



**Estrategias fonoaudiológicas utilizadas en el tratamiento de  
pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la  
ciudad de Paraná, Entre Ríos**

ALUMNAS

Muñoz Linggerini Guillermina, Torossi Martina.

INSTITUCIÓN

Universidad Católica Argentina, Facultad “Teresa de Ávila”.

CÁTEDRA

Trabajo Integrador Final (TIF).

DOCENTES

Dra. Quiroga Marina, Dra. Schönfeld Fátima.

AÑO DE PRESENTACIÓN

2026

**Estrategias fonoaudiológicas utilizadas en el tratamiento  
de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores  
de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos**

## **Agradecimientos**

Este trabajo representa el cierre de una etapa significativa en nuestra vida, y nada de ello hubiera sido posible sin el acompañamiento de quienes, con paciencia, confianza y dedicación, estuvieron presentes a lo largo de este camino.

En primer lugar, queremos agradecer a nuestras familias, por ser sostén desde el primer momento y por hacer todo lo posible para que cumplamos nuestro objetivo, motivándonos a seguir día a día, otorgándonos los valores para ser, sobre todas las cosas, buenas personas.

Asimismo, queremos agradecer a las personas que, desde el ámbito personal e individual, brindaron apoyo, comprensión y contención emocional.

A nuestros amigos del pueblo, que nos acompañan desde distintos lugares y a nuestras amigas de la facultad que compartieron este camino con nosotras, brindando una amistad incondicional que hizo más ameno el paso por la carrera.

A la Dra. Marina Quiroga y la Dra. Fátima Schönfeld por los conocimientos, el tiempo, la dedicación y la colaboración brindados a lo largo de estos años.

A las Licenciadas en Fonoaudiología de la ciudad de Paraná que participaron y contribuyeron a esta investigación, abriéndonos las puertas de sus espacios de trabajo con calidez, para compartirnos de manera desinteresada su tiempo y sus experiencias profesionales.

A la Universidad Católica Argentina, Facultad “Teresa de Ávila” por ser nuestra casa de estudios y en especial a todos los profesores, directivos, administrativos y otros, que han contribuido en nuestra formación y han cubierto nuestras necesidades en todo momento.

Por último, siendo este un proyecto de a dos, damos un agradecimiento especial a nuestra complementación para realizar este trabajo, estamos plenas con la amistad que ganamos en nuestra trayectoria, siendo esta una fuente de seguridad, contención y motivación.

Martina y Guillermina.

## Índice

1. Introducción .....	10
1.1. Planteo del problema .....	10
1.2. Factibilidad .....	11
1.3. Preguntas de investigación .....	11
2. Justificación del estudio .....	12
3. Objetivos de la investigación .....	13
3.1. Objetivo general .....	13
3.2. Objetivos específicos .....	13
4. Supuestos de trabajo .....	14
5. Fundamentación teórica .....	14
5.1. Antecedentes (estado del arte) .....	14
6. Marco teórico .....	17
6.1. Generalidades de la deglución .....	17
6.2. Fases de la deglución .....	17
6.3. Reflejos de protección .....	18
Reflejo nauseoso .....	18
Reflejo tusígeno .....	18
Reflejo deglutorio.....	18
6.4. Parámetros SECC (seguridad, eficacia, competencia y confortabilidad) .....	19
6.5. Adulto mayor.....	19
6.6. Deglución y adulto mayor .....	20
6.7. Fisiopatología de la deglución: Disfagia: .....	21
6.8. Tipos de disfagia .....	21
Trastornos que afectan la fase oral preparatoria de la deglución: .....	22
Trastornos que afectan la fase oral de la deglución (o disfagia oral según Trovato, et al): .....	22
Trastornos que afectan la fase faríngea de la deglución (o disfagia faríngea según Trovato, et al):.....	22
Trastornos que afectan la fase esofágica de la deglución (o disfagia esofágica según Trovato et al):.....	22
Disfagia orofaríngea: .....	22
6.9. Etiología: .....	23
Causas orgánicas o mecánicas: .....	23
Neurógenas: .....	23

Respiratorias: .....	24
Farmacológicas: .....	24
Psicógenas: .....	24
6.10. Grados de disfagia .....	24
6.11. Signos y síntomas .....	26
6.12. Accidente Cerebro Vascular (ACV) .....	26
6.13. Tipos de ACV: .....	27
6.14. Disfagia y ACV .....	27
6.15. Rol del fonoaudiólogo .....	29
6.16. Estrategias fonoaudiológicas: .....	29
Técnicas compensatorias .....	30
Técnicas rehabilitadoras .....	31
7. Metodología .....	33
7.1. Tipo de investigación .....	33
7.2. Muestra.....	33
7.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	34
7.4. Procedimientos de recolección de datos.....	34
7.5. Procedimientos de análisis de datos .....	35
8. Resultados: .....	36
8.1. Estrategias específicas, los métodos y las pautas básicas utilizadas para iniciar la rehabilitación de paciente con disfagia orofaríngea posterior al ACV: .....	36
8.2. Reconocimiento de las habilidades deglutorias más conservadas en pacientes con disfagia orofaríngea post ACV .....	42
8.3. Descripción de la importancia de la presencia de un fonoaudiólogo en el tratamiento del paciente con disfagia orofaríngea post ACV .....	44
8.4. Detalle de los diferentes ejercicios y técnicas específicas utilizados en el tratamiento fonoaudiológico de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV .....	47
9. Discusión y conclusión .....	51
9.1. Discusión.....	51
Primer objetivo .....	51
Segundo objetivo .....	52
Tercer objetivo .....	54
Cuarto objetivo .....	56
9.2. Conclusiones .....	60

9.3.	Limitaciones .....	61
9.4.	Recomendaciones .....	62
10.	Referencias bibliográficas .....	64
11.	Anexos .....	69
11.1.	Anexo A: Instrumentos de medición .....	69
	Solicitud de Consentimiento Informado.....	69
	Modelo de instrumento utilizado .....	71
11.2.	Anexo B: tabla de codificación de participantes .....	74

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo describir las estrategias terapéuticas utilizadas por los fonoaudiólogos en el tratamiento de la disfagia orofaríngea, así como evidenciar la importancia de la intervención fonoaudiológica como componente indispensable del abordaje terapéutico. Se destacó su contribución a la mejora de la función deglutoria, a la optimización de la calidad de vida y a la prevención de complicaciones asociadas en pacientes mayores de 65 años con disfagia orofaríngea post accidente cerebro vascular (ACV) de la ciudad de Paraná, Entre Ríos. La investigación se desarrolló desde un enfoque cualitativo, con un diseño descriptivo. La muestra estuvo conformada por Licenciadas en Fonoaudiología, de sexo femenino, radicadas en la ciudad de Paraná, quienes, en la etapa de relevamiento de la información, se encontraban trabajando con pacientes con diagnóstico de disfagia orofaríngea post ACV mayores de 65 años. La selección de la muestra fue de tipo intencional. Para la recolección de los datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales permitieron analizar las estrategias fonoaudiológicas implementadas y las percepciones de las profesionales respecto al abordaje de esta patología. Los resultados evidenciaron la utilización de diversas estrategias terapéuticas orientadas a mejorar la seguridad y la eficacia de la deglución, adaptadas a las características individuales de cada paciente. Asimismo, se puso de manifiesto el rol fundamental del fonoaudiólogo dentro del equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación de la disfagia. Finalmente, se concluyó que la intervención fonoaudiológica resultó indispensable en el tratamiento de la disfagia orofaríngea post ACV en adultos mayores de 65 años, debido a su impacto positivo en la función deglutoria, en la calidad de vida y en la reducción de riesgos y complicaciones derivados.

*Palabras clave:* estrategias fonoaudiológicas, disfagia, ACV, adultos mayores.

## **1. Introducción**

### **1.1. Planteo del problema**

Galinas y Aguilar (2020) consideran la disfagia como un nuevo síndrome geriátrico, frecuente en la población de adultos mayores. Su prevalencia aumenta con la edad y representa un desafío particular en este grupo etario.

En cuanto a su definición, los mismos autores describen la disfagia como la dificultad en el procesamiento, formación, propulsión y/o paso del bolo alimenticio o de los líquidos, así como en la reconfiguración orofaríngea y/o apertura del esfínter esofágico superior durante la deglución.

Según (Velasco et al., 2007) la disfagia orofaríngea puede causar desnutrición en los pacientes que la padecen, como consecuencia de alteraciones en la eficacia del transporte del bolo, y ocasionar alteraciones en la seguridad de la deglución, como penetraciones y aspiraciones.

Por su parte, Trovato et al. (2018) establecen una asociación directa entre el accidente cerebrovascular (ACV) y la disfagia. El ACV, entendido como un déficit neurológico de inicio agudo con síntomas y signos compatibles con disfunción cerebral global o focal, genera alteraciones significativas en los procesos neuromusculares de la deglución. En este sentido, la disfagia post ACV se identifica como una complicación grave, dado que incrementa el riesgo de neumonía aspirativa, una prolongada estancia hospitalaria, desnutrición, incremento de la mortalidad y un pronóstico desfavorable a largo plazo.

En un estudio realizado por Jiménez Gámez et al. (2004), se analiza la eficacia del abordaje fonoaudiológico en pacientes con disfagia, identificando diversas técnicas efectivas según el tipo de disfagia que presente cada paciente. Los autores enfatizan que dichas estrategias deben adaptarse a las necesidades individuales de cada persona, ya que no todas las intervenciones tienen la misma efectividad en todos los casos.

Con base en lo expuesto, el Licenciado en Fonoaudiología desempeña un rol fundamental en el abordaje interdisciplinario de la disfagia orofaríngea. Puede sostenerse que las estrategias fonoaudiológicas constituyen un recurso terapéutico eficiente en el tratamiento de la disfagia post ACV en pacientes mayores de 65 años, contribuyendo significativamente a su rehabilitación y mejorando su calidad de vida.

## **1.2. Factibilidad**

La realización de la presente investigación resultó factible, dado que se contó con los instrumentos necesarios y con acceso a la muestra.

Además, se dispuso de los recursos tecnológicos, el material bibliográfico pertinente y el tiempo requerido para el desarrollo del proyecto.

## **1.3. Preguntas de investigación**

¿Cuáles son las estrategias terapéuticas implementadas por el fonoaudiólogo en el tratamiento de los pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos?

## **2. Justificación del estudio**

Las variables seleccionadas en el presente estudio permitieron profundizar en el conocimiento sobre las estrategias fonoaudiológicas aplicadas a pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

Asimismo, el proyecto tuvo como objetivo enriquecer los conocimientos en el campo de la fonoaudiología, especialmente en el área de la deglución.

La importancia de este trabajo se fundamenta en que, si bien la temática ya ha sido abordada en otras investigaciones, no se ha estudiado en esta muestra específica y tampoco en este contexto geográfico, hasta el momento.

### **3. Objetivos de la investigación**

#### **3.1. Objetivo general**

Describir las estrategias terapéuticas utilizadas por los fonoaudiólogos en el tratamiento de la disfagia orofaríngea y evidenciar la importancia de la intervención fonoaudiológica como componente indispensable, destacando su contribución a la mejora de la función deglutoria, la optimización de la calidad de vida y la prevención de complicaciones asociadas en el paciente con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- 3.2.1.** Caracterizar las estrategias específicas, métodos y pautas básicas para comenzar la rehabilitación de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.
- 3.2.2.** Reconocer las habilidades deglutorias más conservadas en pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.
- 3.2.3.** Describir la importancia de la presencia de un fonoaudiólogo en el tratamiento del paciente con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.
- 3.2.4.** Detallar los diferentes ejercicios y técnicas específicas utilizados en el tratamiento fonoaudiológico de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

#### **4. Supuestos de trabajo**

El tratamiento fonoaudiológico en pacientes con disfagia orofaríngea provocada por ACV, mayores de 65 años, tiene el propósito de mejorar la calidad de la alimentación, respiración y motricidad orofacial de las personas, para que puedan alimentarse de manera segura, eficaz, competente y comfortable.

#### **5. Fundamentación teórica**

##### **5.1. Antecedentes (estado del arte)**

González Victoriano y Araya Salfate (2000) realizaron un estudio titulado *El manejo fonoaudiológico del paciente con disfagia neurogénica*, basado en una revisión bibliográfica. En este abordaron la fisiología y fisiopatología de la deglución, así como la evaluación y la intervención terapéutica en pacientes con trastornos de la deglución.

En relación con la evaluación, los autores señalan que esta debe incluir tanto el examen clínico como el radiográfico, con el fin de identificar la presencia de disfagia, orientar el manejo terapéutico y monitorear la evolución del paciente.

En cuanto al tratamiento, el objetivo principal consiste en restablecer de manera eficiente la alimentación oral. Para ello, se aplican diversas estrategias de carácter compensatorio y terapéutico.

En un estudio cuasiexperimental realizado por Jiménez Gámez, Lizazaro Camacho y Gordillo (2004), sobre la eficacia del manejo fonoaudiológico en pacientes con disfagia hospitalizados en la Clínica Carlos Lleras Restrepo de Bogotá, se identificaron las

fortalezas y debilidades en la atención fonoaudiológica de la disfagia orofaríngea en dicho contexto hospitalario.

Los hallazgos evidenciaron un proceso de detección tardío, escaso trabajo multidisciplinario integral, insuficiencia de recursos humanos y materiales, así como dificultades en la transferencia de estrategias terapéuticas (como cambios posturales y maniobras deglutorias) a la vida cotidiana. Como medidas de mejora, se propuso incorporar la detección temprana en el protocolo de admisión hospitalaria, promover el servicio fonoaudiológico y conformar un equipo multidisciplinario especializado.

González y Bevilacqua (2009) definen la disfagia como una dificultad para tragar que, en pacientes neurológicos, puede generar complicaciones clínicas de gran relevancia, tales como neumonía aspirativa, deshidratación y desnutrición. Estas consecuencias son potencialmente prevenibles si la alteración es reconocida tempranamente y tratada de manera adecuada.

En su investigación, los autores analizan los distintos tipos de disfagia, su manifestación en diversas enfermedades neurológicas y las estrategias terapéuticas disponibles para su abordaje.

Galindo y Aguilar (2020) llevaron a cabo una revisión temática en la que abordaron la definición de la disfagia en el adulto mayor, su clasificación, fisiopatología y tratamiento, además de su presentación en diversas condiciones particulares. Los autores plantean que la disfagia debe considerarse un síndrome geriátrico frecuente en la población anciana, cuya prevalencia se incrementa con la edad.

Janco (2023) desarrolló un proyecto final de carrera cuyo objetivo fue analizar las características de la estimulación motora y sensitiva de la musculatura orofacial en dos pacientes adultos mayores con disfagia post ACV, atendidos en internación domiciliaria a lo largo de siete sesiones de fonoaudiología en la ciudad de Salta durante 2022.

En este trabajo, el autor describe en qué consiste la estimulación orofacial y resalta la importancia del rol del fonoaudiólogo en el abordaje de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular, incluyendo la evaluación y el tratamiento de los trastornos que afectan la deglución.

Arteaga-Pazmiño, Rodríguez-Calderón, Lindao-Cañizares y Navarro (2024) realizaron una revisión narrativa a partir del análisis de estudios científicos publicados entre 2014 y 2024, titulada *Rol del fonoaudiólogo y del nutricionista en el manejo de la disfagia post-extubación: una revisión narrativa*.

En esta investigación, los autores señalan que la disfagia post extubación puede alterar significativamente el estado nutricional, afectar la calidad de vida, prolongar la estancia hospitalaria e incrementar el riesgo de mortalidad. Asimismo, destacan la importancia de una intervención multidisciplinaria para asegurar un abordaje integral. En este contexto, los fonoaudiólogos se encargan de la identificación y evaluación de la disfagia, así como de la implementación de terapéuticas de rehabilitación destinadas a mejorar la función orofaríngea.

## **6. Marco teórico**

### **6.1. Generalidades de la deglución**

La función principal de la deglución es trasladar los alimentos desde la boca hasta el estómago (Parra, 2015). Con respecto a ello, Douglas (1994) la describe como el acto de tragar, es decir, el movimiento del bolo alimenticio o de líquidos a través de la cavidad oral con destino al estómago. Este proceso constituye un mecanismo neuromuscular complejo, que puede comenzar de manera voluntaria y su ejecución depende de los impulsos aferentes y eferentes del sistema nervioso central, organizados y regulados por el centro de control de la deglución, de acuerdo con lo señalado por Marchesan y Junqueira (1998).

La deglución constituye una función esencial del sistema estomatognático, en la cual participan de manera coordinada múltiples estructuras anatómicas. Dentro de ellas se encuentran los componentes óseos, como el maxilar, la mandíbula, la columna vertebral y el hueso hioides; las estructuras cartilagosas, entre ellas los cartílagos laríngeos; y las musculares, destacando la lengua y un conjunto de 31 pares de músculos, principalmente los supra hioides y los infrahioides. A este mecanismo se suma la intervención del sistema nervioso, a través de seis pares craneales (trigémino, facial, glossofaríngeo, vago, accesorio e hipogloso) y los nervios cervicales, que garantizan la coordinación neuromuscular necesaria para llevar a cabo la deglución (Macedo Filho, 1998).

### **6.2. Fases de la deglución**

Parra (2015) indica que la deglución se compone de cuatro fases: la oral (que a su vez incluye la etapa preparatoria y la oral propiamente dicha) la faríngea y la esofágica, tal como también lo sostienen Marchesan (2004) y Douglas (2006).

En la fase preparatoria oral, el bolo se sitúa entre la lengua y el paladar duro con la intervención de los labios, las mejillas y la lengua; durante este proceso, el paladar blando permanece en una posición descendida para impedir que el bolo se desplace hacia la faringe antes de tiempo.

La fase oral, de carácter voluntario, comienza con la propulsión del bolo hacia la parte posterior por acción de la lengua y finaliza con el inicio de la deglución.

Posteriormente, en la fase faríngea, el paladar blando se eleva con el fin de cerrar la nasofaringe y permitir el paso seguro del bolo hacia el esófago.

Por último, en la fase esofágica, una onda peristáltica automática transporta el bolo hasta el estómago.

### **6.3. Reflejos de protección**

#### **Reflejo nauseoso**

Es una reacción de protección intentando eliminar un estímulo externo de la boca, produciendo la contracción espontánea y brusca del paladar blando y de los constrictores faríngeos. Este se pone en funcionamiento cuando el estímulo externo actúa sobre la base de la lengua o el pilar anterior.

#### **Reflejo tusígeno**

La tos es un reflejo que se produce por el contacto de partículas de alimento, líquido o saliva con la mucosa laríngea. actúa como mecanismo protector de la laringe y de la vía respiratoria inferior evitando aspiraciones a la vía aérea. (Trovato et al. 2018).

#### **Reflejo deglutorio**

Se puede ver el desencadenamiento de este reflejo en la deglución espontánea de saliva y/o secreciones autógenas, considerado como un reflejo aerodigestivo protector de la vía aérea. Murcielago y colaboradores (en Paniagua y otros, 2021).

#### **6.4. Parámetros SECC (seguridad, eficacia, competencia y confortabilidad)**

De acuerdo con Trovato et al. (2018), la detección de alteraciones en la deglución se basa en la evaluación de los parámetros SECC, que comprenden los aspectos esenciales de un proceso deglutorio adecuado: seguridad, eficacia, competencia y confortabilidad. La eficacia se define como la capacidad del individuo para consumir la cantidad necesaria de nutrientes y líquidos que aseguren una correcta nutrición e hidratación. La seguridad implica la ingestión de alimentos sin riesgo de complicaciones respiratorias. La competencia se refiere a la coordinación apropiada de las estructuras de la deglución, de manera que la entrada de alimentos y líquidos desde la boca se realice de forma sincronizada. Por último, la confortabilidad asegura que la alimentación sea una experiencia agradable, sin generar molestias para quien recibe los alimentos ni para quien lo asiste.

#### **6.5. Adulto mayor**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una persona es considerada adulto mayor a partir de los 60 años; sin embargo, la adultez no puede definirse sólo cronológicamente, sino que se tienen en cuenta las condiciones físicas, funcionales, mentales e individuales de cada persona.

En ese sentido, se mencionan tres edades que condicionan el desarrollo de la persona, en primer lugar, la edad fisiológica, que incluye el envejecimiento de órganos y

funciones, en segundo lugar, la edad psíquica o mental, según el grado de madurez y el envejecimiento psicológico, y, por último, la edad subjetiva según el envejecimiento individual según cada experiencia.

Por tanto, la adultez, y el crecimiento humano en general, es un concepto dinámico, ya que hay que tener en cuenta que la edad biológica puede ser muy diferente de la cronológica, y ambas de la subjetiva. (Forero et al., 2014).

### **6.6. Deglución y adulto mayor**

En relación con la deglución en el envejecimiento, Trovato et al. (2018) señalan que se producen cambios estructurales y funcionales que afectan al organismo desde el punto de vista biológico, las cuales reducen la capacidad de adaptación de los órganos, aparatos y sistemas, así como la respuesta refleja a agentes lesivos, incrementando la probabilidad de desarrollar enfermedades. En los adultos mayores sanos, este conjunto de modificaciones que se producen en el mecanismo deglutorio durante el envejecimiento se conoce como presbifagia.

Asimismo, la laringe y la columna vertebral presentan cambios óseo-cartilaginosos que pueden interferir en el adecuado funcionamiento de los órganos implicados en la deglución, la respiración y la fonación. En las funciones fono deglutorias, se producen adaptaciones a estas modificaciones, y según los parámetros SECC, se alteran principalmente la competencia y la confortabilidad, afectando la seguridad y eficiencia nutricional.

Por otro lado, Clavé et al. (2015) indican que la fisiopatología de la disfagia funcional en el anciano se relaciona con tres factores principales, en primer lugar, el

envejecimiento, que provoca un deterioro poco conocido de la fisiología orofaríngea, alterando diversos reflejos orofaríngeos; en segundo lugar, la elevada prevalencia de enfermedades neurológicas y neurodegenerativas en los adultos mayores, siendo la disfagia una manifestación frecuente de estas patologías; y en tercer lugar, las alteraciones en la apertura del esfínter esofágico superior de la faringe.

### **6.7. Fisiopatología de la deglución: Disfagia:**

Trovato et al. (2018) definen a la disfagia como la dificultad en el procesamiento, la formación, la propulsión y el paso del bolo alimenticio o los líquidos, desde la boca hasta el estómago, pudiendo generarse en cualquiera de las etapas de la deglución. La alteración en la deglución significa un peligro concreto de aspiración (paso de alimento a la vía aérea superando las cuerdas vocales) o de penetración (paso de alimento a la vía aérea hasta las cuerdas vocales), lo que puede ocasionar infecciones respiratorias o bronconeumonías.

Por su parte, González y Bevilacqua (2009) destacan que estas consecuencias como la neumonía aspirativa, la deshidratación y la desnutrición son potencialmente prevenibles si la alteración se detecta tempranamente y se aborda de manera adecuada.

En contraste, Galinas y Aguilar (2020) conceptualizan la disfagia como un síndrome geriátrico emergente, frecuente en la población de adultos mayores.

### **6.8. Tipos de disfagia**

Teniendo en cuenta la etapa de la deglución que se encuentra alterada, se identifican distintos tipos de disfagia, según lo propuesto por González y Bevilacqua (2009) en su investigación:

**Trastornos que afectan la fase oral preparatoria de la deglución:**

Reducido cierre labial, dificultad en el movimiento de la lengua para formar el bolo, disminución en la coordinación de los movimientos de la lengua para controlar el bolo, falta de sensibilidad oral, reducido rango de los movimientos laterales y verticales de la mandíbula y falta de tensión bucal.

**Trastornos que afectan la fase oral de la deglución (o disfagia oral según Trovato, et al):**

El tono bucal está hipotónico, el cierre labial es deficiente, el control motor de los movimientos anteroposteriores de la lengua se encuentra reducido y desorganizado.

**Trastornos que afectan la fase faríngea de la deglución (o disfagia faríngea según****Trovato, et al):**

Retardo y/o ausencia del reflejo deglutorio, inadecuado cierre velofaríngeo, disminución de la peristalsis faríngea, parálisis unilateral de la faringe, disfunción cricofaríngea, y reducción en la elevación y cierre de la laringe.

**Trastornos que afectan la fase esofágica de la deglución (o disfagia esofágica según****Trovato et al):**

Reducida peristalsis esofágica y en este caso, Trovato et al, agregan que puede haber disfunción del Esfínter Esofágico Superior, divertículos de Zenker, presencia de anillos o membrana mucosa y acalasia (falta de relajación del esfínter esofágico inferior).

**Disfagia orofaríngea:**

La disfagia orofaríngea se define como la dificultad para iniciar y ejecutar las fases oral y faríngea de la deglución, es decir, desde la cavidad oral, hasta el esfínter esofágico superior, y supone el mayor número de disfagias diagnosticadas (García-Peris et al., 2002).

A su vez, Velasco, et al. (2007) señalan que la disfagia orofaríngea engloba las alteraciones en la deglución de origen oral, faríngeo, laríngeo y del esfínter esofágico superior.

### **6.9. Etiología:**

Cardonett y Ferreyra (2021) exponen que entre las causas de la disfagia existen las siguientes clasificaciones:

#### **Causas orgánicas o mecánicas:**

En las cuales se comprometen las estructuras anatómicas del tracto digestivo por compresiones, por ejemplo, divertículos, tumores de cabeza y cuello, patologías cervicales, osteoarticulares, estenosis laringo traqueales post intervención quirúrgica, radioterapia o quimioterapia, fístulas traqueoesofágicas y atresias esofágicas congénitas.

#### **Neurógenas:**

Lesiones neurológicas ubicadas en los centros que controlan los mecanismos de la deglución. Dan como resultado una disfagia funcional que se caracteriza por una alteración en la coordinación en la secuenciación y desarrollo de las distintas etapas deglutorias. Entre estas se encuentran, el ACV, la enfermedad de Parkinson y Parkinsonismos, la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), traumatismo encefalocraneano, demencias, Esclerosis

Múltiple, Síndrome de Guillain-Barré, ataxias, miopatías, tumores, encefalopatía crónica no evolutiva (ECNE).

### **Respiratorias:**

Incoordinación en la respiración y la deglución, relacionada con una disminución del flujo aéreo, de la presión subglótica, alterando la válvula glótica y el reflejo tusígeno.

Presbifagia: la presbifagia es el deterioro funcional de los procesos deglutorios como consecuencia del envejecimiento fisiológico, en ausencia de enfermedad (Cámpora y Falduti, 2015).

### **Farmacológicas:**

Medicamentos que producen disfagia como efecto secundario.

### **Psicógenas:**

Supone que es causada por cuadros de estrés o ansiedad, las personas tienen temor a deglutir, en consecuencia, evitan alimentarse, sufriendo pérdida de peso y desnutrición. (Cichero, 2006).

## **6.10. Grados de disfagia**

La escala NOMS, desarrollada por la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), clasifica los niveles de disfagia en orden decreciente de gravedad, en el cual el nivel 1 corresponde con el mayor nivel de severidad, y el nivel 7 representa la funcionalidad deglutoria normal.

El nivel 1 refleja mayor severidad, caracterizada por la imposibilidad de realizar una ingesta oral segura, por lo que toda la hidratación y nutrición deben proporcionarse por vías alternativas.

En el nivel 2 la alimentación por boca no resulta segura para cubrir las necesidades hidratantes y nutricionales, aunque el paciente puede ingerir algunas consistencias bajo supervisión terapéutica, siendo necesario recurrir a un método alternativo.

El nivel 3 requiere un soporte de alimentación alternativo, uso de estrategias compensatorias y una marcada restricción de consistencias.

En el nivel 4 la deglución es segura, pero se necesita emplear estrategias compensatorias y modificar ciertas consistencias, pudiendo aún requerirse alimentación por sonda o supervisión durante la ingesta.

El nivel 5 describe una deglución segura, con mínimas restricciones de consistencias y necesidad reducida de estrategias compensatorias, permitiendo la ingesta por vía oral.

En el nivel 6 la deglución continúa siendo segura, aunque pueden requerirse ayudas ocasionales; el individuo es capaz de reconocer y manejar sus propias dificultades, pudiendo necesitar más tiempo o evitar algunos alimentos específicos.

Finalmente, en el nivel 7 la alimentación es independiente y no presenta limitaciones asociadas al mecanismo deglutorio, garantizando seguridad y eficiencia en la ingesta de todas las consistencias (American Speech-Language-Hearing Association [ASHA], 2003).

### **6.11. Signos y síntomas**

El diagnóstico de la disfagia requiere una evaluación cuidadosa de diversos signos y síntomas que pueden presentarse antes, durante y después de la ingesta de alimentos. Entre los indicadores más frecuentes se incluyen la presencia de babeo y secreciones excesivas, así como un control motor deficiente de la cadena muscular involucrada (lengua y musculatura facial). La dificultad para retener el bolo puede manifestarse mediante la permanencia de residuos dentro de la cavidad oral. Del mismo modo, la debilidad facial, expresada como hipotonía de los músculos involucrados en la deglución, constituye un signo relevante.

Durante la alimentación, es común observar tos asociada a la ingesta, regurgitación nasal o bucal del alimento y cambios en la voz, como ronquera, luego de deglutir. Otros indicadores incluyen la sensación de cuerpo extraño en la garganta, sonidos anormales al comer y dolor durante la deglución. Además, la disfagia puede conducir a consecuencias nutricionales importantes, como pérdida de peso, malnutrición o desnutrición, y aumentar el riesgo de infecciones respiratorias recurrentes debido a aspiraciones. La identificación temprana de estos signos es esencial para establecer un diagnóstico preciso y orientar el manejo clínico del paciente (González Monroy, 2021).

### **6.12. Accidente Cerebro Vascular (ACV)**

Los accidentes cerebrovasculares constituyen un déficit neurológico súbito y localizado, caracterizado por la interrupción del flujo sanguíneo en el cerebro (Nazar et al., 2009). Los accidentes cerebrovasculares comprometen las arterias que irrigan el encéfalo, pudiendo involucrar tanto la circulación anterior, dependiente de las ramas de la arteria

carótida interna, como la circulación posterior, formada por las ramas de las arterias vertebrales y basilar (Alexandrov y Krishnaiah, 2024).

### **6.13. Tipos de ACV:**

El más común es el *accidente cerebrovascular isquémico*, que se produce cuando un vaso sanguíneo encargado de irrigar al cerebro se obstruye a causa de un coágulo, esto impide que el flujo de sangre llegue con normalidad, provocando una isquemia. Esta situación puede originarse de dos formas: mediante la formación de un coágulo en una arteria previamente estrechada, lo que se conoce como ACV trombótico, o bien por el desplazamiento de un coágulo proveniente de otra región del sistema vascular hasta el cerebro, fenómeno denominado embolia cerebral o ACV embólico. Este tipo de ACV también puede ser causado por una sustancia pegajosa llamada placa que puede taponar las arterias.

En segundo lugar, tenemos el *accidente cerebrovascular hemorrágico*, que ocurre cuando un vaso sanguíneo de una parte del cerebro se debilita y sangra o se rompe, lo que ocasiona un derrame hacia el tejido cerebral.

También existe el *accidente isquémico transitorio*, que es una interrupción temporal del flujo sanguíneo que no genera daños permanentes (MedlinePlus, 2025).

### **6.14. Disfagia y ACV**

González y Bevilacqua (2009) exponen que los ACV que afectan el bulbo raquídeo o el troncoencéfalo son más severos, ya que afectan las estructuras involucradas en el proceso que determina el control automático de la deglución. Los trastornos que dejan

indemne los centros troncoencefálicos suelen en general ser menos graves y de mejor evolución.

Según la ubicación de la lesión en el tronco encefálico, la disfagia puede presentar distintas características.

En el caso de una lesión bulbar, se va a dar una disfagia severa, presentando inicialmente ausencia del reflejo faríngeo. Transcurridas aproximadamente dos semanas, aparece el reflejo con un significativo retardo en el inicio, reducida elevación laríngea y parálisis faríngea unilateral o bilateral.

En una lesión en la protuberancia puede haber un retardo o ausencia del reflejo faríngeo, parálisis faríngea unilateral (espasticidad) y reducida elevación laríngea con disfunción cricofaríngea.

En lesiones a nivel de la sustancia blanca subcortical se observa un leve retardo en el tránsito oral, así como un leve retardo en el inicio del reflejo faríngeo.

En relación con las lesiones a nivel cortical, si se da en el hemisferio izquierdo anterior, determina una apraxia de la deglución y sialorreas, este trastorno repercute en la fase oral voluntaria, dificultando la ingesta oral de sólidos y líquidos. Puede haber un leve retraso en el tránsito oral, y en el inicio del reflejo faríngeo. Usualmente la deglución faríngea es normal. En el hemisferio derecho anterior las lesiones determinan un leve retardo en el tránsito oral; y un retardo en el inicio del reflejo deglutorio, la función glótica está alterada y la elevación laríngea está retardada (González y Bevilacqua, 2009).

### **6.15. Rol del fonoaudiólogo**

Según Trovato et al. (2018), la fonoaudiología es una disciplina científica con fundamentos en las Ciencias Biológicas y Humanísticas, que comprende los siguientes campos de acción: Voz, Audición, Lenguaje, Habla y Estomatología.

En cuanto al rol en el área de fono estomatología, Leiva, et al (2023), expone, que es un profesional calificado para actuar en prevención, evaluación y tratamiento de las funciones implicadas en la alimentación, asimismo, cuenta con las competencias para realizar una evaluación clínica, detección temprana o interpretar una evaluación instrumental de la deglución.

Por otro lado, la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), menciona la motricidad orofacial (MO) como una especialidad nueva de la fonoaudiología, que es el campo de la fonoaudiología dedicada al estudio, investigación, prevención, evaluación, desarrollo, habilitación, perfeccionamiento y rehabilitación de los trastornos congénitos o adquiridos del sistema miofuncional orofacial y cervical, así como de sus funciones, tales como succión, masticación, deglución, respiración y fono articulación, desde la gestación hasta el envejecimiento. La deglución es parte del campo de acción del fonoaudiólogo especialista en motricidad orofacial. (Leiva y Reyes 2020; Chávez et al., 2015).

### **6.16. Estrategias fonoaudiológicas:**

Según la Fundación Universitaria María Cano (2020), el tratamiento de la disfagia en adultos requiere un enfoque interdisciplinario que combine evaluaciones clínicas y estrategias terapéuticas adaptadas a cada paciente. Dentro de este, se incluyen

diversas técnicas que pueden realizarse de forma aislada o en conjunto, que fueron desarrolladas en la investigación mencionada.

### **Técnicas compensatorias**

Las técnicas compensatorias están en general, bajo el control del Fonoaudiólogo y requieren menor colaboración del paciente, por esto son aptas para pacientes con compromiso cognitivo (González y Bevilacqua, 2009):

*Cambios en la dieta:* enfocándose en la modificación de las texturas de los alimentos y la consistencia de los líquidos para facilitar la ingesta por vía oral y prevenir complicaciones (Steele et al., 2015).

En este contexto, el IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative) propone una terminología y definiciones estandarizadas a nivel global para describir alimentos con textura modificada y líquidos espesados, aplicables a individuos con disfagia de todas las edades, en distintos entornos. Esta clasificación identifica del 0 al 4 la viscosidad de los líquidos y del 3 al 7 la textura de los sólidos, promoviendo un manejo más seguro y uniforme de la dieta en pacientes con disfagia (Cichero et al., 2017).

*Higiene y estimulación bucal:* durante el tratamiento, puede realizarse con texturas, temperaturas, vibraciones, etc. (Regan et al., 2010).

*Posturas deglutorias:* son posiciones de la cabeza que buscan facilitar la deglución, logrando reducir la aspiración, mejorar el tiempo de tránsito y reducir la cantidad de residuo post deglutorio (Carrau et al., 2017).

## **Técnicas rehabilitadoras**

Estas están diseñadas para cambiar la fisiología de la deglución y requieren mayor colaboración del paciente, por lo que es necesaria la indemnidad cognitiva (González y Bevilacqua, 2009):

*Ejercicios musculares orofaciales y cervicales:* buscan restablecer la función muscular, mejorando el control motor sobre los eventos de la deglución (Murry y Carrau, 2012).

*Maniobras deglutorias:* son un conjunto de estrategias que permiten proteger la vía aérea antes, durante y después de la deglución, además de recuperar la función deglutoria (Murry y Carrau, 2012).

*Entrenamiento muscular respiratorio:* fortalecimiento de la musculatura respiratoria y del reflejo tusígeno (Pitts et al.,2009).

En un estudio realizado por Jiménez Gámez et al. (2004), se analizó la eficacia del manejo fonaudiológico en pacientes con disfagia, presentando las técnicas más efectivas según el tipo de disfagia que presenta cada paciente.

En la disfagia orofaríngea, se aplicaron estrategias terapéuticas orientadas a fortalecer las funciones implicadas en las tres etapas de la deglución. Entre ellas se destacan la estimulación térmica con frío, la estimulación pre deglutoria, la estimulación sensorial en la fase oral, los ejercicios para mejorar el manejo del bolo, las praxias linguales y labiales, las praxias pasivas y los ejercicios destinados a favorecer la elevación laríngea.

Todas estas técnicas desempeñaron un papel relevante dentro del proceso terapéutico.

En cuanto a la disfagia faríngea, se observó que los cambios posturales y las maniobras de deglución se utilizan con menor frecuencia.

El estudio enfatiza que la elección de las técnicas depende de la realidad y las necesidades de cada paciente, ya que no todas las estrategias resultan igualmente efectivas para todas las personas.

El objetivo del tratamiento es restablecer la alimentación por vía oral, considerando las secuelas neurológicas. Para determinar si un paciente es candidato a alimentarse por vía oral, es importante tener en cuenta criterios objetivos basados, fundamentalmente, en la video fluoroscopia (González y Bevilacqua, 2009).

## **7. Metodología**

### **7.1. Tipo de investigación**

El estudio propuesto se enmarcó en una metodología cualitativa, dado que se emplearon entrevistas como técnicas de recolección de datos. Fue de tipo descriptivo, ya que el objetivo fue realizar una descripción de las estrategias fonoaudiológicas en el tratamiento de pacientes mayores de 65 años con disfagia orofaríngea post ACV, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

Según el tipo de fuente, la investigación se clasificó como un estudio de campo, puesto que la información se obtuvo directamente del entorno natural de los participantes, sin manipulación experimental. En cuanto a la temporalidad, se trató de un estudio transversal, porque se analizaron las variables en un momento específico.

La metodología empleada sigue el enfoque ex post facto, considerando que no se manipulan las variables independientes, sino que se observaron y analizaron situaciones ya ocurridas.

### **7.2. Muestra**

Se trabajó sobre una muestra no probabilística, intencional, cuyo tamaño fue de 6 personas (N=6). La misma estuvo conformada por Licenciadas en fonoaudiología, de sexo femenino, radicadas en la ciudad de Paraná, quienes al momento de la evaluación se encontraban trabajando con pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años.

### **7.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Los instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo este trabajo fueron los siguientes:

El instrumento más importante que se utilizó fueron las entrevistas destinadas a profesionales Licenciados en fonoaudiología. Según el grado de regulación de la interacción entre el entrevistador y el entrevistado, se realizó una entrevista semi estructurada, en la que se plantearon interrogantes, permitiendo que se formularán preguntas no previstas pero pertinentes. Según la situación de la interacción, fue cara a cara. Según el número de participantes, se dio de manera individual. En las mismas, se intentó extraer información sobre las estrategias de tratamiento, indagando acerca de cuáles son las estrategias más utilizadas y eficientes en este tipo de paciente.

Con el fin de preservar el anonimato de las entrevistas, se asignó a las profesionales participantes un código alfanumérico. Dicho código se compone de la letra E (Entrevistada) seguida de un número que corresponde al orden de realización de la entrevista (E1, E2, E3, etc.).

### **7.4. Procedimientos de recolección de datos**

En el presente estudio se tomaron en cuenta las correspondientes consideraciones éticas para garantizar el resguardo de la confidencialidad de los datos. En todos los casos, la participación fue voluntaria y anónima.

Antes de comenzar el estudio, se requirió el consentimiento informado por parte de los participantes. Se aseguró que los participantes colaboran voluntariamente, preservando

la confidencialidad y la reserva de la información proporcionada, y confirmando que los datos serían utilizados únicamente con fines académicos.

### **7.5. Procedimientos de análisis de datos**

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra, a fin de obtener las frecuencias, medias y desvíos típicos.

Seguidamente, se analizaron las respuestas de las entrevistas semi estructuradas de las profesionales Licenciadas en fonoaudiología.

## **8. Resultados:**

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir de seis entrevistas realizadas a licenciadas en Fonoaudiología, cuyas edades oscilan entre los 36 y 55 años. El objetivo de dichas entrevistas fue conocer las estrategias fonoaudiológicas utilizadas por las profesionales mencionadas en el tratamiento de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

A partir del análisis de las entrevistas se identificaron diversas temáticas vinculadas con las estrategias específicas, los métodos y las pautas básicas utilizadas para iniciar la rehabilitación de pacientes con disfagia orofaríngea posterior a un ACV. Asimismo, surgieron aspectos relacionados con las habilidades deglutorias más conservadas, la relevancia de la presencia del fonoaudiólogo en el proceso terapéutico y los diferentes ejercicios y técnicas empleadas en este tipo de pacientes.

### **8.1. Estrategias específicas, los métodos y las pautas básicas utilizadas para iniciar la rehabilitación de paciente con disfagia orofaríngea posterior al ACV:**

En relación con el primer objetivo específico de este trabajo, todas las profesionales coincidieron en la importancia de realizar una evaluación exhaustiva integral del estado del paciente antes de iniciar cualquier tipo de intervención, una de las participantes manifestó:

Recibimos la interconsulta, subimos a piso o a terapia y comenzamos con el protocolo de evaluación, además de evaluar reflejo nauseoso, vemos el estado de la boca, la higiene, la movilidad, si hay restos de saliva, si el paciente tiene tos, la voz del paciente; tenemos como varios puntos importantes que luego los copiamos en la historia clínica. Además,

hacemos indicación si puede ingerir por boca o no, o si tiene restricción de alimentación (E1).

Una cuestión interesante que da a conocer una de las Licenciadas, es la importancia de establecer un vínculo de respeto y confianza desde el primer momento, para una mejor adherencia al tratamiento y preservar la integridad de la persona en la mayor medida posible, en este sentido nos comenta:

En principio, trato de generar confianza con el paciente, lo primero que hago es buscar una mejor postura, presentarme y conversar con él, anticipar todo lo que voy a hacer. Normalmente arranco con terapia orofacial para que empiece a organizar y regular el tono muscular, tanto de cabeza y cuello, como también de toda la parte de cintura escapular que suele estar muy tensa. Esto me ayuda a que el paciente baje la guardia y colabore en otras instancias (E5).

Del mismo modo, E5 menciona que es necesaria la conexión con el paciente en los planos de comunicación y ubicación en el contexto.

Dentro de esta evaluación, hay aspectos claves para analizar mencionados por las profesionales, entre ellos, el nivel de alerta y vigilia del paciente, considerando si se encuentra dormido, si responde a los estímulos, cuánto requiere para despertarse y si logra mantener el estado de alerta o vuelve a dormirse. En este sentido, la E4 fue quien destacaba principalmente la importancia de este punto: “Cada paciente es un mundo, pero, a grandes rasgos, nosotros necesitamos ver qué nivel de alerta tiene ese paciente, cómo es su sensorio, si está dormido o está despierto”.

Continuando con la valoración integral, se valora la postura general y el tono muscular de las estructuras faciales, cuello y cintura escapular. Ya que es fundamental

lograr un tono óptimo, sin tensiones y una postura correcta para la función eficiente del sistema estomatognático. Se examina la musculatura en reposo y en acción, identificando posibles alteraciones o compensaciones (E5).

Al comenzar a profundizar con las preguntas sobre la función deglutoria propiamente dicha, las profesionales respondieron que se lleva a cabo una evaluación detallada de la estructura orofacial, incluyendo la higiene oral, que es un aspecto principal a tener en cuenta previo a la introducción de alimentos. Una higiene inadecuada incrementa el riesgo de aspiración y neumonía, además de obstaculizar la percepción sensitiva por obstrucción de los receptores orales. Se observa la posible presencia de sialorrea, exceso de secreciones o babeo, y la capacidad del paciente para deglutir su propia saliva. También se examina el estado de las piezas dentales o prótesis, la movilidad y tono muscular de la lengua, mandíbula y labios (E1, E2, E3, E4, E5 y E6).

Seguido a esto, se realizan pruebas para analizar la función de los reflejos de protección, (nauseoso y tusígeno), que son fundamentales para proteger la vía aérea ante una penetración de alimentos o líquidos, incluso para expulsar secreciones (E1, E3 y E6).

Antes de introducir alimento o líquido en la boca, ya sea con fines nutricios o terapéuticos, debemos comprobar que algunas praxias voluntarias del sistema estomatognático se encuentren indemnes o bastante compensadas. Entre ellas, si puede mover la boca, protruir y lateralizar la lengua, elevarla y descender, lograr un sellado labial, realizar una tos voluntaria efectiva y ejecutar una deglución de saliva a la orden, si el paciente no deglute, no se introduce nada en la boca (E4).

Para complementar la evaluación, en caso de conservar dudas, podemos solicitar la realización de una Video fluoroscopia para observar el manejo de secreciones y Video deglución para ver la faringe y laringe (E1 y E3).

La E3 distingue dos tipos de evaluaciones, la del paciente con traqueostomía y, por otro lado, la del paciente sin traqueostomía. La profesional afirma lo siguiente:

Hay que diferenciar el paciente que tiene una vía aérea artificial, del que no tiene una vía aérea artificial. En aquel que no tiene una vía aérea artificial, pero que sabemos que hay un trastorno deglutorio, lo primero que hacemos es ofrecerle alimento. Y en caso de que tenga un tubo de traqueostomía, le hacemos el blue test.

Una vez finalizada la evaluación general y asegurada una correcta higiene oral, se procede a la aplicación de estímulos sensoriales. Esta etapa, según lo recolectado de las entrevistadas, puede llevarse a cabo mediante el uso de chips de hielo, metales fríos, vibración o espuma (E2, E3 y E6). Dicho procedimiento previo tiene como propósito principal activar los receptores sensitivos orales, favoreciendo así la posterior introducción de alimentos (E6).

Seguido a esto, continuamos con la valoración con alimentos de diferentes consistencias (puré, yogures, líquidos, entre otros) desde lo más complejo, que son los líquidos, a lo más simple, observando cómo se encuentra la mecánica deglutoria desde la fase preparatoria hasta el gatillado reflejo, se analiza la anticipación al presentar el alimento, el cierre labial, la posible pérdida de alimentos o líquidos, el tiempo en el que resuelve la fase oral y faríngea, la eficacia de la masticación (en caso de conservar dentadura), la formación del bolo, la presencia de residuos de alimentos en la boca luego de la ingesta o la formación de lagos faríngeos. También se valora la sensibilidad oral ante

distintos estímulos de temperaturas y sabores, principalmente frío, con objetos metálicos (E1, E2, E3, E4, E5 y E6).

Es necesario examinar la voz del paciente, antes y después de la ingesta de las diferentes consistencias, observando si se presenta con característica húmeda o burbujeante (lo que puede indicar una acumulación de secreciones o restos en la laringe), ronca o débil, entre otras alteraciones (E1).

A partir de un análisis minucioso de los resultados de la evaluación, se determina si el paciente puede recibir alimentación por vía oral o si requiere una vía alternativa. En caso de indicar vía oral, se especifica el tipo de alimento y la consistencia adecuada, aplicando los lineamientos del protocolo IDDSI, ampliamente utilizado en la actualidad (E1, E2, E3, E4, E5 y E6).

Es importante mencionar, el aporte de una de las entrevistadas, que menciona la importancia del “buen oído clínico” para identificar, a través de la escucha atenta, aspectos cualitativos del proceso deglutorio (E3).

Por otra parte, varios profesionales subrayan la relevancia de intervenir tempranamente durante la etapa aguda, una vez estabilizado el estado general del paciente (E1, E5 y E6).

En este sentido, una de ellas enfatizó que la participación del fonoaudiólogo debe iniciarse desde la internación, cuando ya no existe riesgo vital, incorporando tareas de higiene y estimulación oral, seguimiento diario y evaluación continua.

Por último, un punto importante a mencionar es la diferencia entre el paciente que tiene un familiar que lo acompañe, y el paciente que no tiene, la recuperación del paciente

acompañado es mucho más rápida, que la de aquel que está solo, como dice una de las entrevistadas: “Una realidad muy patente para mí que trabajo con el internado, es el paciente solo contra el paciente acompañado, la recuperación del paciente acompañado al que está solo” (E4). Con respecto a esto, otra de las frases destacadas del tema fue mencionada por E5: “El recurso familiar, es el más importante. El paciente que tiene un familiar que lo acompañe, cambia a una velocidad intensa. La contención emocional hace que resuelvan miedos, y favorece la recuperación.

### **Tabla 1**

**Categoría 1:** *Estrategias específicas, los métodos y las pautas básicas utilizadas para iniciar la rehabilitación de paciente con disfagia orofaríngea posterior al ACV*

<b>Subcategorías</b>	<b>Frecuencia de aparición (N=6)</b>
Evaluación inicial integral	n=6
Intervención temprana en la etapa aguda	n=3
Generar un vínculo terapéutico	n=2

## **8.2. Reconocimiento de las habilidades deglutorias más conservadas en pacientes con disfagia orofaríngea post ACV**

Los resultados vinculados al segundo objetivo específico de la presente investigación evidencian que la mayoría de las entrevistadas manifestaron dificultades para dar una respuesta unificada, dado que cada paciente presenta características particulares y no todos conservan las mismas habilidades deglutorias.

Dos de las profesionales señalaron que, en general, se encuentra conservada la deglución de saliva en los pacientes con disfagia orofaríngea posterior al ACV (E2 y E3). En relación con ello, una de las entrevistadas explicó: “Generalmente en pacientes no traqueostomizados lo que conservan es la deglución de saliva, pero el paciente traqueotomizado, si está traqueotomizado es porque no maneja saliva, entonces, ni siquiera eso conserva” (E2).

Siguiendo con lo mencionado, la E3, agrega:

Suelen estar conservadas las habilidades del primer tiempo, las de la primera etapa, la oral, que se conservan por cuestiones frontales, y vegetativas. El reflejo deglutorio, aunque sea espontáneo, está conservado, nosotros tenemos pacientes que están en coma o están con estados mínimos de conciencia y observas que están tragando (E3).

En contraste, otra entrevistada considera que la fase oral es la más comprometida durante la deglución, ya que la lengua se debilita notablemente y se produce una alteración del patrón respiratorio:

Yo creo que en un ACV lo más complejo es la parte oral, porque lo que más se debilita es la lengua y cambia el proceso de respiración, entonces tenemos una boca abierta, tenemos

una mandíbula descendida, una boca seca, que puede tener hongos porque le bajan las defensas. Entonces se comienza trabajando fuertemente en la coordinación, respiración y las degluciones a repetición. La segunda parte más afectada sería el traspaso de la parte oral a la laringe (E5).

Por su parte, E6 señaló: “Depende el caso, a veces no queda ninguna habilidad y hay que arrancar desde cero, desde el cierre labial, pero también hay casos en los que la respuesta deglutoria sigue bien, qué es en la mayoría, es muy raro que haya una respuesta nula”.

## Tabla 2

**Categoría 2:** *Reconocimiento de las habilidades deglutorias más conservadas en pacientes con disfagia orofaríngea post ACV*

Subcategorías	Frecuencia de aparición (N=6)
Depende principalmente de la localización la lesión	n=6
Etapa oral y reflejo deglutorio	n=4
Fase oral más comprometida	n=1

### **8.3. Descripción de la importancia de la presencia de un fonoaudiólogo en el tratamiento del paciente con disfagia orofaríngea post ACV**

Respecto al tercer objetivo, E4 señaló que el Licenciado en Fonoaudiología es el profesional principal encargado de la dirección para la rehabilitación de la disfagia, en la entrevista, afirma lo siguiente: “Es el actor principal en la dirección de un equipo de rehabilitación de una disfagia orofaríngea, también en la esofágica, es el que tiene la mirada más específica sobre esa patología, aunque también necesitamos del kinesiólogo, del nutricionista, del gastroenterólogo”.

Por su parte, E2 afirma: “La disfagia es el rol del fonoaudiólogo, no hay otro profesional que cumpla ese rol de rehabilitación de disfagia”. Además, manifiesta que, por la rehabilitación del fonoaudiólogo, el paciente logra tragar incluso la saliva, “Gracias a nuestra rehabilitación el paciente traga hasta la saliva, que es algo que se segrega todo el tiempo en nuestra vida, entonces, lograr nuevamente restablecer la deglución por vía oral es nuestro campo”.

Del mismo modo, una de las profesionales refiere: “Nosotros los fonoaudiólogos somos los únicos que tenemos el entrenamiento, el ojo y hasta el oído para valorar a un paciente con disfagia, sea un paciente con vía artificial o no” (E3).

El rol del Fonoaudiólogo comienza desde el primer momento en que el paciente llega al hospital, en esta instancia, se remarca el papel central del profesional de Fonoaudiología en la determinación de la necesidad de sonda nasogástrica y en la estimulación temprana de las funciones orales, con respecto a este tema, citamos a la profesional E1 con la siguiente afirmación:

En el ACV lo importante es empezar apenas el paciente está internado, ahí es donde fundamentalmente actúa el fonoaudiólogo, desde el primer momento, desde la higiene oral, y luego se continúa haciendo un seguimiento diario, desde terapia intensiva, el fonoaudiólogo evalúa si necesita sonda nasogástrica o no. Pero lo importante es trabajar, porque no es lo mismo el paciente que estuvo un montón de tiempo con sonda, sin ningún tipo de estimulación, que el paciente que desde un principio recibe la estimulación para mantener las funciones.

En cuanto al acompañamiento del paciente, E6 destacó la relevancia del compromiso familiar en el proceso de rehabilitación. Señaló que los familiares, al ser quienes permanecen la mayor parte del tiempo con el paciente, deben asumir un rol activo en la recuperación, actuando como colaboradores directos del tratamiento. A su vez, E1 y E6 subrayan la importancia de brindar pautas claras a la familia: “Hablamos con la familia para que haga la higiene intraoral, le enseñamos cómo hacerla, y si el paciente puede comer, enseñamos las pautas de seguridad para la alimentación, la posición que tiene que tener, la vigilia, entre otras cosas” (E1), relacionado con lo anterior, otra entrevistada señaló: “Es necesario darle muchas pautas a la familia: como le dan la comida, que no le dejen restos, que limpien bien la boca, que no lo dejen dormir mientras come o muy poco tiempo después de comer, que no le den de comer somnoliento” (E6).

E4 destaca un punto muy importante en el rol del Lic. en Fonoaudiología en el tratamiento de la disfagia orofaríngea: la prevención de complicaciones. En relación con esto, sostiene que:

El Fonoaudiólogo es la persona que va a prevenir complicaciones, para empezar, la disfagia puede ser detectada antes de que genere aspiraciones, antes de que vaya a sufrir una

consecuencia de esas asimetrías o debilidad. La idea es agilizar la salida del hospital pasada el período agudo, evitar complicaciones, en el caso de haya disfagia, adaptar su vía para que igualmente siga recibiendo una nutrición.

Respecto a los demás profesionales que trabajan con el paciente, una de las entrevistadas manifestó que, en la actualidad, existe un mayor conocimiento sobre el rol y las funciones del fonoaudiólogo. Sin embargo, aún se evidencian situaciones de intrusismo profesional, particularmente en el ámbito de la deglución, donde se observa cierta superposición con el trabajo de los kinesiólogos. Esto ocurre debido a que dichos profesionales poseen formación en el manejo de la vía aérea, mientras que los fonoaudiólogos intervienen en la zona aerodigestiva, espacio que representa un punto de intersección entre ambas áreas. En este sentido, se pone de relieve la necesidad de que un mayor número de profesionales Lic. en Fonoaudiología se especialicen en esta área, con el fin de evitar que otras disciplinas asuman funciones propias de la profesión (E3 y E6).

### **Tabla 3**

**Categoría 3:** *Descripción de la importancia de la presencia de un fonoaudiólogo en el tratamiento del paciente con disfagia orofaríngea post ACV*

<b>Subcategorías</b>	<b>Frecuencia de aparición (N=6)</b>
Brindar acompañamiento a las familias	n=6
Asesoramiento a profesionales que trabajan con el paciente	n=6

Indicaciones de dieta IDSSI e	n=6
indicaciones para la alimentación	
Rehabilitación deglutoria y	n=6
respiratoria	

#### **8.4. Detalle de los diferentes ejercicios y técnicas específicas utilizados en el tratamiento fonaudiológico de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV**

Respecto al último objetivo, todas las profesionales destacaron la importancia de una adecuada higiene intraoral, acompañada de estimulación sensorial a través de diferentes temperaturas, sabores y texturas.

E5 señaló que esta práctica no se limita únicamente a la limpieza, sino que: “A través de la higiene oral también empiezo a estimular y observo cómo funciona esa boca”.

De manera similar, otra profesional detalló: “Hacemos higiene y estimulación, no es solamente limpiarle la boca, sino que es la estimulación de movimientos para la propiocepción y la pseudopercepción” (E1).

Asimismo, una tercera entrevistada mencionó que este procedimiento contribuye a “destapar los canales sensitivos”, los cuales pueden encontrarse obstruidos por acumulación de residuos formados por alimentos y secreciones, y de esta manera, mejorar la mecánica deglutoria y favorecer la recuperación funcional del paciente, ya que como expresa la profesional “No podemos pretender que una persona degluta si la cavidad oral

está seca o con placas, el paciente no puede tragar por una cuestión fisiológica; es necesario mirar bien la cavidad con una linterna, y dejar limpio hasta el fondo” (E6).

Por otro lado, las profesionales mencionaron que procuran “trabajar la función con la misma función”, es decir, promover la deglución a través de la ingesta controlada de alimentos, agua o espumas (E2, E3, E4 y E5). En base a esto, citamos la siguiente referencia de la E2: “Lo que yo tengo muy en claro, es que el paciente se rehabilita deglutiendo. Si yo no hago que el paciente degluta, no lo voy a rehabilitar”. En concordancia con esta postura, otra de las entrevistadas señaló “Lo específico para rehabilitar la deglución es hacerlo tragar al paciente” (E4).

En la misma línea, otra profesional sostuvo “En el caso particular de la deglución, el entrenamiento debe hacerse con alimento, o con agua, o sea, trabajando la función con la misma función, la perfecciono mientras la voy trabajando” (E5). Asimismo, otra entrevistada expresó “Se apunta más a alimentar al paciente bajo cualquier situación, técnicas hay un montón, pero vamos más por el lado de siempre ofrecer algo que tragar” (E3).

En este sentido, algunas de las profesionales señalaron que utilizan estrategias complementarias, como la deglución con chips de hielo y los masajes con vibración manual, además del uso de espumas con distintos sabores (limón, naranja, café) para favorecer la respuesta sensorial y motora (E2, E3 y E6). En relación con ello, E2 manifestó:

Cuando veo que es muy riesgoso trabajar con alimento, empiezo con chip de hielo, o con espuma de aire, siempre una higiene oral primero, nada que provoque demasiada alteración

pulmonar en el caso de que se lo llegue a aspirar, pero la base es que el paciente degluta, que logre hacer un esbozo de la deglución.

De forma coincidente E6 expresó: “Si hay mucho riesgo, comienzo a trabajar con chips de hielo, para evitar neumonías”.

También destacaron la realización de ejercicios respiratorios destinados a mejorar la coordinación entre la respiración, la deglución y la fonación, y la fuerza necesaria para la tos protectora (E5 y E6). En este sentido, una de las profesionales destacó la estrecha relación entre la respiración y el proceso deglutorio, al señalar que:

La respiración influye en el proceso del deglutorio, si ese paciente no tiene fuerza para una buena respiración, no tiene fuerza para una buena tos, entonces vamos a tener una dificultad para la deglución, incluso para masticar, si es un paciente que puede masticar (E5).

Una de las profesionales refirió emplear técnicas más específicas, como la electroestimulación, el *tapping*, el ejercicio de *Masako*, el uso de *LaxVox*, los *shakes* y el *biofeedback*, con el fin de potenciar la fuerza de la musculatura orofacial y del cuello, mejorar el patrón de las diferentes funciones, procurando así, la eficacia de la mecánica deglutoria. En este sentido, la profesional manifestó:

Depende del estado del paciente y los objetivos que uno busque. En líneas generales, para el ACV se utilizan estrategias de fuerza con la pelotita, como ejercicios linguales isométricos, el ejercicio de *Masako*, el *Pitch Glide*, el desplazamiento de la pared faríngea posterior hacia adelante, el ejercicio de *Shaker*, el *biofeedback*, *Asbock*, *Boulin* o *LPS 150*, la electroestimulación y otra herramienta muy buena es el *tapping* para activación e inhibición, ya que para la propioceptividad es muy efectivo (E6).

Además, la misma profesional comentó: “Hay que actualizarse con nuevas técnicas y tecnologías, pero es importante formarse muchas veces y saber lo que se está haciendo”

#### **Tabla 4**

**Categoría 4:** *Detalle de los diferentes ejercicios y técnicas específicas utilizados en el tratamiento fonoaudiológico de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV*

<i>Subcategorías</i>	<i>Frecuencia de aparición (N=6)</i>
Higiene intraoral con estimulación sensorial	n=6
“Trabajar la función con la misma función”, es decir, deglutiendo.	n=4
Chips de hielo	n=4
Masajes con vibración manual	n=4
Espumas con distintos sabores	n=3
Ejercicios respiratorios	n=2
Electroestimulación, el tapping, el ejercicio de Masako, el uso de LaxVox, el shaker y el biofeedback	n=1

## **9. Discusión y conclusión**

### **9.1. Discusión**

En esta sección de la presente investigación, se busca contrastar los resultados obtenidos del trabajo de campo con la teoría existente sobre el tema.

#### **Primer objetivo**

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, se aborda lo referente al primero de ellos, el cual consistió en caracterizar las estrategias específicas, métodos y pautas básicas para comenzar la rehabilitación de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV. Los resultados obtenidos evidencian que todas las profesionales coincidieron en la necesidad de realizar una evaluación integral y personalizada antes de iniciar cualquier intervención, para crear un programa terapéutico personalizado. Dicha evaluación debe incluir la valoración del estado general postural y vigil, la higiene oral, la movilidad orofacial, los reflejos de protección y la observación de la voz antes y después de la deglución, aspectos esenciales para garantizar una ingesta segura.

En conjunto, los hallazgos coinciden con lo expuesto por la Fundación Universitaria María Cano (2020), al enfatizar que el tratamiento de la disfagia post ACV debe basarse en una evaluación exhaustiva, una intervención interdisciplinaria y una actuación fonoaudiológica temprana y especializada, adaptada a las necesidades específicas de cada paciente.

Las entrevistadas destacaron la importancia de mantener una adecuada higiene oral antes de introducir alimentos, ya que una higiene deficiente incrementa el riesgo de aspiración y neumonía. Asimismo, resaltaron la relevancia de la estimulación sensorial

inicial (a través de estímulos fríos, táctiles o vibratorios) como recurso para activar los receptores orales y favorecer la respuesta deglutoria.

Otro aspecto fundamental señalado fue la intervención temprana del fonoaudiólogo durante la etapa de internación, una vez estabilizado el paciente, dado que la estimulación precoz de las funciones orales contribuye a una recuperación más efectiva. En este sentido, se destacó también el valor del vínculo terapéutico y la generación de confianza como condiciones necesarias para lograr la colaboración del paciente y un abordaje exitoso.

Finalmente, las profesionales mencionaron la utilización del protocolo IDDSI para definir las consistencias alimentarias más seguras y adecuadas. Este protocolo, desarrollado por la *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative*, propone una terminología estandarizada a nivel mundial para describir alimentos con textura modificada y líquidos espesados, aplicable a personas con disfagia de todas las edades. La clasificación identifica del nivel 0 al 4 la viscosidad de los líquidos y del 3 al 7 la textura de los sólidos, promoviendo un manejo más seguro y uniforme de la dieta (Steele et al., 2015; Cichero et al., 2017).

## **Segundo objetivo**

Siguiendo con los objetivos planteados, a continuación, se aborda el segundo de ellos, que consiste en reconocer las habilidades deglutorias más conservadas en pacientes con disfagia orofaríngea post ACV. En relación con este objetivo, la mayoría de las entrevistadas manifestó dificultad para brindar una respuesta concreta, lo cual podría atribuirse a la individualidad de cada caso y a la variabilidad de las secuelas que presenta cada paciente.

Al analizar las respuestas, puede destacarse que dos de las profesionales señalaron que la deglución de saliva suele encontrarse conservada, mientras que otra de ellas explicó que, por lo general, las funciones correspondientes a las primeras etapas del proceso deglutorio tienden a mantenerse preservadas. Esto se debería a que dichas funciones están vinculadas con mecanismos frontales y vegetativos, considerados más primitivos, los cuales pueden conservarse incluso en pacientes con alteraciones severas del nivel de conciencia, en estado de coma o con mínima respuesta.

En contraste, otra entrevistada sostuvo que la fase oral es la más comprometida durante la deglución, ya que la lengua se debilita notablemente y se produce una alteración del patrón respiratorio. En concordancia con esta postura, González y Bevilacqua (2009) mencionan que, en los trastornos que afectan la fase oral de la deglución, suele observarse un tono bucal hipotónico, un cierre labial deficiente y un control motor de los movimientos anteroposteriores de la lengua reducido y desorganizado.

Por otro lado, en varias entrevistas se destacó la complejidad que genera una lesión bulbar (es decir, una afectación a nivel del tronco encefálico), ya que en esta región se localiza el centro que comanda la función deglutoria. Este tipo de lesión se diferencia de otras por su pronóstico desfavorable y por la gravedad de los síntomas que presenta el paciente. Tales observaciones coinciden con los hallazgos de González y Bevilacqua (2009), quienes sostienen que los ACV que comprometen el bulbo raquídeo o el tronco encefálico son más severos, debido a que afectan las estructuras encargadas del control automático de la deglución. En cambio, los trastornos que preservan los centros troncoencefálicos suelen ser menos graves y presentar una evolución más favorable.

En las lesiones bulbares, suele observarse una disfagia severa con ausencia inicial del reflejo faríngeo, que reaparece luego de aproximadamente dos semanas, aunque con retardo en su inicio, reducida elevación laríngea y parálisis faríngea uni o bilateral. En cambio, en las lesiones pontinas puede evidenciarse retardo o ausencia del reflejo faríngeo, parálisis faríngea unilateral con espasticidad y reducida elevación laríngea acompañada de disfunción cricofaríngea (González y Bevilacqua 2009).

Las respuestas de las entrevistadas y los antecedentes teóricos coinciden en que la conservación o el compromiso de las funciones deglutorias en pacientes con ACV dependen en gran medida del sitio y la extensión de la lesión, así como de la capacidad de compensación neuromuscular del individuo. Estos hallazgos refuerzan la importancia de una evaluación fonoaudiológica integral y personalizada para determinar las funciones preservadas y planificar una intervención acorde a las necesidades específicas de cada paciente.

### **Tercer objetivo**

En lo que respecta al tercer objetivo, el cual busca describir la importancia de la presencia del fonoaudiólogo en el tratamiento de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, las entrevistas realizadas permitieron evidenciar una coincidencia general en torno al rol esencial que este profesional cumple dentro del equipo interdisciplinario de salud.

Las profesionales entrevistadas destacaron que el fonoaudiólogo es el responsable de evaluar de manera específica las funciones orales y faríngeas, así como de diseñar estrategias terapéuticas adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente. Además, señalaron que el fonoaudiólogo es el único profesional capacitado para rehabilitar la

disfagia, ya que posee una formación específica que le permite intervenir directamente sobre los mecanismos neuromusculares que participan en la deglución. En este sentido, su trabajo se orienta a favorecer la recuperación de la capacidad para deglutir la propia saliva, determinar la consistencia de alimento más adecuada, establecer la vía de alimentación más segura y acompañar todo el proceso de readaptación deglutoria.

Un punto importante en el rol, mencionado por las entrevistadas, es el acompañamiento a la familia como parte del tratamiento. Brindar pautas claras y personalizadas sobre cómo alimentar al paciente, qué posturas adoptar durante las comidas o cómo reconocer signos de dificultad deglutoria contribuye de manera significativa a la evolución favorable del cuadro clínico. El rol del fonoaudiólogo no se limita sólo a la intervención terapéutica directa, sino que incluye una función educativa y preventiva, tanto para el entorno familiar como para el equipo de profesiones.

Otro aspecto señalado fue la necesidad de fortalecer la visibilidad y delimitación del campo profesional, mostrando el alcance del trabajo fonoaudiológico ante otras disciplinas para evitar que intervengan en nuestro campo profesional. Este reconocimiento interdisciplinario resulta esencial para garantizar la atención integral y especializada del paciente con disfagia.

En relación con lo anterior, Leiva et al. (2023) afirman que el fonoaudiólogo es un profesional calificado para actuar en la prevención, evaluación y tratamiento de las funciones implicadas en la alimentación. Es quien cuenta con las competencias necesarias para realizar evaluaciones clínicas, detectar tempranamente signos de disfagia e interpretar los resultados de estudios instrumentales de la deglución, como la video fluoroscopia o la

nasofibroscopía. Estas habilidades técnicas permiten abordar de manera integral las alteraciones del proceso deglutorio, contribuyendo a la seguridad y bienestar del paciente.

Los aportes de las entrevistadas y la evidencia teórica coinciden en destacar que la presencia del fonoaudiólogo es clave en el tratamiento de la disfagia orofaríngea, no solo por su rol en la recuperación funcional del paciente, sino también por su capacidad de liderar el trabajo interdisciplinario, orientar a las familias y promover la prevención de complicaciones. Su actuación temprana y especializada permite optimizar la calidad de vida del paciente y garantizar un abordaje integral que contemple tanto los aspectos fisiológicos como los emocionales y sociales de la rehabilitación.

#### **Cuarto objetivo**

En lo que respecta al cuarto y último objetivo, que buscó detallar los diferentes ejercicios y técnicas específicas empleadas en el tratamiento fonoaudiológico de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, las entrevistas realizadas permitieron identificar una serie de procedimientos utilizados con frecuencia en la práctica clínica. Para organizarlas en este apartado, se tiene en cuenta la clasificación que hacen Gonzales y Bevilacqua (2009):

En primer lugar, estos autores nombran las técnicas compensatorias, que son las que están en general, bajo el control del Fonoaudiólogo y requieren menor colaboración del paciente, por esto son aptas para pacientes con compromiso cognitivo. En base a esto, la principal y más repetida entre las entrevistadas, es la realización de una buena higiene intraoral, sumándole estimulación sensorial. Según un estudio realizado por Jiménez Gámez et al. (2004) en la disfagia orofaríngea, se aplicaron estrategias como la

estimulación térmica con frío, la estimulación pre-deglutoria, la estimulación sensorial en la fase oral, los ejercicios para mejorar el manejo del bolo, las praxias linguales y labiales, las praxias pasivas y los ejercicios destinados a favorecer la elevación laríngea, coincidiendo con lo que muchas entrevistadas dijeron con respecto a los ejercicios específicos, destacando la estimulación sensorial que puede ser llevada a cabo con diferentes sabores y temperaturas, entre estos, las Fonoaudiólogas mencionaron los chips de hielo y las espumas, que se le brindan al paciente para la estimulación pre-deglutoria, para después continuar con alimentos. Además, para la estimulación orofacial, la mayoría de las entrevistadas, plantean la realización de masajes con vibración manual o electroestimulación aplicada directamente en las zonas a trabajar.

En segundo lugar, según lo que plantean Gonzáles y Bevilacqua (2004) se encuentra la modificación en la dieta. Una cuestión muy importante que mencionaron todas las profesionales es que la función se debe rehabilitar ejecutando la misma función, es decir, si el paciente tiene una disfagia, se lo rehabilita con alimentos y realizando el acto deglutorio, para ello, suele ser necesaria esta modificación en la dieta, a cargo del profesional en Fonoaudiología, basada en la escala de Iniciativa Internacional de Estandarización de la Dieta para la Disfagia (IDDSI).

En tercer y último lugar dentro de estas técnicas, se alude a las posturas deglutorias, sobre las cuales la mayoría de las profesionales manifestaron que actualmente no las utilizan porque no les resultan funcionales para la disfagia, principalmente en grados más severos. Este hallazgo coincide con lo que plantean Jiménez Gámez et al. (2004), en su estudio sobre la eficacia del manejo fonoaudiológico en pacientes con disfagia, donde se presentan las técnicas más efectivas según el tipo de disfagia, en el cual expresan que, en

cuanto a la disfagia faríngea, se observó que los cambios posturales y las maniobras de deglución se utilizan con menor frecuencia, enfatizando en que la elección de las técnicas depende de la realidad y las necesidades de cada paciente, ya que no todas las estrategias resultan igualmente efectivas para todas las personas.

En segundo lugar, tenemos las técnicas Rehabilitadoras, que están diseñadas para cambiar la fisiología de la deglución y requieren mayor colaboración del paciente, por lo que es necesaria la indemnidad cognitiva (González y Bevilacqua, 2009).

Dentro de esta clasificación, se encuentran los ejercicios musculares orofaciales y cervicales, las maniobras deglutorias y el entrenamiento respiratorio. Estas técnicas coinciden con las entrevistas principalmente en el punto uno y tres, en el cual mencionan la utilización de praxias musculares y diferentes ejercicios posturales, además de fortalecer y mejorar la función respiratoria con diferentes ejercicios, para la encrucijada aerodigestiva, se pone énfasis en trabajar el soplo y la fuerza espiratoria para la eficacia del reflejo tusígeno. Una entrevistada mencionó algunos ejemplos de ejercicios específicos para el soplo, como el LaxVox que, según una de las entrevistadas, ayuda a reforzar la presión subglótica para el soplo. El LaxVox además de esta función, tiene muchas otras tanto para la rehabilitación vocal como para la respiratoria, entre ellas, sirve para controlar el apoyo diafragmático, corregir la respiración bucal y trabajar la respiración costodiafragmática, para el control de la emisión vocal, para relajar y ampliar el tracto vocal y para favorecer la propiocepción sobre las estructuras de resonancia y de la respiración (Clínica Universitaria La Salle, 2023).

En cuanto a maniobras deglutorias, se expresó, al igual que las posturas deglutorias, que no son muy utilizadas, aunque una de las profesionales nombró la

maniobra de Masako, que fue desarrollada por Jerilyn Logemann y Masako Fujiu hacia el año 1996, con el propósito de incrementar la fuerza de la musculatura faríngea (Pryor, 2013). También una de las entrevistadas dijo que utilizaba el ejercicio de Shaker, un ejercicio que consiste en acostarse y levantar la cabeza mientras se mantienen los hombros sobre la cama. Este movimiento fortalece los músculos del cuello responsables de tragar y mejora la apertura del esfínter esofágico superior (Centro de Logopedia a Domicilio, 2023). El ejercicio consta de dos partes, la primera es con elevación de la cabeza sosteniéndose en una posición (Isométrico), y la segunda es con elevaciones repetidas de cabeza (Isotónico) (Honeycomb Speech Therapy, 2022).

Aunque no se vincula directamente con los objetivos planteados, obtuvimos un hallazgo que nos resulta relevante, ya que consideramos que la intervención Fonoaudiológica no se debe basar sólo en el conocimiento de técnicas y maniobras, sino también en el conocimiento social, económico, cultural, psicológico y familiar de los pacientes, en base a esto, todas las profesionales destacaron la relevancia del acompañamiento familiar en el proceso de rehabilitación. Expresaron que la contención y el apoyo del entorno familiar favorecen una mejor adherencia al tratamiento, promueven mayores avances en la recuperación y contribuyen a que el paciente afronte los desafíos de manera más positiva.

## 9.2. Conclusiones

Los resultados obtenidos en la presente investigación acerca de las estrategias fonoaudiológicas utilizadas en el tratamiento de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos permiten arribar las siguientes conclusiones:

- Se logró caracterizar las estrategias específicas utilizadas por los fonoaudiólogos, observándose que todas las profesionales priorizan una evaluación integral y personalizada antes de iniciar la rehabilitación.
- En relación con las habilidades deglutorias conservadas, se evidenció que la variabilidad de las secuelas post ACV impide establecer un patrón único, aunque la deglución de saliva suele encontrarse preservada en la mayoría de los casos.
- Se comprobó la importancia de la presencia del fonoaudiólogo dentro del equipo interdisciplinario, siendo el único profesional capacitado para la rehabilitación específica de la disfagia.
- Se identificaron diversos ejercicios y técnicas terapéuticas empleadas en el abordaje de la disfagia orofaríngea post ACV, entre las que se destacan la higiene oral adecuada, la estimulación sensorial mediante el uso de chips de hielo y variaciones de temperatura, los ejercicios de movilidad orofacial, el control postural y la aplicación de consistencias alimentarias adaptadas conforme al protocolo IDDSI.

En términos generales, los resultados obtenidos permiten afirmar que la intervención fonoaudiológica temprana, especializada e interdisciplinaria es determinante para optimizar la función deglutoria y la calidad de vida del paciente con disfagia orofaríngea post ACV.

### **9.3. Limitaciones**

Es necesario hacer referencia a diversas limitaciones del presente estudio, las cuales moderan su impacto y restringen la generalización de los resultados.

En primer lugar, la investigación presenta una limitación inherente al diseño (ex post facto), que consiste en la falta de control directo sobre la variable independiente. Además, el estudio posee un carácter transversal, lo que implica que no fue posible realizar un seguimiento temporal del fenómeno para observar sus posibles cambios ni establecer relaciones de causalidad, pudiendo únicamente identificar asociaciones entre las variables analizadas.

Por otra parte, se observan limitaciones relacionadas con el tipo de muestra utilizada. Esta no fue seleccionada de manera aleatoria y su tamaño fue reducido, ya que estuvo conformada por seis Licenciadas en Fonoaudiología que aceptaron participar voluntariamente. Este tipo de muestreo incidental no garantiza la representatividad de los resultados y, además, se restringió exclusivamente a profesionales que actualmente trabajan con pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, en la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

Otra limitación relevante radica en el uso exclusivo de la entrevista como instrumento de recolección de datos, sin haberse complementado con otros métodos o técnicas que pudieran ampliar y contrastar la información obtenida.

Se considera limitante la reducida disposición de investigaciones nacionales orientadas en el área de Fonoodontoestomatología.

Finalmente, cabe señalar que no se consideran ciertas variables contextuales que podrían influir en los resultados, como el tipo de institución en la que las profesionales se desempeñan, su formación académica específica, u otras características personales y laborales que podrían haber modulado sus respuestas.

#### **9.4. Recomendaciones**

Como corolario del presente trabajo, se proponen algunas recomendaciones y sugerencias que pueden resultar enriquecedoras para futuras investigaciones e intervenciones.

Para posteriores estudios sería importante solicitar más información acerca de ciertos datos sociodemográficos de la muestra, los cuales permitan enriquecer los resultados.

Por otra parte, sería importante, trabajar con una muestra seleccionada aleatoriamente y de un tamaño mayor para así, poder obtener asociaciones más significativas que permitan poder generalizar los resultados. Se recomienda, además, realizar estudios en los que se pueda observar al profesional utilizando estas estrategias fonoaudiológicas con los pacientes. Sería importante, a su vez, utilizar otros métodos complementarios de evaluación, además de la entrevista, como, por ejemplo, cuestionarios.

También se recomienda realizar estudios de tipo longitudinal, lo cual permite hacer un seguimiento de la muestra a lo largo del tiempo. Por otra parte, estudios comparativos permitirían ampliar y enriquecer los datos obtenidos, por ejemplo, comparando ciertas técnicas o ejercicios utilizados.

Asimismo, se considera pertinente recomendar a los profesionales Licenciados en Fonoaudiología de Argentina la realización de investigaciones orientadas a profundizar en esta temática, dado que se evidencia una limitada disponibilidad de bibliografía nacional. Del mismo modo, resulta de suma importancia la organización de jornadas de divulgación científica y espacios de formación, tales como talleres o seminarios, que promuevan la concientización respecto del rol del fonoaudiólogo y la relevancia del abordaje de la disfagia posterior a un ACV.

Resulta relevante el desarrollo de investigaciones que incorporen la perspectiva de otros actores significativos, como la familia, la cual constituye un pilar fundamental en el abordaje integral de esta problemática.

## 10. Referencias bibliográficas

A.D.A.M., Inc. (2025, septiembre 16). *Accidente cerebrovascular*. MedlinePlus. Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000726.htm>

Abaunza Forero, C. I., Mendoza Molina, M. A., Bustos Benítez, P., Paredes Álvarez, G., Enríquez Wilches, K. V., y Padilla Muñoz, A. C. (2014). Concepción del adulto mayor. En *Adultos mayores privados de la libertad en Colombia* (pp. 60–98). Editorial Universidad del Rosario. <https://doi.org/10.7476/9789587385328.0007>

Alexandrov, A. V., y Krishnaiah, B. (2024). *Generalidades sobre los accidentes cerebrovasculares*. En *Manual MSD versión para profesionales*. Merck & Co., Inc. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/accidente-cerebrovascular/generalidades-sobre-los-accidentes-cerebrovasculares>

American Speech-Language-Hearing Association. (2003). National Outcomes Measurement System (NOMS): Adult swallowing. ASHA. <https://www.asha.org/noms>

Arteaga-Pazmiño, C., Rodríguez-Calderón, N., Lindao-Cañizares, M., y Navarro, P. (2024). Rol de fonoaudiólogo y del nutricionista en el manejo de la disfagia post-extubación: una revisión narrativa. *Revista Chilena de Nutrición*, 51(5), 414–423. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182024000500414>

Cardonnet, A., y Ferreyra, A. J. (2021). *Características de los pacientes adultos con alteraciones en la función deglutoria que concurrieron a una institución de neurorrehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020*

[Tesis de grado, Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas].

Repositorio Institucional UNR. <http://hdl.handle.net/2133/23279>

Centro de Logopedia a Domicilio. (2023, 10 de agosto). *Ejercicios para disfagia*.

<https://logopedasadomicilio.com/ejercicios-para->

[disfagia#:~:text=El%20ejercicio%20Shaker%20es%20un,apertura%20del%20esf](https://logopedasadomicilio.com/ejercicios-para-disfagia#:~:text=El%20ejercicio%20Shaker%20es%20un,apertura%20del%20esf)

[%C3%ADnter%20esof%C3%A1gico%20superior](https://logopedasadomicilio.com/ejercicios-para-disfagia#:~:text=El%20ejercicio%20Shaker%20es%20un,apertura%20del%20esf%C3%ADnter%20esof%C3%A1gico%20superior).

Cichero, J. A. Y., Lam, P., Steele, C. M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R. O., Duivestein,

J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., y Stanschus, S.

(2017). *Development of international terminology and definitions for texture-*

*modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: The IDDSI*

*framework*. **Dysphagia**, **32**(2), 293–314. [https://doi.org/10.1007/s00455-016-](https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y)

[9758-y](https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y)

Clavé, P., Verdaguer, A., y Arreola, V. (2005). Disfagia orofaríngea en el anciano.

*Medicina Clínica*, *124*(19), 742–748. <https://doi.org/10.1157/13075447>

Clínica Universitaria La Salle. (2023, 8 de febrero). *¿Quieres conocer más acerca del*

*método Lax Vox o tratamiento de la voz?*

[https://www.clinicauniversitariasalle.es/metodo-lax-vox-o-tratamiento-de-la-](https://www.clinicauniversitariasalle.es/metodo-lax-vox-o-tratamiento-de-la-voz/)

[voz/](https://www.clinicauniversitariasalle.es/metodo-lax-vox-o-tratamiento-de-la-voz/)

Fundación Universitaria María Cano. (2020, noviembre). *Tratamiento de la disfagia en*

*adultos*. Fundación Universitaria María Cano.

[https://www.fumc.edu.co/documentos/investigacion/tratamientodeladisfagiaenadu](https://www.fumc.edu.co/documentos/investigacion/tratamientodeladisfagiaenadultos.pdf)

[ltos.pdf](https://www.fumc.edu.co/documentos/investigacion/tratamientodeladisfagiaenadultos.pdf)

- Galindo, C. J. A. y Aguilar, D. M. R. (2020). Disfagia en el adulto mayor. *Universitas Medica*, 61(4), 117–128. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-4.disf>
- García-Peris, P., Parón, L., Velasco, C., de la Cuerda, C., Camblor, M., Bretón, I., Álvarez, J., y Cuerda, C. (2002). *Disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento*. *Nutrición Hospitalaria*, 17(2), 13–26. <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309226754006.pdf>
- González Monroy, D. C. (2021). *Telemedicina y fonoaudiología: Aportes para el manejo en pacientes con disfagia* [Tesis de grado, Universidad del Rosario]. Repositorio EdocUR. [https://doi.org/10.48713/10336\\_31578](https://doi.org/10.48713/10336_31578)
- González Victoriano, R., y Araya Salfate, C. (2000). Manejo fonoaudiológico del paciente con disfagia neurogénica. *Rev. chil. fonoaudiol*, 49-61. [https://futurofonoaudiologo.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/07/manejo\\_fa\\_disfagi\\_futurofonoaudiologo.pdf?utm\\_source=chatgpt.com](https://futurofonoaudiologo.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/07/manejo_fa_disfagi_futurofonoaudiologo.pdf?utm_source=chatgpt.com)
- González, R., y Bevilacqua, J. (2009). *Disfagia en el paciente neurológico*. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 20(252), 62–66. [https://www.academia.edu/download/40012320/disfagia\\_en\\_paciente\\_neurológico.pdf](https://www.academia.edu/download/40012320/disfagia_en_paciente_neurológico.pdf)
- Honeycomb Speech Therapy. (2022). *Ejercicio de elevación de cabeza (Shaker)* [PDF]. <https://honeycombspeechtherapy.com/wp-content/uploads/2022/03/SPANISH-The-Head-Lift-Exercise-Shaker.pdf>
- Janco, I. P. (2023). *Estimulación motora y sensitiva de la musculatura orofacial en pacientes adultos mayores con disfagia post ACV* [Tesis de grado, Universidad

FASTA]. REDI Repositorio Digital.

<http://dspace.ufasta.edu.ar/handle/123456789/2257>

Jiménez Gámez, A. L., Lizarazo Camacho, A. M., y Ángel Gordillo, L. F. (2004). Estudio cuasiexperimental de la eficacia del manejo fonoaudiológico en pacientes con disfagia hospitalizados en la Clínica Carlos Lleras Restrepo. *Revista de la Facultad de Medicina*, 52(3), 179–191. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/74635>

Leiva Guajardo, C., Morales Valdés, D., y Sáez Fuentes, A. (2023). Estudio descriptivo sobre el rol del fonoaudiólogo en la detección y abordaje de síntomas clínicos que sugieran disfagia esofágica en pacientes con diagnóstico de demencia avanzada. *Revista Confluencia*, 6(1). <https://doi.org/10.52611/confluencia.num1.2023.897>

Leiva, A. S., y Parra, D. P. (2020). Rol del fonoaudiólogo en el tratamiento de la disfagia en usuarios con alta clínica por COVID-19: Una revisión de literatura. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Salud*, 25(1), 1–12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.2020.v25i1.1234>

Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., y Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756–2763. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb>

Paniagua, J., Susanibar, F., Giménez, P., Murciego, P., y García, R. (2019). *Disfagia: De la evidencia científica a la práctica clínica (Vol. I–II)*. Giunti / EOS.

Pryor, J. (2013, June 28). *The Masako Maneuver*. National Foundation of Swallowing Disorders. <https://swallowingdisorderfoundation.com/the-masako-maneuver/>

- Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayanikalath, S., Barbon, C. E. A., Chen, J., Cichero, J. A. Y., Coutts, K., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Giosa, L., Hanson, B., Lam, P., Lecko, C., Leigh, C., Nagy, A., Namasivayam, A. M., Nascimento, W. V., Odendaal, I., Smith, C. H., y Wang, H. (2015). *The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: A systematic review*. **Dysphagia**, **30**(1), 2–26. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9578-x>
- Suárez-Escudero, J. C., Lema-Porto, K. S., Palacio-Patiño, D., Izquierdo-Moreno, M., y Bedoya-Londoño, C. L. (2022). *Disfagia orofaríngea neurogénica: concepto, fisiopatología clínica y terapéutica*. Archivos de Neurociencias, **27**(4). <https://doi.org/10.31157/an.v27i4.347>
- Susanibar, F., Parra, D., y Dioses, A. (2013). *Motricidad orofacial: Fundamentos basados en evidencias*. EOS. ISBN 978-84-9727-477-7
- Trovato, M. H., Rosa, M. I., y Brotzman, G. (2018). *Manual de fonoestomatología: Clínica, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la deglución y alimentación en niños y adultos*. Akadia Editorial.
- Velasco, M., Arreola, V., Clavé, P., y Puiggrós, C. (2007). *Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea*. [https://1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34028380/abordaje clinico de la disfagia o rofaringea-libre.pdf](https://1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/34028380/abordaje_clinico_de_la_disfagia_orofaringea-libre.pdf)

## **11. Anexos**

### **11.1. Anexo A: Instrumentos de medición**

#### **Solicitud de Consentimiento Informado**

Somos Muñoz Linggerini Guillermina y Torossi Martina, estudiantes de la Universidad Católica Argentina, Facultad Teresa de Ávila. Estamos llevando a cabo nuestro Trabajo Final de Licenciatura, perteneciente a la carrera de Fonoaudiología. Dicho estudio se titula “Estrategias fonoaudiológicas utilizadas en el tratamiento de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos”.

Si accedes a colaborar en este estudio, te pediremos responder a una serie de preguntas. Esto tomará pocos minutos de tu tiempo.

Tu participación en esta investigación es totalmente voluntaria. La información que brindes será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este trabajo. Tus respuestas serán anónimas.

Asimismo, te informamos que la entrevista podrá ser grabada mediante un grabador de voz, con el único fin de facilitar el registro y análisis de la información. Estas grabaciones serán tratadas con absoluta confidencialidad, no se difundirán públicamente y se eliminarán una vez finalizado el estudio. Tenés derecho a aceptar o rechazar la grabación sin que esto afecte tu participación.

Si tienes alguna duda, puedes hacer preguntas en cualquier momento durante tu participación en él. Igualmente, puedes retirarte sin que eso te perjudique en forma alguna.

Desde ya, agradecemos tu participación.

---

Nombre y Apellido

Firma

Fecha

## **Modelo de instrumento utilizado**

### **Trabajo integrador final de Licenciatura en Fonoaudiología**

“Estrategias fonoaudiológicas utilizadas en el tratamiento de pacientes con disfagia orofaríngea post ACV, mayores a 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos”.

#### **Entrevista semi-estructurada a fonoaudiólogas de la ciudad de Paraná:**

Esta entrevista forma parte de nuestra tesis de grado, cuyo objetivo es describir las estrategias terapéuticas utilizadas por los fonoaudiólogos en el tratamiento de la disfagia orofaríngea y evidenciar la importancia de la intervención fonoaudiológica como componente indispensable, destacando su contribución a la mejora de la función deglutoria, la optimización de la calidad de vida de y la prevención de complicaciones asociadas en el paciente con disfagia orofaríngea post ACV, mayores de 65 años, de la ciudad de Paraná, Entre Ríos.

Su participación es muy valiosa porque permitirá comprender mejor el tema abordado. La entrevista durará aproximadamente [30-45 minutos] y la información será tratada con confidencialidad.

#### **Trayectoria personal**

- ¿Podrías contarnos sobre tu formación académica y experiencia en el área de la fonoaudiología?
  
- ¿Qué te motivó a elegir esta profesión y, particularmente, la especialidad en deglución/disfagia?

- ¿Cómo es tu modalidad de trabajo y en qué instituciones o contextos te desempeñas actualmente?
- ¿Cuál es tu rol principal en tu lugar de trabajo?
- ¿Podrías describir un día típico en tu práctica profesional?

### **Preguntas centrales**

- Desde tu experiencia, ¿cómo describirías la situación actual de la fonoaudiología en tu área? ¿Cuál es tu percepción respecto al ejercicio de la fonoestomatología en la ciudad de Paraná?
- ¿Qué rol cumple el fonoaudiólogo en la rehabilitación de la disfagia orofaríngea post ACV? ¿Por qué es importante que haya un profesional de fonoaudiología como parte del abordaje del paciente con disfagia orofaríngea post ACV?
- ¿Cómo inicia un tratamiento en un paciente con disfagia orofaríngea post ACV?
- Según tu experiencia personal, ¿cuáles son las estrategias principales utilizadas en el tratamiento de la disfagia post ACV? (ej.: técnicas deglutorias, estimulación orofacial, ejercicios específicos).
- ¿Qué estrategias fonoaudiológicas consideras más efectivas en este tipo de pacientes?

- Según tu percepción, ¿cuál es el pronóstico de un paciente con disfagia orofaríngea post ACV? ¿Qué diferencias observás respecto de disfgias de otra etiología?
- En líneas generales, ¿cuáles son las habilidades deglutorias que suelen conservarse y cuáles resultan más comprometidas en estos pacientes?
- ¿Qué factores consideras que limitan o favorecen un abordaje eficaz?
- ¿Qué tipo de práctica fonoaudiológica consideras más efectiva en este tipo de pacientes?

#### REFLEXIÓN FINAL

- Si tuvieras que resumir en pocas palabras, ¿qué consideras que es lo más importante en relación a esta investigación?
- ¿De qué manera se podría visibilizar mejor el trabajo de los profesionales de la fonoaudiología en el tratamiento de la disfagia post ACV?
- ¿Qué cambios o mejoras te gustaría que se implementaran en esta área de la fonoaudiología en los próximos años?
- ¿Deseás dejar alguna recomendación a futuros profesionales o investigadores interesados en esta área?

### 11.2. Anexo B: tabla de codificación de participantes

<b>Código</b>	<b>Perfil profesional</b>	<b>Ámbito laboral</b>
<b>E1</b>	Lic. en Fonoaudiología	Hospital público
<b>E2</b>	Lic. en Fonoaudiología	Centro de neurorrehabilitación privado
<b>E3</b>	Lic. en Fonoaudiología	Centro de neurorrehabilitación privado
<b>E4</b>	Lic. en Fonoaudiología	Hospital público
<b>E5</b>	Lic. en Fonoaudiología	Hospital público
<b>E6</b>	Lic. en Fonoaudiología	Centro de neurorrehabilitación privado