

Este folleto describe las pruebas utilizadas para evaluar cuán correcto un niño deglute (traga) los líquidos y la comida sólida, y si lo hace de manera segura. Una terapeuta de lenguaje le ayudará a decidir cual prueba es mejor para su niño.

Pruebas:

1. El Estudio Modificado de Deglución del Bario
2. La Evaluación Endoscópica con Fibra Óptica de la Deglución

El Estudio Modificado de Deglución del Bario (MBSS)

¿Cómo puede uno prepararse para una prueba de deglución?

Es útil llevar comida que al niño le gusta y comida que da problemas al niño para que la terapeuta puede mirar a su niño mientras que la está comiendo. Algún utensilio familiar, por ejemplo un vaso o cucharita favorita, puede ayudarle al niño sentirse más cómodo. La mayoría de los niños comen mejor si es que tienen hambre, entonces no le de de comer a su niño inmediatamente antes de la prueba.

¿Hay otros nombres para esta prueba?

Si, también se llama la evaluación videofluoroscópica de la deglución, estudio de la movilidad oral-faríngeo o la prueba de deglución de galletas.

¿Qué es?

Esta prueba se hace en el departamento de radiología (rayos x) para observar la deglución. Se puede estar utilizada con los bebés, niños o adultos. Se toma unos rayos x móviles (que se llama la fluoroscopia) de la boca y garganta del niño mientras que está comiendo y la imagen se ve en una pantalla. El niño se sienta en una silla normal y la cámara está ubicada cerca a su cabeza, dirigida hacia su oreja. El imagen se toma en perfil. Se da de comer al niño diferentes tipos de líquidos y sólidos mezclados con el bario. El bario es una substancia blanca y polvosa que se ve a través de los rayos x. Los rayos x mostrarán al niño moviendo la comida en su boca y la deglución. La prueba entera está grabada para que después se pueda ver otra vez. El proceso completo generalmente dura 20-30 minutos pero el niño está expuesto a los rayos x en si por solo unos pocos minutos.

¿Quién está presente en el cuarto para la prueba?

El doctor (un radiólogo) maneja la cámara y una terapeuta de lenguaje decide que le va a dar de comer o beber al niño. Los padres y otras personas que cuidan al niño están bienvenidos en el cuarto y muchas veces el niño come mejor si alguien familiar le está dando de comer. Los hermanos generalmente no están permitidos en el cuarto durante la prueba.

¿La prueba duele?

No le duele. Lo peor es el sabor del bario (pero la mayoría de los hospitales ponen algún sabor para hacerlo más agradable). Los niños mayores pueden ver la pantalla mientras que están tragando y generalmente piensan que es bastante interesante.

¿Qué nos dice la prueba?

La razón principal para hacer esta prueba es para ver si hay aspiración o si la comida se está bajando por la “vía equivocada”. Mientras que el niño mastica y deglute, o absorbe de un biberón y deglute, la imagen de los rayos x muestra cuan bien el niño puede controlar la comida y si está bajando por la vía equivocada. Si está bajando incorrecto, la terapeuta intentará averiguar la porque y ayudará en decidir que es la mejor manera de comer para el niño. La terapeuta puede hacer cambios en cuanto a la posición del niño, la manera utilizada para dar la comida (por cucharita, vaso, pajita, etc.) o el tipo de comida dado (líquidos ligeros, líquidos espesos, purés, sólidos, etc.). Los resultados deben estar disponibles de inmediato pero el doctor y la terapeuta también pueden revisar la grabación con más detalle en el futuro.

¿Qué son las ventajas de esta prueba?

Una ventaja de esta prueba es el hecho que es fácil a hacer si es que el niño colabora en comer. El niño se sienta en una silla normal para comer y en la mayoría de los casos puede comer comida de su casa (añadiendo el bario). La toma se hace en perfil, entonces el doctor y la terapeuta pueden facilmente ver la boca y la garganta del niño, haciendolo fácil ver si está aspirando.

¿Qué son las desventajas de esta prueba?

Una desventaja de esta prueba es que el niño está expuesto a la radiación (aunque es una cantidad pequeña). Otra desventaja es que la muestra de cómo come el niño es muy corto, entonces la prueba no puede evaluar los problemas que pueden ocurrir cuando el niño se cansa. También, la comida dado para la prueba no es exactamente como lo que se le da al niño en su casa porque está mezclado con el bario para la prueba. Por ejemplo, un líquido ligero que se utiliza en la prueba (agua mas el bario) no es tan ligero como el agua sencillo.

La Evaluación Endoscópica con Fibra Óptica de la Deglución (FEES)

¿Qué es FEES?

Esta es una prueba que utiliza un tubo especial para observar la deglución. Se puede estar utilizada con los bebés, niños o adultos. Un pequeño tubo flexible, que contiene una cámara en uno de sus extremos, se está insertado a través de la nariz del niño unos pocos centímetros (dependiente del tamaño del niño) para mostrar un imagen de su garganta. El tubo con cámara está conectado a una pantalla y grabadora de video para poder grabar el imagen. El niño se sienta en una silla normal o puede estar cargado por su padre. Un doctor o terapeuta de lenguaje opera la cámara. Se da de comer al niño diferentes tipos de alimentación líquido y sólido, tintada con color para que se vea claramente (el color está hecho especialmente para la comida) y se toma la imagen de la garganta mientras que el niño está comiendo. El proceso entero está grabado en el video para que se puede estar repasado después.

¿Quién está presente en el cuarto para la prueba de FEES?

El equipo utilizado para esta prueba es portátil entonces se puede llevar a cabo en cualquier clínica o cuarto de hospital. Un doctor (doctor de oído, nariz y garganta) o un logopatólogo maneja la cámara. El logopatólogo decide que comida se debe dar al niño. Los padres y otras personas que cuidan al niño están bienvenidos en el cuarto y muchas veces el niño come mejor si alguien familiar le está dando de comer.

¿La prueba de FEES le duele al niño?

El niño puede sentirse un poco incómodo mientras que el tubo está pasando por su nariz pero esto dura solo unos pocos momentos. En algunos casos, una solución puede estar administrada en la nariz para entumecerlo. Pero la mayoría de los niños están bien sin estar entumecido.

¿Qué nos dice la prueba de FEES?

La razón principal para hacer esta prueba es para ver si hay aspiración cuando la comida se baja por la “vía equivocada”. Esta prueba está utilizada cuando el doctor quiere ver el imagen de la garganta del niño. Mientras que el niño diglute, podemos ver cuan bien el niño puede controlar la comida y si está bajando por la vía equivocada. Si está bajando incorrecto, la terapeuta intentará a averiguar el porque y ayudará en decidir que es la mejor manera de comer para el niño. La terapeuta puede hacer cambios en cuanto a la posición del niño, la manera utilizada para dar la comida (por cucharita, vaso, pajita, etc.) o el tipo de comida dado (líquidos, purés, sólidos, etc.). La prueba dura 20-40 minutos. Los resultados deben estar disponibles de inmediato pero el doctor y la terapeuta también pueden revisar la grabación en más detalle en el futuro.

¿Qué son las ventajas de esta prueba?

La mejor ventaja de esta prueba es que se toma una imagen real de la garganta del niño mientras que el niño está comiendo la comida normal. El doctor puede ver la garganta y los cordones vocales del niño lo cual es importante para la evaluación de la deglución. También, si el niño está cómodo, la prueba puede durar el tiempo necesario para lograr toda la información necesaria para evaluar la deglución. Es muy fácil hacer esta prueba para los bebés y los niños mayores.

¿Qué son las desventajas de esta prueba?

Una desventaja de esta prueba es la necesidad de insertar el tubo por la nariz, lo cual puede sentir incómodo para el niño. La imagen se toma desde arriba de la garganta, mirando por abajo, entonces no se puede actualmente ver la aspiración o cuando la comida baja por la vía equivocada. Generalmente se puede ver un poco del color dejado por la comida alrededor del tubo del aire, lo cual significa que la comida o bebida ha bajado por la vía equivocada.

Escrito por: Krisi Brackett MS SLP/CCC; Kbracket@unch.unc.edu

Traducido por: Sheryl Belshaw-Ponciano

Última revisión: Febrero 28, 2002