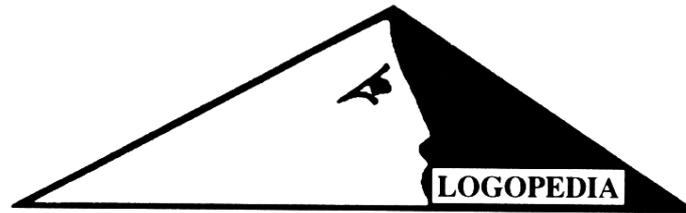




UNIVERSIDAD DE VALLADOLID



TRABAJO DE FIN DE GRADO EN
LOGOPEDIA

“La disfagia en los accidentes
cerebrovasculares”

Valladolid, 7 de Julio de 2016

Autor: Cristina de la Riva Alonso
Tutor: Dña. Manuela Isabel Álvarez
Alfageme

RESUMEN: “La disfagia en los ACV”

La enfermedad cerebrovascular constituye la patología neurológica más común y prevalente en la población. Es la tercera causa de muerte en el mundo y la primera causa de incapacidad. Uno de los síntomas con los que cursan estos pacientes es la dificultad en la deglución o disfagia.

En este trabajo, por un lado se expondrá la prevalencia de la disfagia en esta enfermedad, los tipos de disfagia que cursan con ella y las complicaciones que origina esta dificultad o incapacidad en la vida de estas personas.

Por otro lado, se intentará explicar los métodos de exploración y evaluación de este síntoma, así como la intervención logopédica del mismo, destacando la importancia de la coordinación en el equipo multidisciplinar.

Con toda esta información se pretende concienciar del alto porcentaje de pacientes que padeciendo esta enfermedad cerebrovascular cursan con este síntoma, y la consecuente importancia del papel del logopeda con este conjunto de sujetos.

Palabras clave: ACV, disfagia, deglución, rehabilitación, logopedia, fonoaudiología, aspiración, nutrición.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	5
3. METODOLOGÍA.....	6
❖ Diseño del estudio de investigación.....	6
❖ Obtención de datos.....	6
4. RESULTADOS.....	8
ACV y Disfagia.	8
▪ Disfagia neurógena.....	12
▪ Disfagia orofaríngea.....	12
a. Sintomatología y posibles complicaciones de la disfagia.....	14
b. Frecuencia con la que aparece disfagia tras un ACV.....	19
c. El papel del logopeda ante esta patología.....	26
d. Importancia de la rehabilitación logopédica en la disfagia.....	31
5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	34
6. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	36
7. AGRADECIMIENTOS.....	41

1. INTRODUCCIÓN

La alimentación es una actividad necesaria y primordial para el ser humano; nos permite tanto la supervivencia, como el desarrollo y el crecimiento de cada uno. Para que este proceso de alimentación sea correcto, es necesario que los órganos, sistemas y tejidos actúen de forma conjunta para asegurar un funcionamiento adecuado y eficiente.

El proceso por el cual nos alimentamos se denomina deglución, y se define, de acuerdo con Rofes, L. (2014), como

la actividad de transportar sustancias de diferentes consistencias (sólida, líquida) desde la boca hacia el estómago. Es un proceso rápido y complejo que requiere de la contracción y relajación coordinada de más de 30 pares de músculos de la boca, faringe, laringe y esófago, así como la coordinación entre el sistema digestivo y el sistema respiratorio.

Este complejo proceso se puede ver alterado por diferentes causas: anatómica, fisiológica o neurológica, dando lugar a un trastorno deglutorio denominado “Disfagia”.

Así pues, Falduti, A., y Cámpora, H. (2015) definen la disfagia como

la dificultad o molestia en el transporte de saliva y del bolo alimenticio en sus estados líquido o sólido desde la boca hacia el estómago. Esta alteración en la deglución puede ocasionar diferentes complicaciones, tales como la desnutrición, la deshidratación o trastornos respiratorios, entre los que podemos destacar:

- Obstrucción de la vía aérea superior por penetración de material sólido.
- Trastornos en el parénquima pulmonar, producto de un síndrome aspirativo (neumonía aspirativa o distrés respiratorio).

En el presente trabajo, se hablará de la disfagia asociada a una patología en concreto: el Accidente Cerebrovascular (ACV), el cual es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“la instalación aguda o rápida de signos clínicos que reflejan una disfunción focal (y en ocasiones global) del cerebro, de causa vascular, y que tiene una duración mayor de 24 horas”*.

Existen numerosos estudios que demuestran la relación entre los ACV y los trastornos deglutorios: Schelp, A. y cols., 2004; Sala, R. y cols., 1998; Da Silva, E.M. y cols., 2008; Lendínez-Mesa, A., y cols., 2014; Guillén-Solá, A. y cols., 2011; Wade, D. y Langton, R., 1987; Florín, C. y cols., 2004; Agudo, S., y cols., 2015; Mann, G. y cols., 1999.

El profesional que se encarga de rehabilitar estos trastornos en la deglución es el logopeda, que junto a otros profesionales como nutricionistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, médicos,... forman un equipo multidisciplinar.

En este Trabajo de Fin de Grado (TFG) se intentará explicar la relevancia de la rehabilitación en esta patología, el papel del logopeda en ella, así como la importancia de la coordinación entre el equipo multidisciplinar compuesto por el conjunto de profesionales que tratan con el paciente.

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo, es exponer la disfagia orofaríngea neurógena secundaria a un ACV, destacando la importancia que tiene el logopeda en esta alteración. Para ello, se realiza una recopilación de información obtenida en libros, artículos y estudios, obteniendo una visión global de la disfagia, para centrar este estudio posteriormente en el papel que tiene el logopeda en la evaluación y en la intervención con este conjunto de sujetos.

La disfagia es una patología poco conocida, y con una incidencia muy elevada. Por otro lado, está directamente relacionada con el riesgo de mortalidad por desnutrición, deshidratación o infección respiratoria. Por lo tanto, esta revisión bibliográfica, busca de forma más específica:

- A. Conocer la sintomatología y posibles complicaciones de la disfagia.
- B. Determinar la frecuencia con la que aparece disfagia tras un ACV.
- C. Conocer el papel del logopeda ante esta patología.
- D. Conocer los resultados del tratamiento logopédico en la disfagia.

3. METODOLOGÍA

❖ Diseño del estudio de investigación

Para llegar a conocer la patología de la disfagia, su incidencia tras un ACV, así como el papel rehabilitador del logopeda ante la misma, se ha realizado un estudio descriptivo basado en una revisión bibliográfica sistemática. Esta revisión es un resumen de las evidencias sobre el tema seleccionado, identificando, evaluando, sintetizando los estudios y sustrayendo conclusiones sobre los datos recopilados.

El material que se ha utilizado para realizar este trabajo ha sido una selección de artículos y estudios extraídos de páginas web, junto a una recopilación de libros especializados en el campo de los ACV y la disfagia.

A partir de todo este material, se ha realizado una lectura de todos los artículos y libros, extrayendo la información más relevante para los objetivos que se habían planteado. En cuanto a los estudios, se ha realizado un análisis de todos ellos para cumplir uno de los objetivos principales: determinar la frecuencia con la que aparece la disfagia tras un ACV.

Los resultados de este TFG han sido recogidos en diferentes apartados, que corresponden con los cuatro objetivos que buscamos conseguir con la realización de esta revisión bibliográfica.

Para finalizar, se han recogido una serie de conclusiones que corresponden con los puntos principales y más importantes que se han extraído del trabajo.

❖ Obtención de los datos

Para la obtención de datos, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en la base de datos Índice Médico Español, Pubmed, Google Académico y Dialnet utilizando las palabras clave “dysphagia and ACV” combinada con otros términos. Dicha búsqueda se realizó de Enero a Abril del 2016, y en ella se encontraron artículos en castellano, inglés y portugués.

En el Índice Médico Español, Dialnet y Google Académico, se realizó una búsqueda utilizando los descriptores: “disfagia”, “ACV”, “ictus”, “ECV” “deglución”, “rehabilitación”,

“logopedia”, “fonoaudiología”, “nutrición”, “aspiración” combinado dichos términos, encontrando 33 de artículos, la mayoría procedentes de Sudamérica.

En la base de datos de PubMed, se inició la búsqueda con palabras clave “dysphagia” y “dysphagia after stroke”. Luego se combinaron con otros términos como “speech therapy”, “dysphagia and the speech therapy”, “dysphagia and ACV” y “dysphagia in stroke patients”. En esta búsqueda se encontraron 16 artículos. Hay que tener en cuenta que no en todas las búsquedas realizadas se encontraron artículos válidos.

Para finalizar la búsqueda, se revisaron las referencias y la bibliografía de los artículos encontrados anteriormente, seleccionando 5 artículos que eran válidos para la elaboración de este TFG.

Inicialmente, la búsqueda se comprendió entre los años 2000 a 2015, pero debido a los escasos artículos encontrados con las palabras claves citadas anteriormente, se optó por no introducir ningún criterio que limitara la búsqueda de artículos válidos, centrándonos únicamente en el valor del contenido.

En la selección de artículos se tuvieron en cuenta varios criterios:

- Se excluyeron ACV que no estuvieran relacionados con la disfagia.
- Se rechazaron los artículos en idiomas que no fueran español, inglés y portugués.
- Se incluyeron artículos donde se aportan datos de pacientes.
- Se excluyeron los artículos con contenido irrelevante o similar al de otros artículos encontrados.

En total, se obtuvieron 54 artículos diferentes, de los cuales, se excluyeron 8 por no seguir los criterios explicados anteriormente. Por lo tanto, este estudio está formado por 47 artículos en total.

Por último, se realizó una búsqueda de libros y manuales especializados en disfagia y ACV a través de la página web de la biblioteca de la Universidad de Valladolid. Con este recurso, se encontraron dos libros especializados en deglución y un manual de medicina, que resultaron muy útiles para la realización de este TFG.

4. RESULTADOS

ACV y Disfagia

Antes de comenzar con el apartado de resultados en cuestión, se expondrán de forma breve tres conceptos básicos, que son: la deglución normal, el ACV y la disfagia.

Se comenzará explicando el término “deglución normal”, sus fases y los objetivos de la misma; a continuación, se explicará el concepto de ACV, así como sus tipos, los factores de riesgo del mismo y sus posibles secuelas. Para terminar, se expondrá el término disfagia, como posible síntoma tras un ACV; se tratará de explicar brevemente lo que es y los tipos de disfagia en los que nos vamos a centrar en este TFG.

DEGLUCIÓN NORMAL

De acuerdo con Logemann, J. (1988), la deglución es “un proceso neuromuscular complejo y rápido de la cavidad bucal, faringe y laringe, cuyo objetivo es aplicar presión a los alimentos y a los líquidos y propulsar esos materiales desde la boca hacia el esófago”.

Dicho mecanismo de deglución se divide en cuatro etapas según Matsuo, K. y Palmer, J. (2008): “a) Oral preparatoria; b) Oral; c) Faríngea; d) Esofágica”.

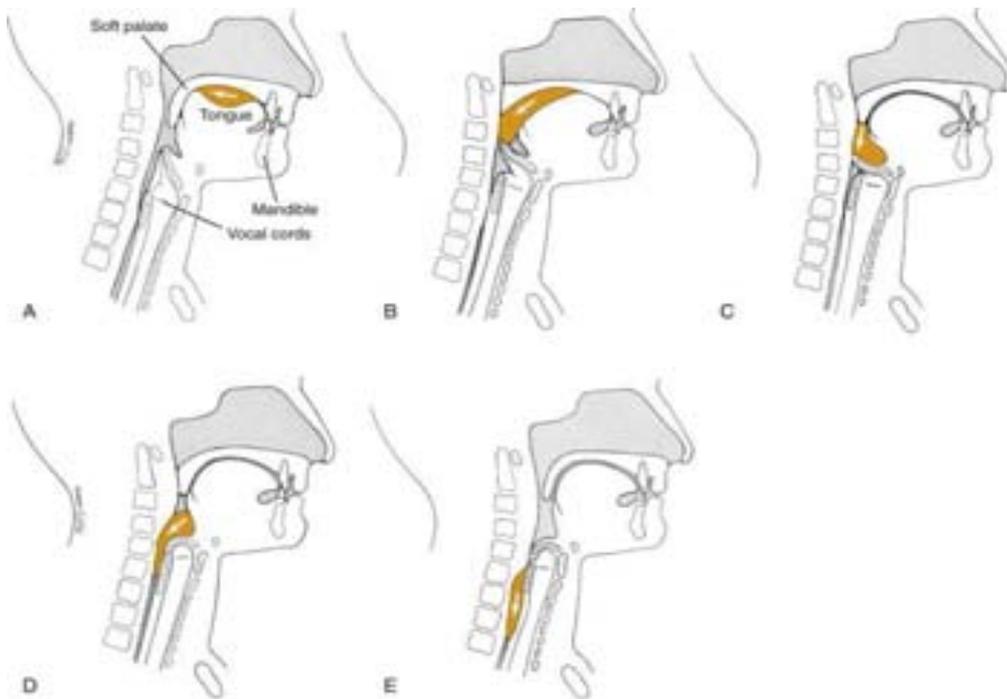


Figura 4.1. Vistas laterales de la cabeza y el cuello durante el proceso deglutorio. Adaptado de: Logemann, J. (2010).

Para Logemann, J. (1984), el objetivo de la deglución es la correcta nutrición del individuo, y tiene dos características. La primera de ellas es la *eficacia* de la deglución, es decir, “la posibilidad de ingerir la totalidad de las calorías y agua necesarias para mantener una adecuada nutrición e hidratación”. Por otro lado tenemos la *seguridad* de la deglución, con la que hace referencia a “la posibilidad de ingerir el agua y las calorías necesarias sin que se produzcan complicaciones respiratorias”.

Según González, R. y Araya, C., (2000),

el proceso de deglución se puede alterar a consecuencia de la pérdida o cambio estructural en los componentes anatómicos, por un compromiso neuromuscular secundario a un daño neurológico o como resultado de una patología psiquiátrica. A este trastorno se le denomina Disfagia.

Cuando hay una alteración en el proceso de deglución o disfagia, tanto el objetivo como las características del mismo se ven afectados. Si la eficacia y la seguridad de la deglución sufren modificaciones, se puede poner en compromiso la vida del paciente.

ACV

Como se ha comentado anteriormente, en este TFG se tratará la disfagia asociada a una patología en concreto, los ACV. Por ello, se explicará brevemente lo que es, los factores de riesgo del mismo, los tipos de ACV que existen y sus posibles secuelas.

Méndez, J. y Leiguarda, R. (1994) definen el término ACV como “una disfunción neurológica aguda de origen vascular caracterizada por la instauración brusca (en segundos) o al menos rápida (en horas) de síntomas y signos correspondientes al daño de un área focal del cerebro”.

Según el Tratado de Neurología Clínica (2003), los factores de riesgo del ACV que han sido identificados hasta el momento, pueden ser clasificados en *modificables* y *no modificables*. Así pues, los factores de riesgo *modificables* serían la hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, diabetes, hipercolesterolemia, factores hematológicos, hiperhomocisteinemia, obesidad, tabaquismo, alcoholismo y anticonceptivos orales. Por otro lado, el sexo, la edad, la raza y la herencia serían los factores de riesgo *no modificables*.

Siguiendo a Díez-Tejedor, E., del Brutto, O., Álvarez-Sabín, J., Muñoz, M. y Abiusi, G. (2001)

en función de su naturaleza, el ACV se puede presentar en forma de isquemia o de hemorragia, con una proporción entorno al 15% y 85%, respectivamente.

Por un lado, la isquemia se produce por la disminución del aporte sanguíneo cerebral de forma total (isquemia global) o parcial (isquemia focal). Según la duración del proceso isquémico focal se presentará como accidente isquémico transitorio (AIT) o como infarto cerebral, en función de que el déficit isquémico revierta o no antes de 24 horas.

Por otro lado, la hemorragia es la presencia de sangre, bien en el parénquima o en el interior de los ventrículos cerebrales (hemorragia cerebral), o bien en el espacio subaracnoideo (hemorragia subaracnoidea).

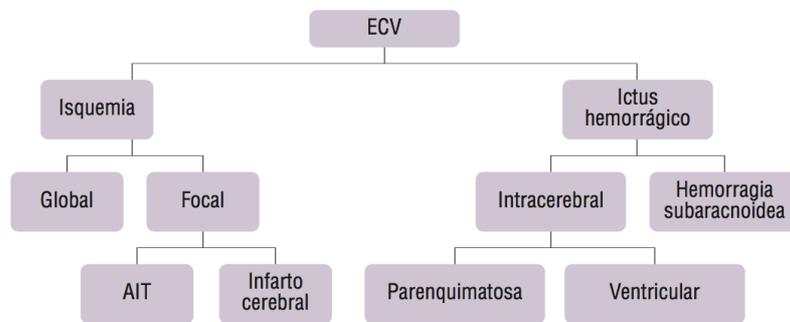
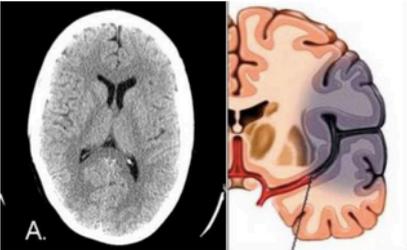


Figura 4.2. Clasificación de la enfermedad cerebrovascular (ECV) según su naturaleza, de Díez-Tejedor, E. y Soler, R. (1999). Pp 456.

TIPOS DE ACV

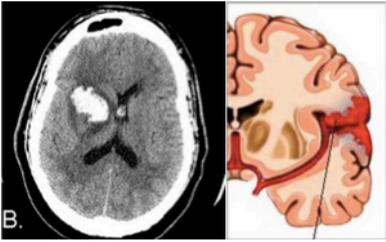
ACV ISQUÉMICO



Ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro resulta bloqueado. Esto puede suceder de dos maneras:

1. Se forma un coágulo en una arteria que ya está estrechada (ACV *trombótico*).
2. Se puede desprender un coágulo en otro lugar de los vasos sanguíneos y se dirige hasta el cerebro (ACV *embólico*).

ACV HEMORRÁGICO



Ocurre cuando un vaso sanguíneo de una parte del cerebro se debilita y se rompe, lo que provoca que la sangre salga hacia el cerebro. La presencia de sangre se puede dar:

1. En el parénquima o interior de los ventrículos cerebrales (hemorragia cerebral).
2. En el espacio subaracnoideo (hemorragia subaracnoidea).

Figura 4.3. Tipos de ACV. Imágenes de Villarejo, F. (2014) y Pérez, G. (2011).

Según Hawkes, M. (2015), “independientemente del tipo de ACV, se pueden producir lesiones a diferentes niveles del Sistema Nervioso Central (SNC) capaces de provocar trastornos en la deglución”.

Según Arias, A. (2009) la evolución de los ACV varía en función del tipo, la gravedad, la edad del sujeto, el sexo, la raza, los factores de riesgo... En gran parte de los casos, van a existir unas secuelas posteriores al mismo, que son las siguientes:

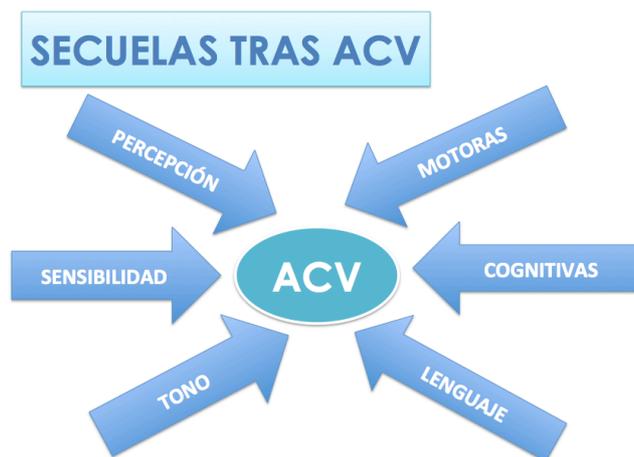


Figura 4.4. Secuelas tras un ACV.

DISFAGIA

Por último, se hará referencia a la disfagia, la cual es definida por González, R. y Araya, C. (2000) como “un trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos, por una alteración o deficiencia en cualquiera de las etapas de la deglución: etapa pre-oral, oral, faríngea o esofágica”.

Es importante conocer que la disfagia es uno de los síntomas más comunes tras un ACV, presentándose, según diferentes estudios que se analizarán a continuación, entre un 45% y un 91% de los casos.

Paciaroni, M., Mazzotta, G., Corea, F., y cols. (2004) destacan que, según diversos estudios, los trastornos deglutorios se presentan con mayor frecuencia en pacientes que presentan un ACV hemorrágico que ACV isquémico.

Por otra parte, según Groher, M. (1997) los ACV que afectan a los dos hemisferios cerebrales, se asocian a una incidencia mayor de disfagia y de mayor severidad que las producidas por un ACV unilateral.

Dentro de la disfagia, encontramos diferentes tipos en función de las causas que la hayan ocasionado (neurógena y estructural) y de las fases en las que se produce la dificultad en la deglución (orofaríngea y esofágica).

Dado que en el TFG vamos a tratar únicamente la disfagia posterior a ACV, dentro de estas clasificaciones, nos centraremos en la disfagia neurogénica y orofaríngea;

- DISFAGIA NEUROGÉNICA

La disfagia neurogénica o neurógena es definida por González, R.V., y Bevilacqua, J. (2009) como “aquella que está presente en el paciente con daño neurológico como consecuencia de una lesión o disfunción en el Sistema Nervioso Central (SNC), en el Sistema Nervioso Periférico (SNP) o en la Unión Neuromuscular”.

Según Falduti, A., y Cámpora, H. (2015) el resultado de esta disfagia neurógena, “es la alteración en la secuencia coordinada de las distintas etapas deglutorias, que permiten que la deglución sea segura y eficaz”.

Siguiendo a los mismos autores, la disfagia neurogénica se clasifica, en función de la presentación de la misma, en *aguda* (ACV, TCE, tumores craneoencefálicos...), *crónica* (Parkinson, Alzheimer, miastenia gravis...) y *progresiva* (ELA, esclerosis múltiple...). Por lo tanto, nos centraremos en la disfagia neurogénica aguda, ya que nos interesa la disfagia que afecta a los pacientes que han sufrido un ACV.

- DISFAGIA OROFARÍNGEA

Por otro lado, la alteración en la deglución puede producirse en una o en varias etapas deglutorias. Por ello, también es clasificada, en función del lugar de afección, en Disfagia Orofaríngea (DO) y Disfagia Esofágica (DE).

Así pues, la DO es definida por Falduti, A., y Cámpora, H. (2015) como la “dificultad o molestia en la formación y traslado del bolo alimenticio desde la boca hacia el esófago”. Esta dificultad se debe a la disfunción entre las tres primeras etapas de la deglución. La aparición de los síntomas de la DO es inmediata al acto motor deglutorio, el cual ocurre dentro del primer segundo de inicio de la deglución.

Por otro lado, la DE constituye la dificultad en el traslado del bolo alimenticio desde el esfínter esofágico superior (EES) hacia el estómago, como consecuencia de alteraciones en el cuerpo esofágico o del esfínter esofágico inferior (EEI). Los

síntomas comienzan generalmente varios segundos después de la deglución y característicamente son referidos a la región retroesternal.

Velasco, M., Arreola, V., Clavé, P. y Puiggrós, C. (2007) destacan:

La DO engloba las alteraciones de la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior y supone casi el 80% de las disfagias diagnosticadas.

La DE se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior y el cardias, generalmente es producida por causas mecánicas, y supone el 20% de las disfagias que se diagnostican.

Dado que la intervención logopédica solo podrá realizarse a nivel de las estructuras articulatorias, este estudio se centrará en la Disfagia Orofaringea (DO).

Para concluir este apartado, es importante conocer que la respiración y la deglución comparten una parte de las estructuras anatómicas. Cuando se produce una asincronía entre los dos sistemas, se va a producir una encrucijada aerodigestiva, que va a provocar que los alimentos puedan pasar a vías respiratorias.

Un concepto importante es el de “Falsas Vías”, que según Càmpera, H., Falduti, A. y Hawkes, M. (2015),

se refiere al cierre incompleto del vestíbulo laríngeo o disfunción de la glotis. Las falsas vías pueden ser ocasionadas por varios motivos:

- Parálisis unilateral o bilateral de las cuerdas vocales.
- Disfunción de la sensibilidad laríngea.
- Asincronía entre la respiración y la deglución.

A. Sintomatología y posibles complicaciones de la disfagia.

○ SIGNOS PRIMARIOS DE DISFAGIA

Según el Protocolo de Evaluación de Deglución (González, R. y Toledo, L., 2000),

los signos que podrían sugerir una disfagia son:

- Control lingual deficiente.
- Lentitud del reflejo deglutorio.
- Movimiento laríngeo alterado.
- Postura labial desviada en reposo.
- Postura lingual en protrusión.
- Salida del alimento durante la etapa oral preparatoria.
- Sensibilidad alterada: hiposensibilidad o hipersensibilidad.
- Tos.
- Voz húmeda.

En el año 2004, Bleeckx, D. muestra los síntomas objetivos más frecuentes en la disfagia.

Estos son:

- Babeo.
- Dificultad para abrir la boca.
- Dispersión del alimento en la boca.
- Alimento expulsado de la boca.
- Reflujo nasal, nariz sucia, estornudos, flujo nasal.
- Presencia de tos (antes, durante o después de la deglución).
- Dolor o molestia: detrás de la lengua.
- Impresión de bloqueo de los alimentos.
- Otros síntomas: tos, voz húmeda, disnea, carraspeo, vómitos, regurgitaciones, deterioro del estado en general, prolongación de la duración de la comida y evitación de ciertos alimentos que son difíciles de comer.

Por último, según la Guía de Nutrición para personas con Disfagia (2012),

los signos y síntomas de sospecha son:

- Tos y atragantamientos al comer, o inmediatamente después, con todas o con alguna consistencia (líquidos).
- Cambios en la voz (voz húmeda o mojada). Disfonías.
- Babeo y dificultad para el control de la saliva.

- Dificultad para la formación del bolo y el manejo de la comida en la boca.
- Deglución fraccionada. Tragar la comida en pequeñas cantidades y poco a poco.
- Residuos en la boca post-deglución.
- Sensación de retención de alimento en la faringe y necesidad de hacer varias degluciones.
- Carraspeo.
- Emplear excesivo tiempo para comer.
- Pérdida de peso progresiva. Signos de desnutrición y deshidratación.
- Picos febriles de etiología no filiada.
- Infecciones respiratorias de repetición.

“La observación del paciente aporta muchos datos clínicos, por lo que conviene estar atentos, ya que generalmente las quejas nos permiten localizar los problemas. Estos signos nos deben hacer sospechar la presencia de disfagia pero no es suficiente para demostrarla” (Bleeckx, D., 2004).

Como se puede observar, a medida que ha ido pasando el tiempo, la lista de signos que puede indicar que una persona está padeciendo una disfagia ha aumentado considerablemente. Es importante tener esto en cuenta e investigar en los estudios que se van publicando porque quizás signos que en la actualidad pasaban desapercibidos o no se les da mayor importancia, en un futuro pueden indicar la presencia de disfagia en una persona.

○ COMPLICACIONES DE LA D.O.

Las complicaciones de la DO se producen cuando los mecanismos de protección de la vía aérea superior fallan de alguna manera. Càmpera, H., Falduti, A. y Hawkes, M. (2015) mencionan como mecanismos de protección de la vía aérea superior los siguientes:

- Inhibición central de la respiración: activado en el momento de la deglución, lo cual genera la irrupción de la respiración (apnea) por acción directa del SNC.
- Protección mecánica de la vía aérea: dentro de este, tenemos cuatro más, que son:
 - Cierre cordal.
 - Ascenso de la laringe y descenso de la epiglotis.
 - Presión positiva de la subglotis.
 - Mecanismo tusígeno.

Tal y como se comentó anteriormente, Logemann, J. (1984), estableció como objetivos de la deglución la *seguridad* y la *eficacia*. Cuando alguno de estos objetivos falla, la deglución se ve afectada, comprometiendo la vida del paciente.

A continuación, se exponen las alteraciones en ambos objetivos y las consecuencias que suponen.

⇒ Alteración en la seguridad

Para Ramsey, D., Smithard, D., y Kalra, L. (2005), la DO es un síntoma que engloba dos conceptos importantes: la *penetración* y la *aspiración*.

La *penetración* laríngea supone “la entrada de alimento hasta el vestíbulo laríngeo por encima del nivel de las cuerdas vocales”, mientras la *aspiración* es definida por los mismos autores como “la entrada de alimento en la laringe, es decir, por debajo de las cuerdas vocales”. Esta última puede ser clínica o silente, en función de la sensibilidad laríngea, del reflejo tusígeno y de los mecanismos de limpieza traqueal.

Por lo tanto, la diferencia entre la penetración y la aspiración es el espacio en el que se estanca el alimento una vez ha entrado en vía respiratoria: por encima de la glotis (penetración) o por debajo de ella (aspiración). Esto quiere decir que no siempre que exista penetración, habrá aspiración.

Que una persona aspire o penetre tendrá consecuencias; estas pueden ser:

- La obstrucción de la vía respiratoria, que provoque la falta de oxígeno al paciente.
- Neumonía aspirativa, que producirá la infección de las vías respiratorias y los pulmones.

Según un estudio realizado por Smithard D. y cols. (1996), la aspiración es un problema común tras un ACV. Los mismos autores estimaron que alrededor de un 43% a un 57% de los pacientes que presentan disfagia producto de un ACV padecen aspiraciones y el 37% de ellos desarrolla neumonías.

En otro estudio realizado por Sala, R. y cols., (1998) en lo relacionado con las infecciones respiratorias, el riesgo de infección respiratoria fue diez veces superior en disfágicos (16,2%) que en no disfágicos (1,7%). La frecuencia de infección respiratoria se correlacionó muy significativamente con la presencia de disfagia, y fue mayor cuanto más intensa fuera la disfagia.

⇒ Alteración en la eficacia

Cuando una persona presenta disfagia, su ritmo durante las comidas se ve enlentecido debido a las dificultades a las que se enfrenta. Dichas dificultades y el enlentecimiento van a hacer que la persona reduzca la cantidad su ingesta, lo que va a ocasionar que exista un alto riesgo de desnutrición y deshidratación, además del aislamiento social que conlleva no poder relacionarse durante las horas de comida.

En un estudio realizado por Allue, S. (2014) que tenía por objetivo determinar el estado nutricional en personas con disfagia, los resultados fueron los siguientes: la muestra compuesta por 73 sujetos diagnosticados de disfagia presentaba un alto porcentaje de desnutrición, predominando la desnutrición de tipo proteica con un porcentaje del 55,76%.

Otro estudio reciente que está relacionado con este aspecto, es el realizado en la Unidad de Larga y Media estancia del Hospital Universitari i Politècnic La Fe por Argente, M. y cols (2015). Este estudio tenía una muestra de 201 pacientes, de los cuales 43,6% (88 pacientes) fueron diagnosticados de disfagia durante la prueba y el 76,6% de la muestra presentaba algún signo de desnutrición.

Estos datos indican que los pacientes con disfagia tienen una probabilidad muy alta de presentar desnutrición. Por ello, es fundamental realizar una correcta evaluación seguida de un tratamiento personalizado de estos pacientes compuesto por rehabilitación logopédica y adaptaciones en su dieta.

COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA

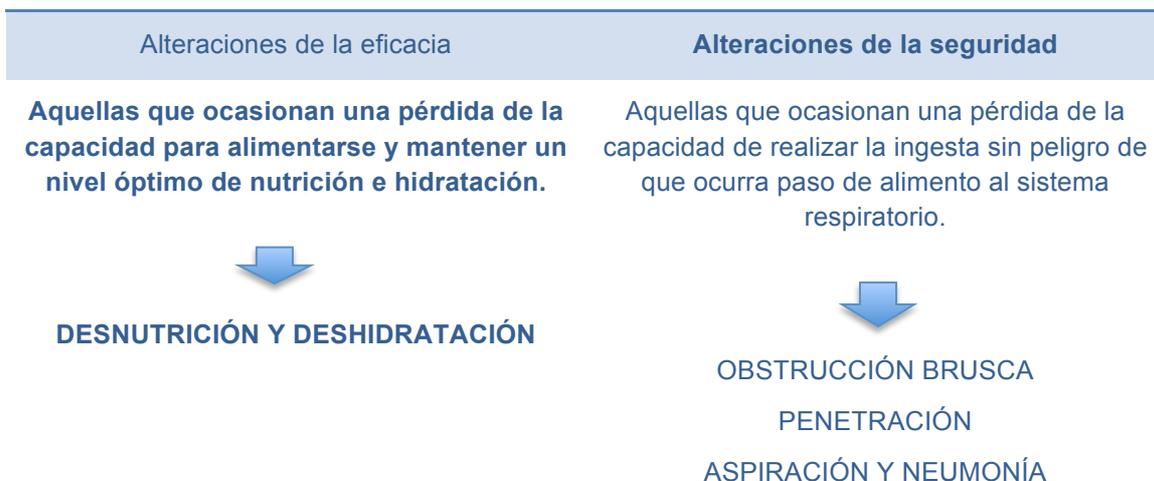


Figura 4.5. Guía de nutrición para personas con disfagia (2012).

Según el estudio de Sala, R. y cols. (1998), mencionado anteriormente, las infecciones respiratorias, la desnutrición, la deshidratación y otras causas, relacionan directamente la disfagia con el riesgo de mortalidad en este conjunto de sujetos. La gran mayoría de los fallecimientos ocurrieron en pacientes disfágicos y el riesgo de mortalidad fue 18 veces mayor en *disfágicos* (30,9%) que en *no disfágicos* (1,7%).

El escaso número de estudios acerca de la disfagia, junto a la ausencia de protocolos que establecen el procedimiento a seguir en cuanto a la detección, la evaluación, el diagnóstico y la posterior intervención de la disfagia, constituyen una de las causas principales de que este síntoma esté infradiagnosticado. Como consecuencia de ello, las complicaciones (respiratorias y nutricionales) que de él derivan, quedan desatendidas, con lo que aumenta el riesgo de estos pacientes a presentar aspiraciones, neumonías, deshidratación y desnutrición. Todo ello, se une al deterioro de una situación médica, ya de por sí crítica, que en última instancia podría provocar el fallecimiento de la persona (Garmendia, G., Gómez, C. y Ferrero, M.I., 2007).

B. Frecuencia con la que aparece disfagia tras un ACV.

En el año 2005, *Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M. y Teasell, R.* realizaron una revisión de estudios, concluyendo que la incidencia de los trastornos deglutorios tras ACV varía entre el 19% y el 81%. Dicha discrepancia podría explicarse por el momento en el que se lleva a cabo la evaluación de la deglución, la metodología utilizada en dicha evaluación, el tipo de ACV y la gravedad del mismo.

Dado que los resultados de esta revisión no fueron concluyentes, a continuación se realizará una revisión de 8 estudios, en la que se intentará sacar una serie de conclusiones que nos ayuden a entender de una forma más clara la incidencia de este síntoma tras un ACV.

Como podemos observar en la siguiente tabla, el porcentaje de disfagia en estos ocho estudios oscila entre el 45% y el 91%. La variabilidad de este porcentaje puede justificarse por:

- A. La antigüedad del estudio, directamente relacionado con los métodos de estudio utilizados en la evaluación.
- B. El tiempo transcurrido entre el ACV y la valoración de la deglución.
- C. Los métodos de estudio que se han utilizado para valorar a los sujetos.

Autores y año	Número de pacientes	Edad media	Sexo	Porcentaje de disfagia	En líquidos	En sólidos	Método/s de estudio	La evaluación se realiza...
Wade, D. y Langton, R., 1987.	452	-	40,2% M. 59,8% H.	45%	-	-	-	Primer día tras ingreso.
Sala, R. y cols., 1998.	187	73,3 años (45 - 92)	50,8% M. 49,2% H.	48,1 %	48,1%	44,4%	2 degluciones de 25 ml de agua con 2 cucharadas (2 ml cada una) de espesante Penta-Pudding (Nutricia).	Primer y segundo día tras ingreso.
Mann, G. y cols., 1999.	128	71 años (0 - >85)	36% M. 64% H.	51%	-	-	Videofluoroscopia y exploración clínica	Primer día tras ingreso.
Schelp, A. y cols., 2004.	102	62,2 años (32 - 92)	31,3% M. 68,8% H.	76,5% MECV-V 91% videofluoroscopia	-	-	Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) y videofluoroscopia.	Sexto día tras ingreso.
Florín, C. y cols., 2004.	14	74	28,6% M. 71,4% H.	85,7%	71,4%	85,7%	Protocolo de Evaluación de la deglución de González, R. y Toledo, L. (2000)	1 a 14 días tras ingreso.
Guillén-Solá, A. y cols., 2011	79	64,7	24% M. 76% H.	60,8%	-	-	MECV-V y videofluoroscopia	14,8 días tras ingreso.
Lendínez-Mesa, A. y cols., 2014).	43	67,72	46% M. 54% H.	64,5%	48,4%	50,96%	MECV-V	Primeras 24 horas tras ingreso
Agudo, S. y cols., 2015	124	56,4 años (16 – 75)	29% M. 71% H.	47,0%	-	-		Una media de 74 días tras ingreso.

Tabla 1 Resultados de los estudios sobre la disfagia tras un ACV.

A) DIFERENCIA DE PORCENTAJES EN FUNCIÓN DEL AÑO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO.

En primer lugar, se valora la diferencia de los porcentajes en función del año en el que se realizó el estudio. Respecto al año de valoración, se puede observar que, salvo excepciones y de forma general, con el paso de los años el porcentaje de disfagia en los diferentes estudios ha aumentado.

Que los porcentajes hayan aumentado con el paso del tiempo se puede deber a dos motivos principales:

- La precisión de los métodos de evaluación de la deglución ha aumentado con el paso de los años.
- El tiempo transcurrido desde el ACV. Como se puede observar, en los primeros estudios, el tiempo transcurrido entre el ACV y la valoración de la deglución es más escaso que en los estudios posteriores. Esto puede hacer sospechar que hay personas que tras sufrir el accidente conservan la capacidad para deglutir, pero posteriormente van perdiendo de forma progresiva esta capacidad.

Wade, D. y Langton, R., 1987.	Sala, R. y cols., 1998.	Mann, G. y cols., 1999.	Schelp, A. y cols., 2004.	Florín, C. y cols., 2004.	Guillén-Solá, A. y cols., 2011	Lendínez-Mesa, A. y cols., 2014.	Agudo, S. y cols., 2015
45%	48,1%	51%	76,5% MECV-V 91% VDF	85,7%	60,8%	64,5%	47,0%

Tabla 2 Relación entre año de estudio y porcentaje de disfagia.

B) DIFERENCIA DE PORCENTAJES EN FUNCIÓN DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL ACV Y LA VALORACIÓN DE LA DEGLUCIÓN.

El tiempo transcurrido entre el accidente y la valoración de la deglución también parece ser un factor que incide en el porcentaje de disfagia.

Wade, D. y Langton, R., 1987.	Sala, R. y cols., 1998.	Mann, G. y cols., 1999.	Schelp, A. y cols., 2004.	Florín, C., y cols., 2004.	Guillén-Solá, A. y cols., 2011	Lendínez-Mesa, A. y cols., 2014.	Agudo, S. y cols., 2015
45%	48,1 %	51%	76,5% MECV-V 91% VDF	85,7%	60,8%	64,5%	47,0%
Primer día tras ingreso.	Primer y segundo día tras ingreso.	Primer día tras ingreso.	Sexto día tras ingreso.	1 a 14 días tras ingreso.	14,8 días tras ingreso.	Primeras 24 horas tras ingreso	74 días tras ingreso.

Tabla 3 Relación entre tiempo transcurrido desde el ACV y el porcentaje de disfagia.

Según los resultados de la tabla se puede observar que:

- Cuando la valoración se realiza entre el primer y el segundo día tras el ingreso, los porcentajes de disfagia son menores (45% - 64,5%).
- Cuando la valoración se realiza entre día 6 y el día 14 tras el ingreso, los porcentajes son más elevados (60,8% - 91%).
- Cuando la valoración se realiza después de 14 o más días tras el ingreso, el resultado es similar al que se obtiene entre el primer y el segundo día tras el ingreso (47,0%).

Por lo tanto, esto podría hacer sospechar que el periodo que oscila entre el día 6 y 14 tras el ingreso, la posibilidad de sufrir dificultades en la deglución aumenta. Sin embargo, debido al escaso número de estudios analizados no podemos obtener una conclusión clara y eficaz de los resultados.

C) DIFERENCIA DE PORCENTAJES EN FUNCIÓN DEL MÉTODO DE ESTUDIO.

El método de estudio que se utiliza para valorar la deglución es una de las variables más importantes en el porcentaje de disfagia. Esto es así, porque dependiendo del método que se utilice, los criterios que determinen si una persona tiene disfagia o no serán diferentes.

Los métodos de estudio se dividen, según Velasco, M. y cols. (2007), en función de la forma de evaluar la deglución, en test o pruebas y métodos de evaluación instrumental. Así pues, a continuación se expondrá brevemente en lo que consiste cada uno de los métodos que se han utilizado en estos estudios.

En el año 1998, Sala, R. y cols., utilizaron para valorar a 187 pacientes dos degluciones de 25 ml de agua con 2 cucharadas, de 2 ml cada una, de espesante Penta-Pudding (Nutricia).

Este método de estudio era utilizado hace muchos años y carece de rigor científico; según este método, las personas presentan disfagia cuando, tras deglutir estas dos cucharadas de agua con espesante, se desencadenaba el reflejo de tos. Sin embargo, este podría no ser un método fiable, ya que como se ha comentado anteriormente, no todas las personas conservan la sensibilidad de las estructuras laríngeas, por lo que quizás no se desencadene el reflejo tusígeno cuando debería.

Por otro lado, Florín, C. y cols., utilizaron en el año 2004 el Protocolo de Evaluación de la deglución de González, R. y Toledo, L. (2000). Este protocolo consta de seis ítems: a) Antecedentes generales; b) Aspectos orofuncionales de la deglución; c) Proceso de la deglución; d) Observaciones; e) Síntesis; f) Planificación. Evalúa la deglución con volúmenes de 1, 3, 5 y 10 ml y con consistencias líquidas, semisólidas y sólidas.

Este protocolo es más completo y detallado que el anterior, centrándose en los antecedentes de la persona, la funcionalidad de las estructuras orofaciales, observa de forma más detallada el proceso de deglución y utiliza diferentes texturas y volúmenes para evaluar la deglución del sujeto. De esta forma, la seguridad en la deglución de la persona estará más conservada que utilizando el método anterior.

Uno de los métodos de estudio más utilizados es el MECV-V (Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad). Este, consiste en la administración de bolos de 5, 10 y 20 ml con viscosidades néctar, pudding y líquido. Se comienza administrando un bolo de bajo volumen y de viscosidad néctar y progresivamente se va aumentando el volumen cambiando la textura a líquido, y por último el pudding.

Tal y como explican Ferrero, M.I., Castellano, E. y Navarro, R. (2009), durante todo el test se tiene que llevar a cabo un registro, por si se producen signos de alteración de la *eficacia* como sellado labial insuficiente, residuos en la boca o la faringe y deglución fraccionada, y/o de la *seguridad* como tos, descenso de la saturación basal de oxígeno y cambios en el tono de la voz. Cuando se encuentra alguno de estos signos, no se

pasa ni a un volumen mayor ni a una viscosidad inferior. La prueba concluye que no existe disfagia cuando no se evidencian signos de alteración de eficacia y/o seguridad en ningún momento de la misma.

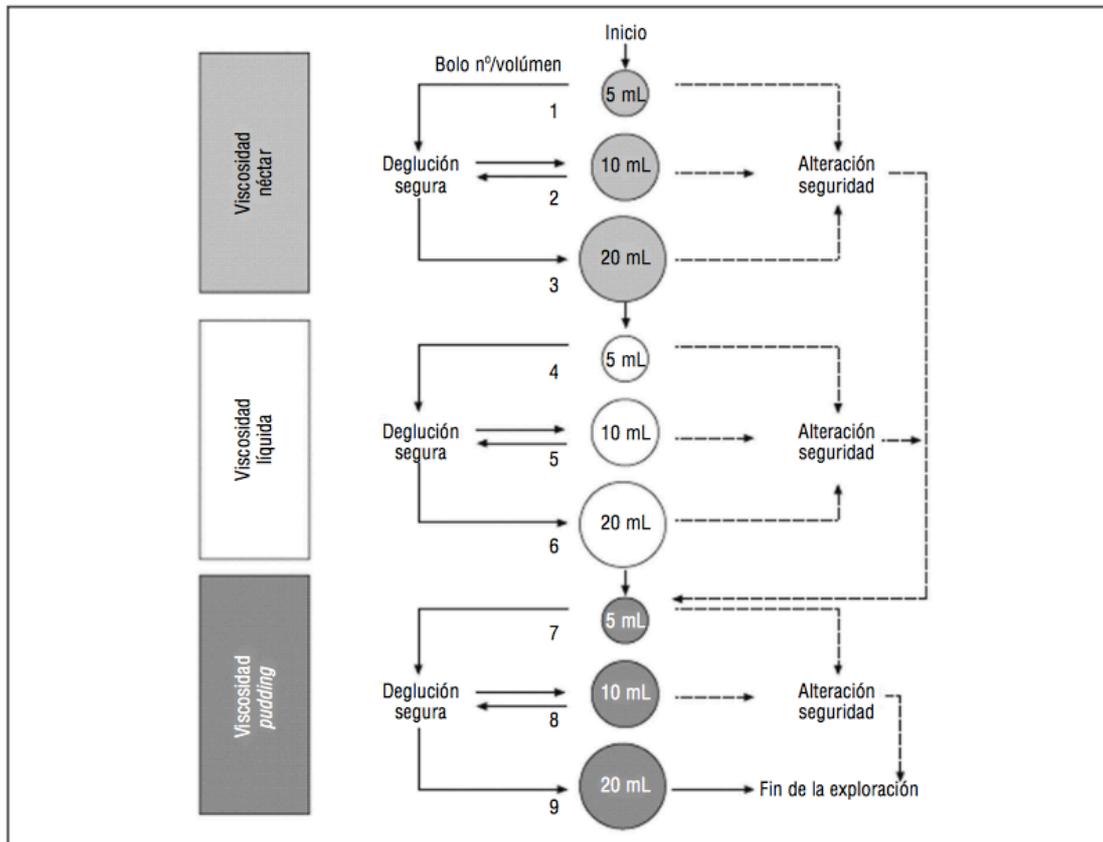


Figura 4.6. Secuencia de realización del MECV - V según Clavé, P. (Velasco, M., y cols., 2007)

Por último, el único método de valoración instrumental utilizado en estos estudios, la videofluoroscopia (VDF). La VDF consiste, según Aguilar, M. (2015) en la ingesta de varios bolos, de volúmenes y consistencias diferentes, con un contraste de bario. Durante la deglución de estos, se graba en video el proceso deglutorio con el uso de una máquina de rayos que se encuentra conectada al sistema de grabación. De esta manera, se puede observar el recorrido del bolo, por lo que podemos saber si los bolos son seguros o no para el paciente.

A pesar de ser el método de evaluación más fiable y exacto, se debe evitar en la medida de lo posible al tratarse de un método invasivo, ya que el paciente recibe radiación.

Después de ver todos los métodos de valoración de la deglución, se analiza la relación entre dichos métodos y los resultados en cuanto a disfagia:

Wade, D. y Langton, R., 1987.	Sala, R. y cols., 1998.	Mann, G. y cols., 1999.	Schelp, A. y cols., 2004.	Florín, C. y cols., 2004.	Guillén-Solá, A. y cols., 2011	Lendínez-Mesa, A. y cols., 2014.	Agudo, S. y cols., 2015
45%	48,1 %	51%	76,5% MECV-V 91% VDF	85,7%	60,8%	64,5%	47,0%
-	2 degluciones de 25 ml de agua con 2 cucharadas (2 ml cada una) de espesante Penta-Pudding (Nutricia).	Videofluoros copia y exploración clínica	Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) y videofluoros copia.	Protocolo de Evaluación de la deglución de González, R. y Toledo, L. (2000)	MECV-V y videofluoros copia	MECV-V	-

Tabla 4 Relación entre método de estudio y porcentaje de disfagia.

Tras observar la tabla, se puede concluir:

- El método de las dos degluciones de 25 ml de agua con espesante tiene como resultado el tercer porcentaje más bajo de disfagia de los ocho estudios analizados (48,1%).
- El protocolo de Evaluación de la deglución de González, R. y Toledo, L. (2000) tiene como resultado el segundo porcentaje más alto de disfagia en estos ocho estudios (85,7%).
- Los porcentajes de disfagia en estudios que han utilizado el MECV-V como método, oscilan entre el 60,8% y el 76,5%, porcentajes que se encuentran en la media de los ocho estudios.
- Por último, los porcentajes de los estudios que utilizaron VDF como método, oscilan entre el 51% y el 91%.

Dado que no se dispone de todos los datos de los métodos de evaluación de los estudios, y los resultados de los mismos dependen, como se ha visto anteriormente, de más factores, no se puede sacar ninguna conclusión objetiva y fiable acerca de la relación entre los métodos de estudio que se han utilizado y su fiabilidad para medir la disfagia.

C. El papel del logopeda ante esta patología.

Al igual que en otras patologías, el primer paso que se debe realizar antes de comenzar con la intervención, es una valoración exhaustiva del sujeto.

Según el Protocolo de Evaluación Clínica de la deglución, de González, R. y Toledo, L. (2000), dentro de esta valoración se debe registrar, en primer lugar, el nombre del paciente, su edad, la fecha y su diagnóstico. A continuación, se registrarán los antecedentes médicos del paciente, así como posibles complicaciones que haya podido padecer anteriormente a nivel neurológico, broncopulmonar, nutricional, tratamientos farmacológicos de interés,...

Siguiendo el mismo protocolo, se pasará a evaluar los aspectos orofuncionales de la deglución, es decir, cómo están en ese momento las estructuras que intervienen en la deglución: su anatomía oral, el control motor de las estructuras orofaciales (labios, mandíbulas y lengua), el reflejo tusígeno, y, por último, la sensibilidad y la función laríngea.

Para terminar, pasaremos a evaluar el proceso de deglución. Para ello, tal y como se ha visto en el apartado anterior, se pueden utilizar varios métodos: el MECV-V, la VDF, el Protocolo de Evaluación clínica de la deglución de González, R. y Toledo, L. (2000), el EAT-10, el test del agua,...

Algunos de estos métodos no están recomendados para determinados casos; por ejemplo, el EAT-10, no se podrá pasar correctamente a personas con problemas cognitivos asociados, ya que necesita un grado relativamente alto de comprensión ante las preguntas que se realizan. Por otro lado, hay que tener especial cuidado con el Test del Agua en pacientes con alteraciones en la sensibilidad, ya que un porcentaje muy elevado de pacientes no se diagnostican por no presentar reflejo de tos, lo que conlleva poner en riesgo la vida del paciente.

Tras valorar al sujeto, en función de los resultados de la prueba, el logopeda tiene que realizar una serie de adaptaciones en la dieta del paciente. Estas adaptaciones se llevarán a cabo en las texturas y en el volumen de los alimentos que podrán ingerir.

Así pues, a continuación se detallan las diferentes adaptaciones a los líquidos, así como los distintos tipos de dietas para personas con disfagia, en función de su gravedad (González, C. y cols., 2012).

ADAPTACIÓN DE LÍQUIDOS

Textura néctar: puede beberse en vaso, al caer forma un hilo fino.

Textura miel: se puede beber o tomar con cuchara; al caer forma gotas gruesas, no mantiene su forma.

Textura pudding: solo puede tomarse con cuchara, al caer mantiene su forma.

Figura 4.7. Adaptación de líquidos. (González, C., y cols., 2012).

TIPOS DE DIETAS

Dieta Basal. Normal. Cuando no existen problemas en la deglución, incluyendo todas las texturas y consistencias.

Dieta Blanda o fácil masticación: en relación a problemas masticatorios pero sin síntomas de disfagia. Posible como dieta de transición a la dieta normal con algunas adaptaciones.

Dieta de Disfagia o reeducación deglución: evita alimentos de riesgo y no admite dobles texturas. Permite formar fácilmente el bolo. Masticación : No o ligera/suave

Dieta Túrmix (producto comercial): purés comerciales de consistencia uniforme, homogénea, saborizados, y que reúnen los requerimientos nutricionales completos o enriquecidos.

Figura 4.8. Tipos de dietas. (González, C., y cols., 2012).

Tras determinar el tipo de dieta del sujeto y realizar la adaptación a los líquidos, comenzará, si es necesario, la rehabilitación logopédica. El objetivo principal de la intervención en estos sujetos es, según Logemann, J. (2010), “conseguir una deglución segura y eficaz para todos los volúmenes y texturas, sin adaptaciones”.

Para ello, se debe trabajar una serie de objetivos más específicos que son:

- Mejorar el tono de las estructuras orofaciales.
- Trabajar la sensibilidad intraoral.
- Trabajar la movilidad de las estructuras orofaciales.
- Trabajar una correcta coordinación respiración-deglución.

Para conseguir todos estos objetivos tendremos que trabajar, según Falduti, A. y cols. (2015):

- Ejercicios de movilidad y fortalecimiento de las estructuras orofaciales, como por ejemplo praxias, ejercicios isotónicos o isométricos, terapia miofuncional, ejercicios de fortalecimiento de los grupos musculares...
- Ejercicios en los que se trabaje la succión y el proceso de deglución.
- Ejercicios para mejorar la sensibilidad intraoral.
- Ejercicios en los que se trabajará de forma individualizada cada una de las estructuras orofaciales (labios, lengua, velo de paladar, maseteros, ATM, ...).
- Ejercicios de respiración para aumentar la capacidad respiratoria y conseguir la coordinación entre la respiración y la deglución.
- Ejercicios de soplo y golpes glóticos para aumentar la capacidad respiratoria y potenciar el reflejo de tos.

Según los mismos autores, todas estas actividades se pueden acompañar de tratamientos complementarios, como la *electroestimulación*, que potencia determinados grupos musculares que intervienen en la deglución, o el *vendaje neuromuscular*, que actúa prolongando la estimulación del músculo que hemos trabajado durante una sesión.

Para Velasco, M., Arreola, V., Clavé, P. y Puiggrós, C. (2007), acompañando al trabajo en la intervención, es importante determinar si durante la deglución será necesaria la ayuda de técnicas de compensación, como son:

- La modificación de la consistencia del bolo. Durante la valoración se evalúa el tipo de texturas que puede ingerir el paciente.
- La modificación del volumen. Se debe valorar la cantidad de volumen que es capaz de deglutir el paciente.
- La modificación de la velocidad de presentación del alimento. No tienen que intentar comer rápido para que la comida dure poco, pero tampoco se puede exceder de los 30 o 40 minutos, ya que el paciente comenzaría a fatigarse.
- La postura del paciente es un aspecto muy importante para estos autores. Para que el proceso de deglución se produzca correctamente, el paciente debe estar sentado formando un ángulo de 90°.

- Las técnicas de incremento sensorial, mediante estimulación térmica, estimulación con sabores ácidos, estimulación del gusto y estimulación intraoral y extraoral. Además, se debe tener en cuenta que la presentación del alimento tiene que ser apetecible para que el paciente al verlo sienta ganas de comer y comience a salivar, lo que supone un paso previo al desencadenamiento del reflejo deglutorio.
- Los cambios posturales y las maniobras compensatorias. No todos los pacientes precisan de estas técnicas de compensación, por lo que, según los autores, es un aspecto a valorar durante la evaluación del sujeto.

La principal diferencia entre las maniobras deglutorias y los cambios posturales es que en los cambios posturales no colabora el paciente, mientras que en la maniobra deglutoria sí.

Algunas maniobras deglutorias son :

- Maniobra de Masako. El objetivo de esta maniobra es aumentar el movimiento de la pared faríngea posterior. El procedimiento es el siguiente: se coloca el alimento en la boca, y se pide al paciente que protruya la lengua y la coloque entre los dientes durante la deglución.
- Maniobra de Mendelsohn. El objetivo de esta maniobra es aumentar el grado de elevación de laringe e hioides, y aumentar la duración de la apertura del esfínter cricofaríngeo. El procedimiento es el siguiente: se le pide al paciente que trague varias veces, observando y palpado el ascenso laríngeo. En una de esas degluciones el sujeto debe mantener la laringe elevada durante 3 segundos.
- Maniobra supraglótica. El objetivo que persigue esta maniobra es realizar el cierre glótico de forma voluntaria, antes y durante la deglución. El procedimiento es el siguiente: el paciente deglute el alimento mientras aguanta el aire, y tras la deglución tiene que toser para eliminar cualquier residuo que haya quedado en la glotis.

Por otro lado, tenemos las maniobras posturales. Las más conocidas son:

- Flexión anterior. Tiene por objetivo proteger la vía respiratoria por aproximación de la parte posterior de la lengua con el velo del paladar (sello palatogloso). Además, reduce el acúmulo de restos alimenticios en la vallécula y abre el Esfínter Esofágico Superior (EES). El procedimiento es el siguiente: se introduce el alimento en la boca y a continuación flexiona el mentón hacia el pecho para tragar en esta posición.

- Rotación de la cabeza hacia el lado lesionado. Esta maniobra se trabaja con personas que tienen un daño unilateral de la laringe, y tiene por objetivos: dirigir el bolo hacia el lado sano aumentando el tránsito faríngeo y cierre de la hemi-laringe débil y aducción de las cuerdas vocales.

Por último, es importante conocer una serie de pautas y recomendaciones que tanto el paciente como su entorno debe seguir (Dolz, I. y Urdániz, N., 2013):

- El paciente tiene que tener un buen nivel de conciencia; debe estar alerta.
- El paciente debe estar, en la medida de lo posible, sentado formando un ángulo de 90°.
- No debemos distraer al paciente mientras está comiendo.
- No administrar al paciente cantidades ni demasiado pequeñas, ya que se prolongaría la comida y existiría rechazo por parte del paciente, ni demasiado grandes, ya que pondríamos en peligro la seguridad en la deglución.
- No introducir alimento en la boca si esta tiene algún resto.
- No tumbar al paciente hasta, al menos, 30 minutos después de las comidas.
- No utilizar pajitas ni jeringuillas, ya que comprometen la seguridad del paciente.

Es importante que estas pautas sean conocidas por la familia del paciente o, en caso de que esté interno, por los profesionales que lo acompañan durante las comidas. En este último caso, además de estas pautas básicas, habrá que formar más específicamente a cada rama de profesionales que trabajan en el centro: auxiliares de enfermería, enfermeros, cocineros, médicos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, etc, para poder trabajar la disfagia juntos formando un equipo multidisciplinar.

D. Importancia de la rehabilitación logopédica en la disfagia.

Una vez conocido el papel que tiene la figura del logopeda en la disfagia, veremos una serie de resultados de la intervención logopédica en sujetos que sufren esta dificultad o incapacidad en la deglución.

El primer estudio, de Jiménez, A.L., Lizarazo, A.M. y Ángel, L.F. (2004) tiene por objetivo determinar la eficacia del manejo fonoaudiológico en pacientes con disfagia. El estudio, realizado por tres fonoaudiólogas de la Universidad Nacional de Colombia, evalúa la evolución de 76 pacientes con disfagia que recibieron tratamiento fonoaudiológico durante un periodo máximo de 6 meses. Los resultados fueron los siguientes:

- El 21% finalizó el tratamiento con un diagnóstico de deglución completamente normalizada.
- El 28,95% mejoró su función deglutoria.
- El 46,05% permaneció igual.
- El 3,95% tuvo una involución en su estado.

Según los autores, esto evidenció que el 50% de la población que recibió tratamiento fonoaudiológico tuvo una mejoría. Por otro lado, pudieron también concluir que el 46,06% de los pacientes no presentaron cambios significativos en la deglución debido al poco tiempo de intervención intrahospitalaria.

En el segundo estudio, realizado en el 2009 por da Silva, E.M. y cols., fueron analizados 39 pacientes diagnosticados de disfagia orofaríngea en el Hospital Albert Einstein, en São Paulo, Brasil. Los resultados de la intervención fonoaudiológica en este estudio fueron los siguientes:

- El 95% de los pacientes recibieron el alta hospitalaria con alimentación por vía oral o un buen pronóstico para volver a alimentarse por la misma, garantizando una buena calidad de vida, un buen aporte nutricional y seguridad en la alimentación.
- El 5% no presentaron un estado clínico fonoaudiológico satisfactorio, permaneciendo con sonda nasogástrica o enteral.

En este caso, la gran mayoría de los pacientes que presentaban problemas en la deglución tuvieron una evolución positiva tras recibir tratamiento fonoaudiológico.

Un tercer y último estudio, realizado en el año 2009 por Ferrero, M.I. y cols., tiene por objetivo determinar la utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un hospital de media y larga estancia. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 146 pacientes en el Hospital Pare Jofré de Valencia. La principal diferencia de este estudio con los anteriores es que en este, el papel del logopeda no está incluido, siendo el Auxiliar de Enfermería el que lleva a cabo los programas de intervención de los pacientes que sufren disfagia. Los resultados fueron los siguientes:

- El 42,7% de los pacientes que fueron ingresados con disfagia fallecieron por diferentes motivos (disfagia, ACV, Traumatismos Craneoencefálicos, demencias, Parkinson...).
- El 18,2% mantuvieron la sonda de alimentación enteral en el momento del alta médica, por lo que este porcentaje de pacientes no mejoraron su función deglutoria durante el ingreso.
- El 3,9% permaneció en el mismo estado.
- El 35,2% tuvieron una mejoría en el proceso de deglución.

En este estudio se puede observar que un porcentaje elevado de sujetos que presentan disfagia fallecen durante su estancia en el hospital. Por otro lado, se puede observar que el porcentaje de personas que presentan una mejoría en el proceso deglutorio es menor que en los estudios anteriores.

ESTUDIOS	LUGAR	NÚMERO PACIENTES	TTO	RESULTADOS			
Jiménez, A.L., Lizarazo, A.M. y Ángel, L.F. (2004)	COLOMBIA	76	FONO-AUDIÓLOGOS	21% DEGLUCIÓN NORMAL	28,95% MEJORA DEGLUCIÓN	46,05% PERMANECE IGUAL	3,95% EMPEORA
Da Silva, E.M. y cols. (2009)	BRASIL	39	FONO-AUDIÓLOGOS	95% ALTA HOSPITALARIA CON DEGLUCIÓN POR VÍA ORAL O CON BUEN PRONÓSTICO PARA ELLO.			5% SONDA NASOGÁSTRICA O ENTERAL
Ferrero, M.I. y cols. (2009)	ESPAÑA	146	AUXILIARES DE ENFERMERÍA	35,2% MEJORA EN DEGLUCIÓN	3,9% PERMANECE IGUAL	18,2% SONDA ENTERAL	42,7% FALLECE

Tabla 5 Resultados de la intervención en disfagia.

Tras comparar los diferentes estudios, se pueden obtener una serie de conclusiones:

- En los casos en los que se lleva a cabo un programa de intervención logopédico, un porcentaje elevado de los sujetos con disfagia (50% - 95%) presenta mejorías en el proceso deglutorio.
- En los estudios en los que son los logopedas o fonoaudiólogos los encargados de realizar los programas de intervención de los pacientes con disfagia, el porcentaje de personas que mejoran en su proceso deglutorio es notablemente superior (50% - 95%) al del estudio que no es así (35,2%).
- El papel del logopeda en nuestro país no se encuentra lo suficientemente relacionado con la disfagia; los dos primeros estudios, ambos de Latinoamérica, están realizados por fonoaudiólogos y otorrinolaringólogos, mientras que el tercer estudio, realizado en España, está realizado por un enfermero, un nutricionista y un médico internista, siendo la figura del auxiliar de enfermería la encargada de realizar el programa de intervención para los pacientes que presentaban disfagia.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El principal inconveniente de esta revisión sistemática ha sido la falta de acceso a una gran cantidad de artículos, lo que ha dificultado el proceso de cumplimentación y análisis de datos, especialmente en el apartado “B. Frecuencia con la que aparece disfagia tras un ACV”. Una alternativa a este problema podría ser llevar a cabo un estudio con sujetos reales a los que poder realizar una evaluación, y a continuación una intervención para finalizar analizando los resultados que se han obtenido en la misma.

En este TFG, por un lado, se ha expuesto la relación entre los ACV y la disfagia, la sintomatología que tiene este trastorno deglutorio y el papel del logopeda ante la misma. Por otro lado, se ha realizado un análisis de datos acerca de la frecuencia con la que aparece disfagia tras un ACV y la eficacia de la intervención logopédica en la misma. Con toda esta información, a continuación se expondrán una serie de conclusiones.

Como se ha podido contrastar, el porcentaje de personas que tras un ACV cursan con una disfagia es elevado (entre el 45 y el 91% de los casos), según los ocho estudios analizados. Esto supone que un gran porcentaje de personas que han sufrido un ACV está en riesgo de sufrir alteraciones en el proceso de deglución.

Tal y como se ha visto anteriormente, las alteraciones en la deglución conllevan complicaciones severas en la seguridad y en la eficacia de este proceso, que pueden poner en peligro la vida del paciente, ya sea por desnutrición, deshidratación, obstrucción o aspiración acompañada de neumonía.

Además, tal y como se ha expuesto, el profesional encargado de realizar la evaluación y la intervención a estos sujetos es el logopeda, un hecho que en nuestro país no es común, realizando esta tarea otros profesionales que en principio están menos cualificados para ello.

Es en los centros de media y larga estancia donde se suelen hospedar los sujetos que han sufrido un ACV recientemente. Sin embargo, en muy pocos está presente la figura del logopeda, lo que imposibilita que se pueda realizar una adecuada evaluación e intervención a estos sujetos. Este es un aspecto arduo que se debería reivindicar, ya que como se ha observado, en el estudio realizado por Ferrero, M.I. y cols. (2009), en

el que la intervención no se lleva a cabo por un logopeda, el porcentaje de fallecimientos fue muy elevado (42,7%).

Por otro lado, en nuestro país, al logopeda no se le relaciona demasiado con la disfagia, habiendo casos en los que, a pesar de estar presente la figura del logopeda en un centro de media o larga estancia, la evaluación y la intervención con estos pacientes es llevada a cabo por otro profesional. Es notable la diferencia que se aprecia en este aspecto entre España y Latinoamérica. La gran parte de artículos y estudios que se han podido encontrar sobre la disfagia eran de origen latinoamericano, destacando siempre la importancia de estos profesionales en los hospitales y ante este síntoma.

Por último, y para concluir este apartado, destacar el papel que tiene el logopeda ante esta patología, así como la importancia de intentar que la figura de este profesional llegue a hospitales y residencias de ancianos, ya que son los centros donde existe un mayor porcentaje de personas que sufren disfagia tras un ACV.

6. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Aguilar, M. (2015). Evaluación diagnóstica de la disfagia y videodeglución. En Falduti, A., y Cámpora, H., Deglución de la A a la Z. Fisiopatología – Evaluación – Tratamiento (Pp 125-156). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal.
- Allue, S. (2014). Valoración del estado nutricional en personas de edad avanzada con disfagia y riesgo de desnutrición clínica. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- Argente, M., García, K., León, B. y cols (2015). Prevalencia de desnutrición en una unidad de media y larga estancia hospitalaria. *Nutr Hosp.* 2015; 31: 900-907
- Arias, A. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clin.* 2009; 70 (3): 25-40
- Bleeckx, D. (2004). Los trastornos de la deglución. En Bleeckx, D., Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución (Pp 25-29). España: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Cámpora, H., Falduti, A. y Hawkes, M. (2015). Respiración-deglución: Encrucijada Aerodigestiva. En Falduti, A., y Cámpora, H. (2015). Deglución de la A a la Z. Fisiopatología – Evaluación – Tratamiento (Pp 35-43). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal.
- Díez-Tejedor, E. y Soler, R. (1999). Concepto y clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. En Castillo, J., Alvarez-Sabin, J., Martí-Vilalta, J.L., Martines, E., Matías-Guiu, J., Manual de enfermedades vasculares cerebrales (2a edición). Prous Science. Barcelona; 1999.
- Díez-Tejedor, E., del Brutto, O., Álvarez-Sabín, J., Muñoz, M. y Abiusi, G. (2001). Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. *REV NEUROL.* 2001; 33: 455-464.
- Dolz, I. y Urdániz, N., (2013). Disfagia y atragantamientos en la enfermedad de Alzheimer: actuación y prevención. Asociación de Familiares enfermos de Alzheimer Navarra (AFAN). No publicado.

- Falduti, A., Cámpora, H. y Tanda, C. (2015). Disfagia orofaríngea: Técnicas propias del tratamiento. En Falduti, A., y Cámpora, H., Deglución de la A a la Z. Fisiopatología – Evaluación – Tratamiento (Pp 185-210). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal.
- Falduti, A., y Cámpora, H. (2015). Disfagia: clasificación y grados. En Falduti, A., y Cámpora, H., Deglución de la A a la Z. Fisiopatología – Evaluación – Tratamiento (Pp 47-52). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal.
- Ferrero, M.I., Castellano, E., Navarro, R. (2009). Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un Hospital de Media y Larga Estancia. *Nutr. Hosp. Madrid*, 2009; 24 (5): 589-595.
- Garmendia, G., Gómez, C., Ferrero, M.I. (2007). Diagnóstico e intervención nutricional en la disfagia orofaríngea: aspectos prácticos. Barcelona: Ed. Glosa.
- González, C., Casado, M^a. P., Gómez, A., Pajares, S., Dávila, R., Barroso, L. y Panizo, E. (2012). Guía de nutrición para personas con disfagia. *Belivearts* 2012; 1: 13-14.
- González, R. y Araya, C. (2000). Manejo fonoaudiológico del paciente con disfagia neurogénica. *Revista Chilena de Fonoaudiología*. 2000; 2: 49-61.
- González, R.V. y Bevilacqua, J. (2009). Disfagia en el paciente neurológico. *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 2009; 179: 252-262.
- González, R. y Toledo, L. (2000). Evaluación de la Deglución. No publicado.
- Groher, M.E. (1997). Mechanical disorders of swallowing. In Groher, M.E. *Dysphagia: Diagnosis y management* (3rd ed). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Guía Clínica; Ataque cerebrovascular isquémico del Adulto (15 años y más). Ministerio de Salud - Chile. *Serie Guías Clínicas MInSAL*. 2007; 37: 9-11
- Hawkes, M. (2015) Disfagia en enfermedades neurológicas En: Falduti, A., y Cámpora, H., Deglución de la A a la Z. Fisiopatología – Evaluación – Tratamiento (Pp 54-60). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal.
- Logemann, J. (1984). Evaluation and treatment of swallowing disorders. *NSSLHA Journal. Northwestern University, Evanston, IL*; 1984: 38-50.

- Logemann, J. (1988). Fisiología y fisiopatología de la deglución. *Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica*. 1988; 4: 637-640.
- Logemann, J. (2010). Mechanisms of Normal and Abnormal Swallowing. Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery. 5th ed. Amsterdam: Elsevier Inc 2010; 5: 688-693.
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., y Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*. 2005; 36: 66-63.
- Matsuo, K., y Palmer, J. (2008) Anatomy and Physiology of feeding and swallowing: normal and abnormal. *Phys Med Rehabil Clin N Am*; 2008: 691-707.
- Méndez, J. y Leiguarda, R. (1994). Enfermedades cerebrovasculares isquémicas y hemorrágicas. Santiago de Chile: Mediterráneo. 1994: 7-13.
- Micheli, F., Nogués, M., Asconapé, J., Fernández, M., y Biller, J. (2003). Tratado de Neurología clínica. Argentina: Panamérica. 2003: 392-394.
- Paciaroni, M., Mazzotta, G., Corea, F., y cols. (2004). Dysphagia following Stroke. *Eur Neurol*. 2004; 51: 162-167.
- Ramsey, D., Smithard, D., y Kalra, L. Silent aspiration: what do we know? Dysphagia. 2005; 20: 218-25.
- Rofes, L. (2014). Fisiopatologia, diagnòstic i noves estratègies terapèutiques per a la disfàgia orofaríngia neurògena o associada a l'envelliment. Tesis de maestría no publicada, Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina, Barcelona. Pp 24.
- Smithard, D., O'Neil, P., Parks, C. y Morris, J. (1996). Complications and outcome after acute stroke. *Journal of Stroke*. 1996; 27: 1200-1204.
- Velasco, M., Arreola, V., Clavé, P., Puiggrós, C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*. 2007; 1: 174-202.

WEBGRAFÍA

Villarejo, F. (2014, Abril, 25). Accidente Cerebrovascular. Recuperado el 6 de abril de 2016, de <http://www.cardiotemas.com/article.asp?articleid=14>

Pérez, G. (2011, Octubre, 31). Enfermedad Cerebrovascular, ¿es necesario un glosario?. Recuperado el 6 de abril de 2016, de http://acneurologia.blogspot.com.es/2011_10_01_archive.html

ESTUDIOS

Da Silva, E.M., Dacheux, E., Sampaio, R. y León, A. (2008). Evolução de Pacientes com Disfagia Orofaríngea em Ambiente Hospitalar. *Arq. Int. Otorrinolaringol., São Paulo*. 2009; 13: 55-62.

Ferrero, M.I., Castellano, E., Navarro, R. (2009). Utilidad de implantar un programa de atención a la disfagia en un Hospital de Media y Larga Estancia. *Nutr. Hosp. Madrid*, 2009; 24 (5): 589-595.

Florín, C., Menares, C., Salgado, F., Tobar, L. y Villagra, R. (2004). Evaluación de deglución en pacientes con accidente vascular encefálico agudo. No publicado.

Guillén-Solá, A., Martínez-Orfila, J., Boza, R., Monleón, S. y Marco, E. (2011). Cribaje de la disfagia en el ictus: utilidad de los signos clínicos y el método de exploración clínica de volumen viscosidad en comparación con la videofluoroscopia. *Rehabilitación (Madrid)*. 2011; 45(4): 292-300

Jiménez, A.L., Lizarazo, A.M. y Ángel, L.F. (2004). Estudio cuasiexperimental de la eficacia del manejo fonoaudiológico, en pacientes con disfagia hospitalizados en la clínica Carlos Lleras Restrepo. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb (Bogotá)* 2004; 52 (3): 179 -191.

Lendínez-Mesa, A., y cols., (2014). Disfagia orofaríngea: prevalencia en las unidades de rehabilitación neurológica. *Rev. Científica Sociedad Española Enfermería Neurol.* 2014; 39(1): 5-10

Leníndez, A., Agudo, S., Ribeiro, A. y cols. (2015). Disfagia orofaríngea en los pacientes con ictus hospitalizados en una unidad de neurorrehabilitación. Unidad de Neurorehabilitación. Fundación Instituto San José (Madrid). No publicado.

Mann, G., Hankey, G. y Cameron, D. (1999). Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. *Stroke*, 1999; 30 (4): 744-748.

Sala, R., Muntó, M^aJ., de la Calle, I., Preciado, T., Millares, A., Molla, R. y Alcaide, M. (1998). Alteraciones de la deglución en el accidente cerebrovascular: incidencia, historia natural y repercusiones sobre el estado nutricional, la morbilidad y la mortalidad. *Rev Neurol* 1998; 27 (156): 759-766.

Schelp, A., Cola, P., Gatto, A., Gonçalves, R. y de Carvalho, L. (2004). Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2004; 62: 503-506.

Wade, D. y Langton-Hewer, R., (1987). Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1987; 50: 177-182.

7. AGRADECIMIENTOS

Quisiera dedicar unas palabras de agradecimiento a aquellas personas que me han apoyado durante la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

Especialmente, citar a mi tutora Manuela Isabel Álvarez Alfageme por el detallado seguimiento y la constancia durante todo este tiempo, así como a Paula Giménez, Logopeda del Centro Hospitalario Benito Menni, ya que sin su trabajo y experiencia nunca me habría decantado por escoger una patología tan delicada como la disfagia.

Por otro lado, también agradecer la ayuda recibida por parte de mis compañeros y, como no, de la familia, ya que han sido un apoyo incondicional e imprescindible para la realización de este TFG.