 - 55. Goldsmith T.** Evaluation and treatment of swallowing disorders following endotracheal Intubation and tracheostomy. *Int Anesthesiol Clin*. 2000 [cited 2015 mar 23];38(3):219-42.
 - 56. Rogers B, Arvedson.** Assessment of infant oral sensorimotor and swallowing function. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2005 [cited 2015 mar 23];11(1):74-82. PubMed PMID: 15856438.
 - 57. Lin Y, Lin I & Liou J.** Symptom patterns of patients with head and neck cancer in a palliative care unit. *J Palliat Med* [Internet]. 2011 [cited 2015 mar 23];14(5):556-9. doi: <http://doi.org/cdv446>.
 - 58. Campora H, Falduti A.** Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Rev Am Med Resp* [Internet]. 2012 [cited 2015 mar 23];3:98-107. Spanish. Available from: <http://goo.gl/G7B3WW>.
 - 59. American Speech Language Hearing Association.** End-of-Life Issues in Speech-Language Pathology [Internet]. EE. UU.: ASHA; 2014 [cited 2015 mar 23]. Available from: <http://goo.gl/Fzx9N3>.
 - 60. Logemann J.** Evaluation and treatment of swallowing disorders. *NSSLHA Journal* [Internet]. 1984 [cited 2015 mar 23];12:38-50. Available from: <http://goo.gl/gUjTTTR>.
 - 61. Palmer J, Drennan J.** Evaluation and treatment of swallowing impairments. *Am Fam Physician* [Internet]. 2000 [cited 2015 mar 23];61(8):2453-62. Available from: <http://goo.gl/sDa90W>.
 - 62. Calenda E.** Massage Therapy for Cancer Pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2006 [cited 2015 mar 23];10(4):270-4. PubMed PMID: 16834941.
 - 63. Pilat A.** Terapias Miofasciales: Inducción Miofascial. España: McGraw-Hill-Interamericana; 2003.
 - 64. Pavez FJ.** Agentes Físicos superficiales y dolor: Análisis de su eficacia a la luz de la evidencia. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2009 [cited 2015 mar 23];16(3):182-9. Spanish. Available from: <http://goo.gl/JYKDpV>.
 - 65. López M.** Movilización de Tejidos Blandos e Integración Sensorial. Diplomado en Disfagia, Tratamiento II, Modulo IV. Medellín: Universidad CES; 2009.
 - 66. Blatzheim K.** Interdisciplinary palliative care, including massage in treatment of amyotrophic lateral sclerosis. *J Body Mov Ther* [Internet]. 2009 [cited 2015 mar 23];13(4):328-35. doi: <http://doi.org/bcnzb8>.
 - 67. Alvarez J, Buritica L.** Guía de evaluación e intervención en pacientes adultos con disfagia consecuente con un Accidente Cerebro Vascular "ACV" [Tesis: Diplomado en Disfagia]. Medellín: Universidad CES; 2009.
 - 68. López M.** Estimulación faríngea profunda. En: Movilización de Tejidos Blandos e Integración Sensorial. Diplomado en Disfagia, tratamiento II, Modulo IV. Medellín: Universidad CES; 2009.
 - 69. Bove M, Måansson I, Eliasson I.** Thermal Oral-Pharyngeal Stimulation and Elicitation of swallowing. *Acta Otolaryngol*. 1998;118(5):728-31. PubMed PMID: 9840513.
 - 70. Souto S, González L.** [Orofacial and reeducation swallowing physical therapy. To a new speciality]. *Fisioterapia* [Internet]. 2003 [cited 2015 mar 23];25(5):248-92. Spanish. Available from: <http://goo.gl/LzRvbC>.
 - 71. Hagg M & Larsson B.** Effects of motor and Sensory Stimulation in stroke patients with Long-Lasting Dysphagia. *Dysphagia* [Internet]. 2004 [cited 2015 mar 23];19(4):219-30.
 - 72. Leder S, Judson B, Sliwinski, Madson L.** Promoting Safe Swallowing When Puree is Swallowed without Aspiration but thin liquid is Aspirated: Nectar is Enough. *Dysphagia* [Internet]. 2013 [cited 2015 mar 23];28(1):58-62. doi: <http://doi.org/24n>.
 - 73. Bisch EM, Logemann JA, Rademaker AW, Kahrilas PJ, Lazarus CL.** Pharyngeal effects of bolus volume, viscosity, and

- temperature in patients with dysphagia resulting from neurologic. *J Speech Hear Res.* 1994;37(5):1041-59.
- 74. Panther K.** The frazier free water Protocol. *Perspectives on swallowing and swallowing disorders.* 2005;14:4-9. doi:<http://doi.org/cz5b8w>.
- 75. Karagiannis M,** Karagiannis T. Oropharyngel dysphagia, free water protocol and quality of life: an update from prospective clinical trial. *Hell J Nucl Med.* 2014;17Suppl 1:26-9. PubMed PMID: 24392465.