

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA -CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LENGUAJE DE PACIENTES ADULTOS
CON SECUELA DE DISFAGIA TRAS SUFRIR ENFERMEDAD CEREBRO
VASCULAR”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

ANA LISSETH MÉNDEZ VALDEZ

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
TERAPISTA DEL LENGUAJE**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
TÉCNICA UNIVERSITARIA**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2015

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a man in a hat and robe, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a column. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEM INTER" is inscribed around the perimeter. The text of the document is overlaid on this seal.

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía
DIRECTOR

Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
REPRESENTANTE DE EGRESADOS



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



C.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 002-2015
CODIPs. 1531-2015

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

11 de septiembre de 2015

Estudiante
Ana Lisseth Méndez Valdez
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO TERCERO (13º) del Acta TREINTA Y SIETE GUIÓN DOS MIL QUINCE (37-2015), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de septiembre de 2015, que copiado literalmente dice:

“**DÉCIMO TERCERO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: “**INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LENGUAJE DE PACIENTES ADULTOS CON SECUELA DE DISFAGIA TRAS SUFRIR ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR**”, de la carrera de Terapia del Lenguaje, realizado por:

Ana Lisseth Méndez Valdez

CARNÉ: 2004-17828

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Luisa Eloína Ortíz Paz y revisado por el Licenciado José Azurdia. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Myrnor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO

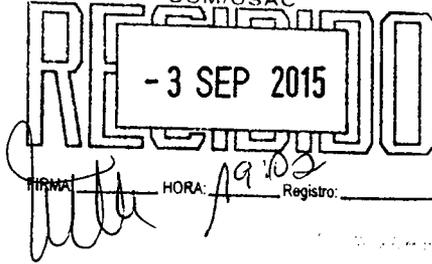


/Gaby

CIEPs. 0105-2015

REG: 002-2015

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



INFORME FINAL

Guatemala, 03 de Septiembre 2015

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **José Azurdia** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LENGUAJE DE PACIENTES ADULTOS
CON SECUELA DE DISFAGIA TRAS SUFRIR ENFERMEDAD CEREBRO
VASCULAR”.**

ESTUDIANTE:
Ana Lisseth Méndez Valdez

CARNE No.
2004-17828

CARRERA: Terapia del Lenguaje

El cual fue aprobado el 02 de Septiembre del año en curso por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 02 de Septiembre del 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


M.A. Helvin Velásquez Ramos
Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



c.c archivo
Andrea

Centro Universitario Metropolitano –CUM– Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

CIEPs. 0105-2015
REG. 002-2015

Guatemala, 03 Septiembre de 2015

M.A Helvin Velásquez Ramos
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**“INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LENGUAJE DE PACIENTES ADULTOS
CON SECUELA DE DISFAGIA TRAS SUFRIR ENFERMEDAD CEREBRO
VASCULAR”.**

ESTUDIANTE:
Ana Lisseth Méndez Valdez

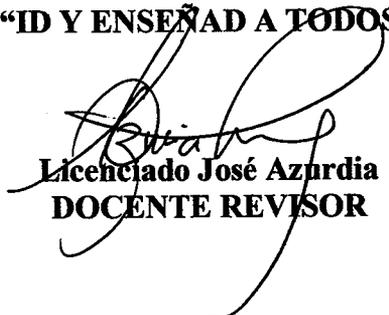
CARNÉ No.
2004-17828

CARRERA: Terapia del Lenguaje

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 02 de Septiembre 2015, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado José Azurdia
DOCENTE REVISOR



Guatemala, 12 de febrero de 2015

Maestro
Helvin Velásquez
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs–
Escuela de Ciencias Psicológicas

Maestro Velásquez

Por este medio le informo que he revisado y aprobado el Informe Final de Investigación titulado **“INTERVENCION TERAPEUTICA EN LENGUAJE DE PACIENTES ADULTOS CON SECUELA DE DISFAGIA TRAS SUFRIR ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR”**, correspondiente a la carrera técnica de Terapia del Lenguaje, elaborado por

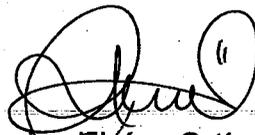
Ana Lisseth Méndez Valdez

Carné No. 200417828

Agradeceré continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Luisa Eloína Ortiz Paz
Col. 11,438
luisa.epaz@gmail.com
Asesora

Licda. Luisa Eloína Ortiz Paz
Psicóloga y Terapeuta del Lenguaje
Colegiada No. 11438

PADRINOS DE GRADUACIÓN

HENRY ARMANDO TACAM ÁLVAREZ

MÉDICO Y CIRUJANO

COLEGIADO 17966

LUISA ELOÍNA ORTÍZ PAZ

PSICÓLOGA

COLEGIADO 11438

ACTO QUE DEDICO

Todos mis logros, mis momentos, mis metas alcanzadas, son para ti mi amada
hija, TE AMO.

Para ti:

ANA VALERIA CASTILLO MÉNDEZ

Ana Lisseth Méndez Valdez

AGRADECIMIENTOS

- A mis padres: **JORGE EDGAR MÉNDEZ CASTRO y CARMEN YOLANDA VALDEZ DE MÉNDEZ** Por su apoyo incondicional a lo largo todos estos años, por estar presentes en mis logros y fracasos y por no dejarme sola en ningún momento.
- A mis hermanos: **FLOR DE MARÍA, JORGE EDGAR Y CARMEN MARÍA** Por no dejarme vencer, por sus palabras de aliento y hasta por las palabras que nunca quise escuchar de ustedes, porque en las buenas y malas me motivan a crecer y luchar por mis sueños y anhelos.
- A mi amado: **JUAN FERNANDO PORRES ARELLANO** por ser, estar y permanecer. Gracias infinitas por tu apoyo y amor.
- A mis compañeras de promoción: Principalmente a: **ANA MARIELA MARTÍNEZ SAMAYOA, DINELY PAHOLA BLANCO GODÍNEZ, ALCIRA JOSEFINA GONZÁLEZ GUDIEL, SARAH ELIZABETH SALAZAR** Porque fue un privilegio conocerlas, estudiar esta maravillosa carrera y compartir juntas momentos inolvidables para mi vida.
- A mis docentes: Principalmente a las Licenciadas: **KARLA AMPARO CARRERA VELA, CLAUDIA ANTONIETA DEL CID ALONSO** Porque gracias a ustedes estoy enamorada de esta bella profesión, porque su ejemplo de entrega, profesionalismo, dedicación y esfuerzo me motivó y me motiva para seguir contribuyendo con la población de mi amada Guatemala.
- A mis amigos: **HENRRY ARMANDO TACAM ALVAREZ Y LUISA ELOÍNA ORTÍZ PAZ** y principalmente a “MIS FAVORITOS”: **LUVY, ELEN, CECI, JOSE, MAU Y EDUARDO** Porque me siento bendecida de contar con personas como ustedes, que me hacen saber que la amistad sincera existe y trasciende el tiempo y el espacio. Gracias por acompañarme en otro momento importante de mi vida.

ÍNDICE

Resumen

Prólogo

CAPÍTULO I: introducción	04
1.1 Planteamiento del problema.....	04
1.2 Marco teórico.....	06
Antecedentes	55
1.3 Delimitación.....	55
CAPÍTULO II: técnicas e instrumentos	56
2.1 Técnicas.....	56
Técnicas de muestreo.....	56
Técnicas de recolección de datos	56
Técnicas de Análisis	56
2.2 Instrumentos.....	57
CAPÍTULO III: presentación, análisis e interpretación de resultados	59
3.1 Características del lugar y de la población	59
Características del lugar	59
Características de la población	59
3.2 Descripción de la presentación de resultados	60
CAPÍTULO IV: conclusiones y recomendaciones	81
4.1 Conclusiones.....	81
4.2 Recomendaciones.....	82

Bibliografía

Anexos

“INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN LENGUAJE DE PACIENTES ADULTOS CON SECUELA DE DISFAGIA TRAS SUFRIR ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR”

Autora: Ana Lisseth Méndez Valdez

Esta investigación tuvo como objetivos: determinar el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de sexto semestre de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje sobre el tema de disfagia; Reconocer el síntoma de disfagia dentro de las secuelas que padece un paciente adulto tras sufrir enfermedad cerebro vascular para así valorar su diagnóstico precoz; Conocer la intervención clínica del terapeuta del lenguaje en el campo laboral como parte del equipo multidisciplinario en el tratamiento de pacientes adultos con secuela de disfagia tras sufrir enfermedad cerebro vascular y brindar a los estudiantes de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC una guía de tratamiento de fácil acceso que sistematiza técnicas específicas de tratamiento para la intervención oportuna de rehabilitación en lenguaje para pacientes adultos con secuela de disfagia. .

Se trabajó con el método de investigación- acción participativa con una muestra seleccionada por conveniencia a los objetivos de la investigación, constituida por dieciséis estudiantes de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la escuela de ciencias psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quienes cursan el 6to. Semestre. Para la recolección de datos se aplicaron la encuesta, la observación y el taller participativo cuyos resultados se analizaron por medio de cuadros de resumen, tablas, gráficas de barras y la triangulación de datos.

Tras la elaboración de la presente investigación se comprobó que los estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, no comprenden el concepto de disfagia y la importancia de su abordaje por parte del Terapeuta del Lenguaje en pacientes adultos tras sufrir enfermedad cerebro vascular, por tanto resulta de vital importancia que desde su entrenamiento cuenten con herramientas teóricas y prácticas que les ayuden a desempeñarse en el campo laboral en donde pronto se verán incorporados.

PRÓLOGO

El objetivo de la deglución es aportar la cantidad de energía, agua y principios inmediatos que necesitamos para conseguir una buena alimentación e hidratación de forma eficaz y de forma segura, es decir, sin complicaciones respiratorias. “Cuando dichos objetivos no se cumplen, se corren diversos riesgos, por ejemplo, al disminuir el agua corporal del organismo, todos los órganos esenciales del cuerpo (corazón, cerebro, músculos, riñones...) reciben menos oxígeno porque el volumen sanguíneo es menor, de modo que su capacidad para realizar sus funciones normales decrece”.¹

Dada la imposibilidad que muchos de los pacientes afectados de disfagia presentan para la deglución de líquidos, ésta es una de las principales afecciones y se hace imprescindible la valoración del estado de ésta en todo paciente. Por ello, cuando analizamos de la temática “disfagia”, a la vez que observamos la alteración orgánica de la deglución, también observamos y percibimos cómo este término está íntimamente ligado a la supervivencia y calidad de vida de las personas. Por tal razón, la intervención oportuna, directa y eficaz del terapeuta del lenguaje se hace necesaria dentro del abordaje multidisciplinario al cual debe someterse el paciente con secuela de disfagia tras padecer enfermedad cerebro vascular.

Tomando lo anterior como estrictamente necesario, resulta de vital importancia que el terapeuta del lenguaje posea los conocimientos para realizar una adecuada valoración y por ende una ideal intervención, no olvidando que “todo proceso que se realice en nuestro cuerpo deja una impresión sensorial en el cerebro. Ello actúa directamente sobre toda la percepción del mundo, modificando

¹ Ashbaugh E., Rosa Ana. La importancia de la hidratación en el anciano con disfagia. InfoGeriatría. Revista especializada en la nutrición clínica del anciano. No. 3. 2011. Barcelona, España. Pp. 27

posturas, cambiando hábitos, en fin un sin número de actividades que se desencadenan en diversas posibilidades”², lo cual facilita la rehabilitación.

En el ejercicio clínico diario es posible observar que la prevalencia de la disfagia orofaríngea funcional en pacientes con enfermedades neurológicas es muy elevada; así mismo, cada día, algunas carreras técnicas como lo es Terapia del Lenguaje va ganando terreno en ámbitos clínicos, como por ejemplo, instituciones hospitalarias, en donde desde ya al terapeuta del lenguaje se le considera parte del equipo multidisciplinario en la rehabilitación de diversos pacientes, sin embargo, dicho privilegio se reduce a la práctica de muy pocos, lo cual representa un paso atrás en las competencias del mismo, resulta entonces incongruente que siendo la disfagia un síntoma grave común a múltiples enfermedades que alteran la deglución, no sea un tema de formación entre los estudiantes de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje, por tanto, tras la realización de la presente investigación se pretendió que dichos estudiantes adquieran un conocimiento sólido, ya que a futuro, ellos son quienes podrían apoyar en el proceso de evaluación y rehabilitación, así como contribuir a reducir el impacto de las repercusiones de la disfagia tanto en la vida personal, como familiar y social del paciente. De igual forma, tras la capacitación oportuna de los estudiantes en formación, la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala brinda una de las mejores inversiones, ya que la misma constituye una fuente de bienestar para todos los niveles, estudiantes-docentes, siendo una respuesta a las necesidades actuales en donde se pretende contar con personal técnico calificado y productivo.

En fin, la presente investigación se torna de vital importancia porque contribuyó al desarrollo personal y profesional de los individuos a quienes se

² Cedeño, Nidia. Fichas de intervención de la disfagia. 2004. Pp. 89.

difundió el conocimiento sobre la temática en mención, y a la vez brindó beneficios a nivel institucional en donde dicho terapeuta del lenguaje se desarrollará profesionalmente, lo cual se verá reflejado en la eliminación de los temores a la incompetencia o la ignorancia individual, entre otros, los cuales son los principales retos a asumir cuando se carece de experiencia profesional.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

“El peso del cerebro es alrededor del 2% del peso total del cuerpo y este requiere a su vez el 20 % del oxígeno, así como el 16% del gasto cardíaco”³; a partir de estos datos, resulta fácil deducir, y se justifica a la vez que el cerebro reaccione precozmente a cualquier deficiencia en el aporte de oxígeno, inicialmente con un daño que puede ser de carácter reversible, pero tornarse irreversible funcional y estructuralmente hablando si éste estado se mantiene o aumenta.

Por tanto, los efectos de las enfermedades cerebrovasculares sobre el Sistema Nervioso Central pueden ser muy graves, no sólo por su mortalidad, sino también por las secuelas funcionales que dejan. Dichas secuelas pueden ser de diversa índole, y desde el punto de vista lingüístico, no sólo se puede afectar directamente los niveles de descripción lingüística –fonético, fonológico, morfológico, lexical, sintáctico, pragmático, discursivo y semántico– a partir del padecimiento de lo que llamamos en el campo como Afasia, que afecta tanto la expresión como la comprensión del lenguaje, en las modalidades oral y escrita, sino de igual forma, en clínica, tras la valoración del paciente en el proceso de evaluación y diagnóstico, dentro de los datos recabados acerca de la evolución del paciente, observamos que en ocasiones, no sólo se ha visto afectada su capacidad comunicativa, sino a su vez, prevalecen cambios que han tenido lugar a partir del inicio del padecimiento, en este caso, de enfermedad cerebro vascular.

³ Pedrosa CS, Casanova R. Enfermedad Cerebrovascular en Diagnóstico por imagen. Compendio de Radiología clínica. España: Interamericana, 1987. Pp. 693.

Los pacientes refieren síntomas que acompañan a muchas enfermedades, entre ellos, la incapacidad o dificultad para ingerir alimentos sólidos o líquidos desde la cavidad oral y el esófago hasta el estómago, lo cual define explícitamente a la disfagia, sin embargo, por no ser una enfermedad *per se* sino un síntoma, puede pasar desapercibido en dicha valoración y no considerársele, acción que a su vez, representa la nula formación teórica por parte del terapeuta del lenguaje ya que todos esos datos resultan ser de suma importancia desde el punto de vista terapéutico, porque sirven como base para diseñar un programa personalizado de rehabilitación del paciente.

Ahora bien, dentro de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala existe la Unidad de Planificación, organismo encargado de velar por el proceso de administración educativa, resguardar el espíritu y enfoque del proyecto de rediseño curricular y potenciar las calidades académicas. En la malla curricular correspondiente a la carrera técnica de Terapia del lenguaje, se muestran cuatro áreas disciplinarias, las cuales son Psicología, Comunicación Humana y Desórdenes del Lenguaje, Neurología y Anatomía del Lenguaje y sus Alteraciones, y un área Integrativa en donde se contemplan las prácticas de intervención terapéutica. Cada área se divide en semestres, siendo seis en total y cada semestre tiene sus cursos específicos asignados tomando en consideración diversas temáticas. Posterior a cumplir con los requerimientos específicos, el estudiante de terapia del lenguaje puede optar al título que lo acredita como técnico en Terapia del Lenguaje.

No obstante a los esfuerzos de las entidades formadoras en pro de la transformación académica, como en todo campo, al iniciar a laborar y al tener la experiencia clínica, es cuando el técnico o profesional se halla frente a innumerables vacíos que no se contemplaron en su formación académica, principalmente cuando no se tiene la práctica clínica en instituciones dedicadas a la salud en donde se hallan un sinnúmero de casos que difícilmente pueden observarse en la clínica particular.

En virtud de lo anterior, el presente trabajo se orientó al análisis formativo del estudiante y/o técnico en terapia del lenguaje con relación al tema de disfagia, como secuela presente en un alto índice de pacientes adultos quienes presentan enfermedad cerebro vascular y principalmente como vehículo para la actualización de información; por lo tanto, el estudio buscó responder a las siguientes interrogantes:

1. ¿Reconocen los estudiantes de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC los tipos de secuelas que padece un paciente adulto tras sufrir enfermedad cerebro vascular?
2. ¿Qué conocimiento tienen los estudiantes de Terapia del Lenguaje de La Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC sobre la secuela de disfagia en pacientes adultos tras padecer enfermedad cerebro vascular?
3. ¿Conocen los estudiantes de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC cómo diagnosticar y cuál es el procedimiento terapéutico oportuno y necesario para la rehabilitación de un paciente adulto con secuela de disfagia tras sufrir enfermedad cerebro vascular?

1.2 Marco teórico

Antecedentes

Haciendo una revisión bibliográfica sobre el tema *disfagia* resulta relevante que dentro del tesario de Carreras Técnicas de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC no existen antecedentes sobre investigaciones en torno a dicha temática. Sin embargo, cuando nos referimos a *Enfermedad Cerebro Vascular y/o Intervención en Lenguaje de pacientes adultos*, se halló un trabajo de investigación a cargo de la señorita Lesvia Iracema Hernández Soto en el año 2008 con el título “La importancia de terapia del lenguaje en pacientes con lesión cerebral post traumática y post quirúrgica del departamento de neurocirugía de adultos en el hospital general san juan de dios”. Investigación que se realizó con hombres y

mujeres de diferentes edades, residentes en el área rural y urbana que se encontraban hospitalizados en el Servicio de Neurocirugía de Adultos. La misma, hace referencia al tratamiento para la rehabilitación de pacientes adultos afectados a nivel de habilidades lingüísticas a consecuencia de lesión cerebral postraumática así como aquellos que secundario a una cirugía, con el fin de estimular las áreas afectadas del lenguaje expresivo-receptivo a través del diseño de un programa específico, útil para el paciente en su rápida y certera recuperación.

Dicha investigación se basa exclusivamente en la pérdida del lenguaje en hablantes competentes secundario a un daño cerebral, lo que se conoce como *afasia*, como una de las secuelas que experimenta el paciente tras sufrir un accidente cerebro vascular.

Enfermedad Cerebro Vascular

Dentro de la enfermedad cerebro vascular (ECV), la presentación aguda de la enfermedad se denomina ataque cerebro vascular (ACV). Tradicionalmente se ha definido un ACV como un déficit neurológico focal, súbito, de origen vascular. Los trastornos vasculares alteran la irrigación sanguínea del cerebro comprometiendo la oxigenación y la distribución de los nutrientes, lo cual puede ocasionar la muerte del tejido cerebral. Al producirse un accidente vascular cerebral el riego sanguíneo se interrumpe por alguno de los siguientes mecanismos:

1. Oclusión (evento isquémico): El tejido muere debido a la interrupción del flujo de sangre al cerebro. Generalmente la oclusión se produce como resultado de:
 - a. Trombosis: consiste en la progresiva estenosis (estrechamiento) de los vasos sanguíneos causada por la acumulación de placas arterioescleróticas (depósitos de grasa) en sus paredes. Las placas disminuyen gradualmente la distribución de sangre en la zona

irrigada por la arteria afectada, llegando incluso a producir una oclusión total.

- b. Embolia: es la oclusión de un vaso sanguíneo por un émbolo (coágulo de sangre, burbuja de aire o cúmulo de bacteria), el cual viaja a lo largo del sistema arterial hasta llegar a una zona estrecha, donde provoca la interrupción del flujo sanguíneo.
- c. El evento isquémico también tiene una subdivisión en relación con la duración de los síntomas: ataque isquémico transitorio (AIT) cuando la duración del evento no sobrepasa las 24 horas. Sin embargo, no debe considerarse como un evento clínico benigno por la corta duración de los síntomas; por el contrario, es un marcador clínico transitorio de infarto cerebral.

- 2. Hemorragia (evento hemorrágico): al producirse una ruptura arterial se altera la irrigación sanguínea normal: la sangre se esparce sobre el tejido cerebral y produce un aumento en la presión intracraneal. Las hemorragias cerebrales son resultado de alteraciones tales como hipertensión arterial, malformaciones vasculares (arteriales, venosas y arteriovenosas), y principalmente de la ruptura de aneurismas (dilatación de un sector de la pared de una arteria causada por el debilitamiento de la misma y por el efecto de la presión sanguínea).

Un gran porcentaje de los pacientes con lesiones de etiología vascular padecen una cardiopatía. Hasta 25% de ellos han presentado ataques cardíacos previos, manifiestos o encubiertos, y una cantidad significativa presentará otro ataque en los cinco años siguientes al evento vascular que produjo alteraciones diversas a nivel lenguaje, físico, etc., el cual puede ser mortal.⁴ Los pacientes y

⁴ Helm-Estabrooks, N. y Albert, M. (1994). Manual de Terapia de la Afasia. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

sus familiares deben estar al tanto de estas cuestiones médicas y recibir la orientación necesaria y el tratamiento correspondiente de forma oportuna.

Métodos diagnósticos

Desde el punto de vista de la valoración inicial y el diagnóstico del ACV se plantean cuatro prioridades. La primera es confirmar que los síntomas se deben a un ACV y diferenciar si éste es isquémico o hemorrágico. La segunda es determinar la viabilidad de administrar tratamiento trombolítico. La tercera, realizar estudios diagnósticos para valorar la presencia de complicaciones médicas o neurológicas del ACV. Por último, recoger información de la historia clínica y de exámenes diagnósticos para establecer el vaso comprometido y la más probable fisiopatología y etiología del ACV.

Consecuencias y complicaciones de la ECV

En los últimos años se ha reducido la mortalidad por la ECV (del 15 por ciento durante la fase aguda, mayor en la ECV hemorrágica que en la isquémica) y también la morbilidad de ésta, debido a una mejora en los tratamientos y a una mejor prevención. Pese a esto, un 40 por ciento de los que han sobrevivido al primer episodio de ECV van a fallecer en los siguientes 5 años (son factores de peor pronóstico: la edad mayor de 65 años, varón, padecer cardiopatía o HTA y tener repercusión motora escasa); un 20-50 por ciento presentará recidiva de la ECV durante los siguientes 5 años con recurrencia anual de un 10 por ciento.⁵

1. *Secuelas motoras*: dependen de la gravedad del episodio de enfermedad cerebrovascular, no pudiendo establecerse un pronóstico aproximado hasta pasadas las primeras 48 horas. En general el inicio de recuperación

⁵ Dra. Montserrat González Martín. Enfermedad Cerebrovascular en Atención Primaria. *El médico interactivo Diario Electrónico de la Sanidad*. [En línea]. 10 de enero de 2013. No. 892. [Fecha de consulta: 26 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2002/tema2/cerebrovascular8.php>

de la zona afectada en los 3 días siguientes al episodio permite albergar la esperanza de una recuperación casi total; una ausencia de recuperación tras un mes del episodio indica mal pronóstico, si bien durante los 3 a 6 meses posteriores al ECV existen posibilidades de recuperación motora.

2. *Secuelas sensitivas*: las alteraciones sensitivas con pérdida de sensibilidad profunda o anosognosia, por ejemplo, pueden influir negativamente en la recuperación motora. Otras alteraciones que pueden permanecer y dificultar mucho la óptima recuperación del paciente son las pérdidas visuales en distinto grado, como hemianopsia, cuadrantanopsia, entre otras, (es interesante en estos pacientes situar los objetos y las personas en su campo de visión conservado). Es frecuente la aparición de dolor en las distintas zonas afectadas, por contracturas musculares, periartritis, etc. Una alteración rara es la hiperpatía talámica que cursa con dolor mal definido en el hemicuerpo, continuo y de intensidad variable, que se puede agudizar ante estímulos sensoriales; puede responder a los anticonvulsivantes.
3. *Afasia*: la cual desde el punto de vista neurológico hace referencia a un trastorno del lenguaje adquirido, es decir, un trastorno a consecuencia de daño cerebral en personas que eran hablantes competentes. Desde el punto de vista lingüístico, la afasia es una alteración en la cual pueden afectarse de manera selectiva los diferentes niveles de descripción lingüística: fonético, fonológico, morfológico, lexical, sintáctico, pragmático, discursivo y semántico, tanto en la expresión como en la comprensión, en las modalidades oral y escrita. Las alteraciones se agrupan de diversas formas, dando lugar a los diferentes tipos de afasia.
4. *Crisis epilépticas*: pueden aparecer en la fase aguda o en fases más tardías; un 10 por ciento de los enfermos las pueden sufrir y son más frecuentes en enfermedad cerebrovascular embólica o hemorrágica. El tratamiento es con anticonvulsivantes.

5. *Demencia*: aparece secundaria a múltiples ECV, como la demencia multiinfarto o por un episodio de enfermedad cerebrovascular que ha afectado a zonas muy extensas.
6. *Depresión*: según estudios, un 10-30 por ciento de los pacientes que han sufrido una ECV cumplen criterios de depresión mayor en la fase aguda de la ECV; esta depresión suele remitir en el plazo de 1-2 años.
Un 10-40 por ciento cumplen en la fase aguda de la ECV criterios de depresión menor que puede persistir durante más de dos años.
No podemos infravalorar por lo tanto la depresión en los enfermos que han sufrido una ECV puesto que además:

- La presencia de depresión tiene un efecto negativo comprobado sobre la recuperación funcional del paciente.
- Puede acentuar el deterioro cognitivo causado por la ECV.
- Por si misma parece constituir un factor predictivo de mortalidad a largo plazo.

El origen de la depresión en el paciente con ECV es motivo de discusión; no existen estudios que demuestren una causa orgánica clara (aunque parece ser más frecuente en lesiones del hemisferio anterior izquierdo) ni psicológica pura. Para la mayoría de autores los cambios neuropatológicos que ocurren durante la fase aguda de la ECV serían importantes en la génesis de la depresión y en las fases más crónicas de la enfermedad cerebral los aspectos psicosociales contribuirían a mantenerla e incluso a agravarla.

7. *Alteraciones cardiacas*: son causa de un 50 por ciento de las muertes, siendo más frecuentes en varones.

8. *Disfagia*: presentando el paciente dificultad o imposibilidad para alimentarse por vía oral reconocida por el paciente y los familiares. Pudiendo presentar aspiración o no.
9. *Otras complicaciones*: trombosis venosas, neumonías, escaras y diferentes complicaciones propias del enfermo encamado.

Rehabilitación del paciente con ECV

La definición de rehabilitación según la OMS, es: "conjunto de medios médicos, sociales, educativos y profesionales destinados a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad posible e independencia".

Los objetivos de la rehabilitación son:

- a. Prevención y disminución de deficiencias funcionales.
- b. Mantenimiento de las funciones comprometidas.
- c. Recuperación de las incapacidades.
- d. Reinserción social.

De los pacientes que sufren una ECV y sobreviven un mes, un 10 por ciento se recupera de manera más o menos espontánea, un 10 por ciento no va a conseguir nunca una recuperación funcional y el 80 por ciento restante va a presentar déficits neurológicos significativos que son susceptibles de mejorar con una adecuada rehabilitación. El objetivo de la rehabilitación en un paciente con ictus establecido es que recobre toda la independencia física, social y emocional posible. Por eso es necesaria la participación de un equipo de profesionales (médico internista, personal de enfermería, rehabilitador, terapeuta del lenguaje, fisioterapeuta, trabajador social, etc.) sin olvidar la importancia fundamental de la familia del paciente. ⁶

⁶ Op.cit. González Martín, Monserrat. Pág. 32.

Es importante incidir, por lo tanto, en la necesidad de un tratamiento rehabilitador adecuado y lo más precoz posible, encaminado a evitar las distintas complicaciones y obtener la máxima recuperación funcional del paciente, siendo éste el único modo de lograr una futura recuperación e inserción social adecuada.

La Disfagia

Para tocar el tema de “anormalidad”, como siempre, debemos revisar primero la “normalidad” y por tanto, vamos a retomar el mecanismo de la deglución haciendo hincapié en que la deglución es un proceso dinámico y complejo. Gracias a los diversos métodos se han podido analizar con mayor profundidad sus períodos sucesivos.

Existe todavía controversia respecto a la función de algunos pequeños músculos, ya que es muy difícil poder medir su actividad. Sin embargo, los diferentes autores coinciden en cuanto a la función de las estructuras, en cada uno de los períodos de la deglución.

El primer período, período bucal, es voluntario. Al decidir que el bolo alimenticio está listo para ser tragado, la lengua efectúa un rápido movimiento apretándose contra el paladar progresivamente de la punta hacia atrás y expulsa la comida de la boca de forma muy semejante a como se extrae la pasta de un tubo dentífrico. Este movimiento es efectuado por los músculos intrínsecos longitudinal superior y transverso; la porción posterior de la lengua asciende por la contracción del estilogloso, y porque los músculos suprahioides (genihioideo, milohioideo, digástrico y estilohioideo) mueven al hioides algo hacia arriba y adelante y lo fijan. Los palatoglosos (que ocupan el arco palatogloso o pilar anterior del velo del paladar) se contraen se cierra su arco y el bolo pasa por el istmo de las fauces a la porción oral de la faringe. Al deglutir líquidos la lengua forma un tubo expulsor.

El segundo período, período faríngeo, ocurre rápidamente y es involuntario. Se detiene la masticación y la respiración y el bolo alimenticio discurre por las porciones oral y laríngea de la faringe. El velo del paladar es tensado y elevado por la acción de su musculatura, siendo adosado contra al relieve de Passavant (formado en la pared posterior de la faringe por la contracción del constrictor superior) para cerrar el paso a la porción nasal de la faringe impidiendo así la regurgitación del alimento. En este momento, por la contracción de los músculos suprahioides, estilofaríngeo, salpingofaríngeo, y palatofaríngeo, la laringe asciende rápidamente y con ella sube la faringe. Este ascenso sólo puede realizarse si la boca está cerrada; si la mandíbula no está inmóvil es imposible deglutir. Actuando de manera sincrónica, los músculos aritenoepiglótico y tiroepiglótico provocan el descenso de la epiglotis. La base de la lengua se aplica sobre la epiglotis contribuyendo a su descenso (para algunos autores esta sería la causa principal del movimiento de la epiglotis y consideran como secundaria o despreciable la acción de los músculos que se insertan en ella). Los pliegues vocales son aducidos cerrándose así la luz de la laringe. En la faringe, las fibras de los constrictores superior, medio e inferior, relajándose delante del bolo alimenticio y contrayéndose detrás de él, de manera sucesiva, impulsan el bolo hacia el esófago. La acción de los constrictores es normalmente automática, aunque pueden contraerse voluntariamente, de modo que el bolo alimenticio puede ser regurgitado voluntariamente desde la porción inferior de la faringe. Una vez que el bolo ha entrado en el esófago sólo el vómito puede regresarlo a la boca.

El tercer período de la deglución, período esofágico, consiste en el tránsito del bolo desde la porción laríngea de la faringe hasta el esófago y es llevada a cabo por el músculo constrictor inferior de la faringe.

Así, enfatizamos que la deglución es una necesidad básica del ser humano: todos necesitamos nutrirnos e hidratarnos para sobrevivir. Ahora bien, la disfagia es la dificultad para que éste proceso se realice con éxito, dicha dificultad puede

ser causada por alteraciones anatómicas o funcionales. Esta dificultad puede ser síntoma de un trastorno esofágico (20% de los casos) o de una causa orofaríngea (80% de los casos y a la que nos referiremos en adelante).

La disfagia orofaríngea comprende las alteraciones de la deglución que se originan desde la boca hasta el esfínter esofágico superior. El proceso comprende una secuencia de múltiples acciones motoras voluntarias e involuntarias dirigidas por el centro de la deglución en el tronco del encéfalo. Las causas de disfagia pueden ser:

1. Anatómicas o estructurales (20%): neoplasias de cabeza y cuello, cuerpos extraños, estenosis por esofagitis caústica, procesos inflamatorios e infecciosos, alteraciones de la glándula tiroides, grandes osteofitos e columna cervical, reflujo gastroesofágico, etc.
2. Enfermedades neuromusculares (80%):
 - a. Enfermedades del Sistema Nervioso Central: Accidente Cerebrovascular (ACV), lesiones posquirúrgicas tras neurocirugía, Traumatismos Craneoencefálicos (TCE), demencias (enfermedad de Alzheimer), enfermedad de Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), esclerosis múltiple (EM), poliomielitis, parálisis cerebral.
 - b. Enfermedades aisladas de los nervios craneales: parálisis del nervio laríngeo, parálisis laríngea en abducción, síndrome de Tagle, neuralgia del glossofaríngeo.
 - c. Enfermedades de la musculatura lisa o estriada implicada en la deglución: poliomiositis, miastenia gravis, esclerosis sistémica progresiva, síndrome de Kearns-Sayre, síndrome de Eaton-Lambert, diversas distrofias musculares y miotónicas.
 - d. Alteraciones del esfínter esofágico superior: disfunción cricofaríngea.

Epidemiología de la disfagia orofaríngea

La prevalencia de la disfagia orofaríngea funcional en pacientes con enfermedades neurológicas es muy elevada: afecta a más del 30% de pacientes que han sufrido un ACV; su prevalencia es del 52-82% en enfermedad de Parkinson; es el síntoma inicial del 60% de los pacientes con ELA; afecta al 40% de los pacientes con miastenia Gravis, al 44% de los de esclerosis múltiple, hasta el 84% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, o a más del 60% de los ancianos institucionalizados. La disfagia orofaríngea afecta hasta el 80% de los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico o radioterápico por tumores orofaríngeos, laríngeos y del área maxilofacial. En la edad pediátrica, la disfagia está asociada a enfermedades neurológicas como parálisis cerebral, traumatismos craneoencefálicos o malformaciones orofaciales. Hasta el 89% de los pacientes con parálisis infantil presentan alteraciones oromotoras, dificultades masticatorias, y disfagia orofaríngea.

La disfagia es uno de los síndromes geriátricos menos conocidos a pesar de su elevada prevalencia y su enorme impacto en la capacidad funcional, la salud, y la calidad de vida de los ancianos que la presentan. Un reciente estudio europeo ha demostrado que la disfagia afecta en diferentes grados hasta al 56-78% de los ancianos institucionalizados y hasta el 44% de los pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos de un hospital general de nuestro medio. Pero incluso en ancianos que viven de forma independiente en su domicilio.

Síntomas de la disfagia orofaríngea

Ya hemos dicho anteriormente que la DOF no es una enfermedad, sino un síntoma que acompaña a muchas enfermedades, sobre todo neurológicas, y también aparece con los cambios fisiológicos que se producen en el envejecimiento.

Es de vital importancia su diagnóstico precoz, para poder evitar las graves complicaciones que pueden provocar la muerte del paciente. Existen unos grupos

de síntomas que, tanto los profesionales sanitarios como los familiares y cuidadores de las personas mayores deben saber identificar:

Signos de alerta (manifiestos):

Son síntomas relacionados directamente con el acto de deglutir:

- Babeo
- Inadecuado cierre de los labios durante la masticación.
- Residuo de alimento en la boca después de la deglución.
- Salida de alimento por la nariz.
- Sensación de atasco en la garganta.
- Carraspeo continuo o frecuente.
- Tos durante o después de la deglución.
- Atragantamientos frecuentes con determinadas consistencias.
- Necesidad de fraccionar el bolo alimenticio en varias degluciones.
- Cambios en la calidad de la voz (voz húmeda).

Signos de alerta (silentes):

Son los que, en principio, no se suelen relacionar con la deglución, sino que se suelen atribuir a la situación clínica del paciente o a la edad avanzada.

- Negación o rechazo a comer o beber.
- Rechazo a determinados alimentos.
- Miedo a comer solo.
- Picos de fiebre de origen desconocido.
- Pérdida de peso.
- Infecciones respiratorias de repetición.
- Deshidratación.
- Desnutrición.

Diagnóstico de la disfagia⁷

El diagnóstico de la disfagia es importante, además de para prevenir sus complicaciones para aconsejar al paciente sobre cómo logrará una nutrición e hidratación adecuadas y para plantear el programa terapéutico adecuado en cada caso. Hay que evaluar tanto la eficacia como la seguridad de la deglución.

Métodos clínicos

Se realizará una historia clínica minuciosa, profundizando en los datos relevantes de la enfermedad de base y preguntando específicamente sobre su evolución ponderal y dietética, dieta y hábitos alimenticios habituales, volúmenes y texturas que ingiere, alimentos que evita, síntomas digestivos o respiratorios, historia de picos febriles, neumonías previas, antecedentes de intubación o traqueotomía previas. Además, se debe inspeccionar si existen alteraciones faciales, cervicales o de la postura y posición de la cabeza, ya que algunos pacientes neurológicos no pueden conseguir mantenerse sentados con la espalda recta y la cabeza derecha, lo que podría alterar el proceso de la deglución. Se debe valorar el estado cognitivo, ya que puede imposibilitar el cumplimiento de las pautas nutricionales adaptadas.

Características clínicas de la disfagia orofaríngea

- Sensación de detención del alimento (sólido/líquido) a nivel cervical.
- Aparición inmediata (a los pocos segundos) de iniciada la deglución.
- Repetidos intentos de deglución.
- Regurgitación nasal y/o oral de alimento (según gravedad).
- Otros síntomas son: tos, crisis asfícticas, disfonía, gorgoteo, pérdida de peso y los específicos del proceso causal.

⁷ Garmendio Merino G., et.al. *Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos*. Nestlé Nutrición. Barcelona. Editorial Glosa. 2009. Pág. 235.

- Exploración física: normal o signos derivados de la enfermedad causal.

Además, se explorarán los pares craneales de forma sistemática, así como la cavidad oral, para descartar lesiones orgánicas que afecten a la deglución y el estado de las piezas dentales.

Se recomienda realizar una exploración clínica de la deglución por fases sin comida para localizar las alteraciones de los movimientos y sensibilidades de los deferentes órganos y estructuras faringolaríngeas que intervienen en cada fase del proceso.

Guía práctica de exploración de la deglución por fases⁸	
FASE ORAL PREPARATORIA	
Función explorada	Síntomas/signos
Competencia del esfínter labial	Babeo
Movimientos linguales Simples Contra resistencia	Adelante Atrás Lado derecho Lado izquierdo
Masticación	Presión activa de los molares y palpación simultánea de los músculos maseteros derecho e izquierdo
Movilidad de la mandíbula	Movimiento anteroposterior Movimiento lateral Apertura-cierre

⁸ Clavé Civit, P. et. al. Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea. Nestlé Nutrición. Editorial Glosa. 2011. Pág. 108.

Sensibilidad orofaríngea derecha e izquierda	Tocar la mucosa oral y faríngea.
Capacidad de limpieza de los surcos gingivolabiales	Movilidad lingual contra resistencia
Capacidad para realizar Tipper	Chasquidos linguales.
FASE ORAL DE TRANSPORTE	
Función explorada	Síntomas/signos
Capacidad para transportar el bolo	Barrido del paladar duro con la punta de la lengua desde los incisivos hacia atrás.
Sello palatogloso	Capacidad para pronunciar con fuerza K/K/K.
Fuerza en la propulsión	Presionar la base de la lengua y sentir su fuerza.
FASE FARÍNGEA	
Función explorada	Síntomas/signos
Calidad vocal	Normal Aérea Húmeda Nasal
Retraso del disparo deglutorio	Palpar la laringe en el cuello, dar la orden de deglutir y cronometrar mentalmente el retraso del ascenso laríngeo.

Estudios radiológicos

Si la disfagia orofaríngea es de aparición aguda debe practicarse una "radiografía simple" de la zona, ya que puede visualizarse edema de tejidos blandos (epiglotitis, absceso retrofaríngeo) o cuerpos extraños radio opacos que pueden provocar disfagia.

La "radiología baritada" convencional permite detectar masas tumorales faríngeas, pero es ineficaz en el diagnóstico de anomalías motoras cricofaríngeas.

La "videorradiología" posibilita constatar las cuatro categorías de la disfunción deglutoria orofaríngea:

- Imposibilidad o excesivo retraso en la iniciación de la deglución faríngea.
- Aspiración del alimento ingerido.
- Regurgitación nasofaríngea.
- Permanencia tras la deglución de lo ingerido en la cavidad faríngea.

Aunque no permite cuantificar la fuerza de contracción faríngea ni detectar relajación incompleta del EES. Así mismo, la videorradiología facilita valorar la eficacia de las modificaciones de la dieta, de la postura y de las maniobras deglutorias utilizadas en la corrección de la disfunción observada.

Estudios endoscópicos

La "nasoendoscopia" es el mejor método para la identificación de las lesiones estructurales intracavitarias, así como para la identificación y biopsia de las anomalías de la mucosa. Permite, además, identificar las dos primeras categorías de la disfunción deglutoria orofaríngea.

Estudios manométricos

La "esofagomanometría" permite detectar y cuantificar alteraciones estáticas (hipertonía/hipotonía del EES) y dinámicas (relajación insuficiente/nula, incoordinación deglutoria y disminución de la contracción faríngea), siendo por ello de gran utilidad en el diagnóstico de los trastornos motores cricofaríngeos, aunque hay que tener presente una serie de detalles técnicos para que esta exploración sea eficaz y reproducible.

Cuando se realiza una manometría de forma aislada, ésta ofrece solamente evidencias indirectas de la disfunción deglutoria orofaríngea. Para aumentar su rendimiento diagnóstico se puede realizar simultáneamente con la videorradiología ("manorradiología"), permitiendo detectar todas las categorías de la disfunción orofaríngea y correlacionar los eventos radiológicos con los datos manométricos.

Estudios isotópicos

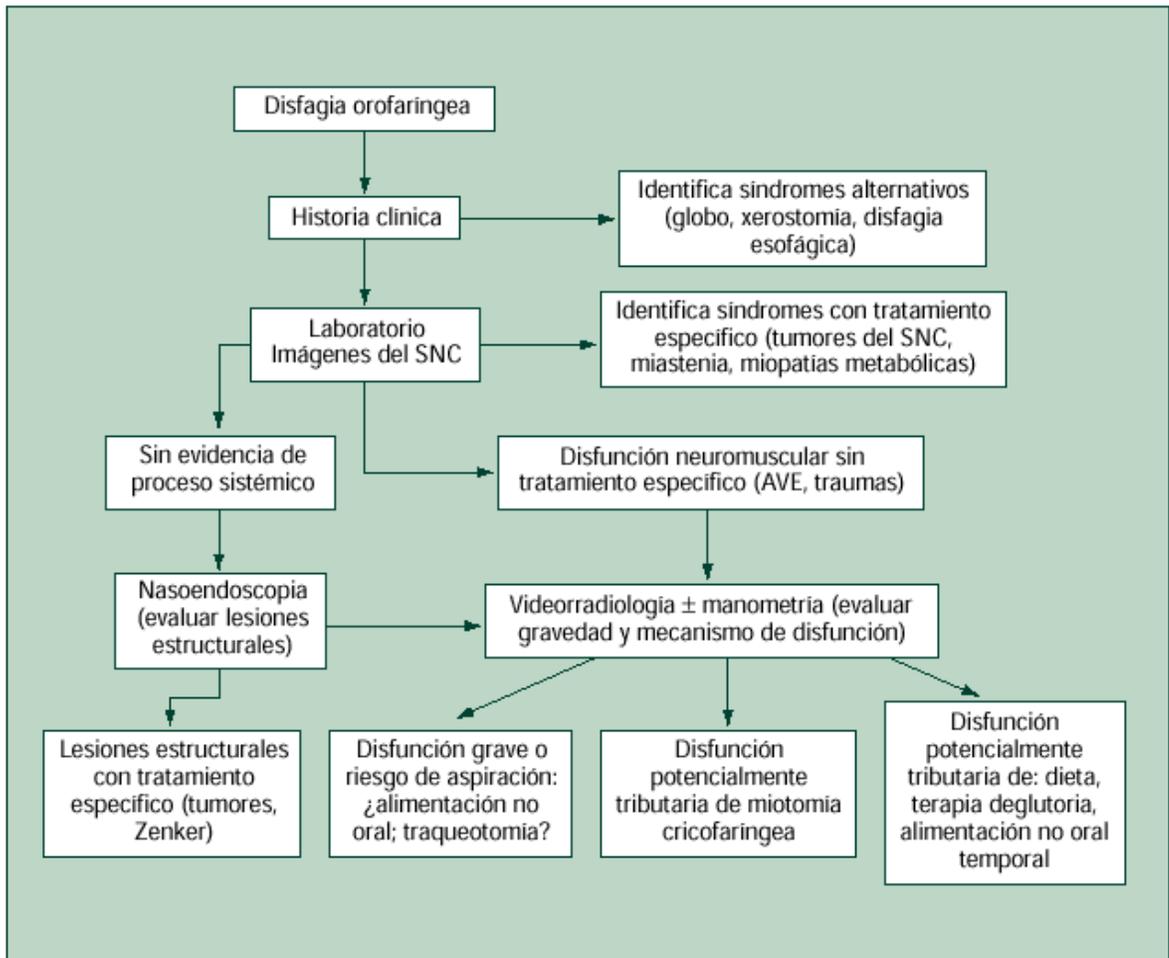
Es la técnica diagnóstica incorporada más recientemente. Se utilizan 10 ml de agua marcada con Tc, y los datos, recogidos a través de una gammacámara y computarizados, pueden evaluar perfecta y matemáticamente la dinámica deglutoria. Permite cuantificar el tiempo de tránsito y el vaciamiento orofaríngeo, lo que la convierte en una exploración complementaria de las anteriores, especialmente útil para evaluar la respuesta terapéutica.

Manejo diagnóstico

Debido a la complejidad de la Disfagia Orofaringea (etiología múltiple, patogenia dispar, métodos de evaluación específicos, colaboración limitada, en ocasiones, por parte del paciente debido a su enfermedad neurológica de base, etc.), se requiere una participación profesional multidisciplinaria, siendo imposible desarrollar una estrategia única que cubra todos los aspectos clínicos de la enfermedad. No obstante, es necesario priorizar los objetivos diagnósticos que marcarán la aproximación terapéutica a estos pacientes.

Estrategia diagnóstica en la disfagia orofaríngea

1. Verificar si se trata de disfagia orofaríngea e identificar la probable etiología (“historia clínica”).
2. Identificar/descartar la etiología estructural de la disfagia orofaríngea (“endoscopía, radiología”).
3. Detectar las categorías de la disfunción orofaríngea (“videorradiología, manometría”).
4. Evaluar el riesgo de aspiración pulmonar (“videorradiología”).
5. Determinar si el patrón de disfunción orofaríngea es tributario de tratamiento.



Consecuencias de la disfagia

La disfagia es un síntoma grave común a múltiples enfermedades que alteran la deglución. Esto ocasiona complicaciones derivadas de la disminución de la cantidad de nutrientes y agua que pasan a la vía digestiva (alteración de la eficacia de la deglución) y del paso de secreciones digestivas y de alimentos a la vía aérea (alteración de la seguridad de la deglución).

- *Desnutrición*

La desnutrición en la disfagia es de tipo energético, con pérdida de peso a expensas de tejido graso y proteína muscular y cierta preservación de la proteína visceral. A su vez, la pérdida de proteína muscular disminuye la

capacidad para la deglución empeorando la disfagia y disminuye la capacidad inspiratoria y la fuerza de la tos, aumentando el riesgo de infección respiratoria.

Los factores para la disminución de la ingesta en la disfagia son varios y se resumen así:

Dependientes de la disfagia:

- Pérdida de alimentos por boca y nariz
- Vómitos de alimentos “deglutidos”
- Interrupción por atragantamiento y tos.
- Disminución del volumen de los bocados.
- Fatiga de la musculatura orofaríngea.
- Aumento del tiempo de comidas.

Dependientes del paciente:

- Rechazo de la ingesta por ansiedad.
- Depresión.
- Pérdida del valor social de las comidas.
- Pérdida del apetito.

Dependientes de la preparación culinaria.

- Dilución de nutrientes para facilitar la deglución.
- Exclusión de alimentos de la dieta.
- Alimentos inapropiados para la disfagia.
- Monotonía.
- Ausencia de alimentos sólidos.
- Deficiente presentación.

Además, en algunas patologías de base existe un aumento del gasto energético en reposo, así como una disminución de la actividad física.

- *Deshidratación*

La deshidratación en la disfagia viene condicionada fundamentalmente por la disminución de la ingesta hídrica, pero también la favorece la disminución de la ingesta del agua contenida en los alimentos. Además puede agravarse si concurren pérdidas extraordinarias de agua por diarrea, vómitos, fiebre, diuréticos... la deshidratación causa disfunción renal, hipotensión arterial, aumento de la viscosidad de la sangre, letargo, confusión mental y aumento de la toxicidad renal de los medicamentos. Además disminuye la secreción de saliva empeorando la xerostomía si ya existía y favoreciendo el crecimiento de gérmenes patógenos en la boca, lo que favorece la neumonía por aspiración.

- *Neumonía aspirativa*

Las aspiraciones orofaríngeas ocasionan frecuentes infecciones respiratorias. Hasta un 50% de los pacientes que aspiran desarrollan una neumonía por aspiración, con una mortalidad asociada de hasta el 50%. Para que se produzca una neumonía aspirativa hace falta que el material orofaríngeo esté colonizado por gérmenes capaces de producir neumonía, hecho que se relaciona con:

1. La edad: a mayor edad, mayor colonización por gérmenes como *S. aureus* y BGN (*Klebsiella pneumoniae* y *E. Coli*).
2. Mala higiene dental
3. Malnutrición
4. Tabaquismo
5. Antibioterapia previa (selecciona cepas más patógenas).
6. Deshidratación: xerostomía, colonización de la boca por *S. aureus* y BGN.

7. Inmunosupresión relacionada con la edad u otras patologías.
8. Portadores de sonda nasogástrica (SNG), cuyo biofilm en la capa externa favorece el crecimiento de gérmenes y altera el ecosistema orofaríngeo, aumentando la colonización de la vía respiratoria alta por *P. aeruginosa*, otros BGN y *S. aureus*.

Tratamiento de la Disfagia⁹

El tratamiento se elige siempre según la causa subyacente. El objetivo fundamental en una disfagia es evitar complicaciones. Estas complicaciones pueden ser agudas o a largo plazo. Dentro de las complicaciones agudas se puede producir una aspiración de trozos de alimentos que puede causar una neumonía (neumonía por aspiración) y dentro de las complicaciones a largo plazo el paciente puede sufrir deshidratación y malnutrición si la disfagia se prolonga en el tiempo. Si la disfagia está causada por infecciones bacterianas en la zona de la boca y la faringe, el tratamiento con antibióticos es el más adecuado. Este tratamiento de la disfagia ayuda a que el proceso de deglución se normalice tras un corto periodo de tiempo. En caso de una disfagia causada por infecciones por hongos (por ejemplo, aftas), el tratamiento de elección es con antimicóticos. Si la disfagia es permanente, por ejemplo, por causas neurológicas o neurodegenerativas, sencillas medidas que mejoran la deglución pueden ayudar a mitigar las molestias. Dichas medidas buscan restablecer reflejos importantes como el de la deglución y el reflejo tusígeno. Los métodos en este tratamiento van desde ejercicios motores de determinados músculos, pasando por cambios en la postura al comer, hasta la realización de purés para la comida.

⁹ Del Burgo González de la Aleja G. *Rehabilitación de problemas de deglución en pacientes con daño cerebral sobrevenido*. Instituto de orientación psicológica. EOS. 2004. Pág. 112.

Dependiendo de la enfermedad de fondo existente, por ejemplo, cáncer de esófago, puede ser también necesaria una intervención quirúrgica para mitigar la dificultad en la deglución.

Si la disfagia imposibilita la alimentación por la boca, los afectados deberán alimentarse con ayuda de una sonda gástrica.

Intervención nutricional en el paciente con disfagia orofaríngea¹⁰

El objetivo de la nutrición en los pacientes que padecen DO es cubrir los requerimientos nutricionales del paciente de forma eficaz y segura, para mantener un estado nutricional óptimo y evitar complicaciones respiratorias. La intervención nutricional debe hacerse de forma individual, teniendo en cuenta:

1. La función de la capacidad deglutoria
2. El estado nutricional
3. La pluripatología
4. La capacidad funcional
5. Las necesidades nutricionales de la persona

Adaptación de la dieta oral

La disfagia orofaríngea exige a muchos pacientes adaptar su alimentación al grado de disfagia que padecen. Para muchos pacientes, las texturas muy líquidas, pegajosas, poco homogéneas o en volúmenes grandes no están recomendadas y pueden agravar sus síntomas.

Siempre que se planifique un plan de alimentación adecuado para un paciente con disfagia orofaríngea, debemos tener en cuenta que éste plan debe

¹⁰ Garmendia G, Gómez Candela C, Ferrero López I. Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos (2ª edición). Editorial Glosa. España. 2009. Pág. 54-70.

adaptarse a la capacidad deglutoria del paciente en cuanto a la textura y el volumen de la dieta.

Para ello, los objetivos prioritarios son los siguientes:

1. Modificar y adaptar las texturas de los alimentos líquidos.
2. Administrar los alimentos y líquidos en los volúmenes adecuados.
3. Mantener un estado nutricional adecuado.

Existen diversos métodos para valorar la capacidad deglutoria de los pacientes. La textura y el volumen a administrar pueden evaluarse a través del métodos de exploración clínica volumen –viscosidad. Una vez determinados las texturas y el volumen más adecuados para el paciente, se deben evitar los alimentos no aptos.

Adaptación de alimentos sólidos

Según las guías de dietética, en la adaptación de los alimentos sólidos pueden diferenciarse cuatro niveles:

Nivel 1: dieta triturada

- Purés de consistencia suave y uniforme, no se mezclan consistencias.
- No requiere masticación.
- Sólo se puede comer con cuchara.
- Se pueden utilizar espesantes comerciales para aumentar su estabilidad.
- Debe permitir una fácil movilización del bolo alimenticio.

Ejemplo: crema y puré

Indicaciones principales: alteraciones en la fase preparatoria y oral con mal sello labial, problemas con las prótesis dentales, debilidad y falta de movilidad orofacial, con dificultad para controlar, mantener y formar el bolo alimenticio dentro de la boca, alteraciones de la fase faríngea.

Nivel 2: dieta manipulada mecánicamente

- Purés de consistencia suave y uniforme.
- Puede no requerir masticación o bien una masticación muy suave, con formación fácil del bolo alimenticio.
- Textura homogénea (no mezclar consistencias).
- Evitar alimentos que se desmenucen en trozos firmes y secos (frutos secos).
- Puede comerse con cuchara y tenedor.
- Puede utilizarse espesante comercial, para aumentar su estabilidad.
- Puede moldearse.

Ejemplo: pudín, queso...

Indicaciones principales: alteraciones de la fase faríngea, falta de movilidad de la lengua, debilidad en la fuerza de propulsión de bolo alimenticio.

Nivel 3: dieta suave y de fácil masticación

- Alimentos suaves pero húmedos, no triturados.
- Requieren de masticación suave.
- Se acompañan de salsas espesas.
- Admiten variaciones moderadas de texturas.
- Pueden ser trituradas con facilidad con un tenedor.

Ejemplo: lomo de pescado con salsa blanca.

Indicadores principales: se trata de una dieta de transición a la dieta normal.

Dieta 4: dieta normal

- Incluye todos los alimentos.

- Requiere capacidad normal de masticación y deglución.
- Incluye todas las texturas y consistencias.

A la mayoría de los pacientes afectados de disfagia orofaríngea les resulta muy difícil cubrir todos sus requerimientos nutricionales. Debido a su dificultad durante la deglución, requieren mucho tiempo para realizar una comida normal, y el hecho de tener que comer con una textura concreta les provoca monotonía y desinterés por la comida. Por estos motivos, debemos fraccionar las comidas en, por lo menos, cinco tomas al día: desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y, si fuese posible, hacer una recena.

Hay que intentar reducir el volumen de cada comida, enriqueciéndola con clara de huevo, aceite de oliva, frutos secos bien molidos, queso en polvo, leche en polvo, etc., para evitar que el paciente se desnutra. Si esto no es posible con la alimentación tradicional, se pueden emplear suplementos nutricionales orales con adaptación de la textura; se trata de fórmulas químicamente definidas, que en un volumen reducido aportan una buena fuente concentrada de nutrientes y servirían para suplementar la alimentación tradicional.

Una alimentación adecuada no sólo es imprescindible para mantener un buen estado de salud, sino que representa un placer y un acontecimiento social. Los pacientes que tienen dificultades para poder deglutir los alimentos, muchas veces se ven obligados a renunciar a este placer, y evitan comer con otras personas.

Nos debemos sentir obligados, tanto los profesionales sanitarios, como las familias y cuidadores, a mejorar esta situación e intentar proporcionar a estos pacientes las estrategias y herramientas necesarias para que puedan disfrutar de la alimentación en todas sus dimensiones.

Tratamiento dietético-nutricional

El tratamiento dietético de la disfagia busca, al igual que el resto de las medidas terapéuticas empeladas, aumentar la seguridad de la deglución (modificación de volúmenes y texturas, sondas de alimentación) y su eficacia (asegurar el paso a la vía digestiva de nutrientes y agua en cantidad suficiente).

La disfagia por sí misma, pone al paciente en situación de riesgo nutricional, a la que puede añadirse el riesgo inherente a su patología de base (neurológica, oncológica, posoperatorio...). Debe realizarse un screening nutricional; no existe un gold standard para la valoración del riesgo nutricional. Las guías ESPEN recomiendan el *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) para screening en la comunidad, el *Nutritional Risk Screening* (NRS)-2002 para pacientes ingresados y el *Mini Nutritional Assessment* (MNA) en población anciana. Las guías SIGN para ACV recomiendan el MUST asumiendo la recomendación de la *British Dietetic Association*, *The Royal College of Nursing* y de la *Registered Nursing Home Association*.

Las guías escocesas, en personas con ictus, recomiendan incluir en el cribado nutricional (recomendación grado D) dentro de las primeras 24-48 horas lo siguiente: IMC, capacidad para comer, valoración del apetito y de la condición física y mental. A continuación, medir marcadores bioquímicos (prealbúmina, hipergucemia), estado de la deglución, pérdida involuntaria de peso, dependencia para la alimentación e ingesta real (recomendación grado D). En cualquier caso, lo ideal sería que todos los pacientes con disfagia fuesen valorados por personal sanitario con formación específica en nutrición.

Además, es fundamental la evaluación del estado de hidratación del paciente: signo del pliegue cutáneo, mucosas, tensión arterial y pulso, nivel de conciencia, temperatura corporal, analítica de sangre y orina, balance hídrico (hospitalizados), cambios de peso.

El resultado de las pruebas diagnósticas determinará el volumen y la viscosidad del bolo más adecuados para nuestro paciente. Las características de las tres viscosidades para el tratamiento de la disfagia para líquidos son:

Viscosidad néctar

- Puede beberse sorbiendo por una pajilla
- Puede beberse en taza
- Al decantar el líquido espesado, éste cae formando un hilo fino
- Viscosidad de 50-350 cP

Viscosidad miel

- No puede beberse con pajilla
- Se puede tomar en taza o con cuchara
- Al decantar el líquido espesado, éste cae formando gotas espesas
- Al cogerlo con una cuchara no mantiene su forma
- Viscosidad de 351-1.750cP

Viscosidad pudín

- No puede beberse
- Sólo puede tomarse con cuchara
- Al decantar el líquido espesado, éste cae en bloques
- Al cogerlo con una cuchara sí mantiene su forma
- Viscosidad >1.750 cP

Alimentos desaconsejados en la disfagia

- Alimentos con dobles consistencias: leche con cereales, sopa de arroz o pasta, puré con grumos, yogures con frutas, etc.
- Alimentos duros y de difícil masticación: frutos secos, carne a la plancha.

- Alimentos de textura fibrosa: espárragos, piña, apio, carne estofada, jamón serrano.
- Alimentos con piel o semillas: uvas, tomate sin pelar, aceitunas.
- Alimentos con espinas o huesos.
- Alimentos que se desmenuzan o que forman mal el bolo alimenticio: polvorones, arroz, patatas chip.
- Alimentos pegajosos y densos: pan de molde, miel, caramelos masticables.
- Alimentos “resbaladizos”: lechuga, frutas con piel.
- Alimentos que desprendan agua o zumo al morderse o aplastarse: pera, naranja.
- Alimentos que cambien de consistencia al cambiar de temperatura: granizados y helados.
- Bebidas con burbujas.

Las recomendaciones de necesidades hídricas generales (ajustar por patologías de base del paciente y estado de hidratación previo) son 30-35 ml/kg peso/día. Para lograr la viscosidad deseada, usaremos espesante comercial en las cantidades recomendadas por el fabricante, teniendo en cuenta que los espesantes a base de almidón modificado (los habituales en nuestro medio) tardan entre 1-3 minutos en espesar la bebida, y si se dejan más tiempo siguen aumentando la consistencia. Los espesantes a base de goma tardan 5 minutos en actuar pero mantienen la consistencia, su aspecto es más claro y su textura más resbaladiza.

En cuando a las modificaciones de consistencia de la dieta, igualmente se debe ajustar la dieta habitual del paciente al volumen y viscosidad recomendados para él en los tests diagnósticos. No existe un consenso universal sobre un único patrón de alimentación saludable sobre el que diseñar la dieta del paciente que después adaptaremos en texturas. Podemos seguir las recomendaciones de la

Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) para una alimentación saludable y las recomendaciones específicas para personas de edad avanzada. Habrá que tener en cuenta también las restricciones que presente el paciente por sus patologías de base (diabetes, HTA, hiperlipemia, obesidad, problemas digestivos, interacciones medicamentosas).

A veces resulta todo un reto lograr, con todos estos matices, que la dieta resulte apetecible, por eso los cuidadores no deben escatimar en esfuerzos a la hora de la presentación de los platos, intentar mantener los sabores originales no mezclando todos los platos en el mismo puré, respetar en lo posible los gustos y preferencias del paciente, cuando se usen texturas pudin intentar dar formas variadas a los alientos (moldes, utensilios de hacer bolas de helado, manga pastelera), prestar atención a la temperatura más adecuada para cada alimento, potenciar los sabores, etc.

El paciente debe comer en un ambiente tranquilo, sin distracciones, con tiempo suficiente para comer (30-45 min), debe estar descansado, a ser posible sentado en ángulo recto con los pies apoyados e inclinado sobre la mesa; en caso de estar encamado, poner la cabecera a 90°. Realizará las maniobras compensadoras indicadas por el terapeuta del lenguaje e intentará comer solo (si no, con el cuidador enfrente, sentado más bajo). Evitar el decúbito en los siguientes 30-60 min. tras la comida. Vigilar la posibilidad de atragantamiento o residuo oral.

En caso de que con la dieta oral no se lleguen a cubrir los requerimientos nutricionales del paciente o si existe desnutrición, será necesaria la suplementación oral. Puede ser necesario reforzar únicamente con un módulo de proteínas de alta calidad en polvo los alimentos naturales de textura modificada, o puede que necesitemos aumentar tanto el aporte proteico como el calórico, para lo que utilizaremos los suplementos nutricionales de textura modificada, eligiendo la fórmula en función de las características de nuestro paciente, intentando

respetar sus gustos en lo que a sabores se refiere y procurando administrarlo como postre, media mañana, merienda o recena.

Si la disfagia es grave el grado de desnutrición es severo, no lográndose conseguir por vía oral los requerimientos de nutrientes y agua que precisa el paciente, será necesario instaurar nutrición enteral (NE) por sonda.

El uso de la sonda nasogástrica (SNG) se empleará en casos de disfagia aguda susceptible de mejorar en un plazo de 2 meses; de lo contrario, se usará la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). En estos pacientes son especialmente importantes las medidas para prevenir la regurgitación y el retraso del vaciamiento gástrico por el alto riesgo de aspiración.

En los pacientes ancianos con disfagia y demencia avanzada, todos los autores están de acuerdo en que la NE por sonda no aumenta la supervivencia, ni disminuye las complicaciones de la disfagia, y si deteriora la calidad de vida. En los pacientes con enfermedades neurológicas degenerativas con desnutrición causada por la disfagia y complicaciones respiratorias, especialmente en la ELA, en la que la desnutrición es un factor de reducción de la supervivencia, la NE por sonda está indicada siempre que no se encuentren en una fase muy avanzada la enfermedad. En la ELA, el objetivo es evitar la reducción de la supervivencia debido a que la desnutrición empeora la función pulmonar. La PEG debe colocarse antes de que la capacidad vital se <50%. En los pacientes con tumores de cabeza o cuello que presentan disfagia en el posoperatorio, la indicación es de SNG intraoperatoria si se estima mejoría en 6 semanas. Si precisara radioterapia con alto riesgo de disfagia y odinofagia por mucositis, sería recomendable la PEG profiláctica. En los raros casos de disfagia con tubo digestivo no funcionando se instaurará nutrición parenteral.

Aunque el paciente sea portador de PEG, se intentará mantener una parte de nutrición o hidratación oral con la modificación de textura y volumen

correspondiente. Igualmente, se debe insistir en la higiene de la cavidad oral aunque no se alimente por boca. Cuando el paciente se haya recuperado de la desnutrición y sea capaz de cubrir sus necesidades nutricionales por vía oral de forma eficaz y segura, se procederá a la retirada de la sonda. Para ello, previamente, se iniciará un aumento progresivo de la dieta oral con un descenso gradual de la NE. Cuando logre ingerir el 75% de sus necesidades diarias durante 3 o más días, se puede retirar la sonda.

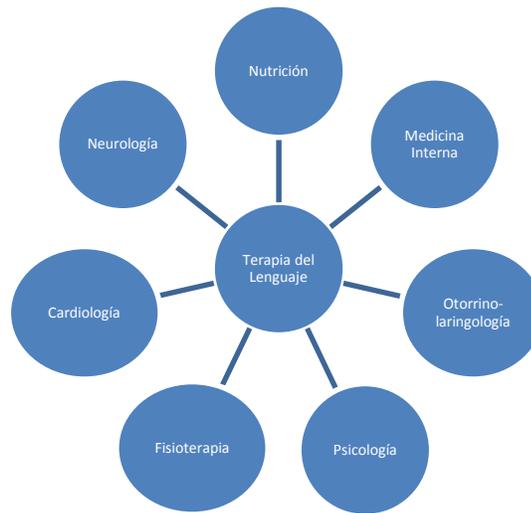
Tratamiento de la Disfagia en Terapia del Lenguaje

Organización general de la terapia del lenguaje

Al hablar de “tratamiento de la disfagia”, es importante considerar el rol del terapeuta del lenguaje en dicha rehabilitación y considerar que forma parte de un equipo multidisciplinario y deberá trabajar en conjunto con varios especialistas:

Cabe recalcar la importancia de que esta terapia sea impartida por un terapeuta del lenguaje que cuente con una formación profesional en el área clínica y con experiencia en la rehabilitación de dicha problemática. Otros factores importantes son la duración del tratamiento la frecuencia con que se llevan a cabo las terapias y qué tan constante se es tanto en la asistencia como en el seguimiento de las indicaciones propuestas por el terapeuta.

Al plantear el intervalo entre la lesión y el inicio de la terapia, cabe resaltar que deben tomarse en consideración los trastornos del lenguaje adquiridos por el paciente en donde la terapia debe ser de inicio temprano aprovechando el período de recuperación espontánea y así guiar la rehabilitación del lenguaje utilizando los recursos residuales del paciente, una vez trabajada el área lingüística, se inicia el tratamiento de la disfagia tomando en consideración las opiniones de todo el equipo interdisciplinario.



Las sesiones de rehabilitación se planean con base en los resultados de la valoración del estado general del paciente (principalmente del lenguaje). Debe saberse con la mayor exactitud posible cuáles áreas están alteradas (en qué niveles y con qué severidad) y cuáles, en cambio, están conservadas. Es indispensable saber qué tratar para poder decidir cómo tratarlo.

En este apartado es importante considerar el inicio, la frecuencia y la finalización de la terapia del lenguaje y resaltar, que un paciente disfágico, no acudirá a terapia por la alteración en la deglución propiamente, sino al contrario, como se ha apuntado antes, consultará por los trastornos del lenguaje.

Una vez definidas estas áreas, se establecerán objetivos específicos a corto y a mediano plazo, así como los métodos generales para alcanzarlos. Tanto los objetivos como los métodos deben ser valorados constantemente para modificarlos en función de los avances del paciente.

El objetivo del tratamiento de la disfagia es mantener la vía oral, siempre que sea posible conservar un buen estado nutricional sin complicaciones respiratorias. Para ello, el tratamiento consta de varias estrategias.

1. Rehabilitador
2. Nutricional (modificación de texturas, intervención dietético-nutricional).

3. Invasivo (quirúrgico, dilataciones endoscópicas) en caso de lesiones estructurales.

Además, se torna fundamental brindarle apoyo al paciente para su readaptación emocional, familiar, social y laboral (según el caso). Es muy importante tener en mente que se trata de rehabilitar personas, no sólo el lenguaje, o la disfagia. La terapia debe ser un espacio para el paciente en el que encuentre empatía y la posibilidad de expresarse. En esa medida el terapeuta del lenguaje establece un vínculo con el paciente que va más allá de la rehabilitación lingüística o la conservación de la vía oral.

Tratamiento rehabilitador¹¹

Comprende varias estrategias:

1. Técnicas Posturales

El movimiento del paciente, cambiando la posición de la cabeza, el cuello o el tronco, puede ayudar a modificar la dirección del bolo, con lo que se reduce el riesgo de aspiración. Hay cinco posturas, barbilla alta, barbilla baja, giro de la cabeza (a izquierda o derecha), inclinación de cabeza (a izquierda o derecha) y decúbito, que han resultado bastante eficaces para mejorar la función deglutoria.¹²

- Postura con la barbilla baja:
 - Útil para los pacientes que tienen problemas de retracción de la base de la lengua.

¹¹ Clavé i Civit P, et.al. Disfagia Orofaringea. En: Salas-Salvadó J eds. Nutrición y Dietética clínica (2da. Edición). Barcelona: Elsevier España, 2008. p.498-510.

¹² WELCH-WEST, Penny, et.al. Fundación MAPFRE (s.f.) *Disfagia e intervenciones nutricionales en los pacientes con lesión cerebral adquirida*. Recuperado el 27 de febrero de 2014, de <http://www.traumatismocraneoencefalico.com/modulo-05.htm#5.9.1>

- El mecanismo del cambio ensancha las valéculas, lo que permite que estas retengan el bolo en caso de retraso faríngeo.
- Postura con la barbilla alta:
 - Útil para los pacientes que tienen problemas bucales de propulsión de la lengua.
 - Ayuda a obtener una presión lingual suficiente para impulsar los alimentos sólidos o líquidos desde la boca hacia la faringe.
- Giro de la cabeza:
 - Consiste en rotar la cabeza hacia el lado afectado.
 - A continuación, el bolo se transporta por el lado seguro "sano".
- Inclinación de la cabeza:
 - La cabeza se inclina hacia el lado más fuerte para favorecer el flujo de sólidos y líquidos por ese lado.
- Decúbito:
 - Eficaz en los pacientes con contracción de la pared faríngea posterior o elevación laríngea reducida con residuos resultantes y aspiración consiguiente tras la deglución.
 - Se evita que los residuos o los alimentos o líquidos acumulados en la faringe caigan en las vías respiratorias cuando la gravedad empuja el bolo hacia la pared faríngea posterior; de este modo, el bolo pasará con más facilidad al esófago.

Puede suponer un verdadero reto lograr que los pacientes con déficit cognitivos notables después de la lesión practiquen cualquiera de estas técnicas. Se ha propuesto que los pacientes con *"déficit orales y faríngeos permanezcan erguidos durante 30 minutos después de las comidas para reducir el riesgo de aspiración, que tomen bocados y sorbos controlados, que alternen sólidos y líquidos, que se les indique que realicen múltiples degluciones y que se les entrene para que limpien o eliminen los alimentos que se acumulen en la boca"*.

2. Estimulación termotáctil:

La estimulación térmica o termotáctil se desarrolló para estimular el reflejo deglutorio de los pacientes que presentan deterioro neurológico. En el procedimiento de estimulación termotáctil se pide al paciente que abra la boca y se aplica un espejo laríngeo frío en la base de los pilares del paladar. El espejo se mantiene en contacto con el pilar y se frota arriba y abajo cinco veces. En los pacientes que hayan sufrido un contacto "traumático", el procedimiento se hará en el lado normal (no dañado) de la boca. La deglución faríngea no se desencadena en el momento de la estimulación, sino que su finalidad es aumentar la sensibilidad para la deglución en el sistema nervioso central. Se espera que, cuando el paciente intente deglutir, la deglución faríngea se desencadene más rápidamente.

3. Praxias motoras orales:

Los ejercicios introducidos en los pacientes que presentan un trastorno de la deglución comprenden distintos ejercicios motores orales, como los centrados en la amplitud del movimiento para la lengua y las estructuras faríngeas. Estos ejercicios se diseñaron para mejorar la fuerza, el movimiento, la conciencia y la coordinación muscular durante la deglución.

Para ayudar a mejorar el tránsito oral, pueden realizarse ejercicios que faciliten la elevación y lateralización de la lengua. En estos casos, puede pedirse al paciente que realice ejercicios linguales muy específicos con el fin de mejorar el habla y la deglución. También se le puede pedir que participe en ejercicios de resistencia de la lengua (empujar la lengua contra un depresor lingual o un palo de helado durante 1 segundo) y ejercicios de control del bolo (para permitir que el paciente aprenda a controlar o manipular los alimentos introducidos en la boca).

a. Ejercicios en la amplitud del movimiento para las estructuras faríngeas.

Entrada de las vías respiratorias:

Se pide al sujeto que se sienta y que haga presión hacia abajo mientras aguanta la respiración. Este ejercicio no se recomienda en los pacientes que no tengan la presión arterial controlada. Se recomienda realizar este ejercicio de 5 a 10 veces al día durante 5 minutos.

- b.** Ejercicios de aducción de las cuerdas vocales: A fin de mejorar el tono de voz y reducir el riesgo de aspiración, se pide al paciente que haga presión hacia abajo, con una mano apoyada en una silla, al tiempo que emite una voz clara. Este ejercicio se realiza 5 veces. A continuación, se le pide que diga "ah" 5 veces. También se recomienda repetir estos ejercicios 3 veces de forma sucesiva, de 5 a 10 veces al día durante 5 minutos. Si no se produce una mejoría significativa de la deglución al cabo de una semana, se puede pedir al paciente que intente levantar el asiento de una silla, mientras está sentado en ella, y que prolongue la fonación. Este ejercicio se recomienda en las personas cuyas cuerdas vocales no logran cerrarse por completo.

4. Ejercicio de Shaker:

Para realizar el ejercicio de Shaker, se pide al paciente que se tumbe en el suelo o en la cama y que eleve la cabeza lo suficiente para verse los dedos de los pies. Esta posición se mantiene durante un minuto y a continuación, el paciente descansa durante otro minuto. El ejercicio se repite tres veces. Después de esta secuencia, el paciente eleva la cabeza, se mira los dedos de los pies y baja la cabeza. Esta secuencia de elevar y bajar la cabeza se repite 30 veces. Se recomienda realizar el ejercicio de Shaker 3 veces al día durante un período de 6 semanas. Este ejercicio ha tenido cierto éxito para mejorar el movimiento hiolaríngeo.

La maniobra de Shaker ha conseguido demostrar un cambio en la fisiología orofaríngea y un efecto terapéutico en los pacientes con disfagia. Mejora principalmente el residuo posdeglutorio y las aspiraciones posdeglutorias.

5. Maniobras de deglución:

Durante la fase aguda de la recuperación, los pacientes pueden experimentar más dificultades deglutorias que durante la rehabilitación posterior. Si no se abordan y no se tratan las dificultades deglutorias durante la fase aguda, pueden producirse problemas de cumplimiento de las dietas recomendadas para la seguridad de los pacientes e incluso posibles contratiempos, como una neumonía por aspiración. Estas infecciones pueden obstaculizar la capacidad del paciente de participar plenamente en la rehabilitación formal. Para abordar las dificultades deglutorias se han desarrollado cuatro maniobras concretas, de modo que cada una aborda una presentación específica de la disfagia. Para que los pacientes tengan éxito con cada una de estas maniobras, deben ser capaces de seguir instrucciones, estar atentos y poder hacer el esfuerzo físico necesario para la realización correcta de las maniobras.

- a. Deglución supraglótica: esta maniobra se "*diseñó para cerrar las vías respiratorias a la altura de las cuerdas vocales verdaderas antes y durante la deglución*" (Logemann, 1998; Logemann y cols., 1997). En esta maniobra se pide a los pacientes que aguanten la respiración mientras degluten y, a continuación, que tosan inmediatamente después de la deglución. Esta maniobra estimula el cierre de las cuerdas vocales verdaderas en un intento de corregir un cierre reducido o retardado de las cuerdas vocales o una deglución faríngea tardía. La parte de tos de esta maniobra tiene el objetivo de expulsar los objetos o residuos atrapados en el vestíbulo laríngeo.

- b. Deglución supersupraglótica: durante esta maniobra, se pide a los pacientes que realicen una inspiración y aguanten la respiración mientras presionan hacia abajo, que deglutan mientras aguantan esta respiración y presionan hacia abajo y que tosan inmediatamente después de la deglución (Logemann y cols., 1997). La finalidad de este procedimiento es "*cerrar la entrada a las vías respiratorias antes y durante la deglución*" (Logemann, 1998). La maniobra de deglución supraglótica se utiliza para corregir el cierre reducido de la entrada a las vías respiratorias (Perlman y Schulze-Delrieu, 1997).
- c. Deglución forzada: esta técnica se diseñó para "aumentar el movimiento posterior de la base de la lengua" (Kramer y cols., 2007). Mientras el paciente deglute, se le pide que haga fuerza con todos los músculos (de la garganta y el cuello) que utiliza para deglutir. Esta maniobra se ha diseñado para corregir el movimiento posterior reducido de la base de la lengua.
- d. Maniobra de Mendelsohn: el objetivo de esta maniobra consiste en corregir el movimiento laríngeo reducido y la descoordinación de la deglución (Perlman y Schulze-Delrieu, 1997). Se logran mejoras de la función deglutoria mediante un "*aumento del grado y la duración de la elevación laríngea, lo que aumenta la duración y la anchura de la apertura cricofaríngea*" (Logemann, 1998). Normalmente, se pide a los pacientes que traguen, pero que, a medida que lo hagan, mantengan elevada la nuez de Adán durante 2-3 segundos y luego que completen la deglución. Puede recomendarse realizar este ejercicio varias veces al día.

Otras técnicas...

- e. *Estimulación según la técnica de Logemann*: maniobra que consiste en estimular el reflejo de deglución con un espejo laríngeo pequeño, es recomendable enfriar con cubos de hielo dicho espejo para mejorar la estimulación. Así mismo debemos incluir los arcos palatoglosos (pilar anterior). Se le pide al paciente que trague saliva después de cada serie de estimulaciones (5-10 estimulaciones 4 veces al día). Indicaciones: cuando el reflejo de deglución está deficiente.
- f. *Resistencia frontal asociada a la deglución*: se introduce el alimento en la boca y posteriormente se presiona la frente del paciente contra la mano del terapeuta y a continuación deglute. La consistencia del alimento debe ser semisólido. (estos músculos ejercen así una ligera tracción de la laringe hacia arriba con un tono que mejora la calidad de las tomas de alimento. La estimulación se utiliza durante la comida en caso necesario). Indicaciones: disminución del paso faríngeo para facilitar la anteriorización de la laringe y la apertura del paso faríngeo.
- g. *Deglución de Masako*: esta maniobra consiste en introducir el alimento en la boca del paciente y posteriormente, deglutir con la punta de la lengua apoyada en la cara oclusiva de los dientes, notando un tirón en el cuello. Indicaciones: disminución de la contracción de la pared faríngea posterior, debilidad de la musculatura faríngea.

Las guías de práctica clínica recomiendan, que todo paciente que lleve más de una semana con disfagia debe ser valorado para determinar su adecuación a un programa de rehabilitación de la deglución, para lo cual debe tenerse en cuenta tanto la causa de la disfagia como el estado cognitivo y motivación del paciente para ello; se recomienda que los pacientes con disfagia vayan a un programa de

rehabilitación de la deglución que incluya ejercicios restauradores de la deglución, además de técnicas compensadores y modificaciones dietéticas.

Técnicas pasivas:

Como técnica pasiva se incluye la masoterapia facial. Dicho tratamiento pasivo puede ser iniciado tan pronto se inicie la nutrición por sonda. El objetivo es evitar el desarrollo de hipersensibilidad oral y reacciones orales adversas y a su vez, tonificar la musculatura orofacial.

Para ello, es importante estar familiarizado con los músculos inervados por las ramas motoras de los nervios craneales y los métodos de balance para evaluar la musculatura de los párpados, la cara, la mandíbula, la lengua, el paladar blando, la pared faríngea posterior y la laringe. Cuando realizamos este tipo de pruebas en el paciente el único requerimiento para que éste participe de forma activa durante la prueba es la capacidad de seguir instrucciones simples.

- Músculos extrínsecos del ojo: los seis músculos del ojo mueven el globo ocular en direcciones que dependen de sus inserciones y de la influencia de los movimientos sobre los mismos músculos. Es probable que ningún músculo del ojo actúe independientemente y, debido a que estos músculos no pueden ser observados, palpados ni evaluados individualmente, gran parte del conocimiento de su función procede del estudio de diversas disfunciones. Los músculos extrínsecos del ojo están inervados por los pares craneales III (motor ocular común) y VI (motor ocular externo).
- Músculos de la cara y los párpados: se debe observar la movilidad de la expresión facial, y se documentará cualquier asimetría o déficit de los músculos. La desviación hacia un lado al hablar o sonreír, la falta de tono (con o sin atrofia), la presencia de fasciculaciones, el parpadeo frecuente o asimétrico, la falta de arrugas o las arrugas excesivas son hallazgos que sugieren afectación del VII par craneal. Los músculos faciales (excepto los

responsables de los movimientos de la mandíbula) expresan todas las emociones a través de movimientos voluntarios e involuntarios.

- **Músculos de la nariz:** los tres músculos de la nariz están inervados por el nervio facial (VII). El piramidal de la nariz desplaza el ángulo interno de las cejas hacia abajo, con lo que produce arrugas transversales en el puente de la nariz. El nasal (compresor de los orificios nasales o porción transversal) deprime la porción cartilaginosa de la nariz, y arrastra el ala hacia abajo, hacia el tabique el nasal (dilatador de los orificios nasales o porción alar) dilata los orificios de la nariz. El mirtiforme mueve las alas hacia abajo constriñendo los orificios nasales. De estos tres músculos, sólo el piramidal de la nariz se explora clínicamente. Los otros se observan en lo que respecta a la dilatación o al estrechamiento de los orificios nasales en paciente capaces de realizar esos movimientos.
- **Músculos de la boca y la cara:** existen muchos músculos relacionados con la boca, y todos tienen alguna función distintiva excepto, quizá, el risorio de Santorini. En vez de detallar una exploración para cada músculo, sólo se presentan pruebas definitivas para el buccinador y el orbicular de los labios (el esfínter de la boca). Se ilustra la función de los músculos restantes, y las exploraciones individuales se dejan a criterio del examinador. Todos los músculos de la boca están inervados por el nervio facial (VII par).
- **Músculos del paladar:** los músculos del paladar están inervados por el plexo faríngeo [derivado de los pares craneales X (vago) y XI (espinal)], con la única excepción del periestafilino externo, que está inervada por el trigémino (V par). El periestafilino externo eleva el paladar blando, y la parálisis de este músculo origina un ligero desplazamiento de la úvula hacia el lado sano, con la punta orientada hacia el lado afecto. El déficit del periestafilino externo como elevador del paladar puede ser enmascarado si los músculos faríngeos inervados por el plexo faríngeo permanecen intactos. En cualquier caso, el periestafilino interno es un elevador del

paladar más importante que el externo. El periestafilino interno también tracciona del paladar hacia arriba y atrás para aislar los conductos nasales durante la deglución. El palatoestafilino o ácidos de la lengua acorta y dobla la úvula, para contribuir al bloqueo de los conductos nasales durante la deglución. El palatofaríngeo o faringoestafilino arrastra la faringe hacia arriba y deprime el paladar blando. El presencia de una lesión unilateral del nervio vago (X par), el periestafilino interno y el palatoestafilino o ácidos de la lengua del lado afecto serán deficitarios. En consecuencia, se produce un descenso o aplanamiento del arco del paladar, y el rafe medio se desplaza hacia el lado sano. Durante la fonación la úvula se desplaza hacia el lado sano. En caso de lesión bilateral del nervio vago, el paladar no se puede elevar durante la fonación, pero no desciende debido a la acción del periestafilino externo (V par). La cavidad nasal no se aísla de la cavidad oral, lo que puede conducir a regurgitación nasal de los líquidos. Así mismo, al hablar, el aire se escapa hacia la cavidad nasal, y se produce un cambio de resonancia que proporciona a la voz una calidad nasal peculiar. La disfagia puede ser grave.

- Músculos de la faringe: la función de los músculos faríngeos se explora mediante la observación de su contracción durante la fonación y de la elevación de la laringe durante la deglución. También se debe provocar el reflejo faríngeo, y se tomará nota de las características de la contracción muscular. Se describirán la forma como el paciente moviliza los alimentos sólidos y líquidos, así como la calidad y las características del habla. Las ramas motoras del nervio glossofaríngeo (IX par) se dirigen a la faringe, pero es probable que sólo inerven el músculo estilofaríngeo. Este eleva las paredes superior, lateral y posterior de la faringe durante la deglución. Los restantes músculos faríngeos (constrictores inferior, medio y superior, palatofaríngeo o faringoestafilino y salpingofaríngeo) están inervados por el plexo faríngeo, compuesto por ramas procedente del nervio vago (X par) y

el espinal (XI par). Los tres músculos constrictores aplanan y contraen la faringe durante la deglución, y desempeñan funciones importantes para forzar el avance del bolo alimenticio hacia el esófago, con lo que inician la actividad peristáltica del intestino. El salpingofaríngeo se funde con el palatofaríngeo o faringoestafilino, y eleva la porción superior de la faringe. Puesto que ésta actúa como una caja de resonancia para los sonidos, la afectación de los músculos faríngeos modificará la voz. El constrictor inferior de la faringe se divide en dos porciones, que muchas veces se describen como si fuesen músculos separados. Uno de ellos, el cricofaríngeo, se funde con las fibras esofágicas circulares, y actúa como un esfínter faríngeo distal durante la deglución. Estas fibras evitan que el aire entre en el esófago durante la respiración, y que exista reflujos de alimentos desde el esófago de nuevo a la faringe. Se ha comunicado que cuando el sistema está en reposo, el cricofaríngeo se contrae activamente para prevenir la entrada de aire en el esófago. Cuando se inicia la deglución, alguna forma de inhibición neural hace que cricofaríngeo se relaje. Al mismo tiempo, el hueso hioides y la laringe se elevan y se desplazan hacia delante, y los músculos constrictores actúan de una forma peristáltica. La suma de todas las acciones permite el paso del bolo. La porción superior del constrictor inferior es el tirofaríngeo, que actúa para impulsar el bolo alimenticio hacia abajo. En las lesiones unilaterales del nervio vago (X par), disminuye la elevación laríngea en un lado, mientras que en las lesiones bilaterales disminuye la elevación en ambos lados.

- Músculos de la laringe: la exploración de los músculos de la laringe incluye la evaluación de la calidad y la naturaleza de la voz para apreciar cualquier anomalía de la fonación o de la articulación, de los trastornos de la tos y de las posibles dificultades respiratorias. También es importante evaluar la velocidad de la abertura y el cierre de la glotis. Conviene definir algunos términos generales. La fonación es la producción de sonidos vocales, sin

formación de palabras; es una función de la laringe. La articulación, o formación de palabras, es una función conjunta de la laringe con la faringe, el paladar, la lengua, los dientes y los labios. Todos los músculos laríngeos están inervados por las ramas recurrentes del X par craneal (vago), excepto el cricotiroideo, que recibe su inervación motora del nervio laríngeo superior. Los músculos laríngeos regulan la tensión de las cuerdas vocales, y abren y cierran la glotis mediante abducción y aducción de esas cuerdas.

- En condiciones normales, las cuerdas vocales están abiertas (abducidas) durante la inspiración, y se cierran (aducción) al hablar o toser. Los dos músculos cricortiroideos son los tensores principales, debido a su participación en el alargamiento de las cuerdas vocales. Los dos cricoaritenoides posteriores son los abductores principales y abren la glotis; los dos cricoaritenoides laterales son los aductores principales y cierran la glotis. Los dos tiroaritenoides acortan y relajan las cuerdas vocales, desplazando hacia delante los cartílagos aritenoides. El único aritenoideo (que tiene un fascículo transverso y otro oblicuo) aproxima los cartílagos aritenoides entre sí; el fascículo oblicuo actúa como esfínter de la laringe superior (los llamados pliegues ariepiglóticos), y el fascículo transverso actúa como esfínter de la laringe inferior. La parálisis unilateral de los músculos laríngeos no causa modificaciones apreciables de la voz, en contraste con la dificultad originada por la parálisis bilateral. La falta de función de los cricotiroideos conduce a pérdida de los tonos altos; la voz se hace más profunda y ronca, y se cansa con facilidad, pero la respiración permanece normal. La pérdida de función bilateral de los tiroaritenoides cambia la forma de la glotis y conduce a una voz ronca, pero, por el contrario, la respiración permanece normal. En caso de parálisis bilateral de los cricoaritenoides posteriores, ambas cuerdas se sitúan cerca de la línea media y no pueden ser abducidas, lo que conduce a una disnea grave y a una dificultad inspiratoria (estridor inspiratorio). La espiración es normal.

En la parálisis bilateral de los aductores (cricoaritenoides laterales), la inspiración es normal puesto que no está afectada la abducción. Sin embargo, la voz se pierde o se emite en forma de susurro. En caso de parálisis unilateral de la abducción y de la aducción, la cuerda afectada permanece inmóvil, y la voz se convierte en baja y ronca. Cuando la parálisis es bilateral, las dos cuerdas permanecen inmóviles y se pierde la capacidad de hablar y de toser. Se produce una dificultad inspiratoria marcada, y el paciente experimenta disnea.

*Masaje de cara, cuello y hombros:*¹³ rutina que dura alrededor de 10 minutos. Se trabajan ambos lados simultáneamente. Es recomendable que la persona que realice los masajes se coloque de pie detrás del paciente, quien debe encontrarse sentado.

1. Hacer círculos con las yemas de los dedos en las mejillas hacia atrás y hacia adelante.
2. Deslizar los pulgares de la nariz a las orejas y de las orejas a la nariz.
3. Deslizar las yemas de los dedos a lo largo de la mandíbula, de las orejas a la boca y de la boca a las orejas.
4. Con dos dedos, hacer vibración hacia abajo en la mandíbula.
5. Deslizar los pulgares arriba y debajo de los labios, de la línea media hacia afuera.
6. “Puntos de presión” (oprimir con las puntas de los dedos) a lo largo de las mejillas, las sienes y la frente.
7. Hacer círculos con las yemas de los dedos en las sienes.
8. Deslizar los dedos en la frente hacia la línea media y hacia fuera.

¹³ González Lázaro, P. González Ortuño B. *afasia, de la teoría a la práctica*. Editorial médica Panamericana. México. 2012. Pp. 184

9. Deslizar los dedos en la frente de arriba hacia abajo.
10. Hacer círculos con las yemas de los dedos en el cuello, de la mandíbula al esternón.
11. Hacer círculos con las yemas de los dedos en la parte posterior del cuello, de la base del cráneo a los hombros.
12. Deslizar los pulgares en la parte posterior del cuello, de arriba hacia abajo y viceversa.
13. Deslizar las yemas de los dedos sobre los hombros, de la línea media hacia fuera, y viceversa.
14. “puntos de presión” sobre los hombros y la parte posterior del cuello.
15. Hacer círculos con las yemas de los dedos en los hombros con los pulgares.

Simetría facial

Para el momento de evaluación e inicio de tratamiento, es importante tomar en consideración la herramienta de la observación directa la cual de acuerdo con la experiencia del terapeuta le ayuda a realizar las inferencias correspondientes para la impresión clínica y a la vez a fijarse en aspectos relevantes como lo es la evaluación de la simetría facial del paciente, ya que de existir asimetría debe resaltarse e iniciar básicamente a mejorar tono muscular facial para posteriormente iniciar el tratamiento con técnicas específicas para contrarrestar la disfagia.

Cuidados básicos en el paciente con disfagia orofaríngea

Para empezar a alimentar a los pacientes que padecen de Disfagia Orofaríngea, se deben tener en cuenta una serie de sugerencias encaminadas a mejorar el nivel de implementación de las recomendaciones dietéticas.

Medidas generales durante las comidas:

- El paciente debe estar despierto, responder a órdenes sencillas, debe tener capacidad para mantener el alimento en la boca y tragarlo en el momento conveniente. Nunca se debe alimentar a un paciente somnoliento.
- El paciente debe mantener una posición corporal de seguridad a la hora de las comidas (sentado, con la espalda en contacto con el respaldo de la silla y los pies apoyados en el suelo).
- Es preferible utilizar sillas de respaldo corto, para que la espalda se incline hacia delante y conseguir así que la barbilla baje hacia el pecho.
- Si no se consigue que el paciente mantenga el tronco recto, nos podemos ayudar colocando cojines a su alrededor, para evitar que se incline hacia los lados.
- Si le cuesta sostener la cabeza, se pueden utilizar almohadillas hinchables para el cuello.
- Evitar al máximo que el paciente extienda el cuello hacia atrás mientras traga (esta maniobra deja abierta la vía aérea y el alimento puede penetrar al pulmón).
- Si puede comer por sí solo, deberá mantener la barbilla hacia abajo desde que se introduce el alimento en la boca hasta que lo termine de tragar.
- En el caso de necesitar ayuda para alimentarse, el cuidador deberá colocarse frente al paciente, pero a una altura por debajo de la silla del paciente, para que el paciente no extienda el cuello hacia atrás.
- Si se alimenta al paciente en la cama, éste debe estar incorporado 45°.
- Se recomienda utilizar vasos de boca ancha o arqueada, para evitar que al chocar con la nariz el paciente hiperestienda el cuello; no se recomiendan las pajillas ni las botellas de agua con tapón regulable.
- No deben usarse jeringas para la alimentación, no es bueno que el paciente deje de usar la cuchara, así evitaremos que olvide su uso. Cuando alimentamos a una persona con jeringa no controlamos ni la velocidad, ni

el volumen ni el momento adecuado en el que depositamos la comida en la boca del paciente, y esto puede atragantar al enfermo.

- Los familiares o cuidadores deben indicar al paciente que coma despacio y no llene la cuchara del todo.
- Al enfermo se le deben dar órdenes sencillas y concretas (*abra la boca, trague...*)
- Hay que evitar distracciones como la televisión, y procurar un ambiente tranquilo y relajado.
- Se debe esperar a que la boca esté vacía antes de ofrecerle más comida.
- Hay que evitar que el paciente hable cuando tenga comida en la boca.
- Se puede estimular la deglución, antes de comer, con un cepillado suave de la boca y dando pequeños toque de limón frío sobre la lengua.

Medidas generales en cuanto a los alimentos:

- Se debe conseguir texturas homogéneas, evitando grumos, semillas, hebras, espinas... se aconseja triturar los alimentos en el mismo momento de tomarlos.
- En este apartado es importante tomar en consideración los alimentos a evitar por considerarse de riesgo.
- No añadir más líquido del necesario en el triturado, es preferible enriquecer añadiendo leche o salsas.

Medidas higiénicas:

La higiene bucal tiene una gran importancia en los pacientes que padecen de DOF; cuando no se mantiene una buena higiene de la cavidad oral y de los dientes, aumenta la proliferación de gérmenes y con ellos el riesgo de provocar infecciones respiratorias.

- Realizar un cepillado suave de la cavidad oral antes de las comidas ayuda a preparar la deglución, hidrata la mucosa y disminuye los gérmenes de la boca.
- La higiene se hará desde atrás hacia la punta de la lengua, incluyendo los dientes, las encías, el paladar y la lengua.
- Se deben cepillar los dientes o prótesis después de las comidas, para eliminar los restos de alimentos.
- Si el paciente no es capaz de utilizar dentífricos, se puede utilizar una gasa impregnada en colutorio.
- Si el paciente padece de xerostomía, se recomienda hidratar bien la mucosa o utilizar saliva artificial para mejorar la deglución.

1.3 Delimitación

La presente investigación tuvo lugar en las instalaciones del Centro Universitario Metropolitano, sede de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, teniendo como población objetivo a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje en los meses de enero a mayo del año 2014, tomando en consideración los temas relacionados con los aspectos básicos sobre disfagia en daño cerebral tras padecer enfermedad cerebro vascular, tipos de disfagia, etiología, fisiología de la deglución, complicaciones de la disfagia orofaríngea, exploración clínica, nutrición y rehabilitación.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas

Técnicas de muestreo

La muestra estuvo constituida por 16 estudiantes de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la escuela de ciencias psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, quienes cursan el sexto semestre. Esta muestra se obtuvo utilizando un método no probabilístico mediante el muestreo por conveniencia.

Técnicas de recolección de datos

- **Encuestas:** El procedimiento para la aplicación de la misma inició con la comunicación con la población para que anticipadamente durante una cita en donde se entregó del instrumento por parte de la investigadora a los sujetos de la muestra durante un período de clases regulares en la Escuela de ciencias Psicológicas en los salones respectivos. Se aplicó de forma grupal. Dicha técnica se utilizó para determinar el nivel de conocimiento que tienen los estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje sobre el tema de disfagia dentro de las secuelas que padece un paciente adulto tras sufrir enfermedad cerebro vascular.

- **Observación participante:** se aplicó por parte del investigador durante todo el proceso de estudio y se utilizó para responder al objetivo en donde se pretende que los estudiantes de terapia del lenguaje de sexto semestre reconozcan el síntoma de disfagia dentro de las secuelas que padece un paciente adulto tras sufrir enfermedad cerebro vascular para así valorar su diagnóstico precoz.

- **Implementación:** posterior a la aplicación de las técnicas de recolección de datos, se realizó una implementación la cual fue nombrada “Actualización en Disfagia”, en la cual la investigadora expuso de forma objetiva, con claridad y veracidad, las variables consideradas dentro de la investigación, con el fin de comprender el concepto de disfagia y la importancia de su abordaje por parte del terapeuta del lenguaje en pacientes adultos tras sufrir enfermedad cerebro vascular.

Técnicas de Análisis

- **Cuadro de Resumen de la Observación:** en este apartado se presentan los resultados obtenidos de la observación participante.
- **Tablas de frecuencia y gráficas de los resultados de la encuesta:** Se realizó análisis descriptivo a partir de los datos obtenidos tras la aplicación del cuestionario a los estudiantes de sexto semestre de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje, se realizaron gráficas por cada uno de los atributos asignados a cada una de las variables las cuales serán reforzadas tras la implementación a los estudiantes.
- **Cuadro de resumen de la implementación:** en este apartado se describen las observaciones realizadas tras la implementación la cual fue nombrada “Actualización en Disfagia”.
- **Triangulación de datos:** Posteriormente, se realizó una triangulación de datos utilizando como base los resultados obtenidos.

2.2 Instrumentos

- **Diario de campo:** en dicho diario se registraron todas las experiencias, observaciones y datos significativos recolectados durante todo el trabajo de campo.
- **Encuesta:** se elaboró un conjunto de preguntas diseñadas para generar los datos necesarios para alcanzar los objetivos de investigación. Se

elaboró un formato de 15 ítems planteados de forma enunciativa y afirmativa con varias alternativas de respuesta con un formato determinado, un orden lógico y un contenido concreto sobre la temática de estudio. En dicho cuestionario dirigido a estudiantes, se utilizaron preguntas cerradas en donde el sujeto respondió a categorías de respuesta limitadas, lo cual permitió recabar información puntual y objetivable a nivel de análisis estadístico.

- ***Planificación de la implementación:*** la planificación se realizó con el objetivo de comprender el concepto de disfagia y la importancia de su abordaje por parte del terapeuta del lenguaje en pacientes adultos tras sufrir enfermedad cerebro vascular. Dicha implementación fue dirigida a estudiantes de sexto semestre de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. La implementación fue distribuida en tres módulos con una duración de dos horas y media cada uno. Primer módulo: Aproximación a la Disfagia. Segundo módulo: Nutrición en la disfagia. Tercer módulo: Principios y objetivos del tratamiento rehabilitador. Se contó con la participación de otros profesionales que conforman el equipo multidisciplinario en el tratamiento de pacientes con secuela de disfagia, como lo es el médico neurólogo, el médico fisiatra y el nutricionista clínico.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 Características del lugar y de la población

Características del lugar

El trabajo de campo se realizó dentro de las instalaciones que ocupa la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el Centro Universitario Metropolitano, en salones asignados por parte del docente a cargo.

La Escuela de ciencias psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala tiene como misión desarrollar programas de investigación, docencia y extensión con carácter multi, inter y transdisciplinario; con un equipo de profesores, estudiantes e investigadores que participen activamente en los procesos de construcción y deconstrucción de conocimiento, con intención de contribuir al bienestar integral de la sociedad guatemalteca en todos los contextos y componente culturales.

Para ello, cuenta con un pensum de estudios para la formación de estudiantes en las carreras de Licenciatura en Psicología, Profesorado en enseñanza media en psicología, Profesorado en educación especial, Técnico en terapia del lenguaje, Técnico en orientación vocacional y laboral y Técnico en terapia ocupacional y recreativa.

Características de la población

Para alcanzar los propósitos de la presente investigación se trabajó con los estudiantes de la carrera técnica de terapia del lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala por estar próximos a realizar el cierre de pensum de dicha carrera. Se contó con la participación de 16 estudiantes,

1 varón y 15 mujeres, de edades comprendidas aproximadamente entre 22 y 27 años, pertenecientes al grupo étnico maya y no maya.

3.2 Descripción de la presentación de resultados

A continuación se presentan los datos obtenidos de las técnicas de recolección de datos en el siguiente orden: cuadro de resumen de las observaciones, tablas y gráficas de las respuestas de la encuesta, cuadro de resumen de la implementación y finaliza con la triangulación de los datos.

- ***Cuadro de resumen de las observaciones***

Cuadro No. 1 <i>Cuadro de resumen de la observación participante</i>
Los estudiantes de terapia del lenguaje se caracterizan por ser participativos y colaboradores y esta ocasión no fue la excepción, se contó con la participación activa y colaboradora por parte de cada uno de ellos. La temática “disfagia” parece ser novedosa para cada uno de ellos sin embargo mencionan que en algún momento ya había sido un término escuchado con anterioridad. A pesar de parecer interesante, no ha sido un tema del cual se hayan ocupado los docentes a nivel teórico o práctico. Son múltiples las interrogantes que surgen a partir de la presentación del abordaje por parte del terapeuta del lenguaje, y gracias a la implementación se llega a la identificación de casos potenciales durante la práctica supervisada.
<i>Fuente:</i> diario de campo de la investigación

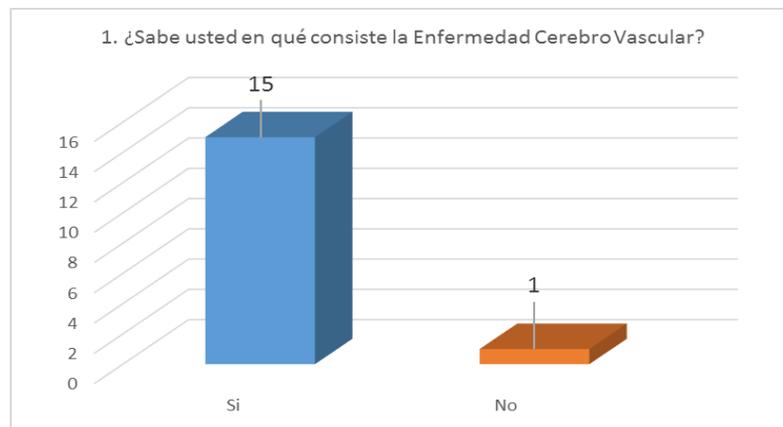
- **Resultados de la encuesta**

A continuación se presentan los resultados obtenidos en el trabajo de campo: gráficas que sistematizan los datos obtenidos mediante la encuesta seguida de un análisis global de las mismas y al final la sistematización de la implementación proporcionada a los estudiantes. .

Tabla1.		
¿Sabe usted en qué consiste la Enfermedad Cerebro Vascular?	Frecuencia	Porcentaje
Si	15	93.75%
No	1	6.25%
TOTAL	16	100.00%

Gráfica 1

Conocimiento acerca de la Enfermedad Cerebro Vascular



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

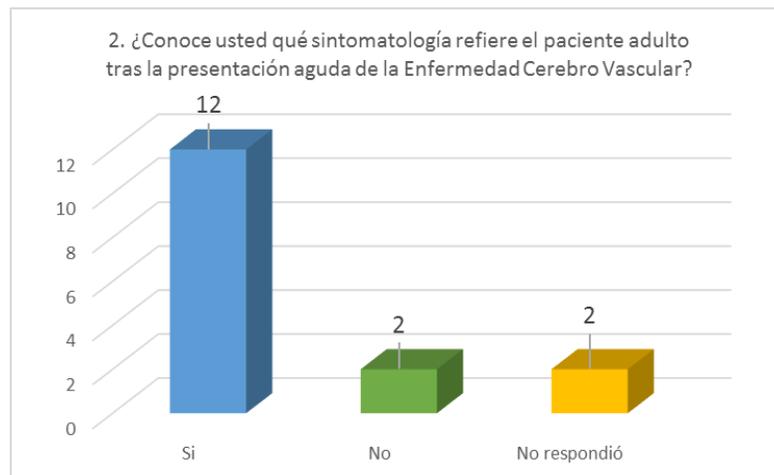
Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 93.75% respondió afirmativamente y el 6.25% desconoce en qué consiste la Enfermedad Cerebro Vascular.

Interpretación: Siendo un estudiante de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje se esperaba que la totalidad de estudiantes manejaran el término de Enfermedad Cerebro Vascular, lo cual es un indicio de falta de formación teórica en el abordaje de las diversas patologías las cuales se tratan dentro del campo laboral del terapeuta del lenguaje.

Tabla 2. ¿Conoce usted qué sintomatología refiere el paciente adulto tras la presentación aguda de la Enfermedad Cerebro Vascular?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	75.00%
No	2	12.50%
No respondió	2	12.50%
TOTAL	16	100.00%

Gráfica 2

Conocimiento de los síntomas de la Enfermedad Cerebro Vascular



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

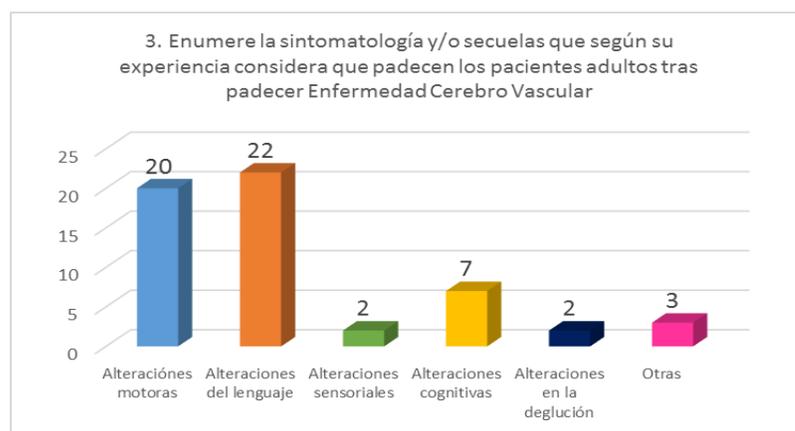
Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 75.00% respondió afirmativamente, el 12.50% desconoce qué sintomatología refiere el paciente adulto tras la presentación aguda de la Enfermedad Cerebro Vascular y finalmente un 12.50% de estudiantes no respondieron.

Interpretación: Se observa una variación con relación al planteamiento anterior sobre el conocimiento acerca del término Enfermedad Cerebro Vascular, lo cual supone que se tiene conocimiento del término y su correcta definición pero se desconoce la sintomatología que refiere el paciente adulto tras la presentación aguda de la enfermedad, lo cual conlleva una deficiencia teórica y práctica para el diagnóstico oportuno de secuelas que pueden ser tratadas oportunamente por parte del terapeuta del lenguaje.

Tabla 3. Enumere la sintomatología y/o secuelas que según su experiencia considera que padecen los pacientes adultos tras padecer Enfermedad Cerebro Vascular	Frecuencia	Porcentaje
Alteraciones motoras	20	35.71%
Alteraciones del lenguaje	22	39.29%
Alteraciones sensoriales	2	3.57%
Alteraciones cognitivas	7	12.50%
Alteraciones en la deglución	2	3.57%
Otras	3	5.36%

Gráfica 3

Sintomatología desde la experiencia del terapeuta



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 35.71% de estudiantes respondió que tras padecer Enfermedad Cerebro Vascular, el paciente adulto padece alteraciones motoras, un 39.29% respondió que padecen alteraciones del lenguaje, un 3.57% respondió que padecen alteraciones sensoriales, un 12.50% considera que padecen alteraciones cognitivas, un 3.57% considera que padecen alteraciones en la deglución y finalmente un 5.36% considera que pueden padecer otro tipo de alteraciones.

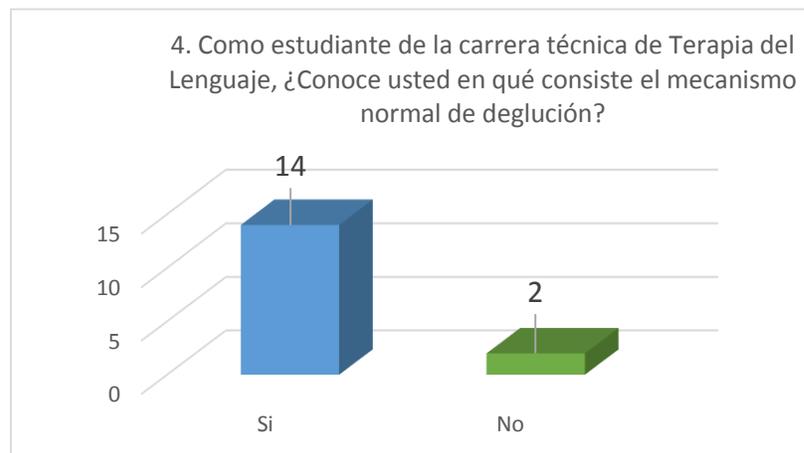
Interpretación: Esta gráfica refleja que el estudiante de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC considera que los tres principales síntomas o secuelas que padece

un paciente adulto tras padecer Enfermedad Cerebro Vascular son alteraciones del lenguaje, alteraciones motoras y alteraciones cognitivas, lo cual deja de lado las alteraciones en la deglución que constituyen un porcentaje elevado en la mayoría de casos registrados, por tanto, cabe suponer que no constituye parte del abordaje terapéutico, lo cual es alarmante ya que dichos pacientes presentes en los casos de práctica o futuros a nivel técnico-profesional, no contarán con un plan de tratamiento integral que supla todas las necesidades que el mismo presente.

Tabla 4. Como estudiante de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje, ¿Conoce usted en qué consiste el mecanismo normal de deglución?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	87.50%
No	2	12.50%
TOTAL	16	100.00%

Gráfica 4

Conocimiento del mecanismo de deglución



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

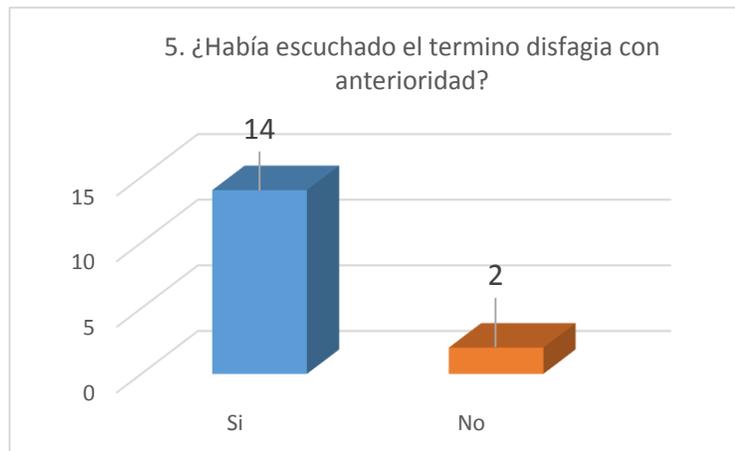
Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 87.50% de estudiantes respondió que sí conoce el mecanismo normal de la deglución, y un 12.50% de los mismos lo desconoce.

Interpretación: Es importante comprender con anterioridad la normalidad para posteriormente poder identificar y tratar las alteraciones que se presenten en todo

paciente, la gráfica nos revela que un alto porcentaje de estudiantes sí conoce el mecanismo normal de deglución, lo cual es un indicio de adecuada formación teórica base para el abordaje terapéutico en el tratamiento de alteraciones del mecanismo de la deglución.

Tabla 5.		
¿Había escuchado el término disfagia con anterioridad?	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	87.50%
No	2	12.50%
TOTAL	16	100.00%

Gráfica 5
Conceptualización de la disfagia



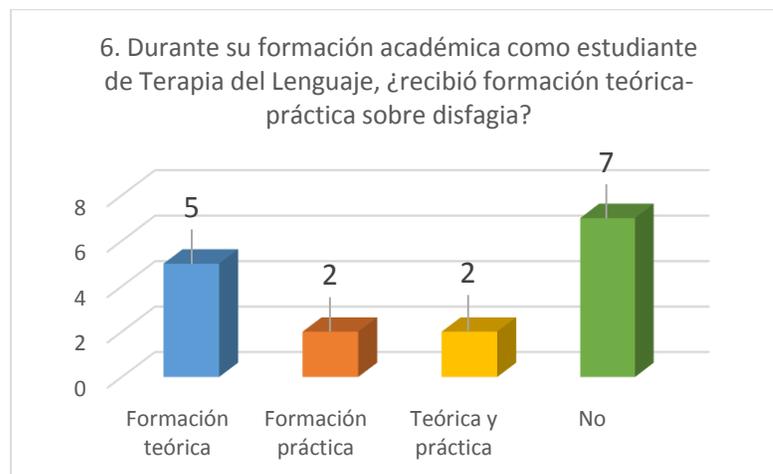
Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 87.50% de estudiantes afirma que había escuchado el término disfagia con anterioridad y un 12.50% desconoce el término.

Interpretación: Es evidente que los estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de terapia del lenguaje en algún momento de su formación han escuchado el término disfagia, no obstante, se desconoce la relación que existe del mismo con la enfermedad cerebro vascular, sus implicaciones, su abordaje y el papel del terapeuta ante la secuela de disfagia.

Tabla 6. Durante su formación académica como estudiante de Terapia del Lenguaje, ¿recibió información teórica-práctica sobre disfagia?		
	Frecuencia	Porcentaje
Formación teórica	5	31.25%
Formación práctica	2	12.50%
Teórica y práctica	2	12.50%
No	7	43.75%
TOTAL	16	100.00%

Gráfica 6
Formación teórica y práctica en Disfagia



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 43.75% de estudiantes afirma que no recibió formación en disfagia, un 31.25% afirma que recibió formación teórica, un 12.50% de estudiantes afirma que recibió formación práctica, y finalmente un 12.50% afirma que recibió formación teórica-práctica.

Interpretación: Los datos que se muestran en la gráfica anterior evidencian que el mayor porcentaje de estudiantes afirman que no recibieron formación teórica y/o práctica sobre la temática de disfagia, no obstante, algunos estudiantes han tenido la oportunidad de acceder a cierta información de forma autodidacta o asistiendo a actualizaciones sobre diversos temas relacionados a la terapia del lenguaje en donde se menciona indirectamente el tema de disfagia.

Tabla 7.		
Si se presenta un paciente con trastorno de la deglución a un consultorio y/o centro de práctica, ¿quiénes debiesen formar parte del equipo multidisciplinario para la atención según su criterio?	Frecuencia	Porcentaje
Terapista del lenguaje	16	100.00%
Otorrinolaringólogo	10	62.50%
Médico internista	7	43.75%
Nutricionista	7	43.75%
Fisioterapista	4	25.00%
Médico general	4	25.00%
Psicólogo	3	18.75%
Odontólogo	2	12.50%
Neumólogo	0	0.00%

Gráfica 7
Conocimiento del profesional que interviene en la Disfagia



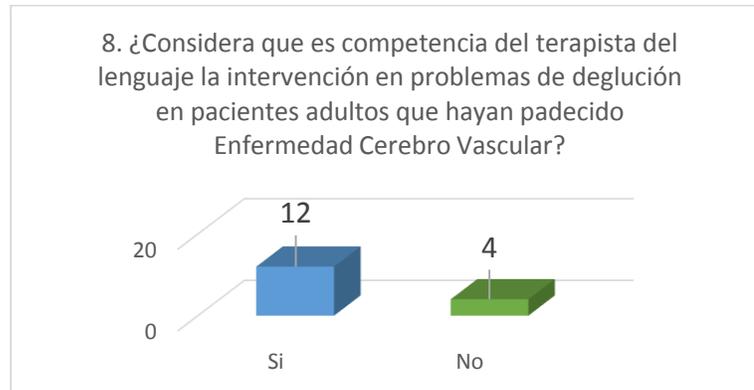
Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 100.00% de estudiantes afirma que el terapeuta del lenguaje debe formar parte del equipo multidisciplinario para la atención del paciente con trastorno de la deglución, un 62.50% incluye al médico especializado en otorrinolaringología, un 43.75% incluye al médico internista, un 43.75% incluye al nutricionista, un 25.00% incluye al fisioterapeuta, un 25.00% incluye al médico general, un 18.75% incluye al psicólogo, un 12.50% incluye al odontólogo y finalmente ninguno de ellos incluye al neumólogo.

Interpretación: La gráfica anterior nos describe el criterio personal de cada uno de los estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje, sobre el equipo multidisciplinario a cargo de un paciente con síntoma de disfagia tras padecer enfermedad cerebro vascular. Resulta interesante observar que en su totalidad, los estudiantes reconocen que el terapeuta del lenguaje debe formar parte de ese equipo, no obstante, a pesar de dicha afirmación, un alto porcentaje no cuenta con la formación académica para el diagnóstico y tratamiento eficaz en dichos casos y a su vez no reconocen la importancia del apoyo multidisciplinario lo cual conlleva una deficiencia a nivel terapéutico ya que el tratamiento debe ser integral.

Tabla 8.		
¿Considera que es competencia del terapeuta del lenguaje la intervención en problemas de deglución en pacientes adultos que hayan padecido Enfermedad Cerebro Vascular?	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	75.00%
No	4	25.00%
TOTAL	16	100.00%

Gráfica 8
Competencia del terapeuta en problemas de deglución



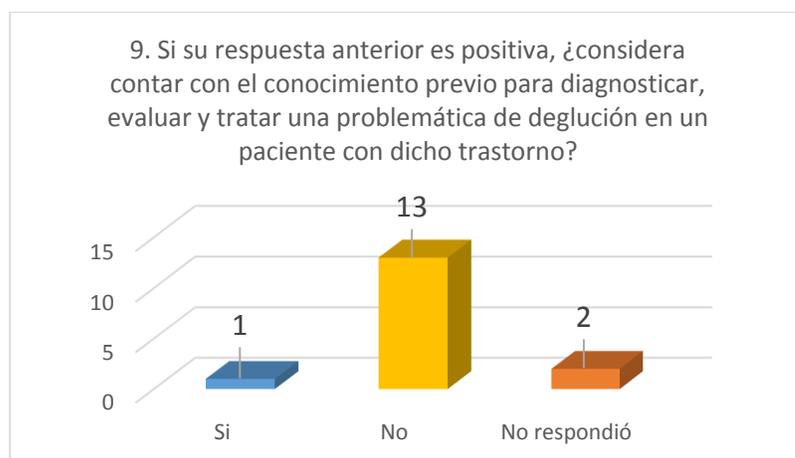
Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 75.00% de estudiantes afirma que el terapeuta del lenguaje debe intervenir en problemas de deglución en pacientes que hayan padecido Enfermedad Cerebro Vascular y un 25.00% de estudiantes afirma que no es competencia del terapeuta del lenguaje intervenir en dichos casos.

Interpretación: El terapeuta del lenguaje interviene directamente en los casos de pacientes que han padecido Enfermedad Cerebro Vascular para la rehabilitación del lenguaje, por tanto, debe contar con las herramientas teóricas y prácticas para poder hacer un diagnóstico precoz y eficaz de otras alteraciones como lo es la disfagia, presente como secuela en un alto porcentaje de casos.

Tabla 9.		
Si su respuesta anterior es positiva, ¿considera contar con el conocimiento previo para diagnosticar, evaluar y tratar una problemática de deglución en un paciente con dicho trastorno?	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	7.14%
No	13	92.86%
No respondió	2	12.50%
TOTAL	16	100.00%

Gráfica 9
Capacitación en la intervención del paciente



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

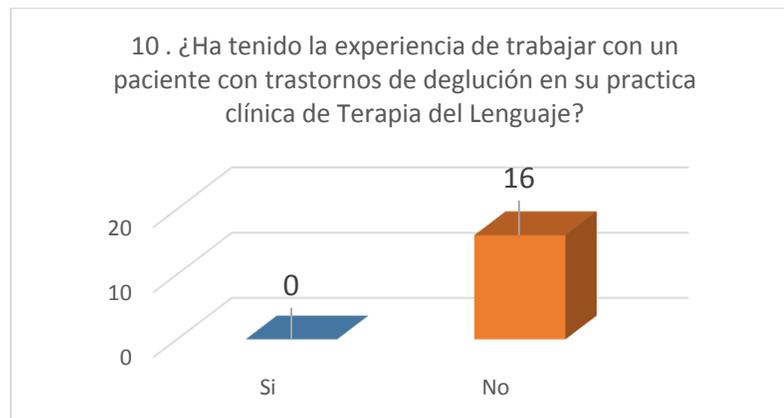
Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 92.86% de estudiantes afirma que no cuenta con el conocimiento previo para diagnosticar, evaluar y tratar una problemática de deglución en un paciente adulto tras padecer Enfermedad Cerebro Vascolar, un 12.50% de estudiantes no respondió la interrogante y finalmente un 7.14% considera que sí cuenta con dicho conocimiento previo.

Interpretación: Resulta alarmante entonces que los datos nos indiquen que un alto porcentaje de estudiantes de sexto semestre, se consideren no competentes para diagnosticar, evaluar y tratar una problemática que resulta común en pacientes adultos tras padecer Enfermedad Cerebro Vascolar, aún considerándose parte del equipo multidisciplinario para tratar dicho síntoma e incluso tomando en consideración que dichos casos son frecuentes en clínica.

Tabla 10.

¿Ha tenido la experiencia de trabajar con un paciente con trastornos de deglución en su práctica clínica de Terapia del Lenguaje?	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0.00%
No	16	100.00%
TOTAL	16	100.00%

Gráfica 10
Experiencias con pacientes con trastornos de deglución



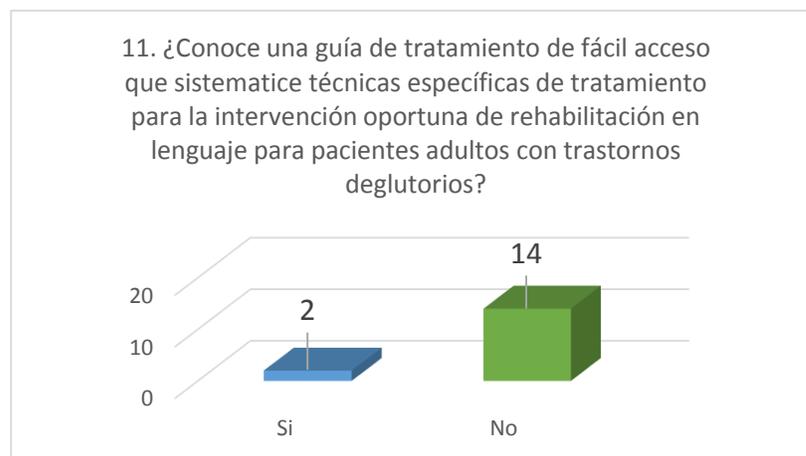
Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 100.00% de estudiantes afirma que no ha tenido la experiencia de trabajar con un paciente con trastornos de deglución en su práctica clínica de Terapia del Lenguaje.

Interpretación: Los datos presentados en esta gráfica son contradictorios a los datos obtenidos en la gráfica No. 6 en donde se afirma que un 25.00% de estudiantes aduce haber recibido formación práctica durante su carrera técnica de Terapia del Lenguaje, sin embargo, éstos resultados nos confirman que ninguno de ellos ha estado en contacto con pacientes que presenten alteraciones en la deglución. No obstante, según el programa de pensum de estudios, los estudiantes de Terapia del Lenguaje de sexto semestre en su práctica supervisada ya han tenido contacto con pacientes que padecieron Enfermedad Cerebro Vascular, a pesar de ello al no tener la formación teórica consolidada, la evaluación, diagnóstico y tratamiento no valora otra sintomatología presente en el paciente como es el caso de las alteraciones de deglución.

Tabla 11. ¿Conoce una guía de tratamiento de fácil acceso que sistematice técnicas específicas de tratamiento para la intervención oportuna de rehabilitación en lenguaje para pacientes adultos con trastornos deglutorios?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	12.50%
No	14	87.50%
TOTAL	16	100.00%

Gráfica 11
Conocimiento de guías de tratamiento



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

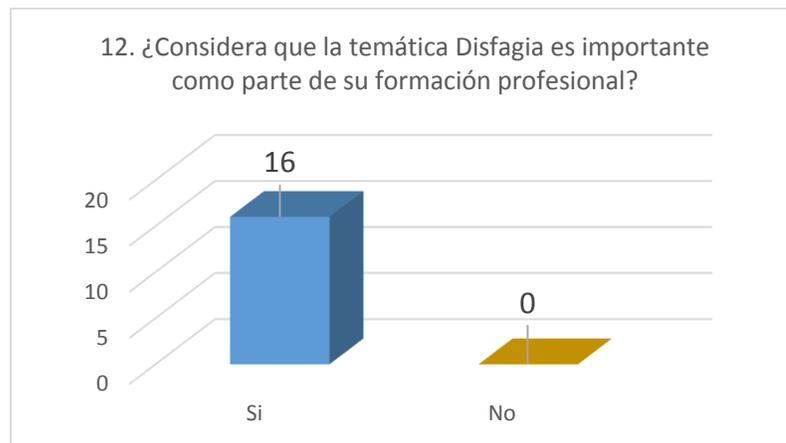
Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 87.50% de estudiantes afirma que no conoce una guía de tratamiento de fácil acceso que sistematice técnicas específicas de tratamiento para la intervención oportuna de rehabilitación en lenguaje para pacientes adultos con trastornos deglutorios y un 12.50% afirma que sí.

Interpretación: Estos datos se correlacionan con la información obtenida en la gráfica No. 9 en la cual se afirma que los estudiantes consideran no contar con el conocimiento previo para diagnosticar, evaluar y tratar una problemática de deglución en un paciente con dicho trastorno, ya que a falta de herramientas como una guía de tratamiento de fácil acceso que sistematice técnicas específicas de tratamiento para la intervención oportuna de rehabilitación en lenguaje para pacientes adultos con trastornos deglutorios, enlazado a la formación teórica, y unido a la experiencia que otorga la práctica supervisada, el estudiante de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias

Psicológica de la Universidad de San Carlos de Guatemala, no cuenta con la capacitación necesaria para la intervención del paciente disfágico.

Tabla 12.		
¿Considera que la temática Disfagia es importante como parte de su formación profesional?	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	100.00%
No	0	0.00%
TOTAL	16	100.00%

Gráfica 12
Importancia de la formación en Disfagia



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

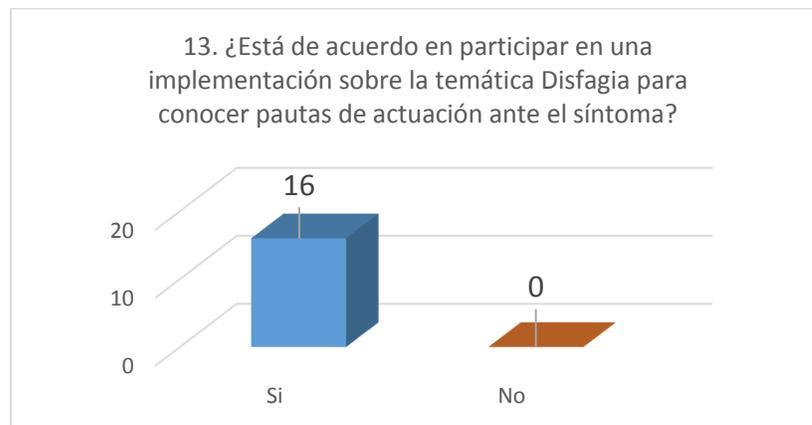
Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 100.00% de estudiantes considera que la temática Disfagia es importante como parte de su formación profesional.

Interpretación: A pesar de la falta de actualización en Terapia del Lenguaje en nuestro país, los estudiantes reflejan la iniciativa personal de búsqueda de conocimiento en su área técnico-profesional, lo cual debe motivar hacia la adecuación curricular del pensum de estudios de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológica de la Universidad de San Carlos de Guatemala para que desde ya se brinde una educación más integral en temas actuales que se manejan en el resto de Latinoamérica lo cual limita el ejercicio del terapeuta del lenguaje en el ambiente clínico y hospitalario y es necesidad de la población a la cual el mismo se dirige.

Tabla 13. ¿Está de acuerdo en participar en una implementación sobre la temática Disfagia para conocer pautas de actuación ante el síntoma?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	100.00%
No	0	0.00%
TOTAL	16	100.00%

Gráfica 13

Motivación para participar en una implementación en disfagia



Fuente: Encuesta realizada a estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Septiembre 2014.

Descripción: En respuesta al planteamiento presentado con anterioridad un 100.00% de estudiantes está de acuerdo en participar en una implementación sobre la temática Disfagia para conocer pautas de actuación ante el síntoma.

Interpretación: Anclada a los datos anteriormente presentados en la gráfica No. 12, los estudiantes muestran completa disponibilidad para participar en una implementación sobre la temática Disfagia para conocer pautas de actuación ante el síntoma. Éste resultado es un reflejo de la necesidad de actualización teórico-práctica tanto de los estudiantes actuales como de todos los egresados ya que la creciente demanda laboral exige al terapeuta del lenguaje los conocimientos y manejo de técnicas y métodos que resuelvan los problemáticas actuales.

- **Cuadro de resumen de la implementación**

Cuadro 2 Resumen de la implementación
<p>La actualización en disfagia tuvo como objetivo comprender el concepto de disfagia y la importancia de su abordaje por parte del terapeuta del lenguaje en pacientes adultos tras sufrir enfermedad cerebro vascular. La misma fue ofrecida a estudiantes de sexto semestre de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.</p> <p>La implementación fue distribuida en tres módulos con una duración de dos horas y media cada uno.</p> <p>1. Primer módulo: Aproximación a la Disfagia.</p> <p>En este módulo se trataron aspectos básicos sobre disfagia en daño cerebral, como la definición del síntoma, su etiología, la fisiología de fases de la deglución, complicaciones de la disfagia orofaríngea, etc. Además se presentaron métodos diagnósticos y valoración clínica. Y finalmente se presentaron otras vías de alimentación en donde se incluyeron las ventajas de la gastrostomía frente a las sondas nasogástricas, complicaciones, métodos de administración, y el control médico de pacientes con nutrición enteral.</p> <p>2. Segundo módulo: Nutrición en la disfagia.</p> <p>En este módulo se abordaron temas relacionados con la adaptación de la alimentación y manejo de los trastornos de la deglución en pacientes con daño cerebral adquirido, tipos de dietas, adaptación de los líquidos, recomendaciones nutricionales en la disfagia, la dieta de la reeducación de la deglución, alimentos y texturas recomendados en la reeducación de la deglución y ejemplos de dieta de reeducación de la deglución.</p>

3. Tercer módulo: Principios y objetivos del tratamiento rehabilitador.

Se abordó el tratamiento de la disfagia en terapia del lenguaje, se mostraron técnicas posturales, estimulación termotáctil, etc. Además, se contó con la participación de otros profesionales que conforman el equipo multidisciplinario en el tratamiento de pacientes con síntoma de disfagia.

La implementación “Actualización en disfagia” contó con el apoyo de un médico neurólogo, médico fisiatra y nutricionista clínico.

Al finalizar cada intervención de acuerdo al módulo programado, los estudiantes tuvieron un espacio para comentar y solucionar inquietudes, así como para completar un cuadro PNI (positivo-negativo-interesante) como parte de la evaluación de la actividad.

- ***Triangulación de datos:***

Al determinar el conocimiento que tienen los estudiantes de sexto semestre de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje sobre el tema disfagia se pueden relacionar las variables y dimensiones de estudio cuantitativas y cualitativas, mismas que, a pesar de reconocer la temática como un tema principal en el abordaje terapéutico técnico-profesional, no es desarrollado dentro de la carrera de forma consistente. La metodología acción participativa brindó las herramientas para confirmar el postulado anterior, identificando los factores predominantes que deben ser abordados complementariamente en el pensum de estudios antes de estar inmersos en el ambiente laboral; principalmente, en el área clínica hospitalaria.

Al consultarle a los estudiantes si saben en qué consiste la Enfermedad Cerebro Vascular resulta llamativo que exista un 6.25% de la población encuestada que desconozca en su totalidad la definición de dicho diagnóstico,

puesto que al encontrarse en el último semestre de la carrera técnica de Terapia de Lenguaje es altamente significativa dicha afirmación, ya que constituye un indicio de falta de formación teórica en el abordaje de las diversas patologías a tratar por parte del terapeuta del lenguaje. Consecuentemente un 25% de estudiantes de sexto semestre, de acuerdo a los datos que se confirman en la Gráfica No. 2, reconocen carecer de herramientas para identificar y/o clasificar la sintomatología del paciente adulto tras la presentación aguda de la Enfermedad Cerebro Vascular; y solamente el 75% reconocería los signos y síntomas ante dicho evento.

Al momento en que la población objetivo enumera la sintomatología y/o secuelas que según su experiencia consideran que padecen los pacientes adultos tras padecer ECV¹⁴, consideran que principalmente padecen de alteraciones en el lenguaje, motoras y cognitivas; dejando de lado, los trastornos de deglución. Si bien es cierto que los tres primeros síntomas son importantes en el abordaje terapéutico, queda en segundo plano el identificar este cuarto, no obstante, es un grupo numeroso de casos que se registran tras el padecimiento de enfermedades que producen déficits neurológicos y/o neuromusculares como es el caso de pacientes adultos con daño cerebral adquirido tras padecer ECV, por consiguiente, cabe suponer que no constituye parte del abordaje terapéutico por parte del terapeuta del lenguaje, lo cual es alarmante, ya que los pacientes presentes en los casos de práctica o futuros a nivel técnico-profesional, no contarán con un plan de tratamiento integral que supla todas las necesidades que el mismo presente.

¹⁴ ECV: Enfermedad Cerebro Vascular

Debemos recordar que es vital comprender con anterioridad la normalidad para posteriormente poder reconocer y tratar la patología presente en todo paciente, la gráfica No. 4 revela que un alto porcentaje de estudiantes sí conoce el mecanismo normal de deglución, -formación teórica base para el abordaje terapéutico en el tratamiento de dichas alteraciones-, lo cual evidencia que en algún momento de su formación académica han tenido acceso al término disfagia; no obstante, se desconoce la relación que existe del mismo con la Enfermedad Cerebro Vascular, sus implicaciones, su abordaje clínico y el papel del terapeuta del lenguaje como parte de un equipo multidisciplinario que rehabilitará al paciente.

Si bien es cierto, el reconocer que el 31.25% de la población ha sido capacitado en torno a dicha temática, es preocupante que el 43.75% no lo haya recibido como parte de su formación académica oficial. Esta evidencia, pone de manifiesto que se han tenido oportunidades de acceder a cierta información como modalidad autodidacta o asistiendo a actualizaciones sobre diversos temas relacionados a la terapia del lenguaje en donde se menciona indirectamente el tema de disfagia.

Resulta interesante encontrar que todos los estudiantes opinan que dentro de los equipos multidisciplinarios en la atención de ECV debe ser incluido el terapeuta del lenguaje, no obstante, a pesar de dicha afirmación, un alto porcentaje no cuenta con la formación académica teórica y práctica para el diagnóstico y tratamiento eficaz en dichos casos, y a su vez, no reconocen la importancia del apoyo integral en la atención de pacientes; principalmente en el ambiente clínico hospitalario, donde se dependerá de la intervención de otros profesionales enfocados en la salud, movilidad y nutrición del paciente y que requieren de la habilidad del terapeuta del lenguaje, para el correcto uso de

métodos diagnóstico, valoración y principalmente en todo el tratamiento rehabilitador.

Finalmente, se concluye que el terapeuta del lenguaje interviene directamente en los casos de pacientes que han padecido ECV para la rehabilitación del lenguaje, por tanto, debe contar con las herramientas teóricas y prácticas para poder dar un diagnóstico precoz y eficaz de otras alteraciones, siendo una de las más importantes la disfagia, presente como síntoma en un alto porcentaje de casos como se dijo anteriormente, resultando alarmante que los datos indiquen que un alto porcentaje de estudiantes de sexto semestre, se consideren no competentes para diagnosticar, evaluar y tratar una problemática que resulta común en pacientes adultos tras padecer ECV, aún considerándose parte del equipo multidisciplinario para tratar dicho síntoma e incluso tomando en consideración que dichos casos son frecuentes en clínica.

Los datos que se obtuvieron tras la realización de la presente investigación ponen de manifiesto, que al brindarles herramientas teórico-prácticas a los estudiantes de sexto semestre de la carrera técnica de terapia del lenguaje eleva el nivel de eficacia en su desarrollo técnico-profesional, ya que logran vincular sus conocimientos sobre los pacientes con ECV y la sintomatología presente en ellos, tanto teóricos como prácticos, desarrollando así una capacidad de análisis y de sistematización de la experiencia puesto que sí han tenido contacto con población adulta en sus centros de práctica supervisada.

La implementación fue distribuida en tres módulos con una duración de dos horas y media cada uno: 1) Aproximación a la Disfagia, 2) Nutrición en la Disfagia y, 3) Principios y objetivos del tratamiento rehabilitador.

Al finalizar cada intervención de acuerdo al módulo programado, los estudiantes tuvieron un espacio para comentar y solucionar inquietudes, así

como para completar un cuadro PNI (positivo-negativo-interesante) como parte de la evaluación de la actividad, creando un ambiente de confianza para la exposición de experiencias en la práctica supervisada y consolidando los conocimientos previos; pues, si bien es cierto, se desconocía el tema a cabalidad, el indicador de logro fue crear consciencia de la importancia que tiene la actualización profesional, así como el abordaje multidisciplinario para llegar a un diagnóstico certero; principalmente, cuando se trata a un paciente que padece Enfermedad Cerebro Vascular.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

- Los estudiantes de Terapia del Lenguaje de sexto semestre de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala no reconocen a la disfagia neurógena como síntoma presente en el paciente adulto ocasionada por daño cerebral adquirido tras padecer Enfermedad Cerebro Vascular.
- Al momento de indagar sobre los conocimientos que tienen los estudiantes de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC sobre la enfermedad de disfagia en pacientes adultos como síntoma de Enfermedad Cerebro Vascular, se puede aseverar que es mínimo, ya que el 43.75% de la población aduce haber tenido contacto con la definición del tema, mas no, conocer las fases y estrategias de intervención.
- El proceso de diagnóstico y tratamiento como procedimiento terapéutico oportuno y necesario en la rehabilitación de un paciente adulto con secuela de disfagia tras sufrir Enfermedad Cerebro Vascular es competencia directa del Técnico de terapia del lenguaje ya que será un componente fundamental en el desarrollo del tratamiento integral a nivel clínico hospitalario.
- La disfagia es un síntoma de alta prevalencia entre los pacientes con daño cerebral adquirido. En ocasiones puede pasar desapercibida o se minimiza su alcance debido a la magnitud de otros déficits. Sin embargo, la aparición de complicaciones secundarias empeora el pronóstico aumentando la morbimortalidad; interfiere en la recuperación funcional y supone un impacto negativo sobre la calidad de vida de estas personas.

4.2 Recomendaciones

- A la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala puedan tener espacios de interacción clínica hospitalaria, en donde se les pueda brindar el complemento teórico-práctico en relación a la atención con pacientes que padecen Enfermedad Cerebro Vascular.
- Se recomienda a la Escuela de Ciencias Psicológicas que los alcances obtenidos en ésta investigación puedan ser contemplados en la Adecuación Curricular del Proyecto Educativo 2010-2014, particularmente para la Carrera de Terapia del Lenguaje, pues formaría parte del complemento teórico al conocimiento que se requiere que alcancen los estudiantes en relación a la valoración diagnóstica y uso de estrategias de intervención terapéutica en la disfagia.
- Se recomienda a la Institución reconocer que el abordaje multidisciplinar permite optimizar los recursos y conocimientos de los diferentes profesionales, entre ellos la intervención oportuna del terapeuta del lenguaje, para trabajar de manera continua en la consecución de los objetivos del programa de rehabilitación, que en última instancia, son alcanzar un adecuado estado de nutrición e hidratación y evitar las complicaciones respiratorias.
- Se recomienda a todos los Terapeutas del Lenguaje, principalmente a quienes se encuentran en formación, que velen por su actualización y búsqueda de nuevos conocimientos para un aprendizaje completamente consolidado, ya que en este caso, el conocimiento del mecanismo normal de la deglución es básico para interpretar los signos y hallazgos clínicos, valorar la realización y los resultados de la exploración física y pruebas complementaria, y definir las dificultades de cada paciente, permitiéndole así, establecer los objetivos e intervenciones terapéuticas más útiles para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Camarero E. Consecuencias y tratamiento de la disfagia. En: Planas Vila, ed. Actualizaciones en el metabolismo y la Nutrición de órganos y sistemas. Ediciones Aula médica, 2009. Pp. 478.
2. Cassar, M.P. *Manual de masaje terapéutico*. 2da. Edición. España. McGraw-Hill Interamericana. 2002. Pp. 245.
3. Cedeño, N. *35 ejercicios y más fichas para la intervención para la disfagia*. Colombia. 2004. Pp 68.
4. Clavé i Civit P, Arreola García V, Ferrero López I. Disfagia orofaríngea. En: Salas-Salvadó J, Bonnada i Sanjaume A, Trallero Casañas R, Saló i Sola ME, Burgos Peláez R, eds. *Nutrición y Dietética clínica (2ª edición)*. Barcelona: Elsevier España, 2008. Pp. 510. ISBN 9788445818435
5. Clavé Civit P, García Peris. P. *Guía de Diagnóstico y de Tratamiento Nutricional y Rehabilitador de la Disfagia Orofaríngea*, Ed. Glosa, 2011.
6. Del Burgo González de la Aleja G. Rehabilitación de problemas de deglución en pacientes con daño cerebral sobrevenido. Instituto de orientación psicológica. EOS. 2004.
7. Deglución & Disfagia – Diagnóstico y tratamiento interdisciplinario. (s.f.) *conceptos*. Recuperado el 18 de febrero de 2014, de <http://www.deglucionydisfagia.org/es/conceptos/>
8. Garmendia G, Gómez Candela C, Ferrero López I. *Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos (2ª edición)*. Editorial Glosa. España. 2009.
9. Garmendia Merino G. Gómez Candela C. Ferrero López I. *Diagnóstico e Intervención Nutricional en la Disfagia Orofaríngea: Aspectos Prácticos*. 2ª ed. Editorial Glosa. España. 2009.

10. Gil Hernández A, coord. Tratado de nutrición. Tomo III; nutrición y envejecimiento. Sevilla: Grupo de Acción Médica, 2005. EAN 9788498353488
11. González, Montserrat. Enfermedad Cerebrovascular en Atención Primaria. *El médico interactivo Diario Electrónico de la Sanidad*. [En línea]. 10 de enero de 2013. No. 892. [Fecha de consulta: 26 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2002/tema2/cerebrovascular8.php>
12. González Lázaro, P. González Ortuño B. *Afasia, de la teoría a la práctica*. Editorial médica Panamericana. México. 2012. Pp. 184 EAN 9786077743378
13. Hislop H., Montgomery, J. *Técnicas de balance muscular*. 7ma. Edición. España. Elsevier. 2003. Pp. 467. ISBN 9788481746778
14. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. Edimburg: 2010 (119). ISBN 9781905813650
15. Mora F., Peña, A. (s.f.). *Disfagia orofaríngea*. Recuperado el 03 de marzo de 2014, de <http://www.cirugest.com/htm/revisiones/cir11-06/11-06-03.htm>
16. Sánchez, Ana Isabel. Disfagia Orofaríngea. *infoGeriatría-Revista especializada en la nutrición clínica del anciano*. [En línea]. 2011. No. 3. [Fecha de consulta: 22 de febrero de 2014]. Disponible en: http://cataleg.bnc.cat:2082/search~S13*spl/X?Persones+grans+++Alimentaci%7Bu00F3%7D&SORT=DX&searchscope=13
17. Velasco M, García-Peris P. Causas y diagnóstico de la disfagia. En: Planas Vila, ed. Actualizaciones en el metabolismo y la Nutrición de órganos y sistemas. Ediciones Aula médica, 2009; 455-64.

18. WELCH-WEST, Penny, et.al. Fundación MAPFRE (s.f.) *Disfagia e intervenciones nutricionales en los pacientes con lesión cerebral adquirida*. Recuperado el 27 de febrero de 2014, de <http://www.traumatismocraneoencefalico.com/modulo-05.htm#5.9.1>

ANEXOS

ANEXOS

Matriz de planificación de implementación

ACTUALIZACIÓN EN DISFAGIA

Objetivo: Comprender el concepto de disfagia y la importancia de su abordaje por parte del terapeuta del lenguaje en pacientes adultos tras sufrir enfermedad cerebro vascular.				
Población objetivo: Estudiantes de 6to. semestre de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.				
	FECHA/HORA	PERSONA RESPONSABLE	RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES	OBSERVACIONES
Módulo 1				
Tema: Aproximación a la Disfagia	Viernes 04 de octubre 16:00-20:00 hrs.	Ana Lisseth Méndez Valdez	Estudiantes de 6to. semestre de la Carrera Técnica de Terapia del Lenguaje de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC. Cañonera Laptop	Duración: 2 horas y media por módulo.
Módulo 2				
Tema: La nutrición en la Disfagia	Viernes 04 de octubre 16:00-20:00 hrs.	Nutricionista clínica		
Módulo 3				
Tema: Principios y objetivos del tratamiento rehabilitador	Viernes 04 de octubre 16:00-20:00 hrs.	Ana Méndez Neurólogo Otorrinolaringólogo Médico Fisiatra		Evaluación de la actividad: Cuadro de -PNI-

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas

ENCUESTA

ESTUDIANTES DE LA CARRERA TÉCNICA DE TERAPIA DEL LENGUAJE
6to. Semestre

Fecha:

Edad:

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de afirmaciones las cuales deberá responder según la clave de respuesta que se le brinde. Por favor utilizar bolígrafo y evitar manchar o dañar la hoja de respuestas.

1. Sabe usted en qué consiste la Enfermedad Cerebro Vascular

SI

NO

2. Conoce usted qué sintomatología refiere el paciente adulto tras la presentación aguda de la Enfermedad Cerebro Vascular

SI

NO

3. Enumere la sintomatología y/o secuelas que según su experiencia considera que padecen los pacientes adultos tras padecer Enfermedad Cerebro Vascular.

a. _____

b. _____

- c. _____
- d. _____
- e. _____

4. Como estudiante de la carrera técnica de Terapia del Lenguaje, conoce usted en qué consiste el mecanismo normal de la deglución

SI NO

5. Había escuchado el término disfagia con anterioridad

SI NO

6. Durante su formación académica como estudiante de Terapia del Lenguaje recibió información teórica-práctica sobre *disfagia*

FORMACIÓN TEÓRICA FORMACIÓN PRÁCTICA NO

7. Si se presenta un paciente con trastorno de la deglución a un consultorio y/o centro de práctica, quienes debiesen formar parte del equipo multidisciplinario para la atención del mismo según su criterio. Subraye sus respuestas.

- a. Médico Internista
- b. Terapeuta del lenguaje
- c. Fisioterapeuta
- d. Nutricionista
- e. Neumólogo
- f. Médico general
- g. Otorrinolaringólogo
- h. Psicólogo
- i. Odontólogo

8. Considera que es competencia del terapeuta del lenguaje la intervención en problemas de deglución en pacientes adultos que hayan padecido Enfermedad Cerebro Vascular

SI

NO

9. Si su respuesta anterior es positiva, considera contar con el conocimiento previo para diagnosticar, evaluar y tratar una problemática de deglución en un paciente con dicho trastorno

SI

NO

10. Ha tenido la experiencia de trabajar con un paciente con trastornos de deglución en su práctica clínica de Terapia del Lenguaje

SI

NO

11. Conoce una guía de tratamiento de fácil acceso que sistematice técnicas específicas de tratamiento para la intervención oportuna de rehabilitación en lenguaje para pacientes adultos con trastornos deglutorios

SI

NO

12. Considera que la temática Disfagia es importante como parte de su formación profesional.

SI

NO

13. Estaría de acuerdo en participar en una implementación sobre la temática Disfagia para conocer pautas de actuación ante el síntoma.

 SI NO