



Universidad FASTA
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Fonoaudiología

Macarena
Mataloni



Tesis de licenciatura 2022

Características deglutorias y fonoarticulatorias en un paciente con disfagia severa por polineuropatía post COVID-19.

Tutora

Lic. María Florencia Raina

Asesoramiento metodológico

Dra. Mg. Minnard Vivian
Lic. González Mariana



“Avanza con confianza en la dirección de tus sueños” – Henry David Thoreau



Dedicada a mí mamá, mi papá y mis abuelos, con mucho cariño y entusiasmo.



A mi familia, por acompañarme desde el momento cero, quienes me alentaron y me bancaron por todos los sentimientos y las emociones que atravesé.

A mis abuelos, quienes con cada mensaje me alentaban y transmitían su energía para seguir avanzando.

A mis amigas colegas, gracias a ellas con su compañía y su amor, pude alcanzar cada meta y atravesar muchas crisis, alegrías, llantos, festejos; cada momento juntas y a la par.

A mis amigas de siempre, que con un mensaje me hacían sentir acompañada, y que cada vuelta al pueblo era riesgoso para los parciales pero hermoso para nuestros reencuentros.

A mi tutora, la Lic. María Florencia Raina, quién no dudo en recibirme en su consultorio, dispuesta a enseñarme todo lo lindo de nuestra profesión y su experiencia; sin ella no hubiera sido posible.

A mi paciente y su familia quien, desde la primera sesión, estuvo dispuesto a que formara parte de su rehabilitación y de quien aprendí que con esfuerzo y pasión todo es posible.

A Mariana Gonzalez y Vivian Minnaard, que gracias a su asesoramiento con profesionalismo, paciencia y dedicación pude llegar a mi meta.

En fin, a todos los que me acompañaron durante este amplio y lindo proceso.



La disfagia hace referencia a una dificultad durante el acto motor deglutorio, dicha dificultad puede ocasionar la aspiración de alimentos y líquidos hacia la vía aérea, provocando diferentes infecciones respiratorias y/o neumonías, además de problemas nutricionales y de hidratación en las personas que lo padecen.

Objetivo general: Analizar las características deglutorias y fonoarticulatorias en un paciente con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 perteneciente a la ciudad de Pehuajó durante el año 2021.

Materiales y métodos: Investigación descriptiva, no experimental y longitudinal. Se trabajó sobre un estudio de caso, conformado por un adulto con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 que asiste a rehabilitación deglutoria en consultorio privado.

Resultados: En relación a las características de los órganos fonoarticulatorios se puede observar falta de fuerza y tono muscular en mejillas, falta de fuerza y resistencia en algunos ejercicios de labios, dificultad en ejercicios vocales y alteraciones en la coordinación de ejercicios mandibulares. Gran parte de las praxias que se trabajaron a lo largo de las sesiones fueron lográndose con mayor precisión a través del transcurso de las sesiones.

Presenta una deglución segura y eficaz, que cumple con los parámetros de nutrición e hidratación sin presentar complicaciones respiratorias. La respuesta deglutoria del paciente frente a consistencias permitidas tuvo resultados adecuados, logrando llevar a cabo la masticación de forma correcta y sin residuos.

Por otro lado, las maniobras compensatorias como la maniobra de Masako, Shaker y los ejercicios vocales fueron llevados a cabo con dificultad.

Conclusión: El paciente presenta un acto motor coordinado donde todas las fases deglutorias pueden participar correctamente gracias al tratamiento fonoaudiológico. Los órganos que intervienen en la deglución fueron rehabilitados en su mayoría y con constancia los mismos pudieron restaurar su función, permitiendo que el paciente se pueda alimentar de forma independiente.

Palabras claves: Deglución – Disfagia – Órganos fonoarticulatorios – Polineuropatía - COVID-19.



Dysphagia refers to a difficulty during the swallowing motor act, this difficulty can cause the aspiration of food and liquids into the airway, causing different respiratory infections and/or pneumonia, as well as nutritional and hydration problems in people who suffer from it.

General objective: To analyze the swallowing and phonoarticulatory characteristics in a patient with severe dysphagia due to post-COVID-19 polyneuropathy belonging to the city of Pehuajó during the year 2021.

Materials and methods: Descriptive, non-experimental and longitudinal research. We worked on a case study, made up of an adult with severe dysphagia due to post-COVID-19 polyneuropathy who attends swallowing rehabilitation in a private office.

Results: In relation to the characteristics of the phonoarticulatory organs, lack of strength and muscle tone in the cheeks, lack of strength and resistance in some lip exercises, difficulty in vocal exercises and alterations in the coordination of jaw exercises can be observed. A large part of the practices that were worked on throughout the sessions were achieved with greater precision through the course of the sessions.

It presents a safe and effective swallowing, which meets the parameters of nutrition and hydration without presenting respiratory complications. The patient's swallowing response to allowed consistencies had adequate results, managing to carry out chewing correctly and without residues.

On the other hand, compensatory maneuvers such as the Masako maneuver, Shaker, and vocal exercises were performed with difficulty.

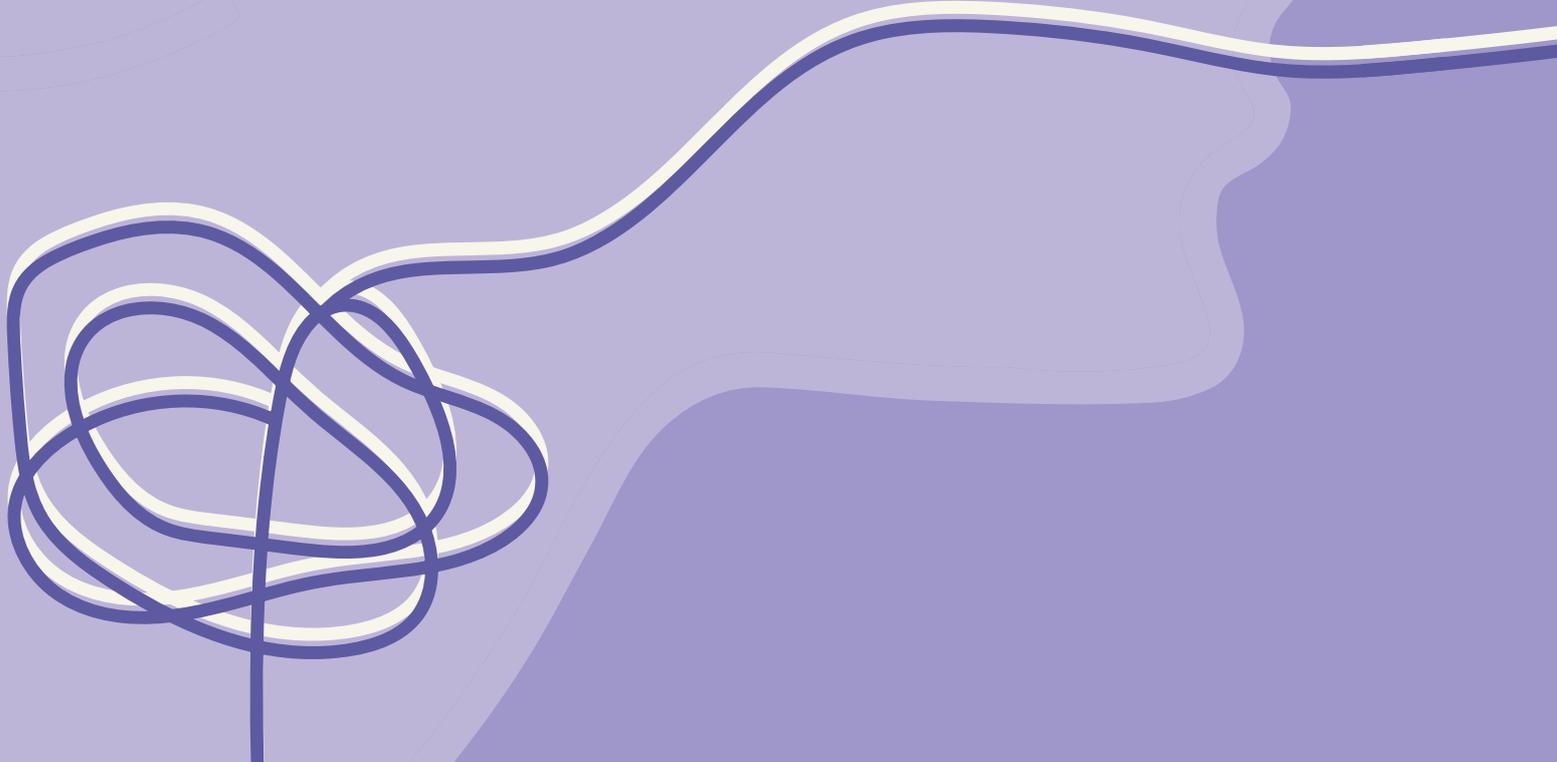
Conclusion: The patient presents a coordinated motor act where all the swallowing phases can participate correctly thanks to the speech therapy treatment. The organs involved in swallowing were mostly rehabilitated and with consistency they were able to restore their function, allowing the patient to feed independently.

Keywords: Swallowing - Dysphagia - Speech articulatory organs - Polyneuropathy - COVID-19.



Frase.....	1
Agradecimientos.....	2
Resumen.....	4
Abstract.....	5
Índice.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1.....	9
Capítulo 2.....	20
Diseño metodológico.....	29
Análisis del caso.....	34
Conclusiones.....	58
Bibliografía.....	60

Introducción





La deglución es un proceso neuromuscular complejo, incluye el paso del alimento que una vez que ingresa a la boca, pasa por faringe y esófago, hasta llegar al estómago (Logemann, 1983)¹. Es una actividad dirigida por los sistemas neurológico central y periférico, en la cual intervienen diferentes músculos, estructuras óseas y cartilagosas. Este proceso requiere de una serie de contracciones musculares independientes y sistematizadas en la cual entran en juego seis pares craneales, cuatro nervios cervicales y más de 30 pares de músculos a nivel bucofonador (Cámpora et al., 2014)². Este proceso motor está formado por cuatro etapas: oral preparatoria, oral propiamente dicha, faríngea y esofágica.

Una dificultad en este proceso hace referencia a la disfagia (Bleeckx, 2004)³. La disfagia puede estar presente en niños y adultos de la población en general, la etiología de esta alteración puede ser orgánica, cuando hay una afectación anatómica, o funcional, cuando hay una afectación neuromuscular; la disfagia funcional suele desencadenarse luego de enfermedades neurológicas, cerebrovasculares, degenerativas y también en pacientes hospitalizados con una estadía en terapia intensiva con asistencia respiratoria mecánica (Molina Gil et al., 2014)⁴.

Teniendo en cuenta su localización, la disfagia puede clasificarse según el nivel en el que se encuentra: disfagia orofaríngea y disfagia esofágica; García-Peris et al (2015, pp. 33)⁵ hacen referencia a:

“Las dificultades de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior, supone casi el 80% de las disfgias diagnosticadas” en relación a las disfgias orofaríngeas, mientras que “La disfagia esofágica se refiere a las alteraciones en el esófago superior, el cuerpo esofágico, el esfínter inferior, y generalmente es producida por causas mecánicas, supone el 20% de las disfgias que se diagnostican”.

Actualmente, una condición que aumenta el riesgo de adquirir disfagia es en aquellas personas que se contagian del virus SARS-CoV-2, COVID-19, ya que un porcentaje de estos pacientes necesitan hospitalización y tratamiento en la unidad de cuidados intensivos, donde de manera crítica requieren de algún tipo de soporte respiratorio como la intubación endotraqueal y/o la ventilación mecánica; así como también, necesitan de una sonda

¹ Fue una de las pioneras en cuanto a la deglución y los trastornos deglutorios.

² Describen que es un proceso complejo en el que intervienen tres sistemas: el neurológico, el digestivo y el respiratorio.

³ Señala que incluso se puede dar un bloqueo completo del alimento.

⁴ Destacan que las alteraciones orgánicas afectan la vía aerodigestiva y las alteraciones funcionales influyen en la ejecución y coordinación de los movimientos deglutorios.

⁵ Recalcan la importancia de identificar la disfagia orofaríngea ya que es un síntoma grave que puede generar complicaciones o en casos muy graves la muerte.



nasogástrica para adquirir la nutrición adecuada (Leiva et al., 2020)⁶. Por esto, es indispensable una rápida intervención evitando posibles complicaciones.

Esto depende del trabajo en conjunto de un grupo amplio de profesionales de la salud quienes deben tener como objetivo la identificación de la disfagia; el diagnóstico de cualquier enfermedad responsable de la misma, el tratamiento específico, la caracterización de las alteraciones, mediante la videofluoroscopia y FEES⁷ por ejemplo; y la elección de las estrategias terapéuticas más oportunas para lograr una deglución segura y eficaz del paciente, o la indicación de una vía no oral de alimentación (Ruiz de León et al., 2007)⁸

A partir de lo presentado anteriormente se plantea el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las características deglutorias y fonoarticulatorias en un paciente con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 perteneciente a la ciudad de Pehuajó durante el año 2021?

El objetivo general es:

Analizar las características deglutorias y fonoarticulatorias en un paciente con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 perteneciente a la ciudad de Pehuajó durante el año 2021.

Los objetivos específicos son:

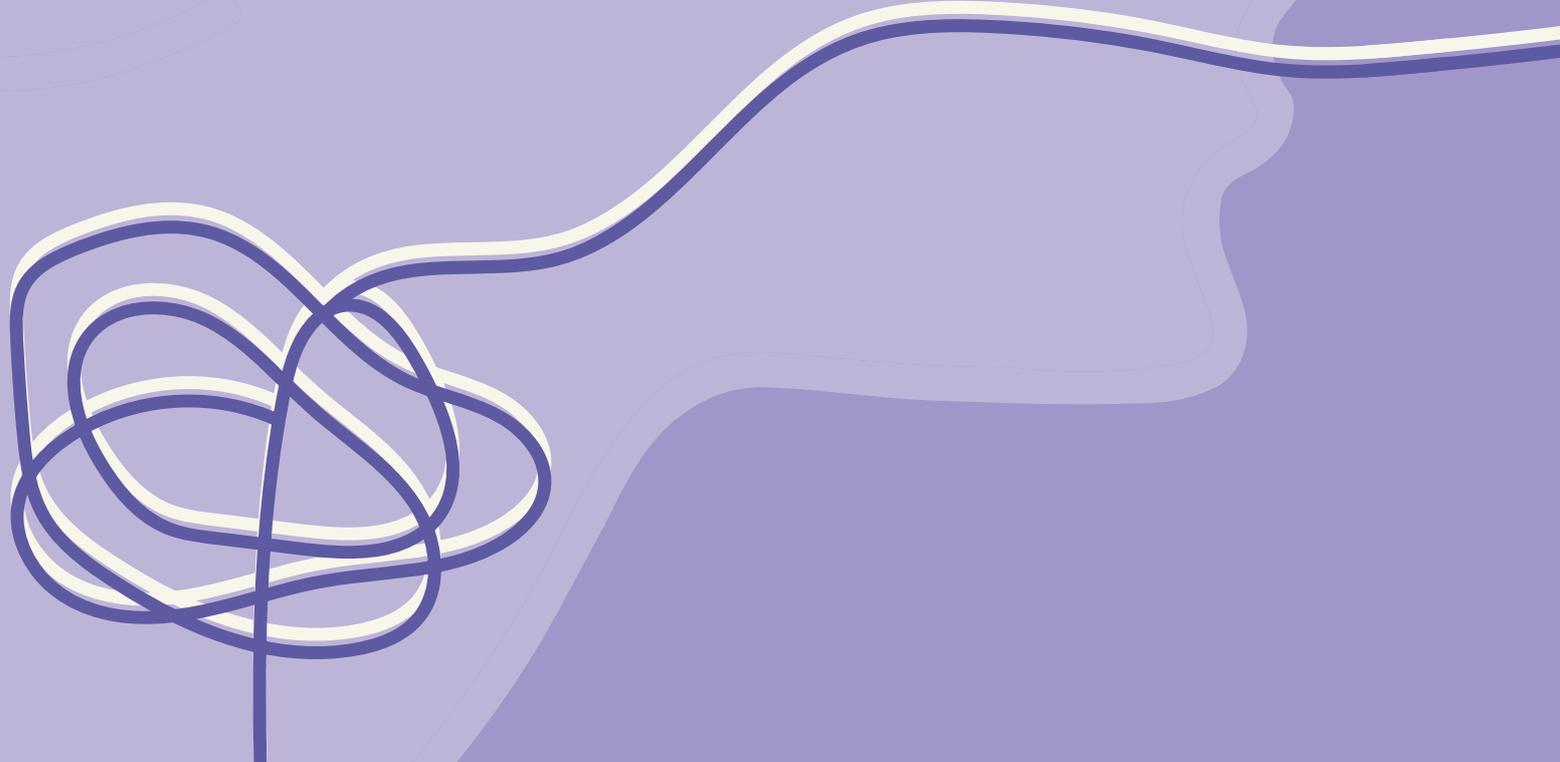
- Examinar las características de los órganos fonoarticulatorios.
- Indicar las características de la deglución del paciente.
- Indagar el estado de la coordinación de movimientos con los órganos que intervienen en la deglución.
- Sondear la consistencia aceptada para evitar aspiraciones y las maniobras compensatorias necesarias.
- Evaluar la respuesta deglutoria del paciente frente a consistencias permitidas.

⁶ Expresan que con las secuelas luego del virus, el rol del fonoaudiólogo es de gran importancia.

⁷ Evaluación fibroscópica de la deglución

⁸ Estiman que la mayoría de los síntomas de la disfagia neurológica se deben a la alteración sensitivo-motora de la fase oral y faríngea de la deglución.

Capítulo I





El sistema estomatognático presenta actividades complejas donde las mismas estructuras que lo componen llevan a cabo diversas funciones vinculadas a la respiración, alimentación y comunicación (Segovia y Sansosti, 2002)⁹. Una función biológica compleja es la deglución, la cual consiste en el paso del alimento, ya sea líquido, semisólido o sólido, desde la boca hasta llevarlo hacia el estómago. Esta función forma parte del sistema digestivo y está relacionada con la nutrición de las personas; depende de una serie de conductas fisiológicas regidas por la actividad del sistema nervioso central y del sistema nervioso periférico.

Desde la perspectiva neuromuscular, Segovia y Sansosti (2002, pp. 57)¹⁰ sostienen que:

“Es un acto motor continuo de coordinación fina y de ejecución rápida en el que se combinan acciones voluntarias con mecanismos sinérgicos y antagónicos de fuerzas musculares regidas por arcos reflejos”.

En este proceso coordinado entran en juego seis pares craneales y más de 30 pares de músculos a nivel bucofonador. Las estructuras musculares abarcan desde los labios hasta el esfínter esofágico superior; ellos son: los músculos labiales, de la masticación, de la lengua, musculatura intraoral, suprahioidea e infrahioidea, músculos de la faringe, de la laringe y del esófago. En cuanto a los nervios craneales, cumplen la función de conducir información motora, sensitiva y parasimpática de la cabeza y cuello hacia el sistema nervioso central. Los nervios relacionados con la deglución son el trigémino, el facial, el glossofaríngeo, el accesorio o espinal y el hipogloso (Cámpora y Falduti, 2014)¹¹.

Tabla N°1: Nervios craneales y función

Nervio craneal	Función
<u>Nervio trigémino: V par craneal</u>	Nervio principalmente sensitivo. Aporta sensibilidad general a la cara y a los dos tercios anteriores de la lengua.
<u>Nervio facial: VII par craneal</u>	Nervio principalmente motor. Es el encargado de inervar a los músculos de la mímica.
<u>Nervio glossofaríngeo: IX par craneal</u>	Es el encargado de enviar información motora al músculo estilofaríngeo y reúne sensibilidad general del tercio posterior de la

⁹ Destacan que las funciones de respiración y alimentación son de supervivencia, mientras que la comunicación hace referencia a la vida emocional y a la actividad nerviosa.

¹⁰ Manifiestan que al ser una función que está en relación directa con la nutrición de la persona, su alteración puede poner en juego la vida del paciente.

¹¹ Dichos nervios son periféricos y sus núcleos se encuentran ubicados en el tronco cerebral.



	lengua y mucosa faríngea; y la dirige al núcleo sensitivo del nervio trigémino.
<u>Nervio vago: X par craneal</u>	Es el encargado de brindar información motora a los músculos constrictores de la faringe y de la laringe.
<u>Nervio espinal o accesorio: XI par craneal</u>	Nervio puramente motor. Es el encargado de inervar a los músculos del paladar blando y faringe.
<u>Nervio hipogloso: XII par craneal</u>	Nervio puramente motor. Se encuentra destinado a ciertos ganglios autonómicos que están ubicados en la base de la lengua.

Fuente: Adaptado de Cámpora y Falduti (2014)¹².

Por otro lado, los órganos fonoarticulatorios y resonadores son la laringe, faringe, fosas nasales, fauces y la boca que también participan en funciones muy importantes como la respiración, la masticación y deglución, las cuales son más indispensables para el ser humano en comparación a la función del habla, que es alcanzada más tarde. Las tres cualidades de la voz, como la intensidad, el tono y el timbre, se desencadenan gracias a estos órganos.

La laringe forma parte del sistema respiratorio, y es quien recibe el aire espirado, lo modifica y lo hace vibrar gracias a un sistema complejo muscular compuesto por los pliegues vocales, entre otros, tan importantes que cualquier trastorno puede generar una alteración en la fonación o desencadenar una disfonía. Por otro lado, la faringe es una encrucijada digestivo respiratoria ya que se encuentra entre el esófago, la laringe, las fosas nasales y la boca, por lo tanto, participa en ambas funciones, digestivas y respiratorias; es quien se ocupa de intervenir en la resonancia y la articulación de la voz. Las fosas nasales, además de servir para el sentido del olfato y para limpiar y conducir el aire hacia los pulmones, interviene en la resonancia y el timbre de la voz. En cuanto a las fauces, al estar ubicada en la zona de paso entre la faringe y la boca, participa en la deglución una vez que el bolo pasa a faringe, impidiendo que el mismo regrese, y además contribuye en el habla articulando los sonidos guturales. Por último, la boca es un resonador que tiene diversas estructuras para la articulación del habla, las más importantes que intervienen son la lengua, el paladar, la mandíbula, los dientes y los labios, entre otros (Smith-Agreda, 2004)¹³.

¹² Destacan que el nervio olfatorio no participa exclusivamente en la deglución aunque interviene indirectamente preparando al cerebro para el acto motor deglutorio.

¹³ Sostiene que todas las estructuras de la boca se encuentran en relación con el habla, de tal modo que una disfunción en las glándulas generadoras de saliva puede desencadenar dificultades como la sequedad de la boca.



Con respecto a la deglución, es una actividad compleja formada por cuatro fases que a su vez se condicionan también por la posición del cuerpo, la integridad física y psíquica del individuo (Bleeckx, 2004)¹⁴.

Las fases que forman parte son la oral preparatoria, oral propiamente dicha, faríngea y esofágica. Cuando un individuo lleva alimento hacia su boca, comienza la primera acción perteneciente a la etapa oral preparatoria. Para una correcta preparación su apertura bucal debe ser la adecuada y el músculo orbicular de los labios es quien debe recolectar el alimento extrayéndolo del utensilio, termina cuando se produce el sellado labial (Bleeckx, 2004)¹⁵. Los alimentos ingeridos pueden ser de diferentes consistencias, aunque los sólidos requieren de forma obligatoria del proceso de masticación, a diferencia del líquido (Cámpora y Falduti, 2014)¹⁶.

La fase oral propiamente dicha es la primera de las tres grandes etapas, es voluntaria ya que el individuo es quien la inicia. En esta fase se produce la preparación del bolo y la propulsión del mismo. La preparación consiste en la masticación, realizada por cuatro músculos masticadores; la lengua es quien lleva estos alimentos hacia los dientes y garantiza la formación del bolo para ser deglutido. Mientras que la propulsión comienza una vez que el bolo es empujado por un movimiento de la punta de la lengua y llega al istmo de las fauces, el cual determina el paso de la fase bucal a la fase faríngea; el velo del paladar se encuentra descendido a lo largo de esta etapa (Bleeckx, 2004)¹⁷.

Luego sigue la fase faríngea la cual es involuntaria, o sea es automático – refleja, ya que se desencadena el reflejo deglutorio. En esta fase la función respiratoria es interrumpida, es decir, se produce una apnea la cual se encuentra en perfecta sincronización con la deglución. La raíz de la lengua retrocede para proteger a la laringe y el peristaltismo faríngeo se activa empujando el alimento hacia el esófago. De esta manera entra en juego la fase esofágica, donde el esfínter del esófago superior se dilata y da paso a los alimentos. (Bleeckx, 2004)¹⁸. Esta etapa es involuntaria, abarca contracciones musculares que impulsan el bolo desde el esfínter cricofaríngeo hasta el estómago. Con ésta se da comienzo al extenso proceso de la digestión. La fase oral y faríngea poseen una duración de un segundo,

¹⁴ Recalca que esas características pueden condicionar el acto de la deglución.

¹⁵ Expresa que el acto de agarrar el alimento y llevarlo hacia la boca es un gesto que debe ser preciso, amoldado e instantáneo; y que es previo a las etapas de la deglución.

¹⁶ Exponen que la duración de esta acción voluntaria es variable, según la consistencia ingerida. Los alimentos sólidos requieren del proceso de masticación y los semisólidos del proceso de maceración.

¹⁷ Refiere que las dos acciones que se dan de preparación y propulsión del bolo se encuentran cronológicamente ligadas.

¹⁸ Destaca que la apnea que se produce está en sincronización con la deglución, y que, en la mayoría de las personas la deglución va anticipada y seguida por una espiración.



dependiendo de la calidad del bolo, mientras que la fase esofágica dura de 8 a 10 segundos (Cámpora y Falduti, 2014)¹⁹.

La deglución debe cumplir dos propiedades principales de eficacia y seguridad. La eficacia de la deglución consiste en la posibilidad de deglutir la cantidad de calorías y agua necesarias para conservar una correcta nutrición e hidratación; y por otro lado, la seguridad de la deglución hace referencia a la posibilidad de ingerir la cantidad de calorías y agua necesarias sin que aparezcan complicaciones respiratorias (García Peris y Velasco, 2009)²⁰.

El transporte del bolo alimenticio por las distintas fases deglutorias se da de manera sincrónica, segura y eficaz debido a un sistema valvular de apertura y cierre que se encuentra localizado a lo largo del tracto deglutorio, compuesto por 6 válvulas. Las mismas permiten que el alimento que ingresa sea dirigido desde la boca hacia el estómago, desplazando el bolo de una etapa a la otra (Cámpora y Falduti, 2014)²¹. Las estructuras que forman parte del sistema de válvulas son los labios, el velo-lingual/gloso-palatal, el velo-faríngeo, el cierre del vestíbulo laríngeo y esfínter esofágico superior.

Existen ciertos factores que pueden modificar a la deglución tales como la edad, el volumen, la viscosidad y la temperatura de los alimentos, la postura, los fármacos, y la traqueostomía o la sonda nasogástrica (Molina Gil et al., 2014)²².

La deglución en su totalidad se encuentra muy relacionada con la función respiratoria, presenta un papel muy importante a la hora de proteger la vía aérea de la aspiración de alimentos, saliva, secreciones y/o reflujo (Molina Gil et al., 2014)²³; de modo que, si se genera alguna incoordinación durante el proceso, puede ocurrir que alguno de ellos se dirija hacia la vía aérea en lugar de ir hacia al estómago, poniendo en peligro la vida del individuo. Dicho desvío se denomina aspiración, la cual puede causar alteraciones pulmonares y bronquiales, poniendo en riesgo la vida de la persona (Segovia y Sansosti, 2002)²⁴.

Estos trastornos son conocidos como disfagias en las personas adultas y alteraciones de la deglución en los niños, y pueden ser de diverso grado: normal, leve, moderada y severa. Cuando se produce alguna alteración, incoordinación o alguna deficiencia en cualquiera de las etapas de la deglución hace referencia a la disfagia. No es una enfermedad sino más bien un síntoma diagnosticable que se puede encontrar en diferentes patologías y sus causas

¹⁹ La acción muscular de cada etapa deglutoria incrementa su efectividad en cuanto a fuerza y presión dependiendo del alimento que se transporte de una etapa a la otra.

²⁰ La deglución junto con estas dos propiedades, tiene como objetivo la nutrición del individuo.

²¹ Expresan que la fuerza que realiza la musculatura junto con el sistema de válvulas producen una presión negativa que va aumentando a medida que pasa de una etapa a otra.

²² Expresan que la modificación de la postura es de gran utilidad en la rehabilitación de la deglución.

²³ Por ende la deglución además de cumplir un rol principal en la nutrición del individuo, debe proteger la vía aérea de aspiraciones.

²⁴ El desvío puede denominarse también como falsa ruta.



pueden darse por alteraciones anatómicas, neurológicas, musculares y/o enfermedades respiratorias (Cámpora et al., 2012)²⁵.

Algunas de las características claves que hay que tener en cuenta a la hora de realizar una anamnesis y definir qué disfagia presenta el individuo es: la ubicación, es decir si la disfagia es orofaríngea y se ve afectada la segunda y/o tercera etapa o si es esofágica y se ve afectada la cuarta etapa; también es muy importante establecer la consistencia y el tipo de alimento para con el cual presenta dificultades; si es progresiva o intermitente; y por último, cuál es la duración de los síntomas (Malagelada et al., 2014)²⁶.

Teniendo en cuenta su ubicación, es decir, donde se encuentra la dificultad puede clasificarse en disfagia orofaríngea o alta, o, en disfagia esofágica o baja.

La disfagia orofaríngea es más prevalente en adultos mayores a 75 años, en personas que hayan tenido algún cuadro neurológico o en aquellas personas que hayan requerido de alguna instrumentación de su vía aérea, como un tubo endotraqueal y/o una traqueostomía (Nazar et al., 2009)²⁷. Se da por una dificultad en la preparación y en el traslado del bolo desde la boca hacia el esófago, producido por una alteración en cualquiera de las tres primeras etapas de la deglución (Cámpora y Falduti, 2014)²⁸. En ella se abarcan dos conceptos principales: la penetración laríngea, que es cuando existe un ingreso de alimento que se encuentra por encima de las cuerdas vocales; y la aspiración, que es cuando existe un ingreso de alimento que se dirige por debajo de las cuerdas vocales y puede ser clínica o asintomática (Velasco et al., 2007)²⁹.

Por otro lado, la disfagia esofágica se refiere a dificultades producidas en el esófago superior, el cuerpo esofágico y el esfínter inferior; supone un 20% de las disfagias diagnosticadas, por ende es de menor prevalencia a diferencia de la disfagia orofaríngea que supone un 80% de las disfagias que se diagnostican (García Peris y Velasco, 2009)³⁰. En ésta hay una dificultad en la progresión del bolo alimenticio que puede ser por problemas de ingreso, de propulsión o de vaciamiento en su salida, causando una dificultad para que el alimento llegue al estómago (Cámpora y Falduti, 2014)³¹.

Las alteraciones de la deglución pueden darse por causas orgánicas/estructurales o funcionales/neurógenas. Las orgánicas o estructurales se producen por una alteración

²⁵ Manifiestan que cuando alguna de las etapas pierde la coordinación y la eficacia hace referencia al término de disfagia.

²⁶ Es de suma importancia determinar si la disfagia es orofaríngea o esofágica.

²⁷ Sostienen que el tratamiento de la disfagia orofaríngea es multidisciplinario y requiere de una serie de estudios de evaluación clínica.

²⁸ La presencia de síntomas en esta disfagia es inmediata al acto motor deglutorio.

²⁹ Destacan que la disfagia orofaríngea puede causar desnutrición en uno de cada tres pacientes que la padecen.

³⁰ Expresan que frecuentemente las disfagias esofágicas se producen por causas mecánicas.

³¹ La presencia de síntomas en esta disfagia se desencadena después de varios segundos del acto deglutorio.



anatómica que influye sobre la vía aerodigestiva; éstas pueden ser intrínsecas cuando se afecta la cavidad oral, faringe, laringe y esófago o pueden ser extrínsecas cuando se afectan las estructuras vecinas. Las funcionales o neurógenas se producen por alteraciones neuromusculares que afectan principalmente la realización y combinación de los diferentes movimientos de la deglución, y pueden darse a nivel del sistema nervioso central, del sistema nervioso periférico, del motor o muscular (Molina Gil et al., 2014)³².

Generalmente la disfagia aparece en todos los grupos de edad, aunque su prevalencia aumenta con la edad. En los pacientes jóvenes es más común que surja luego de un ACV, traumatismos o cáncer de garganta y boca (Malagelada et al., 2014)³³. El abordaje de estos pacientes debe ser multidisciplinario, con distintos médicos profesionales junto con su familia/cuidador. El objetivo de ellos debe ser la detección temprana de los pacientes con disfagia que puedan tener o no presencia de aspiración, el diagnóstico de aquella alteración que provoca la disfagia, junto con el tratamiento adecuado; la caracterización de las alteraciones, y seleccionar las estrategias terapéuticas más efectivas para lograr una deglución segura y eficaz, o en casos más severos, brindar una vía de alimentación alternativa (García Peris y Velasco, 2009)³⁴.

Es muy importante comenzar con el análisis de los síntomas que presenta el paciente, así como también de los factores que modifican su deglución, dichos síntomas van a orientar en cuanto al tipo de alteración deglutoria y a la posible causa; y además es muy importante tener en cuenta todos los antecedentes del paciente que puedan influir en el acto motor (Molina Gil et al., 2014)³⁵. Las manifestaciones más importantes y graves que pueden estar presentes son la desnutrición y las enfermedades respiratorias. Existen muchos más síntomas como: odinofagia, babeo, ruidos durante la deglución, reflujo nasal, tos y atragantamiento, cambios en la voz después de la ingesta, disfonía; y aspiraciones, que es uno de los síntomas más importantes porque supone un riesgo para la vida de la persona (Del Burgo y De la Aleja, 2008)³⁶. Dichos síntomas pueden manifestarse de a uno, por lo tanto, hay que tener en cuenta que, si el paciente que llega al consultorio tiene, por ejemplo, una disfonía que no se reconoce la causa, es importante tener presente que puede ser posible por la presencia de disfagia.

Como una primera instancia diagnóstica, se puede evaluar la capacidad de la deglución realizando una exploración con el paciente en cama, administrando una mínima cantidad de alimento con azul de metileno, en distintas consistencias e intensificando progresivamente el

³² El ACV es una de las causas más frecuentes de disfagia en la población adulta.

³³ Manifiestan que, si bien la disfagia puede aparecer en diferentes edades, hay que tener en cuenta que los trastornos que provocan la disfagia en la infancia son diferentes a los que provocan las patologías del adulto.

³⁴ Destacan la importancia de incluir a la familia en el abordaje de estos pacientes.

³⁵ Los antecedentes del paciente que hay que tener en cuenta hacen referencia a las patologías neurológicas y respiratorias, antecedentes quirúrgicos, tratamientos farmacológicos.

³⁶ Expresan que un proceso de reiteradas aspiraciones silentes puede ocasionar un cuadro de neumonía y llevar al paciente a la muerte.



volumen. De esta forma, se evalúa la seguridad de la deglución en las diferentes consistencias, y se valora si existe o no signos que indiquen una alteración en la seguridad, como tos, cambios en la voz y/o desaturación (Molina Gil et al., 2014)³⁷.

Además, es esencial llevar a cabo una evaluación precisa de la deglución, contando con una evaluación objetiva y una subjetiva, que va a permitir evaluar en tiempo real el acto deglutorio, así como también el funcionamiento de las estructuras involucradas. Dentro de la evaluación subjetiva, hay que observar cuáles son los síntomas que presenta el paciente, como los nombrados anteriormente, y la exploración de las estructuras involucradas. Esta evaluación permite diagnosticar la disfagia y establecer los objetivos de rehabilitación, según sus síntomas (Del Burgo y De la Aleja, 2008)³⁸.

En cuanto a la evaluación objetiva, se da a través de la valoración instrumental, que puede ser por medio de la videofluoroscopia³⁹ y la evaluación endoscópica o FEES, entre las más importantes.

La VFC se lleva a cabo aplicando contraste de bario junto con las distintas consistencias a evaluar: líquido, semisólido y sólido, con diferentes volúmenes; tiene como objetivo estudiar de forma dinámica las fases que se desencadenan en la deglución, describir las anomalías anatofuncionales que provocan los síntomas, y evaluar las estrategias terapéuticas que le van a permitir al paciente alimentarse de forma segura. Por otro lado, la evaluación endoscópica se lleva a cabo mediante una fibra óptica flexible que es introducida por la nasofaringe y se encuentra conectada con una cámara pequeña; esta permite realizar una evaluación anatómica y funcional de la deglución, al igual que la videofluoroscopia (Cámpora y Falduti, 2012)⁴⁰.

Teniendo en cuenta la anamnesis y la evaluación clínica junto con los estudios complementarios; una vez que se llega al diagnóstico del tipo de alteración de la deglución se establece un plan terapéutico, en el cual hay que tener presente que el objetivo de dicho tratamiento es lograr una alimentación oral con una deglución segura, sin riesgo aspirativo; y eficaz, manteniendo los niveles óptimos de nutrición e hidratación (Molina Gil et al., 2014)⁴¹.

La rehabilitación de la deglución se realiza en función a las diferentes etapas deglutorias afectadas y a las distintas estructuras que se encuentran implicadas. Se pueden llevar a cabo

³⁷ Es importante destacar que a través de esa evaluación puede pasar desapercibida la aspiración por parte del evaluador.

³⁸ Dentro de la evaluación, destacan la importancia de incluir la información psicológica, neuropsicológica y fisioterapéutica.

³⁹ Abreviado con la sigla VFC.

⁴⁰ La FEES permite evaluar si hay presencia de caída prematura, estancamiento de alimentos en lugares de retención o valéculas, sensibilidad laríngea y movimiento cordal, presencia de estenosis o granulomas, entre otros.

⁴¹ Manifiestan que en algunos casos se puede requerir de procedimientos quirúrgicos para facilitar la recuperación del paciente.



diferentes estrategias a lo largo del tratamiento como las técnicas de compensación/adaptación y las técnicas propias de rehabilitación.

Las técnicas de compensación/adaptación son aquellas que realizan ajustes a corto plazo con el objetivo de favorecer la alimentación segura por vía oral. Hacen referencia a una adaptación de la alteración, es decir, no cambian la fisiología deglutoria pero pueden eliminar síntomas o facilitar la deglución. Deben realizarse con el terapeuta presente o el cuidador del paciente y pueden ser aplicadas a toda edad (Quintana Sanjuás et al., 2018)⁴². Dentro de estas técnicas se encuentran: cambios posturales, modificaciones dietéticas como cambios en la consistencia, modificaciones del ambiente, técnicas de incremento sensorial e higiene oral.

Los cambios posturales se realizan para cambiar las dimensiones de las estructuras que intervienen en la deglución, cambiando la dirección del bolo, y permiten mejorar los tiempos de tránsito (Quintana Sanjuás et al., 2018)⁴³. Luego de reconocer cuál es la alteración deglutoria en el paciente, se deben mantener diferentes posiciones de la cabeza al deglutir, algunas posiciones son: flexión anterior de la cabeza, extensión, rotación e inclinación cefálica hacia un lado, entre otros (Nazar et al., 2009)⁴⁴.

En cuanto a las modificaciones dietéticas, consisten en seleccionar la consistencia, volumen, textura, temperatura y frecuencia que sean acordes a las necesidades del paciente, así como también, la forma en que se administra el alimento: vaso, cuchara, entre otros. La correcta nutrición dependerá de la situación del paciente, de la afectación motora y la capacidad cognitiva del mismo. Existen cuatro niveles de dieta en la clínica: dieta triturada, dieta manipulada, dieta suave y de fácil masticación, y dieta normal; en cuanto a líquidos, dependiendo de la viscosidad son: pudín, miel, néctar y agua/líquido. Cuando la alimentación por vía oral es insuficiente para las demandas nutricionales se debe recurrir a dietas enterales o por sonda, generando un soporte nutricional mixto, alternando con alimentación oral y sonda, o por sonda exclusivamente (Quintana Sanjuás et al., 2018)⁴⁵.

Dentro de técnicas de compensación, se encuentran también las de incremento sensorial, las cuales tienen el objetivo de aumentar la sensación oral previa al acto deglutorio y disminuir retrasos en las fases orales y faríngeas; son estrategias compensatorias porque las realiza y controla el profesional y además son terapéuticas. Se piensa que, al ser una estrategia previa a la deglución, se alerta al sistema nervioso central de dicho acto. Algunas

⁴² Estas técnicas pueden ser aplicadas en todas las edades y niveles cognitivos porque no requieren de la participación activa de la persona.

⁴³ Destacan que son técnicas sencillas, fáciles de realizar y que no fatigan al paciente.

⁴⁴ Proponen un ejemplo para aquellas personas que tienen dificultades en el inicio de la fase faríngea, tragando con el mentón descendido.

⁴⁵ Expresan que las modificaciones de la dieta son un componente clave en el plan de tratamiento; y que al realizar un plan nutricional se debe registrar el cálculo nutricional, tipo de dieta, horarios y raciones realizadas.



de las técnicas son: comidas con sabores fuertes como ácidas, estimulación sensorial con temperaturas frías y calientes, estimulación táctil, entre otras (Quintana Sanjuás et al., 2018)⁴⁶.

Por otro lado, se encuentran las técnicas propias de rehabilitación que a su vez se dividen en diferentes tipos: rehabilitación pasiva, indirecta y directa. La rehabilitación motora pasiva hace referencia a la terapia manual, la misma consiste en la manipulación del complejo laringohioideo y el masaje de estructuras de la región oral y el cuello. Su objetivo es la expansión en el movimiento de las estructuras que intervienen en la deglución y la disminución del dolor. Otras técnicas aplicadas de terapia manual son el masaje laríngeo y el drenaje linfático, entre otras (Bueno Herrera y Oubiña Cacabelos, 2018)⁴⁷.

La rehabilitación indirecta consta de aquellos ejercicios que tienen como objetivo fortalecer la musculatura, beneficiar el reflejo disparador de la deglución y el mecanismo de cierre (Molina Gil et al., 2014)⁴⁸. En esta rehabilitación se pueden encontrar las praxias neuromusculares, las cuales son ejercicios destinados a fortalecer y coordinar movimientos de todas las estructuras orofaciales, que se ejercen sobre grupos musculares; y por otro lado, se encuentra la terapia de la voz, debido a que los ejercicios que se realizan para dicha área también son efectivos en la rehabilitación de la deglución. Pueden ser ejercicios de extensión tonal, de intensidad vocal y de cierre laríngeo (Bueno Herrera y Oubiña Cacabelos, 2018)⁴⁹.

Por último, la rehabilitación directa hace referencia a las técnicas y maniobras realizadas con alimentos de diferentes consistencias para beneficiar la deglución (Molina Gil et al., 2014)⁵⁰. Son muy importantes de realizar en el tratamiento de la deglución ya que al cambiar los parámetros de la normalidad elaboran una variación permanente en el sistema.

Dentro de estas maniobras se encuentran la deglución supraglótica y supersupraglótica, empleadas para proteger la vía aérea durante el acto, en las cuales el paciente debe inspirar y aguantar la respiración antes del acto, y una vez logrado debe toser. Otra maniobra es la deglución forzada, empleada para mejorar la retracción de la lengua y reducir residuos, en la cual el paciente debe tragar apretando la lengua entre sus dientes y contraer los músculos con fuerza. También se encuentra la maniobra de Mendelsohn, que mejora y aumenta el complejo laringohioideo y a su vez protege a la vía aérea, en la cual el paciente debe mantener la laringe en elevación usando fuerza de la musculatura. Por último, otra maniobra es la de

⁴⁶ Estas técnicas se pueden aplicar en pacientes con apraxia deglutoria, retraso en el inicio de la deglución oral, disminución de la sensibilidad oral y retraso en el inicio del disparo deglutorio, entre otros.

⁴⁷ Esta técnica puede utilizarse tanto para el complejo laringohioideo como para otras zonas corporales como el diafragma, pared abdominal, entre otros.

⁴⁸ Se debe realizar sin ningún tipo de alimento o líquido.

⁴⁹ Dentro de las praxias neuromusculares, dependiendo de cuál sea el objetivo terapéutico, se pueden realizar ejercicios de estiramiento, fuerza, resistencia y potencia.

⁵⁰ Tanto las maniobras como las técnicas poseen diferentes tipos que requieren de la participación del paciente, ya que se realizan durante el proceso deglutorio.



Masako, la cual se realiza solo con saliva y el paciente debe sostener la punta de la lengua entre los dientes durante el acto deglutorio (Bueno Herrera y Oubiña Cacabelos, 2018)⁵¹.

La elección de las estrategias de rehabilitación va a ser a medida del paciente, es decir, se deben adaptar a su sintomatología, a su evolución y dependerá exclusivamente de la severidad del cuadro, junto con la alteración de la eficacia y/o seguridad de la deglución, en caso de que esté presente este tipo de alteración. Es de suma importancia que la familia o cuidador forme parte de esta rehabilitación, observando al terapeuta a la hora de aplicar las estrategias, el cual debe explicarle de forma fácil en qué consiste cada ejercicio, cuáles son las dificultades que presenta en la deglución y el objetivo de cada estrategia de rehabilitación empleada (Velasco et al., 2007)⁵². Al entrenar de esta manera a su familia, los mismos van a poder controlar los riesgos aspirativos una vez que el paciente tenga el alta y se encuentre en su hogar; en esos momentos se debe dejar por escrito los consejos que deben realizar a la hora de la deglución como los cambios posturales, las consistencias y la supervisión (Nazar et al., 2009)⁵³.

La alimentación por vía oral debe mantenerse y lograrse siempre que sea posible, para disminuir todo el impacto que una vía alternativa conlleva. No obstante, se debe tener presente la nutrición enteral en aquellos casos donde el paciente continúa aspirando o con entencimientos a pesar de haber empleado modificaciones dietéticas y nutricionales.

Es muy importante brindarle al paciente calidad de vida, evaluando el impacto que la disfagia y sus complicaciones derivadas producen sobre la persona, teniendo en cuenta también su bienestar psíquico y social. El acto de comer y tomar simboliza también su objetivo nutricional, influyendo sobre su interacción social, por lo tanto, muchos pacientes pueden llegar a presentar ansiedad o depresión a la hora de alimentarse con alguien presente, o, en el caso que tengan una vía alternativa de alimentación. Estos signos clínicos de ansiedad y depresión no solo afectan al paciente, sino que también pueden afectar la calidad de vida de los cuidadores (Quintana Sanjuás et al., 2018)⁵⁴

El abordaje y el diagnóstico terapéutico de los pacientes que presentan disfagia debe ejecutarse con un equipo multidisciplinario formado por neurólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, kinesiólogos, otorrinolaringólogos, entre diversos profesionales; llevando a cabo métodos clínicos, evaluaciones instrumentales con VFC y FEES, y variadas estrategias terapéuticas en forma directa e indirecta con el objetivo final de lograr una deglución oral,

⁵¹ Manifiestan que existen otras maniobras como la deglución múltiple o en seco, que es utilizada para disminuir los residuos post deglutir; o la maniobra de succión-deglución, en la cual se produce una succión exagerada para aumentar la presencia del reflejo deglutorio.

⁵² Destacan que la rehabilitación puede ir desde un cambio postural a maniobras a la hora de deglutir, pero de forma obligatoria debe estar pensado en base al paciente y sus dificultades.

⁵³ Dependiendo de cada caso, según la tolerancia y las dificultades que se presenten se podrá aumentar progresivamente los objetivos de la rehabilitación hasta lograr ingesta oral o reevaluación instrumental.

⁵⁴ Expresan que los pacientes con disfagia intermitente se asocian más a padecer ansiedad mientras que los pacientes con disfagia progresiva, a padecer depresión.



segura y eficaz, evitando todas las posibles complicaciones que se puedan presentarse (Velasco et al., 2007)⁵⁵. Cuando el tratamiento de un paciente con estas dificultades es abordado por un equipo interdisciplinario favorece la conexión, unión y el compromiso terapéutico, diferente a cuando es tratado por un único profesional (Rodríguez Acevedo et al., 2018)⁵⁶.

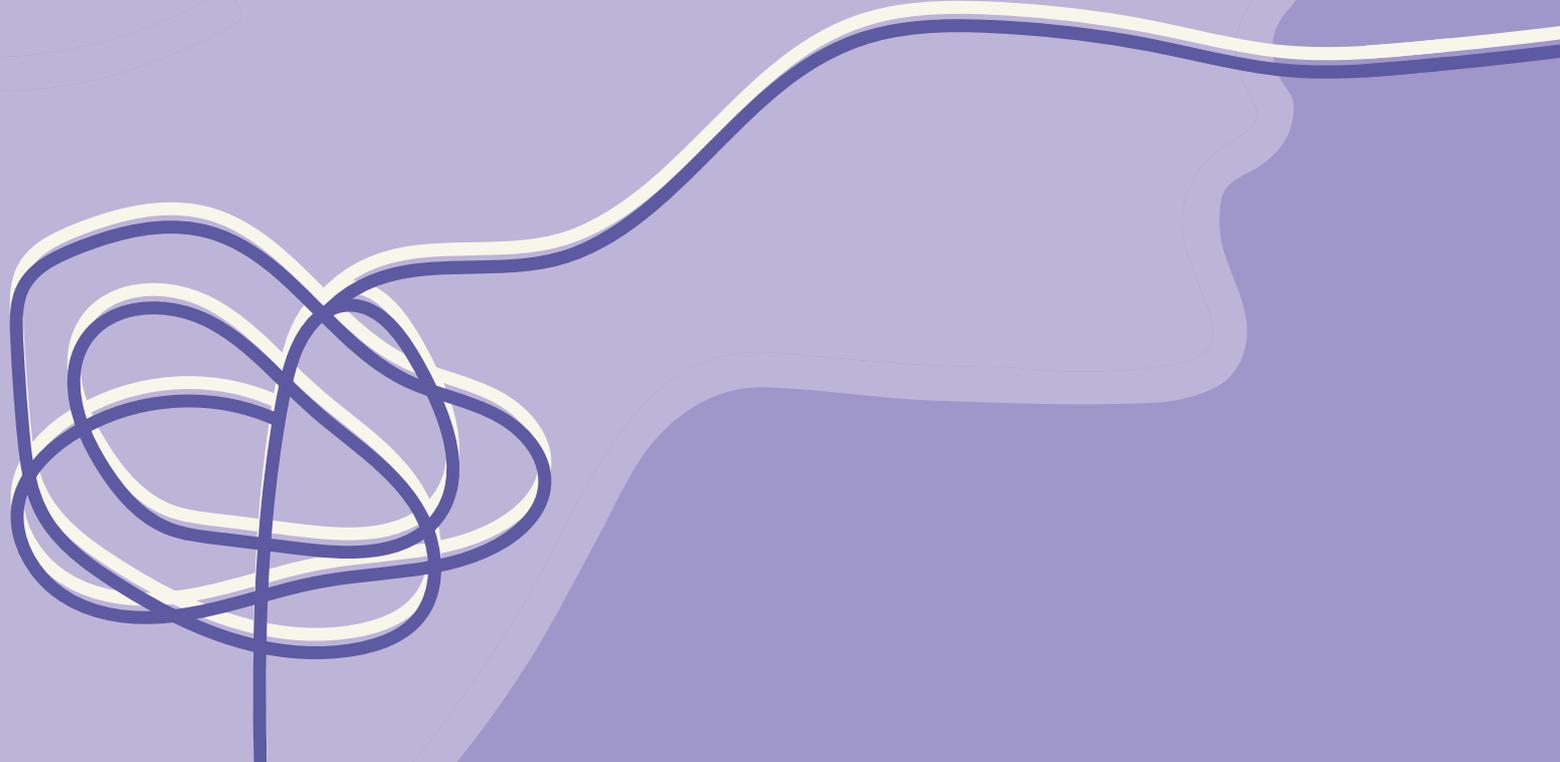
En definitiva, la disfagia es un síntoma que puede estar presente por sí sola o puede manifestarse debido a diferentes patologías. El riesgo de padecer disfagia debe ser detectado lo antes posible para evitar consecuencias, complicaciones, patologías, aspiraciones, atragantamientos, o incluso la mortalidad. Algunos pacientes pueden acudir al médico refiriendo molestias o dolor al tragar, pero otros no tienen síntomas certeros de disfagia con dificultades de acceder al diagnóstico, y en esos casos, se requiere de exploraciones instrumentales y complementarias para arribar al problema. No es un síntoma específico de una patología en particular, pero con una correcta anamnesis y una adecuada exploración se puede llegar a identificar el riesgo de disfagia y su posible causa (Cabrera Morín y Rico Cantillo, 2018)⁵⁷.

⁵⁵ La alimentación enteral conlleva implicaciones sociales e impactos psicológicos que repercuten exclusivamente en el paciente, pero también en su familia.

⁵⁶ Destacan que se debe establecer un profesional que sea quien coordine el equipo interdisciplinario, manifestando que quien podría llevarlo a cabo es el otorrinolaringólogo en determinados casos.

⁵⁷ Todos los datos recolectados sirven para confirmar o no la presencia de disfagia y planear los pasos a seguir, incluyendo derivaciones médicas y tratamientos específicos y personalizados.

Capítulo II





En diciembre del 2019 comenzó un brote epidemiológico en la ciudad Wuhan, China, que causaba neumonía de origen viral, el cual comenzó siendo algo local y terminó distribuido por todo el mundo, dando lugar a una emergencia sanitaria internacional con diversas consecuencias en el año 2020. Este virus es denominado coronavirus y está asociado al síndrome respiratorio agudo grave, SARS-Cov-2, y a la enfermedad propia que causa el COVID-19. Los coronavirus junto con las cepas pertenecientes a la familia como alfa, beta, delta y gammacoronavirus son los elementos causales de diversas enfermedades respiratorias, hepáticas, intestinales y neurológicas, que pueden afectar tanto al ser humano como a otras especies (Carod Artal, 2020)⁵⁸.

Esta enfermedad fue estudiándose a medida que se iba contagiando la población ya que era algo desconocido, Figueroa (2020, pp. 20)⁵⁹ sostiene que:

“Es una enfermedad multiorgánica y con una fisiopatología compleja que mezcla la afectación directa del virus, un síndrome inflamatorio multisistémico, alteraciones de la inmunidad y complicaciones trombóticas en algunos casos”.

En cuanto a la transmisión del virus se da por contacto directo con gotas respiratorias y manos que hayan tenido contacto con mucosas de boca, nariz y ojos, es decir es de persona a persona por vía respiratoria, contando con período de incubación de 1 a 14 días, donde la persona debe prohibirse de cualquier tipo de contacto para evitar contagios y quedarse en aislamiento durante esos días.

La mayoría de los casos comienza con un cuadro de infección respiratoria alta y con variedad de síntomas, pudiendo progresar a una neumonía bilateral grave y fallo multiorgánico. Puede comenzar con síntomas similares a los de la gripe como fiebre, tos, mialgia, fatiga, disnea, pérdida repentina del gusto y del olfato, que pueden presentarse de forma leve o muy grave, dependiendo de la persona. Durante la aparición de los síntomas, es decir, durante la fase sintomática se produce la máxima liberación del virus por las mucosas respiratorias, en algunos casos, este periodo puede ser asintomático. Se cree que el 80% de los casos se presenta de manera leve, un 15% presentan síntomas graves que requieren hospitalización y un 5% presentan síntomas muy graves que requieren tratamiento en unidades de cuidados intensivos (Pérez Abreu et al., 2020)⁶⁰.

Es de suma importancia la detección de pacientes que se encuentren infectados de forma asintomática ya que el cuadro puede tener un giro inesperado junto con su evolución y

⁵⁸ El virus puede afectar al ser humano, así como también al ganado porcino, aves y mamíferos.

⁵⁹ Manifiesta que la manera de expresarse en cada paciente es particular pero que las secuelas pueden darse desde pulmones hasta el aparato motor.

⁶⁰ En casos graves se suele producir neumonía, dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico.



puede llegar a ocasionar la muerte de la persona. Cuando la sintomatología es leve se considera que hay buena evolución en la mayoría de los casos.

La enfermedad por COVID-19 afecta principalmente al pulmón, al sistema cardiovascular, al sistema nervioso central y genera secuelas psiquiátricas y psicológicas que pueden llegar a ser irremediables. Es necesario que los pacientes que evolucionan a un cuadro más severo y que requieran de cuidados intensivos y ventilación mecánica, reciban rehabilitación con el objetivo de mejorar y recuperar las capacidades de la vida cotidiana. Estos pacientes suelen presentar falta de aire, fatiga, debilidad muscular, trastornos respiratorios y alteración en la frecuencia cardíaca. La rehabilitación se inicia una vez que el paciente adquiera una valoración médica sobre su estado funcional, el último paso es la rehabilitación psiquiátrica, donde se da lugar a la recuperación de la conciencia del paciente con una afectación grave (García Gómez et al., 2021)⁶¹.

Las personas que hayan sido ingresadas a UCI durante un tiempo prolongado van a tener debilidad muscular, deterioro funcional y, en algunos casos, dependencia para las actividades de la vida cotidiana; teniendo en cuenta que las secuelas pueden localizarse a nivel de múltiples órganos y que la manera de desarrollarse depende de cada persona, edad, comorbilidades y el estado cognitivo (Figueroa, 2020)⁶².

Existen complicaciones que pueden desarrollarse en diferentes sistemas luego de adquirir esta enfermedad, ya sea como consecuencia de la afectación del virus o posterior a la estadía prolongada en la unidad de cuidados intensivos.

Tabla N°2: Sistema alterado y complicaciones.

Sistema alterado	Complicaciones
Sistema respiratorio	Una complicación que puede desarrollarse es la afectación de la capacidad de difusión de monóxido de carbono. En cuanto a las vías aéreas superiores, las complicaciones pueden ser estenosis traqueal y ronquera, posterior a la ventilación mecánica.
Sistema cardiovascular	Una complicación frecuente es la lesión cardíaca, además, inestabilidad postural, trombosis, entre otras.

⁶¹ Expresan que en caso de que el paciente continúe con síntomas como fiebre, tos o dificultad respiratoria, ya sea en su hogar o en el hospital, no se sugiere comenzar con la rehabilitación integral del paciente.

⁶² Manifiesta que las complicaciones muchas veces no son evidentes, sobre todo las alteraciones neuropsicológicas.



Sistema osteomioarticular	Pueden desarrollarse osificación heterotópica, contracturas, adhesiones y úlceras por la posición en decúbito; así como también, pueden darse alteraciones articulares como luxación de hombro.
Sistema digestivo	Una complicación muy frecuente en los pacientes que requirieron de UCI es la disfagia postextubación que puede tener consecuencias como la aparición de neumonía, traqueostomía, reintubación, mayor estadía en UCI, incluso la mortalidad.
Sistema nervioso	Algunas complicaciones que pueden aparecer son la hipoacusia neurosensorial, tinnitus, lesiones de plexo braquial y neuropatías. Todos los componentes cognitivos pueden verse afectados, así como también, la atención, habilidades visuoespaciales, la memoria y funciones ejecutivas.

Fuente: Adaptado de García Gómez et al. (2021)⁶³.

Posterior a la ventilación mecánica y/o intubación endotraqueal, en pacientes que requirieron de UCI, es muy necesario evaluar y diagnosticar en caso de que estén presentes, los trastornos deglutorios; y en caso de hallarlos se debe comenzar con las medidas necesarias para recuperar la función y que el paciente pueda volver a alimentarse de manera oral (Lugaro y Riso-Vazquez, 2018)⁶⁴.

La disfagia post extubación es un cuadro de alta prevalencia en UCI y puede ser de origen multifactorial. La intubación requiere de la colocación de un tubo en la tráquea a través de las cuerdas vocales. Según el tiempo que este tubo esté colocado puede generar diversas complicaciones y en caso de que esté colocado durante un tiempo prolongado se debe realizar la traqueostomía. Luego de que se retira el tubo, es decir en la extubación, muchas personas tienen riesgo de aspirarse ya que se habla que con solo 48 horas de intubación se pueden llegar a desarrollar lesiones importantes que provocan la disminución de los mecanismos protectores de la vía aérea. Los factores que pueden favorecer la presencia de lesiones post extubación son el tiempo de intubación, el tamaño del tubo, si fueron intubaciones repetidas o traumáticas, si existe fricción, infección, reflujo o enfermedades asociadas; estas lesiones pueden desarrollarse de forma inmediata o tardía (Cámpora y Falduti, 2014)⁶⁵.

⁶³ Destacan que las secuelas post virus pueden permanecer más de cinco años luego del alta, haciendo referencia a cualquier complicación que pueda desarrollarse en los sistemas del individuo.

⁶⁴ Sostienen que la deglución debe ser evaluada de forma sistemática en personas que estuvieron con ventilación mecánica y en aquellas que sean de riesgo, a través de diferentes herramientas.

⁶⁵ Resaltan que en general los pacientes intubados padecen de un estado crítico al que hay que sumarle factores que refuerzan y permiten provocar trastornos deglutorios.



Por otro lado, la traqueostomía es una técnica quirúrgica frecuente en la cual se realiza la abertura de la pared anterior de la tráquea. Se lleva a cabo de forma urgente en casos de obstrucción de la vía aérea, que puede ser producida por distintos motivos; la indicación más frecuente de traqueostomía es cuando el paciente tuvo una intubación orotraqueal prolongada. Los beneficios que tiene el paciente con la traqueostomía en comparación a la intubación es que puede acceder a mayor movilidad, disminuye el daño laríngeo que pueda llegar a producirse, posibilita la nutrición por vía oral y la fonación, disminuye el riesgo de neumonía, entre otros. Es una circunstancia que de por sí dificulta la deglución y favorece la aspiración, pero que a la vez se usa como tratamiento para la misma (Rodríguez Acevedo et al., 2018)⁶⁶. De todas maneras, un paciente traqueotomizado que adquiere el alta debe proseguir con el tratamiento y cuidados que tenía en la internación, destacándose la importancia de la higiene. Debe lavar sus manos antes y después de tocar el estoma, mantener la piel de la zona limpia, en algunos casos usar algún antiséptico, vigilar que no haya signos de infección, asegurar bien la cánula, entre otras (Melgar et al., 2016)⁶⁷.

Es muy importante el momento de decidir sobre la decanulación del paciente. Esta decisión de decanular debe presentarse cuando el paciente no presenta ni obstrucción de la vía aérea, ni necesidad de ventilación mecánica, ni secreciones broncopulmonares. Un otorrinolaringólogo es quien debe evaluar la condición del paciente, las comorbilidades que presenta y su estado de conciencia, así como también, debe realizar la prueba de oclusión, donde se desinfla el balón y se tapa la cánula con el dedo. Si el paciente puede respirar y fonar sin dificultades y sin desaturar, es una indicación segura para lograr la decanulación. Además, debe evaluar la vía aérea superior, por vía nasal evaluar laringe y faringe, y en algunos casos, realizar una FEES. Si luego de esta evaluación exhaustiva, las condiciones son apropiadas, se puede obtener la decanulación, teniendo en cuenta que el objetivo de esta evaluación es determinar si el paciente es capaz de respirar sin la cánula (Alvo y Olavarría, 2014)⁶⁸.

Asimismo, la disfagia post extubación puede ser una circunstancia secundaria a diversas patologías neurológicas. En los pacientes que padecen de forma grave la enfermedad de COVID-19 y que requieren de mayor estadía en UCI, se provoca mayor desacondicionamiento y dificultades en la recuperación; sobre todo cuando son de edad avanzada y presentan comorbilidades. Las manifestaciones que se pueden desarrollar en cuanto al sistema nervioso son neuropatías, confusión, incoordinación, entre otras (García

⁶⁶ Expresan que la traqueostomía facilita la aspiración de la vía aérea pero cuando se utiliza como tratamiento para la aspiración, hay que tener en cuenta que el paciente aspira por otro motivo y no por la traqueostomía misma.

⁶⁷ Destacan que es imprescindible la limpieza de la cánula para que no se genere ninguna secreción adherida en sus paredes y no se produzca ningún tipo de obstrucción de la misma.

⁶⁸ Expresan que debe existir buena comunicación entre el ORL y quien realiza la terapia para llevar a cabo de forma más fácil la decanulación del paciente.



Gómez et al., 2021)⁶⁹. Es muy frecuente que se desarrolle en un 20 a 50% de los pacientes que se encuentran en UCI el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, el cual implica la falla de múltiples órganos como pulmón, corazón, cerebro, entre otros, generando una falla multiorgánica. Esto puede ser resultado de la debilidad muscular que se manifiesta en el lapso de recuperación de los pacientes críticos, de la demora en el retiro del respirador y la falta de movilización que los mismos tienen durante la estadía (Recchia, 2004)⁷⁰.

Dentro del síndrome neuromuscular adquirido del paciente crítico, se encuentra la polineuropatía del paciente crítico, la cual es una enfermedad neuromuscular y una de las complicaciones más graves que pueden padecer las personas que requieren hospitalización en UCI. La misma puede producirse en el paciente durante la primera semana que se encuentra en UCI, pero puede pasar desapercibida por la administración de los fármacos (García de Lorenzo et al., 2006)⁷¹.

La neuropatía tiene buen pronóstico en los casos leves a moderados y su recuperación suele ser completa, mientras que en los casos severos la debilidad es residual y la mayoría de las veces, el daño es permanente. Para que el pronóstico sea positivo, es necesario que la rehabilitación neuromuscular sea llevada a cabo lo antes posible (Recchia, 2004)⁷².

En los pacientes intubados y hospitalizados en UCI se tienen en cuenta tres causas que pueden dar lugar a la disfagia orofaríngea o post extubación y son el diagnóstico en sí, las comorbilidades que existan y el tratamiento que recibió en la unidad de cuidados intensivos. En personas con patologías respiratorias, posterior a ventilación mecánica y en pacientes con COVID-19, la disfagia se produce debido a una falta de coordinación en el mecanismo de succión – deglución (Fernández et al., 2020)⁷³.

Los pacientes con COVID-19 y disfagia o alteraciones deglutorias requieren de la atención multidisciplinaria de profesionales de la salud, ya que muchos de los casos se encuentran recuperándose de estadías prolongadas en unidad de cuidados intensivos, así como también, de las consecuencias que todo el virus y la estadía en UCI conlleva como afectación respiratoria, traqueostomía y alteraciones motoras o cognitivas debido al mismo virus y a la falta de actividad física (Callejas et al., 2020)⁷⁴.

⁶⁹ Es muy común que los pacientes con COVID-19 desarrollen el síndrome de desacondicionamiento con un deterioro cognitivo, psicológico y físico.

⁷⁰ Una de las consultas neurológicas más frecuentes de polineuropatía en el paciente crítico son debido a la demora en el retiro del respirador no explicada por causas respiratorias o cardiovasculares.

⁷¹ El síndrome neuromuscular adquirido del paciente crítico y sus subtipos, se da en personas sin enfermedades neuromusculares previas, producida de forma secundaria a la enfermedad que provocó el ingreso en UCI y/o al tratamiento que se utilizó.

⁷² El pronóstico puede depender de la relación entre la severidad de la neuropatía y la duración del respirador, así como también, la gravedad de la falla multiorgánica.

⁷³ Destacan que la mayoría de los pacientes pueden llegar a tener una deglución segura, pero con medidas compensatorias del acto deglutorio.

⁷⁴ Ante un mínimo signo o síntoma de disfagia, se debe establecer la alimentación enteral hasta el momento de poder llevar a cabo una evaluación completa deglutoria.



La valoración y el manejo de estos pacientes debe ser llevada a cabo con las protecciones sanitarias necesarias para evitar todo tipo de contagio por parte del profesional de la salud, teniendo en cuenta que muchos pacientes pueden toser durante la misma. La evaluación clínica del paciente hospitalizado se realiza con la persona posicionada en la cama, a 90°, teniendo en cuenta que la misma debe estar atenta, cooperadora y con una situación respiratoria estable para poder responder a las preguntas. Los datos importantes que se necesitan en la anamnesis son la edad, las comorbilidades previas que puedan ser riesgosas de COVID-19 o que se vinculen a la disfagia, antecedentes de disfagia y/o neumonía previa, el diagnóstico actual, caracterización y permanencia de intubación y/o traqueostomía durante la hospitalización, vía de alimentación actual, signos y síntomas de disfagia durante o luego de la ingesta, y si padeció de neumonía aspirativa. Luego de recolectar todos los datos para una enriquecedora anamnesis, se debe proceder a la evaluación, realizando un examen físico teniendo en cuenta la postura, simetría facial, sello labial, movimiento lingual, deglución en seco y oxigenación durante esta evaluación. Posteriormente, se puede aplicar algún test de volumen y viscosidad, para determinar la existencia de signos de alteración de la seguridad y la eficacia de la deglución. La evaluación se da por finalizada una vez que se llega al diagnóstico clínico de disfagia y la severidad que conlleva, para luego analizar todo lo recolectado con un equipo interdisciplinario, destacando la importancia de examinar a los pacientes con dificultades pulmonares durante el transcurso del virus o la recuperación del mismo, ya que la aspiración silente es muy propensa (Fernández et al., 2020)⁷⁵.

En cuanto a la evaluación instrumental, en momentos de pandemia, hay que destacar que la evaluación endoscópica de la deglución no es una opción segura y es considerada como un procedimiento controversial, debido a que durante la misma hay mucha exposición por la generación de aerosoles y gotas ya sea a través de la tos, del reflejo nauseoso o de estornudos, teniendo en cuenta que el acceso a esta evaluación es por medio de la nariz y la nasofaringe, y el personal de salud tiene una estimulación directa en la colocación y en la extracción del endoscopio. Por otro lado, la videofluoroscopia de la deglución es un método instrumental más seguro debido a que los materiales que se utilizan no son invasivos y la distancia entre el evaluador y el paciente es la adecuada; aunque también puede ser considerada como riesgosa porque durante la misma se pueden producir aerosoles cuando el paciente tose por ingerir alimentos. Debe ser contemplada en aquellos casos que sean de gran riesgo de padecer disfagia y tener consecuencias secundarias como desnutrición o

⁷⁵ Resaltan la importancia de que además de la evaluación de datos y la exploración física se debe sumar la evaluación nutricional y de la higiene oral, factores importantes para prevenir la neumonía aspirativa.



deshidratación, o en aquellos casos donde la evaluación clínica no fue posible o fue incompleta (Chiappero et al., 2021)⁷⁶.

Las estrategias de compensación y/o adaptación que se realizan generalmente en los pacientes con disfagia también deben ser llevadas a cabo en los pacientes con COVID-19, basándose en una intervención mínima y utilizándose como herramienta para las complicaciones que la misma disfagia conlleva. En dicha intervención hay que tener en cuenta la postura correcta durante la alimentación, permitiendo aplicar diferentes posiciones de la cabeza durante la ingesta como la maniobra de Chin-down, también se pueden llevar a cabo diferentes técnicas de incremento sensorial, siempre y cuando se use la viscosidad adecuada para los líquidos y se seleccione la textura ideal que el paciente pueda deglutir. Es fundamental estimular la higiene oral, donde dicho paciente debe cepillar sus dientes luego de cada comida, y en caso de no poder realizarlo de manera independiente, el personal de salud es quien debe realizarlo con las medidas sanitarias necesarias para protegerse. Todas las técnicas de rehabilitación que se utilicen, tienen que ser aquellas que no provoquen tos ni acercamiento del fonoaudiólogo para evitar la generación y el contagio por parte de los aerosoles. Se destaca que aquellos pacientes que tengan traqueostomía y aun precisen de la ventilación mecánica, no deben ser alimentados por vía oral, sino más bien, contar con una vía alternativa (Fernández et al., 2020)⁷⁷.

El rol del fonoaudiólogo es fundamental en la rehabilitación del mecanismo deglutorio y del acto de la fonación que fueron alterados por falta de uso y/o complicaciones de la vía aérea superior. El abordaje y la intervención van a depender de su cuadro infectológico.

Tabla N°3: Abordaje y rol del fonoaudiólogo según la situación de cada paciente.

Pacientes con COVID-19 positivo o sospechoso:	
En pacientes que se encuentren en UCI con inestabilidad respiratoria:	El rol del fonoaudiólogo es proseguir con la alimentación por vía enteral, y junto con los otros profesionales decidir sobre el momento oportuno de comenzar con la evaluación y el tratamiento. En aquellos pacientes que puedan alimentarse pero que tengan dificultad respiratoria se debe colocar sonda nasogástrica hasta el momento en que su respiración sea estable.

⁷⁶ Cada situación es particular, donde se deben tener en cuenta tanto los beneficios como los riesgos que pueda ocasionar realizar la evaluación instrumental y que el paciente tenga las condiciones para trasladarse hacia la sala de radiología.

⁷⁷ Las técnicas de neurorrehabilitación no se han llevado a cabo aun en pacientes con COVID-19 pero como son técnicas que no generan aerosoles pueden llegar a funcionar en la rehabilitación.



En pacientes estables, lúcidos y alertas:	En estos pacientes que tengan traqueostomía y asistencia respiratoria mecánica, se debe proseguir con la alimentación enteral y auxiliarlos con tableros de comunicación alternativa y/o aumentativa ⁷⁸ , de baja tecnología y adecuado a sus necesidades lingüísticas y cognitivas.
	En pacientes que tengan solo traqueostomía, se debe mantener el balón inflado, es necesario evaluar con el equipo si debe proseguir la alimentación enteral. El rol del fonoaudiólogo es realizar praxias orales, presentarle estímulos sensoriales orales, promover la higiene oral y utilizar tableros de CAA.
En pacientes con respiración estable:	Si los mismos requieren evaluación de la deglución y no existe disfagia previa, se debe llevar a cabo algún screening y emplear maniobras compensatorias, posturales y de adaptación.
Pacientes en internación general o centro de rehabilitación:	El rol del fonoaudiólogo es seguir con la atención y el tratamiento de la disfagia dirigido a saliva, secreciones y alimentos; rehabilitación de la deglución en pacientes traqueotomizados, además trabajar fonación, lenguaje, habla y cognición.
Aquellos que no hayan tenido traqueostomía y fueron sometidos a periodos críticos:	El rol del fonoaudiólogo es realizar evaluaciones de la deglución, dedicadas a aspectos motores y sensitivos orales, lingual, velar; como praxias, pruebas de ingestas, voz, entre otros.
Aquellos que tengan traqueostomía:	El rol es realizar una evaluación clínica completa y habilitar la vía aérea superior mediante el desinflado del balón y ver si tolera su oclusión a través de la válvula fonatoria.

Fuente: Adaptado de Ton y Valdez (2020)⁷⁹

⁷⁸ El término comunicación aumentativa y alternativa se abrevia con las siglas CAA.

⁷⁹ Destacan que se debe promover la continuidad del tratamiento a través de teleterapia o, en caso de ser posible, presencialmente con los cuidados y las medidas necesarias.



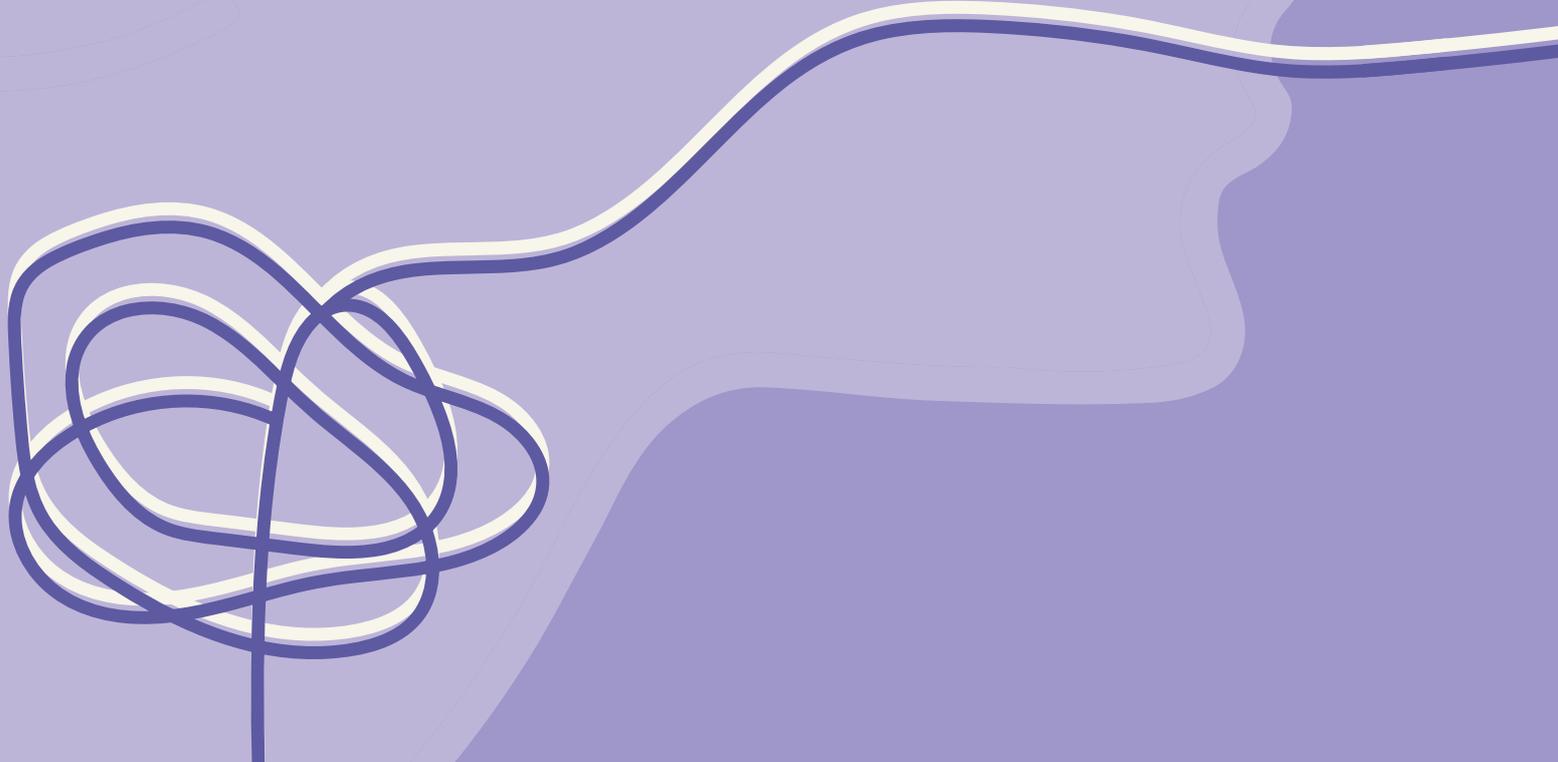
Teniendo en cuenta las secuelas que se presentan en los pacientes contagiados de COVID-19, el rol y el criterio del fonoaudiólogo es fundamental. Debe iniciar su intervención una vez que el paciente se encuentre estable, y el objetivo del mismo debe ser enfocado al fortalecimiento de la musculatura que interviene en la deglución, restableciendo de esta manera el mecanismo junto con su fisiología, devolviéndole la calidad de vida al paciente (Leiva y Reyes, 2020)⁸⁰.

El abordaje debe ser el adecuado, utilizando todas las medidas de prevención para cada tipo de contagio, y de esta manera, disminuir riesgos para poder llevar a cabo la intervención y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La clasificación de los pacientes según su situación infectológica permite llevar a cabo un tratamiento organizado detectando fortalezas y debilidades, teniendo en cuenta la situación de la vía aérea, diferenciar las prioridades de cada paciente y de esta forma obtener mejores resultados, adecuándose al momento oportuno de iniciar la intervención, obteniendo así, mejores respuestas al tratamiento (Ton y Valdez, 2020)⁸¹.

⁸⁰ Hay que destacar que la rehabilitación temprana en aquellos pacientes que requirieron ventilación mecánica puede disminuir la estadía hospitalaria y mejorar toda su funcionalidad para adquirir de esta manera el alta médica.

⁸¹ Resaltan la importancia de proporcionar asistencia para la comunicación al final de la vida, como los tableros de comunicación alternativa y aumentativa teniendo en cuenta cada caso. Los estudios instrumentales de la deglución, se pueden realizar luego de dos hisopados negativos.

Diseño metodológico





La presente investigación es de tipo descriptiva, ya que busca detallar situaciones y eventos, y especificar las características y propiedades importantes de las variables analizadas.

El tipo de investigación es no experimental debido que no hay manipulación de las variables, se basa en las observaciones de los fenómenos para analizarlos con posterioridad. Además, es longitudinal porque se observa a un paciente durante un periodo de 8 sesiones, y prospectivo porque comienza a analizarse en el presente, pero los datos se analizan trascurrido un determinado tiempo, al finalizar las observaciones.

Esta investigación consiste en un estudio de caso que es un método de investigación que, mediante procesos cuantitativos, cualitativos y/o mixtos; analiza profundamente un caso específico de una sola persona o grupo, que es exclusivo y particular, para responder al planteamiento de un problema, probar hipótesis y desarrollar teoría.

En la investigación se consideraron las siguientes variables:

- Características de los órganos fonoarticulatorios
- Características de la deglución
- Estado de la coordinación de movimientos de los órganos que intervienen en la deglución
- Consistencias del alimento aceptadas para evitar aspiraciones
- Respuesta deglutoria del paciente frente a consistencias permitidas
- Maniobras compensatorias utilizadas durante la deglución y la rehabilitación

Definición de variables:

- *Características de los órganos fonoarticulatorios:*
Definición conceptual: Particularidades de los órganos que son de gran importancia en la emisión y comprensión de la voz, el habla y el lenguaje, y que participan en los procesos de respiración y deglución.
Definición operacional: Particularidades de los órganos que son de gran importancia en la emisión y comprensión de la voz, el habla y el lenguaje, y que participan en los procesos de respiración y deglución en un adulto con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 en la ciudad de Pehuajó. El dato se recolectó por medio de la observación y registró en una grilla.
- *Características de la deglución:*



Definición conceptual: Propiedades del acto motor complejo que implica el paso del alimento y otras sustancias desde la boca hacia el estómago, atravesando diferentes etapas.

Definición operacional: Propiedades del acto motor complejo que implica el paso del alimento y otras sustancias desde la boca hacia el estómago, atravesando diferentes etapas en un adulto con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 en la ciudad de Pehuajó. El dato se recolectó por medio de la observación y se registró en una grilla.

- *Estado de la coordinación de movimientos de los órganos que intervienen en la deglución:*

Definición conceptual: Condición de cómo se encuentra la ejecución de movilidad y actividad de los órganos que intervienen en la deglución.

Definición operacional: Condición de cómo se encuentra la ejecución de movilidad y actividad de los órganos que intervienen en la deglución en un adulto con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 en la ciudad de Pehuajó. El dato se recolectó por medio de la observación y se registró en una grilla.

- *Consistencias del alimento aceptadas para evitar aspiraciones:*

Definición conceptual: Condiciones apropiadas para permanecer de manera uniforme los alimentos como sólidos, semisólidos o líquidos aceptados para no generar ingreso de alimento en las vías respiratorias.

Definición operacional: Condiciones apropiadas para permanecer de manera uniforme los alimentos como sólidos, semisólidos o líquidos aceptados para no generar ingreso de alimento en las vías respiratorias en un adulto con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 en la ciudad de Pehuajó. El dato se recolectó por medio de la observación y se registró en una grilla.

- *Respuesta deglutoria del paciente frente a consistencias permitidas:*

Definición conceptual: Características de la condición del paciente acerca de la resistencia hacia las diferentes consistencias y texturas de alimento que son aceptadas.

Definición operacional: Características de la condición del paciente acerca de la resistencia hacia las diferentes consistencias y texturas de alimento que son aceptadas en un adulto con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 en la ciudad de Pehuajó. El dato se recolectó por medio de la observación y se registró en una grilla.



- *Maniobras compensatorias utilizadas durante la deglución y la rehabilitación:*

Definición conceptual: Conjunto de estrategias que se llevan a cabo para aumentar la seguridad y la eficacia de la deglución.

Definición operacional: Conjunto de estrategias que se llevan a cabo para aumentar la seguridad y la eficacia de la deglución en un adulto con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 en la ciudad de Pehuajó. El dato se recolectó por medio de la observación y se registró en una grilla.



A continuación, se presenta el consentimiento informado utilizado en la investigación:

El siguiente trabajo de Investigación “Características deglutorias en un paciente con Disfagia Severa por Polineuropatía post COVID-19” es una investigación que estoy llevando a cabo como trabajo de tesis para obtener el título de Licenciada en Fonoaudiología, con el aval de la Universidad Fasta.

El propósito de este consentimiento es proveer al participante en esta evaluación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante, siendo estrictamente voluntaria su participación.

La presente evaluación es conducida por Mataloni Macarena.

El objetivo de esta investigación es “Analizar las características deglutorias y fonoarticulatorias de un paciente con Disfagia Severa por Polineuropatía post COVID-19 perteneciente a la ciudad de Pehuajó en el año 2021”, el paciente ha sido seleccionado entre un grupo amplio de personas dada la patología que presenta; siendo de gran importancia aclarar que no correrá ningún riesgo durante la misma.

Además, es importante tener en cuenta que el paciente no recibirá ningún tipo de beneficio por parte de dicha investigación. Los fines de este trabajo serán meramente académicos, la información que se recoja será confidencial. Los resultados podrán ser publicados en congresos y/o publicaciones científicas. Todos los resultados son de propiedad de la investigadora y no será entregado al participante.

La participación en este estudio implica estar predispuesto a la observación por parte de la conductora de la investigación, y de esta forma tomar nota de sus características deglutorias y fonoarticulatorias.

Firma del tutor: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____

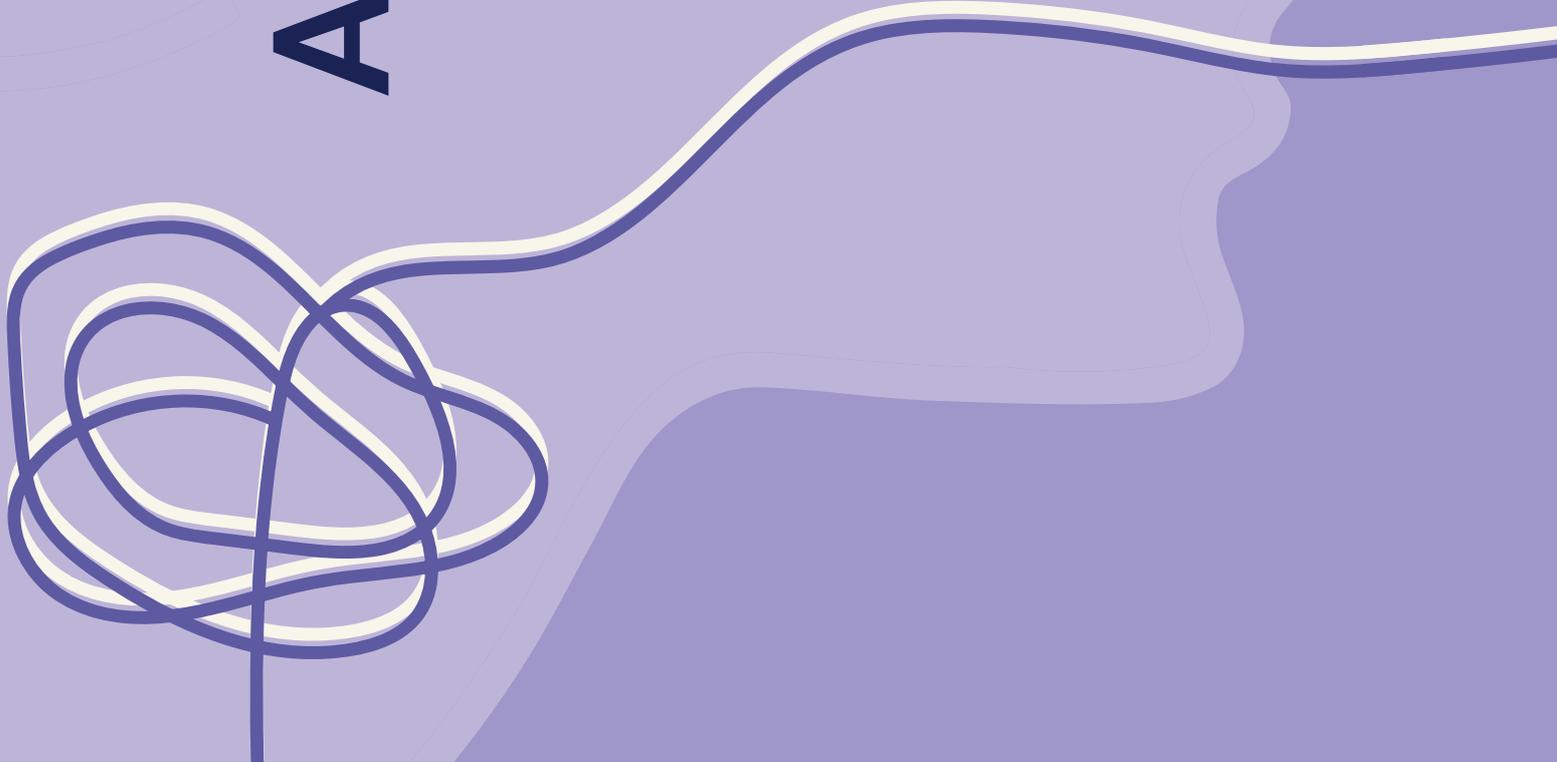
Se presenta también la grilla de observación:

Ejercicio	Indicación	Objetivo	¿Lo puede realizar?	¿Cómo lo realiza?	Cantidad de series y repeticiones
-----------	------------	----------	---------------------	-------------------	-----------------------------------



Ejercicios linguales					
Ejercicios de mejillas					
Ejercicios de labios					
Ejercicios de mandíbula					
Ejercicios de repetición					
Ejercicios vocales					
Ejercicios de succión					
Ejercicios de soplo					
Técnicas de incremento sensorial					
Ingesta de alimentos					

Análisis de caso





Se tienen en cuenta los siguientes antecedentes en relación al caso clínico presentado:

Diagrama 1: Caracterización del caso clínico



Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

En cuanto a su alimentación, las consistencias que ingiere son semisólidos, sólidos bien masticados y líquidos espesados consistencia miel. Se alimenta en forma independiente, sentado a la mesa; a la hora de alimentarse los utensilios que utiliza son tenedor, cuchillo y cuchara, dependiendo del alimento, y utiliza vaso para tomar



las bebidas. El paciente refiere que no se demora en tragar las diferentes consistencias, y que dedica tiempo al momento de masticar cada bocado y realiza dos degluciones por bocado. Realiza cuatro comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena.

Las terapias que realiza son kinesiología domiciliaria 3 veces a la semana y 2 veces a la semana el paciente va al consultorio, y además realiza rehabilitación fonoaudiológica, al comienzo eran tres veces por semana en su domicilio y al tiempo disminuyeron a 2 veces por semana en el consultorio. Actualmente, las secuelas que presenta son la dificultad para movilizar la pierna y el pie derecho, además de su disfagia. El paciente destaca que no presenta problemas pulmonares ni síntomas cognitivos, pero sí deficiencias musculoesqueléticas, como dolor de espalda y de pierna.

Cuadro 1: Evolución de los estudios de control

	Primera videofluoroscopia 21/05/2021	Segunda videofluoroscopia 1/07/2021	Tercera videofluoroscopia 14/10/2021
Evidencia de disfagia orofaríngea	Si	Si	No
Grado	Moderadamente severa	Moderado	No presente. Con ninguna consistencia, ni alteración del tiempo de mascado o en la formación del bolo.
Indicación	Alimentación por vía oral con bolos de estimulación sin objetivo nutricional.	Alimentación por vía oral con dieta procesada y líquidos espesados a miel, junto con postura de sedestación a 90°.	Alimentación por vía oral con bolos de fácil mascado para una deglución rápida y segura, postura para la alimentación de 90° y estrategias como degluciones sucesivas.

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

Se registran 8 sesiones comprendidas en el mes de septiembre y octubre del año 2021.



En esta sesión se evalúa y observa las características del paciente de sus órganos fonarticulatorios y datos de su alimentación.

Cuadro N°1: Datos sobre la alimentación del paciente, órganos fonarticulatorios y respiración.

Estado cognitivo del paciente	Óptimo	Degluciones para cada bolo	Uno o más de uno	Rostro	Simétrico
Persona con la que vive	Cónyuge	Características de la deglución	Forzada	Labios	Simétricos
Higiene buco dental	Buena	Características de la tos	Fuerte	Cierre labial en reposo	En contacto
Dentadura	Completa	Lenguaje	Normal	Cierre labial con esfuerzo	En contacto
Posición para la alimentación	Sentado en silla	Praxias bucolinguofaciales	Actualmente normales	Tamaño de labios	Normal
Alimentación	Independiente	Trastornos de la voz	Disfonía	Color de labios	Normal
Actitud frente a cada ingesta	Placentera y pasiva	Trastornos respiratorios	No presentes	Tamaño de lengua	Normal
Utensilios que utiliza para tomar	Vaso	Modo respiratorio	Nasal	Maxilar inferior	Normal
Utensilios que utiliza para comer	Cuchillo, tenedor y cuchara	Tipo respiratorio	Costo abdominal o diafragmático	Mordida	Normal, clase I
Alimentación actual	Oral	Cualidades de la voz: Intensidad	Volumen normal	Mejillas	Simétricas
Consistencias indicadas al momento de evaluar	Líquidos espesados y semisólidos	Cualidades de la voz: Tono	Tono grave	Nariz	Normal, aletas nasales redondeadas

Fuente: Elaborado sobre datos de la investigación.

A partir de este cuadro, se obtiene información del paciente y de su alimentación. Se encuentra óptimo y lúcido, su alimentación es por vía oral y en forma independiente, sentado



en silla y con una actitud frente a cada ingesta placentera/pasiva, los utensilios que utiliza tanto para beber como para comer son cuchillo, tenedor, cuchara y vaso, dependiendo del alimento. Las consistencias indicadas son líquidos espesados y semisólidos, suele deglutir de una a dos veces cada bolo, por lo que su deglución suele ser forzada, con una tos de carácter fuerte. El lenguaje es normal y las praxias bucolinguofaciales actualmente son normales. Presenta trastornos de la voz debido a una disfonía que se le desencadena por la aspiración silente de alimentos. No presenta trastornos respiratorios, siendo su modo respiratorio nasal y su tipo costo abdominal o diafragmático; en cuanto a las cualidades de la voz, su intensidad es normal y su tono es grave. Presenta dentadura completa, con una higiene bucal muy buena. Tanto su rostro como sus labios y sus mejillas son simétricos, los labios pueden mantenerse en contacto tanto en reposo como con esfuerzo. El color de labios es normal, el tamaño de lengua y labios también. Su maxilar inferior es normal, presenta una mordida correcta, clase I. Su nariz es normal, con aletas nasales redondeadas.

SESIÓN N°1:

Ejercicio	Indicación	Objetivo	¿Lo puede realizar? SI / NO	¿Cómo lo realiza? CD / SD	Cantidad de series y repeticiones
Lengua afuera de la boca arriba y abajo	Debe sacar la lengua y tocar el labio arriba y abajo.	Favorecer la coordinación y movilidad lingual.	SI	SD	1 x 5 rep
Lengua afuera de la boca hacia una comisura y hacia la otra	Debe sacar la lengua y moverla desde una comisura hacia otra.	Favorecer la coordinación y movilidad lingual.	SI	SD	1 x 5 rep
Punta de lengua al paladar, presiono 1-2-3 y aflojo	Debe llevar la punta de la lengua hacia las arrugas del paladar, presionar y contar hasta 3, y relajar.	Trabajar sobre los músculos linguales.	SI	CD	2 x 5 rep
Inflo las mejillas, mantengo 1-2-3 y largo el aire por la nariz	Debe inflar las mejillas, contar hasta 3 y luego largar el aire por la nariz.	Generar presión negativa intraoral y trabajo de la segunda válvula.	SI	SD	1 x 5 rep
Trompa y sonrisa, mantener cada posición 1-2-3 y aflojo	Debe realizar una trompa, como si tirara un beso, y luego una sonrisa sin que se vean los dientes, cuento hasta 3 y alterno.	Trabajar sobre los constrictores faríngeos.	SI	CD	2 x 5 rep



Shaker	Debe recostarse sobre la cama, sin levantar los hombros, levanta la cabeza de la cama y mira a los pies.	Mejorar la contracción suprahióidea y apertura del EES.	SI	CD	Realizarlo 3 veces.	
Ingesta de semisólidos	Se prueba la tolerancia de semisólido (yogurt) monitoreado con saturómetro.	Observar cuál es la tolerancia del paciente al alimento.	-	SD		
Agilización articular	Debe repetir lo que se indica.	Trabajar la agilización articular.	TA –	SD	1 x 5 rep	
			ÑA –			SI
			KA			
			TE –			
			ÑE –			SI
KE						
TI –						
ÑI –	SI					
KI						
TO –						
ÑO –	SI					
KO						
TU –						
ÑU –	SI					
KU						

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: SD → sin dificultades – CD → con dificultades.

La mayoría de los ejercicios realizados en la sesión fueron destinados a trabajar lengua, mejillas y labios, así como también, mejorar los músculos que intervienen en la deglución y agilizar cada movimiento. En cuanto a la cantidad de series y repeticiones, la gran parte consta de 1 a 2 series, de 5 repeticiones cada una. A la hora de realizar los ejercicios, algunos puede realizarlos sin ninguna dificultad mientras que en otros presenta dificultades al realizarlos, teniendo en cuenta que son los más complejos. También se realizó la prueba de tolerancia con un semisólido, la cual es satisfactoria ya que no presenta residuos post deglución.

SESIÓN N°2:



Ejercicio	Indicación	Objetivo	¿Lo puede realizar? SI / NO		¿Cómo lo realiza? CD / SD	Cantidad de series y repeticiones
Estimulación térmica con frío de manera intraoral	Debe mantener la boca abierta mientras se realiza la estimulación.	Estimular las estructuras intraorales.	Lo realiza la fonoaudióloga.		-	-
Trompa: tiro besos	Debe juntar tus labios y tirar besos.	Activar la primera válvula.	SI		CD	1 x 5 rep
Sonidos agudos IK ----- KI	Debe tomar aire y emitir IK ---no respiro- KI	Ascenso laríngeo.	SI		SD	1 x 5 rep
Sonido de barco agudo	Debe tomar aire y emitir el sonido de una /B/ realizando un glissando.	Ascenso laríngeo.	En una parte	SI	CD	1 x 5 rep
			Dividirlo en dos partes	SI		
Sonidos: HIP – HIP – HIP	Debe tomar aire y decir HIP – HIP – HIP, con fuerza.	Activar el movimiento del diafragma.	SI		CD	1 x 5 rep
Agilización articulatoria lingual	Debe tomar aire y repetir, acentuando cada sílaba.	Estimular la musculatura lingual.	TA – ÑA – KA	SI	SD	1 x 5 rep
			TE – ÑE – KE	SI		
			TI – ÑI – KI	SI		
			TO – ÑO – KO	SI		
			TU – ÑU – KU	SI		

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: SD → sin dificultades – CD → con dificultades.

La mayoría de los ejercicios de esta sesión fueron destinados a trabajar el ascenso laríngeo a través de diferentes sonidos, musculatura lingual, activar el movimiento del diafragma y estimular todas las estructuras intraorales, con una cuchara en agua fría. En cuanto a la cantidad de series y repeticiones, todos los ejercicios se realizaron en una serie, de 5 repeticiones cada una. A la hora de realizar los ejercicios, algunos puede realizarlos sin



ninguna dificultad mientras que en otros presenta dificultades al realizarlos, teniendo en cuenta que son los más complejos, destacando que sigue presentando dificultades a la hora de realizar trompa para tirar besos.

SESIÓN N°3:

Ejercicio	Indicación	Objetivo	¿Lo puede realizar? SI / NO	¿Cómo lo realiza? CD / SD	Cantidad de series y repeticiones
Trago con lengua afuera entre dientes (Maniobra de Masako)	Debe colocar la lengua entre los dientes y tragar así.	Facilitar adelantamiento hioideo y elevación laríngea.	SI	CD	1 x 5 rep
Mandíbula adelante y atrás	Debe llevar su mandíbula con un movimiento hacia adelante y luego hacia atrás.	Trabajar el adelantamiento del hioides.	SI	SD	4 x 5 rep
Mandíbula adelante e inflo mejillas	Debe llevar la mandíbula hacia adelante y luego inflar las mejillas.	Trabajar el adelantamiento del hioides.	SI	SD	2 x 5 rep
Mandíbula adelante y apoyo en el pecho, mantener	Debe llevar tu mandíbula hacia adelante, colocar la misma en el pecho y mantener durante unos segundos.	Estimular el adelantamiento del complejo laringohioideo.	SI	CD	2 x 5 rep
Mandíbula adelante, apoyo en el pecho e inflo mejillas	Debe llevar su mandíbula hacia adelante, apoyar la misma en el pecho, inflar mejillas y mantener durante unos segundos.	Estimular el adelantamiento del complejo laringohioideo.	SI	CD	1 x 5 rep



Sonido agudo (sirena)	Debe realizar un sonido simulando una sirena.	Elevación laríngea.	SI		CD	1 x 5 rep
Repetir sílabas oclusivas sordas	Debe repetir lo que se le indica.	Trabajar la agilización articulatoria.	PATAKA	SI	SD	1 x 5 rep
			PETEKE	SI		
			PITIKI	SI		
			POTOKO	SI		
			PUTUKU	SI		
Repetir sílabas oclusivas sonoras	Debe repetir lo que se le indica.	Trabajar la agilización articulatoria.	BADAGA	SI	SD	1 x 5 rep
			BEDEGUE	SI		
			BIDIGUI	SI		
			BODOGO	SI		
			BUDUGU	SI		
Repetir sílabas con sonidos fricativos	Debe repetir lo que se le indica.	Trabajar la agilización articulatoria.	FASAJA	SI	SD	1 x 5 rep
			FESEJE	SI		
			FISIJI	SI		
			FOSOJO	SI		
			FUSUJU	SI		
Sonidos posteriores	Debe repetir el sonido que se le indica.	Trabajar la base de la lengua.	KKKKK	SI	SD	1 x 5 rep
			GGGG	SI		
			JJJJJJ	SI		
			Combinación	SI		
Chistido	Debe emitir un chistido.	Estimular el movimiento diafragmático.	SI		SD	1 x 5 rep

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: SD → sin dificultades – CD → con dificultades.

Esta sesión fue una de las más productivas a la hora de realizar los ejercicios, teniendo en cuenta la cantidad. La mayoría de los ejercicios realizados fueron destinados a trabajar



mandíbula, mejillas, lengua, con el objetivo del adelantamiento del hioides y elevación laríngea, así como también, trabajar sobre la agilización articulatoria y el movimiento diafragmático. En cuanto a la cantidad de series y repeticiones, la gran parte consta de 1 a 2 series, incluso en algún ejercicio de 4, de 5 repeticiones cada una. A la hora de realizar los ejercicios, algunos puede realizarlos sin ninguna dificultad mientras que en otros presenta dificultades al realizarlos, teniendo en cuenta que son los más complejos como aquellos que requieren de un trabajo en contra resistencia. Al principio las mejillas tenían más tensión, pero al ir realizando el ejercicio mejoró, se observa fatiga muscular.

A la hora de realizar el ejercicio de producir un sonido de sirena agudo se observa dificultad en la elevación laríngea y para mantener esa posición.

SESIÓN N°4:

Ejercicio	Indicación	Objetivo	¿Lo puede realizar? SI / NO	¿Cómo lo realiza? CD / SD	Cantidad de series y repeticiones
Estimulación térmica con frío de manera intraoral	Debe mantener la boca abierta mientras se realiza la estimulación.	Estimular las estructuras intraorales	Lo realiza la fonoaudióloga.	-	-
Inspiro por nariz y soplo dentro de la jeringa en dos tiempos	Debe tomar aire y soplar dentro de la jeringa dividiendo el aire en dos veces.	Trabajar coordinación respiratoria.	SI	SD	1 x 5 rep
Inspiro por nariz y soplo dentro de la jeringa en un tiempo	Debe tomar aire y soplar dentro de la jeringa en un tiempo.	Trabajar la coordinación respiratoria.	SI	SD	1 x 5 rep
Saco lengua con fuerza, mantengo 1-2-3 y aflojo	Debe sacar lengua con fuerza y mantener unos segundos.	Estimular los músculos de la lengua para la propulsión del bolo.	SI	SD	3 x 5 rep
Con la punta de la lengua empujo las mejillas mantengo 1-2-3 y aflojo	Debe empujar las mejillas con la punta de la lengua, hacer fuerza y aflojar, luego la otra.	Trabajar sobre la musculatura lingual.	SI	SD	1 x 5 rep de cada lado



Mandíbula adelante con muelas apretadas, mantengo 1-2-3 y relajo	Debe llevar la mandíbula hacia adelante y apretar muelas, mantener unos segundos y relajar.	Trabajar el adelantamiento hioideo.	SI	SD	1 x 5 rep
Mandíbula adelante y apoyo en el pecho, mantener	Debe llevar su mandíbula hacia adelante, colocar la misma en el pecho y mantener durante unos segundos.	Estimular el adelantamiento del complejo laringohioideo.	SI	CD	1 x 5 rep

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: SD→ sin dificultades – CD→ con dificultades.

La mayoría de los ejercicios realizados en esta sesión fueron destinados a trabajar las estructuras intraorales, la coordinación respiratoria, musculatura lingual y adelantamiento del complejo laringohioideo. En cuanto a la cantidad de series y repeticiones, la gran parte consta de 1 a 3 series, de 5 repeticiones cada una. A la hora de realizar los ejercicios, algunos puede realizarlos sin ninguna dificultad mientras que en uno presenta dificultades al realizarlo, teniendo en cuenta que es el más complejo en el cual se requiere un trabajo en contra resistencia.

SESIÓN N°5:

Ejercicio	Indicación	Objetivo	¿Lo puede realizar? SI / NO	¿Cómo lo realiza? CD / SD	Cantidad de series y repeticiones
Mandíbula adelante, apoyo en el pecho e inflo mejillas	Debe llevar su mandíbula hacia adelante, apoyar la misma en el pecho, inflar mejillas y mantener durante unos segundos.	Estimular el adelantamiento del complejo laringohioideo.	SI	CD	1 x 5 rep
Repetición de sonidos	Debes tomar aire y emitir el sonido correspondiente.	Lograr el ascenso laríngeo	AK -- ---- KA	SI	SD
			EK -- ---- KE		
			IK ---- ---- KI	SI	
			OK -- ---- KO		



			UK -- ---- KU	SI		
Sonido de sirena en glissando	Debe realizar un sonido agudo simulando una sirena.	Lograr el ascenso laríngeo.		SI	CD	1 x 5 rep
Punta de lengua en el paladar, presiono 1-2-3 y aflojo	Debes llevar la punta de la lengua hacia las arrugar del paladar, presionar y contar hasta 3, y relajar.	Trabajar sobre los músculos linguales.		SI	SD	2 x 5 rep
Ejercicios labiales	Con labios cubro los dientes de arriba y abajo, como una sopapa.	Trabajar sobre la primera válvula.		SI	SD	1 x 5 rep

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: SD → sin dificultades – CD → con dificultades.

La mayoría de los ejercicios realizados en la sesión fueron destinados a trabajar mandíbula, lengua y labios, con el objetivo de ascenso y adelantamiento del complejo laringohioideo, entre otros. En cuanto a la cantidad de series y repeticiones, la gran parte consta de 1 a 2 series, de 5 repeticiones cada una. A la hora de realizar los ejercicios, algunos puede realizarlos sin ninguna dificultad mientras que en unos continúan las dificultades al realizarlo como por ejemplo, al realizar el sonido de sirena en forma de glissando o al llevar la mandíbula hacia adelante e inflar mejillas.

SESIÓN N°6:

Ejercicio	Indicación	Objetivo	¿Lo puede realizar? SI / NO	¿Cómo lo realiza? CD / SD	Cantidad de series y repeticiones
Tomo aire y soplo en una jeringa	Debe tomar aire y soplar dentro de la jeringa.	Trabajar la tercera válvula.	SI	SD	1 x 5 rep
Tomo aire y soplo en una jeringa ocluyendo la salida	Debe tomar aire y soplar dentro de la jeringa mientras ocluye la salida.	Trabajar la tercera válvula.	SI	SD	1 x 5 rep
Succión de jeringa moviendo el émbolo	Desde la punta de la jeringa, debe succionar moviendo el	Trabajar la tercera válvula.	SI	CD	1 x 5 rep



	émbolo en tres veces.				
Succión de jeringa moviendo el émbolo	Desde la punta de la jeringa, debe succionar moviendo el émbolo en dos veces.	Trabajar la tercera válvula.	SI	CD	1 x 5 rep
Succión de jeringa moviendo el émbolo	Desde la punta de la jeringa, debe succionar moviendo el émbolo en una sola vez.	Trabajar la tercera válvula.	SI	CD	1 x 5 rep
Tomar licuado	Debe tomar licuado, luego de tragar emitir AAAAA.	Favorecer la propulsión del bolo.	SI	SD	
Tomar licuado y tragar dos veces	Debe tomar licuado y luego tragar dos veces (con fuerza)	Favorecer la propulsión del bolo.	SI	SD	

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: SD → sin dificultades – CD → con dificultades.

La mayoría de los ejercicios realizados en la sesión fueron destinados a trabajar la coordinación respiratoria y la tercera válvula de la deglución, que es la velofaríngea, así como también, se realizó la ingesta de licuado con el objetivo de favorecer la propulsión del bolo, la ingesta fue satisfactoria. En cuanto a la cantidad de series y repeticiones, todos los ejercicios constan de una serie, de 5 repeticiones cada una. A la hora de realizar los ejercicios, algunos puede realizarlos sin ninguna dificultad mientras que en aquellos que requieren de una coordinación entre succión-respiración presenta dificultades.

En los ejercicios de succión de jeringa se observa dificultad al momento de fraccionar el aire para su realización. Luego de tomar licuado, el paciente debe deglutir dos veces para mejor propulsión, cuando la orden es tomar licuado y deglutir dos veces, la ingesta es de forma satisfactoria, sin necesidad de deglutir nuevamente.

SESIÓN N°7:

Ejercicio	Indicación	Objetivo	¿Lo puede realizar? SI / NO	¿Cómo lo realiza? CD / SD	Cantidad de series y repeticiones
-----------	------------	----------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------



Trompa y sonrisa, mantener cada posición 1-2-3 y aflojo	Realizar una trompa, como tirando un beso, y luego una sonrisa sin que se vean los dientes, cuento hasta 3 y alterno.	Trabajar sobre los constrictores faríngeos.	SI	SD	1 x 5 rep	
Dar besos en la mano	Debes darte besos en tu mano con mucha fuerza.	Trabajar sobre la tercera válvula.	SI	SD	1 x 5 rep	
Vibración de labios	Debes poner en vibración tus labios.	Trabajar la primera válvula.	SI	SD	1 x 5 rep	
Soplar dentro de la jeringa (sin el émbolo)	Debe tomar aire y soplar dentro de la jeringa.	Trabajar la tercera válvula.	SI	SD	1 x 5 rep	
Sonido de sirena con jeringa	Debe tomar aire y emitir el sonido de una sirena sostenido en el tiempo con la jeringa en la boca.	Lograr la elevación laríngea.	SI	CD	1 x 5 rep	
Glissando con /R/	Debe emitir el sonido de la /R/ y llevarlo de un sonido grave a uno más agudo y luego volver del agudo al grave.	Lograr la elevación laríngea.	SI	CD	2 x 5 rep	
Pautas de alimentación con semisólidos y sólidos	Luego de la deglución del alimento, se indica tragar en seco.	Favorecer la propulsión del bolo.	SD	SD	-	
Repetir sílabas posteriores	Debe repetir lo que se le indique con fuerza.	Trabajar la musculatura posterior lingual.	JA -----	SI	SD	1 x 5 rep
			KA			
			JE -----			
			KE			
			JI -----			
KI						
JO -----	SI					
- KO						
JU -----						
KU						
Repetición de sonidos	Debe tomar aire y emitir el sonido correspondiente.	Lograr el ascenso laríngeo	AK -----	SI	SD	1 x 5 rep
			-- KA			
			EK -----			
-- KE						
IK -----	SI					
-- KI						



			OK ---- -- KO	SI		
			UK ---- -- KU	SI		

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: SD → sin dificultades – CD → con dificultades.

La mayoría de los ejercicios realizados en la sesión fueron destinados a trabajar labios, musculatura lingual, elevación laríngea y la tercera válvula de la deglución, así como también, se indicó pautas de alimentación de semisólidos y sólidos, como deglutir en seco para mejorar la propulsión del bolo. En cuanto a la cantidad de series y repeticiones, todos los ejercicios constan de 1 a 2 series, de 5 repeticiones cada una. A la hora de realizar los ejercicios, algunos puede realizarlos sin ninguna dificultad mientras que en aquellos que debe producir sonidos presenta dificultades, sobre todo en los agudos. Los ejercicios de jeringa se realizan con una de 10 ml.

SESIÓN N°8: Repaso de ejercicios

Ejercicio	Indicación	Objetivo	¿Lo puede realizar? SI / NO	¿Cómo lo realiza? CD / SD	Cantidad de series y repeticiones	
Mandíbula adelante y atrás	Debe llevar su mandíbula con un movimiento hacia adelante y luego hacia atrás.	Estimular el adelantamiento del complejo laringohioideo.	SI	SD	1 x 5 rep	
Mandíbula adelante y apoyo en el pecho, mantener	Debes llevar tu mandíbula hacia adelante, colocar la misma en el pecho y mantener durante unos segundos.	Estimular el adelantamiento del complejo laringohioideo.	SI	SD	2 x 5 rep	
Mandíbula adelante, apoyo en el pecho e inflo mejillas	Debes llevar la mandíbula hacia adelante, apoyar la misma en el pecho, inflar mejillas y mantener durante unos segundos.	Estimular el adelantamiento del complejo laringohioideo.	SI	SD	1 x 5 rep	
Repetición de sonidos	Debe tomar aire y emitir el sonido correspondiente.	Lograr el ascenso laríngeo	AK -- ---- KA	SI	SD	1 x 5 rep
			EK -- ---- KE	SI		
			IK ---- ---- KI	SI		
			OK -- ---- KO	SI		



			UK -- ---- KU	SI		
Sonido de sirena agudo	Debe realizar un sonido simulando una sirena.	Elevación laríngea.		SI	CD	1 x 5 rep
Glissando con /R/	Debe emitir el sonido de la /R/ y llevarlo de un sonido grave a uno más agudo y luego volver del agudo al grave.	Elevación laríngea.		SI	CD	1 x 5 rep

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: SD → sin dificultades – CD → con dificultades.

Durante esta sesión, los ejercicios realizados fueron un repaso de sesiones anteriores. Se trabajó mandíbula, mejillas y producción de sonidos, con el objetivo de adelantamiento y ascenso del complejo laringohioideo. En cuanto a la cantidad de series y repeticiones, todos los ejercicios constan de 1 a 2 series, de 5 repeticiones cada una. A la hora de realizar los ejercicios, algunos puede realizarlos sin ninguna dificultad mientras que en aquellos que debe producir sonidos agudos continúan las dificultades. En la misma semana, el paciente se realizó la tercera videofluoroscopia de deglución, teniendo buenos resultados.

A continuación, se presenta el análisis de cada variable estudiada:

Tabla N°1: Características de los órganos fonoarticulatorios

Sesión	Labios	Lengua	Mejillas	Mandíbula	Laringe	Faringe	Respiración
N° 1	Con dificultades	Sin dificultades en gran parte	Sin dificultades		Sin dificultades	Con dificultades	
N° 2	Sin dificultades	Sin dificultades			Con dificultades en gran parte		
N° 3		Sin dificultades	Sin dificultades	Con dificultades	Con dificultades		
N° 4		Sin dificultades	Sin dificultades	Con dificultades	Con dificultades		Sin dificultades



N°5	Sin dificultades	Sin dificultades		Con dificultades	Con dificultades en ejercicios complejos.		
N°6	Con dificultades en succión						Sin dificultades
N°7	Sin dificultades	Sin dificultades			Con dificultades en gran parte	Sin dificultades	Sin dificultades
N°8	Sin dificultades			Sin dificultades	Con dificultades en ejercicios complejos		

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: No trabajado ■

Se puede observar en cuanto a las características de los órganos fonoarticulatorios que en la mayoría de las sesiones se trabajó con los labios. Los ejercicios fueron llevados a cabo exitosamente a pesar de que en algunas sesiones presentó dificultad, sobre todo en ejercicios de succión, de fuerza y resistencia. En cuanto a la lengua y las mejillas, también fueron trabajadas la mayoría de las sesiones y los ejercicios fueron llevados a cabo de forma satisfactoria. Algunas actividades de lengua en las que había que generar presión presentaron más dificultad. En el caso de la mandíbula, el paciente presentó algunas dificultades al momento de llevar a cabo los ejercicios, notando una mejoría en la última sesión. La laringe se estimuló con ejercicios vocales, y el paciente presentó más dificultad en aquellos que requerían escalas hacia tonos agudos o sirenas, y también en aquellos que requerían coordinación para llevar mandíbula hacia adelante, apoyarla en el pecho y mantener. La faringe fue estimulada con una actividad en particular, presentando dificultades en la primera sesión, observando mejorías cuando se realizó nuevamente. Por último, la respiración, haciendo referencia a las fosas nasales, fue trabajada en tres sesiones y el paciente no tuvo dificultades a la hora de realizar los ejercicios.

En referencia a esta variable, Smith-Agreda (2004) sostiene que estos órganos fonoarticulatorios intervienen en funciones muy importantes, y que los más principales para la



articulación del habla son los trabajados a lo largo de las sesiones como la lengua, mandíbula, labios, dientes, entre otros. Esta rehabilitación indirecta, según Molina Gil et al (2014) debe tener como objetivo fortalecer la musculatura de los mismos y beneficiar al reflejo disparador de la deglución.

Tabla N° 2: Características deglutorias

Sesión	Deglución segura	Deglución eficaz
N° 1	Si	Si
N° 2		
N° 3		
N° 4		
N° 5		
N° 6	Si	Si
N° 7	Si	Si
N° 8		

Fuente: Elaborado sobre datos propios

Referencias: No trabajado 

En relación a las características deglutorias del paciente, fueron observadas en tres sesiones con rasgos de la ingesta de alimentos, en las cuales se puede identificar una deglución que es segura y eficaz. Al respecto, García Peris y Velasco (2009) mencionan que la deglución debe cumplir estas dos propiedades de eficacia y seguridad. En referencia a la eficacia, es la posibilidad de deglutir la cantidad de calorías y agua necesarias para conservar una propia nutrición e hidratación, y en relación a la seguridad de la deglución, la posibilidad de ingerir la cantidad de calorías y agua necesarias sin que aparezcan complicaciones respiratorias o aspiraciones. Asimismo, Quintana Sanjuás et al. (2018) proponen que la alimentación debe mantenerse y lograrse siempre que sea posible, para disminuir todo el impacto que una vía alternativa conlleva, aunque, se debe tener presente la nutrición enteral en aquellos casos donde el paciente continúa aspirando o con enlentecimientos a pesar de haber empleado modificaciones dietéticas y nutricionales.

Tabla N° 3: Estado de la coordinación de movimientos de los órganos que intervienen en la deglución



Sesión	Praxias lingüales	Praxias labiales	Praxias mandibulares	Praxias dentales	Praxias respiratorias	Praxias orofaciales (mejillas)
N° 1	Logradas en su mayoría	Logradas con dificultades				Logrado sin dificultades
N° 2	Logrado	Logrado con dificultades			Logrado con y sin dificultades	
N° 3	Logrado sin dificultades		Logrado con y sin dificultades	Logrado con dificultades		Logrado sin dificultades
N° 4	Logradas sin dificultades		Logradas con y sin dificultades		Logrado sin dificultades	
N° 5	Logrado sin dificultades	Logrado sin dificultades	Logrado con dificultades			Logrado con dificultades
N° 6		Logrado con y sin dificultades			Logrado con y sin dificultades	
N° 7		Logrado sin dificultades			Logrado sin dificultades	
N° 8			Logrado sin dificultades			Logrado sin dificultades

Fuente: Elaborado sobre datos propios

Referencias: No trabajado ■

Las praxias lingüales fueron trabajadas en gran parte de las sesiones, y logradas sin presentar dificultades. En cuanto a praxias labiales, se observa mejoría a lo largo de las



sesiones observadas, ya que al principio cuando se trabajaba presentaba dificultades al no poseer suficiente fuerza y luego fue mejorando. Las praxias mandibulares fueron logradas sin dificultades en el caso de aquellas que eran más simples, mientras que las más complejas eran llevadas a cabo con dificultad; se observa mejoría hacia la última sesión. Las praxias de mejillas fueron logradas, pero a veces se observaba falta de fuerza del tono muscular. En cuanto a las praxias dentales, se ejercitaron en una sesión y con dificultades. Por último, las praxias respiratorias fueron realizadas para trabajar la coordinación, realizando ejercicios de respiración y succión, entre otros, y fueron logradas con y sin dificultades dependiendo de la complejidad del ejercicio. Al respecto, Leiva y Reyes (2020) sostienen que la intervención en pacientes con disfagia debe tener como objetivo el fortalecimiento de la musculatura que participa en la deglución, a través de praxias por ejemplo, y permitir restablecer a lo largo de las sesiones y de la cantidad de ejercicios llevados a cabo, el mecanismo deglutorio y su fisiología.

Tabla N°4: Consistencias del alimento aceptadas para evitar aspiraciones

Sesión	Sólidos	Semisólidos/procesados	Líquidos	Líquidos espesados
N° 1:		Permitido y evaluado		Permitido
N° 2:		Permitido		Permitido
N° 3:		Permitido		Permitido
N° 4:		Permitido		Permitido
N° 5:		Permitido		Permitido
N° 6:		Permitido		Permitido y evaluado
N° 7:		Permitido y evaluado		Permitido
N° 8:		Permitido		Permitido

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: Consistencia no permitida para evaluar 

A través de esta tabla se puede observar qué consistencias son las permitidas para evaluar a lo largo de las sesiones. En este caso son las mismas a lo largo de las 8 sesiones observadas ya que no hubo un control con videofluoroscopia durante ese lapso de tiempo. Las consistencias no permitidas son líquidos normales y sólidos o alimentos que requieran de gran masticación, mientras que las consistencias permitidas son semisólidos o procesados, que fueron evaluados, y líquidos espesados con consistencia miel o néctar, que también fueron evaluados. Las consistencias ingeridas durante la alimentación son de gran importancia ya que como mencionan Segovia y Sansosti (2002) si se da alguna incoordinación durante la misma, puede ocurrir que el alimento se dirija hacia la vía aérea poniendo en juego



la vida del individuo y desarrollando una aspiración, la cual es muy peligrosa. Velasco et al. (2007) sostienen que la aspiración es muy peligrosa porque también se puede dar de manera silente o asintomática.

Tabla N° 5: Respuesta deglutoria del paciente frente a consistencias permitidas

Sesión	Respuesta frente a sólidos	Respuesta frente a semisólidos	Respuesta frente a líquidos	Respuesta frente a líquidos espesados, consistencia miel
N° 1:		Satisfactoria		
N° 2:				
N° 3:				
N° 4:				
N° 5:				
N° 6:				Satisfactoria
N° 7:		Satisfactoria		
N° 8:				

Fuente: Elaborada sobre datos propios.

Referencias: No trabajado  Consistencia no permitida para evaluar 

En cuanto a la respuesta del paciente frente a los diferentes alimentos que se permiten, en el caso de sólidos y líquidos no fueron evaluados ya que en ese momento de la rehabilitación no estaban permitidos por ser considerados riesgosos para el paciente. Por otro lado, las consistencias que si se pudieron evaluar y observar la respuesta del paciente fueron con semisólidos, utilizando yogurt, y líquidos espesados, utilizando licuado de fruta. La respuesta fue satisfactoria y el paciente no presentó residuos luego de la deglución. Al respecto, Quintana Sanjuás (2018) tiene en cuenta a las modificaciones dietéticas como parte de las técnicas de compensación/adaptación para trabajar en la rehabilitación de la disfagia del paciente, seleccionando desde la consistencia, el volumen, la textura, la temperatura hasta la frecuencia, y que deben ser acordes a las necesidades del paciente. De esta forma se evita poner en riesgo la vida de la persona. Propone que existen diferentes niveles de dieta desde triturada a normal y que en referencia a los líquidos es la viscosidad lo que genera que sea pudín, miel, néctar o líquido.

Tabla N°6: Maniobras compensatorias utilizadas durante la deglución y la rehabilitación



Sesión	Incremento sensorial	Praxias y ejercicios vocales	Deglución forzada	Deglución múltiple	Maniobra de Masako	Maniobra de Shaker
N° 1		Logrado con y sin dificultades				Logrado con dificultades
N° 2	Logrado	Logrado con y sin dificultades				
N° 3		Logrado con y sin dificultades			Logrado con dificultades	
N° 4	Logrado	Logrado con y sin dificultades				
N° 5		Logrado con y sin dificultades				
N° 6	Logrado	Logrado con y sin dificultades	Logrado	Logrado		
N° 7		Logrado con y sin dificultades	Logrado			
N° 8		Logrado con y sin dificultades				

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: No trabajado ■

A través de esta tabla se puede observar que maniobras de compensación para la rehabilitación de la deglución se trabajaron en las sesiones. Las técnicas de incremento sensorial, deglución forzada, deglución múltiple, la maniobra de Masako y la de Shaker, fueron trabajadas en pocas sesiones, logradas cada vez que se llevaron a cabo. Las praxias y los ejercicios vocales fueron trabajadas a lo largo de todas las sesiones. Al respecto, Velasco et al. (2007) proponen que las maniobras compensatorias utilizadas van a depender del objetivo que se quiere lograr con el paciente, adaptado a su sintomatología, a su evolución y va a depender de la severidad del cuadro. En tiempos de COVID-19, Fernández et al. (2020) sostienen que todas las técnicas de rehabilitación que se utilicen, tienen que ser aquellas que



no provoquen tos ni acercamiento del fonoaudiólogo para evitar la generación y el contagio por parte de los aerosoles.

Tabla N°1: Objetivos terapéuticos de los ejercicios realizados

Trabajar / Estimular / Favorecer:	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Coordinación y movilidad lingual	X							
Músculos linguales	X	X		X	X		X	
Presión negativa intraoral y 2da válvula	X							
Constrictores faríngeos	X						X	
Contracción suprahioidea y apertura del EES	X							
Tolerancia del alimento	X							
Agilización articulatoria	X		X					
Estructuras intraorales		X		X				
Primera válvula		X			X		X	
Ascenso laríngeo		X			X		X	X
Movilidad diafragmática		X	X					
Tercera válvula						X	X	
Adelantamiento hioideo y elevación laríngea			X				X	X

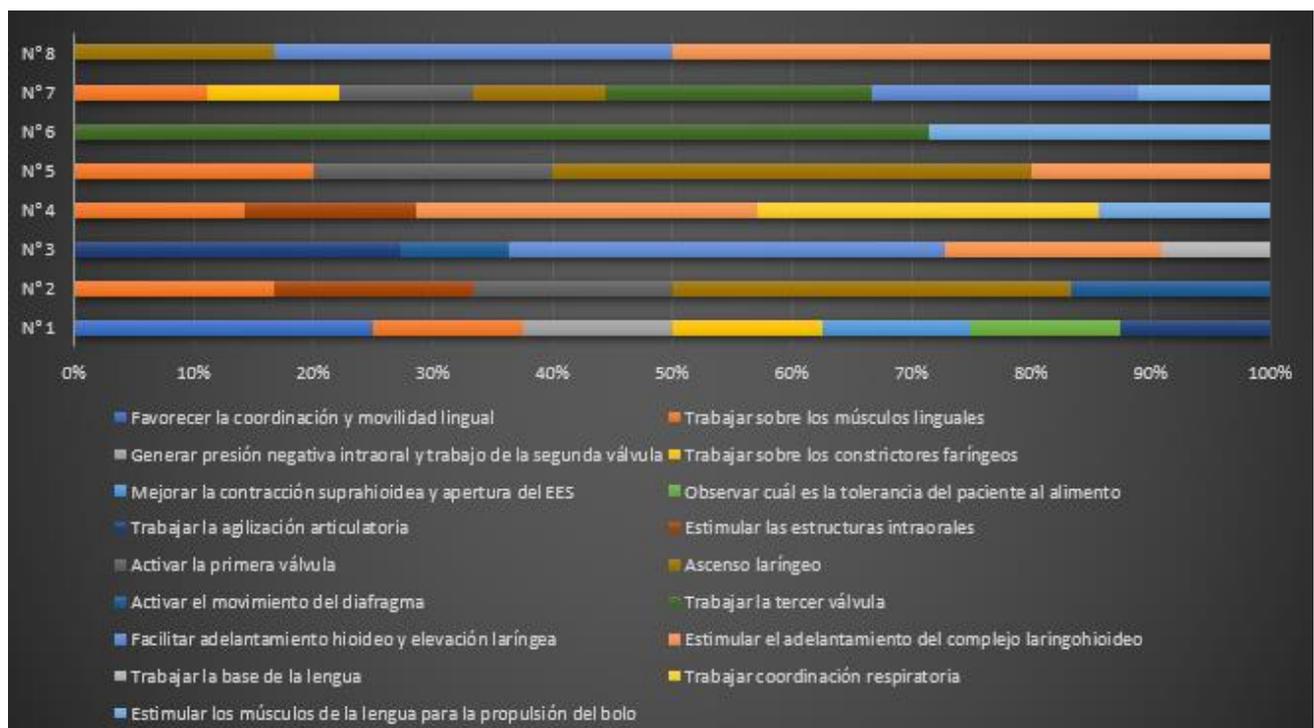


Adelantamiento del complejo laringohioideo			X	X	X			X
Base de la lengua			X					
Coordinación respiratoria				X				
Propulsión del bolo alimenticio				X		X	X	

Fuente: Elaborado sobre datos propios.

Referencias: No trabajado

Gráfico N°1: Objetivos terapéuticos de los ejercicios realizados



Fuente: Elaboración propia.

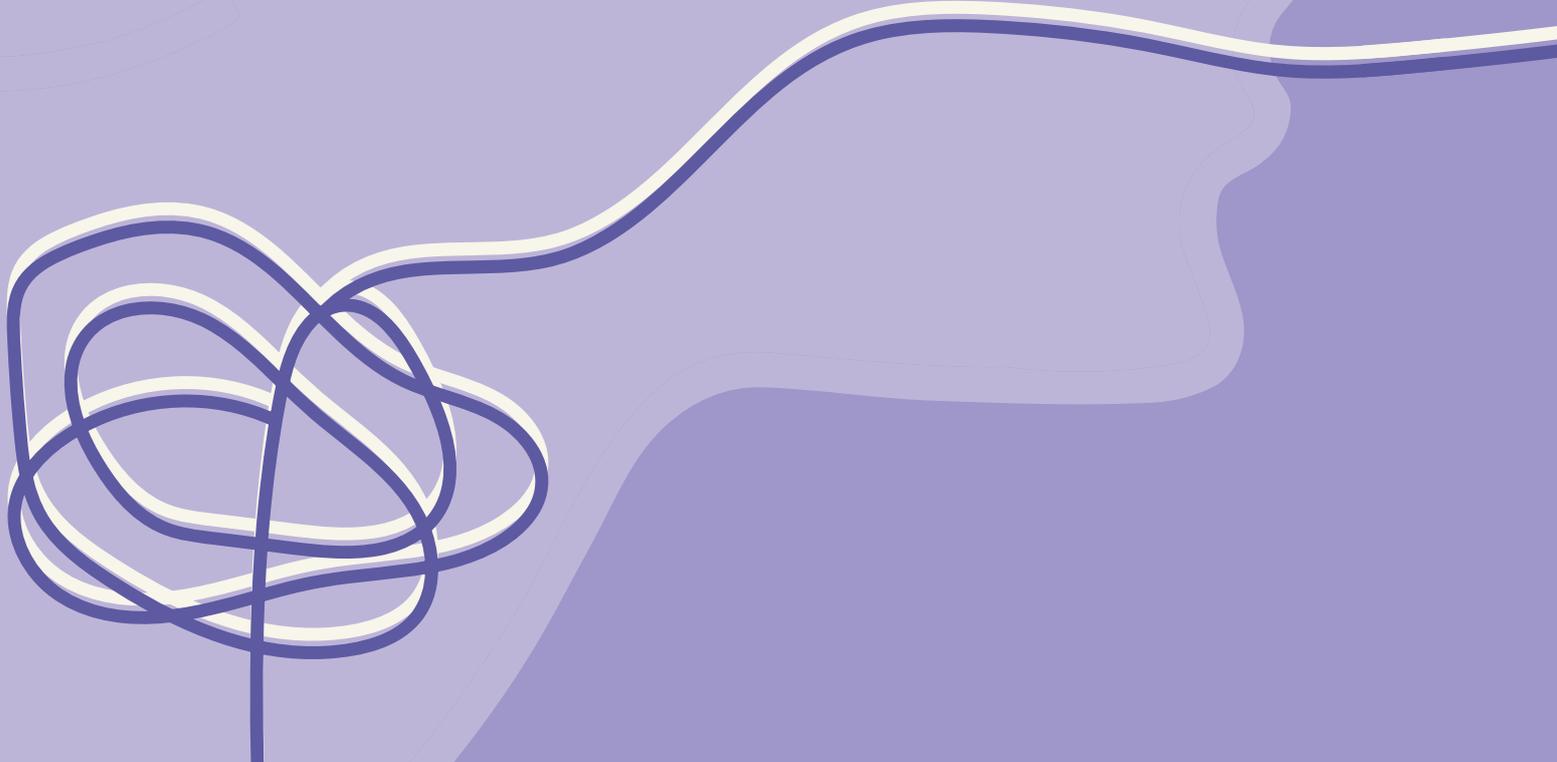
En cuanto a los objetivos terapéuticos de las sesiones, los objetivos principales, y los más trabajados, fueron aquellos con la finalidad de trabajar la movilidad lingual junto con la musculatura, estimular el ascenso y la elevación laríngea, y el adelantamiento del complejo laringohioideo, debido a que son unas de las principales causas de su disfagia. Además, se trabajaron los músculos linguales para mejorar la propulsión del bolo, se realizaron ejercicios de agilización articulatoria y se estimuló la primera válvula, que son los labios. En menor medida, los objetivos que se trabajaron fueron para estimular estructuras intraorales, para



movilizar el diafragma, los constrictores faríngeos y la tercera válvula. Los ejercicios con los objetivos de favorecer la coordinación respiratoria, la base de la lengua, generar la contracción suprahióidea y apertura del EES, trabajar sobre la segunda válvula, la coordinación lingual y la tolerancia del alimento, fueron abordados por única vez en diferentes sesiones.

Todos estos objetivos se realizaron con ejercicios de lengua, labios, mejillas, mandíbula, ejercicios vocales, de succión, de respiración, soplo, estimulación térmica, ingesta de alimentos, entre otros. Al respecto, Molina Gil et al. (2014) proponen que, en base al análisis de los síntomas, se puede determinar cuál es la alteración deglutoria y su causa, interviniendo específicamente en base a ello. Como mencionan García Peris y Velasco (2009) el fonoaudiólogo debe ser capaz de seleccionar los objetivos terapéuticos más efectivos, en base a las dificultades del paciente, y lograr con el tratamiento una deglución segura y eficaz.

Conclusiones





Se presentan las conclusiones del siguiente trabajo.

En relación a las características de los órganos fonarticulatorios, se observan dificultades a la hora de realizar los ejercicios en algunos de ellos. Las dificultades que se presentan son falta de fuerza y tono muscular en mejillas, falta de fuerza y resistencia en algunos ejercicios de labios, dificultad en ejercicios vocales y alteraciones en la coordinación de ejercicios mandibulares, entre otros.

Respecto a las características deglutorias del paciente, su deglución es eficaz, ya que es capaz de ingerir los nutrientes y el agua necesaria para los parámetros de nutrición e hidratación de manera espesada, y por otro lado, su deglución también es segura porque es capaz de ingerir esas sustancias sin presentar complicaciones respiratorias.

En cuanto al estado de la coordinación de movimientos de los órganos que intervienen en la deglución, las praxias que se trabajaron a lo largo de las sesiones son las linguales, labiales, mandibulares, de mejillas, dentales, y respiratorias, la mayoría fueron lográndose con mayor precisión a través del transcurso de las sesiones.

La respuesta deglutoria del paciente se evaluó frente a consistencias permitidas como semisólidos y líquidos espesados con consistencia miel, siendo satisfactoria, logrando llevar a cabo la masticación de forma correcta y no dejando residuos de alimento en su boca.

Por otro lado, las maniobras compensatorias utilizadas fueron las de incremento sensorial, colocando estimulación fría de manera intraoral y ejercicios de succión, también se utilizó la deglución forzada y múltiple implementadas luego de tragar el alimento, para que no queden residuos, la maniobra de Masako para mejorar la elevación laríngea, realizada con dificultades, y por último, la maniobra de Shaker, un ejercicio que se le solicitó al paciente que realizara en su hogar. Las praxias bucolinguofaciales y los ejercicios vocales fueron maniobras utilizadas a lo largo de todas las sesiones presenciadas, estos últimos fueron los que se mantuvieron con dificultad a lo largo del tiempo.

Las dificultades observadas en los ejercicios prácticos y de fortalecimiento, como en los ejercicios en que se estimula la laringe, junto con la pérdida de precisión en los mismos concuerdan con la presencia de disfagia orofaríngea, con dificultades en la elevación y en el ascenso laríngeo.

El rol del fonoaudiólogo es esencial en pacientes con esta patología, cuanto antes sea la intervención, mejores serán los resultados.

Cada caso es único y la intervención debe ser adaptada a la situación de cada paciente, buscando las dificultades y planeando objetivos a lograr en base a ello. El compromiso del paciente y su familia también cumplen un rol fundamental, el fonoaudiólogo debe tener la capacidad de brindarle a la familia los medios necesarios para que puedan continuar y reforzar

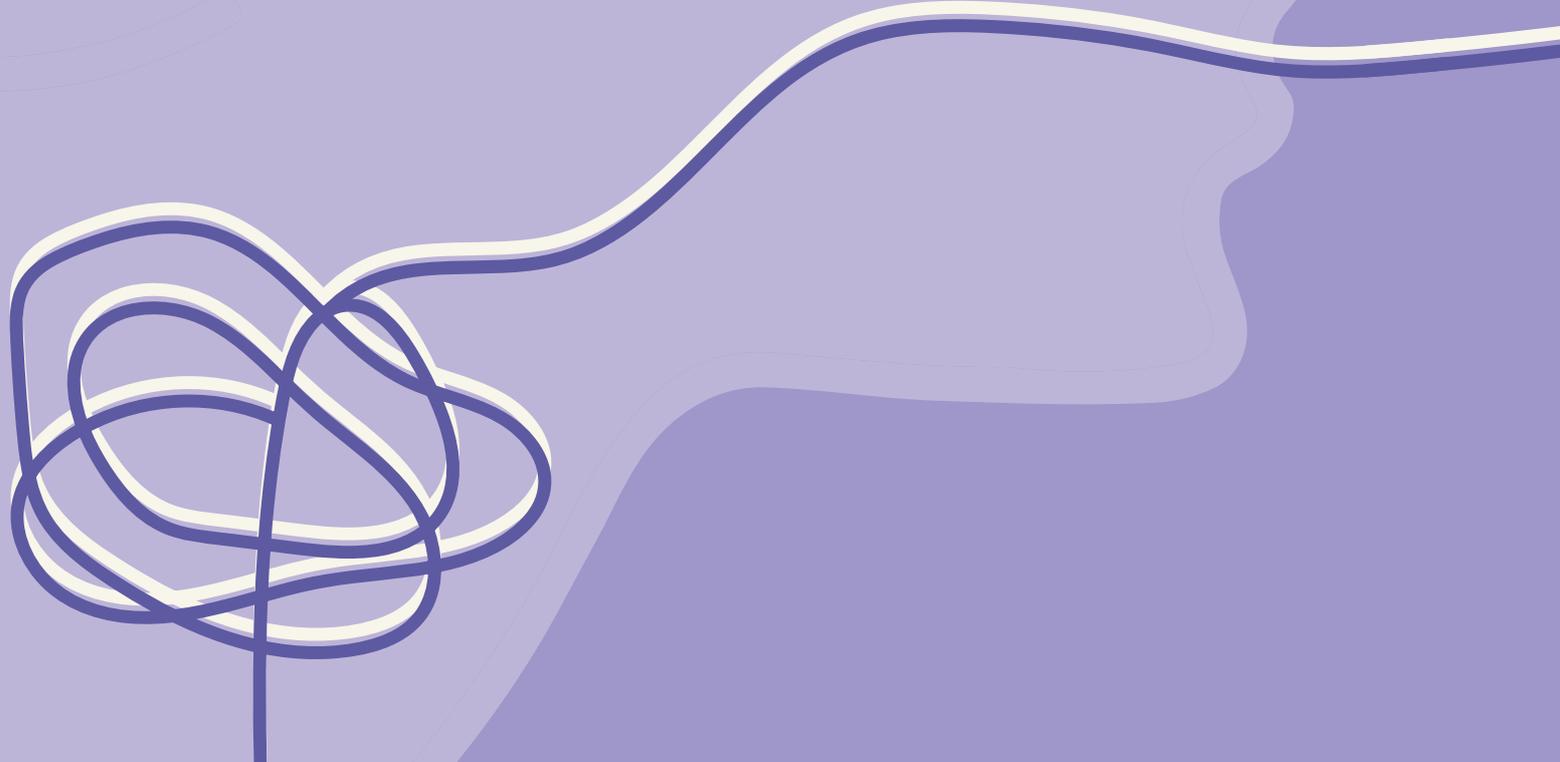


la rehabilitación en su hogar, generando de esta forma un equipo de trabajo, realizando los ejercicios de cada sesión.

En base a los datos obtenidos en este trabajo, surgen los siguientes interrogantes para futuras investigaciones:

- ¿Cuáles son las características comunicativas y vocales en personas que estuvieron en terapia intensiva con ARM y traqueostomía?
- ¿Cuáles son las consecuencias fono estomatognáticas más frecuentes y la percepción de la familia en pacientes que estuvieron en terapia intensiva con ARM durante mucho tiempo luego de poseer COVID-19?

Bibliografía





- Alvo, A., & Olavarría, C. (2014). Decanulación y evaluación de la deglución del paciente traqueotomizado en cuidados intensivos no neurocríticos. *Acta otorrinolaringológica española*, 65 (2), 114-119.
- BLEECKX, D. La deglución normal y patológica. *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*, 2004.
- Bueno Herrera, J. REHABILITACIÓN DE LA DISFAGIA. *DISFAGIA OROFARÍNGEA*, 117.
- Cabrera Morín, P., & Rico Cantillo, P. (2018). EVALUACIÓN CLÍNICA Y EXPLORACIÓN EN LA DISFAGIA. M. Rodríguez Acevedo, P. Vaamonde Lago, T. González Paz, A. Quintana Sanjuás, & M. González Cortés, *DISFAGIA OROFARÍNGEA: ACTUALIZACIÓN Y MANEJO EN POBLACIONES ESPECÍFICAS*, 53-58.
- Callejas, S. S., Logopedia, L., Martín, M. D. L. A. R., Jiménez, A. S. O. A. A., & Castell, C. Posicionamiento sobre los procedimientos en disfagia orofaríngea en pacientes COVID-19.
- Cámpora, H., & Falduti, A. (2012). Evaluación y tratamiento de las alteraciones de la deglución. *Revista americana de medicina respiratoria*, 12(3), 98-107.
- CÁMPORA, Horacio; FALDUTI, A. Deglución de la A a la Z. *Buenos Aires: Ediciones Journal*, 2014.
- Carod-Artal, F. J. (2020). Complicaciones neurológicas por coronavirus y COVID-19. *Rev Neurol*, 70(9), 311-322.
- Chiappero, G., FALDUTI, A., & Catini, M. E. (2021). Traqueostomía y deglución en tiempos de pandemia. Revisión narrativa. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 38.
- Fernández, L., Cabrera, N., Fernández, D., & Olcese, L. (2020). Disfagia en tiempos de COVID-19. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 80(3), 385-394.
- Figueroa, C. (2020). Programa de Neurorrehabilitación para el tratamiento de las secuelas post covid-19. *Sobre ruedas*, (103), 19-24.
- García de Lorenzo, A., Vilas, E., & Rodríguez Montes, J. A. (2006). Fisiopatología de las alteraciones neuromusculares en el paciente crítico. *Nutrición Hospitalaria*, 21, 96-103.
- García-Peris, P., Velasco, C., & Soriano, L. F. (2012). Manejo de los pacientes con disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 5(1), 33-40.
- Gláucia Del Burgo González De La Aleja · Editorial Eos Instituto De Orientacion Psicologica Asociados - Rehabilitación de problemas de deglución en pacientes con Daño cerebral sobrevenido.
- Gómez, A. G., Robles, A. F. A., Murgas, K. G., Ramos, J. C., Arrieta, H. D. R., & Florez, A. F. Z. (2021). Rehabilitación multidisciplinaria y multiorgánica del paciente post COVID-19. *Scientific and Educational Medical Journal*, 2(1), 185-205.
- Guach, R. A. D., Tejeda, J. J. G., & Abreu, M. R. P. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(2), 1-15.
- Leiva, A. S., & Reyes, D. P. (2020). Rol del Fonoaudiólogo en el Tratamiento de la Disfagia en Usuarios con Alta Clínica por (COVID-19): Una Revisión de Literatura. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 7(3), 1-10.
- Logemann, J. E. (1983). Evaluation and treatment of swallowing disorders. *College Hill Press*, 214-227.
- Lugaro, M. C., & Risso-Vazquez, A. (2018). Trastornos Deglutorios luego de la extubación en Terapia Intensiva. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 35(3), 43-54.
- Malagelada, J., Bazzoli, F., Boeckxstaens, G., De Looze, D., Fried, M., Kahrilas, P., ... & LeMair, A. (2014). Guías y cascadas mundiales.
- Melgar, A. B., Galván, M. J., Gandullo, E. V., & Hidalgo, A. G. (2016). Manejo del paciente traqueostomizado, cánulas y aplicación de fármacos inhalados. *MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA EN NEUMOLOGÍA. 3º edición. Neumosur*, 293-299.
- Molina Gil B, Guerra Blanco FJ, Gutiérrez Fonseca R. Disfagia y aspiración. Libro virtual de formación en otorrinolaringología SEORL. Capítulo 120. [Internet]. 1ª ed. Madrid. 2014. Sociedad Española de Otorrinolaringología y patología Cervico-Facial SEORL-PCF.
- Nazar M, G., Ortega T, A., & Fuentealba M, I. (2009). Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Rev. Med. Clin. Condes*, 449-457.
- PROFONO – Programa de actualización en Fonoaudiología – Primer ciclo, Modulo 4.
- Quintana Sanjuás, A., & Dorado Gutiérrez, G. CUIDADOS BÁSICOS EN EL PACIENTE CON DISFAGIA. *DISFAGIA OROFARÍNGEA*, 93.



- Recchia, D. L. A. (2004). Polineuropatía del paciente crítico. *Revista del Hospital Privado de Comunidad*, 7(1), 4.
- Rodríguez Acevedo, M. N., & Sánchez Ruiz, D. EQUIPO MULTIDISCIPLINAR: PAPEL DEL OTORRINOLARINGÓLOGO. *DISFAGIA OROFARÍNGEA*, 39.
- Ruiz de León, A., & Clave, P. (2007). Videofluoroscopia y disfagia neurogenica. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 99(1), 3-6.
- Smith-Ágreda, J. M. (2004). Anatomía de los órganos del lenguaje, visión y audición. Ed. Médica Panamericana.
- Ton, V., & Valdez, P. (2020). GUÍA Y RECOMENDACIÓN PARA LA ATENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA Y ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN INTERNACIÓN DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. *Revista Fonoaudiológica*, 67(2), 95-107.

Imágenes utilizadas para la portada:

- https://www.flaticon.es/icono-gratis/variantes-de-silueta-de-cuchillo-y-tenedor_33738?term=cubiertos&page=1&position=1&page=1&position=1&related_id=33738&origin=search
- https://www.flaticon.es/icono-premium/vaso-de-agua_4229927?term=vaso&page=1&position=3&page=1&position=3&related_id=4229927&origin=search
- https://www.flaticon.es/icono-premium/mascarilla-medica_3167354?term=barbijo&page=1&position=28&page=1&position=28&related_id=3167354&origin=search
- https://www.flaticon.es/icono-premium/mascara-de-oxigeno_4653144

Características deglutorias y fonoarticulatorias en un paciente con disfagia severa por polineuropatía post COVID-19.

Introducción

La disfagia hace referencia a una dificultad durante el acto motor deglutorio, dicha dificultad puede ocasionar la aspiración de alimentos y líquidos hacia la vía aérea, provocando diferentes infecciones respiratorias y/o neumonías, además de problemas nutricionales y de hidratación en las personas que lo padecen.

Objetivo general

Analizar las características deglutorias y fonoarticulatorias en un paciente con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 perteneciente a la ciudad de Pehuajó durante el año 2021.

Materiales y métodos

Investigación descriptiva, no experimental y longitudinal. Se trabajó sobre un estudio de caso, conformado por un adulto con disfagia severa por Polineuropatía post COVID-19 que asiste a rehabilitación deglutoria en consultorio privado.

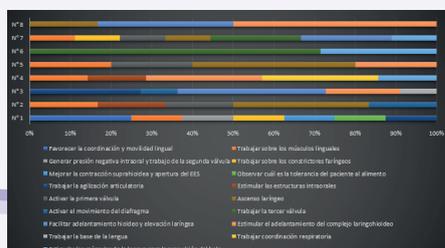
Resultados

En relación a las características de los órganos fonoarticulatorios se puede observar falta de fuerza y tono muscular en mejillas, falta de fuerza y resistencia en algunos ejercicios de labios, dificultad en ejercicios vocales y alteraciones en la coordinación de ejercicios mandibulares. Gran parte de las praxias que se trabajaron a lo largo de las sesiones fueron lográndose con mayor precisión a través del transcurso de las sesiones.

Presenta una deglución segura y eficaz, que cumple con los parámetros de nutrición e hidratación sin presentar complicaciones respiratorias. La respuesta deglutoria del paciente frente a consistencias permitidas tuvo resultados adecuados, logrando llevar a cabo la masticación de forma correcta y sin residuos. Por otro lado, las maniobras compensatorias como la maniobra de Masako, Shaker y los ejercicios vocales fueron llevados a cabo con dificultad.

Conclusión

El paciente presenta un acto motor coordinado donde todas las fases deglutorias pueden participar correctamente gracias al tratamiento fonoaudiológico. Los órganos que intervienen en la deglución fueron rehabilitados en su mayoría y con constancia los mismos pudieron restaurar su función, permitiendo que el paciente se pueda alimentar de forma independiente.



Observación	Intervención	Objetivo	Indicador de logro	Condiciones de trabajo	Forma de trabajo
Tomar aire y soplar en una perincha	Debe tomar aire y soplar dentro de la perincha.	Trabaja la tercera válvula.	SI	SD	1 x 5 rep
Tomar aire y soplar en una perincha ocupando la salida	Debe tomar aire y soplar dentro de la perincha ocupando la salida.	Trabaja la tercera válvula.	SI	SD	1 x 5 rep
Succión de perincha moviendo el embudo	Desde la punta de la perincha, debe succiónar moviendo el embudo en una línea.	Trabaja la tercera válvula.	SI	CO	1 x 5 rep
Succión de perincha moviendo el embudo	Desde la punta de la perincha, debe succiónar moviendo el embudo en una línea.	Trabaja la tercera válvula.	SI	CO	1 x 5 rep
Succión de perincha moviendo el embudo	Desde la punta de la perincha, debe succiónar moviendo el embudo en una sola vez.	Trabaja la tercera válvula.	SI	CO	1 x 5 rep



Tesis de licenciatura 2022
Macarena Mataloni



Universidad FASTA
Facultad de Ciencias Médicas
Licenciatura en Fonoaudiología