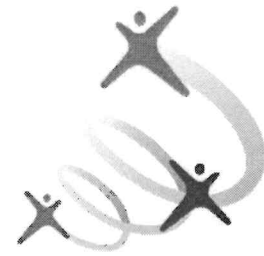




Servicio de Salud
Metropolitano
Sur Oriente

Ministerio de
Salud





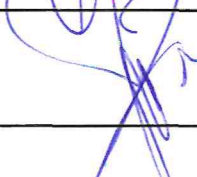


Sistema de Gestión de Calidad
EN ACCIÓN HACIA LA EXCELENCIA DE LA RED

**PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE INICIAL DE LA DISFAGIA
EN LA RED DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE**

Versión 1.0

**DEPARTAMENTO DESARROLLO DE LA RED ASISTENCIAL
MARZO 2026**

	Nombre	Cargo
Elaborado por:	Andrea Peralta de la Rosa	Enfermera, Asesora Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial, SSMO
Elaborado por:	Aldo Hip Naranjo	Fonoaudiólogo, Hospitalización Domiciliaria, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse
Elaborado por:	Bastian Sabal Diaz	Fonoaudiólogo, Hospitalización Domiciliaria, Hospital Metropolitano de Santiago
Elaborado por:	Bélgica San Cristobal Rosales	Profesional Asesor, Departamento de Gestión de la APS, SSMO
Elaborado por:	Catalina Orellana Molnar	Fonoaudióloga, Programa de Cuidados Paliativos Universales, Municipalidad de Providencia
Elaborado por:	Claudia Sáez Antinao	Fonoaudióloga, Hospital Luis Calvo Mackenna
Elaborado por:	Constanza Larenas Gutiérrez	Fonoaudióloga, Hospitalización Domiciliaria, Hospital del Salvador
Elaborado por:	Cristobal Laura González	Kinesiólogo, Coordinador de Rehabilitación de Hospitalización Domiciliaria, Hospital del Salvador.
Elaborado por:	Fernanda López Canelo	Fonoaudióloga, Hospitalización Domiciliaria, Hospital del Salvador
Elaborado por:	Gabriel Salgado Maldonado	Fonoaudiólogo, Instituto Nacional del Tórax
Elaborado por:	María José Arredondo Ulloa	Médico Fisiatra, Unidad de Rehabilitación Intrahospitalaria, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse
Elaborado por:	Paola Urbina Castillo	Fonoaudióloga, Instituto Nacional de Geriátrica
Elaborado por:	Sebastián León Rojas	Fonoaudiólogo, Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda
Elaborado por:	Yadritza López Espinoza	Médico jefe, Unidad de Hospitalización Domiciliaria, Hospital Metropolitano de Santiago

	Nombre	Cargo	Firma
Editado por:	Darío Fernández Robledo	Enfermero, Asesor Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial, SSMO	
Revisado por:	Javiera Molina Campos	Jefatura, Departamento Desarrollo de la Red Asistencial, SSMO	
Revisado por:	Ivonne Orellana Vergara	Jefatura, Departamento de Gestión de la APS, SSMO	
Revisado por:	Johan Álvarez Leiva	Jefatura, Departamento de Gestión Hospitalaria, SSMO	
Revisado por:	Rodrigo Díaz Cortez	Jefatura, Departamento Control de Gestión, SSMO	
Revisado por:	Dra. Carla Escobar Araya	Subdirectora de Gestión Asistencial, SSMO	
Aprobado por:	Dr. Alberto Vargas Peyreblanque	Director del Servicio de Salud Metropolitano Oriente	 

NOMBRE DEL PROTOCOLO

PROT- ADRS-8.1-000X

Tabla de contenidos

Contenido

1.	Objetivos.....	6
2.	Alcance.....	6
3.	Dueño del protocolo.....	6
4.	Roles y responsabilidades.....	6
5.	Definiciones.....	6
5.1	Atención/cuidados centrada en la persona.....	6
5.2	Atención integral.....	6
5.3	Continuidad de la atención.....	7
5.4	Promoción del autocuidado.....	7
5.5	Calidad y seguridad de la atención para la persona en cuidado.....	7
5.6	Dignidad.....	7
5.7	Equidad de género.....	7
5.8	Gradualidad en los cuidados/cuidados diferenciados.....	7
5.9	Cartera de servicios.....	7
5.10	Transferencia de conocimiento.....	7
5.11	Contrarreferencia.....	8
5.12	Sistema de referencia y contrarreferencia.....	8
5.13	Red asistencial.....	8
5.14	Persona cuidadora no remunerada.....	8
5.15	Persona cuidadora remunerada.....	8
6.	Documentos de referencia.....	8
7.	Contenido del documento.....	10
7.1	Principios rectores.....	10
7.2	Contextualización de la disfagia.....	11
7.2.1	Contexto desde el ámbito médico-clínico.....	11
7.2.2	Disfagia en población pediátrica.....	13
7.3.1	Importancia del tamizaje de la disfagia en Atención Primaria.....	15
7.3.2	Instrumentación para el cribado clínico.....	16
7.3.3	Eating Assessment Tool (EAT-10).....	17
7.3.4	Pediatric Eating Assessment Tool-10 (PediEAT-10).....	18
7.3.5	Consideraciones previas a la aplicación del EAT-10 y PediEAT-10.....	19
7.4	Criterios de derivación abordaje de la disfagia en la red SSMO.....	20

7.4.1	Pediátrico y adolescente (< 18 años)	21
7.4.2	Adulto (≥ 18 años)	21
7.5	Flujograma: Proceso general de la atención fonoaudiológica para usuarios con sospecha y diagnóstico de disfagia en la Red SSMO	22
7.5.1	Descripción del flujo del proceso general de la atención fonoaudiológica para usuarios con sospecha y diagnóstico de disfagia	25
7.5.1.1	Atención en urgencia, hospitalización y egreso	25
7.5.1.1.1	Inicio del flujo (servicio de urgencias)	25
7.5.1.1.2	Hospitalización	25
7.5.1.1.3	Egresos Pueden producirse desde urgencia, hospitalización o tras ingreso a dispositivos comunitarios, según la evolución clínica.	25
7.5.1.2	Nivel de atención primaria	25
7.5.1.2.4	Egresos	26
7.6	Registro de las atenciones y modelo de cuidados domiciliarios	26
7.6.1	Estandarizar el registro con un mínimo común de datos (MCD)	26
7.7	Indicadores de medición	27
7.7.1	Número de pruebas aplicadas por centro (sacar el total de test aplicados en el SSMO)	27
7.7.2	Número y porcentaje de prueba con resultado positivo para sospecha de disfagia a través de EAT-10 y PediEAT-10	27
7.7.3	Número y porcentaje de prueba con resultado negativo para sospecha de disfagia a través de EAT-10 y PediEAT-10	27
7.7.4	Número de derivaciones realizadas a fonoaudiología	27
7.7.7	Número de centros capacitados Con al menos 2 profesionales al año.	27
7.7.8	Jornadas de capacitación anuales realizadas	27
7.8	Legislación, normas y orientaciones	28
8.	Control de versiones	29
9.	Anexos	30
9.1	Abordaje de usuarios con disfagia por establecimiento	30
9.1.1	Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna (HLCM) Avenida Antonio Varas #360, Providencia	30
9.1.4	Hospital del Salvador (HDS) Avenida Salvador #364, Providencia	37
9.1.5	Hospital Santiago Oriente – Dr. Luis Tisné Brousse (HSO) Avenida Las Torres #5150, Peñalolén Contacto: 22 4725268 – h.domiciliaria@hsoriente.cl	39
9.1.6	Hospital Metropolitano de Santiago (HOSMET) Avenida Holanda #060, Providencia	42
ANEXO 9.2	Formatos de instrumentos para pesquisa	44
Anexo 9.2.1	Formato EAT-10	44
Anexo 9.2.2	Formato PediEAT-10	45

1. Objetivos

Tiene como objetivo orientar la referencia de los equipos clínicos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, a través de la aplicación del instrumento de tamizaje EAT-10 y PediEAT-10.

2. Alcance

Este protocolo inicial está dirigido a todos los equipos clínicos de salud de la Red Oriente que participan en la atención de usuarios con sospecha de disfagia, con el propósito de orientar la pesquisa, derivación oportuna, evaluación e intervención por parte de profesionales fonoaudiólogos(as). Su enfoque está centrado en aquellas personas que, en el contexto de su situación de salud, puedan presentar alteraciones en la deglución.

Quedan fuera del área de aplicación de este documento los usuarios que requieren una intervención altamente especializada. Entre ellos se encuentran usuarios con antecedentes de trasplantes, cardiopatías congénitas, cuadros genéticos de alta complejidad, tumores del sistema nervioso central y enfermedades como la atrofia muscular espinal (AME) Tipo I. Al ser poblaciones bajo seguimiento activo por equipos de especialidad, su manejo deglutorio debe regirse por los protocolos específicos de sus respectivas unidades clínicas.

3. Dueño del protocolo

Departamento Desarrollo de la Red Asistencial, Subdirección de Gestión Asistencial SSMO.

4. Roles y responsabilidades

- Departamento de Gestión Hospitalaria SSMO.
- Departamento de Gestión APS SSMO.
- Direcciones de Hospitales de la red del SSMO.
- Dirección de los CESFAM de la APS de la red del SSMO.

5. Definiciones

5.1 Atención/cuidados centrada en la persona

La atención se debe centrar en las necesidades de las personas y sus familias, por lo tanto, se busca que los cuidados sean personalizados, adaptándose a las necesidades y preferencias de cada persona, considerando su entorno familiar y cultural. Establecer un trato de excelencia a las personas, basado en una comunicación efectiva y respeto a la dignidad y a los derechos de las personas. Intentar hacer partícipe a las personas y/o a sus familiares de las decisiones a tomar, informándoles continuamente de los cambios que puedan ir surgiendo.

5.2 Atención integral

Los cuidados incluyen no solo aspectos físicos, sino también emocionales, sociales y psicológicos, considerando a la persona en cuidado de manera holística. Por otra parte, entregar cuidado a lo largo del proceso salud enfermedad, desde lo preventivo hasta la rehabilitación y en todos los episodios

de problemas de salud de las personas. Desde una aproximación biopsicosocial, junto a una pertinencia cultural y territorial.

5.3 Continuidad de la atención

Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial (intrasector) y del intersector para la atención de las personas con problemas de salud, desde el domicilio y comunidad.

5.4 Promoción del autocuidado

El objetivo es fomentar la autonomía de la persona en cuidado, apoyando su participación en el manejo de su salud.

5.5 Calidad y seguridad de la atención para la persona en cuidado

Se implementan medidas para garantizar que los cuidados sean seguros y se minimicen los riesgos, como el de las caídas o errores en la medicación. Que las personas cuidadas en sus domicilios no reciban ni perciban una disminución en la calidad de sus cuidados.

5.6 Dignidad

Se considera como un valor intrínseco que se obtiene desde el nacimiento y que no puede ser revocado. Se expresa como la base de los derechos humanos, del trato y de la empatía de las personas.

5.7 Equidad de género

La equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir, que mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, adquirir una discapacidad o morir por causas que son injustas y evitables.

5.8 Gradualidad en los cuidados/cuidados diferenciados

No todas las personas requieren en todos los servicios, o en el mismo nivel de intensidad y duración, o los servicios del mismo tipo de prestador. Por consiguiente, la duración del servicio debe variar de acuerdo con las necesidades específicas del usuario o el grupo de usuarios. De igual modo es fundamental que el usuario sea tratado al nivel o en el medio de atención más apropiado para su condición o enfermedad, es decir, ser atendido en el recurso más adecuado para su situación.

5.9 Cartera de servicios

Conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que ofrece un determinado establecimiento. Esta cartera es de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento.

5.10 Transferencia de conocimiento

Es la forma en que compartes o distribuyes conocimiento con el propósito de solucionar problemas o de fomentar la colaboración entre equipos. Se debe tener información organizada, accesible y disponible para consulta o descarga, también puede ocurrir presencial o virtual en tiempo real.

5.11 Contrarreferencia

Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

5.12 Sistema de referencia y contrarreferencia

Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, al objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud

5.13 Red asistencial

Conjunto de establecimientos asistenciales públicos y establecimientos municipales de atención primaria de salud que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o privados.

5.14 Persona cuidadora no remunerada

Toda persona que, sin recibir remuneración ni mantener una relación contractual, realiza trabajos o labores de cuidado para personas con dependencia por motivos de salud, curso de vida o discapacidad, así como para niños, niñas y adolescentes, sin perjuicio de la existencia de un vínculo de parentesco entre ellas o de la pertenencia a un mismo hogar.

5.15 Persona cuidadora remunerada

Toda persona que realiza trabajos de cuidados para personas con dependencia, por motivos de salud, de curso de vida o de discapacidad, y para niños, niñas y adolescentes, y que recibe una remuneración por ello, en el marco de una relación contractual. Esto incluye cuidados en el hogar, servicios de cuidados residenciales de larga duración y servicios de cuidados a distancia, entre otros.

Para las actividades vinculadas con temas sanitarios que impliquen funciones de cuidado, se entenderá que cumplen dicha calificación los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud.

6. Documentos de referencia

- Ministerio de salud Subsecretaría Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial. Orientaciones técnicas de Hospitalización Domiciliaria. Abril 2021, disponible en: <https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2021/05/Orientacion-Tecnica-de-Hospitalizacion-Domiciliaria-abril-2021.pdf>
- DIPRECE-DIVAP, MINSAL. Resolución Exenta No 403 Visita Domiciliaria Integral Orientaciones Técnicas en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. 9 de marzo de 2018, disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/06/2018.04.17_OT-VISITA-DOMICILIARIA-INTEGRAL.pdf
- Estimation of the demand for palliative care in non-oncologic patients in Chile. Enero 2023, disponible en: [Armijo, N., Abbot, T., Espinoza, M. et al. Estimation of the demand for palliative care in non-oncologic patients in Chile. BMC Palliat Care 22, 5 \(2023\). https://doi.org/10.1186/s12904-022-01122-z](https://doi.org/10.1186/s12904-022-01122-z)

- Ley 21375 Consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Octubre 2021, disponible en <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166846>
- Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Modelo de la atención domiciliaria en la red del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial. Disponible en desarrollo en: DRIVE <https://docs.google.com/document/d/1-Ft17uZKMVP98X9UUIbxduVT-8ZPAbiX/edit>
- Informe final de evaluación de programas gubernamentales. Programa de Atención domiciliaria a personas con dependencia severa (2017). Disponible en: https://www.dipres.gob.cl/597/articles-163132_informe_final.pdf
- Orientación Técnica Programa Odontológico Integral 2019, Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/02/Orientaci%C3%B3n-T%C3%A9cnica-Programa-Odontol%C3%B3gico-Integral-2019.pdf>
- Listado específico de las prestaciones GES, disponible en: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/lep>
- Definiciones Superintendencia de Salud. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-2430.html#recuadrosarticulo_4933_2
- Revisión, fecha de acceso: agosto 31, 2025, <https://rccm-umss.com/index.php/revistacientificacienciamedica/article/download/61/27/54>
- Foundational Information - Pediatric Dysphagia and Feeding ..., fecha de acceso: agosto 31, 2025, <https://www.tims.com/blog/foundational-information-pediatric-dysphagia-and-feeding-disorders>.
- Parálisis Cerebral infantil, sus complicaciones ... - ACVENISPROH, fecha de acceso: agosto 31, 2025, <https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/download/62/528/1203>
- Hasta el 40% de los niños españoles en algún momento de su vida pueden llegar a padecer disfagia | SEORL-CCC, fecha de acceso: agosto 31, 2025, <https://seorl.net/noticia/hasta-el-40-de-los-ninos-espanoles-en-algun-momento-de-su-vida-pueden-llegar-a-padecer-disfagia>.
- Pediatric Feeding and Swallowing - ASHA, fecha de acceso: agosto 31, 2025, <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/pediatric-feeding-and-swallowing/>
- ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISFAGIA EN ..., fecha de acceso: agosto 31, 2025, http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332023000200084.
- Impacto de un programa especializado de rehabilitación en disfagia ..., fecha de acceso: agosto 31, 2025, <https://analesdepediatria.org/es-impacto-un-programa-especializado-rehabilitacion-avance-S1695403325001936>.
- Evaluación de la disfagia. Resultados tras un año de la incorporación de la videofluoroscopia en nuestro centro | Anales de Pediatría, fecha de acceso: agosto 31,

2025, <https://www.analesdepediatria.org/en-evaluacion-disfagia-resultados-tras-un-articulo-S1695403317303041>.

- Instrumentos de evaluación de la deglución pediátrica: un reporte por fonoaudiólogos en Colombia y Chile | Revista de Investigación en Logopedia, fecha de acceso: agosto 31, 2025, <https://revistas.ucm.es/index.php/RLOG/article/view/73161/4564456566024>.
- LA DEGLUCIÓN DURANTE EL PERIODO POSTQUIRÚRGICO EN ..., fecha de acceso: agosto 31, 2025, <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstreams/f958ba40-cdf4-4ae8-94e0-18a17b04f10c/download>.
- Utilidad de la videofluoroscopia en pediatría - FAPap, fecha de acceso: agosto 31, 2025, <https://fapap.es/articulo/449/utilidad-de-la-videofluoroscopia-en-pediatria>.
- Utilidad de la videofluoroscopia en Pediatría - FAPap, fecha de acceso: agosto 31, 2025, https://fapap.es/files/639-1575-RUTA/07_Videofluoroscopia.pdf.
- Patología gastrointestinal en niños con parálisis cerebral infantil y otras discapacidades neurológicas | Anales de Pediatría, fecha de acceso: agosto 31, 2025, <https://www.analesdepediatria.org/en-patologia-gastrointestinal-ninos-con-paralisis-articulo-resumen-S1695403310001621>
- Ley N° 21.805 Reconoce el derecho al cuidado y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, <https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2026/02/16/44377/01/2770664.pdf>

7. Contenido del documento

7.1 Principios rectores

Se alinea con los principios rectores del Modelo de Cuidados Domiciliarios en Red del SSMO.

1. Atención centrada en la persona en cuidados
2. Atención integral.
3. Continuidad de la atención.
4. Promoción del autocuidado.
5. Calidad y seguridad de la persona en cuidado.
6. Coordinación y apoyo con el intersector.
7. Participación social.
8. Apoyo familiar.
9. Coordinación interdisciplinaria y trabajo en equipo.
10. Educación y prevención.
11. Gestión de las personas trabajadoras de salud.
12. Acceso equitativo.
13. Dignidad.
14. Equidad de género.
15. Gradualidad en los cuidados/Cuidados diferenciados.
16. Mecanismos para la resolución de conflictos.
17. Interculturalidad.

7.2 Contextualización de la disfagia

7.2.1 Contexto desde el ámbito médico-clínico

La deglución es el proceso fisiológico complejo mediante el cual los alimentos, líquidos, medicamentos y saliva son transportados desde la cavidad oral, a través de la faringe y el esófago, hasta el estómago^{1,2}. Este proceso requiere la coordinación precisa de más de 30 músculos y múltiples nervios, y se divide clásicamente en cuatro fases: preparatoria, oral, faríngea y esofágica.

En la fase preparatoria, el alimento se introduce en la boca, se humedece con saliva y se mastica para formar el bolo alimenticio. En lactantes, esta fase consiste en la succión. La fase oral implica la propulsión voluntaria del bolo hacia la orofaringe mediante la lengua, con elevación del paladar blando para evitar el paso de alimento hacia la nasofaringe. La fase faríngea es involuntaria y se caracteriza por el paso del bolo a través de la faringe hacia el esófago, con cierre de la vía aérea por aducción de las cuerdas vocales y elevación de la laringe, lo que protege la vía respiratoria. Finalmente, en la fase esofágica, el bolo atraviesa el esfínter esofágico superior y es transportado al estómago mediante peristalsis esofágica³.

La deglución es fundamental para la nutrición y la hidratación, y su alteración (disfagia) puede tener consecuencias clínicas significativas. El control neuromuscular de la deglución involucra centros en el tronco encefálico y la modulación de áreas corticales superiores, integrando componentes voluntarios e involuntarios.

La deglución puede verse afectada por múltiples causas, incluyendo enfermedades neurológicas (como accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, distonía, y otras), envejecimiento, trastornos estructurales, y secuelas de intervenciones médicas como la intubación prolongada^{4,5}. Cuando la función deglutoria está alterada, se denomina disfagia.

La disfagia es el término clínico para describir la dificultad o alteración en el proceso de deglución. Puede clasificarse en orofaríngea (afectando las fases oral y faríngea) o esofágica (afectando el tránsito por el esófago)⁶. Los pacientes pueden presentar síntomas como tos o asfixia al comer, sensación de obstrucción, dificultad para iniciar la deglución, regurgitación nasal, o necesidad de modificar la consistencia de los alimentos para evitar complicaciones. Otros signos y síntomas transversales también incluyen disminución del interés por la alimentación, rechazo de alimentos, y en niños, posturas compensatorias como arqueado de la espalda o extensión cervical, así como retraso ponderoestatural y respiración ruidosa durante la alimentación. En adultos mayores y pacientes con enfermedades neurológicas, la disfagia puede ser subclínica y manifestarse principalmente por complicaciones secundarias como neumonía o deterioro funcional².

Las consecuencias clínicas de la disfagia son significativas: aumenta el riesgo de malnutrición, deshidratación, y mortalidad, además de impactar negativamente en la calidad de vida y en la

¹ Logemann JA. *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. 2.ª ed. Austin: Pro-Ed; 1998.

² Shaker R, et al., editores. *Principles of Deglutition: A Multidisciplinary Text for Swallowing and its Disorders*. New York: Springer; 2013.

³ Groher ME, Crary MA. *Dysphagia: clinical management in adults and children*. 3.ª ed. St. Louis: Elsevier; 2021.

⁴ Gong S, et al. The prevalence and associated factors of dysphagia in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Sec. Neuroepidemiology*. 10.3389/fneur.2022.1000527.

⁵ Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). *Guía de Orientaciones Técnicas Programa Cuidados Domiciliarios*. 2017.

⁶ Rommel N, Hamdy S. Oropharyngeal dysphagia: manifestations and diagnosis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;13(1):49-59.

ubicación del alta hospitalaria⁷. En poblaciones vulnerables, como adultos mayores⁸ y usuarios con enfermedades neurológicas, la prevalencia de disfagia es elevada y requiere una evaluación sistemática, que puede incluir estudios instrumentales como la videofluoroscopia o la endoscopia de deglución⁹.

En el contexto pediátrico, especialmente en niños con trastornos motores como la distonía, la disfagia orofaríngea es frecuente y se asocia con alto riesgo de aspiración y complicaciones graves, lo que exige una monitorización y evaluación continua de la función deglutoria¹⁰.

El manejo de la disfagia depende de la etiología y gravedad, e incluye intervenciones compensatorias (modificación de dieta, cambios posturales), rehabilitación, soporte nutricional (como alimentación enteral en casos graves), y en algunos casos, terapias de estimulación neuromuscular o farmacológica, aunque la evidencia sobre el impacto en resultados clínicos aún es limitada¹¹

La prevalencia de la disfagia varía significativamente a lo largo del curso de vida y depende de la definición utilizada, el método de evaluación y la población estudiada. En adultos jóvenes y de mediana edad, la prevalencia en la población general se sitúa entre el 15% y el 20% según estudios poblacionales, aunque la mayoría de los casos son leves y autolimitados¹². En niños, la prevalencia es menor que en la población general, pero puede alcanzar cifras elevadas en grupos con enfermedades neurológicas o malformaciones congénitas, aunque los datos poblacionales robustos son limitados.

En adultos mayores, la prevalencia aumenta de manera marcada. En personas mayores de 60 años, se estima que hasta el 50% puede experimentar algún grado de disfagia, especialmente en contextos institucionalizados como residencias geriátricas, donde supera el 50%¹³. En adultos mayores que viven en la comunidad, la prevalencia oscila entre el 10% y el 33%. La prevalencia de disfagia orofaríngea global, según metaanálisis, puede alcanzar el 43.8% en poblaciones de riesgo, y es aún mayor en pacientes con demencia (hasta 72.4%)¹⁴.

La prevalencia de disfagia también se incrementa en presencia de enfermedades subyacentes como accidente cerebrovascular, enfermedades neurodegenerativas, cáncer, y enfermedades pulmonares crónicas, donde el riesgo relativo es significativamente mayor. Además, la prevalencia está aumentando con el envejecimiento poblacional y el incremento de enfermedades crónicas.^{15,22,16}

⁷ Wilkins T, Gillies RA, Thomas AM, Wagner PJ. The prevalence of dysphagia in primary care patients: a HamesNet Research Network study. *J Am Board Fam Med.* 2007;20(2):144-50.

⁸ Sura L, Madhavan A, et al. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clin Interv Aging.* 2012;7:287-98.

⁹ Haas R, et al. (2024) Clinical and Instrumental Swallowing Assessments for Dysphagia Canadian. Agency for Drugs and Technologies in Health; 2024 Feb. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK602505/>

¹⁰ Rosenbek JC, Jones HN. *Dysphagia in Movement Disorders.* San Diego: Plural Publishing; 2009.

¹¹ Sepúlveda J, Jarpa-Muñoz F. Efectividad de ejercicios para rehabilitar la disfagia orofaríngea posterior a un accidente cerebrovascular: una revisión integradora. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud.* 2022;4(1).

¹² Madhavan A, et al. Prevalence of and Risk Factors for Dysphagia: A Systematic Review. *Clin Gastr Hepatol* 2019 24;18(9):1970-79.

¹³ Thiyagalingam S, et al. Dysphagia in Older Adults. *Mayo Clin Proc.* 2021;96(2):488-497.

¹⁴ Caya Rivelsrud M, et al. Prevalence of Oropharyngeal Dysphagia in Adults in Different Healthcare Settings: A Systematic Review and Meta-analyses. *Dysphagia* (2023) 38:76-121

¹⁵ Ministerio de Salud (MINSAL-OPS) *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria.* 2012.

¹⁶ Slachevsky A, et al. Cuidados paliativos en personas con demencia severa: reflexiones y desafíos. *Rev méd de Chile,* 144(1), 94-101.

En resumen, la disfagia es una alteración de la deglución que puede tener consecuencias graves y requiere un abordaje multidisciplinario para su diagnóstico y manejo, adaptado a la causa subyacente y al perfil del paciente. Los síntomas cardinales de la disfagia son dificultad para tragar, tos o atragantamiento durante la ingesta, sensación de obstrucción, regurgitación, cambios en la voz, y complicaciones nutricionales o respiratorias, cuya presencia debe motivar una evaluación sistemática y dirigida^{22,17,18}.

7.2.2 Disfagia en población pediátrica

La disfagia pediátrica, que se define como la dificultad para deglutir de forma segura y eficiente, es un problema de salud que, si bien es poco común en la población general, tiene una alta prevalencia en grupos de riesgo. La evidencia científica sugiere que la incidencia en la población pediátrica general es inferior al 1%¹⁹, mientras que los datos más recientes indican que un 1.6% de los niños en EE. UU. con una condición de salud subyacente tienen este problema. Esta disparidad es multifactorial y está impulsada en gran medida por la mejora en las tasas de supervivencia de neonatos prematuros y niños con afecciones médicas complejas, un fenómeno que ha creado una cohorte de usuarios con mayor riesgo de desarrollar disfagia^{28,20}.

La prevalencia de la disfagia aumenta de manera significativa en poblaciones con condiciones de riesgo. Los trastornos neurológicos son la causa más común, con una prevalencia de disfagia que puede alcanzar el 70% en niños españoles con estas afecciones y hasta el 90% en usuarios con parálisis cerebral²¹. La prematuridad es otra causa importante, con una prevalencia de problemas de alimentación del 43% en lactantes que nacieron prematuros. La disfagia también es una comorbilidad común en otras condiciones, como las cardiopatías congénitas (42.9%) y los trastornos del espectro autista^{22,23}. La **Tabla 1** resume las prevalencias más relevantes.

¹⁷ Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT). *Eating and drinking with acknowledged risks*. London: RCSLT; 2021.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud. *CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. OMS; 2001.

¹⁹ Attril S, et al. Impact of oropharyngeal dysphagia on healthcare cost and length of stay in hospital: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2018(1):5942018.

²⁰ American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). *Evidence Map: Pediatric Feeding and Swallowing* [Internet]. ASHA; [02/2026]. Disponible en: https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/pediatric-feeding-and-swallowing/?srsltid=AfmBOooP4IGlbtvregengeJhhsb_sAFn7o90nkjhlaEU8jc2FAi30RkXs

²¹ Calderone A, et al. Swallowing disorders in cerebral palsy: a systematic review of oropharyngeal Dysphagia, nutritional impact, and health risks. *Ital Journ Pediatr*. 2025 22;51(1):57.

²² Norman V, et al. Prevalence of Feeding and Swallowing Disorders in Congenital Heart Disease: A Scoping Review. *Front Pediatr*. 2022 5;10:843023

²³ Araujo B, et al. Disfagia no Transtorno do Espectro Autista (TEA): uma revisão integrativa. *Distúrb Comun*, São Paulo, 2024;36(1).

Tabla 1: Prevalencia de disfagia en población pediátrica de Alto Riesgo

Condición Médica/etiología	Prevalencia de Disfagia
Parálisis unilateral de pliegue vocal	92.9% (53.6% presentó aspiración silente) ^a
Laringomalacia	72% (disminución al 59% post-cirugía) ^c
Parálisis cerebral infantil (PCI)	50.4% ^d (de 0 a 18 años)
Enfermedades neuromusculares	47.2% ^e (de 2 a 18 años)
Recién Nacidos Prematuros (6-12 m)	10,5 a 47% ^f
Cardiopatía congénita	42.9% (prevalencia media combinada de aspiración estimada en esta población del 32,9%) ^g
Ataques cerebrovasculares agudo	● Niños: 41% ^g / Recién nacidos: 39% ^h
Microsomía craneofacial	13.5% ⁱ
<p>^a Irace L., et al. Aspiration in children with unilateral vocal fold paralysis. <i>The Laryngoscope</i>, 2019;129(3), 569–573.</p> <p>^b Liao, K., et al. Spectrum of swallowing abnormalities in children with Type I laryngeal cleft. <i>International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology</i>, 2022;163, Article 111380.</p> <p>^c Rossoni P, et al. The prevalence of dysphagia in children with laryngomalacia pre and postsupraglottoplasty: A systematic review with meta-analysis. <i>International Archives of Otorhinolaryngology</i>, 2024;28(1), e170–e176.</p> <p>^d Speyer, R, et al. Prevalence of drooling, swallowing, and feeding problems in cerebral palsy across the lifespan: A systematic review and meta-analyses. <i>Developmental Medicine & Child Neurology</i>, 2019;61(11), 1249–1258.</p> <p>^e Kooi-van M, et al. Dysphagia and dysarthria in children with neuromuscular diseases, a prevalence study. <i>Journal of Neuromuscular Diseases</i>, 2020;7(3), 287–295.</p> <p>^f Dewi DJ, et al. Risk of dysphagia in a population of infants born pre-term: characteristic risk factors in a tertiary NICU. <i>J Pediatr (Rio J)</i>. 2024;100(2):169-176</p> <p>^g Norman V, et al. Prevalence of feeding and swallowing disorders in congenital heart disease: A scoping review. <i>Frontiers in Pediatrics</i>, 2022; 10, Article 843023.</p> <p>^h Sherman V, et al. Swallowing, oral motor, motor speech, and language impairments following acute pediatric ischemic stroke. <i>Stroke</i>, 2021;52(4), 1309–1318.</p> <p>ⁱ van de Lande S, et al. Evaluation of swallow function in patients with craniofacial microsomia: A retrospective study. <i>Dysphagia</i>, 2018;33(2), 234–242.</p>	

La disfagia no tratada puede llevar a serias complicaciones, incluyendo:

- **Malnutrición:** La desnutrición se presenta en el 40-90% de los usuarios con problemas de deglución²⁴. El diagnóstico y la intervención temprana pueden mejorar significativamente los parámetros de crecimiento como el peso y el IMC.

²⁴ Ilgaz F, Kurdoğlu M, Köksal G. Screening of dysphagia and malnutrition risk in hospitalized children: Preliminary findings from a pilot study. *Nutr Clin Pract*. 2019;34(6):934-935.

- **Problemas respiratorios:** La aspiración de alimentos o líquidos hacia la vía aérea puede causar neumonía por aspiración y otros problemas pulmonares²⁵.
- **Carga para los Cuidadores:** La disfagia impone una carga considerable a los cuidadores y sus familias, incluyendo la necesidad de modificar dietas, fatiga emocional y un impacto en la vida social²⁶.

La urgencia de adoptar un enfoque multidisciplinario, involucrando a neurólogos, gastroenterólogos, dietistas, fonoaudiólogos y otros especialistas, para garantizar el manejo integral de estos usuarios y mejorar no solo su supervivencia, sino también su calidad de vida y la de sus familias²⁷.

7.3 Disfagia y APS, propuesta y aplicación de tamizaje

La Atención Primaria en Salud (APS) corresponde al primer nivel de contacto de las personas con el sistema de salud. Su objetivo es ofrecer atención médica-clínica accesible, integral y continua, enfocándose en la prevención, el tratamiento de enfermedades comunes y la promoción de la salud^{28,29}.

En Chile, no existe información precisa sobre la prevalencia de disfagia en población adulta y pediátrica. En la literatura internacional se describe que la población mayor sana que vive en la comunidad presenta una prevalencia de disfagia que fluctúa entre el 8-16% y que en atención primaria de salud (APS) esta cifra puede elevarse. Se ha visto que entre el 13-35% de personas mayores que viven independientes refiere disfagia a través de evaluación con cuestionarios autoaplicados. Considerando que la disfagia no se incluye en la evaluación gerontológica en APS y tampoco en forma rutinaria en los centros de referencia de nuestro país^{30,31}.

7.3.1 Importancia del tamizaje de la disfagia en Atención Primaria

La Sociedad Latinoamericana de Disfagia ha emitido orientaciones para la evaluación y tratamiento de la disfagia en diferentes niveles de atención, incluyendo la atención primaria, especialmente en el contexto de la pandemia de COVID-19. La disfagia orofaríngea es un trastorno común en Europa, especialmente entre adultos mayores y usuarios con enfermedades neurológicas. Sin embargo, se estima que hasta el 80% de los casos no son diagnosticados ni tratados adecuadamente, lo que subraya la necesidad de mejorar su detección en el nivel primario de atención³². En este mismo contexto, en España se han desarrollado diversas iniciativas para integrar la evaluación de la disfagia

²⁵ Pavithran J, et al. Observations from a pediatric dysphagia clinic: Characteristics of children at risk for aspiration pneumonia. *Laryngoscope*. 2019;129(11):2614-2618.

²⁶ Norman V, Gibb J, Kable A, Pumfrey A. Care burden and support needs of caregivers of infants and children with CHDs and dysphagia. *Cardiol Young*. 2022;32(11):1753-60.

²⁷ Mittal A, et al. Does Dysphagia Predict Inpatient Morbidity and Mortality in Geriatric Patients Admitted for Aspiration Pneumonia? *Cureus*. 2021;13(1):e12622.

²⁸ Dziejwas R, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *Eur Stroke J*. 2021;6(3):LXXXIX-CXLI.

²⁹ Cotogni P, et al. The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients*. 2021 Jan 22;13(2):306.

³⁰ Dziejwas R, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *Eur Stroke J*. 2021;6(3):LXXXIX-CXLI.

³¹ Cotogni P, et al. The Role of Nutritional Support for Cancer Patients in Palliative Care. *Nutrients*. 2021 Jan 22;13(2):306.

³² Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). *Guía de manejo de la disfagia en Atención Primaria*. Madrid: SEMERGEN; 2020.

en la APS. Por ejemplo, el Proyecto DISFAP se centra en la detección precoz de la disfagia en atención primaria, utilizando herramientas de tamizaje como el EAT-10 (*Eating Assessment Tool*) y pruebas específicas para su diagnóstico.

La detección temprana del riesgo de aspiración, por lo tanto, es fundamental, ya que permite una intervención inmediata y especializada lo que contribuye a reducir la mortalidad, la morbilidad, la duración de la hospitalización y los costos de atención médica. Como tal, el tamizaje o *screening* de la deglución se ha convertido en una práctica recomendada en personas con sospechas de algún conflicto de la deglución y alimentación; y logra ser el primer paso importante en el proceso de valoración de la disfagia.

Con respecto a la población pediátrica, se han desarrollado herramientas de tamizaje como el cuestionario PEDI-EAT-10, adaptado del instrumento utilizado en adultos (*Eating Assessment Tool - 10*). Esta herramienta busca facilitar la identificación de niños en riesgo de disfagia y orientar su derivación.

7.3.2 Instrumentación para el cribado clínico

El tamizaje EAT-10 es un procedimiento breve, sencillo y no invasivo, cuyo propósito principal es identificar de manera temprana a las personas con riesgo de presentar una condición clínica específica, en este caso, aspiración y/o disfagia. Cabe subrayar que el tamizaje no reemplaza una evaluación diagnóstica, sino que permite determinar qué usuarios requieren una valoración clínica más exhaustiva.

En el ámbito de la alimentación y la deglución, el tamizaje busca detectar signos o síntomas que indiquen riesgo durante la ingesta, especialmente en usuarios con antecedentes neurológicos, deterioro funcional, fragilidad o situaciones de dependencia. Su aplicación oportuna resguarda la seguridad del paciente, previene complicaciones asociadas a la aspiración, orienta sobre la seguridad en la administración oral de medicamentos y garantiza el acceso adecuado a nutrientes y líquidos^{33,34}.

Dada la alta prevalencia de disfagia en poblaciones específicas, la diversidad de sus manifestaciones, que incluso pueden ser reportadas por terceros, y las consecuencias tanto en la salud de los usuarios como en los costos del sistema, se vuelve fundamental incorporar un tamizaje simple y rápido en todos los niveles de atención.

La implementación sistemática del tamizaje en entornos como la Atención Primaria en Salud, la hospitalización domiciliaria o los cuidados paliativos, resulta clave para prevenir eventos adversos y asegurar la derivación oportuna a una evaluación por el personal clínico especializado³⁵.

En este marco, se propone establecer un proceso de pesquisa de usuarios con sospecha o alta probabilidad de disfagia en la Red del SSMO. Para ello, se recomienda la aplicación de herramientas estandarizadas de tamizaje **EAT-10** y **Pedi-EAT-10** por parte de personal clínico no fonoaudiológico

³³ Clavé P, Shaker R. Dysphagia: current reality and scope of the problem. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015 May;12(5):259-70.

³⁴ Allen J, et al. 2013 (Ob. cit.).

³⁵ Mittal A, et al. Does Dysphagia Predict Inpatient Morbidity and Mortality in Geriatric Patients Admitted for Aspiration Pneumonia? *Cureus*. 2021;13(1):e12622.

(enfermería, TENS, nutricionistas, kinesiólogos, entre otros) que participan en la atención directa de las personas, permitiendo así una evaluación oportuna de la deglución.

Actualmente, en la red del SSMO existe el desafío de realizar una estandarización sobre la aplicación de una herramienta de tamizaje para detectar precozmente a personas con sospecha de disfagia, por lo cual, tras el análisis de literatura, se plantea la aplicación del EAT-10 y PEDI-EAT10.

7.3.3 Eating Assessment Tool (EAT-10)

El *Eating Assessment Tool* (EAT-10)³⁶ es un instrumento analógico verbal, unidimensional, autoadministrado y de puntuación directa para la evaluación de síntomas específicos de disfagia, que ha mostrado una consistencia interna y reproducibilidad excelente. Se encuentra validado en población chilena demostrando valores de sensibilidad del 75% y especificidad del 85%, con un valor predictivo positivo de 0,57³⁷.

El test EAT-10 consiste en contestar por parte del usuario o por su familiar/cuidador diez preguntas relacionadas con la aparición y severidad de síntomas de la disfagia. Cada una de las preguntas se puntúa en una escala Likert de 5 puntos; desde 0 (sin problema) a 4 (problema serio). Los datos de diferentes estudios establecen una puntuación ≥ 3 para establecer riesgo de disfagia⁴⁵.

Las principales variables que se abordan en el manejo de la deglución se identifican en el EAT-10, siendo estas la seguridad (deglutoria), la eficacia, la eficiencia y el confort o comodidad (**Tabla 2**):

- *Seguridad*: Hace referencia a la capacidad de ingerir un alimento sin comprometer la vía aérea, evitando que algún tipo de contenido se desvíe hacia la vía aérea
- *Eficacia*: Principalmente refiere que la deglución permite cumplir con los requerimientos nutricionales, hídricos, farmacológicos, y del propio manejo de secreciones de la persona
- *Eficiencia*: Hace referencia al tiempo; es decir, cuánto tiempo se demora la persona en poder ingerir un alimento o un contenido oral
- *Confort*: Concepto que hace referencia a la comodidad del usuario, es decir, cuán cómodo es la alimentación
- *Calidad de vida*: valora el nivel de satisfacción y participación del contexto de alimentación del usuario en su comunidad

En la evaluación de la disfagia es crucial considerar las diferentes variables de la función deglutoria. Las variables fundamentales para un manejo clínico efectivo: la *seguridad* para evitar aspiraciones, la *eficacia* para asegurar la nutrición, la *eficiencia* para optimizar el tiempo de alimentación, la *comodidad* para mejorar la experiencia del paciente y la *calidad de vida* para fomentar su participación. Estos elementos, directamente relacionados con los ítems del test EAT-10, son la base para cualquier plan terapéutico.

³⁶ Belafsky PC, Mouadeb LC, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2008;117(12):919-924.

³⁷ Fernández-Rosati A, Caballero A, Tapia J, Olavarría C. Validación de la escala Eating Assessment Tool (EAT-10) en población chilena para el cribado de disfagia orofaríngea. *Rev Chil Enferm Respir*. 2019;35(4):255-261.

Tabla 2: Preguntas del cuestionario EAT-10 y sus variables clínicas

Ítem EAT-10	Variable(s)
1. <i>Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso</i>	Eficacia, calidad de vida, participación
2. <i>Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa</i>	Calidad de vida, participación
3. <i>Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra</i>	Seguridad, eficacia
4. <i>Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra</i>	Seguridad, eficacia
5. <i>Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra</i>	Seguridad, eficacia
6. <i>Tragar es doloroso</i>	Comodidad, seguridad, calidad de vida
7. <i>El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar</i>	Calidad de vida
8. <i>Cuando trago, la comida se pega en mi garganta</i>	Seguridad, eficiencia
9. <i>Toso cuando como</i>	Seguridad
10. <i>Tragar es estresante</i>	Comodidad, calidad de vida

7.3.4 Pediatric Eating Assessment Tool-10 (PediEAT-10)

El *Pediatric Eating Assessment Tool-10* (PediEAT-10) es un instrumento de tamizaje de 10 ítems, diseñado para ser completado por padres o cuidadores con el fin de identificar el riesgo de penetración y/o aspiración en niños. A la fecha de elaboración de este protocolo, el instrumento cuenta con validación al español ibérico, no existiendo aún una validación formal en la realidad clínica chilena. No obstante, su uso se justifica por su alta sensibilidad y utilidad transcultural reportada en la literatura internacional.

El tiempo de administración del cuestionario es rápido, con un promedio de 2,18 minutos. Un resultado positivo se considera con una puntuación total igual o superior a 4, lo que indicaría la necesidad de una evaluación más detallada por parte de fonoaudiología.

El cuestionario PediEAT-10 ha demostrado ser un instrumento psicométricamente robusto. Un estudio de validación al español con 87 casos de disfagia y 91 controles reportó una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,87). Además, se verificó su alta validez de constructo, mostrando que las puntuaciones eran significativamente más altas en usuarios con disfagia. El estudio también demostró una alta sensibilidad (83,9%) y especificidad (94,5%)³⁸.

Por lo tanto, este instrumento es una herramienta no invasiva, rápida y fiable que puede ser utilizada por diversos profesionales de la salud para identificar de manera efectiva a los niños con riesgo de disfagia y la necesidad de una evaluación clínica de la deglución. Su validación al español facilita su implementación clínica, ya que demuestra que es un instrumento culturalmente pertinente y eficaz para su uso en la práctica clínica en pediatría.

En esta población también se consideran las mismas variables que se usan en el EAT-10 (**Tabla 3**).

³⁸ Serel Arslan S, Kılınc HE, Yaşaroğlu ÖF, Demir N, Karaduman AA. The pediatric version of the eating assessment tool-10 has discriminant ability to detect aspiration in children with neurological impairments. *Neurogastroenterol Motil.* 2018;30:e13432.

Tabla 3: Preguntas del cuestionario PediEAT-10 y sus variables clínicas

Ítem PediEAT-10	Variable(s)
1. <i>Mi hijo/a no gana peso debido a su problema para tragar</i>	Eficacia, calidad de vida, participación
2. <i>El problema para tragar de mi hijo/a afecta nuestras posibilidades de salir a comer fuera</i>	Calidad de vida, participación
3. <i>A mi hijo/a le supone un esfuerzo extra tragar líquidos</i>	Seguridad, eficacia
4. <i>A mi hijo/a le supone un esfuerzo extra tragar sólidos</i>	Seguridad, eficacia
5. <i>Mi hijo/a tiene arcadas al tragar</i>	Comodidad, seguridad, eficacia, calidad de vida
6. <i>Mi hijo/a actúa como si le doliera tragar</i>	Comodidad, seguridad, calidad de vida
7. <i>Mi hijo/a no quiere comer</i>	Calidad de vida
8. <i>A mi hijo/a se le queda la comida en la garganta y se atraganta al comer</i>	Seguridad, eficiencia
9. <i>Mi hijo/a tose al comer</i>	Seguridad
10. <i>Mi hijo/a lo pasa mal al tragar.</i>	Comodidad, calidad de vida

7.3.5 Consideraciones previas a la aplicación del EAT-10 y PediEAT-10

Antes de aplicar el cuestionario de detección de disfagia, los equipos clínicos que atienden directamente al paciente deben considerar ciertos aspectos que pueden influir en su capacidad para tragar de manera segura y eficaz. Estas condiciones deben revisarse durante la evaluación inicial, tanto en la entrevista como en el examen físico.

Si bien no constituyen criterios de exclusión para la aplicación del cuestionario, su identificación puede aportar información relevante y mejorar la especificidad del tamizaje:

- **Posición corporal:** el paciente debe tener una posición que favorezca la alimentación segura.
- **Revisión de la cavidad oral:** La cavidad oral debe estar limpia, sin restos de comida, lesiones, úlceras o infecciones visibles. Además, se debe verificar que haya una cantidad adecuada de saliva, sin sequedad extrema ni exceso de salivación.
- **Valoración de la dentición y uso de prótesis:** si el paciente tiene sus propios dientes, estos deben estar en buen estado, sin piezas sueltas ni dolor. Si usa prótesis dentales (completas o parciales), estas deben estar bien ajustadas y ser cómodas para el paciente. Es recomendable preguntar si siente molestias al usarlas.
- **Deterioro cognitivo significativo:** en aquellos usuarios que no puedan entender o responder a las preguntas del cuestionario, o que tengan una puntuación menor a 13 en el Mini Mental State Examination abreviado, se puede aplicar el cuestionario al cuidador(a)/familiar responsable.

- **Persona en cuidados paliativos:** Si el usuario aún se encuentra en condiciones de responder, el cuestionario será aplicado directamente a él; en caso contrario, se aplicará al cuidador. Por otro lado, si el paciente se encuentra en cuidados de fin de vida con alimentación por confort, o presenta una alteración mecánica evidente, será evaluado directamente por el equipo de fonoaudiología, sin necesidad de aplicar el tamizaje.
- **Incapacidad para responder al cuestionario:** si, por cualquier motivo, el paciente no puede responder el cuestionario de forma adecuada, se puede aplicar a un familiar o cuidador, siempre que esa persona tenga un rol activo en la alimentación del paciente.

7.3.6. Aplicación

- Es un cuestionario de 10 preguntas que se completan con una escala de 0 a 4 para cada pregunta, donde 0 significa “ningún problema” y 4 significa “problema serio”
- Se valora si el usuario(a) con sospecha de disfagia puede responder o no el cuestionario (ver sección ‘Criterios de exclusión y consideraciones de aplicación’)
- Se entrega un formulario impreso al usuario o al cuidador. En caso de que se detecte una brecha de comprensión, el personal clínico puede facilitar el proceso aplicando el cuestionario a través de preguntas dirigidas
- El personal clínico recibe el formulario completado
- Se suman las puntuaciones de cada pregunta para obtener una puntuación total
- Si la puntuación total en el EAT-10 es mayor o igual a 3 puntos, y en el PEDI-EAT10 es mayor o igual a 4 puntos, se considera que la persona puede tener problemas para tragar; agilizar evaluación por fonoaudiología según flujograma propuesto en el punto VII

El presente protocolo inicial será aprobado mediante Resolución Exenta por la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, distribuido a los establecimientos de la red y publicado en la página web institucional <http://www.saludoriente.cl>. Con el documento, se facilitará a los equipos un formato para la aplicación del EAT-10 y PediEAT-10 con el fin que sea implementado en cada una de las unidades correspondientes, con la necesidad de registrar su aplicación y resultados en la Ficha Clínica Electrónica de su institución.

7.4 Criterios de derivación abordaje de la disfagia en la red SSMO

A continuación, se detallan los criterios clínicos para derivación a centros de salud de la red del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, que cuenten con Unidades de Rehabilitación y personal fonoaudiólogo(a), una vez evaluadas las consideraciones y aplicado el cuestionario de pesquisa correspondiente.

7.4.1 Pediátrico y adolescente (< 18 años)

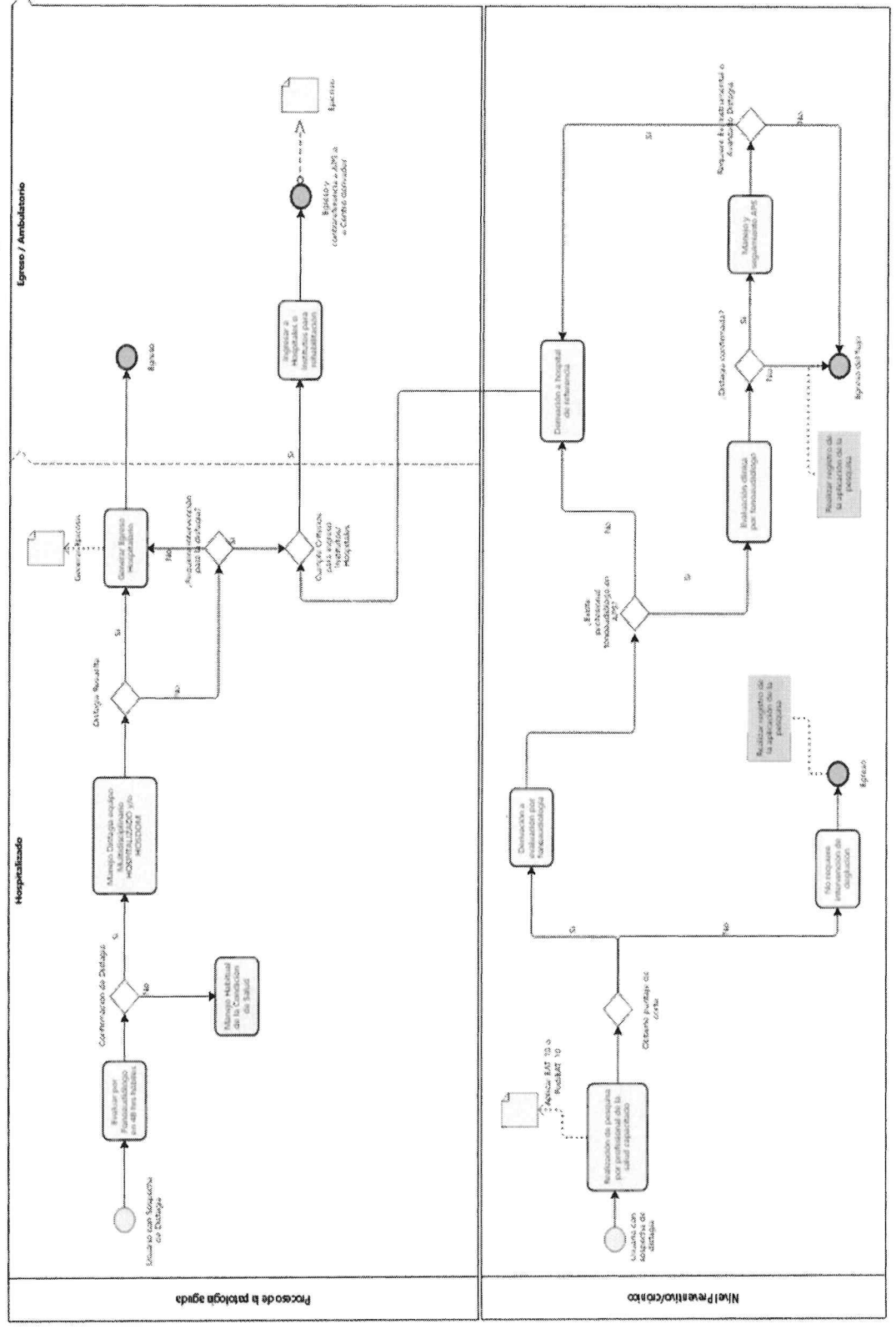
- *Resultado de PediEAT-10 \geq 4 puntos.*
- *Menor de 17 años 11 meses.*
- *Pertenecer a la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.*
- *Derivación por médico tratante mediante Interconsulta.*

7.4.2 Adulto (\geq 18 años)

- *Resultado de EAT-10 \geq 3 puntos.*
- *Mayor de 18 años.*
- *Pertenecer a la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.*
- *Derivación por médico tratante mediante interconsulta.*

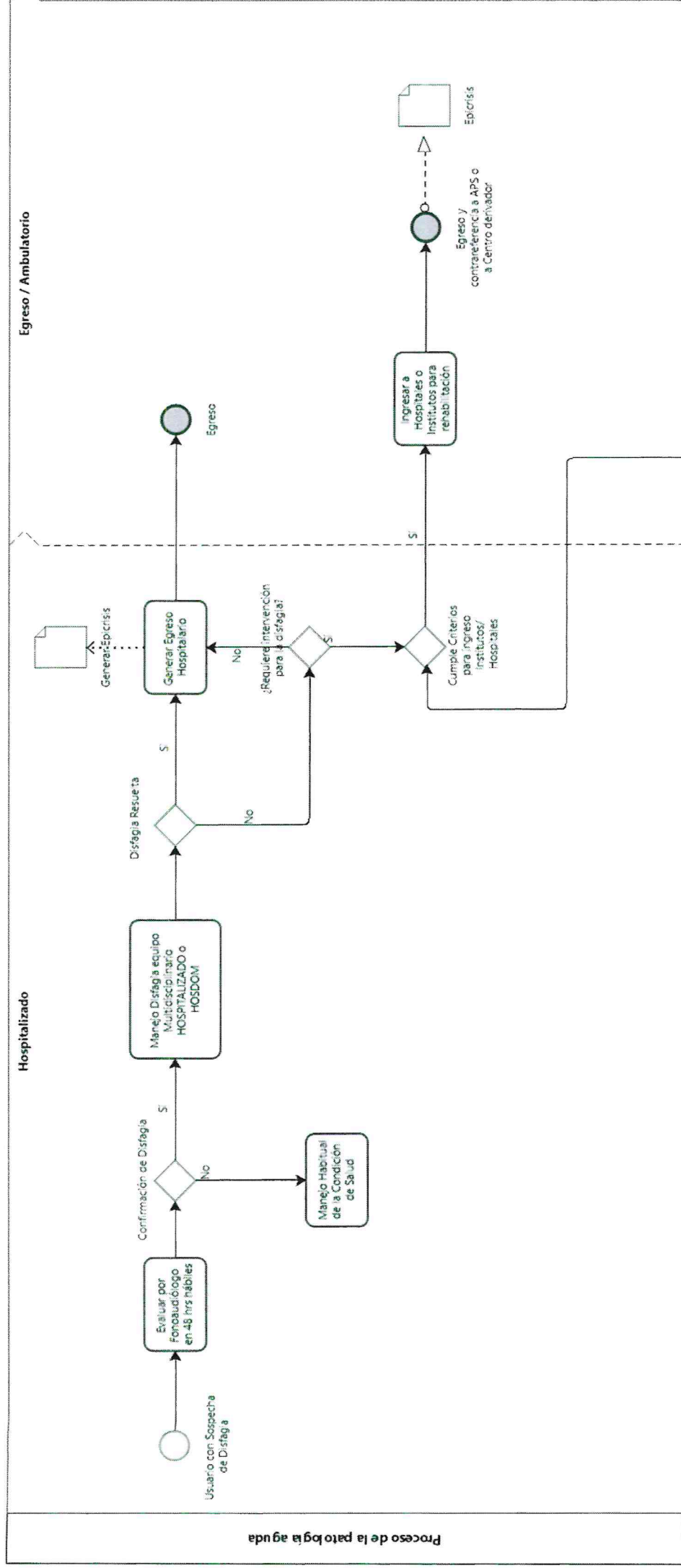
Nota: Para criterios específicos de cada centro revisar **Anexo 9.1.**

7.5 Flujoograma: Proceso general de la atención fonoaudiológica para usuarios con sospecha y diagnóstico de disfgia en la Red SSMO



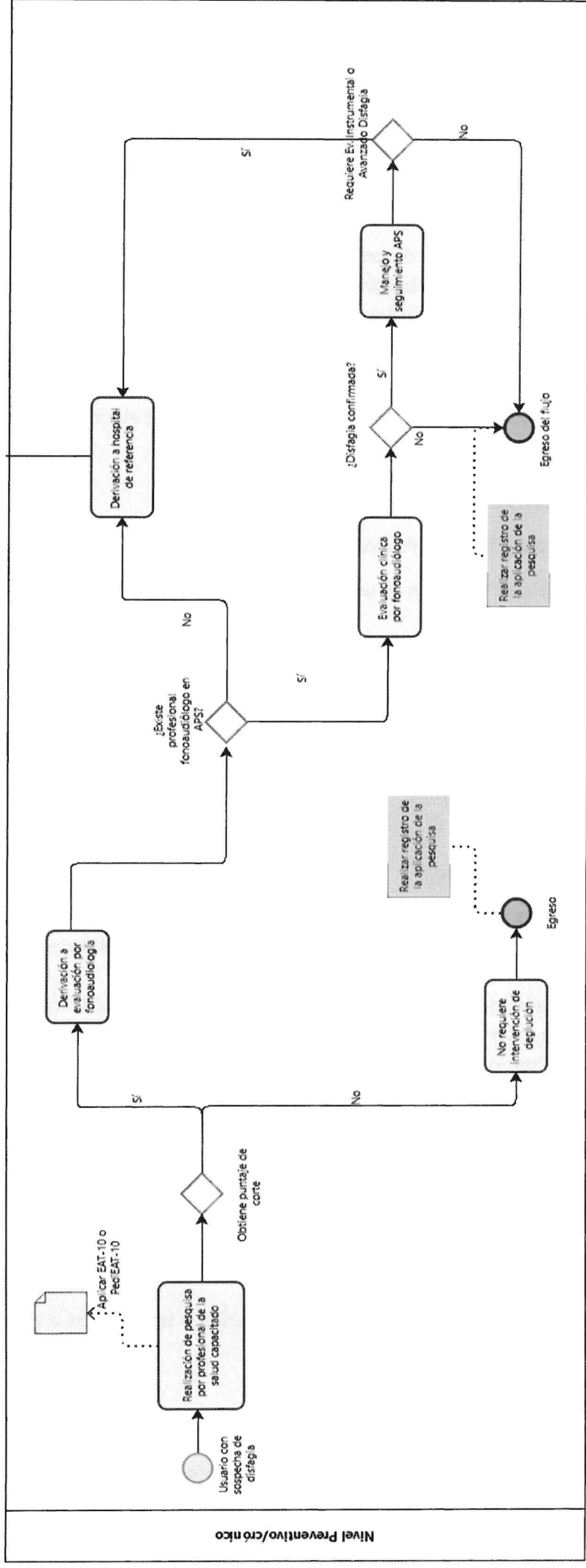
PROT-ADRS-8.1-000X

Fecha de versión: 16/03/2026



PROT-ADRS-8.1-000X

Fecha de versión: 16/03/2026



7.5.1 Descripción del flujo del proceso general de la atención fonoaudiológica para usuarios con sospecha y diagnóstico de disfagia

El flujo propuesto describe el proceso de evaluación, manejo y egreso de usuarios con sospecha o diagnóstico confirmado de **disfagia orofaríngea**, abarcando tres niveles de atención: **urgencia, hospitalización, y atención primaria o ambulatoria**.

Este flujo describe dos vías de ingreso al sistema de atención, las cuales están relacionadas con la *atención espontánea de urgencia* en el que un cuadro clínico es sugerente que usuario pudiese cursar con disfagia orofaríngea y en segundo lugar ingresó mediante atención primaria/comunitaria.

7.5.1.1 Atención en urgencia, hospitalización y egreso

7.5.1.1.1 Inicio del flujo (servicio de urgencias)

- El proceso se inicia con un usuario con **sospecha de disfagia** que requiere atención temporal en urgencia
- Se evalúa al paciente solicitando evaluación por fonoaudiología en un **plazo máximo de 48 horas hábiles**
- Si se **confirma presencia de disfagia**, se activa el protocolo hospitalario para su manejo por equipo multidisciplinario
- En caso de **no confirmarse** presencia de disfagia se debe **realizar manejo habitual de condición de salud**

7.5.1.1.2 Hospitalización

- En caso de confirmación de disfagia y requerir abordaje médico por condición de salud, equipo multidisciplinario (fonoaudiología, nutrición y dietética, medicina) aborda la disfagia basado en protocolos internos
- Si el cuadro de disfagia se resuelve, se genera el egreso hospitalario y epicrisis de alta.
- Si no se resuelve, y tiene objetivos de rehabilitación a corto plazo se deriva a programa de hospitalización domiciliaria si cumple con sus criterios de ingreso
- Si no se resuelve, se evalúa si el paciente requiere intervención ambulatoria derivando al hospital/instituto de referencia si cumple con criterios para derivación (ver anexo criterios).
- Si no requiere intervención, se procede al egreso
- En paralelo, se analiza si el paciente cumple criterios de derivación para hospital de menor complejidad (hospitales de baja complejidad o comunitarios)

7.5.1.1.3 Egresos

Pueden producirse desde urgencia, hospitalización o tras ingreso a dispositivos comunitarios, según la evolución clínica.

7.5.1.2 Nivel de atención primaria

Respecto al nivel primario/comunitario donde se genera pesquisa y derivación desde la APS

7.5.1.2.1 Inicio en la atención primaria

Usuario con sospecha de disfagia es pesquisado (a través de EAT-10 o PediEAT-10) por un equipo de salud capacitado.

Si obtiene puntaje de corte en la pesquisa, se deriva a evaluación fonoaudiológica.

Si la Atención Primaria cuenta con fonoaudiología se deriva a evaluación. En caso de no contar con el profesional fonoaudiólogo, se debe derivar al nivel secundario que corresponda según los criterios de inclusión y exclusión de cada centro para su evaluación.

7.5.1.2.2 Evaluación por fonoaudiología

Se determina si el paciente ha sido evaluado previamente en APS.

Si no, se realiza la evaluación clínica por fonoaudiología.

7.5.1.2.3 Confirmación diagnóstica y manejo

Si se confirma la disfagia, se define el manejo y seguimiento desde APS o se deriva a hospital de referencia si requiere un manejo especializado.

7.5.1.2.4 Egresos

El flujo finaliza con el egreso del proceso según evolución clínica o si no se confirma la disfagia.

7.6 Registro de las atenciones y modelo de cuidados domiciliarios

En sintonía a los lineamientos del nuevo Modelo de Cuidados Domiciliarios en Red en el SSMO, este manual busca estandarizar el registro, la forma de atender al usuario y su familia como centro de nuestro actuar, entregando una atención con calidad y seguridad la que puede ser medida al final de cada atención con una encuesta de satisfacción elaborada por la mesa y revisada por el Comité técnico territorial, dónde participan usuarios de AD, donde se consideran sus expectativas y las mejoras desde el análisis del viaje del usuario.

7.6.1 Estandarizar el registro con un mínimo común de datos (MCD)

- Fecha de aplicación
- Nombre de la estrategia que realiza la prestación: ***Pesquisa de Disfagia a través de Cuestionarios EAT-10 o PediEAT-10***
- Datos de usuario (nombre, nombre social si aplica, Rut, sexo, fecha de nacimiento, edad, número de ficha, diagnóstico principal, diagnóstico secundario, se identifica con algún pueblo originario, migrante/país, número de teléfono o correo de contacto)
- Evaluación diagnóstica (pertinente al curso de vida)
- Plan Integral Consensuado (PIC) considerando la frecuencia de las atenciones
- Escalas y evaluaciones aplicadas al usuario y/o cuidador: EAT-10 y PediEAT10

- Informar resultado obtenido a través de puntaje y adjuntar documento a la Ficha Clínica Electrónica
- Medicamentos prescritos con dosis, vía y plazos de administración
- Profesional que prestó la atención y su firma

7.7 Indicadores de medición

7.7.1 Número de pruebas aplicadas por centro

(sacar el total de test aplicados en el SSMO).

Frecuencia de medición: semestral.

Responsable: Centros de Salud de la Red SSMO.

7.7.2 Número y porcentaje de prueba con resultado positivo para sospecha de disfagia a través de EAT-10 y PediEAT-10.

Frecuencia de medición: semestral.

Responsables: Centros de Salud de la Red SSMO.

7.7.3 Número y porcentaje de prueba con resultado negativo para sospecha de disfagia a través de EAT-10 y PediEAT-10.

Frecuencia de medición: semestral.

Responsables: Centros de Salud de la Red SSMO.

7.7.4 Número de derivaciones realizadas a fonoaudiología

Frecuencia de la medición: semestral.

Responsables: Centros derivadores.

7.7.7 Número de centros capacitados

Con al menos 2 profesionales al año.

Frecuencia de medición: anual.

Responsables: Subcomisión de abordaje de la disfagia.

7.7.8 Jornadas de capacitación anuales realizadas

Frecuencia de medición: anual.

Responsables: Subcomisión de abordaje de la disfagia.

7.8 Legislación, normas y orientaciones

En el contexto chileno, la evaluación e intervención de la deglución ha adquirido una creciente importancia en el ámbito clínico, dada la alta prevalencia de trastornos deglutorios (disfagia) en poblaciones pediátricas, neurológicas, geriátricas y oncológicas, entre otras. En la actualidad, no existe hasta la fecha una normativa legal específica que respalde de manera explícita la competencia del fonoaudiólogo en el abordaje de la deglución. No obstante, en la práctica clínica, el fonoaudiólogo ha asumido un rol protagónico en esta área, integrándose activamente en equipos multidisciplinarios dentro de hospitales, centros de rehabilitación y atención primaria.

Las Guías Clínicas del Ministerio de Salud (MINSAL), particularmente aquellas que forman parte de las Garantías Explícitas en Salud (GES), se basan en un riguroso proceso de Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Este enfoque metodológico garantiza que las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento, incluyendo la intervención fonoaudiológica para el manejo de la disfagia, provengan de un análisis exhaustivo y crítico de la literatura científica disponible a nivel global. El objetivo es asegurar que las decisiones clínicas estén respaldadas por la mejor evidencia posible, buscando mejorar la calidad y seguridad de la atención entregada a los usuarios.

Dentro de las guías clínicas vigentes para la atención de personas con patologías específicas, se establecen orientaciones claras sobre el rol del fonoaudiólogo en el manejo de trastornos de la deglución, incluso sin contar aún con un Código Sanitario actualizado. Por ejemplo, la **Guía Clínica AUGÉ N° 37 para el Accidente Cerebrovascular Isquémico** indica que, idealmente, la evaluación de la deglución debe realizarse dentro de las primeras 24 a 48 horas posteriores al evento, y que esta debe estar a cargo de un fonoaudiólogo, destacando la importancia de una evaluación temprana en este contexto clínico.

Asimismo, la **Guía Clínica AUGÉ N° 85 sobre Alzheimer y otras demencias**, en el apartado C.6. referido a la evaluación de la deglución, la alimentación y la comunicación, señala que la necesidad de una evaluación en estas áreas puede surgir tanto desde la Atención Primaria como durante el proceso de diagnóstico diferencial realizado por cualquier miembro del equipo de salud. En estos casos, se recomienda derivar a la persona al área de fonoaudiología para profundizar la evaluación en función de su situación global.

Por otra parte, la **Resolución Exenta N° 436** (que modifica la Resolución N° 277/2011), incluye la evaluación y rehabilitación de la deglución en sus prestaciones, asignando códigos específicos para los procedimientos que pueden llevar a cabo los fonoaudiólogos. Este documento técnico - administrativo detalla tanto los insumos necesarios como los requisitos para la prestación en diversos contextos (consulta, domicilio y atención cerrada), respaldando así la labor del fonoaudiólogo en la rehabilitación de la deglución.

En concordancia con lo anterior, La Ley N° 21.375, al establecer el derecho a los Cuidados Paliativos Universales, sienta las bases para la inclusión de la evaluación de la deglución realizada por el fonoaudiólogo a través de su mandato de atención integral y multidisciplinaria. La normativa chilena, complementada por la Orientación Técnica del Ministerio de Salud, exige que los cuidados sean provistos por equipos multi e interdisciplinarios que aborden las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. Dentro de la dimensión física, el manejo de los síntomas digestivos y los cuidados nutricionales son prioritarios. El fonoaudiólogo es el profesional experto en la evaluación y manejo de la disfagia orofaríngea, una complicación altamente prevalente en enfermedades terminales o graves. Por lo tanto, su rol es esencial para detectar oportunamente el riesgo de aspiración,

establecer las consistencias seguras de alimentación (alimentación por confort) y guiar la toma de decisiones clínicas y éticas sobre la vía de alimentación. De esta manera, el profesional de Fonoaudiología garantiza el cumplimiento del objetivo central de la ley: mejorar la calidad de vida del paciente y mitigar el sufrimiento asociado a una necesidad básica.

8. Control de versiones

REVISIONES DEL DOCUMENTO			
Nº Versión	Fecha	Motivo de la revisión	Páginas modificadas
1.0	27/0/2026	Creación de documento	No Aplica

9. Anexos

9.1 Abordaje de usuarios con disfagia por establecimiento

9.1.1 Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna (HLCM)

Avenida Antonio Varas #360, Providencia

Usuarios con disfagia con atención abierta HLCM.	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ● Menor de 15 años o 18 años por situación especial. ● Usuario con domicilio en el sector oriente (SSMO) ● Usuario Fonasa, PRAIS y programas sociales. ● Derivación realizada por médico de HLCM. ● Usuario con un cuidador responsable (familia – institución) ● Usuario diagnosticado con Trastorno de la deglución por fonoaudiólogo(a), agudo o crónico ● Usuario con alimentación por vía enteral 	<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor de 15 años o de 18 años con situación especial ● Usuario con domicilio fuera del sector oriente (SSMO) ● Usuario con prestación diferente a Fonasa, PRAIS y convenios sociales. ● Sin derivación por médico de HLCM. ● Usuario sin cuidador que pueda hacerse responsable en tratamiento. ● Usuario sin diagnóstico de trastorno de la deglución ● Usuario con alimentación completa por vía oral ● Usuario con atención en otro centro de rehabilitación activo* <p>*Proyecto de exclusión.</p>

Usuarios con disfagia – HLCM (Atención Cerrada)	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> Menor de 15 años o 18 años por situación especial Usuario perteneciente al sector oriente (SSMO*) o de todo el país si requiere de atención especializada por patología compleja o GES Usuario Fonasa o ley de urgencia, PRAIS y programas sociales Derivación realizada por médico HLCM Usuario con sospecha de trastorno de la deglución Usuario con diagnóstico de trastorno de la deglución Usuario con alimentación por vía enteral 	<ul style="list-style-type: none"> Usuario sin cuidador que pueda hacerse responsable para toma de decisiones Usuario sin diagnóstico de trastorno de la deglución Usuario con alimentación completa por vía oral sin sospechas de trastorno de la deglución

*SSMO: Comunas de La Reina, Ñuñoa, Peñalolén, Providencia, Las Condes, Lo Barnechea, Macul y Vitacura.

Cartera de servicios SSMO

Códigos Fonasa y No-Fonasa	Atención abierta	Atención cerrada	AD
Evaluación de Deglución (1303007)	X	X	
Intervención de la Deglución (1303006)	X	X	
Asistencia Fonoaudiológica Videofluoroscopia (5008019)	X	X	
Asistencia Fonoaudiológica a Nasofibroscopia (5008020)	X	X	
Consejería y educación para padres y/o cuidadores (5008014)	X	X	
Asesoría de lactancia materna	X	X	

Funcionamiento

- Derivación a Fonoaudiología por el médico de HLCM.
- Hospitalizados o ambulatorios
- Hospitalizados: la visita se realiza durante las primeras 24 horas para la evaluación
- Hospitalizados: Intervención se realiza de acuerdo con diagnóstico y demanda.

- Ambulatorio: Evaluación e intervenciones serán de acuerdo con disponibilidad de horas en agenda.
- 2 fonoaudiólogas de 44 horas para usuarios hospitalizados y ambulatorios.

9.1.2 Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INRPAC)
Avenida José Arrieta #5969, Peñalolén

Usuarios con disfagia – INRPAC (Atención Abierta)	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ● Usuarios entre 1 mes y 65 años, con referencia nacional ● Usuario Fonasa, Isapre, PRAIS ● Derivación realizada por médicos tratantes a nivel nacional ● Usuario con un cuidador presente y responsable (familia – institución) ● Usuarios en situación de discapacidad secundaria a trastorno neuromotor a lo largo del ciclo vital ● Usuarios con requerimientos de manejo fonoaudiológico en áreas de alimentación-deglución 	<ul style="list-style-type: none"> ● Usuarios sin red de apoyo presente ● Usuarios sin diagnóstico declarado

Usuarios con disfagia – INRPAC (Atención Cerrada)	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ● Usuarios entre 1 mes y 65 años, con referencia nacional ● Carta de retorno desde hospital de base ● Informes médicos de hospital de base o de referencia revisados por gestión de cama. ● Usuario Fonasa, Isapre, PRAIS ● Derivación realizada por médicos tratantes a nivel nacional ● Usuarios en situación de discapacidad secundaria a trastorno neuromotor a lo largo del ciclo vital ● Usuarios con requerimientos de manejo fonoaudiológico en áreas de alimentación-deglución 	<ul style="list-style-type: none"> ● Usuario sin cuidador que pueda hacerse responsable para toma de decisiones ● Usuarios sin destino al alta ● Usuarios sin objetivos de rehabilitación o manejo por equipo interdisciplinario

Cartera de servicios

Prestaciones asociadas a Disfagia	Atención abierta	Atención cerrada	AD
Evaluación Deglución	X	X	
Estimulación succión-deglución	X	X	
Prevención deterioro de OFAS	X	X	
Facilitación/Estimulación de Deglución	X	X	
Tratamiento de funciones motoras orales	X	X	
Estudio de deglución por videofluoroscopia de la deglución	X	X	

Funcionamiento

- Derivación a Fonoaudiología por el médico Fisiatra o Neurólogo para atención por FA en INRPAC.
- Hospitalizados o ambulatorios.
- Hospitalizados: la visita se realiza durante las primeras 24 horas luego de la evaluación por Fisiatría. Aplicación de Entrevista Fonoaudiológica Inicial y Evaluación Clínica de la deglución según sea pertinente. Inicia intervención.
- Ambulatorio: Evaluación por ingreso a través de lista de espera a atención ambulatoria por unidades luego de derivación médica interna. Evaluación fonoaudiológica inicial y establecimiento de objetivos.

9.1.3 Instituto Nacional de Geriátría (INGER)
 José Manuel Infante 370, Providencia

Usuarios con disfagia – INGER CDD (Atención abierta)	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor de 60 años ● Sin descompensación médica ● Posibilidad de traslado ● Contar con red de apoyo ● Ser derivado a través de epicrisis y/o IC externa e interna ● Baja de peso exógeno ● IMC >18 ● Baja de peso por disfagia sin IMC específico ● Trastorno de deglución referido por paciente o evaluado por personal clínico ● Estudio de la disfagia realizada en extrasistema 	<ul style="list-style-type: none"> ● Sospecha de baja de peso por patología oncológica ● Paciente que haya estado en clínica de la deglución los últimos 6 meses y dado de alta

Usuarios con disfagia – INGER atención fonoaudiológica directa (Abierta)	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor de 60 años ● Sin descompensación médica ● Contar con red ● Ser derivado a través de epicrisis y/o interconsulta ● Trastorno de deglución referido por paciente o evaluado por personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> ● Atención fonoaudiológica en otro centro de salud público ● Atención fonoaudiológica en extrasistema

Usuarios con disfagia – INGER (Atención Cerrada)	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ● Mayor de 60 años 	<ul style="list-style-type: none"> ● Compromiso de conciencia ● HIC ● Síndrome de realimentación ● Síndrome confusional agudo ● Régimen cero por procedimiento

Cartera de servicio INGER

Prestaciones asociadas a Disfagia en INGER	Atención abierta	Atención cerrada	AD
Evaluación Deglución	X	X	N/A
Rehabilitación de deglución	X	X	N/A
Educación a familia y/o cuidador principal	X	X	N/A

Funcionamiento

a) Para atención cerrada

- Derivación de usuarios desde las unidades ambulatorias cuando existen cuadros de descompensación, que afecten la vida del usuario
- Derivación de usuarios desde la urgencia del HDS, HNC, Instituto Nacional del Tórax, HLT, entre otros
- Ingresan a Unidad Geriátrica de Agudos (UGA), para estabilizar las patologías agudas, con una intervención multidisciplinaria (Médico, Enfermero, TENS, Kinesiólogo, Terapeuta ocupacional, Fonoaudióloga, Farmacéutico clínico)

b) Para atención ambulatoria

- *Derivación de usuarios con IC interna desde las unidades ambulatorias (CEA, NPG, UCP) y de atención cerrada (UGA) para atención directa con fonoaudiología:* Se realiza screening de deglución con EAT-10, y se definen objetivos de evaluación y modalidad (presencial o telemática) para luego definir objetivos terapéuticos, frecuencia de sesiones (según necesidad y posibilidad de cada usuario)
- *Derivación de extrasistema para ingreso a Clínica de la Deglución (CDD): Ingresan a evaluación médica, fonoaudiológica y nutricional:* Se definen objetivos de evaluación, ingresa a terapia, controles o derivación a extrasistema de necesitar evaluación instrumental (videofluoroscopia de la deglución)
- *Ingreso a Terapia en HDG, derivado por profesionales clínicos (kinesiología, terapia ocupacional, nutrición y dietética, trabajo social, matrona):* Se realiza screening de deglución y/o evaluación clínica de la deglución. Se definen objetivos terapéuticos dependiendo de cada usuario

El Instituto Nacional de Geriátrica cuenta con 4 fonoaudiólogos, 44 horas cada una desde marzo de 2024.

Cartera de Prestaciones

Evaluación, diagnóstico y tratamiento de áreas: deglución, lenguaje, habla y voz.

CÓDIGOS FONASA	GLOSA PRESTACIÓN
1303006	Tratamiento rehabilitador/habilitador directo e indirecto de la deglución
1303007	Evaluación Clínica de la deglución

9.1.4 Hospital del Salvador (HDS)

Avenida Salvador #364, Providencia

Usuarios con disfagia – HDS (Hospitalización Domiciliaria)	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Personas mayores a 15 años • Usuarios con domicilio en el sector oriente (SSMO) • Usuarios Fonasa, PRAIS y libre elección. • Derivación a fonoaudiología posterior aprobación por equipo social y médico de HOSDOM, desde HDS, institutos de la red, APS, Ley de Urgencia • Usuarios con un cuidador responsable (familia – residencia/ELEAM) • Usuarios diagnosticados con Trastorno de la deglución o sospecha de disfagia 	<p>Descrito por equipo de trabajo social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usuarios menor a 15 años • Usuarios con domicilio fuera del sector oriente (SSMO) • Sin derivación formal por Trakcare o SAM. • Usuario sin cuidador responsable en tratamiento y que permanezca en seguimiento permanente

Funcionamiento

- Derivaciones desde: Salas HDS, INGER, INCA, INT, SUS, APS, CCPP y/o Ley de Urgencias. Se realiza una evaluación médica y social. Una vez aprobado el caso, el médico tratante define necesidad-requerimiento de evaluación por fonoaudiología.
- Posteriormente se ingresa a Fonoaudiología con una evaluación clínica y ficha de ingreso.
- Se definen objetivos, frecuencia en visitas (según necesidad y disponibilidad) y número de sesiones se conversa con médico tratante y se procede a intervención. Esto puede variar según avances y progresión del usuario.

En caso de presentar dificultades con paciente, familia en relación a cuidados, adherencia a terapia, situaciones de peligro para el equipo, son conversados con coordinación de rehabilitación, médico tratante y trabajador social, para tomar una decisión respecto del caso.

Cartera de Prestaciones

Evaluación, diagnóstico y tratamiento de áreas: deglución, lenguaje, habla y voz.

CÓDIGOS FONASA	GLOSA PRESTACIÓN
1303006	Tratamiento rehabilitador/habilitador directo e indirecto de la deglución
1303007	Evaluación Clínica de la deglución

9.1.5 Hospital Santiago Oriente – Dr. Luis Tisné Brousse (HSO)

Avenida Las Torres #5150, Peñalolén

Contacto: 22 4725268 – h.domiciliaria@hsoriente.cl

Usuarios con disfagia – HSO (Hospitalización Domiciliaria)	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<p>Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● IC desde unidades intrahospitalarias del HSO y a través de la Unidad de Gestión de Camas ● Usuarios/familiares aceptan ingreso a Hospitalización Domiciliaria (HOSDOM) ● Usuarios con criterio médico de ingreso ● Usuario con patología diagnosticada ● Usuarios de 15 años y más ● Usuarios por interconsulta interna de los servicios de Medicina Física y Rehabilitación Intrahospitalaria, Urgencia, Medicina, Cirugía, y UPC del Hospital Santiago Oriente ● Usuarios con residencia en las comunas de cobertura por vía Gestión de Camas ● Usuarios institucionalizados en las comunas de cobertura <p>Específicos (fonoaudiológicos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Usuarios y familiares que acepten el abordaje fonoaudiológico ● Usuarios con disfagia asociado a etiologías neurológicas, geriátricas, psiquiátricas, intelectual, respiratorias, traumáticas, oncológicas, entre otras ● Usuarios en cuidados de fin de vida ● Usuarios con dificultad deglutoria con indicación de alimentación por VO ● Usuarios con dificultad deglutoria con indicación nada por boca (NPB) ● Usuarios con nutrición enteral con o sin expectativas de alimentación por VO ● Usuarios con TQT con o sin expectativas de decanular sin necesidad de VM ● Usuarios con mala higiene oral ● Usuarios con restricción de la participación en la alimentación 	<p>Generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Usuarios o familiares no aceptan ingreso a HOSDOM ● Usuarios sin criterio médico de ingreso ● Usuarios fuera de las comunas de cobertura ● Usuarios sin red de apoyo presente respaldada por Servicio Social ● Usuario sin diagnóstico claro o definido ● Usuarios con requerimientos por encima de la capacidad técnica de HOSDOM <p>Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Usuario y/o familia no acepta abordaje fonoaudiológico ● Usuarios sin manejo de secreciones ● Usuarios con delirium no-resuelto ● Usuarios con patología psiquiátrica descompensada ● Usuarios con antecedentes de no ser adherentes a indicaciones

Prestaciones asociadas a usuarios con disfagia HSO-HOSDOM	Atención domiciliaria
Evaluación clínica de la deglución	X
Evaluación cognitiva relacionada con la deglución	X
Rehabilitación conductual de la deglución	X
Rehabilitación cognitiva centrada en la deglución/alimentación	X
Seguimiento deglutorio/alimenticio	X
Programa de prevención de deterioro funcional oromotor y fortalecimiento	X
Rehabilitación interdisciplinaria a la participación y vinculación con el medio	X
Educación y entrenamiento a cuidadores	X
Informes fonoaudiológicos para enlace	X

Funcionamiento

Disponibilidad y Régimen Horario

La unidad cuenta con un fonoaudiólogo de jornada completa (44 horas semanales), con atención de lunes a jueves (08:30 a 17:30 hrs.) y viernes (08:30 a 16:30 hrs.). El régimen de intervención permite sesiones de 30 a 40 minutos en bloques de mañana y tarde, con una frecuencia diaria o jornada alterna, supeditada a la necesidad clínica del usuario.

Gestión de Ingreso y Recepción de Usuarios

- **Canal de Derivación:** El proceso inicia con la recepción por parte del equipo médico y de coordinación de HOSDOM la Interconsulta (IC) mediante plataforma *TrakCare* desde los servicios clínicos del Hospital Santiago Oriente (HSO) o vía Gestión de Camas a través de correo institucional.
- **Validación de Criterios:** Se contrastan los criterios de inclusión generales, tales como la factibilidad de la red de apoyo y la residencia dentro del radio comunal de cobertura de HSO-HOSDOM.
- **Transferencia de Información:** Se establece un enlace técnico con el clínico derivante (fonoaudiología de unidad de piso) para el traspaso de antecedentes. Se realiza el análisis

de la ficha clínica electrónica, epicrisis o informes de instituciones externas para asegurar la continuidad del cuidado.

Evaluación y Planificación Terapéutica

- **Valoración Inicial:** Previo al traslado al hogar, se realiza un tamizaje deglutorio *bedside* (al pie de la cama de la unidad del usuario) con metodología de ingesta progresiva.
- **Ingreso Domiciliario:** La primera visita se realiza al día hábil siguiente de su traslado al hogar. En la primera visita se evalúa integralmente el rendimiento deglutorio, el estado cognitivo y el entorno real del usuario.
- **Establecimiento de Objetivos:** Se definen metas terapéuticas junto al usuario y su familia y equipo clínico. Se entrega por escrito el plan de manejo, detallando: indicaciones y sugerencias, ejercicios, entre otros)

Ejecución del Plan de Rehabilitación

- **Intervención en Contexto:** Las sesiones se ejecutan en el ambiente natural del usuario, promoviendo un empoderamiento con la rehabilitación y rol de participación, esto con manejo activo por parte del cuidador como co-terapeuta.
- **Educación Continua:** Se capacita permanentemente a la familia en la supervisión de ejercicios y medidas de seguridad, fomentando la adherencia terapéutica y la independencia comunicativa y/o deglutoria en el hogar.
- **Frecuencia Operativa:** La periodicidad de las visitas se ajusta dinámicamente según la funcionalidad, el pronóstico, la calidad de vida y la disponibilidad del equipo interdisciplinario de HOSDOM.

Proceso de Egreso y Enlace con la Red Asistencial SSMO

- **Planificación del Alta:** Al alcanzar los objetivos o estabilizar el cuadro clínico, se coordina con el equipo HOSDOM la derivación a la etapa siguiente (APS o rehabilitación ambulatoria según consideración del usuario y familiares).
- **Sesión de Cierre:** Se realiza una visita final para la entrega y refuerzo de sugerencias e indicaciones finales, educación sobre la continuidad del proceso y otorgamiento de un reporte fonoaudiológico físico para el nuevo tratante.

Causales de Egreso Administrativo

El egreso del servicio puede ocurrir bajo las siguientes condiciones especiales:

- **Alta Voluntaria:** Por decisión explícita del usuario o su representante legal de no continuar con el abordaje y/u HOSDOM.
- **Alta Disciplinaria:** Ante el incumplimiento reiterado del plan terapéutico y/o las indicaciones de seguridad-terapéuticas entregadas por fonoaudiología/equipo HOSDOM.
- **Alta Administrativa por Hostilidad:** En eventos de violencia, acoso hacia el funcionario o cuando el contexto socio-comunitario represente un riesgo para la integridad del equipo de salud de HOSDOM.
- Rehospitalización del usuario
- Cambio en las condiciones de ingreso del usuario hacia los criterios de exclusión

9.1.6 Hospital Metropolitano de Santiago (HOSMET)
 Avenida Holanda #060, Providencia

Usuarios con Disfagia – HOSMET (HOSDOM, Atención Cerrada)	
Criterios de inclusión (cumplir con 2 o más)	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios de 65 años o más • Usuarios secuestrados de ACV y/o enfermedades neurodegenerativas • Usuarios que posean modificaciones de consistencias y/o texturas en su régimen • Usuarios con antecedente de disfagia confirmada o en observación • Usuarios que cursen con disfonía • Usuarios con antecedentes de NAS y/o NAC • Usuarios con deterioro funcional severo. • Usuarios de vías enterales de alimentación • Usuarios de TQT con potencial de rehabilitación deglutoria y vocal 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuarios de 64 años o menos • Usuario sin alteración de la deglución • No contar con red de apoyo presente en domicilio (tutor/cuidador)

Cartera de prestaciones

Evaluación, diagnóstico y tratamiento de áreas: deglución, lenguaje, habla y voz.

CÓDIGOS FONASA	GLOSA PRESTACIÓN
1303006	Tratamiento rehabilitador/habilitador directo e indirecto de la deglución
1303007	Evaluación Clínica de la deglución

Funcionamiento


a) Derivados desde APS, ley de urgencia y HOSMET

- Derivaciones desde: HOSMET, Ley de Urgencia (Ley 19.650) y APS.
- En el caso de derivaciones desde atención cerrada en HOSMET, el equipo clínico de ingreso (médico y enfermera) de HOSDOM realiza una visita de evaluación inicial a la unidad del paciente. En dicha evaluación se determina qué prestaciones profesionales requerirá, sin embargo, el filtro final para determinar si el paciente será aceptado en HOSDOM es la evaluación social por Trabajo Social, quien también forma parte del Equipo de Ingresos Realiza una entrevista presencial (o telefónico en casos de que la entrevista presencial sea inviable) al tutor para determinar si cuenta con las condiciones habitacionales y necesidades básicas para el cuidado del paciente en el domicilio.
- En el caso de derivaciones desde Ley de Urgencias, se realiza el mismo flujo. La única diferencia es que el equipo clínico de ingresos se traslada al establecimiento de salud en el que se encuentre hospitalizado el paciente para realizar la evaluación inicial.
- En el caso de derivaciones de APS, el equipo de ingresos recibe la solicitud formal a través de correo electrónico para presentar al paciente, solicitando HOSDOM. El equipo clínico de ingresos evalúa los antecedentes de la persona y en caso de calificar, se solicita evaluación social por Trabajo Social. Posteriormente, médico de ruta realiza primera visita a paciente en su domicilio. Al culminar su evaluación clínica, determina y confirma si cumple los criterios para ingresar a HOSDOM. En caso de ingresar, informa al equipo profesional de HOSDOM cuáles son sus objetivos y asigna las prestaciones correspondientes. Ese mismo día, y según categorización, es ingresado por profesionales, entre ellos, el fonoaudiólogo.
- El ingreso fonoaudiológico consta de una entrevista inicial (anamnesis) al paciente y/o tutor; una evaluación clínica de la deglución; una evaluación informal de la esfera cognitivo-comunicativa (cognición, lenguaje, habla y voz); una evaluación informal de la audición y una evaluación informal de motricidad orofacial. Posteriormente, se definen objetivos a corto plazo que logren ser cumplidos dentro del periodo de HOSDOM, se establecen la cantidad y frecuencia de visitas y se procede con las prestaciones fonoaudiológicas de intervención.
- Los objetivos, la cantidad y frecuencia de visitas pueden ser modificadas durante el transcurso de HOSDOM dado que el estado general del paciente puede ser variable.

En caso de presentar adversidades que vulneren la seguridad e integridad de los funcionarios de HOSDOM, se presenta situación a coordinación de HOSDOM y trabajadora social para elaborar planes de acción, entre ellos, el alta disciplinaria.

ANEXO 9.2 Formatos de instrumentos para pesquisa

Anexo 9.2.1 Formato EAT-10



EAT-10: Eating Assessment Tool
Despistaje de la Disfagia

FECHA

APELLIDOS	NOMBRE	SEXO	EDAD

OBJETIVO

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.
 Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.
 ¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso

0 = ningún problema
 1
 2
 3
 4 = es un problema serio

6 Tragar es doloroso

0 = ningún problema
 1
 2
 3
 4 = es un problema serio

2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa

0 = ningún problema
 1
 2
 3
 4 = es un problema serio

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar

0 = ningún problema
 1
 2
 3
 4 = es un problema serio

3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema
 1
 2
 3
 4 = es un problema serio

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta

0 = ningún problema
 1
 2
 3
 4 = es un problema serio

4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema
 1
 2
 3
 4 = es un problema serio

9 Toso cuando como

0 = ningún problema
 1
 2
 3
 4 = es un problema serio

5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema
 1
 2
 3
 4 = es un problema serio

10 Tragar es estresante

0 = ningún problema
 1
 2
 3
 4 = es un problema serio

A. PUNTUACIÓN

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

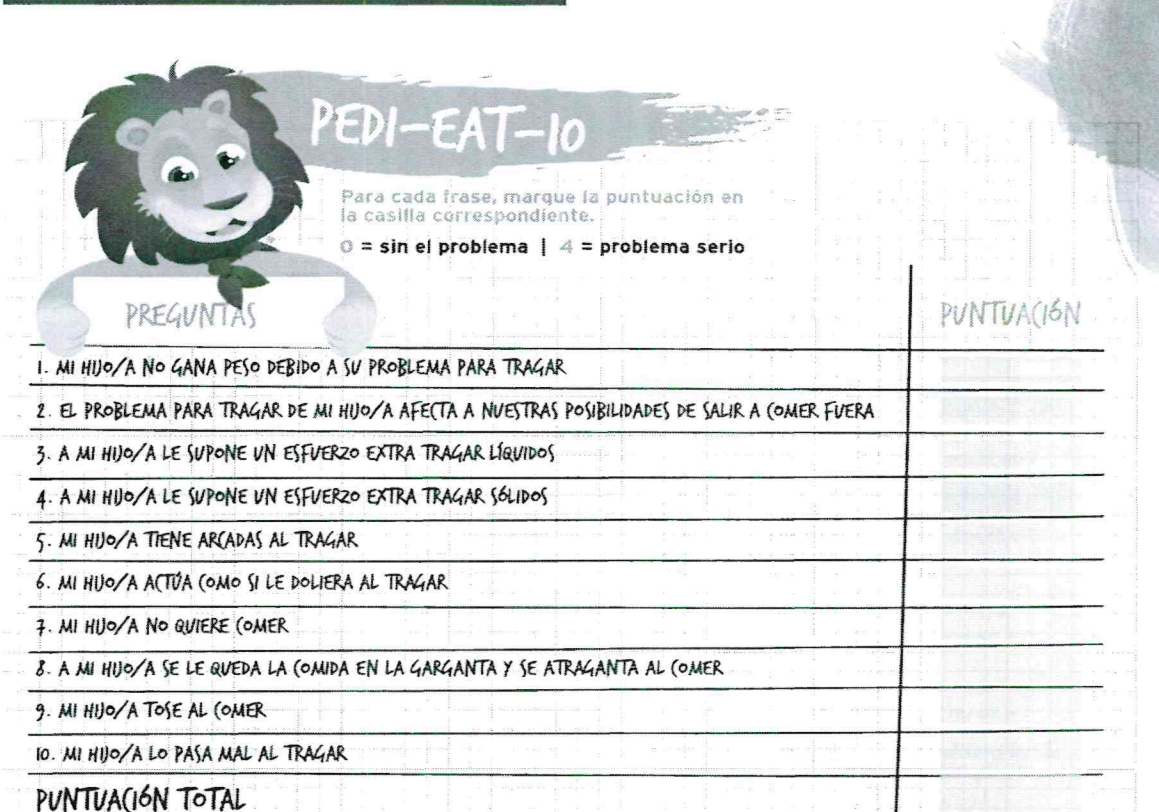
Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA

Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Referencia: Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology. 2008; 117 (12):919-24.
 Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Congreso Nacional SENPE 2011.

Anexo 9.2.2 – Formato PediEAT-10



PEDI-EAT-10

Para cada frase, marque la puntuación en la casilla correspondiente.
 0 = sin el problema | 4 = problema serio

PREGUNTAS	PUNTUACIÓN
1. MI HIJO/A NO GANA PESO DEBIDO A SU PROBLEMA PARA TRAGAR	
2. EL PROBLEMA PARA TRAGAR DE MI HIJO/A AFECTA A NUESTRAS POSIBILIDADES DE SALIR A COMER FUERA	
3. A MI HIJO/A LE SUPONE UN ESFUERZO EXTRA TRAGAR LÍQUIDOS	
4. A MI HIJO/A LE SUPONE UN ESFUERZO EXTRA TRAGAR SÓLIDOS	
5. MI HIJO/A TIENE ARCADAS AL TRAGAR	
6. MI HIJO/A ACTÚA COMO SI LE DOLIERA AL TRAGAR	
7. MI HIJO/A NO QUIERE COMER	
8. A MI HIJO/A SE LE QUEDA LA COMIDA EN LA GARGANTA Y SE ATRAGANTA AL COMER	
9. MI HIJO/A TOSE AL COMER	
10. MI HIJO/A LO PASA MAL AL TRAGAR	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Se considera un pesquijaje positivo (+) una puntuación total ≥ 4 puntos.