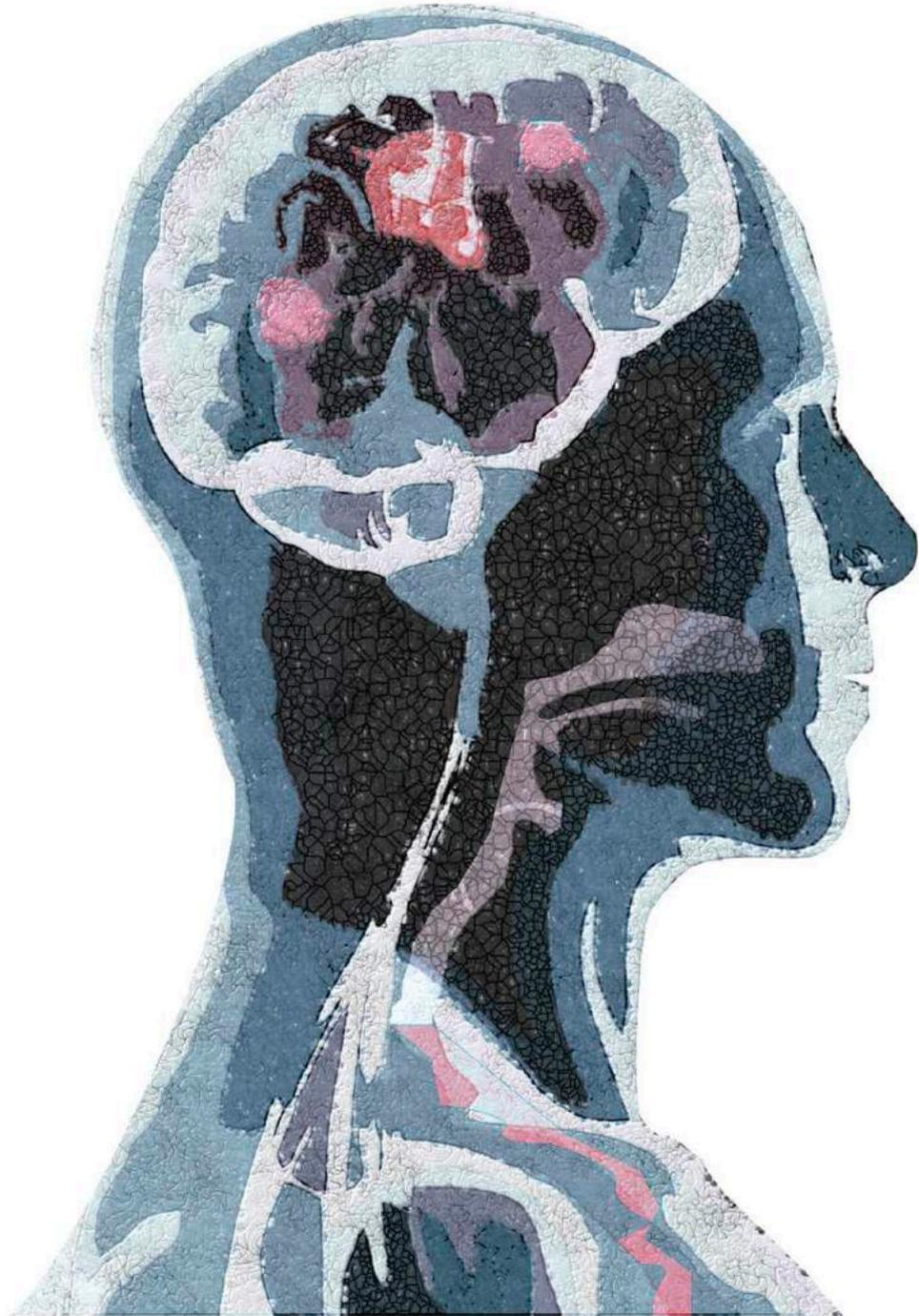


*Riesgo de disfagia en pacientes con Accidente  
Cerebro Vascular isquémico*



*Daniela Machado  
Tutora: Graciela Moscardi  
Asesoramiento Metodológico  
Noviembre 2015*





---

*"Nuestra recompensa se encuentra  
en el esfuerzo y no en el resultado.*

*Un esfuerzo total  
es una victoria completa."*

Mahatma Gandhi.



Dedicado a mis familiares, a mi pareja  
y a mis amigos por su apoyo incondicional.



A mis padres y hermanos por alentarme y apoyarme en este camino. Por enseñarme a que con esfuerzo, compromiso y responsabilidad las metas que uno se proponga en la vida podrán ser alcanzadas.

A mi gran compañero de vida, Tito, por disfrutar conmigo cada logro alcanzado, por su apoyo incondicional, su paciencia y su compañía.

A mis amigos por transitar este camino a mi lado, acompañarme en este proceso y por aconsejarme, escucharme y ayudarme en todo momento. Gracias.

A Vivian Minaard y Mariana González por su dedicación y paciencia, porque gran parte de este trabajo se los debo a ellas, siempre aconsejando y ayudando para que esta investigación refleje el gran esfuerzo compartido.

A mi tutora, Graciela Moscardi, por su buena predisposición y por sus correcciones.

A Agus De Aangelis por el diseño de esta investigación. Gracias por tu creatividad y por tu dedicación.

Al I.Na.Re.P.S por abrirme las puertas y darme la oportunidad de recabar información. A todos los pacientes y familias que cooperaron y participaron en esta investigación.

Agradezco a todos los que de alguna forma u otra ayudaron a que hoy por fin logre ser licenciada.

A la Universidad Fasta, por darme la posibilidad de llevar adelante mi sueño.



La disfagia es un trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos debido a una deficiencia en cualquiera de las etapas de la deglución. Se asocia a un gran número de afectaciones neurológicas, entre ellas el accidente cerebro vascular.

**Objetivo:** Determinar la presencia de disfagia en la etapa oral de la deglución y la sintomatología presente en los pacientes entre 40 y 70 años que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico, con un tiempo de evolución de 1 a 6 meses, en Mar del Plata, año 2015 en un instituto de rehabilitación.

**Materiales y métodos:** La investigación es de tipo no experimental, cualicuantitativa y el diseño es descriptivo. Se trabaja sobre una población específica, la misma está conformada por 20 pacientes entre 40 y 70 años de edad que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico. La muestra es no probabilística por conveniencia, se realizan preguntas abiertas, un cuestionario de disfagia y la evaluación de la etapa oral de la deglución.

**Resultados:** El 65% corresponde al sexo masculino y el 35% al sexo femenino, con una concentración de la muestra entre los 54 y los 67 años. El 75% de los encuestados presentaron riesgo de disfagia mientras que el 25% no presentó riesgo. Se observa mayor afectación en lo que respecta a comer fuera de casa, dificultad con sólidos, dificultad con pastillas, placer y tos al comer. El 65% presenta alteración en la ingesta y modificación de la alimentación. El 50% tiene déficit para deglutir sólidos y un 25% en ambas consistencias. El 40% percibe cambios en la voz y dificultades para compartir eventos y reuniones. En la etapa oral, los movimientos que representan mayor afectación son los labiales con el 53% de afectación parcial y el 40% de afectación total. Luego los movimientos linguales con un 53% de afectación parcial y 33% total.

**Conclusión:** El 75% de los pacientes que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico presentan riesgo de disfagia en la etapa oral de la deglución. Los síntomas que aparecen con mayor grado de afectación son los movimientos labiales, los movimientos linguales, babeo, movimientos del maxilar inferior, posicionamiento dental y residuos en la cavidad oral. No presentaron dificultad la sensibilidad lingual, posición de la mandíbula, forma del paladar, apneas y articulación temporomaxilar. El placer de comer se ve interferido por las alteraciones en la etapa oral de la deglución que impide a los pacientes alimentarse con naturalidad por la vía oral, llevándolos en muchas ocasiones al aislamiento, angustia, malestar y pérdida de peso.

**Palabras claves:** Accidente cerebro vascular isquémico, deglución, disfagia.



Dysphagia is a disorder in swallowing solid foods, semi-solid and / or liquid due to a deficiency in any of the stages of swallowing. It is associated with a number of neurological disorders, including stroke.

**Objective:** Determine the presence of dysphagia in the oral stage of swallowing and symptomatology in patients who suffered ischemic stroke between 40 and 70, with a time of evolution of 1-6 months in Mar del Plata, 2015 a rehabilitation institute.

**Materials and methods:** The research is not experimental, qualitative and quantitative descriptive design. It works on a specific population, it is made up of 20 patients between 40 and 70 years who suffered ischemic stroke. The sample is not probabilistic for convenience, open questions, a questionnaire evaluating dysphagia and oral stage of swallowing is performed.

**Results:** They have taken 20 patients of which 65% are males and 35% females with a sample concentration between 54 and 67 years. 75% of respondents had risk of dysphagia while 25% had no risk. The major alteration is observed in eating out, difficulty with solids, difficulty with pills, the pleasure of eating and coughing when eating. 65% have difficulties intake and dietary changes. 50% have difficulty swallowing solids and 25% in both consistencies. 40% perceived voice changes and difficulty sharing events and meetings. In the oral stage, the movements that have most affected are the lipsticks with 53% partial affectation and 40% total affectation. Then tongue movements with 53% partial involvement and 33% overall.

**Conclusion:** 75% of the patients suffering ischemic stroke are at risk for dysphagia during the oral stage of swallowing. the symptoms that appear with the greatest influence are the lip movements, tongue movements, drooling, mandibular movements, dental positioning and waste in the oral cavity. They haven't difficulty the lingual sensitivity, the position of the jaw, palate shape, apneas and temporomandibular joint. The pleasure of eating is interfered by alterations in the oral stage of swallowing that prevents naturally feed patients orally, leading in many cases to isolation, anxiety, malaise and weight loss.

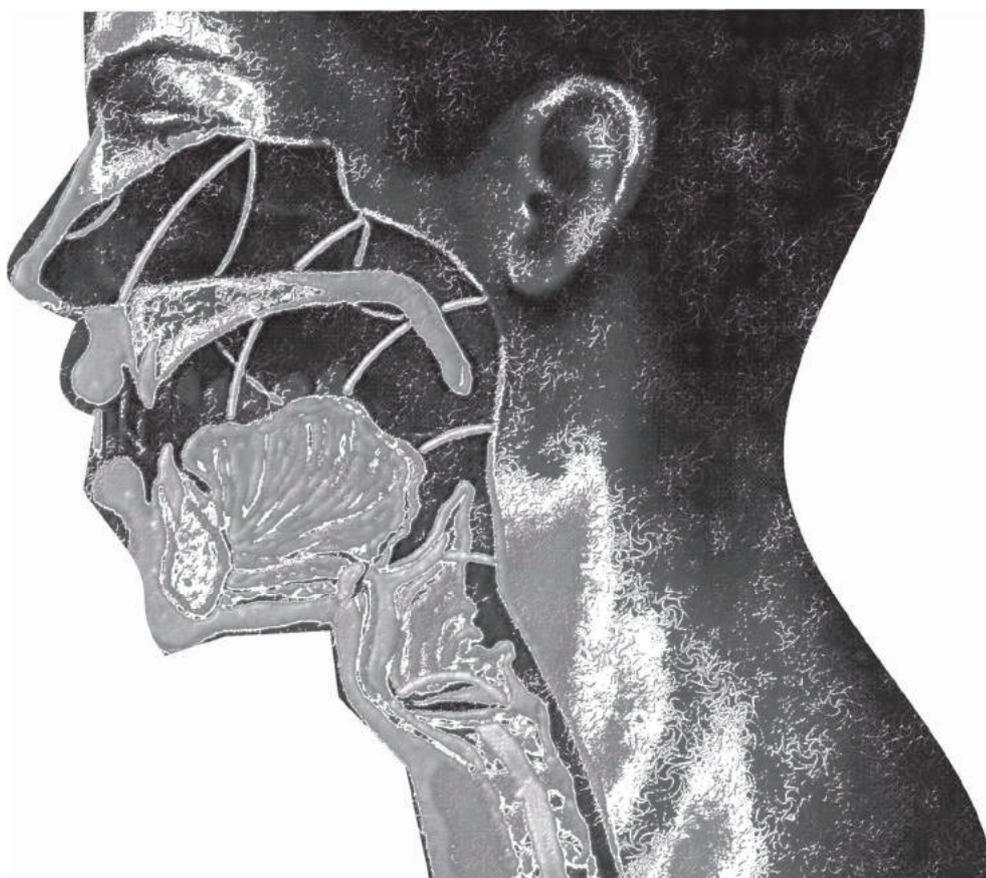
**Keywords:** Ischemic stroke, swallowing, dysphagia.

# Índice

<b>Introducción</b>	1
<b>Capítulo I</b>	
<i>Accidente cerebro vascular: "Reducción crítica del flujo sanguíneo".</i>	5
<b>Capítulo II</b>	
<i>Deglución normal y disfagia: "La alimentación, un riesgo inminente".</i>	15
<b>Diseño metodológico</b>	26
<b>Análisis de datos</b>	35
<b>Conclusiones</b>	79
<b>Bibliografía</b>	83



# Introducción



Daniela Machado



Según lo anunciado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2005, si se considera la totalidad de la población mundial el accidente cerebro vascular ocupa el segundo lugar como causa de muerte dado que ocasiona aproximadamente 4,6 millones de decesos por año.

*“Si se interrumpe el flujo de sangre hacia el cerebro, éste pierde su suministro de oxígeno y nutrientes, y ello produce en el tejido cerebral un daño que se conoce con el nombre de accidente cerebrovascular” (Barceló y otros 2005)<sup>1</sup>.*

Los accidentes cerebro vasculares son la tercera causa de muerte en países desarrollados, la causa más común de muerte por enfermedad neurológica, la primera causa de discapacidad severa en adultos y el principal diagnóstico de egreso en pacientes trasladados de hospitales a centros de rehabilitación. Existen dos tipos de accidentes cerebrales, el isquémico y el hemorrágico. Cambier y otros, en el año 2000<sup>2</sup>, refieren que la aparición de un accidente isquémico cerebral es consecuencia de la reducción crítica del flujo, que puede producir la oclusión parcial o total de una arteria cerebral.

*“La deglución normal se define como una compleja actividad neuromuscular producto de una serie de movimientos coordinados de distintos grupos musculares de la cavidad bucal, faringe y esófago, cuyo fin último es permitir que los líquidos y alimentos sólidos sean transportados desde la boca al estómago” (Logeman, 1988)<sup>3</sup>.*

La deglución es un conjunto de conductas ya que son varias las etapas que debe atravesar el ser humano para lograr completar el acto, las cuales son algunas voluntarias y otras involuntarias. La coordinación y precisión de estas conductas resulta fundamental para lograr un seguro, evitando el paso del alimento a la vía aérea, y eficaz, evitando la desnutrición y deshidratación, desenlace del acto de deglutir.

---

<sup>1</sup> Destacan que la causa más frecuente de obstrucción es la formación de depósitos de grasas en las paredes internas de los vasos que aportan sangre al cerebro.

<sup>2</sup> Afirman que la existencia de una cardiopatía isquémica aumenta de forma importante la probabilidad de que se produzca un accidente isquémico constituido.

<sup>3</sup> Agrega que para llevar a cabo esta actividad se necesita de órganos, tejidos y sistemas que actúen de forma coordinada e integrada para asegurar un funcionamiento normal, adecuado y eficiente.



Un síntoma común de encontrar en las personas que sufren un accidente cerebro vascular es la disfagia, definida como:

*“Un trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos debido a una deficiencia en cualquiera de las etapas de la deglución”* (Johnson y otros. 1993)<sup>4</sup>.

De acuerdo con las fases que intervienen en el proceso de deglución, la disfagia puede ser clasificada en disfagia preoral y oral, disfagia faríngea y esofágica. La disfagia preoral y oral se produce por problemas para iniciar la deglución o por alteraciones masticatorias que dificultan la formación del bolo alimenticio; el individuo puede evadir o rehusar alimentarse. Se presenta deficiente control de cabeza, sialorrea, excesivo movimiento de la boca, dificultad para coordinar la masticación, residuos de alimento en la boca, presencia de reflejos orales arcaicos, y algunas veces se acompaña de disartria.

La alimentación, además de ser el soporte principal para conservar la vida, también se relaciona con uno de los mayores placeres experimentados por el hombre. La disfagia es un problema de gran trascendencia en cuanto a la calidad de vida de los pacientes y en cuanto a la recuperación que puede producir en problemas de salud. La alimentación en nuestra cultura es de carácter social, en todas las esferas poder comer es señal de estar sano. Una adecuada nutrición es sinónimo de calidad de vida.

Es por ello que surge la necesidad de conocer la presencia de disfagia en la etapa oral de la deglución en pacientes que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico, y cuál es la sintomatología, en Mar del Plata, año 2015 en un instituto de rehabilitación.

Teniendo en cuenta que los accidentes cerebro vasculares son la primera causa de discapacidad severa en adultos y el principal diagnóstico de egreso hacia centros de rehabilitación, es importante que tanto familiares como profesionales dedicados al cuidado de estos pacientes conozcan las características de la disfagia y la sintomatología que puede presentarse en el adulto que sufre enfermedad cerebro vascular. No considerar las habilidades para la alimentación como algo fundamental en el ser humano sería privarlo de uno de los placeres más grandes de la vida.

---

<sup>4</sup> La deglución puede verse afectada por diferentes compromisos anatómicos, neurológicos y psiquiátricos.



Es por ello que surge el problema de investigación:

¿Cuál es la presencia de disfagia y su sintomatología en la etapa oral de la deglución en pacientes entre 40 y 70 años que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico, con un tiempo de evolución de 1 a 6 meses, en Mar del Plata, año 2015 en un Instituto de Rehabilitación?

El objetivo general es el siguiente:

Determinar la presencia de disfagia en la etapa oral de la deglución y la sintomatología presente en los pacientes entre 40 y 70 años que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico, con un tiempo de evolución de 1 a 6 meses, en Mar del Plata, año 2015 en un instituto de rehabilitación.

Los objetivos específicos del estudio son:

- Identificar pacientes con accidente cerebro vascular que presentan riesgo de disfagia en la etapa oral de la deglución.
- Analizar los síntomas de la disfagia en la etapa oral.
- Evaluar los síntomas que se presentan con mayor frecuencia.
- Indagar la percepción que tienen los pacientes frente a la disfagia.



# Capítulo I

*Accidente cerebro vascular: “Reducción crítica del flujo sanguíneo cerebral”.*



Daniela Machado



El cerebro es una gran masa de tejido blando compuesto de miles de millones de células nerviosas. Es el principal centro de control del organismo y nos permite ver, oír, saborear, oler, hablar y caminar. También es el centro de control de los pensamientos, las emociones, la memoria, el juicio y la conciencia. Las células nerviosas del cerebro necesitan un suministro constante de oxígeno y azúcar, los cuales son transportados por la sangre. Cuando la sangre no puede llegar a ciertas partes del cerebro, se interrumpe el suministro de oxígeno a esas zonas.

*“El accidente cerebro vascular es un déficit neurológico súbito, habitualmente focal, causado por disturbios en la circulación sanguínea cerebral”*  
(Carmona y otros, 2005)<sup>5</sup>.

Se denomina ictus, accidente cerebrovascular o apoplejía a la lesión neurológica aguda que se produce como consecuencia de los procesos patológicos que afectan a los vasos sanguíneos.

El cerebro recibe un 20% del gasto cardíaco. Aproximadamente 800 ml. de sangre circulan en el cerebro en cada minuto. Una gota de sangre que fluya a través del encéfalo tarda alrededor de 7 segundos para pasar de la arteria carótida interna a la vena yugular interna. Este flujo continuo se requiere debido a que el cerebro no almacena oxígeno ni glucosa, y de manera casi exclusiva obtiene su energía del metabolismo aeróbico de la glucosa sanguínea.

El flujo sanguíneo cerebral (FSC) es el suministro de sangre al cerebro en un momento dado. En el adulto el flujo sanguíneo cerebral es de 750 mililitros por segundo y el cerebro normal tiene una escasa capacidad para almacenar nutrientes por lo que demanda un elevado aporte de oxígeno y glucosa que se satisface mediante el FSC. El cerebro tiene la capacidad de autorregulación de este flujo en presencia por ejemplo de una elevación de la presión arterial. Es así que en diversas condiciones patológicas, como en el caso de una patología vascular cerebral, se puede observar una pérdida de la autorregulación donde la perfusión cerebral depende pasivamente de la presión arterial sistémica.

En el año 2006 Uribe<sup>6</sup> refiere que el estudio del accidente cerebro vascular ha progresado durante las últimas décadas, gracias a varios factores: en primer lugar por el avance en los conocimientos acerca del comportamiento fisiopatológico del tejido nervioso ante la isquemia y la hipoxia, que ha permitido desarrollar un nuevo arsenal de medidas preventivas y de tratamiento. En segundo lugar el gran desarrollo técnico de la imagenología

---

<sup>5</sup> Destacan que la denominación “ataque cerebral” pretende señalar la gravedad de la enfermedad y enfatizar la necesidad del rápido diagnóstico y tratamiento.

<sup>6</sup> Se refiere a enfermedad cerebro vascular como el resultado final de un heterogéneo grupo de procesos patológicos que afectan la vasculatura del sistema nervioso.



del sistema nervioso central, y de las técnicas de ultrasonido para el estudio del sistema cardiovascular. Estos adelantos permiten que los individuos puedan ser mejor estudiados, facilitando un abordaje preventivo, y en los casos de lesión neurológica, reducir al mínimo el daño neuronal y las secuelas.

Según la Organización Panamericana de la Salud, en el año 2002<sup>7</sup>, las cardiopatías isquémicas y los accidentes cerebrovasculares fueron las dos primeras causas de muerte en el mundo: los accidentes cerebrovasculares con un número estimado de defunciones de 5,5 millones (9,7% del total). Del total de 57 millones de defunciones en ese año, las enfermedades cardiovasculares en general representaron un 29%.

Micheli y otros, en el año 2003<sup>8</sup> mencionan que, según la epidemiología, los accidentes cerebro vasculares son la tercera causa de muerte en países industrializados después del cáncer y las afecciones cardiovasculares, y la causa de muerte más común por enfermedades neurológicas. La incidencia anual de esta enfermedad es de 1 a 2 por cada 1000 personas y su prevalencia es de alrededor de 5 por 1000. También aumenta con la edad y es más común en hombres que en mujeres.

Es de gran importancia conocer además, que las patologías vasculares cerebrales son la primera causa de discapacidad severa en adultos como así también el principal diagnóstico de egreso de hospitales a centros de rehabilitación.

Pebet<sup>9</sup> en el año 2003 refiere que la mortalidad de los accidentes cerebro vasculares durante los primeros 30 días es de aproximadamente 20% pudiendo llegar al 40% durante el primer año. Estos datos son extraídos de manera uniforme a través de la obtención de certificados de defunción, estando esta medida vigente en la mayoría de los países. Los datos que se pueden analizar son variados y muy interesantes ya que aportan datos como la edad, el sexo, la raza, la procedencia geográfica, la causa de muerte y la coincidencia de estados mórbidos que contribuyeron a la muerte. Es así que podemos visualizar de manera rápida algunos factores de riesgo, tanto modificables como no modificables, que veremos a continuación

---

<sup>7</sup> Menciona que aunque las enfermedades cerebrovasculares no tengan límites geográficos, socioeconómicos o de género, la mayoría son prevenibles y controlables.

<sup>8</sup> Refieren que las tasas medias de prevalencia ajustadas por edad en el año 1976 fueron de 998 por 100.000 habitantes en personas entre 45 y 65 años.

<sup>9</sup> Aclara que las conclusiones que se extraen de los certificados de defunción son muchas veces inciertos debido a la falta de confiabilidad en la exactitud del diagnóstico que aparece como causa de muerte.



Los factores de riesgo pueden definirse como:

*“Hábitos, caracteres y anomalías que se acompañan de un aumento notable de la susceptibilidad para el desarrollo de una enfermedad determinada”*  
(Micheli y otros, 2003)<sup>10</sup>.

Existen factores preexistentes que aumentan el riesgo y las posibilidades de que una persona sufra un ataque cerebrovascular. Estos factores son los que se conocen comúnmente con el nombre de factores de riesgo. Los mismos, dentro de la patología vascular cerebral, se clasifican en modificables y no modificables.

Los factores que se denominan modificables son la hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, dislipidosis, alcoholismo, enfermedades cardíacas, alteraciones de factores hematológicos, enfermedades cerebrovasculares previas, hormonoterapia, consumo de estimulantes, entre otros. Los factores denominados no modificables son principalmente la edad, el sexo, la raza y la herencia.

La hipertensión arterial, el término médico para la presión arterial alta, es el factor de riesgo número uno para los accidentes cerebro vasculares. Echeverría en el año 1985.<sup>11</sup> menciona que casi 78 millones de estadounidenses, es decir un 33% de la población, sufre presión arterial alta; unos 16 millones de personas ni siquiera saben que tienen esta enfermedad. Sin tratamiento, la presión arterial alta aumenta apreciablemente el riesgo de un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular.

*“El corazón bombea sangre a través de una red de arterias, venas y capilares. La sangre en movimiento empuja contra las paredes de las arterias y esta fuerza se mide como presión arterial”.* (Pizkorz, 1995).<sup>12</sup>.

La presión arterial alta es ocasionada por un estrechamiento de unas arterias muy pequeñas denominadas “arteriolas” que regulan el flujo sanguíneo en el organismo. A medida que estas arteriolas se estrechan o contraen, el corazón tiene que esforzarse más por bombear la sangre a través de un espacio más reducido, y la presión dentro de los vasos sanguíneos aumenta.

Puede afectar a la salud de cuatro maneras principales: por endurecimiento de las arterias, la presión en el interior de las arterias puede causar engrosamiento de los músculos que recubren la pared arterial y estrechamiento de las arterias; por agrandamiento del

---

<sup>10</sup> La forma más segura de abatir la morbimortalidad por esta patología consiste en una efectiva prevención de los factores de riesgo.

<sup>11</sup> Refiere que entre el 90% y 95% de los casos de presión arterial alta constituyen lo que se denomina hipertensión primaria o esencial.

<sup>12</sup> Menciona que la mayoría de las personas que sufren de hipertensión no presentan síntomas.



corazón, la presión arterial alta hace trabajar más al corazón, cuanto más grande sea éste, más sangre rica en oxígeno necesitará, pero menos podrá mantener una circulación adecuada; por daño renal, la presión arterial alta prolongada puede lesionar los riñones si el riego sanguíneo de estos órganos se ve afectado; y por último, por daño ocular, generándose rupturas en los pequeños capilares de la retina del ojo, ocasionando derrames.

Para remitirse a las causas es necesario nombrar dos tipos de accidentes cerebrovasculares, accidente cerebrovascular isquémico y accidente cerebrovascular hemorrágico.

Un accidente cerebro vascular hemorrágico ocurre cuando un vaso sanguíneo de una parte del cerebro se debilita y se rompe, lo que provoca que la sangre se escape hacia el cerebro. Algunas personas tienen alteraciones en los vasos sanguíneos del cerebro que hacen que esto sea más probable. Estos defectos pueden abarcar un aneurisma o una malformación arteriovenosa.

Zurrú y Casas Parera en el año 2005<sup>13</sup>, indican que la hemorragia intracraneana no traumática constituye la segunda causa de muerte súbita después del infarto de miocardio y, el 25% de los pacientes con este tipo de hemorragia fallecen en las primeras 24 horas. El sangrado puede ocurrir en el encéfalo, denominándose hemorragia intraparenquimatosa, en el espacio subaracnoideo, en el sistema ventricular, en la glándula hipófisis y, con menos frecuencia, en los espacios extradural y subdural.

*“La aparición de un accidente isquémico cerebral es consecuencia de la reducción crítica del flujo, que puede producir la oclusión parcial o total de una arteria cerebral” (Cambier y otros, 2000)<sup>14</sup>.*

Es decir que un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro es bloqueado por un coágulo de sangre. Esto puede suceder de dos maneras: accidente cerebrovascular trombotico y accidente cerebrovascular embólico. En el primero, la trombosis vascular in situ da por resultado la reducción de la luz del vaso y limitación del flujo. Se forma un coágulo en una arteria que ya está muy estrecha. En el segundo, la fragmentación y el desprendimiento de un trombo en el corazón o en un vaso que lleva a la oclusión embólica distal del vaso cerebral. Se puede desprender un coágulo en otro lugar de los vasos sanguíneos del cerebro, o en alguna parte en el cuerpo, y mueve hasta el cerebro.

---

<sup>13</sup> Aluden que en los países desarrollados la hemorragia intracraneana representa aproximadamente el 20% de los eventos vasculares encefálicos. En Argentina la cifra sería cercana al 30%, aunque no hay datos epidemiológicos concluyentes.

<sup>14</sup> Mencionan que alrededor del 30% de los pacientes que sufren un infarto cerebral han presentado anteriormente un ataque cerebral transitorio.



A través de alguno de estos mecanismos se produce la reducción del flujo sanguíneo cerebral, que al alcanzar niveles críticos provoca infarto cerebral en el territorio afectado. La supresión del aporte circulatorio de un tronco arterial conduce a la constitución de un reblandecimiento en el territorio correspondiente.

Según lo expuesto por Drackman en el año 1994.<sup>15</sup>, macroscópicamente no es visible lesión alguna durante las seis primeras horas. De las seis a las treinta y seis horas, la zona lesionada se reblandece, se vuelve más pálida y el límite entre la sustancia gris y la sustancia blanca queda borrado. En el curso de los días siguientes los límites del foco malácico se hacen precisos. El edema es constante y su importancia va ligada a la extensión del infarto.

La constitución de un infarto cerebral se manifiesta por la aparición brusca de un déficit neurológico cuyas características dependen del territorio arterial afectado. El déficit puede ser máximo desde el comienzo, lo que evoca particularmente un mecanismo embólico. Además, se asiste durante varias horas o días a un deterioro secundario del estado neurológico, en forma de brotes, evolución escalonada, o de forma progresiva. Este deterioro secundario puede estar relacionado con trombosis extensa, edema cerebral, transformación hemorrágica del infarto o incluso con factores sistémicos. Las cefaleas, a veces de aspectos migrañosos, pueden acompañar e incluso preceder, a la constitución del infarto.

*“La localización cerebral depende de la fisiopatología del accidente cerebro vascular” (Junqué y otros, 2004).<sup>16</sup>.*

Los síntomas del ataque cerebrovascular dependerán entonces, de qué parte del cerebro esté dañada.

En algunos casos, es posible que una persona ni siquiera se dé cuenta de que ha tenido un accidente cerebro vascular. Los síntomas generalmente se presentan de manera súbita y sin aviso o pueden ocurrir a intervalos durante el primero o segundo día. Por lo general son más graves apenas sucede el accidente cerebrovascular, pero pueden empeorar lentamente. Puede presentar un dolor de cabeza que comienza repentinamente, dolor intenso, ocurre en posición acostado y empeora cuando se cambia de posición o cuando se agacha, hace esfuerzo o tose.

---

<sup>15</sup> Agrega que en los infartos masivos, el edema puede agravar el pronóstico vital por un mecanismo de herniación.

<sup>16</sup> Refieren que la patología vascular cerebral es la más frecuente entre las diferentes enfermedades neurológicas y representa aproximadamente un 50% de las patologías neurológicas.



Los síntomas pueden abarcar:

**Cuadro Nº 1: Síntomas del accidente cerebro vascular.**

Cambios en la lucidez mental	Cambios en la audición	Cambios del gusto
Cambios en la sensibilidad	Torpeza	Pérdida de memoria
Dificultad para deglutir	Dificultad para leer o escribir	Falta de control de esfínteres
Mareos o sensación anormal de movimiento (vértigo)	Entumecimiento, hormigueo en un lado del cuerpo	Cambios emocionales, de personalidad y estado de ánimo
Pérdida del equilibrio	Pérdida de la coordinación	Problemas para caminar
Problemas con la vista, incluso disminución de la visión, visión doble o ceguera total	Debilidad muscular en la cara, el brazo o la pierna	Problemas para hablar o entender a otros que estén hablando

Fuente: Adaptado de Latchaw (2010).<sup>17</sup>

Los accidentes isquémicos pueden ser también clasificados según la evolución temporal de los síntomas siendo estos el ataque isquémico transitorio, ataque isquémico reversible, ataque isquémico en evolución y accidente cerebral completo. Un ataque isquémico transitorio es un déficit neurológico focal que se resuelve completamente en menos de una hora, habitualmente en quince minutos, sin lesión estructural objetivable.

*“El comienzo de los episodios transitorios suele ser brusco y, en muchos casos, se experimenta como sensaciones momentáneas de vértigo o mareo, o de disminución de la conciencia” (Kolb y otros, 2006).<sup>18</sup>.*

Se refiere a déficit neurológico isquémico reversible cuando nos referimos a un déficit neurológico focal que dura más de veinticuatro horas y que se resuelve con secuelas mínimas.

Un accidente cerebro vascular en evolución surge cuando el déficit neurológico se agrava luego del inicio, esto sucede habitualmente en las primeras horas y se debe a la progresión del proceso trombótico subyacente. Por último, un accidente cerebral completo es cuando el déficit neurológico establecido permanece sin cambios tempranos luego de la evaluación inicial.

<sup>17</sup> Manifiesta que los síntomas dependerán no solo de la localización de la lesión sino también de la gravedad del accidente.

<sup>18</sup> Mencionan que cuando la isquemia es transitoria se puede denominar insuficiencia cerebro vascular o isquemia transitoria, lo que indica que la naturaleza de este trastorno es variable en el tiempo.



Es importante mencionar que los síntomas de un accidente cerebro vascular isquémico son variables según la función de origen. Si el ataque isquémico grave es causado por émbolos que han circulado por los vasos sanguíneos hasta adherirse a una arteria en el cerebro, la aparición es repentina. Cuando la causa es una trombosis, coágulo de sangre formado en una arteria estrechada, la aparición es, por regla general, más gradual, en un tiempo que va de minutos a horas. En casos infrecuentes, progresa de días a semanas. Por regla general, el coágulo de sangre afecta al lado del cuerpo opuesto a su localización en el cerebro, con la consiguiente posible pérdida de sensibilidad en uno de los lados de la cara, en un brazo o pierna, o ceguera en un ojo.

Pueden producirse problemas de habla o de lenguaje si está afectado el hemisferio izquierdo del cerebro, aunque, en algunas personas, especialmente en aquellas que son zurdas, las facultadas del habla pueden verse afectadas por un coágulo localizado en el hemisferio derecho del cerebro. La víctima de una isquemia cerebral podría ser incapaz de expresar verbalmente pensamientos o de entender palabras cuando le hablan. Pueden sufrir convulsiones graves y posiblemente un coma.

Para salvar la vida del paciente, es crucial efectuar un rápido diagnóstico de la presencia y también del tipo de accidente cerebro vascular. Debayle en el año 2007.<sup>19</sup> refiere que el médico realiza un examen completo para verificar si hay problemas con la visión, el movimiento, la sensibilidad, los reflejos, la comprensión y el habla. El profesional y el personal de enfermería repetirán este examen con el tiempo para ver si el accidente cerebro vascular está empeorando o mejorando.

Gómez y otros, en el año 1997.<sup>20</sup> mencionan que la historia clínica del paciente con un probable accidente cerebro vascular debe hacer especial énfasis en algunos datos generales como la edad, el sexo, antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad cardíaca como fibrilación auricular, cardiomiopatías o enfermedades valvulares cardíacas; diabetes y el uso de algunos fármacos como antihipertensivos, anticoagulantes, estrógenos, entre otros. En el examen físico no debe faltar la auscultación cardíaca y vascular cervical, así como la palpación de los vasos cervicales.

En personas que han sufrido un ataque isquémico transitorio o pequeñas embolias, es importante determinar el origen de estos ataques para poder prevenir una embolia mayor. Para ello, suelen realizarse siempre un hemograma completo, una radiografía torácica y un electrocardiograma.

---

<sup>19</sup> Destaca la necesidad de realizar estudios complementarios como la angiografía por resonancia magnética o la angiografía por tomografía computarizada.

<sup>20</sup> Todo paciente con sospecha de enfermedad cerebro vascular debe tener al ingreso un cuadro hemático, un recuento plaquetario, un electrocardiograma, una radiografía de tórax, pruebas de función renal y electrolitos séricos.



Con respecto al diagnóstico de la enfermedad en cuestión, se debe completar una historia clínica detallada con particular énfasis en los factores de riesgo vascular y episodios de accidentes cerebro vasculares previos. Luego del examen físico general y neurológico se debe realizar una tomografía computarizada sin contraste. Este estudio, aunque frecuentemente negativo en las primeras horas, permite descartar hemorragias y otras etiologías como tumores o infecciones. Los indicios de que existe un evento isquémico normalmente aparecen en la TAC al cabo de unos días.

La rehabilitación de la persona con enfermedad cerebrovascular pretende desarrollar al máximo las capacidades físicas, psicológicas, sociales y vocacionales. Ayuda a que las personas aprendan de nuevo las habilidades que pierden cuando se daña parte del cerebro. También enseña nuevas maneras de realizar tareas para circunvalar o compensar cualquier discapacidad residual.

El elemento más importante en cualquier programa de rehabilitación es la práctica repetitiva cuidadosamente dirigida y bien enfocada, la misma clase de práctica repetitiva que toda persona realiza cuando aprende una nueva destreza. Según manifiestan Granger y otros en el año 1989.<sup>21</sup>, para el logro de esta aproximación integral se requiere la participación de un equipo interdisciplinario, entendido como un grupo de profesionales de la salud de diferentes disciplinas que comparten un objetivo en común, equipo conformado por un médico fisiatra quien hace las veces de coordinador, por terapeutas físicos, del lenguaje y ocupacionales, por enfermeras con entrenamiento en rehabilitación, por psicólogos y trabajadores sociales. Este equipo se encargará de realizar una evaluación integral de la persona y luego de determinar qué procesos deben llevarse a cabo para buscar la mayor independencia funcional de la persona, prevenir complicaciones, mejorar su calidad de vida y lograr su reintegro familiar, social y laboral.

La terapia de rehabilitación debe comenzar en el área de cuidados intensivos del hospital después de que se haya estabilizado la condición médica del paciente, a menudo entre 24 a 48 horas después del ataque cerebro vascular. Los primeros pasos comprenden promover el movimiento independiente ya que muchos pacientes están paralizados o seriamente debilitados. A los pacientes se les instruye para que cambien de posición frecuentemente mientras que estén acostados en la cama y que participen pasiva o activamente en ejercicios de alcance para aumentar su movilidad y fortalecer sus extremidades lesionadas por la apoplejía. La primera etapa en el retorno a una independencia funcional del sobreviviente de un ataque cerebro vascular constituye en comenzar a readquirir la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria.

---

<sup>21</sup> Insisten en la importancia de que los procesos de rehabilitación comiencen en la fase aguda de la enfermedad y continúen hasta que la persona logre la mayor recuperación funcional e independencia.



Los tipos y grados de discapacidad dependen del área del cerebro que ha sido dañada. Generalmente, puede causar cinco tipos de discapacidades: parálisis o dificultad para controlar el movimiento, perturbaciones sensoriales incluyendo dolor, problemas para usar o comprender el idioma, problemas con el pensamiento y la memoria, perturbaciones emocionales.

Por último, es importante intentar hacer un pronóstico de la evolución del paciente, ya que ello puede permitir una mejor planeación de las acciones a tomar. Entre los factores de mal pronóstico están el daño cerebral bilateral, la demencia, la edad avanzada, el antecedente de una enfermedad cerebrovascular previa, las enfermedades concomitantes, los déficit perceptuales o cognoscitivos, la parálisis flácida mayor de dos meses, la negligencia atencional prolongada, la incontinencia vesical o intestinal que dure más de cuatro semanas, un estado de coma que dure más de cuatro semanas, la afasia severa, el reposo prolongado en cama, la depresión, las enfermedades asociadas, y un lapso de grande entre la lesión y el inicio del proceso de rehabilitación.

Son factores positivos en el pronóstico, el nivel académico y laboral previo, la motivación del paciente, un entorno familiar de soporte adecuado y un inicio precoz de la rehabilitación. Desde el punto de vista estadístico y haciendo referencia a lo expuesto por Wallace en el año 1994<sup>22</sup>, entre un 30 a un 50 % de los pacientes experimentan recuperación luego de un episodio de hemiplejía secundario a enfermedad cerebrovascular. La prevalencia de la hemiparesia disminuye del 73% al inicio a un 37 % al año de seguimiento, la afasia de 36% a un 20%, la disartria de 48% a un 16 %, la disfagia del 13% al 4% y la incontinencia del 29% al 9%. En general, la mayor parte de la recuperación ocurre entre los primeros tres a seis meses de la lesión, aunque luego puede presentarse una recuperación mínima.

---

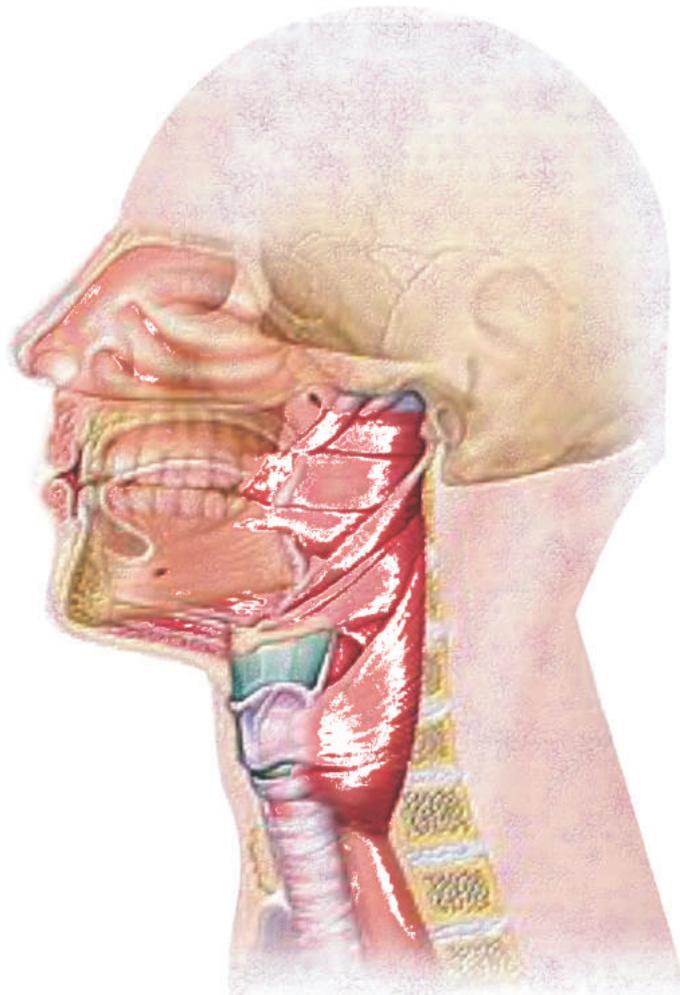
<sup>22</sup> Agrega que en la hemiplejía el inicio de la función motora voluntaria en las primeras dos semanas de la lesión se asocia a una recuperación buena.



# Capítulo II

*Deglución normal y disfagia:*

*“La alimentación, un riesgo inminente”*



Daniela Machado



La alimentación es una actividad básica y necesaria para el ser humano, ya que permite tanto la supervivencia como el crecimiento y el desarrollo del individuo. Esta actividad está relacionada no sólo con la ingesta de alimento, sino también con la experimentación de diferentes sensaciones en el momento de alimentarse.

*“La deglución normal consiste en un conjunto de conductas fisiológicas destinadas a trasladar alimento, líquido u otras sustancias, de modo seguro y eficaz desde la boca hasta el estómago” (Roemmers, 1996)<sup>23</sup>.*

La coordinación y precisión de las conductas implicadas en la deglución resulta fundamental para lograr un seguro, evitando el paso del alimento a la vía aérea, y eficaz, evitando la desnutrición y deshidratación, desenlace del acto de deglutir.

Ganong en el año 2002<sup>24</sup> afirma que la deglución es gatillada en el individuo normal aproximadamente unas 600 veces por día; 200 veces al comer y beber, 350 mientras se está despierto sin alimento y 50 mientras se duerme.

*“La deglución, presente desde la octava semana de gestación, es una función vital y necesaria para garantizar la supervivencia del individuo” (Queiroz Marchesan, 1998)<sup>25</sup>.*

Es un acto que madura durante el crecimiento del niño hasta lograr una deglución adulta. Es decir que el recién nacido realiza una secuencia de movimientos que le permiten succionar el pecho de la madre para poder alimentarse con la leche materna, debe aprender a coordinar los mecanismos de succión-deglución-respiración simultáneamente y luego, en etapas posteriores y junto con la maduración de las estructuras estomatognáticas, lograr un control masticatorio, ya habiendo desaparecido el reflejo de succión, y así de a poco llegar a coordinar los movimientos que implica la deglución madura, adulta.

La deglución de un adulto, en su normalidad, comprende una serie de conductas diferentes, utilizadas en distintos contextos y tendientes a mover alimento, líquido o saliva. Las consistencias sólido, semisólido y líquido, sufren modificaciones de acuerdo con el volumen, la viscosidad y otras características de la materia a tragar. Todas estas conductas deglutorias implican e incluyen varios elementos fisiológicos comunes como son por ejemplo la protección de la vía aérea para impedir la entrada de cualquier alimento, la apertura del

---

<sup>23</sup> Señala que la deglución sufre modificaciones de acuerdo con el volumen, la viscosidad y otras características de la materia a tragar.

<sup>24</sup> Hace referencia al término “aerofagia” definiéndola como una fracción de aire que inevitablemente se deglute durante el proceso de la ingestión de alimentos y bebidas.

<sup>25</sup> Menciona que los niños degluten menos que los adultos, siendo el promedio en los niños de 600 a 1.000 veces por día, mientras que en los adultos es de 2.400 a 2.600 veces.



esfínter esofágico superior para facilitar el pasaje de alimento al esófago y la aplicación de presión sobre el alimento para empujarlo desde la boca hacia la faringe y el estómago.

Para poder entender y comprender mejor la deglución normal, es necesario tener en cuenta que la misma se divide en etapas o fases, más precisamente en cuatro etapas, desde que el alimento ingresa a la boca hasta que llega al estómago. Se denominan: fase oral preparatoria, fase oral, fase faríngea y fase esofágica, teniendo en cuenta la clasificación propuesta por Cámpora en el año 2001.

La primera de estas fases se nombra preparatoria ya que consiste en tomar los alimentos y llevarlos a la boca por medio de un gesto adaptado, preciso, regular y automático. Lógicamente la fase preparatoria, voluntaria, precede a las demás ya que permite depositar el alimento en la cavidad oral teniendo en cuenta y siendo indispensable una buena apertura bucal y un buen estado del músculo orbicular de los labios ya que éste se encarga de recolectar el alimento atrapando la cuchara o utensilio utilizado durante el acto.

*“La presencia de un bolo de alimento dentro de la boca causa un reflejo inhibitorio de los músculos de la masticación por lo cual el maxilar inferior es descendido” (Cámpora, 2001).<sup>26</sup>*

Este descenso por su parte va a iniciar un reflejo de estiramiento de la mandíbula que lleva a una contracción rebote; se provoca luego el cierre de los dientes comprimiendo el bolo en el revestimiento de la boca inhibiendo así la musculatura una vez más permitiendo a la mandíbula descender y rebotar. Es así que el alimento es triturado gracias a estos movimientos continuos y rítmicos. Este proceso se lleva a cabo gracias al cierre de la primera válvula conformada por los labios logrando que el alimento permanezca dentro de la boca.

Logeman en el año 1988<sup>27</sup> plantea que esta etapa consiste en la coordinación de: cierre de los labios, movimientos rotatorios y laterales del maxilar inferior, tono bucal o facial, movimientos rotatorios y laterales de la lengua, abombamiento del paladar blando hacia delante para ampliar la cavidad nasal y ampliar el espacio bucofaríngeo, evitando así la posibilidad de escurrimiento prematuro de los alimentos hacia la faringe. Al concluir esta etapa, la lengua reúne todos los fragmentos de alimento que se encuentran en la boca en una sola masa o bolo que permite iniciar la deglución.

La fase oral es la siguiente, voluntaria y consciente, por ello puede ser interrumpida y puede acelerarse. Aybar en el año 2005<sup>28</sup> refiere que esta etapa inicia cuando la lengua se

---

<sup>26</sup> Agrega que en la fase preparatoria el alimento es ingresado a la boca y es triturado por las muelas a través del reflejo masticatorio.

<sup>27</sup> Agrega que participan en el control y coordinación de estas acciones musculares los pares craneales V, VII, X, XI y XII.

<sup>28</sup> Hace especial hincapié en los movimientos anteroposteriores de la lengua para la correcta formación y empuje del bolo alimenticio hacia la faringe.



mueve hacia arriba y atrás estableciendo contacto con el paladar, lo que permite formar una cavidad central que actúa como una rampa que impulsa el bolo buscando la entrada de la faringe. Dentro de esta fase, se pueden encontrar dos grandes acciones cronológicas encadenadas que se llevan a cabo gracias a la acción y coordinación de músculos y estructuras intervinientes. Estas acciones son la preparación y la propulsión del bolo alimenticio.

En la fase oral los alimentos llevados a la boca son cortados, desgarrados y triturados por los dientes, esto es la masticación. La lengua con gran agilidad y flexibilidad permite llevar el alimento a los dientes asegurando igualmente la formación del bolo alimenticio. Se debe tener en cuenta el tamaño y el volumen del bolo ya que la formación del mismo dependerá de ello. Así, sólo los residuos suficientemente apropiados para formar un bolo correcto se juntan y mezclan con la saliva. La coordinación entre el músculo buccinador, que da volumen a las mejillas, y la lengua es indispensable para la limpieza de los surcos gingivomales.

En la segunda acción, el bolo es empujado por un movimiento de elevación de la lengua, más precisamente del ápice lingual, y propulsión anteroposterior. Alcanza así el istmo de las fauces, espacio delimitado por los pilares posteriores del velo del paladar. La masa muscular de la lengua recoge entonces el bolo desencadenando movimientos para transportarlo a la faringe. El velo del paladar se encuentra descendido durante este momento y asegura la continencia bucal con la base de la lengua, formando así el esfínter bucal posterior. El istmo de las fauces delimita el paso de la fase bucal a la fase faríngea.

Las primeras fases de la deglución son voluntarias, las dos siguientes fases del acto de deglutir son involuntarias y reflejas, por lo cual no pueden ser interrumpidas voluntariamente.

La fase faríngea se desencadena con el reflejo de deglución y ocurre en menos de uno o dos segundos.

*“Este reflejo está compuesto por una compleja serie de acontecimientos y sirve tanto para impulsar el alimento a través de la faringe y el esófago como para impedir el paso del mismo a las vías respiratorias” (Pedreño, 2006)<sup>29</sup>.*

Tanto como se inicia este reflejo se provocan múltiples consecuencias. Los músculos milioideo, genioideo y digástrico del suelo de la boca, elevan la lengua hacia el paladar duro, por lo que se está en presencia de la segunda válvula. La base de la lengua hace presión contra el paladar blando y la pared posterior de la faringe por medio del músculo estiloso e hipogloso. El velo del paladar abandona su posición baja de unión con la raíz de la lengua para elevarse y cerrar la parte nasal de la faringe, evitando de este modo los reflujos sobre el nivel suprayacente. Se está aquí, frente a la tercera válvula.

---

<sup>29</sup> Afirma que el bolo alimenticio activa los receptores sensoriales orofaríngeos, los cuales inician la fase involuntaria o reflejo de deglución.



La función respiratoria se interrumpe por una fracción de segundos en algún punto del ciclo. Esta apnea está perfectamente coordinada con la deglución. Es importante destacar que la deglución va precedida y seguida de una espiración. La raíz de la lengua retrocede para proteger más la laringe y propulsar los alimentos que han penetrado en la parte oral de la faringe. El peristaltismo se pone en marcha empujando así el alimento hacia el esófago. Guyton en el año 2006<sup>30</sup> menciona que la elevación de la laringe desplaza la glotis protegiendo la entrada de alimentos al interior de la tráquea. La epiglotis desciende para asegurar la estanquidad de la laringe y las cuerdas vocales se cierran. Este proceso forma la cuarta válvula.

El esfínter superior del esófago (ESE) se dilata para dar paso a los alimentos. Cuando el bolo alimenticio entra en la faringe el cricofaríngeo se relaja permitiendo el paso del alimento hacia el esófago. Esta es la quinta válvula.

La última fase de la deglución es la esofágica. La misma comienza con el paso del alimento al esófago. El peristaltismo esofágico propulsa el bolo hacia su parte distal, donde el esfínter inferior regula la entrada en el estómago. Mann en 1995<sup>31</sup> menciona que la fuerza de gravedad es de gran ayuda en el descenso de líquidos y semisólidos, sin embargo, en los sólidos su papel es totalmente secundario. Con esta fase se da comienzo al proceso de la digestión.

Caracterizadas las etapas de la deglución, resulta importante conocer también el centro y control nervioso de la misma.

*“Los estudios de estimulación han demostrado regiones en el tallo encefálico, sobre todo en la protuberancia y el bulbo, que activan el reflejo de la deglución cuando son estimulados” (Randall y otros, 1998)<sup>32</sup>.*

El primer elemento de control es el tronco encefálico. Los centros implicados en la deglución se encuentran en la parte media, en el romboencéfalo, bulbo, que coordina la progresión ordenada del programa de deglución. Una vez que el centro es activado el programa entero es realizado. El centro de la deglución puede ser activado por impulsos aferentes de la corteza cerebral, es decir deglución voluntaria, y por receptores periféricos de la boca y faringe, reflejo deglutorio.

El tronco encefálico organiza los actos reflejos de la deglución mientras que el control cortical permite las actividades voluntarias como son deglutir, controlar la respiración, realizar

---

<sup>30</sup> Agrega que las cuerdas vocales se aproximan hacia la línea media para proteger la vía aérea.

<sup>31</sup> Resalta en esta etapa que la laringe, epiglotis, hioides, paladar blando y lengua regresan a su posición original, además de reanudarse la respiración previamente interrumpida en la etapa faríngea.

<sup>32</sup> Los núcleos motores de muchos de los músculos involucrados en la deglución también se localizan en el tallo encefálico.



una apnea o toser. Los núcleos grises aseguran el aspecto automático de la función. El sistema cerebeloso por su parte tiene como función la perfecta sincronización de las sinergias complejas; por ejemplo: buccinador-masetero-lengua durante la fase de preparación del bolo alimenticio.

La deglución, como tal, depende del correcto funcionamiento de seis pares craneales.

*“Dichos nervios constituyen el aspecto automático de la deglución, que es el primero en aparecer en el niño pequeño” (Bleeckx, 2004).<sup>33</sup>.*

Estos nervios craneales son los siguientes: Trigémino (V), Facial (VII), Glossofaríngeo (IX), Neumogástrico (X), Espinal (XI) e Hipogloso (XII).

Entendida la fisiología y el control nerviosos de la deglución se puede revisar las alteraciones que afectan a esta función. Según Falduti, en el año 2012.<sup>34</sup>, los trastornos en la deglución se han extendido a lo largo del tiempo debido al incremento en la esperanza de vida mundial y a los avances de las Ciencias Médicas que han reducido la mortalidad de algunas patologías.

*“El proceso de la 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” (González y Araya, 2000).<sup>35</sup>.*

Es decir que la dificultad para tragar alguna de las consistencias, como son líquidos, sólidos y/o semisólidos, puede aparecer por deficiencia en cualquiera de las cuatro etapas de la deglución. La disfagia es un problema de gran trascendencia en cuanto a la calidad de vida de los pacientes y en cuanto a la repercusión que puede producir en problemas de salud.

La alimentación, además de ser el soporte principal para conservar la vida, también se relaciona con uno de los mayores placeres experimentados por el hombre.

Se asocia con un gran número de afectaciones neurológicas, como por ejemplo, lesiones traumáticas cerebrales, parálisis cerebral, accidente vascular cerebral, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, demencia, miastenia gravis, esclerosis múltiple, enfermedad neuronal motora, cáncer de garganta y boca, lesiones de cabeza y cuello, enfermedades de los pares craneales. Puede darse en personas mayores

---

<sup>33</sup> Menciona que el tronco encefálico recibe sus primeras aferencias sensitivas procedentes de la esfera orofaríngea desde la séptima semana de vida embrionaria.

<sup>34</sup> Resalta la importancia del estudio, evaluación y tratamiento adecuado de la disfagia para reducir la morbimortalidad que esta acarrea.

<sup>35</sup> Consideran que, cualquiera sea el origen del déficit, es la exploración funcional del trastorno la que permite la elaboración del plan terapéutico.



sanas debido a los cambios que se producen en la orofaringe por las causas propias del envejecimiento, o en individuos con afectación neurológica subclínica. En ocasiones suele estar relacionado con la toma de diferentes medicaciones.

Serrano Ríos en el año 2004.<sup>36</sup> afirma que el 45% de las personas que padecen patologías como las mencionadas tienen dificultades al tragar. Este porcentaje aumenta hasta el 65% en el caso de las personas que viven en clínicas o residencias. La disfagia puede ocasionar complicaciones como ser desnutrición, deshidratación, neumonías y/o obstrucción de la vía aérea superior.

Las lesiones pueden situarse a cada nivel de comando. Por consiguiente, los déficit en la alimentación aparecen en los daños del tronco encefálico, las lesiones supranucleares, las patologías de los núcleos grises, los síndromes cerebelosos, las lesiones periféricas de los nervios craneales relacionados con la alimentación.

Gran número de pacientes con enfermedad cerebrovascular padecen de disfagia, por lesiones de hemisferios o del tronco cerebral, lo que, además de contribuir a un mal pronóstico en términos de morbilidad y recuperación funcional por las complicaciones que acarrea, es causa importante de afectación del estado nutricional, con incremento de la desnutrición intrahospitalaria.

*“La disfagia afecta entre 22 y 65 % de los pacientes después de un accidente cerebrovascular y puede persistir durante algunos meses” (Rubiera y otros, 2009)<sup>37</sup>.*

La misma se observa en 24 a 45 % de personas con trastornos neurológicos en general, pero en un estudio realizado por Wanklyn en Cuba en el año 2008.<sup>38</sup> con 105 pacientes con enfermedad cerebrovascular, se encontró un 13 % en pacientes con lesiones hemisféricas unilaterales, y hasta un 71 % con lesiones bilaterales de tronco. También se ha encontrado el 30 % de pacientes conscientes que tienen dificultad para deglutir en el primer día después del ACV, pero el porcentaje de disfagia en estos pacientes varía mucho, según el tamaño y la localización del infarto o hemorragia. La localización cerebral puede interrumpir el control voluntario del acto de la masticación y del transporte del bolo alimenticio durante la fase oral, específicamente las lesiones corticales situadas en el gyrus precentral se manifiestan por disfunción contralateral de la motilidad facial, labial y lingual, así como

---

<sup>36</sup> Menciona que la disfagia se incluye entre los 50 motivos más frecuentes de consulta en atención primaria en adultos.

<sup>37</sup> La detección es una parte importante del tratamiento en la fase aguda del ictus, ya que constituye un marcador de mal pronóstico en términos de morbilidad y recuperación funcional.

<sup>38</sup> Manifiesta que el paciente con disfagia está en peligro potencial de desnutrición energético-proteica y su evolución neurológica y la de todos los sistemas de órganos están en un alto grado de riesgo.



compromiso de la peristalsis faríngea. Robins y colaboradores en Estados Unidos en el año 2008<sup>39</sup> realizaron un estudio en enfermos con disfagia después de un ACV, se ha visto que ésta es, a menudo, transitoria, lo que puede explicar la amplia variación referida acerca de su prevalencia, entre un 28 % y 73%. Durante la rehabilitación, la incidencia de disfagia se reduce desde un 47 % entre las dos a tres primeras semanas, a un 17% entre el segundo y el cuarto mes.

*“Independientemente de la correlación anátomo clínica de la disfagia en el infarto cerebral, el factor más importante es el tamaño de la lesión, principalmente en la circunvalación anterior, aunque existen áreas subcorticales que resultan cruciales para la deglución como el tálamo, el segmento superior de la corona radiada, la cápsula interna y los ganglios basales” (Rubiera y otros, año 2009).<sup>40</sup>*

Se hace referencia a los síntomas, estos son múltiples y muy variados sumamente dependientes de la localización de la lesión y la etiología. Puesto que son muchos los problemas que pueden influir en la capacidad para deglutir, se consideran los síntomas más frecuentes que aparecen en las personas con disfagia.

Entre los síntomas objetivados se destacan: babeo, dificultad para abrir la boca, alimento expulsado de la boca, reflujo nasal, nariz sucia, estornudo, flujo nasal, presencia de tos antes, durante o después de la deglución, dolor o molestia detrás de la lengua o en la garganta, impresión de bloqueo de los alimentos, voz mojada, carraspera, disnea durante o después de las comidas, vómitos, deterioro del estado general, regurgitaciones, cianosis, síndrome de dificultad respiratoria del adulto (Bleeckx, 2004).<sup>41</sup>

Las principales características clínicas asociadas con disfagia en pacientes con ACV son: alteración del reflejo nauseoso, trastorno de la tos voluntaria, disfonía, cierre labial incompleto, parálisis de nervios craneales.

Según la o las etapas de la deglución que se vean afectadas, se presentarán diferentes alteraciones objetivables en el paciente teniendo en cuenta lo propuesto por Ashbaugh Enguídanos en el año 2006<sup>42</sup>. Si la alteración se encuentra en la etapa oral preparatoria se observará reducido cierre labial, dificultad lingual para formar y controlar el bolo, falta de sensibilidad oral, reducidos movimientos laterales y verticales de la mandíbula, falta de tensión bucal.

---

<sup>39</sup> Aclaran que independientemente de la correlación anatomoclínica de la disfagia en el infarto cerebral, el factor más importante es el tamaño de la lesión.

<sup>40</sup> Mencionan que la depresión de la conciencia es un factor común en enfermos con diferentes trastornos neurológicos y no exclusiva de los accidentes cerebro vasculares.

<sup>41</sup> Estos síntomas deben hacer sospechar la presencia de disfagia pero no permiten demostrarla.

<sup>42</sup> La disfagia significa también un trastorno deglutorio indoloro, por lo que debe diferenciarse de la odinofagia.



Como consecuencia se verá incapacidad para retener el bolo dentro de la cavidad oral anterior; incapacidad para retener el bolo dentro de la cavidad oral posterior; dificultad para formar el bolo, residuos de alimento en el sulcus anterior y lateral, retención anormal del bolo.

Si la alteración se manifiesta en la etapa oral se observará reducido y desorganizado movimiento de anterior a posterior de la lengua, falta de tensión bucal, escasa tensión del velo, reducida elevación o fuerza lingual, reducida coordinación lingual, apraxia de la deglución, reducida sensación oral, o falta de reconocimiento del bolo, es decir agnosia oral táctil para la comida. Se verá aumento del tiempo del tránsito oral, pérdida del bolo hacia la faringe, posible aspiración antes de que se produzca el reflejo, salida del alimento fuera de la boca, paciente incapaz de mantener el bolo en el dorso de la lengua.

Resulta de suma importancia en este momento conocer y entender la diferencia entre penetración y aspiración.

*“Se entiende por penetración cualquier entrada de alimento al vestíbulo laríngeo: el alimento utiliza vías normalmente reservadas al paso del aire y protegidas por la epiglotis. La aspiración se define como el paso de residuos alimentarios bajo el plano de la glotis. En ese momento, tienen abierta la puerta hacia la tráquea y los bronquios” (Bleeckx, 2004).<sup>43</sup>*

Una serie de mecanismos evitan estos fenómenos de penetración y aspiración, pero pueden estar parcial o totalmente deprimidos por las lesiones. La tos permite en algunos casos limitar la cantidad de alimento que penetra en las vías respiratorias superiores.

*“La tos es un reflejo involuntario del cuerpo para mantener despejadas las vías respiratorias” (Segado Obesso, 2012).<sup>44</sup>*

La tos sirve, en primer lugar, para proteger las vías respiratorias de elementos extraños y para evacuar los productos del organismo. Estos dos puntos tienen importancia para la persona con disfagia que cuenta con una tos eficaz para evitar las aspiraciones. De todos modos es importante entender que la ausencia de la misma no significa la ausencia de falsa vía, sino que puede ser silenciosa y pasar desapercibida al estar alterado el reflejo tusígeno.

Con respecto al diagnóstico de la disfagia, existen diferentes exámenes en la evaluación. Dentro de los más importantes se encuentran la evaluación clínica, cabecera del paciente, y los estudios complementarios como son la videofluoroscopia y la videoendoscopia diagnóstica.

---

<sup>43</sup> La falsa vía se define en función de su momento de aparición en relación con el reflejo de deglución.

<sup>44</sup> Aclara que además de la reacción involuntaria de la tos, también se puede toser de forma consciente.



En algunos casos los hallazgos en la evaluación clínica pueden ser consistentes con un diagnóstico previo, y esta evaluación ser suficiente para establecer un plan de tratamiento efectivo. Los exámenes complementarios para estudiar la disfagia son la videofluoroscopia y la videoendoscopia diagnóstica. Malagelada en el año 2004.<sup>45</sup> estima que la causa de la disfagia se puede determinar con una exactitud de aproximadamente el 80% en base únicamente a la historia clínica.

Desde el punto de vista clínico podemos distinguir la disfagia como síntoma aislado y, por otra parte, la presencia de síntomas acompañantes que nos alertarán sobre la existencia de posibles etiologías o complicaciones.

*“Dentro de la evaluación clínica, con el conocimiento previo de la patología de base, el estado neurológico, respiratorio y nutricional, se realiza la entrevista diagnóstica a través del interrogatorio al paciente y al familiar sobre los síntomas, signos y tiempo de evolución de sus dificultades deglutorias” (Cámpora y otros, año 2012).<sup>46</sup>*

Se realiza la evaluación de la movilidad y tono de la musculatura orofacial, praxias bucolinguofaciales y reflejos de protección, teniendo en cuenta la inervación correspondiente a cada estructura interviniente. Las etapas deglutorias serán evaluadas en velocidad, coordinación y sincronía con diferentes texturas de alimentos, identificando el posible riesgo de aspiración bajo auscultación laríngea.

Las limitaciones de la exploración clínica son principalmente la detección de las penetraciones y las aspiraciones silentes, por lo que se hace necesaria una exploración complementaria como la videoendoscopia o la videodeglución, que permiten visualizar tanto la fase oral como la faríngea, así como el diagnóstico de las aspiraciones silentes.

*“Existen también diferentes grados de disfagia que van desde la normalidad a una disfagia severa” (González. Altred y otros, 2009).<sup>47</sup>*

Se hace referencia a la deglución normal cuando la misma es segura y eficaz, eficiente en todas las consistencias de los alimentos. Se clasifica disfagia leve cuando la masticación y la deglución son eficientes en la mayoría de los alimentos, pero ocasionalmente puede presentar dificultad requiriendo del uso de técnicas específicas para lograr una deglución

---

<sup>45</sup> Hace hincapié a la importancia de establecer cuidadosamente dónde se percibe el problema de deglución, disfagia orofaríngea o esofágica.

<sup>46</sup> Refieren que en algunos casos los hallazgos en la evaluación clínica pueden ser consistentes y suficientes para establecer un plan de tratamiento.

<sup>47</sup> Agregan que según la severidad de la disfagia se recomendarán adaptaciones tanto para el alimento sólido como para los líquidos.



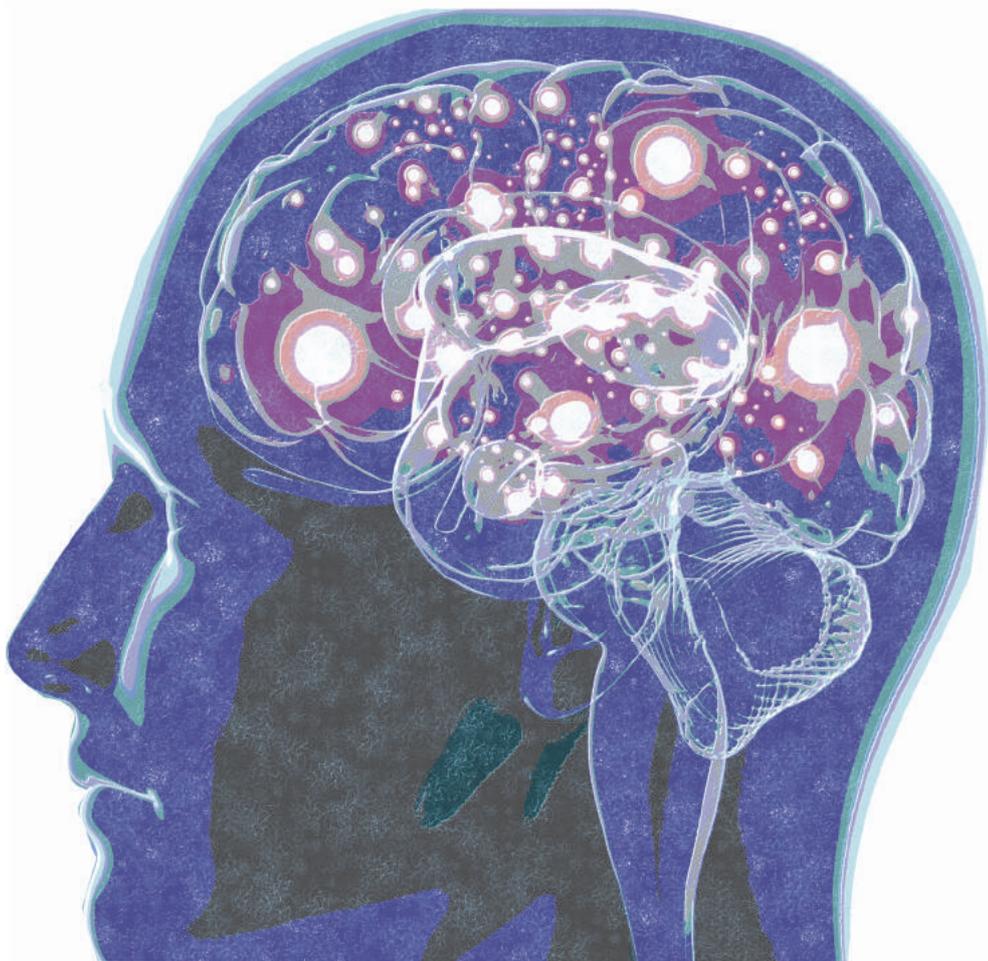
satisfactoria. La disfagia moderada ocurre cuando la deglución es aceptable con dieta blanda, pero puede tener dificultades con líquidos y sólidos necesitando supervisión y tratamiento. Se considera disfagia moderada severa si la persona no logra ingerir alimentos por vía oral de manera exitosa y requiere supervisión constante y asistencia pudiendo sólo alimentarse con un terapeuta. Por último, la disfagia severa sucede cuando la nutrición del individuo es por medio alternativo únicamente.

La disfagia, además, puede clasificarse según la etapa afectada. La disfagia oral preparatoria se caracteriza por la dificultad en tomar alimentos y poder formar un bolo. La disfagia oral presenta dificultad en controlar el bolo alimenticio y lograr la propulsión del mismo, estancamiento valecular. La disfagia faríngea consiste en la dificultad en lograr el vaciamiento faríngeo, estancamiento en senos piriformes. Y la disfagia esofágica se caracteriza por la disminución del peristaltismo esofágico.

Siendo la disfagia un síntoma asociado con un gran número de afecciones neurológicas y teniendo en cuenta la amplia variación en su incidencia, es posible encontrar en los pacientes más de una etapa afectada.



# *Diseño Metodológico*



Daniela Machado



El diseño es de tipo no experimental ya que no se manipulan deliberadamente las variables, no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas por el investigador.

El estudio es de tipo cualicuantitativo. Por un lado es cualitativo ya que describe la realidad tal como lo manifiestan las personas entrevistadas a través de preguntas abiertas en relación a sus sentimientos frente al problema de disfagia. Por otro lado es cuantitativo con respecto a las variables disfagia en la etapa oral y sintomatología de la disfagia en la misma que serán medidas mediante la escala Eating Assessment Tool (EAT-10). También en la evaluación de la disfagia, ya que el objetivo es cuantificar y medir gracias al uso de cuestionarios y al tratamiento estadístico de las informaciones recogidas.

Según el análisis y alcance de los resultados de este estudio el diseño es descriptivo transversal ya que los datos se van a recolectar en un único periodo de tiempo y mide de manera independiente los conceptos o variables a las que se refiere. Además, puede integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno de interés. Su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas. Intenta describir cuáles son los riesgos de disfagia en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico y cuál es la sintomatología en la etapa oral de la deglución.

La población es específica. La unidad de análisis se encuentra conformada por cada uno de los pacientes entre 40 y 70 años que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico que concurren a un centro de rehabilitación. La muestra es de 20 personas, no probabilística por conveniencia.

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios de la población:

Criterios de inclusión:

- Evolución del ictus de 1 a 6 meses;
- Personas entre 40 y 70 años;
- Un único episodio de ACV isquémico.

Criterios de exclusión:

- Otras enfermedades neurológicas;
- Traumatismos craneoencefálicos;
- Dificultades cognitivas severas;
- Alteraciones severas de los Dispositivos Básicos de Aprendizaje.



Las variables a desarrollar son las siguientes:

### **Edad**

Definición conceptual: tiempo de existencia desde el nacimiento.

Definición operacional: mediante la determinación de la fecha de nacimiento dada por el DNI o partida de nacimiento. El dato se obtiene de la historia clínica del paciente.

### **Sexo**

Definición conceptual: condición orgánica, masculina y femenina.

### **Disfagia en etapa oral**

Definición conceptual: Dificultad para deglutir los alimentos que puede tener un origen orgánico, cuando se relaciona con aspectos estructurales de causa congénita o por tumores; o funcional, cuando altera la sinergia del proceso de deglución.

Definición operacional: Dificultad que aparece en los pacientes con accidente cerebro vascular. Luego de realizar la evaluación correspondiente, se determinarán los resultados obtenidos, presencia o ausencia de la disfagia en la etapa oral.

Se considera el análisis de la etapa oral: apertura/cierre de la boca, babeo, integridad labial, sensibilidad labial, motricidad labial, posición de la mandíbula, movimientos del maxilar inferior, articulación temporomaxilar, posicionamiento dental-dentadura postiza, forma del paladar, movimientos linguales, sensibilidad lingual, velo del paladar, saliva, residuos en la cavidad oral, respiración, apneas y deglución voluntaria de la saliva.

### **Sintomatología de la disfagia en etapa oral**

Definición conceptual: Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza. Díaz Novas en el año 1998<sup>48</sup> refiere que la sintomatología es el conjunto de síntomas que son característicos de una enfermedad determinada o que se presentan en un enfermo. La etapa oral es la primera de las tres grandes etapas que debe recorrer el bolo alimenticio antes de pasar al estómago.

Definición operacional: Alteración del paciente que, producto de sufrir un accidente cerebro vascular, presenta disfagia. La existencia de la misma en la etapa oral se considera por medio del siguiente análisis: apertura/cierre de la boca, babeo, integridad labial, sensibilidad labial, motricidad labial, posición de la mandíbula, movimientos del maxilar inferior, articulación temporomaxilar, posicionamiento dental-dentadura postiza, forma del

---

<sup>48</sup> Hace referencia a la importancia de realizar un completo interrogatorio logrando definir todos los síntomas de la enfermedad actual, las condiciones de aparición y el modo de comienzo.



paladar, movimientos linguales, sensibilidad lingual, velo del paladar, saliva, residuos en la cavidad oral, respiración, apneas y deglución voluntaria de la saliva.

### **Percepción de la disfagia:**

**Definición conceptual:** Capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo. Los pacientes que sufren accidente cerebro vascular y presentan déficit en la etapa oral de la deglución manifiestan las dificultades de conlleva dicha alteración con respecto a la alimentación, los problemas que se presentan en el momento de compartir las comidas con familiares, la percepción del esquema corporal y las modificaciones del mismo, los cambios en la voz, entre otras.

**Definición operacional:** Capacidad de cada paciente de percibir el déficit de la deglución en la etapa oral luego de haber sufrido un accidente cerebro vascular. Se considera por medio de 10 preguntas abiertas aplicadas a cada uno de los pacientes de la muestra con la transcripción en bruto de las mismas y un análisis a través del programa Wordle.

A continuación se presentan el consentimiento informado y las encuestas utilizadas para la recolección de datos:

## **Hoja de información y Consentimiento Informado**

### **Formulario de Consentimiento Informado**

#### **Aprobación del interesado para participar del estudio de Investigación**

**Título del estudio:** Accidente cerebro vascular isquémico y disfagia.

#### **Investigador responsables**

**Nombre:** Machado Daniela

**Breve descripción:** Usted ha sido invitado a participar de un estudio de investigación que tiene por objetivo determinar la presencia de disfagia en la etapa oral de la deglución y la sintomatología presente en pacientes que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico.

El estudio respeta los principios éticos para la investigación con seres humanos estipulados por la Declaración de Helsinki y la Ley 11044 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, su decreto reglamentario, la ley 25316 de Protección de Datos Personales.-. Antes de que confirme su decisión de participar, nos gustaría ofrecerle información adicional y responder cualquier inquietud adicional que pudiera tener.

Este Trabajo ha sido realizado para conocer la presencia de disfagia en la etapa oral de la deglución en pacientes que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico.

**Participantes del Estudio:** Fga. Daniela Machado. Tutora Lic. en Fonoaudiología Graciela Moscardi.



**Procedimiento del estudio:** Si Ud. decide participar, luego de firmar el CI., se le solicitará que concurra un día y horario acordado por ambas partes para llevar a cabo los cuestionarios y la evaluación de la deglución en la etapa oral.

**¿Cuál es el objetivo del estudio?** El objetivo es determinar la presencia de disfagia en la etapa oral de la deglución y la sintomatología presente en pacientes que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico.

**¿Qué deberé hacer si acepto participar?** Concurrir el día y horario acordado y brindar la información solicitada por medio de usted y la historia clínica. Los datos requeridos son el sexo, la edad, el diagnóstico y el tiempo de evolución de la enfermedad.

**¿Qué sucede si me niego a participar?** La participación es completamente voluntaria y depende únicamente de su decisión. En caso de aceptar se le dará el Formulario de Consentimiento Informado para que lo firme. Usted puede negarse a participar y/o a abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello provoque perjuicios de ningún tipo.

**¿Existen posibles riesgos o malestares por participar?** No.

**¿Cuáles son los posibles beneficios por participar?** Ud. recibirá una devolución diagnóstica y orientación por parte de la fonoaudióloga responsable con respecto a la evaluación realizada.

**¿Conflicto de intereses?** Ninguno.

**¿Recibiré alguna compensación por participar del estudio?** No.

**¿Se conservará la privacidad de mi nombre o todos conocerán mis datos personales?** Sólo las personas que trabajan en el estudio de investigación conocerán su nombre e información relacionada. Otras personas no sabrán si se encuentra en el estudio. Los resultados se escribirán de forma tal que nadie pueda identificarlo.

Todos sus datos están protegidos por la ley 25326 de protección de datos personales.

La Dirección Nacional de Datos Personales (Órgano de control de la ley nro. 25.326, Domicilio Sarmiento 1118 piso 5to. p-C1041aax ciudad Autónoma de Bs.As. Tel. (011-4383-8512/13. E-mail: infodnepdep@jus.gov.ar) tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales

**¿Puedo llamar a alguien si tengo alguna pregunta?** Podrá realizar cualquier pregunta que tenga sobre este estudio al investigador responsable del estudio. Si tiene preguntas sobre sus derechos como participante en una investigación, deberá comunicarse con las responsables del estudio.

Los aspectos éticos del presente proyecto de investigación han sido evaluados por el Comité de ética Asistencial de I.Na.Re.P.S.

**Lugar de referencia para la atención de la salud y grado en que será cubierta su atención medica durante el estudio ante cualquier inconveniente:** El que posea el paciente.

**Garantía de seguros de daños e indemnización:** No.

**Declaración del consentimiento del participante.**



Yo, \_\_\_\_\_, he leído este Formulario de Consentimiento Informado y he recibido información por parte de \_\_\_\_\_ sobre el estudio de la disfagia en la etapa oral de la deglución presente en pacientes que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico en el servicio de fonoaudiología de I.Na.Re.P.S.

Con mi firma ratifico mi aceptación de las condiciones anteriormente expuestas, expresando así mi voluntad y compromiso de participar en este estudio.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del Estudio en cualquier momento, sin recibir ningún tipo de represalias. Asimismo se me ha explicado que mis datos personales se encuentran protegidos por la ley 25326. Y que ni mi nombre ni mis datos personales serán identificables en ningún informe científico o publicaciones que pudieran resultar de esta investigación.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito, que serán anónimos, preservando así mi derecho a la confidencialidad. Y que no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación. Puedo comunicarme con el investigador responsable del estudio en cualquier momento si tengo cualquier pregunta.

Recibiré una copia de este formulario de consentimiento firmado y fechado.

Apellido y Nombre del Participante:  
DNI \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre de Madre/Padre/Tutor  
DNI \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre del Testigo  
DNI \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Este estudio se ha explicado cuidadosamente y por completo al participante y se le ha brindado la oportunidad de formular cualquier pregunta con respecto a la naturaleza, riesgos y los beneficios de su participación en el estudio de investigación

Apellido y Nombre del Investigador \_\_\_\_\_ Matrícula o DNI \_\_\_\_\_

Firma del Investigador: \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha:  
\_\_\_\_\_



## EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia

FECHA			
APELLIDOS	NOMBRE	SEXO	EDAD
<b>OBJETIVO</b>			
El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar. Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.			
<b>A. INSTRUCCIONES</b>			
Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos. ¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?			
<p><b>1</b> Mi problema para tragarme ha llevado a perder peso</p> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio <input style="float: right;" type="checkbox"/>	<p><b>6</b> Tragar es doloroso</p> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio <input style="float: right;" type="checkbox"/>		
<p><b>2</b> Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa</p> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio <input style="float: right;" type="checkbox"/>	<p><b>7</b> El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar</p> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio <input style="float: right;" type="checkbox"/>		
<p><b>3</b> Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra</p> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio <input style="float: right;" type="checkbox"/>	<p><b>8</b> Cuando trago, la comida se pega en mi garganta</p> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio <input style="float: right;" type="checkbox"/>		
<p><b>4</b> Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra</p> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio <input style="float: right;" type="checkbox"/>	<p><b>9</b> Toso cuando como</p> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio <input style="float: right;" type="checkbox"/>		
<p><b>5</b> Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra</p> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio <input style="float: right;" type="checkbox"/>	<p><b>10</b> Tragar es estresante</p> 0 = ningún problema 1 2 3 4 = es un problema serio <input style="float: right;" type="checkbox"/>		
<b>A. PUNTUACIÓN</b>			
Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.			
Puntuación total (máximo 40 puntos)		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<b>C. QUÉ HACER AHORA</b>			
Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.			

Con el propósito de realizar un despistaje de la disfagia, se utiliza la Eating Assessment Tool (EAT-10), Despistaje de la disfagia, que consta de 10 preguntas con respuestas que van

<sup>49</sup> Belafsky et al. Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Congreso Nacional SENPE 2011.



de 0 a 4 puntos, representando el 0 ningún problema, y 4 un problema serio. Si el puntaje total es menor a 3 puntos el paciente no tiene riesgo de disfagia, y si el puntaje es mayor o igual a 3 puntos, el paciente tiene sospecha de disfagia, por lo que se deberá implementar otra evaluación. La misma se aplica a los 20 pacientes de la muestra arrojando los siguientes resultados.

### **Preguntas para un paciente con sospecha de disfagia**

Fecha:

Apellido y Nombre:

Sexo:

Edad:

1. ¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?
2. ¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?
3. ¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?
4. ¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?
5. ¿Cómo describe su voz luego de las comidas?
6. ¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?
7. ¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?
8. ¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?
9. ¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?
10. ¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?



**Instrumento de evaluación**

Fecha:

Apellido y Nombre:

Sexo:

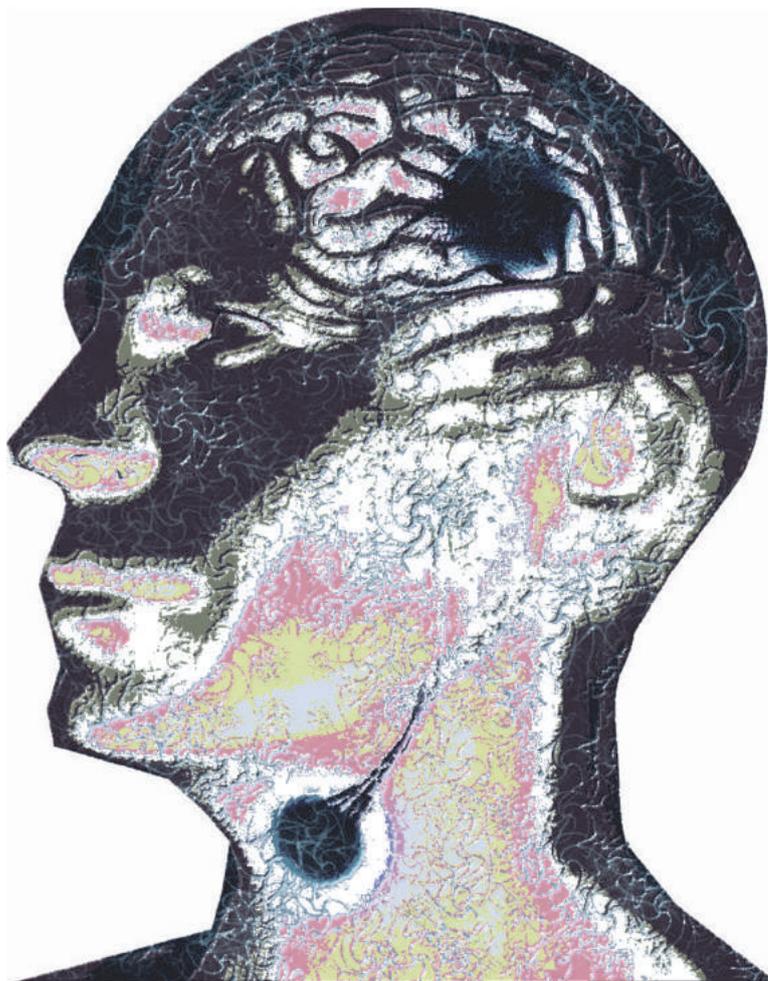
Edad:

Fuente: Adaptado de Evaluación de la etapa oral de la deglución de Bleeckx.

<b>ANÁLISIS DE LA FASE ORAL</b>	<b>NORMAL</b>	<b>PARCIAL</b>	<b>ALTERADO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Apertura y cierre de la boca				
Babeo				
Integridad labial Sensibilidad labial Motricidad labial: Orbicular de los labios Sellado labial Tonicidad				
Posición de la mandíbula				
Movimientos del Maxilar inferior: Diducción  Rotación  Ascenso-descenso				
ATM (articulación temporomaxilar)				
Posicionamiento dental-dentadura postiza				
Forma del paladar				
Movimientos linguales: Lateralización Rotación Ascenso-descenso				
Sensibilidad lingual				
Velo del paladar				
Saliva				
Residuos en la cavidad oral				
Respiración: Tipo Modo				
Apneas				
Deglución voluntaria de la saliva				



# *Análisis de datos*

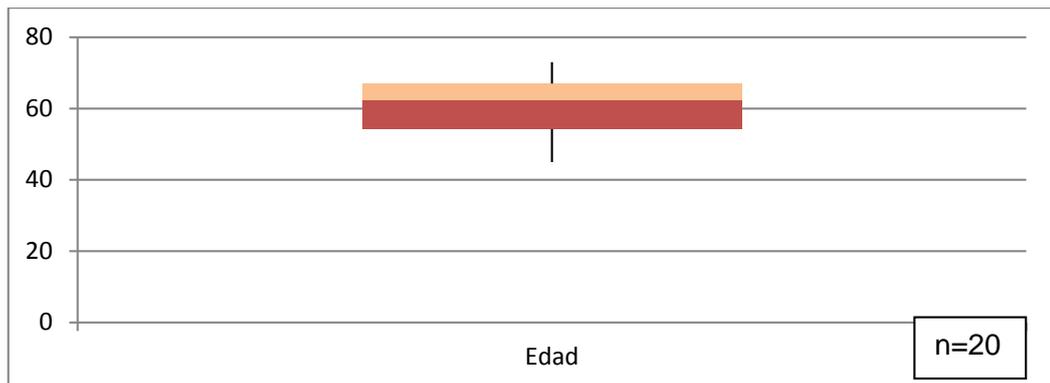


Daniela Machado



La información que se muestra a continuación es el resultado del análisis de los datos recabados en el estudio, en base a una muestra conformada por 20 pacientes que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico que concurren a un centro de rehabilitación de Mar del Plata. En primera instancia se detalla la distribución por edad de la muestra estudiada.

**Gráfico N° 1:** Distribución según edad de la muestra.

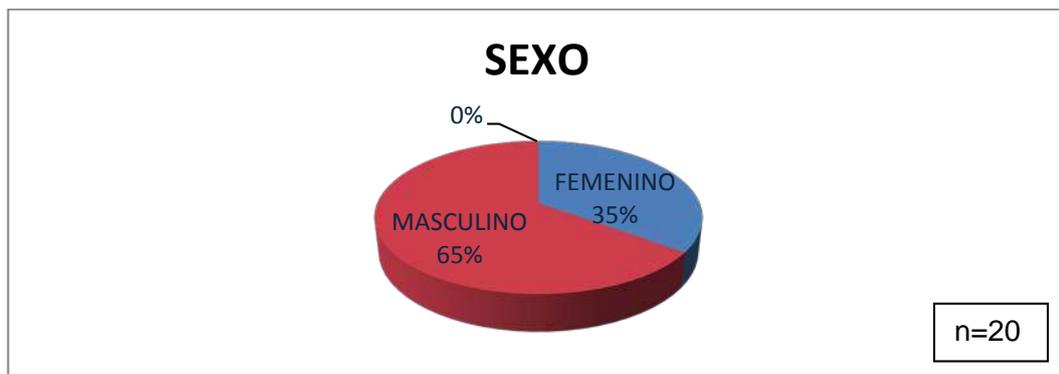


Fuente: Elaboración propia.

La franja etaria estudiada varía entre los 40 y los 70 años. Se puede observar que existe una concentración de la muestra entre los 54 y 67 años, con una media de 59.7 años.

El siguiente gráfico muestra la distribución según el sexo de la muestra estudiada.

**Gráfico N° 2:** Distribución según sexo de la muestra.



Fuente: Elaboración propia.

Según la proporción de pacientes encuestados en relación al sexo, se puede observar que la mayor concentración se encuentra en el 65 por ciento, correspondiente a 13 pacientes de sexo masculino. Con una menor concentración se encuentra el 35 por ciento correspondiente al sexo femenino.



En la siguiente tabla se reflejan las respuestas al cuestionario EAT-10.

**Tabla Nº 1:** Respuestas de cada paciente en los 10 ítems del EAT-10.

EAT10	Peso	Comer fuera de casa	Líquidos	Sólidos	Pastillas	Dolor al comer	Placer al comer	Cuerpo extraño	Tos	Estrés	PT
P1	0	0	0	3	3	1	0	1	3	1	12
P2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	00
P3	2	4	4	4	4	0	4	4	4	4	34
P4	1	0	1	4	0	0	0	0	2	1	4
P5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	01
P6	0	2	4	4	4	0	4	3	0	1	22
P7	2	4	3	2	3	3	3	2	2	2	26
P8	3	4	0	3	3	3	3	2	4	3	28
P9	4	1	0	0	0	0	2	3	3	0	13
P10	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	02
P11	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	02
P12	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	01
P13	1	4	4	4	4	3	4	3	3	3	33
P14	1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	36
P15	4	0	1	4	2	1	0	2	4	1	19
P16	2	4	0	3	2	0	4	0	0	0	15
P17	0	2	4	4	2	0	0	0	4	1	17
P18	2	1	0	2	0	0	2	1	4	0	12
P19	1	4	4	4	4	2	2	1	4	2	26
P20	3	3	0	4	2	2	2	3	4	2	25

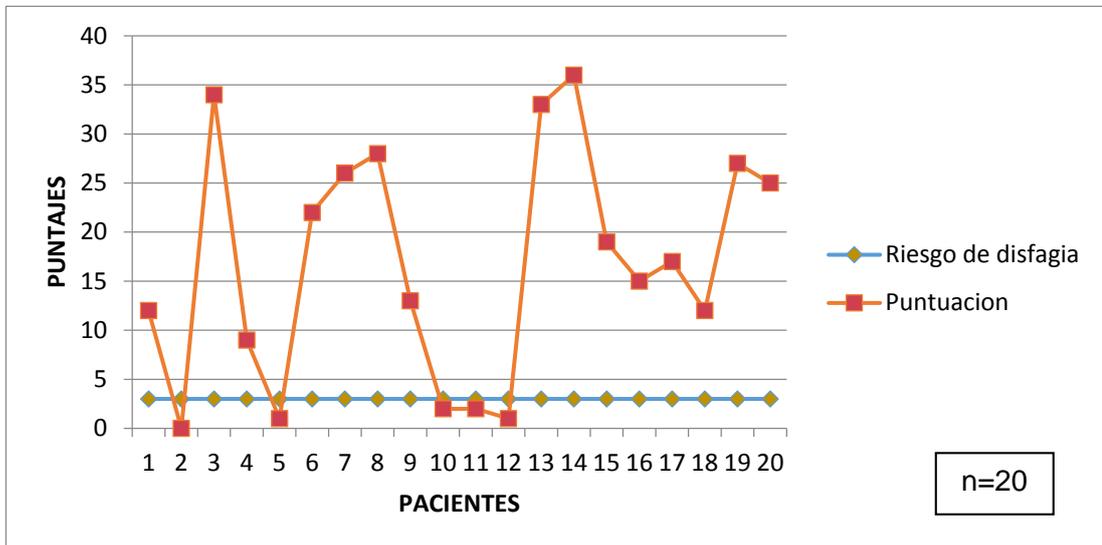
Fuente: Elaboración propia.

Siendo el puntaje mínimo de 0 puntos y el máximo de 40 puntos que se puede obtener en el cuestionario, y teniendo los puntajes totales de los pacientes, se observa una media de 16.45 puntos. Se muestran resaltados los pacientes que obtienen un puntaje mayor a la media. El 50 por ciento de la muestra supera el valor de la media obtenida. Los pacientes número 3, 13, 14 y 19 expresa sus mayores dificultades en la ingesta de líquidos, sólidos, pastillas, comer fuera de casa, dolor al comer, placer al comer, sensación de cuerpo extraño, tos y estrés. Los pacientes 7, 8 y 20 manifiestan al menos una leve alteración en todos los ítems.



El siguiente gráfico muestra la puntuación total que obtuvieron los 20 pacientes que respondieron al cuestionario EAT-10.

**Gráfico N° 3:** Puntuación total por paciente obtenida de los resultados de la EAT-10.



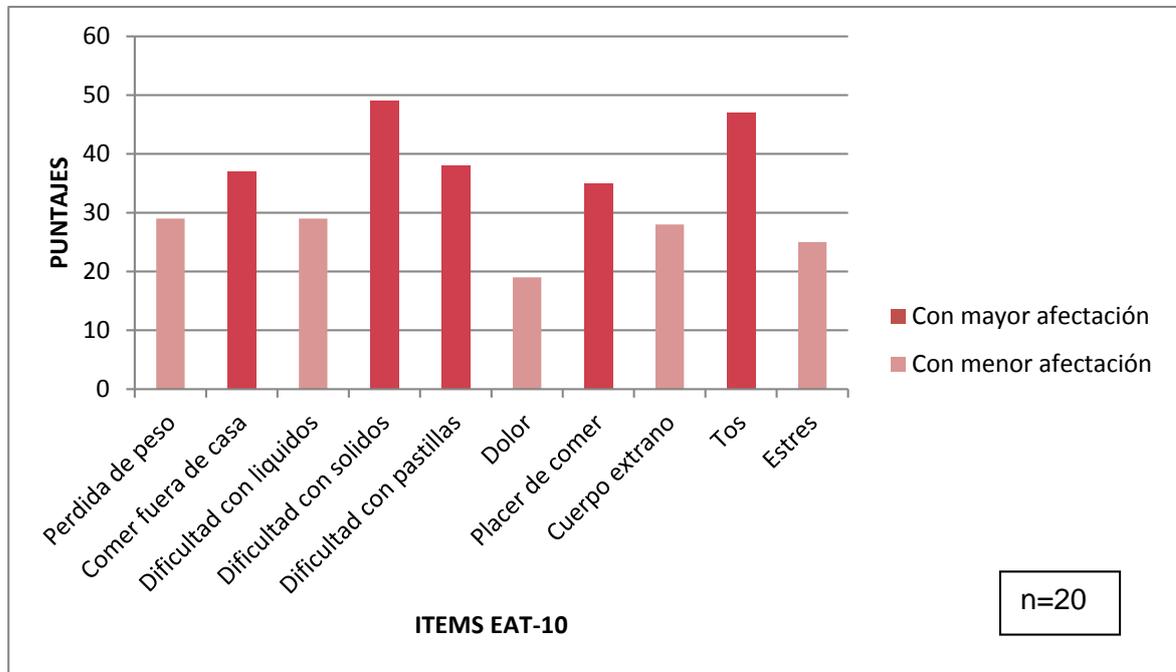
Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta los resultados que arroja la EAT-10 podemos decir que de los 20 pacientes que respondieron al cuestionario, el 25 por ciento, correspondiente a 5 pacientes, no presenta sospecha de disfagia ya que obtienen un puntaje inferior a 3 puntos. Por consiguiente, el 75 por ciento correspondiente a 15 pacientes, presenta sospecha de disfagia, por lo que deben ser analizados con mayor profundidad.



A continuación se presenta el gráfico correspondiente al análisis de los puntajes de cada pregunta de la EAT-10 obtenido de las respuestas de los pacientes.

**Gráfico N° 4:** Puntaje total de cada pregunta de la EAT-10 obtenida de las respuestas de los pacientes:



Fuente: Elaboración propia.

Según el análisis de cada pregunta en base a las respuestas de los 20 pacientes, se observa que las preguntas que obtuvieron mayor puntaje, es decir que poseen mayor grado de afectación son: comer fuera de casa, dificultad con sólidos, dificultad con pastillas, placer al comer y tos al comer.

Considerando a los 15 pacientes presentan riesgo de disfagia, se realiza posteriormente un cuestionario de preguntas abiertas.

A continuación se presentan las respuestas obtenidas del cuestionario de cada uno de los pacientes que presentan riesgo de disfagia, es decir del 75 por ciento de la muestra total.

**Paciente Nº 1**

1. **¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**  
De ninguna manera, como menos porque enseguida me dan ganas de vomitar.
2. **¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**  
Y mucho, porque todo el tiempo que estuve en cama nunca me levanté a comer con ellos, comía sola. Ellos me daban la comida pero comía yo sola, mis hijos comían después.
3. **¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**  
Mal, me duele la panza, tengo ganas de vomitar todo el tiempo, con todas las comidas me pasa no sé por qué.
4. **¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**  
El pollo, las comidas duras, las comidas con tuco me caen muy mal y me da acidez, la leche nunca me gustó, el té tampoco, y acá me dan todo eso, yo quiero tomarme un café.
5. **¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**  
Igual, yo no noto que me haya cambiado para nada.
6. **¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**  
Horrible, ya sé que todo lo que coma me va a caer mal, entonces como poco, no quiero comer.
7. **¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**  
Nunca compartí todavía, desde el accidente no salí a ningún lado, solo en mi casa con mi familia.
8. **¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**  
Nada, como todo igual. En realidad me doy cuenta que tomo mucha agua mientras como porque siento que me baja mejor sobre todo las comidas duras. Después trato de comer todo igual que siempre o más despacio.
9. **¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**  
Horrible, me veo y siento que no sirvo para nada. Me siento muy angustiada, no quiero estar así toda la vida. Me tienen que ayudar para comer, para vestirme, para todo.
10. **¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**  
Y trato de no comer cosas muy duras, y si las como trato de comer despacio como me dicen todos, porque a veces devoro la comida no me doy cuenta y termino tosiendo y me ahogo.

**Paciente Nº 2**

No presenta riesgo de disfagia.

**Paciente Nº 3**

1. **¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**  
Se modificó en el sentido que al dolerme todos los dientes si mastico me genera mucho dolor, por ahí no tengo ganas de comer, evito las cosas duras, digamos que ya me predispongo mal.
2. **¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**  
Bien, me da vergüenza comer adelante de ellos pero prefiero que estén acompañándome.
3. **¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**  
No tengo problema, lo único que tengo que cepillarme los dientes enseguida. Ya no tengo esa sensación de que cuando comía mucho me sentía pesado porque ahora como poco.
4. **¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**



- Los líquidos y las cosas duras como la carne y eso me resultan difíciles de comer o tomar. Me canso de masticar y me ahogo.
5. **¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**  
No, yo la siento igual.
  6. **¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**  
Me siento incómodo conmigo mismo, me cuesta acostumbrarme a la dificultad que tengo.
  7. **¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**  
Desde el accidente suspendí todas las reuniones y eventos. Prefiero estar más tranquilo no con tanta gente, solo con mis hijos y mi señora.
  8. **¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**  
Y no como cosas duras, galletitas no como más, cosas con migas tampoco, carne menos, si hay carne la corto bien chiquitita y trato de comer en general más lento.
  9. **¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**  
Me veo raro, no sé por qué me caigo para la izquierda, no cambió mucho mi peso pero es rara la sensación.
  10. **¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**  
Me cuesta mucho, me canso, me duelen mucho los dientes y las encías, termino comiendo cosas más blandas.

#### **Paciente Nº 4**

1. **¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**  
No puedo tomar líquidos, tampoco sólidos pero es por un tema odontológico, no los puedo comer porque no tengo los dientes de arriba entonces lógicamente no puedo masticarlos.
2. **¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**  
Es un cambio total porque mi hija vive en Mar del Plata y yo en Bariloche así que comer con mi familia fue extraordinario porque ella ahora está a mi lado, me llama me da mimos todo el tiempo. Fue muy positivo.
3. **¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**  
Muy bien, no siento ninguna molestia en particular.
4. **¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**  
Y los sólidos, ahora estoy comiendo tipo papilla. Los sólidos en realidad no los estoy comiendo, no puedo decir si tengo o no problemas porque no he pasado por la experiencia.
5. **¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**  
Yo no noto ninguna dificultad en mi voz después de comer, si por ahí noto durante el día más cansancio, aparte no muevo bien los labios y la lengua entonces me canso.
6. **¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**  
Yo me siento bárbaro en realidad. Lógicamente me gustaría comer de todo sin problema, pero yo sé que es cuestión de tiempo.
7. **¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**  
Ningún problema, fantástica. No me genera molestia para nada, en ningún aspecto, estoy con mi familia siempre.
8. **¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**



Y al no tener la prótesis no puedo masticar nada imagínate, es complicado. Por eso creo yo que la indicación es comer todo semisólido. Además no me va bien la boca.

**9. ¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**

Yo me veo dentro de todo bien, perdí masa muscular y peso, no puedo caminar, me falta fuerza pero bueno, hay que ir de a poco recuperando.

**10. ¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**

No mastico, la verdad no probé masticar pero supongo que no podría cortar la comida si no tengo la prótesis de arriba.

**Paciente Nº 5**

No presenta riesgo de disfagia.

**Paciente Nº 6**

**1. ¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**

Comía muy bien antes del accidente cerebro vascular, ahora como muy poco, selecciono mucho los alimentos.

**2. ¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**

No, ningún problema, como lo mismo que comen ellos. Mi hija cocina para todos lo mismo.

**3. ¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**

Siento mucho sueño después de comer, debe ser porque me canso, sobre todo cuando son comidas que tengo que masticar mucho.

**4. ¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**

Y por ejemplo las pastillas, las frutas, sólo como banana porque el resto se me traban las cosas duras.

**5. ¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**

Mal, me cuesta mucho terminar las palabras, me canso mucho cuando hablo y corto las palabras. A veces prefiero no hablar por un rato y descansar.

**6. ¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**

Y no disfruto, quiero terminar rápido para acostarme, no aguanto, siento que se me afloja el cuerpo.

**7. ¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**

Directamente no voy, los evito. No me dan ganas de ir a lugares donde hay mucha gente.

**8. ¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**

Los líquidos los tomo con espesante porque si no me ahogo. Las comidas duras sobre todo la carne la corto bien chiquita así la puedo tragar más fácil.

**9. ¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**

No, con eso me siento bien, no bajé de peso nada.

**10. ¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**

Y me cuesta bastante, me canso mucho, ya te digo corto bien chiquito así no tengo que hacer tanta fuerza.

**Paciente Nº 7**

**1. ¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**

Antes picaba lo que había, no le daba mucha importancia a las comidas. Ahora me siento a comer. Como menos cantidad, tardo más.

**2. ¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**



- Al único lugar que voy a comer es la casa de mi mamá. No voy a lo de mi suegra, me interrumpen, te preguntan. En mi casa como y después hablo.
3. **¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**  
Cansada. Los líquidos con cuchara. Me ahogo.
  4. **¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**  
Chiquitos. Duros, se te quedan en la garganta. Basura, migas.
  5. **¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**  
No, nada. Todo igual.
  6. **¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**  
Y, me siento incómoda por ahí, depende con quién esté comiendo me apuran y eso. Si no estoy bien.
  7. **¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**  
Me da vergüenza. Me pone incómoda no saber qué hacer con las comidas. Tardo mucho, te miran.
  8. **¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**  
Como nada más chiquito y poquito. Concentración.
  9. **¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**  
Me noto muy flaca, distinta, tampoco tan mal pero a veces me molesta.
  10. **¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**  
Ya te digo, mastico muy lento, corto chiquito y como despacio. Si no me ahogo. Con tranquilidad sin apurarme.

#### **Paciente N° 8**

1. **¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**  
Ahora bien pero antes no. Por el accidente cerebro vascular me costaba comer, evitaba comer carne por ejemplo. Me costaba un montón.
2. **¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**  
Siempre busqué de poder compartir, me fui adaptando de a poco. Al principio prefería comer sola o con poca gente, ahora me acostumbré.
3. **¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**  
Pesada, no sé si es porque a veces me apuro y como rápido o porque como mucha cantidad, no sé a qué asociarlo.
4. **¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**  
Y las cosas duras como la carne, el pollo si es muy seco también me cuesta, le pongo mayonesa o trato de hacerlo más jugoso. Y las ensaladas a veces también me cuestan.
5. **¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**  
Antes me cambiaba mucho, la sentía como rara, disfónica no sé. Ahora lo controlo mucho más. Ya no me cambia tanto.
6. **¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**  
Me siento bien ahora porque puedo comer de todo, aunque algunas cosas me cuestan, me las arreglo para poder comerlas.
7. **¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**  
No me gusta, me pone mal. Me acostumbré de a poco a que no me de tanta vergüenza con mi familia, por eso prefiero que seamos pocos cuando comemos. Eventos o cumpleaños los evito si puedo.



**8. ¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**

Sobre todo con las cosas duras, las corto bien chiquito, las mezclo con mayonesa o les pongo aceite para que me sea más fácil tragar.

**9. ¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**

Mal, horrible. Quería hacer un montón de cosas con mi cuerpo y no podía. Ahora fui mejorando y puedo manejarme más sola, pero cuesta acostumbrarse.

**10. ¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**

Mastico mucha cada bocado, me lo paso de un lado al otro de la boca y mastico mucho tratando de concentrarme en todos los pedacitos que quedan en la boca. Cuando trago después busco con la lengua por si quedaron restos.

**Paciente Nº 9**

**1. ¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**

En realidad no tengo grandes dificultades, solo que por ahí sentía dolor en la garganta cuando comía algo o lo comía apurado, tosía mucho. Al principio me hacían comer todo blando, ahora ya no.

**2. ¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**

Ningún problema, lo único que mi familia se tenía que bancar que yo tosiera nada más, el resto sin problema.

**3. ¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**

A veces me siento pesado, o siento mucho cansancio porque estoy con los músculos medios flojos no sé. Me cuesta mover un poco la lengua, los labios los siento también distintos.

**4. ¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**

Por ahí con los alimentos secos, porque en realidad como de todo y lo trago bien, pero por ejemplo el pan me cuesta un montón. El otro día mi hija me dio copos y casi me muero, se me seca la boca.

**5. ¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**

Para mí es igual, a veces me dicen que no se me entiende porque hablo bajito, pero yo me la siento igual. A la noche puede ser que ya esté cansado y no tengo ganas de hablar pero después normal.

**6. ¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**

Me siento bien, algunas comidas son feas porque no les puedo poner sal y eso. Pero como con gusto.

**7. ¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**

Me siento bien pero trato de no comer cosas que sé que me van a costar, porque me ha pasado que empiezo a toser y no paro. Prefiero estar con mis amigos o familiares que ya me conocen.

**8. ¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**

Por ejemplo si quiero comer pan lo mojo en la leche y lo como mucho más fácil. O los sándwich les pongo mucha mayonesa o manteca para que no sean tan secos. Los alimentos duros igual trato de cortarlos bien para que no me genere esfuerzo y cansancio.

**9. ¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**

Y, perdí mucho peso, eso me tiene mal porque era de comer mucho y siempre fui gordito y me gustaba, no tenía problema. Ahora me veo muy flaco. No puedo recuperarme.

**10. ¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**

Mastico mucho todo, sea duro o blando yo lo mastico. Trato de comer despacio para no cansarme pero hasta que no lo mastico bien no lo trago.

**Paciente N° 10**

No presenta riesgo de disfagia.

**Paciente N° 11**

No presenta riesgo de disfagia.

**Paciente N° 12**

No presenta riesgo de disfagia.

**Paciente N° 13****1. ¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**

Se modificó por completo, enseguida me pusieron el botón gástrico y me suspendieron la comida. Al principio comía todo procesado y líquidos me daban también, pero como me ahogaba sobre todo con los líquidos me prohibieron comer por boca, me dan todo por el botón.

**2. ¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**

Y, en realidad acá como solo, cuando voy a mi casa los fines de semana a veces los acompaño en la cena o el almuerzo pero no hago nada, miro tele o cualquier otra cosa porque no puedo comer.

**3. ¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**

Cuando comía procesado y tomaba agua me sentía mal, me caía pesado, enseguida quería toser, a veces hasta quería vomitar, me dolía la garganta todo. Ahora ya no me pasa porque cuando tengo hambre enseguida me dan algo por acá.

**4. ¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**

Lo que más me cuesta son los líquidos, a veces hasta me ahogo con la saliva no sé por qué. Con lo procesado no me costaba tanto, los sólidos digamos la carne y eso no sé porque nunca me dejaron comer. Supongo que por el accidente algo me pasó que no pude comer más.

**5. ¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**

Y, me quedaba mucha saliva en la boca y hablaba como si tuviera moco en la garganta, necesitaba toser y varias veces me quedaba disfónico.

**6. ¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**

Me sentía muy mal antes, porque yo no tenía problemas antes, comía cualquier cosa y de repente ahogarte cada vez que comés es horrible, no se lo deseo a nadie. Espero poder recuperarme porque tampoco me siento bien ahora que no como nada, tengo ganas de comer, es la verdad.

**7. ¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**

No comparto, prefiero no ir porque todos los eventos con gente, cumpleaños y eso es ir a comer, todo el mundo va a eso, además de charlar y pasar un momento, pero en realidad siempre hay comida y no me dan ganas.

**8. ¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**

En el hospital me procesaban todo, no había nada para masticar porque era bien pastoso todo, así que controlaba más que nada cuando tomaba agua o jugo.

**9. ¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**

Ahora me veo bien pero antes cuando recién me pasó esto me veía arruinado, flaco, pálido. Ahora estoy un poco más gordito, pero igual no me veo del todo bien.

**10. ¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**

No mastico nada, como te dije nunca me dieron algo duro para masticar, siempre pastoso o agua. Igual pienso que lo hubiera hecho mal.

**Paciente N° 14****1. ¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**

En todo, de comer cualquier cosa pasé a ahogarme con todo lo que comía o tomaba y después me pusieron la sonda. La verdad que es desesperante, tengo una necesidad de sentir algo en la boca, con lo que me gusta comer.

**2. ¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**

Me siento muy mal la verdad, no quiero que me vea nadie así, solamente está mi mujer conmigo, trato de que mis hijos vengan poco porque no quiero que me vean así.

**3. ¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**

El poco tiempo que me dejaron comer era un desastre, tosía todo el tiempo me ahogaba, se me caía la comida de la boca. Un desastre, y esto es producto de la lesión en el cerebro, o por otra cosa no sé.

**4. ¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**

Todos, los duros, los blandos y los líquidos. Lamentablemente todo porque me hacen toser y ahogarme. No puedo comer nada por boca.

**5. ¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**

Y me sentía la voz gastada, disfónica. Se ve que tosía tanto que se me secaba la garganta. A la noche peor.

**6. ¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**

Pésimo, horrible. Me siento mal que no puedo comer. Te cambia la vida.

**7. ¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**

No comparto. Desde que tuve el accidente no fui a ningún lado. Si me voy los fines de semana estoy solo con mi familia. Una sola vez me invitaron a un cumpleaños y no fui. No me dan ganas.

**8. ¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**

Ninguna, porque enseguida me dijeron que tenía que ponerme sonda y la verdad es que no comí más nada después de eso.

**9. ¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**

Me veo mal, flaco, la cara se me vino abajo. Mi cuerpo ya no es lo mismo.

**10. ¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**

Los días que me dejaron comer trataba de masticar mucho para no ahogarme aunque no lo lograba, o cortaba todo chiquito para comerlo más fácil.

**Paciente N° 15****1. ¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**

Y comía todo por sonda nasogástrica, no me daban nada por la boca. A los días empecé de a poco a comer por la boca, igual comía todo blando. No me dejaban comer arroz porque decían que se me iba a ir a los pulmones. Carne no como todavía porque no tengo dentadura.

**2. ¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**

Normal, sin problemas. Por supuesto que me cocinan sin sal, sobre todo cuando cocina mi hija.

**3. ¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**



- Sin dolor. Me siento siempre lleno. Para comer como en la cama pero a noventa grados, nunca acostado.
4. **¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**  
La carne porque no la puedo masticar, prefiero alimentos más blandos como tortilla de acelga, ensaladas y eso.
  5. **¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**  
Cambió mi voz, después del accidente estoy mas disfónico, pero no es que después de comer me pasa, me pasa durante todo el día.
  6. **¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**  
Me siento bien pero me gustaría comer otras cosas. Tengo ganas de comer una pata muslo con arroz, fideos y esas cosas que no puedo.
  7. **¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**  
Sin ningún problema, me encanta compartir eventos. Este fin de semana por ejemplo tuve el cumple de una de mis hijas así que comimos un montón y la pasamos bárbaro.
  8. **¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**  
Todas las comidas las pico bien picaditas, a las cosas duras sobre todo, o las mezclo con puré también, para que sea más fácil de comer y me pasen mejor.
  9. **¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**  
Me veo más flaco, medio flojo, no puedo mover la mano, las piernas. Trato de superarlo. A veces me angustia pero hace poco empecé a mover los pies, así que es cuestión de tiempo.
  10. **¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**  
No mastico nada. En realidad como no tengo los dientes imagínate que no podría masticar nada, por eso corto los alimentos bien chiquitos para poder tragarlos mejor.

#### **Paciente Nº 16**

1. **¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**  
Desde que tuve el accidente me pusieron la sonda naso gástrica así que no comí nada por boca hasta hace unos días que empecé con la fonoaudióloga a comer flan, banana y esas cosas.
2. **¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**  
Cuando voy a mi casa los fines de semana trato de no estar cuando come mi familia porque me dan ganas de comer. Así que prefiero estar sola.
3. **¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**  
Con lo poquito que puedo comer me siento re bien, disfruto lo que puedo comer y me siento llena.
4. **¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**  
Los alimentos más difíciles son los sólidos porque me cuesta tragarlos y masticarlos, siento que me pasan muy lento por la garganta. Debe ser por la debilidad que tengo en la lengua.
5. **¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**  
Disfónica, ronca. Para mí es por la traqueotomía y porque hace dos meses que no hablaba entonces, de repente hablar todo el tiempo me quedo sin voz enseguida.
6. **¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**  
Me siento muy bien, después de tanto tiempo sin comer y con todo lo que pasé, poder comer de a poquito por la boca es genial, tengo muchas ganas de comer, todo me gusta, siento el olor en el comedor y se hace agua la boca.
7. **¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**



No tengo problema en compartir, de hecho me encanta que estén mis familiares mis amigas. Los fines de semana mi casa está llena de gente. Y sobre todo quiero estar con mi hijo, aprovecharlo todo el tiempo.

**8. ¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**

Ahora lo que me están dejando comer es todo semisólido, no puedo comer nada duro pero me dan lo mismo que a los demás pacientes solo que me lo procesan o me lo dan bien pastoso.

**9. ¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**

Me veo más flaca, me cuesta verme tan débil, no puedo moverme bien, caminar puedo pero tengo que ir muy despacio. Cuesta verse bien.

**10. ¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**

Cuando trabajo con la fonoaudióloga me da un bocado muy chiquito y me pide que lo mastique bien, varias veces hasta que formo el bolo y lo empujo. Mastico mucho cada comida.

**Paciente N° 17**

**1. ¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**

Se modificó por completo, aunque pueda comer por boca es difícil acostumbrarme a comer todo procesado y los líquidos espesados. El gusto de las cosas no es el mismo, el agua con el espesante es horrible, por ahí el jugo es más rico pero el agua no me gusta.

**2. ¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**

No tengo grandes dificultades con eso porque con mi familia me siento cómodo, y eso que somos muchos porque los fines de semana están mis hijos, nietos, alguno de mis hermanos. Comparto el almuerzo, la cena con ellos nada más que como procesado.

**3. ¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**

Me siento bien, no es fea la comida pero no es lo mismo que comer normal. Me siento lleno, no me canso que antes me pasaba, por suerte ya no.

**4. ¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**

Y todos, menos los blanditos, el resto todos. Las cosas duras no puedo porque se me traban en la garganta, y con el agua me ahogo, enseguida empecé a toser.

**5. ¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**

Las veces que tome líquido u otras cosas que me hacen mal sentía la voz como cansada, ronca. Supongo que de tanto toser me quedaba la garganta como doliendo y me raspa.

**6. ¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**

Bien. Me gusta comer y los disfruto, más disfrutaría si comiera cualquier cosa, lo que yo quiera o a lo que estaba acostumbrado. Pero bueno es que es cuestión de tiempo y tengo que hacer las cosas bien.

**7. ¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**

Es un problema porque con mi familia no pasa nada porque ellos me conocen y me siento bien, el tema es cuando hay mucha gente, no sólo porque te miran en la silla de ruedas sino que me miran lo que como. Además no puedo ir a un cumpleaños y procesarme todo. Por ahora tranquilo, no voy a muchos lados, me quedo en casa.

**8. ¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**

Todo procesado, no tengo que masticar ni hacer grandes esfuerzos, al agua le pongo espesante para no ahogarme.

**9. ¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**



Me veo con 10 años más, estoy avejentado, debe ser porque me veo en silla de ruedas, estoy más flaco, tengo menos músculos, no sé.

**10. ¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**

No nada, no como comidas que tenga que masticar, todo blando, casi ni mastico.

**Paciente Nº 18**

**1. ¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**

Se modifico porque no puedo comer algunas cosas. Por suerte la comida acá es muy rica y me dan bastante variedad. Lo que más trabajo me da son las comidas que tengo que masticar mucho, con el resto no tengo problema.

**2. ¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**

Influye en el sentido que me siento mucho mas acompañado cuando me voy los fines de semana a casa, acá comparto con los pacientes sin problema, pero con mi familia es distinto. Quiero compartir con ellos.

**3. ¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**

Me siento muy bien, la comida me gusta, me cae bien y sobre todo hay mucha variedad.

**4. ¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**

Los que más problemas me traen son los duros, los sólidos, son como una piedra que me pasa por la garganta.

**5. ¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**

No noto ningún cambio. Para mí está siempre igual. A veces puede ser que este disfónico porque hablo mucho.

**6. ¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**

Me siento bien, disfruto las comidas, me gusta comer con mi familia como siempre.

**7. ¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**

No tuve la oportunidad de compartir muchas cosas desde el accidente, pero la verdad que estoy bien y me siento bien, no me preocupa ir a ningún lado. Si tengo que ir por ejemplo a un cumpleaños voy.

**8. ¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**

Casi nada, solamente las cosas muy duras las mezclo con algo más blando o corto bien chiquito los alimentos duros. El resto como igual. Así me dijeron que haga acá.

**9. ¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**

Yo me veo igual, mis hijos dicen que estoy más flaco. Pero me siento bien.

**10. ¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**

Cuando como, sea lo que sea, trato de masticar mucho, me acuerdo de los ejercicios que me dan y trago despacio, sin apurarme.

**Paciente Nº 19**

**1. ¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**

Como todo por la sonda, no puedo comer nada por la boca porque me ahogo, así que me dan hasta el agua por la sonda.

**2. ¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**

No es muy bueno compartir con mi familia si yo no puedo comer. Para qué voy a estar si no como con ellos. Prefiero estar en otro lado.

**3. ¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**



- Me siento mal, porque quiero comer, quiero sentir el sabor de algo y no puedo. Es horrible no poder comer.
4. **¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**  
Todo. Con las comidas y las bebidas me ahogo así que con todo tengo problema.
  5. **¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**  
Disfónica, rara. Antes no la tenía así, la sonda me raspa la garganta.
  6. **¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**  
Horrible, imaginate que tenés hambre y de pronto te pasan algo por la sonda y ya no tenés hambre. Yo quiero comer, no sólo estar lleno.
  7. **¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**  
No voy. Directamente no voy a ningún lado, solo a mi casa.
  8. **¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**  
Después del accidente no pude comer, hace un mes que no como nada, todo me lo dan por la sonda.
  9. **¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**  
La verdad que me veo mal, no me reconozco. Me veo en el espejo y me parece un espanto.
  10. **¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**  
Ninguno. No mastico nada.

#### **Paciente Nº 20**

1. **¿Cómo cree usted que se ha modificado su alimentación?**  
Por completo se modificó. Lo único que puedo ingerir son líquidos. No me dejan comer más nada, me tienen muy controlado, los médicos y mi señora.
2. **¿Cómo influye en usted compartir las comidas en familia?**  
Con mi familia no tengo problema, ellos están encima mío todo el tiempo, me cuidan mucho. Mi señora no me deja en paz. Me controla todo.
3. **¿Cómo se siente luego de la ingesta? ¿A qué lo atribuye?**  
Me siento bien, digamos que no está bueno que me den todo por sonda, pero bueno por lo menos tomo agua y no me genera dolor ni nada.
4. **¿Qué tipo de alimentos le producen mayor dificultad? ¿Por qué?**  
Las cosas duras. En realidad lo único que hago bien es tomar líquidos. Después las comidas no puedo. Me duele la garganta, empiezo a toser mucho.
5. **¿Cómo describe su voz luego de las comidas?**  
Normal. Me hidrato mucho, me dijeron que me hace bien tomar agua, así que yo tomo. La voz no me cambió.
6. **¿Cuáles son sus sentimientos al momento de alimentarse?**  
Me siento bien. Me gustaría poder comer sin problema, por ahora tengo que tener la sonda, pero no queda otra.
7. **¿Cuál es su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse?**  
No tengo inconveniente con eso. Soy muy sociable, siempre somos de juntarnos a comer o festejar los cumpleaños en familia.
8. **¿Qué tipo de habilidades y adaptaciones implementó para acceder más fácilmente a la alimentación?**



Todo lo que es comida me lo dan por la sonda, no como nada por la boca. Después el agua y eso no tengo drama.

**9. ¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?**

Y, bajé mucho de peso, si bien es algo que voy a recuperar de a poco es raro verme así. Siempre fui más bien gordito y no me veo bien ahora.

**10. ¿Cómo describe el control que realiza de los alimentos durante la masticación?**

No, ninguno porque no me dejan comer nada. Ojalá.



A continuación se realiza un análisis de las respuestas de los pacientes con riesgo de disfagia obtenidas del cuestionario:

### 1. Creencia del paciente sobre la modificación de su alimentación.

- P1: De ninguna manera, como menos porque enseguida me dan ganas de vomitar.
- P2: No contesta.
- P3: Se modificó en el sentido que al dolerme todos los dientes si mastico me genera mucho dolor, por ahí no tengo ganas de comer, evito las cosas duras, digamos que ya me predispongo mal.
- P4: No puedo tomar líquidos, tampoco sólidos pero es por un tema odontológico, no los puedo comer porque no tengo los dientes de arriba entonces lógicamente no puedo masticarlos.
- P5: No contesta.
- P6: Comía muy bien antes del accidente cerebro vascular, ahora como muy poco, selecciono mucho los alimentos.
- P7: Antes picaba lo que había, no le daba mucha importancia a las comidas. Ahora me siento a comer. Como menos cantidad, tardo más.
- P8: Ahora bien pero antes no. Por el accidente cerebro vascular me costaba comer, evitaba comer carne por ejemplo. Me costaba un montón.
- P9: En realidad no tengo grandes dificultades, sólo que por ahí sentía dolor en la garganta cuando comía algo o lo comía apurado, tosía mucho. Al principio de hacían comer todo blando, ahora ya no.
- P10: No contesta.
- P11: No contesta.
- P12: No contesta.
- P13: Se modificó por completo, enseguida me pusieron el botón gástrico y me suspendieron la comida. Al principio comía todo procesado y líquidos me daban también, pero como me ahogaba sobre todo con los líquidos me prohibieron comer por boca, me dan todo por el botón.
- P14: En todo, de comer cualquier cosa pase a ahogarme con todo lo que comía o tomaba y después me pusieron la sonda. La verdad que es desesperante, tengo una necesidad de sentir algo en la boca, con lo que me gusta comer.
- P15: Y comía todo por sonda nasogástrica, no me daban nada por la boca. A los días empecé de a poco a comer por la boca, igual comía todo blando. No me dejaban comer arroz porque decían que se me iba a ir a los pulmones. Carne no como todavía porque no tengo dentadura.
- P16: Desde que tuve el accidente me pusieron la sonda naso gástrica así que no comí nada por boca hasta hace unos días que empecé con la fonoaudióloga a comer flan, banana y esas cosas.
- P17: Se modificó por completo, aunque pueda comer por boca es difícil acostumbrarme a comer todo procesado y los líquidos espesados. El gusto de las cosas no es el mismo, el agua con el espesante es horrible, por ahí el jugo es más rico pero el agua no me gusta.
- P18: Se modificó porque no puedo comer algunas cosas. Por suerte la comida acá es muy rica y me dan bastante variedad. Lo que más trabajo me da son las comidas que tengo que masticar mucho, con el resto no tengo problema.
- P19: Como todo por la sonda, no puedo comer nada por la boca porque me ahogo, así que me dan hasta el agua por la sonda.
- P20: Por completo se modificó. Lo único que puedo ingerir son líquidos. No me dejan comer más nada, me tienen muy controlado, los médicos y mi señora.

Fuente: Elaboración sobre datos de investigación.







### 3. Creencia sobre los sentimientos del paciente luego de la ingesta y a que lo atribuye.

- P1: Mal, me duele la panza, tengo ganas de vomitar todo el tiempo, con todas las comidas me pasa no sé por qué.
- P2: No contesta.
- P3: No tengo problema, lo único que tengo que cepillarme los dientes enseguida. Ya no tengo esa sensación de que cuando comía mucho me sentía pesado porque ahora como poco.
- P4: Muy bien, no siento ninguna molestia en particular.
- P5: No contesta.
- P6: Siento mucho sueño después de comer, debe ser porque me canso, sobre todo cuando son comidas que tengo que masticar mucho.
- P7: Cansada. Los líquidos con cuchara. Me ahogo.
- P8: Pesada, no sé si es porque a veces me apuro y como rápido o porque como mucha cantidad, no sé a qué asociarlo.
- P9: A veces me siento pesado, o siento mucho cansancio porque estoy con los músculos medios flojos no sé. Me cuesta mover un poco la lengua, los labios los siento también distintos.
- P10: No contesta.
- P11: No contesta.
- P12: No contesta.
- P13: Cuando comía procesado y tomaba agua me sentía mal, me caía pesado, enseguida quería toser, a veces hasta quería vomitar, me dolía la garganta todo. Ahora ya no me pasa porque cuando tengo hambre enseguida me dan algo por acá.
- P14: El poco tiempo que me dejaron comer era un desastre, tosía todo el tiempo me ahogaba, se me caía la comida de la boca. Un desastre, y esto es producto de la lesión en el cerebro, o por otra cosa no sé.
- P15: Sin dolor. Me siento siempre lleno. Para comer como en la cama pero a noventa grados, nunca acostado.
- P16: Con lo poquito que puedo comer me siento re bien, disfruto lo que puedo comer y me siento llena.
- P17: Me siento bien, no es fea la comida pero no es lo mismo que comer normal. Me siento lleno, no me canso que antes me pasaba, por suerte ya no.
- P18: Me siento muy bien, la comida me gusta, me cae bien y sobre todo hay mucha variedad.
- P19: Me siento mal, porque quiero comer, quiero sentir el sabor de algo y no puedo. Es horrible no poder comer.
- P20: Me siento bien, digamos que no está bueno que me den todo por sonda, pero bueno por lo menos tomo agua y no me genera dolor ni nada.

Fuente: Elaboración sobre datos de investigación.



**Nube de palabras Nº 3:** Creencia sobre los sentimientos del paciente luego de la ingesta y a que lo atribuye.



Fuente: Elaboración propia.

Variables emergentes:

Sentimiento luego de la ingesta:  
 Con molestia: 35%  
 Sin molestia: 40%  
 No contesta: 25%

Causa a que atribuye su malestar:  
 Cansancio: 15%  
 Desconoce la causa: 20%

#### 4. Creencia sobre los alimentos que le producen mayor dificultad y por qué.

P1: El pollo, las comidas duras, las comidas con tucó me caen muy mal y me da acidez, la leche nunca me gustó, el té tampoco, y acá me dan todo eso, yo quiero tomarme un café.

P2: No contesta.

P3: Los líquidos y las cosas duras como la carne y eso me resultan difíciles de comer o tomar. Me canso de masticar y me ahogo,

P4: Y los sólidos, ahora estoy comiendo tipo papilla. Los sólidos en realidad no los estoy comiendo, no puedo decir si tengo o no problemas porque no he tenido pasado por la experiencia.

P5: No contesta.

P6: Y por ejemplo las pastillas, las frutas, solo como banana porque el resto se me traban las cosas duras.

P7: Chiquitos. Duros, se te quedan en la garganta. Basura, migas.

P8: Y las cosas duras como la carne, el pollo si es muy seco también me cuesta, le pongo mayonesa o trato de hacerlo más jugoso. Y las ensaladas a veces también me cuestan.

P9: Por ahí con los alimentos secos, porque en realidad como de todo y lo trago bien, pero por ejemplo el pan me cuesta un montón. El otro día mi hija me dio copos y casi me muero, se me seca la boca.

P10: No contesta.

P11: No contesta.



- P12: No contesta.
- P13: Lo que más me cuesta son los líquidos, a veces hasta me ahogo con la saliva no sé por qué. Con lo procesado no me costaba tanto, los sólidos digamos la carne y eso no sé porque nunca me dejaron comer. Supongo que por el accidente algo me pasó que no pude comer más.
- P14: Todos, los duros, los blandos y los líquidos. Lamentablemente todo porque me hacen toser y ahogarme. No puedo comer nada por boca.
- P15: La carne porque no la puedo masticar, prefiero alimentos más blandos como tortilla de acelga, ensaladas y eso.
- P16: Los alimentos más difíciles son los sólidos porque me cuesta trabarlos y masticarlos, siento que me pasan muy lento por la garganta. Debe ser por la debilidad que tengo en la lengua.
- P17: Y todos, menos los blanditos, el resto todos. Las cosas duras no puedo porque se me traban en la garganta, y con el agua me ahogo, enseguida empiezo a toser.
- P18: Los que más problemas me traen son los duros, los sólidos, son como una piedra que me pasa por la garganta.
- P19: Todo. Con las comidas y las bebidas me ahogo asique con todo tengo problema.
- P20: Las cosas duras. En realidad lo único que hago bien es tomar líquidos. Después las comidas no puedo. Me duele la garganta, empiezo a toser mucho.

Fuente: Elaboración sobre datos de investigación.

**Nube de palabras Nº 4:** Creencia sobre los alimentos que le producen mayor dificultad y por qué.



Fuente: Elaboración propia.

Variables emergentes:

Alimentos que producen mayor dificultad:

Sólidos: 50%

Líquidos: 0%

Ambas consistencias: 25%

No contesta: 25%

Motivo de la dificultad:

Cansancio, molestia: 50%

Desconoce la causa: 25%



## 5. Creencia de la descripción de su voz luego de las comidas.

P1: Igual yo no noto que me haya cambiado para nada.

P2: No contesta.

P3: No, yo la siento igual.

P4: Yo no noto ninguna dificultad en mi voz después de comer, si por ahí noto durante el día más cansancio, aparte no muevo bien los labios y la lengua entonces me canso.

P5: No contesta.

P6: Mal, me cuesta mucho terminar las palabras, me canso mucho cuando hablo y corto las palabras. A veces prefiero no hablar por un rato y descansar.

P7: No. nada. Todo igual.

P8: Antes me cambiaba mucho, la sentía como rara, disfónica no sé. Ahora lo controlo mucho más. Ya no me cambia tanto.

P9: Para mí esta igual, a veces me dicen que no se me entiende porque hablo bajito, pero yo me la siento igual. A la noche puede ser que ya esté cansado y no tengo ganas de hablar pero después normal.

P10: No contesta.

P11: No contesta.

P12: No contesta.

P13: Y, me quedaba mucha saliva en la boca y hablaba como si tuviera moco en la garganta, necesitaba toser y varias veces me quedaba disfónico.

P14: Y me sentía la voz gastada, disfónica. Se ve que tosía tanto que se me secaba la garganta. A la noche peor.

P15: Cambio mi voz de por si, después del accidente estoy mas disfónico, pero no es que después de comer me pasa, me pasa durante todo el día.

P16: Disfónica, ronca. Para mi es por la traqueotomía y porque hace dos meses que no hablaba entonces, de repente hablar todo el tiempo me quedo sin voz enseguida.

P17: Las veces que tomé líquido u otras cosas que me hacen mal sentía la voz como cansada, ronca. Supongo que de tanto toser me quedaba la garganta como doliendo y me raspa.

P18: No noto ningún cambio. Para mé esta siempre igual. A veces puede ser que este disfónico porque hablo mucho.

P19: Disfónica, rara. Antes no la tenía así, la sonda me raspa la garganta.

P20: Normal. Me hidrato mucho, me dijeron que me hace bien tomar agua, asique yo tomo. La voz no me cambió.

Fuente: Elaboración sobre datos de investigación.



**Nube de palabras N° 5:** Creencia de la descripción de su voz luego de las comidas.



Fuente: Elaboración propia.

Variables emergentes:

Cambios en la voz: SI: 40%  
 NO: 35%  
 No contesta: 25%

## 6. Creencia sobre sus sentimientos al momento de alimentarse.

- P1: Horrible, ya sé que todo lo que coma me va a caer mal, entonces como poco, no quiero comer.
- P2: No contesta.
- P3: Me siento incomodo conmigo mismo, me cuesta acostumbrarme a la dificultad que tengo.
- P4: Yo me siento bárbaro en realidad. Lógicamente me gustaría comer de todo sin problema, pero yo sé que es cuestión de tiempo.
- P5: No contesta
- P6: Y no disfruto, quiero terminar rápido para acostarme, no aguanto, siento que se me afloja el cuerpo.
- P7: Y, me siento incómoda por ahí, depende con quién este comiendo me apuran y eso. Si no estoy bien.
- P8: Me siento bien ahora porque puedo comer de todo, aunque algunas cosas me cuestan, me las arreglo para poder comerlas.
- P9: Me siento bien, algunas comidas son feas porque no les puedo poner sal y eso. Pero como con gusto.
- P10: No contesta.
- P11: No contesta.
- P12: No contesta.
- P13: Me sentía muy mal antes, porque yo no tenía problemas antes, comía cualquier cosa y de repente ahogarte cada vez que comés es horrible, no se lo deseo a nadie. Espero poder recuperarme porque tampoco me siento bien ahora que no como nada, tengo ganas de comer, es la verdad.
- P14: Pésimo, horrible. Me siento mal que no puedo comer. Te cambia la vida.





## 7. Creencia sobre su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse.

P1: Nunca compartí todavía, desde el accidente no salí a ningún lado, solo en mi casa con mi familia.

P2: No contesta.

P3: Desde el accidente suspendí todas las reuniones y eventos. Prefiero estar más tranquilo no con tanta gente, sólo con mis hijos y mi señora.

P4: Ningún problema, fantástica. No me genera molestia para nada, en ningún aspecto, estoy con mi familia siempre.

P5: No contesta.

P6: Y mirá, directamente no voy, los evito. No me dan ganas de ir a lugares donde hay mucha gente.

P7: Me da vergüenza. Me pone incómoda no saber qué hacer con las comidas. Tardo mucho, te miran.

P8: No me gusta, me pone mal. Me acostumbre de a poco a que no me de tanta vergüenza con mi familia, por eso prefiero que seamos pocos cuando comemos. Eventos o cumpleaños los evito si puedo.

P9: Me siento bien pero trato de no comer cosas que sé que me van a costar, porque me ha pasado que empiezo a toser y no paro. Prefiero estar con mis amigos o familiares que ya me conocen.

P10: No contesta.

P11: No contesta.

P12: No contesta.

P13: No comparto, prefiero no ir porque todos los eventos con gente, cumpleaños y eso es ir a comer, todo el mundo va a eso, además de charlar y pasar un momento, pero en realidad siempre hay comida y no me dan ganas.

P14: No comparto. Desde que tuve el accidente no fui a ningún lado. Si me voy los fines de semana estoy solo con mi familia. Una sola vez me invitaron a un cumpleaños y no fui. No me dan ganas.

P15: Sin ningún problema, me encanta compartir eventos. Este fin de semana por ejemplo tuve el cumple de una de mis hijas asique comimos un montón y la pasamos bárbaro.

P16: No tengo problema en compartir, de hecho me encanta que estén mis familiares mis amigas. Los fines de semana mi casa está llena de gente. Y sobre todo quiero estar con mi hijo, aprovecharlo todo el tiempo.

P17: Es un problema porque con mi familia no pasa nada porque ellos me conocen y me siento bien, el tema es cuando hay mucha gente, no sólo porque te miran en la silla de ruedas sino que me miran lo que como. Además no puedo ir a un cumpleaños y procesarme todo. Por ahora tranquilo, no voy a muchos lados, me quedo en casa.

P18: No tuve la oportunidad de compartir muchas cosas desde el accidente, pero la verdad que estoy bien y me siento bien, no me preocupa ir a ningún lado. Si tengo que ir por ejemplo a un cumpleaños voy.

P19: No voy. Directamente no voy a ningún lado, solo a mi casa.

P20: No tengo inconveniente con eso. Soy muy sociable, siempre somos de juntarnos a comer o festejar los cumpleaños en familia.

Fuente: Elaboración sobre datos de investigación.



**Nube de palabras N° 7:** Creencia sobre su actitud cuando comparte eventos sociales donde debe alimentarse.



Fuente: Elaboración propia.

Variables emergentes:

Comparte Eventos sociales: SI: 35%

NO: 40%

No contesta: 25%

Personas con quien comparte: Hijos: 5%

Otros familiares: 30%

## 8. Creencia sobre las habilidades y adaptaciones que implemento para acceder más fácilmente a la alimentación.

P1: Nada como todo igual. En realidad me doy cuenta que tomo mucha agua mientras como porque siento que me baja mejor sobre todo las comidas duras. Después trato de comer todo igual que siempre o más despacio.

P2: No contesta.

P3: Y no como cosas duras, galletitas no como más, cosas con migas tampoco, carne menos, si hay carne la corto bien chiquitita y trato de comer en general más lento.

P4: Y al no tener la prótesis no puedo masticar nada imagínate, es complicado. Por eso creo yo que la indicación es comer todo semisólido. Además no muevo bien la boca.

P5: No contesta.

P6: Los líquidos los tomo con espesante porque si no me ahogo. Las comidas duras sobre todo la carne la corto bien chiquita así la puedo tragar más fácil.

P7: Como nada más chiquito y poquito. Concentración.

P8: Sobre todo con las cosas duras, las corto bien chiquito, las mezclo con mayonesa o les pongo aceite para que me sea más fácil tragar.

P9: Por ejemplo si quiero comer pan lo mojo en la leche y lo como mucho más fácil. O los sándwich les pongo mucha mayonesa o manteca para que no sean tan secos. Los alimentos duros igual trato de cortarlos bien para que no me genere esfuerzo y cansancio.

P10: No contesta.





## 9. Creencia sobre la percepción de su imagen corporal.

- P1: Horrible, me veo y siento que no sirvo para nada. Me siento muy angustiada, no quiero estar así toda la vida. Me tienen que ayudar para comer para vestirme para todo.
- P2: No contesta.
- P3: Me veo raro, no sé por qué me caigo para la izquierda, no cambió mucho mi peso pero es rara la sensación.
- P4: Yo me veo dentro de todo bien, perdí masa muscular y peso, no puedo caminar, me falta fuerza pero bueno, hay que ir de a poco recuperando.
- P5: No contesta.
- P6: No, con eso me siento bien, no bajé de peso nada.
- P7: Me noto muy flaca, distinta, tampoco tan mal pero a veces me molesta.
- P8: Mal, horrible. Quería hacer un montón de cosas con mi cuerpo y no podía. Ahora fui mejorando y puedo manejarme más sola, pero cuesta acostumbrarse.
- P9: Y, perdí mucho peso, eso me tiene mal porque era de comer mucho y siempre fui gordito y me gustaba, no tenía problema. Ahora me veo muy flaco. No puedo recuperarme.
- P10: No contesta.
- P11: No contesta.
- P12: No contesta.
- P13: Ahora me veo bien pero antes cuando recién me pasó esto me veía arruinado, flaco, pálido. Ahora estoy un poco más gordito, pero igual no me veo del todo bien.
- P14: Me veo mal, flaco, la cara se me vino abajo. Mi cuerpo ya no es lo mismo.
- P15: Me veo más flaco, medio flojo, no puedo mover la mano, las piernas. Trato de superarlo. A veces me angustia pero hace poco empecé a mover los pies, así que es cuestión de tiempo.
- P16: Me veo más flaca, me cuesta verme tan débil, no puedo moverme bien, caminar puedo pero tengo que ir muy despacio. Cuesta verse bien.
- P17: Me veo con 10 años más, estoy avejentado, debe ser porque me veo en silla de ruedas, estoy más flaco, tengo menos músculos, no sé.
- P18: Yo me veo igual, mis hijos dicen que estoy más flaco. Pero me siento bien.
- P19: La verdad que me veo mal, no me reconozco. Me veo en el espejo y me parece un espanto.
- P20: Y, baje mucho de peso, si bien es algo que voy a recuperar de a poco es raro verme así. Siempre fui más bien gordito y no me veo bien ahora.

Fuente: Elaboración sobre datos de investigación.



### Nube de palabras N° 9: Creencia sobre la percepción de su imagen corporal.



Fuente: Elaboración propia.

#### Variables emergentes:

Percepción de su Imagen corporal:	Sin dificultad: 15%
	Con dificultad: 60%
	No contesta: 25%

### 10. Creencia sobre el control que realiza de los alimentos durante la masticación.

P1: Y trato de no comer cosas muy duras, y si las como trato de **comer despacio** como me dicen todos, porque a veces devoro la comida no me doy cuenta y termino tosiendo y me ahogo.

P2: No contesta.

P3: Me cuesta mucho, **me canso**, me duelen mucho los dientes y las encías, **termino comiendo cosas más blandas**.

P4: **No mastico**, la verdad no probé masticar pero supongo que no podría cortar la comida si no tengo la prótesis de arriba.

P5: No contesta.

P6: Y me cuesta bastante, **me canso mucho**, ya te digo **corto bien chiquito** así no tengo que hacer tanta fuerza.

P7: Ya te digo, **mastico muy lento**, **corto chiquito** y **como despacio**. Si no me ahogo. Con tranquilidad sin apurarme.

P8: **Mastico mucha cada bocado**, me lo paso de un lado al otro de la boca y **mastico mucho** tratando de concentrarme en todos los pedacitos que quedan en la boca. Cuando trago después busco con la lengua por si quedaron restos.

P9: **Mastico mucho todo**, sea duro o blando yo lo mastico. **Trato de comer despacio** para no cansarme pero **hasta que no lo mastico bien no lo trago**.

P10: No contesta.

P11: No contesta.

P12: No contesta.

P13: **No mastico nada**, como te dije nunca me dieron algo duro para masticar, siempre pastoso o agua. Igual pienso que lo hubiera hecho mal.





Por último, se analiza la sintomatología de la etapa oral de la deglución de aquellos pacientes con riesgo de disfagia observando las respuestas en cada ítem de la evaluación. Dicha evaluación de la deglución tiene como fin indagar de manera directa sobre los síntomas del paciente con alteración de la deglución, por medio de la observación de las estructuras que intervienen en el proceso deglutorio y a través de praxias orolingüofaciales.

**Tabla 2:** Sintomatología de la etapa oral. n=15

	AB y CB	B	IL	SL	ML	PM	MMI	ATM	PD	FP	ML <sub>2</sub>	SL <sub>2</sub>	VP	S	RCO	R	A	DVS	PT
P1	1	1	1	1	2	1	2	1	3	1	2	1	1	1	3	2	1	1	26
P3	2	2	1	1	3	1	3	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	28
P4	2	3	1	1	3	1	3	1	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	29
P6	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	24
P7	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	20
P8	2	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	27
P9	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	25
P13	2	3	2	1	3	1	2	1	1	2	1	3	1	2	3	3	1	3	35
P14	3	3	1	1	3	1	3	1	1	1	3	1	1	3	3	2	1	3	35
P15	2	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	3	2	1	1	26
P16	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	22
P17	1	2	1	1	2	1	2	1	3	1	3	1	2	1	2	1	1	1	27
P18	2	3	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	1	27
P19	2	3	1	2	3	1	3	1	3	1	3	1	1	3	3	2	1	3	37
P20	1	2	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	23

Fuente: Elaboración propia.

### Referencias:

**AB y CB:** Apertura y cierre de la boca. **B:** Babeo. **IL:** Integridad labial. **SL:** Sensibilidad labial. **ML:** Motricidad labial. **PM:** Posición de la mandíbula. **MMI:** Movimientos del maxilar inferior. **ATM:** Articulación temporomaxilar. **PD:** Posicionamiento dental, prótesis. **FP:** Forma del paladar. **ML<sub>2</sub>:** Movimientos linguales. **SL<sub>2</sub>:** Sensibilidad lingual. **VP:** Velo del paladar. **S:** Saliva. **RCO:** Residuos en la cavidad oral. **R:** Respiración. **A:** Apnea. **DVS:** Deglución voluntaria de la saliva

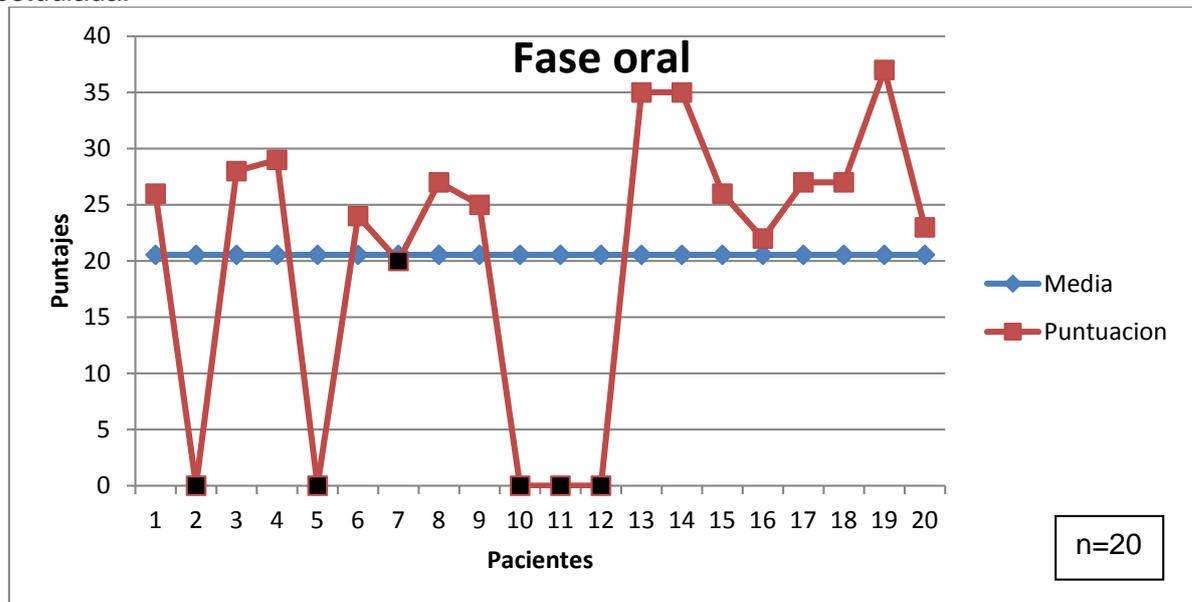
El puntaje mínimo que puede obtener cada paciente en la evaluación de la deglución es de 18 puntos representando resultados normales en todos los ítems; y el máximo puntaje que puede obtener es de 54 puntos correspondientes a alteración en todos los ítems. Teniendo



en cuenta lo anteriormente mencionado, se observa una media de 20.55 puntos según los resultados obtenidos.

El siguiente grafico muestra la distribución de pacientes teniendo como referencia la media obtenida.

**Gráfico N° 5:** Distribución de pacientes según la media obtenida del total de la muestra estudiada.



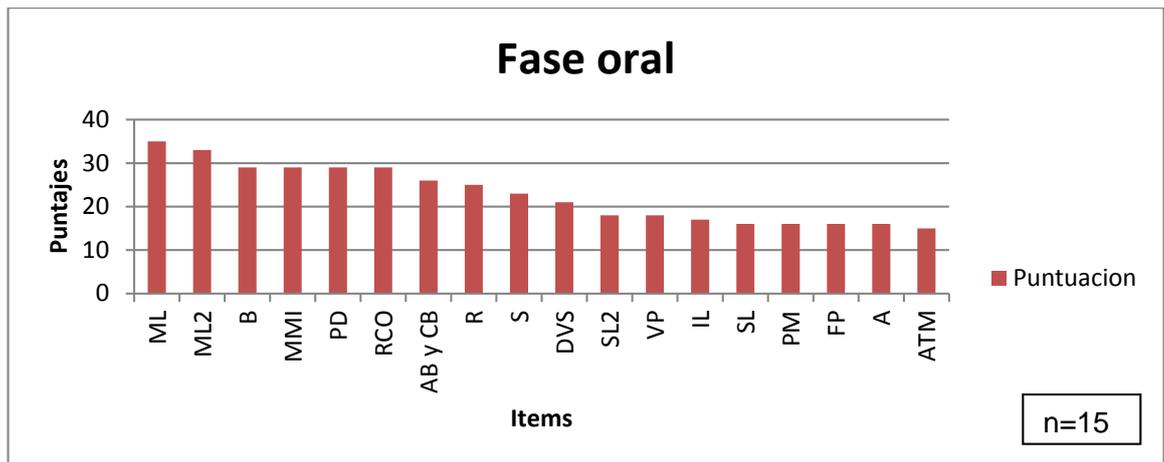
Fuente: Elaboración propia

Siendo la media de 20.55 puntos obtenida de los resultados de los pacientes, se puede observar que el 70 por ciento correspondientes a 14 pacientes se encuentran con puntajes por encima de la media, mientras que el 30 por ciento correspondientes a 6 pacientes se ubican por debajo de la media.



A continuación se presenta el gráfico que muestra el análisis de cada ítem de la evaluación de la deglución en el total de los pacientes encuestados. El puntaje mínimo que puede obtenerse es de 15 puntos mientras que el máximo es de 45 puntos, en un total de 15 pacientes que representan el 75 por ciento de pacientes con riesgo de disfagia.

**Gráfico Nº 6:** Puntajes totales de cada ítems de la evaluación de la deglución en los pacientes encuestados.



Fuente: Elaboración propia<sup>50</sup>.

Se observa en orden decreciente los ítems que obtienen mayor puntuación, es decir, mayor grado de severidad. El ítem con mayor afectación es ML con 35 puntos, que representa los movimientos labiales de los pacientes. Continúa el ítem ML2 que representa los movimientos labiales con 33 puntos. Los cuatro siguientes ítems obtienen un puntaje de 29 puntos correspondientes a B (babeo), MMI (movimientos del maxilar inferior), PD (posicionamiento dental) y RCO (residuos en la cavidad oral). Los ítems con mínima afectación con 16 puntos corresponden a SL (sensibilidad labial), PM (posición de la mandíbula), FP (forma del paladar) y A (apneas). El único ítem que no posee alteración ya que obtiene un puntaje de 15 puntos es el ATM correspondiente a la articulación temporomaxilar.

<sup>50</sup> **AB y CB:** Apertura y cierre de la boca. **B:** Babeo. **IL:** Integridad labial. **SL:** Sensibilidad labial. **ML:** Motricidad labial. **PM:** Posición de la mandíbula. **MMI:** Movimientos del maxilar inferior. **ATM:** Articulación temporomaxilar. **PD:** Posicionamiento dental, prótesis. **FP:** Forma del paladar. **ML2:** Movimientos linguales. **SL2:** Sensibilidad lingual. **VP:** Velo del paladar. **S:** Saliva. **RCO:** Residuos en la cavidad oral. **R:** Respiración. **A:** Apnea. **DVS:** Deglución voluntaria de la saliva



A continuación se analiza cada uno de los ítems mencionados con anterioridad con el objetivo de reflejar el grado de afectación representados en porcentajes.

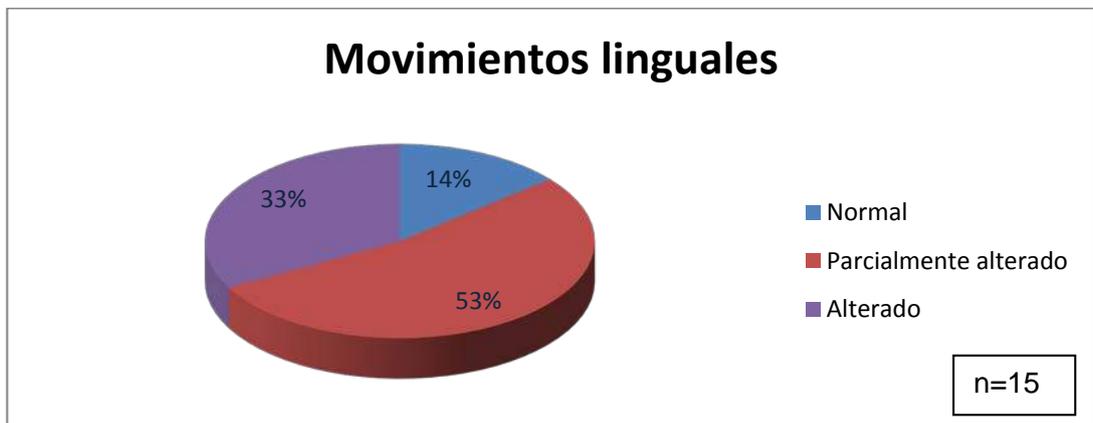
**Gráfico N° 7:**



Fuente: Elaboración propia.

Los movimientos labiales representan el ítem con mayor afectación en la evaluación de la etapa oral de la deglución. Se observa un 53 por ciento parcialmente alterado representando a 8 pacientes. El 40 por ciento alterado y representa a 6 pacientes. El 7 por ciento hace referencia a 1 paciente sin afectación, es decir normal.

**Gráfico N° 8:**



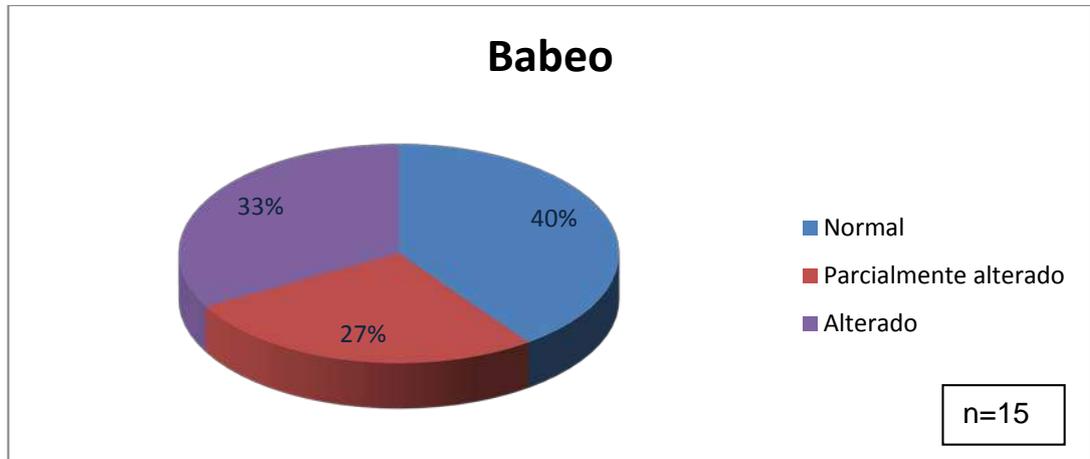
Fuente: Elaboración propia.

Los movimientos linguales son el segundo ítem de la evaluación de la etapa oral de la deglución que obtiene niveles de afectación significativos. El 53 por ciento de muestra poseen un grado de afectación parcialmente alterado que representa a 8 pacientes, el 33 por ciento alterado representando a 5 pacientes, mientras que 2 pacientes no muestran grado de alteración por lo que representan el 14 por ciento.



Seguidamente se representa el gráfico que evalúa el babeo:

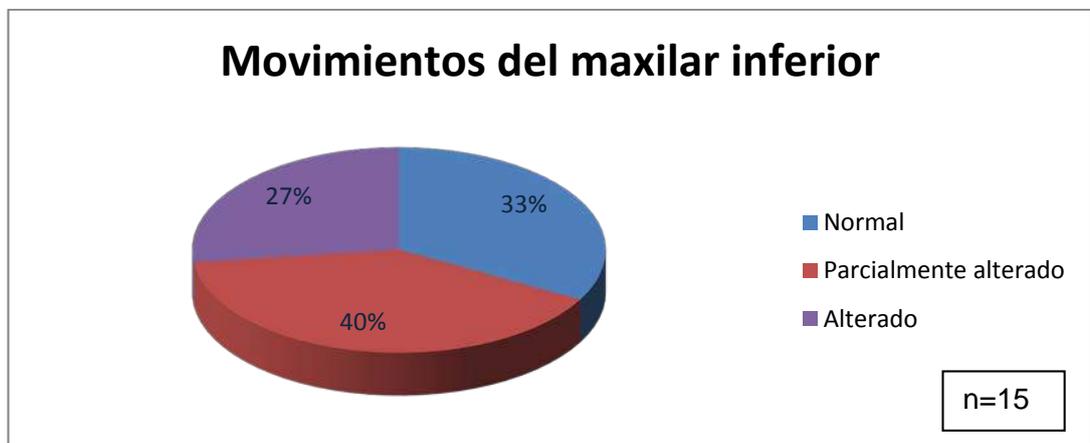
**Gráfico N° 9:**



Fuente: Elaboración propia.

El babeo evidencia un nivel de normalidad, es decir sin afectación, representado por el 40 por ciento correspondiente a 6 pacientes de la muestra; el 33 por ciento se encuentra alterado conformado por 5 pacientes y el 27 por ciento representado por 4 pacientes se encuentra parcialmente alterado.

**Gráfico N° 10:**



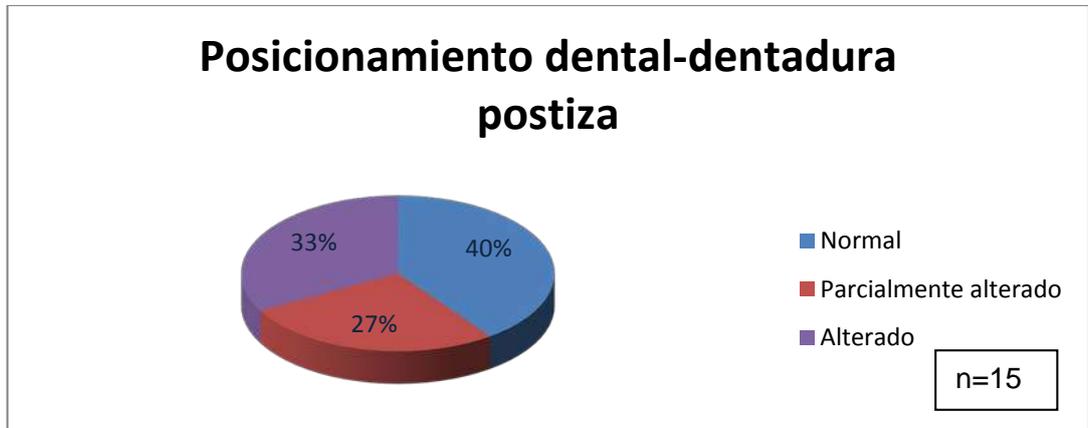
Fuente: Elaboración propia.

El ítem Movimientos del maxilar inferior muestra un 40 por ciento parcialmente alterado conformado por 6 pacientes, un 33 por ciento normal que representa a 5 pacientes, y por último un 27 por ciento alterado conformado por 4 pacientes de la muestra.



En el gráfico a continuación se refleja la posición dental – dentadura postiza:

**Gráfico N° 11:**



Fuente: Elaboración propia.

El posicionamiento dental y el uso de prótesis dental es un ítem que manifiesta un nivel de normalidad representado por el 40 por ciento de la muestra correspondiente a 6 pacientes. Se encuentra alterado en un 33 por ciento conformado por 5 pacientes y parcialmente alterado en un 27 por ciento que representa a 4 pacientes de la muestra.

**Gráfico N° 12:**



Fuente: Elaboración propia.

**Gráfico N° 13:**

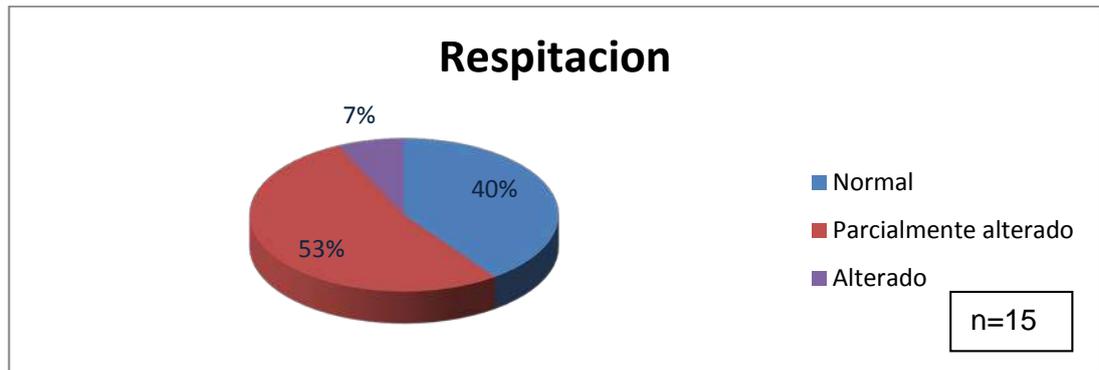


Fuente: Elaboración propia.



El gráfico muestra un grado parcialmente alterado significativo representado por el 70 por ciento de la muestra correspondiente a 9 pacientes. Se observa un 33 por ciento sin grado de afectación correspondiente a 5 pacientes y por último un 7 por ciento de alteración representado por 1 pacientes.

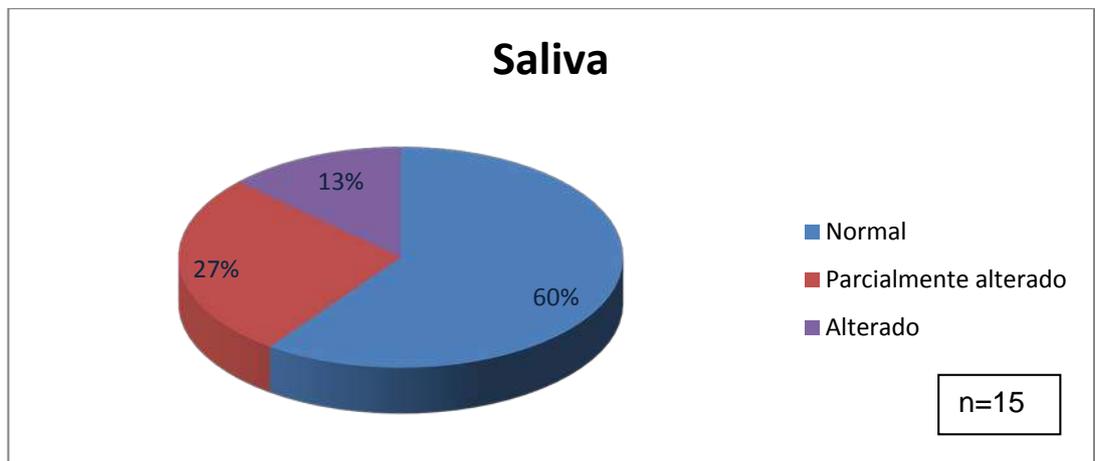
**Gráfico N° 14:**



Fuente: Elaboración propia.

El ítem respiración representa tanto al tipo como al modo respiratorio de los pacientes evaluados. Se evalúan ambos aspectos por separado y se considera normal si ambos se encuentran sin alteración, parcialmente alterados si uno de los dos, es decir el tipo o el modo, presenta alteración mientras que el otro se mantiene sin dificultades, y se considera alterado si ambos componentes evidencian algún grado de afectación. En el grafico se observa un 53 por ciento parcialmente afectado correspondiente a 8 pacientes, un 40 por ciento sin grado de afectación representado por 6 pacientes y por último, un 7 por ciento alterado correspondiente a 1 paciente.

**Gráfico N° 15:**



Fuente: Elaboración propia.



La saliva muestra un gran porcentaje de normalidad representado por el 60 por ciento de la muestra correspondiente a 9 pacientes. En grado decreciente continua un 27 por ciento parcialmente alterado representado por 4 pacientes y por último, un 13 por ciento alterado correspondiente a 2 pacientes de la muestra.

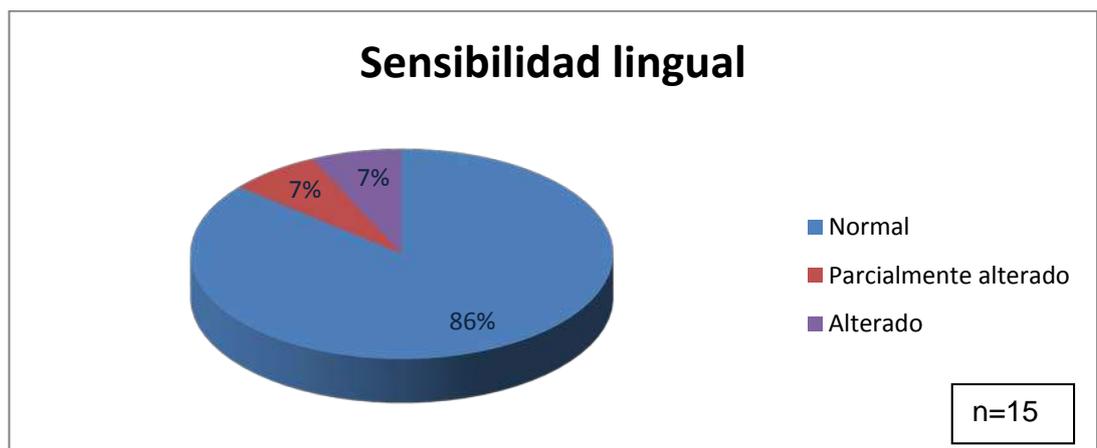
**Gráfico N° 16:**



Fuente: Elaboración propia.

La deglución voluntaria de la saliva muestra un elevado porcentaje de normalidad, es decir, pacientes sin grado de afectación, representado por el 80 por ciento de la muestra conformado por 12 pacientes. El 20 por ciento restante de la muestra representa a 3 pacientes que manifiestan grado de afectación.

**Gráfico N° 17:**



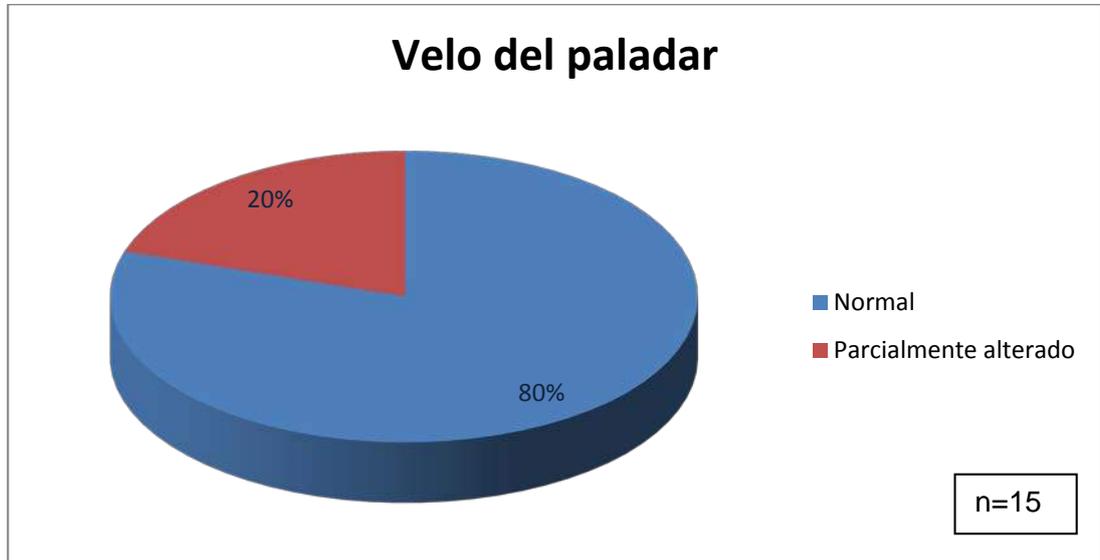
Fuente: Elaboración propia.

El ítem sensibilidad lingual muestra elevados niveles de normalidad entre los pacientes evaluados representado por el 86 por ciento de la muestra correspondiente a 13 pacientes.



Se observa tanto alterado como parcialmente alterado un 7 por ciento cada uno correspondientes a un paciente cada categoría.

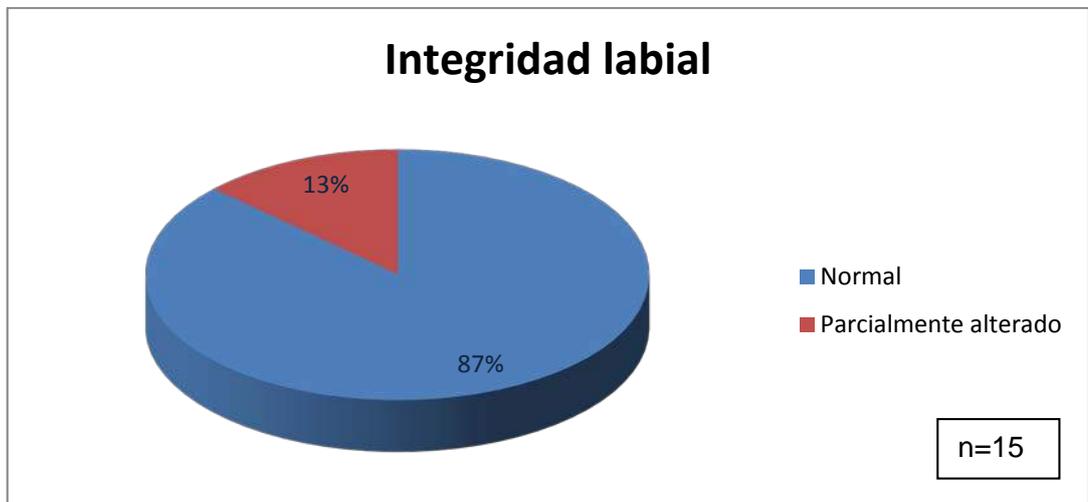
**Gráfico N° 18:**



Fuente: Elaboración propia.

El ítem correspondiente al velo del paladar muestra con un 80 por ciento la normalidad en los pacientes evaluados, es decir que 12 de los pacientes no presenta alteración en la estructura del velo del paladar. Por otro lado, los 3 pacientes restantes evidencian algún grado de afectación parcial representando el 20 por ciento.

**Gráfico N° 19:**



Fuente: Elaboración propia.



El gráfico muestra el elevado porcentaje que obtienen los pacientes sin alteración en la integridad labial representado por el 87 por ciento correspondiente a 13 pacientes que conforman la muestra. Los restantes dos pacientes presentan una alteración parcial con el 13 por ciento.

**Gráfico N° 20:**



Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el gráfico que de los 15 pacientes evaluados, 14 de ellos no presentan alteración en la sensibilidad lingual por lo que obtienen un porcentaje de 93 por ciento correspondiente a la normalidad. Solo 1 paciente de la muestra evidencia una alteración parcial en este aspecto representado por el 7 por ciento restante.

**Gráfico N° 21:**



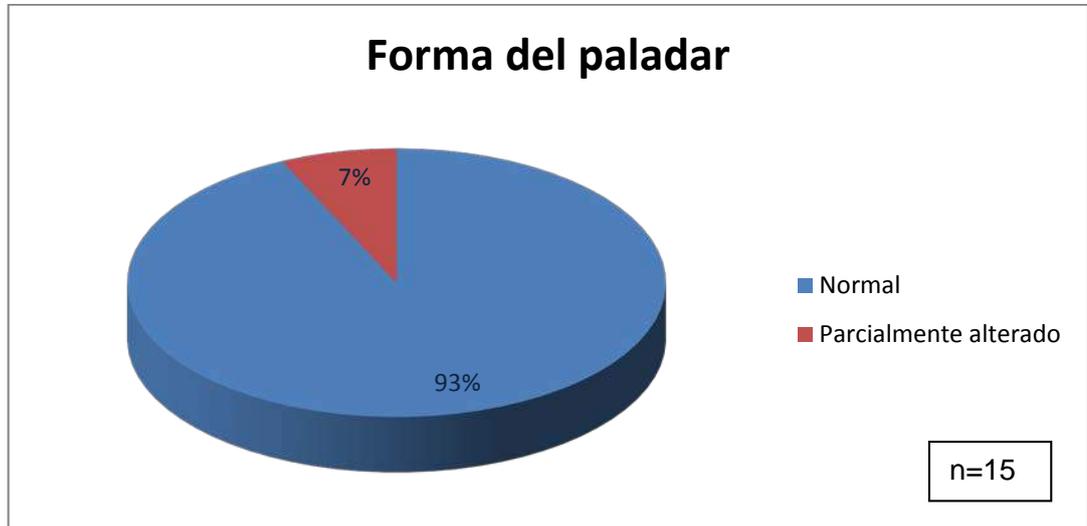
Fuente: Elaboración propia.

En el ítem correspondiente a la evaluación de la posición de la mandíbula, se observa que el 93 por ciento de la muestra evaluada no presenta dificultades en este aspecto. Este



porcentaje es representado por 14 pacientes. Solo 1 paciente evidencia alteración parcial de la posición de la mandíbula obteniendo el 7 por ciento.

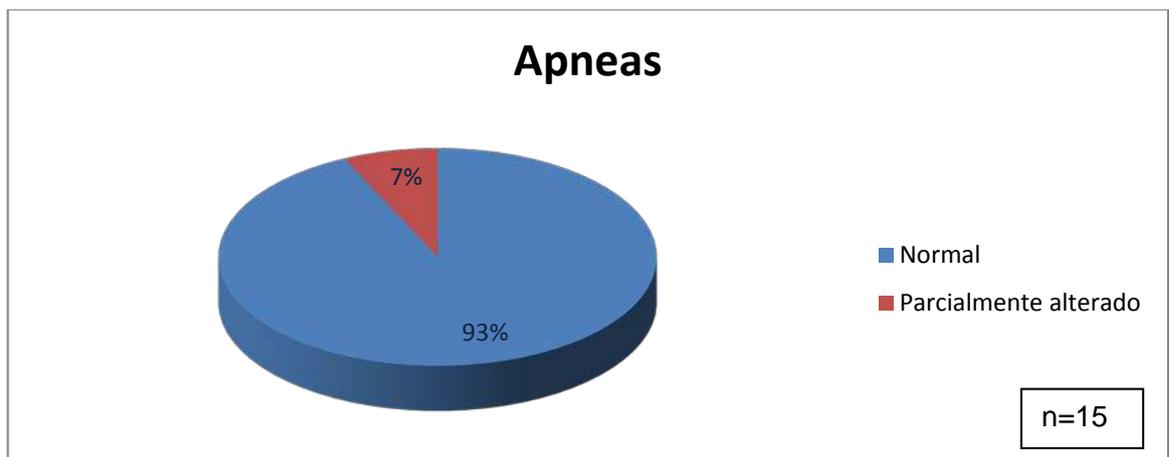
**Gráfico N° 22:**



Fuente: Elaboración propia.

Se observa en el gráfico que el 93 por ciento de la muestra estudiada no presentan alteración en relación a la forma del paladar. Dicho porcentaje es representado por 14 pacientes. Solamente 1 paciente evidencia una alteración parcial de la forma del paladar obteniendo un total de 7 por ciento.

**Gráfico N° 23:**



Fuente: Elaboración propia.

Al igual que los tres ítems graficados con anterioridad, se observa que el 93 por ciento de la muestra estudiada no presentan afectación con respecto a la apnea. Este porcentaje es



representado por 14 pacientes. El 7 por ciento restante corresponde a un paciente que evidencia una afectación parcial de la apnea.

**Gráfico N° 24:**

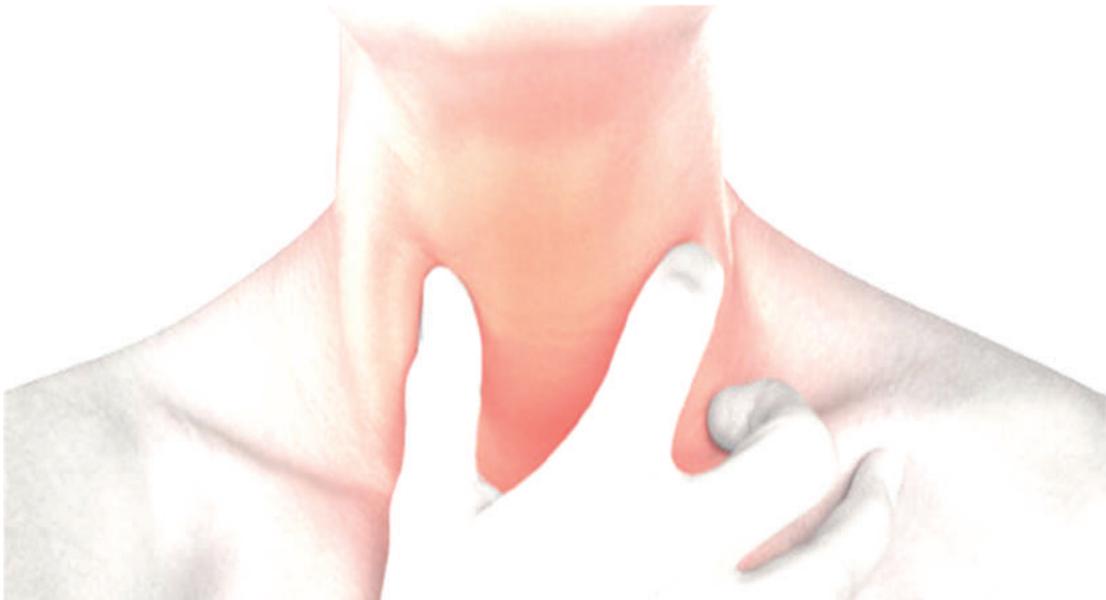


Fuente: Elaboración propia.

El ítem correspondiente a la articulación temporomaxilar es el único ítem de todos los evaluados en la investigación que no presenta ninguna afectación. Es decir que el 100 por ciento correspondiente a 15 pacientes, muestran valores normales con respecto a la articulación temporomaxilar.



# *Conclusiones*



Daniela Machado



A partir de la siguiente investigación sobre la presencia de disfagia y su sintomatología en pacientes que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico, queda expuesto que el 75 por ciento de la población ha obtenido resultados que muestran la presencia de riesgo de disfagia en la etapa oral de la deglución. Por el contrario, el 25 por ciento de los pacientes encuestados no presentaron riesgo de disfagia luego del accidente cerebro vascular.

Según el análisis de las respuestas de los pacientes a la escala empleada<sup>51</sup>, se observa que el mayor déficit, es decir el mayor grado de afectación, se encuentra en la dificultad de deglutir alimentos sólidos, siendo esta una tarea que requiere de una perfecta coordinación de los músculos y estructuras implicados en la alimentación y en la etapa oral de la deglución. Asimismo, se evidencia gran afectación de la tos, los pacientes mostraron dificultades a la hora de alimentarse fuera del hogar, de deglutir las pastillas y del placer de alimentarse siendo en nuestra cultura un acto social.

Los pacientes que han presentado riesgo de disfagia respondieron a preguntas abiertas realizadas por el investigador, de las cuales surgieron datos interesantes a tener en cuenta no solo por el fonoaudiólogo sino por el equipo de salud involucrado en los trastornos de la deglución. Se observa que el 65 por ciento de los encuestados manifiestan grandes dificultades en el momento de la ingesta por lo cual han debido modificar su alimentación para lograr una adecuada nutrición. El 50 por ciento refiere no poder compartir las comidas con sus familiares expresando sentimientos de vergüenza, preferencia por comer solo, angustia e incomodidad.

El 50 por ciento de los pacientes manifiestan dificultades para deglutir sólidos, y un 25 por ciento con ambas consistencias, es decir con sólidos y líquidos, atribuyendo esta problemática a cansancio y molestia durante el acto de deglución. El 40 por ciento menciona cambios en las cualidades de la voz que generan disconformidad teniendo en cuenta que la voz es la carta de presentación, es la cualidad a través de la cual las personas se identifican y son seres únicos frente al resto.

Por otro lado, el 40 por ciento de los pacientes no muestran deseos de compartir eventos y reuniones donde estén expuestos a multitud de gente, prefiriendo compartir los momentos de alimentación con sus familiares o simplemente solos, ya que las dificultades al momento de ingerir alimentos, en muchas ocasiones hace que deban comer de manera más lenta y consistencias semisólidas o alimentos procesados, lo cual genera vergüenza y sentimientos de malestar en las personas con disfagia. Estas adaptaciones que son comunes se observan, en esta población se manifiestan en un 75 por ciento teniendo que adaptar los alimentos a consistencias semisólidas debiendo en muchas oportunidades espesar los líquidos para lograr una segura y eficaz nutrición.

---

<sup>51</sup> La escala Eating Assessment Tool-10 es extraída de la página [www.disfagia.es](http://www.disfagia.es) de la Unidad de Disfagia de la Fundación Jiménez Díaz creada en la Comunidad de Madrid en el año 2005.



Un dato de gran relevancia son las severas dificultades que presentan los pacientes que deben alimentarse por medio de sonda nasogástrica o gastrostomía como única o principal vía de alimentación. El placer de este acto se ve interferido por las alteraciones en la etapa oral de la deglución que impide al paciente alimentarse con naturalidad por la vía oral, llevándolos en muchas ocasiones al aislamiento, angustia, malestar y pérdida de peso. De aquí la importancia de que el equipo de salud se involucre con los pacientes con tales afectaciones y escuche sus malestares, ya que muchas veces los objetivos de tratamiento se basarán en dichos aspectos.

Con respecto al análisis de la etapa oral de la deglución realizado a los pacientes que presentan riesgo de disfagia, los movimientos labiales representan el ítem con mayor afectación obteniendo un 53 por ciento de alteración parcial y un 40 por ciento de alteración total. Sólo un paciente mostró niveles normales en los movimientos labiales. Esto resulta interesante a la hora de elegir un tratamiento adecuado basado en la ejercitación y fortalecimiento de las praxias labiales con el fin de lograr movimientos óptimos para el acto de deglutir.

Los movimientos linguales son el segundo ítem con mayor afectación con el 53 por ciento de alteración parcial y el 33 por ciento de alteración total. Los movimientos laterales, rotatorios y de elevación lingual, son indispensables para la preparación y formación del bolo, por lo que será un objetivo principal a trabajar en los pacientes con afectación de la etapa oral de la deglución.

Otros aspectos que muestran altos niveles de alteración son los ítems correspondientes a babeo, movimientos del maxilar inferior, posicionamiento dental y residuos en la cavidad oral. Más interesante aún resulta que en los pacientes evaluados no se mostraron afectados los siguientes ítems: sensibilidad labial, posición de la mandíbula, forma del paladar, apneas y articulación temporomaxilar. Estos resultados son relevantes al momento de realizar protocolos de evaluación de la disfagia para pacientes con accidentes cerebro vasculares isquémicos, ya que al no presentar dificultades podrían ser excluidos de la evaluación y realizar un protocolo con mayor atención en los ítems que presentaron niveles altos de afectación.

La alimentación, además de ser el soporte principal para conservar la vida, también se relaciona con uno de los mayores placeres experimentados por el hombre. La disfagia es un problema de gran trascendencia en cuanto a la calidad de vida de los pacientes y en cuanto a la recuperación que puede producir en problemas de salud. La alimentación en nuestra cultura es de carácter social, una adecuada nutrición es sinónimo de calidad de vida. Resulta entonces importante tanto para los familiares de la persona con disfagia como para todo el equipo de rehabilitación, conocer no solo la sintomatología del problema deglutorio sino también escuchar al paciente y entender cuáles son sus preocupaciones, cuáles son sus impedimentos y sentimientos a la hora de compartir los momentos de alimentación con sus seres queridos. Con esta investigación se intenta concientizar que la disfagia no solo es un problema que compromete al paciente en el momento de la ingesta, sino también se logra entender que cada persona



transita esta problemática de diferentes maneras entendiendo a la alimentación como un acto social en nuestra cultura.

Surgen los siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

¿Cuáles son los riesgos de disfagia en la etapa oral de la deglución en pacientes que sufren accidente cerebro vascular hemorrágico?

¿Cuál es la sintomatología de la disfagia en la etapa faríngea y esofágica en pacientes que sufren accidente cerebro vascular isquémico?

¿Cuál es la etapa de la deglución que presenta mayor afectación en los pacientes que sufren accidente cerebro vascular isquémico?

¿Existe una relación directa en la recuperación de la disfagia en la etapa oral de la deglución y la edad del paciente que sufre accidente cerebro vascular isquémico?



# *Bibliografía*



Daniela Machado

Libros:

- ❖ Argente, M. y Álvarez, A. (2005). *Semiología médica. Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. Enseñanza basada en el paciente*. Madrid: Panamericana.
- ❖ Barceló, A. (2005). *Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebro vascular*. Ginebra: Publicación de la Organización Mundial de la Salud.
- ❖ Behrman, R., Kliegman, R. y Jenson, H. (2001). *Tratado de pediatría*. (16ª ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- ❖ Bleeckx, D. (2004). *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana.
- ❖ Cambier, J., Masson, M. y Dehen, H. (2000). *Neurología*. (7ª ed.). Barcelona: Masson.
- ❖ Cámpora, H., Martínez, A., Alzúa, O. y Ane, F. (2001). *Trastornos deglutorios en el paciente adulto neurológico*. Buenos Aires: Akadia.
- ❖ Cámpora, H. y Falduti, A. (2012). *Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución*. Buenos Aires: Akadia.
- ❖ Carmona, S., Rugilo, C., Barreiro De Madariaga, L. y Casas Pereda, I. (2005). *Manual de Neurología*. (2ª ed.). Buenos Aires: Grupo Guía.
- ❖ Carpenter, M. (1980). *Fundamentos de Neuroanatomía*. Buenos Aires: El Ateneo.
- ❖ Casas Parera, I., Carmona, S. y Campero, A. (2005). *Manual de Neurología*. (5ª ed.). Buenos Aires: Alfaomega.
- ❖ Chopra, S. (2003). *Ataque cardíaco y cerebrovascular. Prevención*. Washington: Publicación científica de la Organización Mundial de la Salud.
- ❖ Diamante, G. (1994). *Otorrinolaringología y afecciones conexas*. Buenos Aires: Promedicina.
- ❖ Drackman, D. (1994). *Progreso medico. Miastenia gravis*. New York: Reven Press.
- ❖ Ganong, W. (2002). *Fisiología Médica*. México D.F.: El Manual Moderno S.A.
- ❖ Gómez MA, Bermúdez JJ, Pérez A, Posso H, Jiménez C. Validación de la Escala de Siriiay en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional* 1997; 45: 6-10.
- ❖ González Alted, C. (2009). *Guía de nutrición para pacientes con disfagia*. Madrid: Beleavearts.
- ❖ González, R. y Araya, C. (2000). Manejo fonoaudiológico del paciente con disfagia neurogenica. Santiago de Chile: *Revista fonoaudiológica de Chile*.
- ❖ Granger CV, Hamilton BB, Greshman GE, Kramer AA: The stroke rehabilitation outcome study: Part II. Relative Merits of the total Barthel index score and a four-item subscore in predicting patients outcomes. *Arch Phys Med Rehabil* 1989; 70: 100 - 108.
- ❖ Guyton, A. y Hall, J. (2006). *Tratado de Fisiología Médica. Versión española de la*



- ❖ 11° edición. Madrid: Elsevier.
- ❖ Junque, C., Bruna, O. y Rabassa, M. (2004). *Neuropsicología del lenguaje. Funcionamiento normal y patológico. Rehabilitación*. Barcelona: Masson.
- ❖ Latchaw, R., et al. (2009). Recomendaciones para la obtención de imágenes de accidente cerebro vascular isquémico agudo: una declaración científica de la American Heart Association . Washington: Epub.
- ❖ Logemann, J. (1988). *Fisiología y fisiopatología de la deglución*. San Diego: College Hill Press.
- ❖ Malagelada, J., et al. (2004). *Para el manejo de la disfagia*. Estados Unidos: WGO.
- ❖ Mann, G., Hankey, G. y Cameron, D. (1999). *La función de deglución después del accidente cerebro vascular: pronóstico y factores de pronóstico a los 6 meses*. San Diego: Plural Publishing
- ❖ Micheli, D., Nogues, M., Asonapé, J., Fernández Pardal, M. y Biller, J. (2003). *Tratado de neurología clínica*. Barcelona: Panamericana.
- ❖ Oliveti, M. (2006). Comportamiento epidemiológico de la hemorragia intracerebral espontánea en la ciudad de Corrientes, Argentina, durante los años 2002, 2003 y 2004. Corrientes: *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. N° 182 – Junio 2008.
- ❖ Pebet, M. (2003). *Tratado de neurología clínica. Capítulo 29*. Barcelona: Panamericana.
- ❖ Pedreño, L. (2006). *Disfagia. Servicio de aparato digestivo*. Hospital Universitario “Virgen de la Victoria”. Málaga.
- ❖ Queiroz, M. (2002). *Fundamentos de la Fonoaudiología. Aspectos clínicos de la motricidad oral*. Buenos Aires: Panamericana.
- ❖ Randall, L. y Gary, L. (1998). *Clínicas Otorrinolaringológicas de Norteamérica*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- ❖ Robbins, J., Levine, R.L., Maser, A., Rosenbek, J.C. y Kempster, G.B. (1993). *Deglutir después del accidente cerebro vascular unilateral de la corteza cerebral*. San Diego: Arco Phys Med Rehabil.
- ❖ Roemmers, A. (1996). *Palabra, Voz y Deglución*. Buenos Aires: Fundación Roemmers, A.
- ❖ Rubiera, B., Plasencia, M. y Martínez, A. (2009). Disfagia en paciente con enfermedad cerebro vascular. Actualización. Cienfuegos: *Revista científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*.
- ❖ Serrano Ríos, M. (2010). *Guía de alimentación para adultos mayores*. Madrid: Ergon.
- ❖ Uribe C. Enfermedad Cerebrovascular Oclusiva. En: *Neurología Fundamentos de Medicina*, Vélez H, Rojas W, Borrero J, Restrepo J. CIB. 1191; 352-371.
- ❖ Vélez, A., et al. (2002). *Fundamentos de medicina. Neurología*. (6ª ed.). Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.



- ❖ Wallace JD: Summary of combined analysis of controlled clinical trials with tizanidine. *Neurology* 1994; 44 (supl 9) S60 - S69.
- ❖ Wanklyn, P., Cox, N., y Belfield, P. (1995). *Resultado en pacientes que requieren una gastrostomía después del accidente cerebro vascular. Edad de envejecimiento*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- ❖ Whishaw, K. (2006). *Neuropsicología humana*. (5ª ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- ❖ Imágenes adaptadas utilizadas para las portadas:  
http://www.lookfordiagnosis.com/mesh\_info.php?term=Neurolog%C3%ADa&lang=2  
imagen portada http://www.cesarmiguelrondon.com/intereses/salud-y-bienestar/disfagia/  
imagen conclusiones.

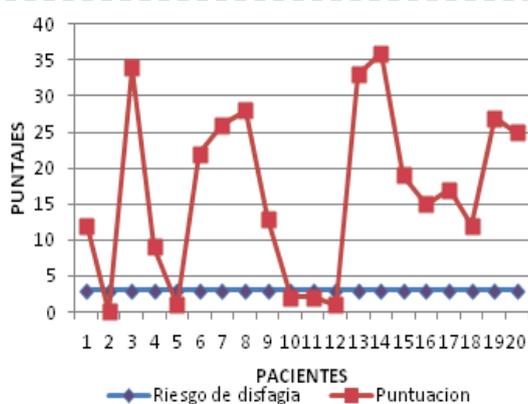


## RIESGO DE DISFAGIA EN LA ETAPA ORAL DE LA DEGLUCION EN PERSONAS CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO

**RESUMEN:** La disfagia es un trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos debido a una deficiencia en cualquiera de las etapas de la deglución. Se asocia a un gran número de afectaciones neurológicas, entre ellas el accidente cerebro vascular.

**OBJETIVOS:** Determinar la presencia de disfagia en la etapa oral de la deglución y la sintomatología presente en los pacientes entre 40 y 70 años que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico, con un tiempo de evolución de 1 a 6 meses, en Mar del Plata, año 2015 en un instituto de rehabilitación.

**MATERIALES Y METODOS:** Se trabaja sobre una población conformada por 20 pacientes entre 40 y 70 años de edad que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico. La muestra es no probabilística por conveniencia, se realizan preguntas abiertas, un cuestionario de disfagia y la evaluación de la etapa oral de la deglución.



**RESULTADOS:** El 75% de los encuestados presentaron riesgo de disfagia mientras que el 25% no presento riesgo. Se observa mayor afectación en comer fuera de casa, dificultad con sólidos, dificultad con pastillas, placer y tos al comer. El 65% presenta alteración en la ingesta y modificación de la alimentación. El 50% tiene déficit para deglutir sólidos y un 25% en ambas consistencias. El 40% percibe cambios en la voz y dificultades para compartir eventos y reuniones. En la etapa oral, los movimientos que representan mayor afectación son los labiales con el 53% de afectación parcial y el 40% de afectación total. Luego los movimientos linguales con un 53% de afectación parcial y 33% total.

**CONCLUSIONES:** El 75% de los pacientes que sufrieron accidente cerebro vascular isquémico presentan riesgo de disfagia en la etapa oral de la deglución. Los síntomas que aparecen con mayor afectación son los movimientos labiales, movimientos linguales, babeo, movimientos del maxilar inferior, posicionamiento dental y residuos en la cavidad oral. El placer de comer se ve interferido por las alteraciones en la etapa oral que impide a los pacientes alimentarse con naturalidad por la vía oral, llevándolos al aislamiento, angustia, malestar y pérdida de peso.

## REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA AUTORIZACION DEL AUTOR<sup>52</sup>

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.

✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

### 1. Autor:

Apellido y Nombre: **Daniela Machado**

Tipo y N° de Documento: **D.N.I 34883925**

Teléfono/s: **(0223) 155067077**

E-mail: **da.machado@hotmail.com**

Título obtenido: **Licenciada en Fonoaudiología**

### 2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

***“Presencia de disfagia en la etapa oral de la deglución en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico”***

Fecha de defensa \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LALICENCIA Creative Commons (recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)**



Este obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

### 4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero [ ]

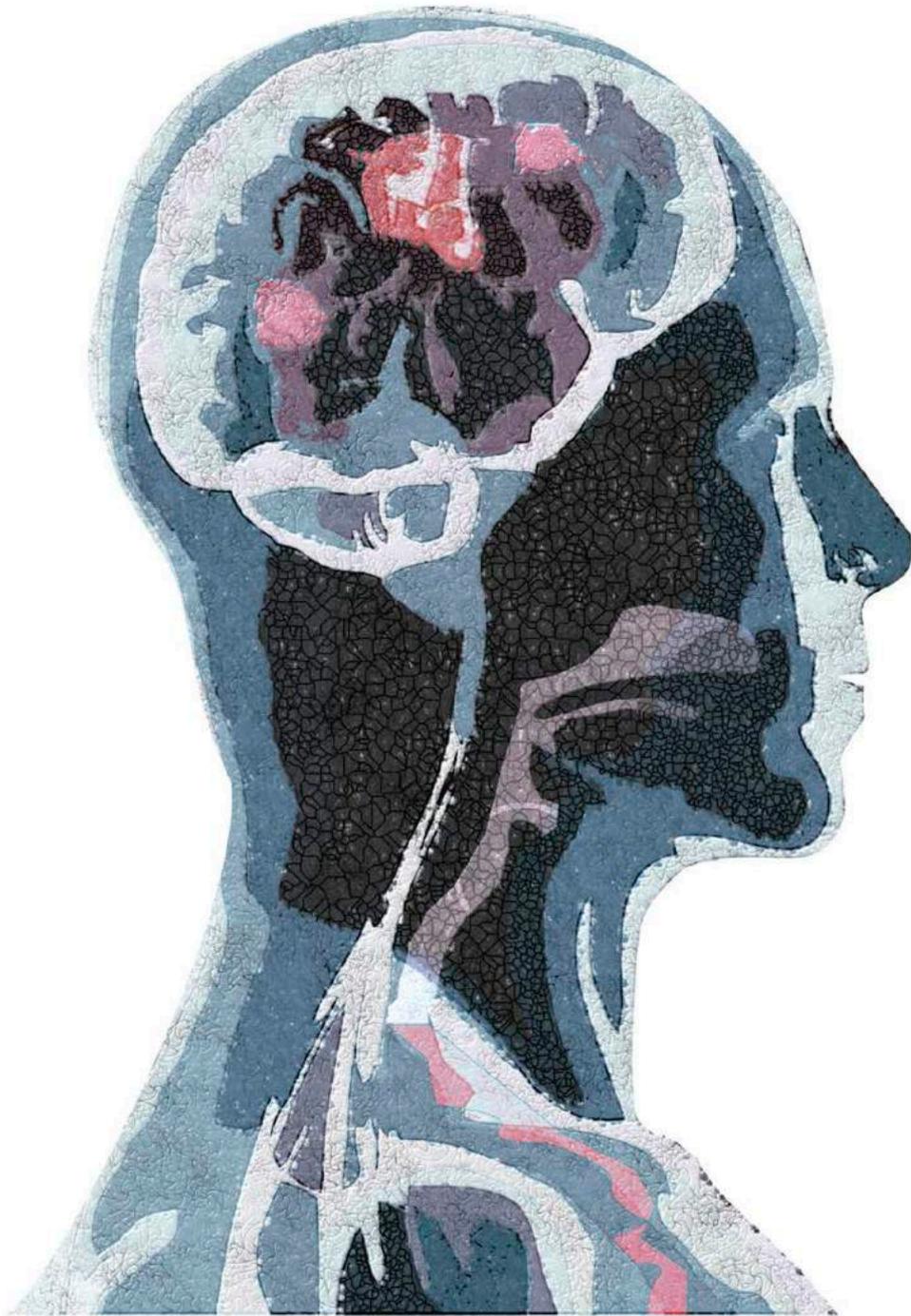
NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda “Disponibles sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa”

---

Firma del Autor Lugar y Fecha

---

<sup>52</sup> Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.



UNIVERSIDAD  
**FASTA**

DE LA FRATERNIDAD DE AGRUPACIONES SANTO TOMAS DE AQUINO