

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA
ROSARIO, ARGENTINA
2026**

GMD

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



TF

2888



“Intervención fonoaudiológica temprana en la rehabilitación de la disfagia en pacientes post ACV”

ALUMNAS:

Andra, Yael Ximena
Dietz, Valentina Soledad

CON LA SUPERVISIÓN DE:

Lic. Lucia Gargallo
Lic. Ma. Celeste Olivetti

Tesina presentada por:

Andra, Yael Ximena.....

Dietz, Valentina Soledad.....

Con la supervisión de:

Licenciada en Fonoaudiología Gargallo, Lucia.....

Licenciada en Fonoaudiología Olivetti, Ma. Celeste.....

Aprobada por:

.....
.....
.....
.....

En Rosario, a los..... días del mes de.....del año.....

Legajos: A-1685/3

D-1328/5

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a nuestras tutoras, la Licenciada en Fonoaudiología Lucía Gargallo y la Licenciada María Celeste Olivetti, por acompañarnos a lo largo de todo el proceso de elaboración de este trabajo. Su compromiso, guía constante, predisposición y amplios conocimientos resultaron fundamentales, al igual que sus aportes y sugerencias, que enriquecieron de manera significativa el desarrollo del presente ensayo.

A nuestras familias y amigas/os, por su apoyo incondicional durante todo este recorrido. Su acompañamiento, tanto en lo emocional como en lo cotidiano, fue clave para sostenernos y seguir adelante, incluso en los momentos más complejos.

A los docentes que formaron parte de nuestra trayectoria académica, por su dedicación y vocación en la enseñanza, por compartir sus conocimientos y por impulsarnos a reflexionar, cuestionar y superarnos en cada etapa del aprendizaje.

A la Universidad Pública, por ofrecernos la oportunidad de formarnos en un espacio que promueve no solo el desarrollo profesional, sino también el compromiso social y el crecimiento personal.

Índice

Resumen	5
Introducción	6
Problematización	7
Justificación	10
Objetivos.....	11
Desarrollo	12
Capítulo 1: Disfagia post ACV: bases neurofisiológicas y relevancia clínica.....	12
Capítulo 2: Intervención fonoaudiológica temprana en la disfagia post ACV	255
Capítulo 3: Rehabilitación fonoaudiológica de la disfagia post ACV en el marco de la intervención temprana.....	400
Capítulo 4: Orientación a la familia y continuidad del tratamiento en el hogar	511
Conclusiones	588
Referencias	6060

Resumen

El presente ensayo aborda la intervención fonoaudiológica temprana en la rehabilitación de la disfagia en pacientes post accidente cerebrovascular (ACV), considerando su relevancia dentro del proceso de recuperación y su impacto en la calidad de vida. La fonoaudiología, en tanto disciplina que estudia diversas funciones, entre ellas las estomatognáticas y sus alteraciones, desempeña un rol fundamental en el abordaje de los trastornos de la deglución, dada su implicancia en la seguridad alimentaria y en el bienestar integral del paciente. En este marco, se destaca la función del fonoaudiólogo en la detección precoz, la planificación terapéutica y la orientación del entorno, favoreciendo la adecuada implementación de las recomendaciones.

El interés en esta temática se centra en la necesidad de visibilizar el rol del fonoaudiólogo dentro de la intervención temprana en disfagia post ACV, particularmente en las etapas iniciales, tanto aguda como subaguda. Desde un enfoque teórico y bibliográfico, el trabajo analiza los principales aspectos vinculados a esta alteración, incluyendo su caracterización, las bases fisiopatológicas y sus consecuencias funcionales.

Asimismo, se desarrollan los lineamientos generales de la evaluación y las estrategias de rehabilitación de la disfagia, considerando tanto técnicas terapéuticas específicas como estrategias compensatorias. Se incorpora también el análisis de la adherencia terapéutica como un factor relevante en la continuidad del tratamiento, así como el rol de la familia en la implementación de las indicaciones en el ámbito domiciliario.

De este modo, el ensayo propone una aproximación integral al abordaje de la disfagia post ACV, destacando la intervención fonoaudiológica temprana como un componente relevante dentro de los procesos de rehabilitación.

Palabras claves: disfagia; accidente cerebrovascular; intervención fonoaudiológica temprana; rehabilitación; adherencia terapéutica; familia.

Introducción

En el presente ensayo se propone examinar, a partir de diversos aportes teóricos y evidencia científica, la relevancia de la intervención fonoaudiológica temprana en la rehabilitación de la disfagia en pacientes post accidente cerebrovascular (ACV). En el contexto de las secuelas neurológicas asociadas al ACV, se otorga especial énfasis a las alteraciones de la deglución, las cuales constituyen una manifestación frecuente que puede incidir en el normal desarrollo del proceso alimentario y en la estabilidad clínica del paciente.

La disfagia post ACV requiere un abordaje rehabilitador integral que contemple la evaluación y el tratamiento de las alteraciones neuromotoras involucradas en el proceso deglutorio. En este contexto, la fonoaudiología desempeña un rol central en la detección, evaluación e intervención de las dificultades deglutorias, aportando estrategias terapéuticas orientadas a favorecer una alimentación segura y funcional, así como a prevenir complicaciones asociadas.

Diversos enfoques teóricos y clínicos destacan la importancia de iniciar la intervención fonoaudiológica de manera temprana, especialmente durante las etapas aguda y subaguda del ACV, con el objetivo de optimizar los procesos de recuperación y favorecer la reorganización funcional. De igual modo, la intervención temprana se inscribe dentro de un trabajo interdisciplinario que incluye la orientación a la familia y la continuidad del tratamiento más allá del ámbito hospitalario.

Desde esta perspectiva, el ensayo delimita su análisis en el lugar que ocupa la intervención fonoaudiológica temprana dentro del abordaje de la disfagia post ACV, atendiendo a las particularidades del proceso rehabilitador y a los criterios que orientan su implementación clínica. De este modo, se propone una reflexión que articula los fundamentos teóricos con las prácticas fonoaudiológicas actuales, situando la intervención temprana como un eje esencial en el abordaje integral del paciente.

Problematización

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), el accidente cerebrovascular (ACV) es una emergencia médica caracterizada por la interrupción del flujo sanguíneo cerebral, ya sea por una obstrucción o hemorragia, y constituye una de las principales causas de muerte y discapacidad adquirida en la población adulta a nivel mundial, dejando con frecuencia secuelas neurológicas, entre ellas alteraciones motoras, sensoriales y trastornos de la deglución. A nivel nacional, según la Oficina Científica de Asesoramiento Legislativo (2023), se estima que en poblaciones específicas el ACV presenta una incidencia cercana a los 120.000 casos anuales; de estos, aproximadamente 40.000 derivan en fallecimientos y una cantidad equivalente en nuevos casos de discapacidad cada año, por lo que estos datos reflejan no sólo la magnitud del problema, sino también su profundo impacto sanitario y social; así, el ACV se consolida como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en Argentina.

La disfagia post ACV representa una complicación de alta prevalencia que compromete tanto la seguridad como la eficacia del acto deglutorio, incrementando el riesgo de aspiración, neumonía, desnutrición, deshidratación y prolongación de la estancia hospitalaria, con un impacto directo en la morbilidad y en la calidad de vida de los pacientes; lo que lleva a considerar de qué forma la intervención temprana puede contribuir a prevenir complicaciones asociadas.

Desde un enfoque integral del funcionamiento humano, la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), propone un marco biopsicosocial para comprender y medir la salud y la discapacidad, integrando factores biológicos, individuales y sociales. Esta perspectiva no se limita a la presencia de enfermedades, sino que considera cómo las condiciones de salud impactan en la funcionalidad, la autonomía y la participación de las personas en la vida cotidiana (Organización Mundial de la Salud, 2001). En este sentido, la disfagia no debe entenderse únicamente como una alteración orgánica, sino también como un factor que puede limitar la realización de actividades básicas, como la

alimentación, y restringir la participación social del individuo, afectando su vida comunitaria, la adherencia al tratamiento y la aceptación de las adaptaciones alimentarias; lo que permite problematizar cuál es el impacto de la intervención fonoaudiológica temprana sobre la calidad de vida del paciente y su participación en actividades cotidianas, incluyendo la alimentación y la vida social.

Si bien cada ACV puede dar lugar a secuelas de distinta naturaleza y magnitud según las características del evento y del paciente, en la mayoría de los casos se observan modificaciones significativas en la vida cotidiana. Asimismo, se producen modificaciones en las responsabilidades laborales y en la organización del tiempo libre, lo que puede generar una sensación de pérdida de autonomía. Los roles dentro del núcleo familiar también se ven alterados, requiriendo que otros miembros asuman tareas previamente desempeñadas por el paciente. A ello se suma la disminución del placer y la motivación para comer, así como el aumento del tiempo requerido para alimentarse, transformando el acto alimentario en una experiencia fatigante que impacta de manera significativa en la rutina cotidiana.

A pesar de la relevancia clínica y funcional de estas consecuencias, la detección y el abordaje oportuno de la disfagia no siempre forman parte de los protocolos iniciales de atención durante las etapas aguda y subaguda del ACV. En este contexto, la demora en la intervención fonoaudiológica puede favorecer la instauración de patrones deglutorios ineficaces, la aparición de complicaciones respiratorias y nutricionales, así como una mayor dependencia funcional; lo que plantea la necesidad de indagar de qué manera puede garantizarse que la intervención fonoaudiológica temprana se implemente de forma sistemática durante dichas etapas.

No obstante, persisten interrogantes en torno a la aplicación efectiva de los criterios existentes para la intervención fonoaudiológica temprana en la disfagia post ACV, ya que el profesional fonoaudiólogo no siempre forma parte del equipo interdisciplinario desde las etapas iniciales del proceso asistencial. Esta situación condiciona la evaluación oportuna de la deglución y, en muchos casos, retrasa la

intervención, que queda condicionada a la aparición de complicaciones respiratorias o nutricionales. A ello se suma la dificultad para garantizar la continuidad y coherencia del abordaje fonoaudiológico a lo largo del proceso de atención, dado que la intervención suele circunscribirse al período de internación y no siempre se sostiene tras el alta hospitalaria, lo que genera abordajes fragmentados, con escasa articulación entre los distintos niveles de atención y con el resto del equipo interdisciplinario; lo que conduce a reflexionar acerca de cómo influye la participación del fonoaudiólogo dentro del equipo interdisciplinario en la detección precoz, la continuidad del tratamiento y la recuperación funcional de la disfagia.

En este marco, se vuelve necesario problematizar el lugar que ocupa la intervención fonoaudiológica temprana en la rehabilitación de la disfagia post ACV, considerando la evidencia disponible, las prácticas clínicas actuales y la necesidad de promover abordajes interdisciplinarios que prioricen la seguridad alimentaria, la recuperación funcional y la participación del paciente en su vida cotidiana.

Justificación

El presente ensayo aborda una temática de relevancia para la práctica fonoaudiológica: la intervención temprana en la disfagia posterior al accidente cerebrovascular (ACV). Si bien los trastornos de la deglución han sido tradicionalmente considerados como una consecuencia secundaria del daño neurológico, en la actualidad se reconoce su impacto directo sobre la seguridad alimentaria, la autonomía y la participación social de las personas, lo que exige una mirada que trascienda el enfoque estrictamente biomédico.

Desde una perspectiva integral del funcionamiento humano, la deglución no solo constituye una función fisiológica, sino también una actividad cotidiana cargada de significado social, cultural y vincular. En este sentido, las dificultades para alimentarse de manera segura y autónoma inciden en la calidad de vida, en los vínculos familiares y en la participación comunitaria, configurando un problema que interpela de forma directa al quehacer fonoaudiológico.

A pesar de la evidencia disponible acerca de los beneficios de la evaluación y la intervención precoz, la participación del profesional fonoaudiólogo en las etapas iniciales del proceso asistencial no siempre se encuentra garantizada, lo que invita a reflexionar críticamente sobre las prácticas actuales, los tiempos de derivación y el lugar que ocupa la deglución dentro de los equipos interdisciplinarios.

Es por ello que este trabajo se propone analizar la importancia de la intervención fonoaudiológica temprana en la disfagia post ACV, con el fin de aportar fundamentos teóricos y clínicos que contribuyan a visibilizar su relevancia, fortalecer el rol profesional y promover abordajes más integrales, oportunos y centrados en el funcionamiento y la participación del paciente.

Objetivos

General:

Analizar la relevancia de la intervención fonoaudiológica temprana en la rehabilitación de la disfagia post ACV.

Específicos:

- Examinar las principales perspectivas teóricas y evidencias científicas sobre la intervención fonoaudiológica temprana en pacientes con disfagia post ACV.
- Contrastar los aportes y límites de la intervención temprana en relación con el trabajo interdisciplinario en la etapa aguda y subaguda.
- Fundamentar la importancia de la orientación a la familia y de las estrategias de seguimiento en el hogar dentro de la intervención fonoaudiológica temprana y continua.

Desarrollo

Capítulo 1

Disfagia post ACV: bases neurofisiológicas y relevancia clínica

La Organización Mundial de la Salud (OMS, como se citó en Licona Rivera y Aguilera Sandoval, 2009) define al accidente cerebrovascular (ACV) como un síndrome clínico caracterizado por la instauración súbita de alteraciones neurológicas de tipo focal, o global en situaciones como el coma, que comprometen la función cerebral, con una duración mayor a 24 horas o con evolución hacia el fallecimiento, sin que se identifique una causa distinta a la de origen vascular.

Debido a su elevada incidencia y prevalencia, el ACV constituye un problema prioritario de salud pública, al posicionarse entre las principales causas de mortalidad y configurarse, a su vez, como la primera causa de discapacidad a nivel mundial. Esta condición no solo implica un alto impacto sanitario, sino que además conlleva importantes consecuencias funcionales que afectan la calidad de vida de quienes lo padecen.

En consonancia con esta definición, Helm-Estabrooks y Albert (2005) señalan que “un ACV comienza con un súbito déficit neurológico debido a una brusca interrupción del flujo en los vasos sanguíneos del cerebro, causado generalmente por la oclusión o la rotura de éstos” (p. 35). Dicha alteración hemodinámica genera un compromiso inmediato del tejido neuronal, dado que las neuronas dejan de recibir el aporte adecuado de oxígeno y nutrientes necesarios para su correcto funcionamiento. Como resultado, se desencadena una cascada de eventos fisiopatológicos que explican la aparición de déficits neurológicos de diversa magnitud y extensión.

Boehme et al. (2017) señalan que existen diversos factores de riesgo que incrementan la probabilidad de padecer un ACV, los cuales se clasifican en factores no modificables y modificables. Entre los factores no modificables se encuentran la edad, el sexo, las malformaciones arteriovenosas y los antecedentes familiares de

enfermedad cerebrovascular. En cuanto a los factores modificables, se destacan la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo de drogas y la diabetes mellitus, así como otros factores médicos y de estilo de vida, tales como el consumo excesivo de sodio, el estrés, la fibrilación auricular y los trastornos respiratorios del sueño, entre ellos la apnea. La identificación temprana de estos factores resulta clave para la prevención y el abordaje integral de esta patología. En este sentido, se estima que aproximadamente el 90% de los casos de ACV se vinculan con factores de riesgo modificables (Oficina Científica de Asesoramiento Legislativo, 2023).

Desde una perspectiva etiopatogénica, los ACV pueden clasificarse en dos grandes tipos: hemorrágicos e isquémicos. Los primeros se producen cuando un vaso sanguíneo cerebral se debilita y se rompe, provocando un escape de sangre hacia el cerebro. Representan aproximadamente el 20% de los casos y suelen asociarse a la ruptura de arterias que irrigan el cerebro, siendo el aneurisma una de las causas más frecuentes, generalmente vinculado a la hipertensión arterial. Este proceso no solo interrumpe el aporte de oxígeno a las neuronas, sino que también altera el equilibrio químico necesario para su adecuado funcionamiento. Asimismo, pueden originarse por malformaciones vasculares congénitas o por alteraciones estructurales de las arterias, lo que predispone a la aparición de eventos agudos con déficits neurológicos de instauración súbita, frecuentemente de carácter severo (Fundación Fleni, 2014).

Por otro lado, los ACV isquémicos representan aproximadamente el 80% del total de los casos y se producen como consecuencia de la obstrucción de un vaso sanguíneo que irriga sangre al cerebro, bloqueando así, el torrente sanguíneo, lo que impide la llegada de oxígeno y nutrientes a las neuronas. Este tipo de evento puede subdividirse en aquellos originados por trombosis y por embolia. La trombosis se produce por un coágulo que crece adherido a una arteria cerebral y la obstruye, impidiendo el flujo sanguíneo, en cambio, la embolia es un coágulo producido en otra parte del cuerpo, frecuentemente en el corazón, que llega al cerebro y queda atrapado en una arteria

cerebral. A su vez, el depósito de placas de colesterol, conocido como arteriosclerosis, puede también disminuir la luz de las arterias cerebrales, y provocar una isquemia cerebral. Algunas son transitorias, es decir, que los síntomas desaparecen luego de unas horas sin dejar déficits, pero la gran mayoría de las isquemias, dejan secuelas neurológicas (Fundación Fleni, 2014).

Paciaroni et al. (2004) señalan que algunos estudios han observado una mayor frecuencia de trastornos deglutorios en pacientes con ACV hemorrágico en comparación con aquellos con ACV isquémico.

En este sentido, la magnitud del daño no depende únicamente del tipo de ACV, sino también de la localización y extensión de la lesión, así como del tiempo transcurrido hasta la restitución del flujo sanguíneo.

Desde el punto de vista funcional, la American Heart Association-Stroke Outcome Classification (AHA-SOC, 1998) sistematiza los déficits neurológicos en seis dominios o áreas: motora, sensitiva, comunicación, visual, cognitiva y emocional. Esta clasificación permite comprender la complejidad del compromiso neurológico que puede presentarse tras un evento cerebrovascular y resulta especialmente relevante al analizar el impacto de dichos déficits sobre funciones complejas, como la deglución, frecuentemente afectada en este tipo de pacientes.

En este marco, las manifestaciones clínicas del ACV trascienden las alteraciones motoras evidentes, como los trastornos de la marcha o las dificultades en las destrezas manuales, e inciden de manera significativa en el desempeño de las actividades de la vida diaria. A estas se suman alteraciones del habla y de la deglución, que constituyen manifestaciones frecuentes y de alto impacto funcional, así como déficits cognitivos que pueden comprometer la memoria, la atención y la percepción visoespacial. De igual manera, los trastornos de la comunicación asociados a cuadros de afasia o disartria suelen coexistir con otros síntomas neurológicos, tales como el aumento del tono muscular, la fatiga, el dolor y alteraciones del estado anímico, entre ellas la depresión.

La coexistencia de estos déficits permite comprender que el ACV no afecta funciones aisladas, sino sistemas complejos y mutuamente dependientes, dentro de los cuales la deglución ocupa un lugar central por su implicancia directa en la nutrición, la hidratación y la seguridad del paciente. En consecuencia, la detección temprana de las alteraciones deglutorias adquiere especial relevancia en el abordaje integral de las personas que han sufrido un ACV.

La deglución puede comprenderse como una actividad neuromuscular compleja, regulada por los sistemas nerviosos central y periférico, que involucra de manera integrada diversas estructuras musculares, óseas y cartilaginosas (Cámpora y Falduti, 2019). En términos funcionales, este proceso implica el transporte de sustancias líquidas y sólidas, así como de la saliva, desde la cavidad oral hasta el estómago, y comprende tanto actos volitivos como automáticos (Chiavaro, 2011). Su adecuada ejecución depende de un control neurológico preciso, indispensable para asegurar tanto el tránsito eficaz del alimento como la adecuada protección de la vía aérea, en un contexto de coordinación dinámica entre la masticación, la deglución y la respiración, que requiere una regulación temporal exacta para evitar el ingreso del bolo al sistema respiratorio.

Desde una perspectiva fisiológica y biomecánica, la deglución ha sido definida como el pasaje del alimento desde la cavidad bucal hasta el estómago (Marmouset et al., 2015), proceso que se concreta mediante la acción coordinada de fuerzas, movimientos y variaciones de presión generadas por estructuras del complejo orofaringolaríngeo, con la participación integrada de los sistemas neurológico, digestivo y respiratorio. En esta dinámica intervienen seis pares de nervios craneales, cuatro nervios cervicales y más de treinta pares de músculos (Cámpora y Falduti, 2019). Esta compleja organización neuromotora permite comprender la vulnerabilidad de la deglución frente a las lesiones neurológicas, particularmente aquellas que comprometen las vías de integración y control motor.

Desde un enfoque descriptivo y clínico, la deglución se organiza en distintas etapas, tales como oral preparatoria, oral, faríngea y esofágica; cuya diferenciación

permite el análisis de los mecanismos que intervienen a lo largo del acto deglutorio. Esta división, si bien resulta útil para su estudio, no implica que las etapas de la deglución funcionen de manera aislada, ya que en la práctica clínica conforman un proceso continuo que requiere un alto grado de coordinación y sincronización para que el acto deglutorio se desarrolle de forma segura y eficaz.

La fase oral preparatoria, de carácter voluntario y duración variable según la consistencia del alimento, comienza con la introducción del bolo en la cavidad oral, el sellado labial y la masticación, que posibilitan su mezcla con saliva y la conformación del bolo alimenticio. Esta etapa requiere una compleja coordinación sensoriomotora regulada principalmente por los pares craneales V, VII, X y XII (Lizzi et al., 2014). A continuación, durante la fase oral propiamente dicha, también voluntaria y de corta duración, la lengua impulsa activamente el bolo hacia la orofaringe mediante gradientes de presión, facilitando su traslado hasta las zonas gatillo del reflejo disparador deglutorio.

Una vez activado este reflejo, se inicia la fase faríngea, de naturaleza involuntaria y crítica para la seguridad del acto deglutorio. Según Cámpora y Falduti (2019), en esta instancia se pone en marcha una secuencia coordinada de mecanismos protectores orientados a preservar la vía aérea y asegurar el pasaje eficaz del bolo. Entre ellos, se produce la inhibición transitoria de la respiración, conocida como apnea deglutoria, en simultaneo, la elevación del velo del paladar garantiza el cierre velofaríngeo e impide el reflujo hacia la cavidad nasal. De manera simultánea, la retracción de la raíz de la lengua favorece la propulsión del bolo hacia la faringe, donde transita por las valléculas epiglóticas y los senos piriformes antes de ingresar al esófago.

Asimismo, se producen ajustes laríngeos coordinados destinados a garantizar la protección de la vía aérea, que incluyen el ascenso y desplazamiento anterior del complejo hio-laríngeo, el cierre de los pliegues vocales y vestibulares y el descenso de la epiglotis, favoreciendo el desvío del bolo hacia los senos piriformes y evitando su ingreso a la vía aérea. De manera concomitante, la contracción secuencial de los

músculos constrictores faríngeos genera una onda peristáltica que impulsa el bolo hacia el esfínter esofágico superior (EES), cuya relajación permite su pasaje seguro al esófago.

Finalmente, la fase esofágica, completamente involuntaria y de mayor duración, se caracteriza por movimientos peristálticos coordinados que impulsan el bolo hacia el estómago, mientras los esfínteres esofágicos regulan el tránsito y previenen el reflujo, completando así el proceso deglutorio.

El control neural de esta secuencia se organiza principalmente a nivel del tronco encefálico. Bleecx (2012) señala que allí se localizan los núcleos de los pares craneales implicados en la función alimentaria (V, VII, IX, X, XI, XII), mientras que St. Guily et al. (2005) describen el denominado centro bulbar de la deglución, conformado por el núcleo del tracto solitario y el núcleo ambiguo, rodeados por la formación reticular, donde convergen las conexiones nucleares y supranucleares de los centros respiratorio, fonatorio y deglutorio. El cerebelo establece la perfecta coordinación entre la respiración y la deglución, mientras que los núcleos grises se encargan de asegurar la sincronización de todo el proceso deglutorio.

Comprender esta compleja organización neuromotora resulta fundamental, ya que pequeñas alteraciones en cualquiera de sus componentes pueden comprometer la seguridad o la eficacia del acto deglutorio, constituyendo la base fisiopatológica de la disfagia, particularmente en cuadros de origen neurológico como el ACV.

En este sentido, “la disfagia es definida como la dificultad o alteración en el transporte de saliva y del bolo alimenticio en sus estados líquido o sólido desde la boca hacia el estómago” (Cámpora y Falduti, 2019, p. 73). La alteración de la deglución es conocida como disfagia, ubicándose dentro de los Trastornos de la Deglución y Alimentación. Constituye una “alteración en la secuencia de la deglución”, lo cual puede resultar en un compromiso de la seguridad y eficiencia (Dodrill y Gosa, 2015, como se citó en González Moreira et al., 2021).

La comprensión de la disfagia requiere atender a las distintas fases que componen el acto deglutorio, así como a las alteraciones que pueden presentarse en cada una de ellas, dado que esta condición no constituye un fenómeno homogéneo, sino que se expresa de manera diversa según los mecanismos neuromotores y sensoriales comprometidos. Como señalan Cámpora y Falduti (2019), si bien la deglución ha sido descrita previamente como un proceso continuo y coordinado, la diferenciación analítica de sus etapas permite identificar con mayor precisión los puntos de falla que afectan la seguridad y la eficacia del pasaje del bolo alimenticio.

En la fase oral, las alteraciones se asocian principalmente a déficits en el control motor y sensitivo de las estructuras orales, comprometiendo la adecuada formación, contención y propulsión del bolo. En este sentido, la debilidad, la descoordinación o la limitación de los movimientos linguales favorecen la aparición de residuos en la cavidad oral, el escape anterior o posterior del alimento y el enlentecimiento del tránsito oral. A su vez, las alteraciones de la sensibilidad interfieren en la percepción del bolo, afectando la organización del acto deglutorio y el inicio oportuno de la fase siguiente.

En la fase faríngea, las alteraciones se expresan principalmente a través de un retraso en el disparo del reflejo deglutorio, una elevación laríngea insuficiente, un cierre glótico incompleto o una disminución de la contracción faríngea, configuran un escenario de riesgo para la protección de la vía aérea. En este contexto, aumenta la probabilidad de aspiración del material alimentario, antes, durante o después de la deglución, la cual puede presentarse de forma evidente o silenciosa. A su vez, la presencia de residuos en valléculas y senos piriformes da cuenta de un compromiso en la eficacia del tránsito faríngeo.

Por su parte, la fase esofágica se ve afectada cuando existen alteraciones en el tránsito del bolo a lo largo del esófago o en los mecanismos de apertura y cierre de los esfínteres esofágicos. Si bien estas dificultades pueden responder a causas estructurales o funcionales, en el contexto de la disfagia de origen neurológico suelen asociarse a alteraciones en la regulación motora del peristaltismo esofágico.

Clínicamente, estas disfunciones se manifiestan como sensación de detención del bolo, regurgitación o molestias retroesternales, y si bien su impacto sobre la seguridad de la deglución es indirecto, resultan relevantes en tanto condicionan la ingesta oral y el estado nutricional del paciente (Cámpora y Falduti, 2019).

El análisis funcional de las alteraciones que pueden presentarse a lo largo del acto deglutorio pone de manifiesto que la disfagia adopta configuraciones clínicas variables, determinadas por la fase comprometida y por los mecanismos neurofisiológicos involucrados. Esta diversidad de manifestaciones hace necesario organizar dichas expresiones en categorías que permitan vincular los déficits observados con los niveles funcionales afectados, facilitando su comprensión, evaluación y abordaje terapéutico en la práctica clínica. En este sentido, la consideración de la fase del acto deglutorio predominantemente alterada se constituye como un criterio central para la clasificación de la disfagia.

Conforme a lo expuesto, y según la localización predominante de la alteración en el acto deglutorio, es posible clasificar la disfagia en orofaríngea y esofágica. En este sentido, la primera se vincula con alteraciones en las fases oral y faríngea, mientras que la segunda se asocia a compromisos en la fase esofágica (World Gastroenterology Organisation, 2014).

La disfagia orofaríngea implica una alteración en los mecanismos responsables de la formación y el pasaje inicial del bolo alimenticio desde la cavidad oral hacia el esófago, asociada a disfunciones en las fases oral preparatoria, oral y faríngea de la deglución. Sus manifestaciones clínicas se presentan de manera inmediata al inicio del acto deglutorio, evidenciando un compromiso en los procesos que regulan el comienzo y la coordinación de la deglución (Cámpora y Falduti, 2019). En la población post ACV, la disfagia orofaríngea se reconoce como la forma predominante, en tanto el evento vascular compromete de manera directa los circuitos neuromotores que regulan las fases iniciales del acto deglutorio. Clínicamente, esta alteración se manifiesta con mayor frecuencia a través de síntomas tales como:

- Dificultad para comenzar a deglutir, deglución repetitiva.
- Regurgitación nasal.
- Tos.
- Voz nasal.
- Babeo.
- Disminución del reflejo tusígeno.
- Ahogo (nótese que puede haber penetración laríngea y aspiración sin tos ni ahogo concomitantes).
- Disartria y diplopía (pueden acompañar a patologías neurológicas que provocan disfagia orofaríngea).
- Halitosis en pacientes con un divertículo de Zenker que contenga residual o en pacientes con acalasia avanzada u obstrucción prolongada, con acumulación de residual en descomposición en la luz.
- Neumonías recurrentes.

En contraste, la disfagia esofágica se caracteriza por dificultades en el tránsito del bolo alimenticio desde el EES hacia el estómago, como resultado de alteraciones funcionales o estructurales del esfínter esofágico inferior. A diferencia de la forma orofaríngea, los síntomas suelen manifestarse varios segundos después de la deglución y son referidos con mayor frecuencia a la región retroesternal (Cámpora y Falduti, 2019).

La disfagia neurogénica es una de las complicaciones más frecuentes en el paciente que ha sufrido un ACV (Cámpora y Falduti, 2019). Si bien puede manifestarse inicialmente como un síntoma secundario al daño neurológico, esta alteración trasciende su carácter sintomático para configurarse como una condición clínica específica. La disfagia no solo constituye una consecuencia del evento vascular, sino que se presenta como una entidad clínica con manifestaciones propias, sustentada en mecanismos fisiopatológicos definidos y asociada a repercusiones funcionales significativas que inciden directamente en la morbilidad y en la calidad de vida del paciente.

Según Goldemund (2025), la expresión clínica de la disfagia posterior a un ACV se encuentra estrechamente vinculada a la localización de la lesión neurológica, dado que la deglución constituye un proceso complejo que requiere la integración funcional de múltiples estructuras corticales, subcorticales y del tronco encefálico, con la modulación coordinadora del cerebelo. En este sentido, la afectación de determinados territorios vasculares no solo condiciona la gravedad del cuadro disfágico, sino que también imprime características clínicas particulares que orientan la evaluación y la intervención fonoaudiológica.

En los ACV de origen cortical, especialmente aquellos que comprometen el territorio de la arteria cerebral media, la lesión de áreas clave como la corteza motora primaria, la ínsula y el opérculo interfiere con el control voluntario del acto deglutorio y con la adecuada modulación de las vías corticobulbares. Como consecuencia, se observan con frecuencia alteraciones en la fase oral, retrasos en el disparo de la fase faríngea y un aumento del riesgo de aspiración, fenómeno que se vuelve particularmente evidente ante la ingesta de líquidos. Estas manifestaciones ponen de relieve el rol central de las estructuras corticales en la iniciación y organización consciente de la deglución.

Asimismo, los ACV que afectan el territorio de la arteria cerebral posterior pueden comprometer estructuras profundas, como el tálamo y el mesencéfalo, generando alteraciones predominantemente sensoriales y de coordinación del reflejo deglutorio. En particular, la afectación de los núcleos talámicos ventral posterolateral y ventral posteromedial altera la retroalimentación sensorial orofaríngea, dando lugar a cuadros de disfagia sensorial. Esta condición se manifiesta clínicamente a través del retraso en el tránsito del bolo y de aspiraciones silenciosas, lo que incrementa el riesgo de complicaciones respiratorias y dificulta su detección precoz.

En los ACV subcorticales, la lesión de la cápsula interna interrumpe las vías corticobulbares encargadas de transmitir la información motora hacia los núcleos del tronco encefálico responsables de la deglución. Este compromiso suele traducirse en

un deterioro de la deglución voluntaria, con propulsión oral enlentecida, siendo el impacto clínico más severo en los casos de lesiones bilaterales. A su vez, la afectación de los ganglios basales altera la regulación de las secuencias motoras automáticas y el control motor fino, lo que se expresa como descoordinación lingual y disfunción de la fase oral, reforzando la idea de que la deglución no es un acto meramente reflejo, sino una conducta motora altamente organizada.

Los ACV del tronco encefálico constituyen una de las principales causas de disfagia grave, dado que comprometen de manera directa los centros de integración de la deglución. A diferencia de otras localizaciones, este tipo de lesiones suele generar un impacto funcional amplio, con alteraciones significativas de las fases faríngea y laríngea y un elevado riesgo de aspiración.

En el síndrome medular lateral o de Wallenberg, habitualmente asociado a la oclusión de la arteria cerebelosa posteroinferior, la lesión de estructuras implicadas en el control faríngeo y laríngeo produce una alteración severa de estas funciones, manifestándose clínicamente en la disminución o ausencia de los reflejos protectores, parálisis de cuerdas vocales y un marcado compromiso de la seguridad de la vía aérea.

De manera similar, en el infarto medular medial, vinculado a la arteria espinal anterior, el compromiso de los circuitos responsables del control lingual genera alteraciones significativas de la fase oral, caracterizadas por debilidad y desviación de la lengua, lo que dificulta la propulsión y el control del bolo alimenticio.

En el nivel pontino, la afectación de fibras corticobulbares y de núcleos de nervios craneales puede dar lugar a cuadros complejos de disfagia grave, frecuentemente acompañados de disartria, hipernasalidad y alto riesgo aspirativo, especialmente cuando las lesiones son bilaterales y extensas, situación que limita las posibilidades de compensación funcional.

Finalmente, en el ACV cerebeloso, la disfagia suele presentarse asociada a un compromiso del tronco encefálico; sin embargo, en lesiones cerebelosas aisladas es posible observar una deglución descoordinada, con retraso en el tránsito del bolo,

característica de la denominada disfagia atáxica. Este patrón clínico pone en evidencia la función moduladora del cerebelo sobre los mecanismos de sincronización y coordinación motora que sustentan el acto deglutorio (Goldemund, 2025).

Además del nivel anatómico comprometido, la lateralización de la lesión cerebral desempeña un rol relevante, observándose patrones de alteración deglutoria asociados al hemisferio afectado.

En los casos de lesiones localizadas en el hemisferio derecho, se observa con mayor frecuencia un compromiso de la fase faríngea de la deglución, acompañado de alteraciones en los mecanismos de cierre glótico, lo que incrementa el riesgo de aspiración. Por el contrario, los ACV que afectan al hemisferio izquierdo suelen asociarse a trastornos en la organización y programación del acto deglutorio, tales como apraxias, junto con dificultades en el control oral del bolo y presencia de babeo, comprometiendo principalmente la fase oral para distintas consistencias (Hawkes, 2019).

A partir de lo expuesto, se considera que estas diferencias en la expresión clínica de la disfagia según el hemisferio comprometido refuerzan la necesidad de una evaluación fonoaudiológica integral y situada, que contemple no solo la localización de la lesión y sus implicancias funcionales sobre las distintas fases de la deglución, sino también la interacción entre la extensión del daño, los mecanismos de compensación y las características individuales de cada paciente.

Los ACV que afectan a ambos hemisferios cerebrales se asocian a una mayor incidencia y severidad de la disfagia que los unilaterales (Groher, 1997).

Desde una perspectiva más amplia, las consecuencias de la disfagia trascienden el plano estrictamente biomédico e inciden de manera profunda en la calidad de vida de las personas que han sufrido un ACV. Las alteraciones en el proceso deglutorio no solo incrementan el riesgo de complicaciones médicas significativas, como aspiración y neumonía asociada a la deglución, sino que también favorecen la aparición de

desnutrición y deshidratación, condiciones que pueden prolongar la hospitalización, dificultar la recuperación neurológica y agravar otros déficits funcionales.

Conforme a lo expuesto por Camarero Gonzalez (2019), la aspiración de material alimentario hacia la vía aérea, en especial cuando ocurre de manera silenciosa, representa un desafío clínico importante, dado que su detección puede ser tardía y su impacto profundo. La neumonía por aspiración, por su parte, constituye una de las complicaciones más graves asociadas a la disfagia, elevando la morbilidad y limitando los posibles avances en la rehabilitación funcional. Paralelamente, la ingestión oral insuficiente, la evitación de determinadas consistencias y la dependencia para alimentarse incrementan la probabilidad de desnutrición y deshidratación, lo que se traduce en menor reserva energética, mayor fragilidad inmunológica y peor pronóstico general.

En este sentido, la disfagia post ACV se configura como una condición que afecta la seguridad, la eficacia de la alimentación y la percepción subjetiva del bienestar, incidiendo de manera transversal en la calidad de vida. La coexistencia de otras secuelas del ACV, como déficits comunicacionales, alteraciones cognitivas o limitaciones motoras, intensifica aún más este impacto, dando cuenta de la complejidad del abordaje requerido. Por ello, se considera que la intervención fonoaudiológica no solo se orienta al restablecimiento de la función deglutoria, sino también a la prevención de complicaciones, la promoción de estrategias seguras de alimentación y la mejora del bienestar global del paciente y su entorno.

Capítulo 2

Intervención fonoaudiológica temprana en la disfagia post ACV

En el contexto del accidente cerebrovascular (ACV), el momento en que se inicia la intervención terapéutica adquiere un valor determinante para la evolución funcional del paciente. En particular, la disfagia post ACV constituye una condición cuya detección y abordaje temprano pueden modificar de manera significativa el pronóstico, tanto en términos de seguridad alimentaria como de recuperación funcional. No obstante, en las etapas iniciales del evento neurológico, algunos pacientes atraviesan un período de recuperación espontánea, caracterizado por una mejoría parcial de la función deglutoria asociada a procesos neurobiológicos iniciales, como la reorganización funcional temprana. Sin embargo, se reconoce que la recuperación espontánea no siempre garantiza una restitución funcional completa ni sostenida de la deglución, y que un porcentaje de pacientes presenta persistencia de la disfagia más allá de las primeras semanas o meses posteriores al ACV.

A pesar de ello, en algunos contextos clínicos, el abordaje de las alteraciones deglutorias puede verse postergado, ya sea en función de la estabilidad clínica general del paciente o bajo la expectativa de una evolución favorable sin intervención específica.

Frente a esta perspectiva, la intervención fonoaudiológica temprana se configura como un componente fundamental dentro del abordaje integral, orientado no solo a la identificación precoz de las alteraciones deglutorias, sino también a la prevención de complicaciones y a la optimización de los procesos de rehabilitación. Esta concepción de la intervención se inscribe en un marco más amplio que reconoce a la fonoaudiología como una disciplina con incumbencias específicas y responsabilidades claramente definidas en el campo de la salud.

En este sentido, el ejercicio profesional de la fonoaudiología se encuentra regulado, en el ámbito de la Provincia de Santa Fe, por la Ley de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología, registrada bajo el N.º 14.221 y publicada en el Boletín Oficial provincial. Dicho marco normativo no sólo delimita el alcance de la práctica profesional,

sino que legitima un campo de intervención amplio y dinámico, orientado al abordaje integral de la comunicación humana y de las funciones que la sustentan.

En función de lo establecido por esta ley, la práctica fonoaudiológica no se circunscribe exclusivamente al tratamiento de las patologías ya instauradas, sino que comprende acciones de promoción de la salud, prevención, investigación, evaluación e intervención temprana, así como los procesos de diagnóstico, pronóstico, seguimiento, habilitación, rehabilitación y alta. Estas intervenciones se desarrollan mediante procedimientos subjetivos y objetivos, se extienden a lo largo de todas las etapas del ciclo vital e incorporan estrategias clínicas específicas, complementarias y aquellas que el avance científico y tecnológico posibilite en el futuro.

Dentro de este encuadre, el sistema estomatognático ocupa un lugar central en el campo de competencia fonoaudiológica, en tanto constituye el soporte funcional de procesos esenciales como la alimentación, la respiración y la comunicación. El abordaje de este sistema implica una mirada integral sobre los aspectos estructurales y funcionales de la motricidad orofacial, así como sobre la función respiratoria y las funciones orales nutritivas y no nutritivas, entre las que se incluyen la succión, la sorbición, la masticación y la deglución. Así mismo, la intervención fonoaudiológica se orienta al control de secreciones y al trabajo específico sobre las distintas unidades funcionales comprometidas (Ley Provincial N. ° 14221, 2023).

Según Arroyo et al. (2009), la Atención Temprana Fonoaudiológica (ATF) se encuadra dentro de las etapas aguda y subaguda del ACV. Si bien los autores desarrollan este concepto en el campo neurolingüístico y de los trastornos del lenguaje, sus aportes resultan relevantes para pensar el momento oportuno de intervención fonoaudiológica en términos más amplios.

En este sentido, el ACV atraviesa distintos períodos evolutivos que inciden directamente en la expresión clínica de las alteraciones y en las posibilidades de abordaje terapéutico. Así, la consideración de estas etapas resulta clave para orientar

la intervención temprana en las alteraciones de la deglución y la toma de decisiones clínicas en función del estado neurológico del paciente.

En este contexto, y en consonancia con el enfoque de A.T.F. propuesto por Arroyo et al. (2009), el paciente que presenta alteraciones de la deglución se encontraría en una situación de riesgo clínico significativo, dado que los déficits deglutorios instaurados en las etapas aguda y subaguda del ACV pueden comprometer de manera inmediata la seguridad de la vía aérea, el estado nutricional y la estabilidad clínica general. En este sentido, la disfagia deja de ser considerada una secuela secundaria del evento neurológico y se posiciona como una condición que requiere evaluación e intervención oportuna desde los períodos iniciales de la enfermedad.

Esta perspectiva no se vincula exclusivamente con la presencia del trastorno, sino con el riesgo potencial de complicaciones asociadas, tales como la aspiración, la neumonía aspirativa, la desnutrición y la deshidratación; desde este enfoque, el abordaje precoz adquiere un carácter prioritariamente preventivo, en línea con los principios de la atención temprana, orientado a minimizar daños secundarios mediante la evaluación oportuna de la función deglutoria y la implementación de estrategias terapéuticas y compensatorias que favorezcan una deglución segura y eficaz.

Arias Cuadrado (2009) describe el ACV como un proceso dinámico que atraviesa distintas fases evolutivas, caracterizadas por una etapa inicial de inestabilidad clínica seguida de una progresiva estabilización funcional. En este marco, la distinción entre los períodos agudo y subagudo resulta relevante para comprender la evolución del paciente y orientar las decisiones terapéuticas, constituyéndose en un criterio clave para la planificación del abordaje rehabilitador, incluida la intervención fonoaudiológica en etapas tempranas.

Durante el período agudo, que se corresponde con las primeras horas y días posteriores al evento cerebrovascular, predomina una marcada inestabilidad neurológica y clínica. En esta etapa, el compromiso del nivel de conciencia, la fatigabilidad y la disminución de la capacidad de respuesta impactan significativamente

sobre la seguridad del acto deglutorio. La disfagia suele manifestarse de forma severa, con alteraciones en el control orofacial y faríngeo que incrementan el riesgo de aspiración y de complicaciones respiratorias. Bajo estas condiciones, la intervención fonoaudiológica adquiere un rol con el eje centrado en la prevención de complicaciones, orientándose a la evaluación precoz de la deglución y a la indicación de medidas destinadas a resguardar la vía aérea y el estado nutricional, más que al reaprendizaje funcional propiamente dicho.

A medida que el cuadro neurológico comienza a estabilizarse, se ingresa al período subagudo, caracterizado por una progresiva disminución de la inhibición funcional y por mejores condiciones para la recuperación. En relación con la disfagia, pueden observarse modificaciones en el patrón deglutorio que permiten iniciar o intensificar el tratamiento fonoaudiológico, incorporando estrategias terapéuticas y compensatorias dirigidas a favorecer una deglución más segura y eficaz. En esta etapa, la intervención temprana cobra un valor estratégico, ya que la mayor disponibilidad neurofuncional y los mecanismos de reorganización neural facilitan el reaprendizaje y la optimización de la función deglutoria.

Además, esta intervención temprana encuentra sustento en los principios de neuroplasticidad, entendida como la capacidad del sistema nervioso para reorganizarse estructural y funcionalmente en respuesta a la lesión y a la experiencia. Por lo tanto, el inicio precoz de la intervención fonoaudiológica adquiere un valor estratégico, en tanto puede favorecer la recuperación de la función deglutoria y prevenir la consolidación de patrones deglutorios ineficaces. No obstante, la neuroplasticidad no constituye un proceso homogéneo ni ilimitado en el tiempo, sino que se expresa con mayor intensidad durante las etapas iniciales posteriores al evento cerebrovascular, configurando una ventana crítica para la intervención.

En términos neurofisiológicos, la neuroplasticidad se define como la capacidad del sistema nervioso para generar modificaciones funcionales y estructurales, tales como cambios en las corrientes iónicas, la liberación de neurotransmisores, la

remodelación sináptica y la reorganización de la conectividad de las redes neurales, con el fin de adaptarse a situaciones patológicas y mantener la eficacia de los circuitos neuronales comprometidos (Feldberg y Demey, 2015). En el ámbito de la deglución, estos mecanismos resultan fundamentales, dado que el control del acto deglutorio depende de la integración dinámica de estructuras corticales, subcorticales y tronco encefálicas.

En pacientes que presentan disfagia de etiología neurológica, especialmente como secuela de un ACV, la neuroplasticidad permite la reorganización de los circuitos responsables del control motor orofacial y faríngeo, favoreciendo la recuperación parcial o total de la seguridad y eficacia de la deglución a partir de programas de intervención fonoaudiológica temprana. Actuar de manera temprana posibilita el control de variables que pueden interferir en el tratamiento posterior, así como el acompañamiento terapéutico en los momentos iniciales de la lesión neurológica.

Desde esta perspectiva, la intervención fonoaudiológica temprana, como parte del abordaje de la atención temprana, se sustenta en principios neurofisiológicos vinculados a la plasticidad cerebral y sus mecanismos asociados. Según lo expuesto por Zarareth Padilla Acevedo (2023), la plasticidad cerebral comprende tanto aspectos estructurales como funcionales, permitiendo la reorganización del sistema nervioso a través de la generación de nuevas neuronas y de cambios en el funcionamiento fisiológico que posibilitan que otras neuronas asuman funciones perdidas. En este marco, se incluyen procesos como la vicariedad funcional, mediante la cual áreas cerebrales indemnes asumen funciones previamente desempeñadas por regiones lesionadas, y la equipotencialidad, que refiere a la capacidad de transferencia y sustitución funcional entre regiones cerebrales, favoreciendo la compensación de déficits deglutorios y la recuperación del patrón deglutorio.

En este marco, la intervención fonoaudiológica temprana no se limita únicamente a la instauración de estrategias terapéuticas, sino que se inicia con una evaluación sistemática y oportuna de la función deglutoria. La valoración precoz constituye el primer

eslabón del abordaje clínico, en tanto permite identificar riesgos inmediatos, definir la vía de alimentación segura y orientar la planificación del tratamiento. En consonancia con esta perspectiva, Alessandro et al. (2020) señalan que la evaluación de la deglución y del estado nutricional en pacientes con ACV debería realizarse dentro de las primeras 24-48 horas, tan pronto como el nivel de conciencia lo permita, por personal entrenado y antes de ofrecer alimentos o medicación por vía oral, con el objetivo de disminuir complicaciones respiratorias y nutricionales, reducir la estancia hospitalaria y favorecer una mejor evolución funcional. De este modo, la evaluación temprana se configura no sólo como una instancia diagnóstica, sino como una intervención preventiva en sí misma, capaz de incidir de manera directa en el pronóstico del paciente.

A partir de esta valoración inicial, la evaluación de la deglución debe iniciarse con una observación clínica integral del paciente, orientada a comprender el funcionamiento global del sistema estomatognático antes de la aplicación de pruebas específicas. Tal como plantea Norma Chiavaro (2011), esta primera aproximación permite identificar signos funcionales relevantes en condiciones espontáneas, favoreciendo un abordaje diagnóstico más completo y contextualizado. En esta línea, y siguiendo los aportes de Mónica Trovato (2018), la exploración fonoestomatognática constituye un pilar fundamental dentro del proceso de evaluación, ya que permite reconocer de manera temprana alteraciones estructurales y funcionales que pueden interferir en el desempeño de las funciones orales.

Previo a la aplicación de herramientas de cribado estandarizadas, resulta fundamental realizar una observación directa del funcionamiento orofacial en reposo y durante actividades espontáneas. Esta instancia permite relevar indicadores tempranos de riesgo a partir del modo en que el paciente organiza funciones básicas, incluso antes de la administración de cualquier estímulo alimentario (Trovato et al., 2018). La observación de la cavidad oral adquiere un valor central, no solo desde el punto de vista estructural, sino también en relación con su participación funcional en el control del bolo y de las secreciones. Desde esta perspectiva, la presencia de babeo constituye un signo

clínico relevante, ya que puede reflejar dificultades en la gestión salival, alteraciones del tono muscular o déficit en el cierre labial.

A su vez, la evaluación de la simetría de los movimientos orofaciales permite identificar posibles asimetrías neuromusculares que podrían interferir en la eficacia de la deglución, especialmente en pacientes con compromiso neurológico. Del mismo modo, el análisis del cierre labial anterior en reposo y durante la función resulta fundamental, dado que su incompetencia puede asociarse tanto al escape de saliva o alimento como a patrones respiratorios orales que impactan negativamente en la dinámica deglutoria (Trovato et al., 2018).

En este contexto, adquiere especial relevancia la observación de la deglución espontánea de saliva. Este acto, al producirse de manera automática y sin intervención externa, refleja el patrón deglutorio habitual del paciente y permite evaluar la coordinación de los movimientos orofaciales, la participación lingual, la estabilidad mandibular y el sellado labial. A la vez, constituye un indicador clínico precoz de la seguridad de la vía aérea y de la organización del acto deglutorio, permitiendo inferir la eficacia y oportunidad del disparo de la respuesta deglutoria, entendida no como un reflejo simple, sino como un patrón motor complejo que depende de la adecuada integración sensoriomotora (Trovato et al., 2018).

De este modo, esta fase de observación inicial no solo orienta la toma de decisiones inmediatas, sino que permite contextualizar los hallazgos posteriores obtenidos mediante pruebas de cribado y evaluación funcional, integrando la información dentro de una comprensión más amplia del desempeño del paciente. Lejos de constituir un mero paso previo, la exploración fonoestomatognática inicial se configura como una intervención preventiva en sí misma, capaz de anticipar dificultades y orientar el plan terapéutico de manera segura y fundamentada.

En continuidad con este proceso de evaluación clínica, el screening o cribado de disfagia se incorpora como una instancia específica dentro de la valoración inicial, orientada a identificar de manera rápida a aquellos pacientes con riesgo de aspiración

y que, por lo tanto, requieren una evaluación fonoaudiológica más exhaustiva. Estas herramientas, que suelen aplicarse en las primeras horas de internación, permiten orientar decisiones iniciales respecto de la seguridad de la vía oral y la necesidad de restringir la ingesta hasta completar la valoración clínica (American Speech-Language-Hearing Association, s. f.).

Entre los procedimientos de cribado más utilizados se encuentran el test del agua, el Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST) y el Gugging Swallowing Screen (GUSS), desarrollados con el objetivo de detectar de forma temprana signos de riesgo y prevenir complicaciones respiratorias asociadas a la aspiración.

El test del agua consiste en la administración progresiva de agua mientras se observan signos clínicos de alteración de la deglución, como tos, disfonía o babeo, cuya presencia sugiere riesgo de aspiración; sin embargo, presenta limitaciones relevantes, ya que depende principalmente del reflejo de tos y puede no detectar aspiraciones silentes, especialmente en pacientes con alteraciones de la sensibilidad faríngea (DePippo et al., 1992). Por su parte, el TOR-BSST es un test estructurado que evalúa ítems como la sensibilidad faríngea, la movilidad lingual, la calidad de la voz antes y después de la deglución y la deglución de agua, con el objetivo de predecir la presencia de disfagia definida por aspiración o por anomalías fisiológicas (Martino et al., 2009). Finalmente, el GUSS propone una evaluación progresiva que inicia con aspectos indirectos de la deglución, como el nivel de conciencia, el control de la saliva y la tos voluntaria, y continúa con la administración de distintas consistencias alimentarias para la detección del riesgo de aspiración (Trapl et al., 2007).

En términos generales, su aporte a la intervención fonoaudiológica temprana radica en que posibilitan una identificación rápida y al pie de cama de signos compatibles con disfagia, lo que favorece la toma de decisiones inmediatas respecto de la seguridad de la vía oral y la derivación a estudios instrumentales. Si bien su alcance es principalmente orientador y no sustituye la evaluación fonoaudiológica integral ni los

métodos instrumentales, constituyen herramientas útiles para la detección precoz del riesgo, la prevención de complicaciones respiratorias y la organización oportuna de la intervención.

Desde esta perspectiva, la evaluación diagnóstica de la disfagia orofaríngea se organiza en torno a dos dimensiones que orientan la toma de decisiones clínicas: por un lado, la capacidad del paciente para sostener una ingesta oral suficiente que garantice hidratación y aporte nutricional adecuados; por otro, la posibilidad de hacerlo sin comprometer la vía aérea ni generar complicaciones respiratorias. Para valorar estos aspectos, el abordaje combina instancias de evaluación clínica directa, como la anamnesis dirigida y pruebas funcionales de deglución, junto con estudios instrumentales específicos, tales como la videofluoroscopia, la manometría faringoesofágica y la evaluación endoscópica, que permiten caracterizar con mayor precisión la fisiopatología del trastorno y fundamentar intervenciones terapéuticas individualizadas (Clavé Civit et al., 2015).

Clavé Civit et al. (2015) señalan que, en pacientes con ACV, esta valoración adquiere una relevancia particular, ya que en esta población es habitual que se presenten alteraciones de la deglución desde las primeras horas, muchas de ellas de carácter silente, es decir, sin manifestaciones clínicas observables ni respuestas protectoras como la tos o el aclaramiento faríngeo, lo que dificulta su detección y aumenta el riesgo de aspiración, neumonía y deterioro nutricional. Así, la evaluación clínica temprana no solo permite reconocer estas dificultades de manera oportuna, sino que se vuelve una instancia decisiva de cuidado, capaz de anticipar complicaciones y modificar el curso evolutivo del paciente.

En este contexto, la historia clínica adquiere un lugar central dentro del proceso diagnóstico, no sólo como instancia de recolección de datos, sino como una herramienta interpretativa que orienta la comprensión del trastorno. Una anamnesis cuidadosa permite aproximarse a la localización del problema incluso antes de recurrir a estudios instrumentales. Interrogar de manera sistemática sobre la consistencia de los alimentos

que generan dificultad, la presencia de tos o atragantamientos, la sensación de residuo faríngeo, la pérdida de peso o el aumento del tiempo de las ingestas ofrece pistas clínicas valiosas acerca de la eficacia y la seguridad de la deglución.

Asimismo, reconstruir el momento de inicio y la evolución de los síntomas permite vincular la disfagia con procesos agudos o crónicos potencialmente desencadenantes. Antecedentes de ACV, enfermedades neurológicas progresivas, cirugías recientes, intubaciones prolongadas, traqueotomías, tratamientos oncológicos o determinados fármacos con efecto sedante y anticolinérgico pueden alterar de manera significativa la dinámica deglutoria (Clavé Civit et al., 2015).

En este sentido, la historia clínica no solo identifica factores de riesgo, sino que contextualiza la dificultad alimentaria dentro de la trayectoria vital y médica del paciente, favoreciendo decisiones diagnósticas más ajustadas y prudentes. La información aportada por el propio paciente o por sus cuidadores también resulta determinante para dimensionar el impacto funcional del trastorno. De este modo, la evaluación trasciende la esfera estrictamente fisiológica y se inscribe en una mirada integral, que contempla la seguridad, el estado nutricional y las posibilidades reales de recuperación.

Como complemento de la evaluación clínica, las escalas y cuestionarios autoadministrados permiten objetivar la percepción de los síntomas de disfagia y contribuir al seguimiento evolutivo del paciente. En este sentido, el Eating Assessment Tool (EAT-10) es un instrumento breve de diez ítems que indaga dificultades asociadas a la deglución mediante una escala de severidad percibida, considerando indicativa de riesgo una puntuación igual o mayor a 3 (Belafsky et al., 2009). Su utilidad en la intervención fonoaudiológica temprana radica en que, por su facilidad de aplicación y sensibilidad clínica, permite una detección inicial del riesgo y un monitoreo sencillo de la evolución del paciente, complementando la evaluación clínica objetiva.

Por su parte, la exploración física orientada a la deglución busca identificar las alteraciones neuromusculares que subyacen al trastorno y estimar en qué medida éstas podrían ser modificables (Clavé Civit et al., 2015). En pacientes con compromiso

neurológico, y particularmente tras un ACV, esta valoración adquiere especial relevancia, ya que las alteraciones motoras, sensitivas y cognitivas pueden interferir de manera directa con la coordinación del acto deglutorio. La observación del nivel de alerta, la capacidad de comprensión, la postura, el control cefálico y del tronco, así como el examen detallado de la cavidad oral y la orofaringe, permiten reconocer signos tempranos de riesgo, tales como debilidad labial o lingual, acumulación de secreciones, escape del bolo o ineficacia de la tos.

Clavé Civit et al. (2015) describen que la evaluación sistemática de los pares craneales implicados (facial, glossofaríngeo, vago e hipogloso), junto con la detección de apraxias orobucofaciales, distonías o reflejos patológicos, contribuye a comprender los mecanismos fisiopatológicos comprometidos. En este marco, la exploración clínica se configura como un espacio de razonamiento diagnóstico, más que constatar déficits aislados, busca articularlos para anticipar el riesgo de aspiración y orientar la necesidad de estudios instrumentales.

Como complemento de la anamnesis y del examen físico, la evaluación funcional de la deglución mediante la administración de bolos de distinto volumen y viscosidad permite observar la respuesta deglutoria del paciente en condiciones controladas. En contraste, el método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V) emplea texturas y volúmenes progresivos que permiten identificar de forma más sensible y segura tanto signos de compromiso de la seguridad como de la eficacia, además de orientar la selección de la consistencia más adecuada y la indicación de estudios instrumentales (Clavé Civit et al., 2015). Durante su aplicación se observan indicadores clínicos como la presencia de tos, cambios en la calidad de la voz, desaturación de oxígeno o la aparición de residuo oral y faríngeo, signos que permiten inferir posibles alteraciones en la seguridad o en la eficacia de la deglución.

En conjunto, estas instancias permiten entender la evaluación de la disfagia post ACV como un proceso progresivo y dinámico, en el que cada observación clínica aporta elementos para decidir con mayor seguridad cómo, cuándo y de qué manera el paciente

podrá volver a alimentarse. Lejos de constituir un mero trámite previo a las pruebas complementarias, la valoración clínica se transforma así en una intervención en sí misma, capaz de prevenir complicaciones respiratorias y nutricionales y de incidir de forma directa en el pronóstico funcional.

Aun así, la evaluación clínica no siempre resulta suficiente. En la disfagia post ACV, muchas alteraciones pueden pasar inadvertidas, especialmente las aspiraciones silentes o los desajustes temporales de la fase faríngea, lo que limita la información que puede obtenerse únicamente a partir de la observación clínica directa. En estos casos, la valoración se complementa con estudios instrumentales que permiten analizar de forma objetiva la fisiopatología del trastorno y orientar con mayor precisión las decisiones terapéuticas.

En este punto, la evaluación instrumental deja de ser solo un complemento y pasa a formar parte necesaria del proceso diagnóstico. Su objetivo no es reemplazar la valoración previa, sino hacer visible aquello que el examen clínico no logra captar, permitiendo observar de manera directa la fisiopatología de la deglución y ajustar las decisiones terapéuticas con mayor fundamento.

Dentro de estas herramientas, la videofluoroscopia ocupa un lugar central y es considerada el método de referencia para el estudio de la disfagia orofaríngea. Mediante el registro radiológico dinámico del paso del bolo, posibilita analizar en tiempo real la coordinación oral y faríngea, los tiempos de tránsito, la elevación laríngea, la apertura del esfínter esofágico superior (EES) y la presencia de penetraciones o aspiraciones, incluso cuando no se acompañan de todos u otros signos clínicos. Esta información resulta especialmente valiosa en el contexto del ACV, donde pequeñas alteraciones en la propulsión lingual o en el cierre del vestíbulo laríngeo pueden traducirse en un riesgo respiratorio significativo (Clavé Civit et al., 2015).

De forma complementaria, Clavé Civit et al. (2015) describen que la evaluación endoscópica de la deglución ofrece una visualización directa de la anatomía y la función laríngea mediante un fibroscopio flexible introducido por vía nasal. Su realización a la

cabecera del paciente, incluso en contextos de internación o movilidad reducida, la vuelve especialmente accesible en la etapa aguda del ACV. Este método permite valorar la presencia de secreciones, la sensibilidad faringolaríngea, la competencia del cierre glótico y la aparición de penetraciones o aspiraciones durante la ingesta de alimentos teñidos, así como comprobar en el momento la eficacia de posturas o maniobras de protección. Su carácter repetible y su bajo costo relativo la convierten en una herramienta de gran utilidad para el seguimiento evolutivo.

Por su parte, la manometría faringoesofágica aporta datos específicos sobre las presiones y la distensibilidad del EES, completando el análisis cuando se sospechan alteraciones motoras más complejas. Así, cada técnica contribuye desde un ángulo diferente a una comprensión más integral del trastorno (Clavé Civit et al., 2015).

De este modo, la evaluación de la disfagia se configura como un proceso escalonado: comienza con la escucha y la observación clínica, y se profundiza, cuando es necesario, mediante estudios que objetivan la dinámica deglutoria. Esta articulación entre clínica e instrumental no solo mejora la precisión diagnóstica, sino que permite diseñar intervenciones más seguras y ajustadas a las necesidades reales de cada paciente.

En esta línea, la evaluación y la intervención fonoaudiológica temprana no solo permiten describir el trastorno deglutorio presente, sino que inciden de manera directa en su evolución clínica. La identificación oportuna de riesgos, la implementación de medidas de seguridad alimentaria y el inicio de estrategias terapéuticas durante las etapas aguda y subaguda contribuyen a prevenir complicaciones respiratorias y nutricionales, evitar el deterioro funcional secundario y favorecer una recuperación más eficiente de la deglución. Por consiguiente, la actuación fonoaudiológica se vincula estrechamente con el pronóstico funcional del paciente, ya que aprovecha los períodos de mayor plasticidad neural y reduce factores que podrían cronificar la disfagia.

Bajo esta mirada, el pronóstico puede comprenderse no sólo como una estimación del futuro clínico, sino como una herramienta orientadora de la práctica

profesional: un horizonte de posibilidades que guía la toma de decisiones, jerarquiza prioridades terapéuticas y otorga sentido a cada acción del equipo de salud. Pensar el pronóstico de este modo no se limita a estimar la gravedad inicial ni a anticipar una evolución fija, sino que constituye un proceso dinámico que puede modificarse a lo largo del abordaje terapéutico.

Considerar el pronóstico desde esta perspectiva implica reconocer que su construcción no depende exclusivamente de la gravedad inicial del cuadro ni de la intervención de una única disciplina, sino del conjunto de acciones clínicas que se despliegan a lo largo del proceso de atención. La disfagia post ACV constituye una condición de elevada complejidad clínica, atravesada por dimensiones neurológicas, respiratorias, nutricionales y funcionales que interactúan entre sí y condicionan su evolución (Barbié Rubiera et al., 2009). En este contexto, tanto la estimación del pronóstico como la recuperación funcional del paciente requieren de un abordaje integral y coordinado que articule saberes y estrategias terapéuticas complementarias.

De este modo, la participación de un equipo interdisciplinario resulta fundamental para sostener la estabilidad clínica, garantizar la seguridad alimentaria y favorecer la reintegración del paciente a sus actividades cotidianas. Médicos, enfermería, nutrición, kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología, entre otros profesionales, contribuyen desde perspectivas específicas que, al converger, amplían de manera significativa las posibilidades de recuperación y optimizan la toma de decisiones clínicas.

Según Clavé Civit y García Peris (2015), “El factor más importante no es la formación específica individual de cada miembro del equipo, sino que el equipo en su conjunto sea capaz de ofrecer a los pacientes con disfagia todas las opciones diagnósticas y terapéuticas” (p. 52).

La evidencia disponible en el contexto argentino muestra que la conformación de equipos interdisciplinarios para el abordaje de la disfagia orofaríngea continúa siendo limitada. Incluso cuando estos equipos existen, su composición tiende a concentrarse en determinadas disciplinas, con una participación más reducida de otros profesionales.

Entre los principales obstáculos se señalan la escasez de personal especializado y la ausencia de liderazgo institucional que impulse estos dispositivos asistenciales. Asimismo, los autores informan que la mayoría de las instituciones relevadas no contaba con un equipo interdisciplinario formal para la atención de pacientes con disfagia orofaríngea internados, mientras que solo una minoría disponía de equipos plenamente estructurados y en funcionamiento, y otro grupo funcionaba de manera parcial o con cierto grado de informalidad (Zulueta et al., 2023).

Esta situación podría dificultar la implementación de abordajes verdaderamente integrales y favorecer intervenciones aisladas o discontinuas, con posibles repercusiones en la coordinación de los cuidados, la toma de decisiones clínicas y la seguridad del paciente. En consecuencia, la atención de la disfagia puede quedar limitada a acciones parciales, sin lograr una evaluación y un seguimiento sistemáticos acordes con la complejidad del cuadro.

En síntesis, la disfagia post ACV requiere un abordaje dinámico e interdisciplinario en el que la intervención temprana constituye un eje central de la práctica fonoaudiológica. Intervenir sin esta perspectiva no solo limita la eficacia terapéutica, sino que incrementa el riesgo de complicaciones evitables que impactan en la evolución clínica, la seguridad alimentaria y la calidad de vida del paciente.

En este sentido, la evaluación se posiciona como un acto clínico y ético fundamental: clínico, en tanto permite guiar decisiones basadas en la observación sistemática y en la evidencia disponible; y ético, en tanto resguarda la seguridad, la funcionalidad y la dignidad del paciente en un contexto de alta vulnerabilidad. Evaluar, entonces, no implica demorar la intervención, sino hacerla posible en su forma más adecuada, oportuna y humanizada.

De este modo, la intervención temprana no solo modifica el curso evolutivo de la disfagia, sino que redefine el alcance de la práctica fonoaudiológica, desplazándola hacia una lógica de cuidado anticipatorio centrada en la funcionalidad y la seguridad del paciente.

Capítulo 3

Rehabilitación fonoaudiológica de la disfagia post ACV en el marco de la intervención temprana

En función de lo expuesto, el presente capítulo se propone analizar la rehabilitación fonoaudiológica de la disfagia posterior a un accidente cerebrovascular (ACV) desde una perspectiva de intervención temprana, recuperando aquellas estrategias y fundamentos teóricos que permiten comprender su aporte en las etapas aguda y subaguda, así como su impacto en la evolución clínica y en el trabajo interdisciplinario.

En este marco, la rehabilitación específica de la deglución adquiere un lugar central dentro del plan terapéutico, en la medida en que permite la implementación de intervenciones especializadas, cuya incorporación oportuna favorece una evolución funcional más eficiente, especialmente cuando se aplican de manera precoz. La rehabilitación de la disfagia constituye, en este sentido, un proceso clínico complejo que exige un análisis sistemático del trastorno, una evaluación rigurosa y una planificación terapéutica individualizada, ajustada a las características y necesidades de cada paciente (Cámpora y Falduti, 2019). Lejos de limitarse a compensar una alteración del proceso deglutorio, este abordaje se orienta a promover cambios fisiológicos estables que posibiliten restituir una deglución segura y eficaz.

En articulación con lo anterior, la intervención fonoaudiológica en la disfagia post ACV se inscribe dentro de un abordaje interdisciplinario, en el cual la toma de decisiones clínicas se encuentra condicionada por el estado general del paciente y la priorización de funciones vitales. Aunque puedan existir limitaciones para iniciar el tratamiento específico en fases muy iniciales, la inclusión oportuna del fonoaudiólogo en el equipo de salud resulta fundamental para identificar riesgos, orientar conductas e implementar estrategias que favorezcan la evolución funcional del paciente desde etapas tempranas.

Según Cámpora y Falduti (2019), la intervención se sustenta en los principios de neuroplasticidad previamente desarrollados, entendida como el sustrato biológico que

posibilita la reorganización funcional y la recuperación de la deglución tras un ACV. En este marco, la estimulación sistemática del sistema neuromuscular se constituye como un factor clave para favorecer dichos cambios.

La alteración de uno de los componentes del sistema deglutorio compromete la integridad global del acto de deglutir, por lo que la intervención debe contemplar no sólo el fortalecimiento y la ampliación del rango y precisión de movimiento, sino también la optimización de la sincronía entre deglución y respiración. En consecuencia, los ejercicios terapéuticos buscan no únicamente incrementar la fuerza o la resistencia muscular, sino también promover un control motor más preciso y una secuenciación eficiente del acto deglutorio.

Bajo esta perspectiva, el abordaje clínico se organiza en torno a la fase deglutoria que presenta mayor alteración, ya sea preparatoria oral, oral o faríngea, sin descuidar la interacción dinámica del sistema deglutorio y su estrecha relación con la función respiratoria, aspecto fundamental para prevenir falsas vías (Cámpora y Falduti, 2019). Estas se producen cuando el bolo alimenticio adopta una dirección incorrecta durante el proceso de deglución e ingresa hacia la vía aérea en lugar de continuar su tránsito fisiológico hacia el esófago, por lo que su identificación constituye un aspecto central dentro del análisis clínico de los pacientes con disfagia.

En este contexto, la intervención terapéutica se orienta a promover cambios en la fisiología muscular y sensitiva mediante ejercicios dirigidos a mejorar la habilidad de deglutir, así como la movilidad, fuerza, resistencia, velocidad y coordinación de los grupos musculares afectados. De manera complementaria, se implementan estrategias compensatorias, como la modificación de la viscosidad, consistencia y volumen de los alimentos, los ajustes posturales y los estímulos sensoriales facilitadores, con el objetivo de optimizar la seguridad y eficacia de la respuesta deglutoria, favoreciendo el adecuado traslado del bolo hacia el esófago. Estas intervenciones se emplean de forma transitoria, en tanto el tratamiento se orienta a la recuperación de una deglución funcional que

permita una alimentación autónoma, segura y con el menor grado posible de apoyo externo (Cámpora y Falduti, 2019).

En este marco, Cámpora y Falduti (2019) señalan que el tratamiento se organiza metodológicamente en técnicas directas (con alimentos) e indirectas (sin alimentos), basadas en principios de entrenamiento fisiológico como la intensidad, la especificidad y la transferencia. La intensidad refiere a la carga y duración del estímulo terapéutico; la especificidad al grado de relación del ejercicio con la función alterada; y la transferencia a la posibilidad de que el trabajo sobre componentes específicos se traduzca en una mejora global del patrón deglutorio.

En este punto, resulta fundamental precisar que, en el contexto de las etapas aguda y subaguda, la intervención fonoaudiológica no se organiza en términos secuenciales rígidos entre compensación y rehabilitación, sino que ambas dimensiones se implementan de manera simultánea y complementaria desde el inicio del abordaje. En las fases más precoces, donde el estado clínico del paciente puede limitar su participación activa, la prioridad se centra en garantizar la seguridad de la deglución mediante la adopción de estrategias compensatorias, tales como la adecuación de las consistencias, el control del volumen y ritmo de ingesta, y los ajustes posturales.

Estas estrategias se orientan a modificar las condiciones en las que se produce la deglución sin intervenir de manera directa sobre la fisiología alterada, constituyendo un recurso fundamental para preservar la seguridad alimentaria mientras se desarrollan los procesos de reorganización funcional promovidos por la rehabilitación (Cámpora y Falduti, 2019).

Según Cámpora y Falduti (2019), las estrategias compensatorias incluyen distintas intervenciones específicas. Entre ellas, los cambios posturales ocupan un lugar central, ya que la modificación de la posición cefálica o corporal, como la flexión anterior de la cabeza, la rotación o la inclinación lateral, permite redirigir el flujo del bolo mediante la acción de la gravedad y las relaciones anatómicas orofaríngeas. La flexión anterior del mentón favorece la protección de la vía aérea al aproximar la base lingual a la pared

faríngea posterior; la rotación cefálica dirige el tránsito del bolo hacia el hemilado más funcional; y la inclinación lateral facilita que la gravedad conduzca el alimento hacia el lado con mayor eficacia motora. Estas modificaciones posturales compensan déficits motores o asimetrías estructurales, aunque dependen de su correcta ejecución en cada deglución, lo que evidencia su carácter transitorio.

Asimismo, las técnicas de incremento sensorial constituyen otra estrategia compensatoria relevante, al reducir el tiempo de latencia del reflejo de deglución mediante estímulos térmicos o gustativos, como el frío o los sabores ácidos. Este aumento del input sensorial favorece una activación más rápida del disparo deglutorio, mejorando la coordinación entre el bolo y la respuesta faríngea, especialmente en pacientes con retraso del reflejo de deglución (RDD). En determinados casos, su aplicación sistemática puede incluso favorecer la sensibilidad orofaríngea, ubicándose en una zona intermedia entre lo compensatorio inmediato y un posible efecto terapéutico.

La alimentación terapéutica constituye una intervención relevante en el abordaje de la disfagia, en tanto utiliza el propio acto de deglutir como herramienta funcional de evaluación y tratamiento. Siempre que el reflejo de deglución se encuentre presente, la práctica con alimento real permite reproducir las demandas fisiológicas del sistema, favoreciendo el entrenamiento en condiciones ecológicas.

En aquellos casos con compromiso de la fase oral, pueden emplearse dispositivos que permitan la administración de volúmenes controlados en la base de la lengua, con el objetivo de facilitar el disparo reflejo y optimizar el inicio de la fase faríngea.

De manera complementaria, la modificación de las consistencias mediante el uso de espesantes, junto con la adaptación de sólidos hacia texturas blandas o trituradas, constituye una estrategia compensatoria fundamental. Estas modificaciones permiten ajustar las características del bolo para mejorar su control oral, enlentecer su tránsito y reducir el riesgo de penetración o aspiración. El incremento de la viscosidad hacia

consistencias como néctar, miel o pudín favorece una mayor seguridad durante la deglución, especialmente en pacientes con RDD o compromiso del cierre laríngeo. No obstante, estas modificaciones deben ser indicadas de manera individualizada, dado que viscosidades excesivas pueden generar residuos faríngeos, afectar la hidratación o disminuir la aceptación de la dieta, lo que evidencia la necesidad de equilibrar seguridad y funcionalidad dentro del abordaje terapéutico (Cámpora y Falduti, 2019).

En articulación con estas estrategias compensatorias, la intervención fonoaudiológica incorpora de manera progresiva un conjunto de abordajes de carácter rehabilitador, orientados a actuar directamente sobre los mecanismos fisiológicos alterados de la deglución. A diferencia de las estrategias previamente descritas, estas intervenciones no se limitan a modificar las condiciones externas del acto de deglutir, sino que buscan generar cambios funcionales y estructurales en los sistemas implicados.

En este sentido, la rehabilitación se centra en la recuperación del control motor orofacial, la optimización de la movilidad y fuerza lingual, la mejora de la coordinación velofaríngea y faríngea, y el restablecimiento de los mecanismos de protección laríngea y elevación hio-laríngea, considerados esenciales para una deglución eficaz y segura. De este modo, las intervenciones rehabilitadoras complementan el abordaje compensatorio al intervenir sobre la fisiología subyacente del trastorno, con el objetivo de promover una recuperación funcional sostenida en el tiempo, cuya aplicación dependerá de la estabilidad clínica, del estado general del paciente y de su capacidad de participación dentro del abordaje interdisciplinario.

A nivel periférico, la intervención incluye el trabajo sobre el sellado labial, constituyendo el cierre anterior e impidiendo la pérdida anterior del alimento, y el cierre posterior de la cavidad oral, logrado mediante la relación entre la base de la lengua y el velo del paladar descendido, evitando el escape prematuro hacia la faringe (Trovato et al., 2018). En la transición a la fase faríngea, el velo del paladar se eleva para impedir el pasaje del bolo hacia la nasofaringe, mientras que acciones como el bostezo, la

fonación sostenida o gestos respiratorios favorecen su activación. De manera complementaria, el trabajo sobre las cuerdas vocales busca optimizar la aducción glótica mediante fonación, apneas voluntarias y respuestas protectoras como la tos y el carraspeo, mecanismos esenciales para resguardar la vía aérea durante el acto deglutorio (Cámpora y Falduti, 2019).

La rehabilitación lingual se orienta a la optimización de la fuerza, la resistencia y la precisión del movimiento mediante ejercicios isométricos, en los que la repetición y la carga progresiva resultan centrales para la recuperación funcional (Cámpora y Falduti, 2019). En esa misma línea, el uso de dispositivos como el Iowa Oral Performance Instrument (IOPI) introduce una dimensión objetiva al tratamiento, al permitir cuantificar la presión lingual y diseñar programas de fortalecimiento individualizados que impactan directamente en la eficacia de la propulsión del bolo y en la reducción de residuos orales (IOPI Medical LLC, 2025). En este sentido, Robbins et al. (2005) demostraron que este abordaje mejora la presión deglutoria, reduce residuos faríngeos y puede asociarse a cambios estructurales linguales, favoreciendo el tránsito del bolo mediante el principio de transferencia.

De manera complementaria, los ejercicios de succión-deglución favorecen la sinergia entre la lengua y la musculatura buccinadora, contribuyendo al control del bolo y a la organización del reflejo deglutorio. En el plano faríngeo y laríngeo, las intervenciones se orientan a mejorar la elevación hio-laríngea, la apertura del esfínter esofágico superior y la protección de la vía aérea. En este sentido, los ejercicios de Shaker y sus variantes, como el chin tuck against resistance, junto con la maniobra de Mendelsohn, buscan optimizar la excursión del hioides y prolongar la apertura del esfínter esofágico superior, favoreciendo el tránsito del bolo y reduciendo residuos faríngeos (Cámpora y Falduti, 2019).

La intervención en la disfagia no puede desvincularse de la denominada encrucijada aerodigestiva, sector donde convergen deglución, respiración y fonación. La rehabilitación de este complejo constituye uno de los mayores desafíos clínicos, dado

que la eficacia del mecanismo protector depende de la coordinación entre estos tres pilares (Cámpora y Falduti, 2019). Por ello, el fortalecimiento de los grupos musculares que intervienen y la mejora de la movilidad laríngea forman parte de las estrategias dirigidas a optimizar la biomecánica deglutoria.

En este marco, las intervenciones respiratorias también desempeñan un rol relevante. La terapia incentivadora respiratoria busca aumentar la capacidad pulmonar total y mejorar la presión subglótica, elemento clave en la protección de la vía aérea, mientras que el entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria (EMST) optimiza la tos, el cierre glótico y la activación suprahioidea, contribuyendo a la seguridad deglutoria (Cámpora y Falduti, 2019).

Cámpora y Falduti (2019) plantean que la electromiografía de superficie y los sistemas de biorretroalimentación complementan estas estrategias al ofrecer información visual y auditiva sobre la actividad muscular, lo que potencia el aprendizaje motor y la autorregulación del esfuerzo.

Finalmente, según Cámpora y Falduti (2019), las maniobras deglutorias constituyen estrategias terapéuticas específicas orientadas a modificar determinados aspectos de la fisiología de la deglución con el propósito de mejorar la seguridad y eficacia del proceso alimentario. Entre las maniobras utilizadas con mayor frecuencia se encuentran la deglución supraglótica, la supraglótica forzada y la deglución forzada, orientadas a incrementar el cierre laríngeo, optimizar la coordinación entre respiración y deglución y promover una mayor eficacia en la contracción de las estructuras musculares implicadas.

Otra de las estrategias terapéuticas empleada en la rehabilitación de la disfagia es la maniobra de Masako, también conocida como tongue-hold maneuver, se realiza solicitando al paciente que mantenga la lengua entre los dientes mientras deglute, lo que limita su desplazamiento anterior y favorece un aumento compensatorio de la contracción de la pared faríngea posterior, contribuyendo a mejorar la propulsión del bolo (Cámpora y Falduti, 2019).

Según los mismos autores, estas actividades pueden complementarse con la electroestimulación neuromuscular, un recurso cada vez más utilizado en la rehabilitación de la deglución. Mediante electrodos de superficie, genera impulsos eléctricos que provocan la contracción muscular y el reclutamiento de unidades motoras, favoreciendo el aumento de la fuerza, el tono y la contractilidad. Puede aplicarse tanto con fines sensitivos, a baja intensidad, como de fortalecimiento, al incrementar la intensidad hasta obtener una respuesta motora (Cámpora y Falduti, 2019).

De este modo, la meta terapéutica no se limita a garantizar una ingesta inmediata sin riesgo, sino que se orienta a restituir una deglución funcional y segura a largo plazo. Esto supone promover cambios sensoriomotores estables, favorecer una coordinación más eficiente entre las distintas fases del proceso deglutorio y reforzar los mecanismos que protegen la vía aérea. A medida que estos ajustes se consolidan, disminuye la necesidad de estrategias compensatorias transitorias y se favorece una mayor autonomía en la alimentación.

En este contexto, la eficacia de las intervenciones terapéuticas en la disfagia no depende únicamente de la correcta selección de técnicas o de la planificación clínica realizada por el profesional, sino también del grado en que dichas indicaciones logran sostenerse en la vida cotidiana del paciente.

Muchas de las estrategias empleadas en la rehabilitación, como la realización sistemática de ejercicios, la aplicación de maniobras deglutorias, la adopción de determinadas posturas durante la ingesta o la adaptación de la consistencia de los alimentos, requieren ser practicadas de manera regular para producir cambios funcionales estables en el sistema deglutorio. En este sentido, la adherencia al tratamiento adquiere un papel central, ya que condiciona la posibilidad de que los beneficios del abordaje terapéutico se mantengan más allá del espacio clínico. La Organización Mundial de la Salud señala que la adherencia terapéutica se refiere al grado en que el comportamiento de una persona coincide con las recomendaciones acordadas con el profesional de la salud (OMS, 2004).

En relación con este concepto, Ginarte Arias (2001) plantea que la adherencia terapéutica es un fenómeno complejo influido por diversos factores, entre los que se incluyen la interacción del paciente con el profesional de la salud, las características del régimen terapéutico, los aspectos propios de la enfermedad y las variables psicosociales del paciente.

En los procesos de rehabilitación, la adherencia terapéutica adquiere una relevancia central, ya que muchas intervenciones requieren la participación activa del paciente y la práctica sistemática de ejercicios, maniobras deglutorias y adaptaciones fuera del ámbito asistencial. En el caso de la disfagia, esta adherencia presenta características particulares, dado que gran parte de las recomendaciones se vinculan con la vida cotidiana, especialmente con la forma en que se desarrollan las situaciones de alimentación, incluyendo la modificación de la consistencia de alimentos y líquidos, el uso de espesantes y la adecuación de las preparaciones. Sin embargo, la implementación sostenida de estas pautas puede verse dificultada por diversos factores, como la falta de comprensión de las indicaciones, las dificultades para preparar los alimentos con la consistencia adecuada o la resistencia a modificar hábitos alimentarios, lo que impacta directamente en el logro de los objetivos funcionales (Oriol-Peregrina, 2018).

En muchos casos, estas recomendaciones deben ser implementadas en el entorno domiciliario, donde la participación de la familia o de los cuidadores adquiere un papel fundamental. Generalmente, son los responsables de la preparación de los alimentos y de supervisar el proceso de alimentación del paciente, por lo que su capacitación resulta fundamental para garantizar que las adaptaciones dietéticas indicadas por el equipo de salud se implementen correctamente en el hogar (Oriol-Peregrina, 2018).

Asimismo, según Oriol-Peregrina (2018), algunos pacientes pueden experimentar dificultades para aceptar las modificaciones en la alimentación, especialmente cuando estas restricciones afectan el placer asociado a la comida o

implican cambios significativos en sus hábitos alimentarios. Estas situaciones pueden influir negativamente en la adherencia al tratamiento, lo que refuerza la importancia de brindar orientación clara y acompañamiento continuo tanto al paciente como a su entorno familiar.

La correcta implementación de estas adaptaciones dietéticas constituye una estrategia fundamental para reducir el riesgo y otras complicaciones asociadas a los trastornos de la deglución. En este contexto, surge la necesidad de contar con herramientas que permitan evaluar de manera sistemática el grado en que los pacientes y sus cuidadores logran cumplir con estas recomendaciones indicadas por los profesionales de la salud en la vida diaria. Es por eso que se considera que la evaluación de la adherencia al tratamiento adquiere una relevancia particular dentro del seguimiento clínico de los pacientes con trastornos de la deglución.

Con el objetivo de explorar este aspecto, Oriol-Peregrina (2018) desarrolló el Cuestionario de adherencia a las adaptaciones dietéticas en disfagia, un instrumento diseñado para analizar el cumplimiento de las indicaciones dietéticas en pacientes con disfagia. Este instrumento surge ante la necesidad de contar con herramientas que permitan valorar de manera sistemática el seguimiento de las recomendaciones alimentarias indicadas en el tratamiento de los trastornos de la deglución, considerando que el incumplimiento de dichas indicaciones puede incrementar el riesgo de complicaciones asociadas a la disfagia.

Dicho cuestionario explora las dimensiones vinculadas al manejo dietético, como el tipo de dieta indicada, el uso de líquidos espesados y la administración de la medicación, así como las condiciones y el contexto en el que se desarrolla la alimentación. Asimismo, indaga el grado de adherencia a las recomendaciones y la frecuencia de consumo de alimentos de riesgo, lo que permite identificar conductas que pueden comprometer la seguridad de la deglución. Finalmente, contempla posibles barreras para su implementación, como hábitos previos o dificultades en la preparación de los alimentos.

El análisis de estos factores resulta de utilidad para el profesional, ya que permite comprender las razones que pueden interferir con la adherencia al tratamiento y orientar intervenciones educativas o terapéuticas más ajustadas a las necesidades del paciente. De esta manera, el cuestionario constituye una herramienta que no solo permite evaluar el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas, sino también comprender los factores que influyen en la adherencia al tratamiento, aportando información relevante para el seguimiento del proceso de rehabilitación de la deglución (Oriol-Peregrina, 2018).

En conclusión, la rehabilitación fonoaudiológica de la disfagia post ACV, en el marco de la intervención temprana, se configura como un proceso integral que articula desde el inicio la seguridad de la deglución con la recuperación de su fisiología. La combinación simultánea de estrategias compensatorias y rehabilitadoras, ajustadas a la condición clínica del paciente, permite no solo reducir riesgos en fases iniciales, sino también promover cambios funcionales sostenidos.

En este sentido, la incorporación precoz del fonoaudiólogo y el abordaje interdisciplinario favorecen una evolución más eficiente, mientras que la adherencia terapéutica y la participación del entorno resultan claves para sostener los logros fuera del ámbito clínico. De este modo, la intervención temprana sienta las bases para una recuperación más estable, orientada a la autonomía y a la restitución de una deglución segura y eficaz.

Capítulo 4

Orientación a la familia y continuidad del tratamiento en el hogar

Las necesidades de atención de los pacientes con disfagia se extienden desde la sala de hospitalización de un hospital de agudos hasta los centros de atención crónica o el domicilio del paciente, lo que plantea la necesidad de una red de atención capaz de integrar los recursos hospitalarios con los de la comunidad (Clavé Civit y García Peris, 2015).

Partir de esta afirmación permite comprender que el abordaje de la disfagia no puede limitarse al ámbito hospitalario ni al espacio terapéutico formal. La rehabilitación de las alteraciones de la deglución posteriores a un accidente cerebrovascular debe concebirse como un proceso continuo que se extiende más allá del momento clínico inicial y que necesariamente se desarrolla también en el entorno cotidiano del paciente.

La disfagia no solo representa un desafío físico relacionado con la dificultad para tragar alimentos y líquidos, sino que también tiene un impacto significativo en la salud emocional, psicológica y social de quienes la padecen. En este sentido, Vargas-García (2017) destaca que la disfagia puede afectar la participación social, la autoestima y el bienestar general, debido al temor a presentar episodios de atragantamiento, lo que puede llevar al aislamiento social. Las restricciones dietéticas, la pérdida del placer asociado a la comida y las dificultades para compartir situaciones sociales pueden impactar negativamente en el estado de ánimo, e incluso favorecer la aparición de síntomas depresivos. Estas dimensiones se relacionan directamente con la calidad de vida, entendida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida en relación con sus objetivos y expectativas (OMS, 1996).

Desde una perspectiva vivencial, y de acuerdo con lo expuesto por Siaba Beiro (2020), una persona con disfagia refiere:

Cuando salí del hospital y la dificultad para tragar se convirtió en una realidad me encontré sin saber qué hacer. Bueno, te recomiendan tomar purés y tener cuidado con las texturas mixtas. Poca información para un gran problema...

Cómo saber quién te puede ayudar, una lista de alimentos peligrosos, cómo empezar a comer otros... Saber a qué te enfrentas es fundamental para intentar solucionarlo... Enseguida aparece el miedo. Miedo a comer, miedo a beber... Aparecen las discusiones con las personas que tienes a tu lado, te insisten en que tienes que comer, sin ser realmente conscientes de lo difícil que te resulta. Se acabó el salir a tomar una cerveza, con amigos...y menos aún salir a comer... Ya no disfrutas del placer de comer...ni siquiera las comidas mantienen su sabor habitual... (p. 15)

Bajo este panorama, una actividad cotidiana y esencial como comer puede transformarse en una tarea compleja y demandante, afectando no solo al paciente, sino también a su entorno.

En este escenario, la familia adquiere un papel central en la implementación y sostenimiento de las estrategias terapéuticas indicadas por el equipo de salud. En las primeras etapas posteriores al evento neurológico, la presencia de disfagia suele generar incertidumbre y preocupación en el entorno familiar. Las dificultades para alimentarse y la necesidad de modificar las consistencias de los alimentos implican cambios significativos en las dinámicas habituales del cuidado, lo que muchas veces requiere una reorganización de las responsabilidades dentro del hogar.

Es importante destacar que la comunicación intrafamiliar puede verse afectada, ya que abordar las restricciones alimentarias y los cuidados necesarios puede resultar complejo cuando no existe una comprensión clara de la situación. Esto puede generar tensiones o malentendidos que dificulten la organización del cuidado cotidiano. A su vez, momentos previamente asociados al encuentro y al disfrute, como las comidas familiares, pueden transformarse en situaciones marcadas por la vigilancia constante y el temor a posibles complicaciones.

Los cuidadores familiares desempeñan un rol fundamental, aunque su experiencia suele estar atravesada por múltiples desafíos. La preocupación constante por la seguridad del paciente durante la alimentación puede generar ansiedad, estrés e

incluso agotamiento. Además, deben atravesar un proceso de aprendizaje y adaptación, incorporando conocimientos sobre la disfagia y desarrollando habilidades para garantizar una alimentación segura.

En este sentido, Moreira et al. (2021) señalan que las necesidades y preocupaciones de la familia deben ser atendidas, ya que la angustia y la falta de información pueden interferir en la atención del paciente, especialmente en cuestiones vinculadas a la alimentación. Por ello, resulta fundamental promover espacios de apoyo que favorezcan la expresión de emociones, la comunicación abierta y la distribución equitativa de las responsabilidades. Asimismo, el acceso a redes de apoyo y al acompañamiento profesional contribuye a mejorar la organización del cuidado y el bienestar tanto del paciente como de su entorno. En este marco, se destaca la importancia de un abordaje interdisciplinario, en el que participen profesionales de fonoaudiología, nutrición y psicología, a fin de brindar una atención integral que contemple tanto los aspectos clínicos como emocionales y nutricionales implicados en el proceso.

En consonancia con lo expuesto, y según lo referido en el trabajo de Siaba Beiro (2020), una familiar expresa:

Uno no sabe realmente lo que es esto hasta que lo vive, aparecen mil dudas y la información de los profesionales a menudo escasea. ¡Qué importante es poder tener profesionales que puedan orientarte en las adaptaciones que uno requiere y que, además, cuando te informan, lo hagan en un lenguaje accesible para quien escucha... no entendemos el significado, textura miel, néctar, pudding! Necesitamos saber cómo podemos ayudar en la rehabilitación de nuestros familiares... contar con un adecuado acompañamiento y guía... (p. 14)

En este contexto, cobra especial relevancia la intervención de los profesionales en la orientación y capacitación de la familia, garantizando que la información brindada sea clara, accesible y aplicable a la vida cotidiana. Es por eso que el trabajo interdisciplinario adquiere especial relevancia, ya que permite abordar de manera

integral las múltiples dimensiones implicadas en la recuperación. El fonoaudiólogo, en particular, cumple un rol clave tanto en la evaluación y tratamiento como en la orientación del entorno familiar.

En relación con ello, Woisard-Bassols y Puech (2016) sostienen que el equipo de salud debe mantener a la familia informada acerca de la evolución del paciente y de las conductas a seguir durante el proceso de rehabilitación. La comunicación permanente entre los profesionales y el entorno del paciente permite fortalecer la continuidad del tratamiento y facilita la correcta aplicación de las recomendaciones terapéuticas en el ámbito domiciliario.

La instancia educativa hacia la familia no solo tiene como finalidad transmitir información técnica, sino también promover la autonomía de la familia en el manejo cotidiano de la situación clínica. En esta línea, Clavé Civit y García Peris (2015) señalan que los pacientes y sus cuidadores deben ser instruidos para identificar los signos y síntomas de posibles complicaciones durante el seguimiento. La capacitación del entorno familiar permite detectar tempranamente dificultades durante la alimentación y favorece la consulta oportuna con el equipo de salud ante la aparición de nuevos signos de alerta.

En este marco, resulta fundamental que tanto el paciente como su entorno conozcan una serie de recomendaciones básicas orientadas a favorecer una alimentación segura. Entre las principales pautas a considerar se destacan las siguientes (Dolz y Urdániz, 2013):

- El paciente debe encontrarse alerta y con un adecuado nivel de conciencia antes de iniciar la alimentación.
- Siempre que sea posible, se recomienda que el paciente permanezca sentado con el tronco erguido, formando un ángulo cercano a los 90°.
- Durante las comidas es conveniente evitar distracciones, favoreciendo un ambiente tranquilo que permita concentrarse en el proceso de deglución.

- La cantidad de alimento ofrecida debe ser adecuada, evitando tanto porciones excesivamente pequeñas como demasiado grandes que puedan comprometer la seguridad de la deglución.
- Antes de introducir un nuevo bocado, es importante verificar que no queden restos de alimento en la cavidad oral.
- Se recomienda mantener al paciente en posición incorporada al menos durante 30 minutos después de las comidas.
- Debe evitarse el uso de jeringas, ya que pueden interferir con el control del bolo y aumentar el riesgo de aspiración.

Siendo uno de los aspectos centrales en la orientación a los cuidadores la adopción de posturas adecuadas durante la alimentación. La alineación corporal, la posición de la cabeza y la estabilidad del tronco son factores determinantes para favorecer una deglución segura. En el ámbito domiciliario, resulta fundamental que la familia pueda reproducir estas recomendaciones adaptándolas a las condiciones del entorno.

Otro elemento clave corresponde a la adecuación de las texturas y consistencias de los alimentos. Estas modificaciones requieren que los cuidadores comprendan las diferencias entre consistencias y sepan cómo prepararlas correctamente. La orientación profesional permite brindar pautas claras sobre la selección, preparación y presentación de los alimentos.

A su vez, el ritmo de alimentación debe ser adecuado, respetando tiempos suficientes entre cada bocado. La familia cumple un rol fundamental al favorecer un ambiente tranquilo, evitar distracciones y observar posibles signos de dificultad durante la deglución.

La observación de indicadores clínicos durante la alimentación constituye una herramienta importante para la detección temprana de posibles complicaciones. Cambios en la voz después de tragar, episodios de tos, carraspeo frecuente o fatiga

durante las comidas pueden constituir señales de alerta que deben ser tenidas en cuenta por los cuidadores.

Además de las indicaciones específicas relacionadas con la alimentación, el acompañamiento familiar cumple un papel significativo en el sostenimiento del proceso rehabilitador. La recuperación funcional posterior a un evento neurológico suele ser gradual y requiere la repetición sistemática de las estrategias y ejercicios indicados por los profesionales. La participación activa de los cuidadores facilita la integración de estas prácticas en la rutina diaria, favoreciendo la adherencia al tratamiento y contribuyendo a la consolidación de los avances obtenidos durante la terapia.

En el contexto domiciliario, la adherencia a las recomendaciones dietéticas indicadas por los profesionales de la salud constituye un factor determinante para la seguridad del paciente con disfagia. Diversos estudios señalan que el cumplimiento de estas indicaciones depende en gran medida del grado de comprensión y participación del entorno familiar en el proceso de cuidado. En este sentido, como se mencionó previamente, instrumentos como el Cuestionario de adherencia a las adaptaciones dietéticas en disfagia, desarrollado por Oriol-Peregrina (2018), han sido utilizados para analizar cómo los pacientes y sus cuidadores implementan en la vida cotidiana las recomendaciones relacionadas con las modificaciones de textura, el uso de espesantes y otras pautas de alimentación segura.

En síntesis, el abordaje de la disfagia de origen neurológico trasciende el ámbito hospitalario y requiere ser comprendido como un proceso continuo que se sostiene en el entorno cotidiano del paciente. En este escenario, el compromiso y la participación activa de la familia se configuran como el eje central para garantizar la implementación y continuidad de las estrategias terapéuticas. Asimismo, el paciente, en la medida de sus posibilidades cognitivas, debe contar con información clara que le permita involucrarse en el cuidado de su alimentación y en la toma de decisiones sobre su propio proceso.

Desde una perspectiva fonoaudiológica, la orientación, el seguimiento y la capacitación del entorno constituyen dimensiones fundamentales de la intervención. El sostenimiento de estas prácticas en el domicilio requiere del acompañamiento continuo de un fonoaudiólogo que, en articulación con un equipo interdisciplinario, guíe, supervise y ajuste las estrategias terapéuticas según la evolución del paciente. De este modo, no solo se favorece una alimentación más segura, sino también la continuidad del proceso rehabilitador y la mejora de la calidad de vida del paciente y su entorno.

Conclusiones

A lo largo del presente ensayo se ha desarrollado el abordaje de la disfagia en pacientes post accidente cerebrovascular (ACV), poniendo especial énfasis en el papel de la intervención fonoaudiológica temprana como factor determinante en el proceso de rehabilitación. En este sentido, la evidencia analizada permite sostener que la detección e intervención precoz no solo contribuyen a reducir complicaciones asociadas, como la aspiración o la malnutrición, sino que también favorecen la instauración de estrategias terapéuticas orientadas a la recuperación funcional desde las etapas iniciales del cuadro.

La intervención fonoaudiológica temprana se posiciona así, como un elemento clave dentro del abordaje integral del paciente, en tanto permite iniciar de manera oportuna la evaluación del proceso deglutorio, identificar las alteraciones presentes y diseñar un plan terapéutico ajustado a las características individuales. Este accionar temprano resulta fundamental para incidir sobre los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, promoviendo procesos de reorganización neuromuscular y aprovechando los principios de la neuroplasticidad que caracterizan las fases iniciales posteriores al evento neurológico.

Tal como se ha desarrollado, la rehabilitación de la disfagia no se limita a la aplicación de técnicas específicas, sino que implica la articulación de estrategias rehabilitadoras y compensatorias orientadas tanto a la recuperación funcional como a la seguridad alimentaria inmediata. En este marco, la intervención precoz permite no solo prevenir riesgos, sino también evitar la cronificación de patrones disfuncionales, promoviendo una mejor evolución del cuadro clínico.

No obstante, la efectividad de estas intervenciones no depende exclusivamente del momento en que son indicadas, sino también de su continuidad en el tiempo. En este punto, la adherencia terapéutica y la participación activa del paciente y su entorno adquieren un papel central. Las estrategias indicadas en el ámbito clínico requieren ser sostenidas en la vida cotidiana para generar cambios estables, lo que pone en evidencia

la importancia de considerar factores educativos, emocionales y contextuales dentro del proceso de rehabilitación.

En estrecha relación con ello, la familia se configura como un agente fundamental en la implementación y sostenimiento de las indicaciones terapéuticas. La orientación brindada por el fonoaudiólogo permite que los cuidadores adquieran herramientas para garantizar una alimentación segura, reconocer signos de alerta y acompañar activamente el proceso de recuperación. De este modo, la continuidad del tratamiento en el hogar se convierte en una extensión del espacio terapéutico, donde se consolidan los avances alcanzados.

Asimismo, resulta imprescindible considerar que la disfagia impacta significativamente en la calidad de vida del paciente, afectando no solo su estado físico, sino también su bienestar emocional y su participación social. En este sentido, la intervención temprana no solo tiene un valor preventivo y rehabilitador, sino también un impacto directo en la preservación de la autonomía y en la mejora del bienestar general.

En este marco, el rol del fonoaudiólogo trasciende la intervención técnica para posicionarse como un profesional clave en la detección precoz, el diseño de estrategias terapéuticas y la educación del paciente y su entorno. La intervención fonoaudiológica temprana, articulada con un abordaje interdisciplinario y centrado en la persona, se constituye así, como un pilar fundamental para optimizar la evolución clínica y favorecer una recuperación funcional segura y sostenida en el tiempo.

En conclusión, la evidencia analizada permite afirmar que la intervención fonoaudiológica temprana en la disfagia post ACV no solo reduce riesgos inmediatos, sino que también incide de manera significativa en el pronóstico funcional del paciente, consolidándose como un componente esencial dentro de los procesos de rehabilitación y de mejora de la calidad de vida, entendiendo que alimentarse no es solo nutrirse, sino también compartir, pertenecer y vivir, por lo que intervenir en la disfagia implica devolver a la persona el placer de comer y de estar con otros.

Referencias

- Alessandro, L., Olmos, L. E., Bonamico, L., Muzio, D. M., Ahumada, M. H., Russo, M. J., Allegri, R. F., Gianella, M. G., Campora, H., Delorme, R., Vescovo, M. E., Lado, V., Mastrobetti, L. R., Butus, A., Galluzzi, H. D., Décima, G., & Ameriso, S. F. (2020). Rehabilitación multidisciplinaria para pacientes adultos con accidente cerebrovascular. *Medicina* (Buenos Aires), 80(1).
https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802020000100008
- American Speech-Language-Hearing Association. (s. f.). Swallowing screening. ASHA Practice Portal. <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/adult-dysphagia/swallowing-screening/>
- Arias Cuadrado, Á. (2009). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica*, 70(3), 25–40. <https://galiciaclinica.info/gc/es/article/view/70-3-81/pdf>
- Arroyo, A. (2009). Introducción en el porqué de la atención temprana en el paciente afásico adulto. *Revista Fonoaudiológica digital*. Tomo 55, nº2.
- Barbié Rubiera, A., Marcos Plasencia, L. M., & Aguilera Martínez, Y. (2009). Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización. *MediSur*, 7(1).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000100007
- Belafsky, P. C., Mouadeb, D. A., Rees, C. J., Pryor, J. C., Postma, G. N., Allen, J., & Leonard, R. J. (2009). Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 117(12), 919–924.
<https://swallowstudy.com/wp-content/uploads/1.-eat-10-spanish.pdf>
- Bleeckx, D. / Deglución: valoración y rehabilitación -- *Revista EMC- Kinesiterapia-Medicina Física*. 2012;33(3):1-10. en St Guily, J. L.; Périé, S.; Bruel, M.; Roubeau, B.; Susini, B., y Gaillard, C. / Trastornos de la deglución del adulto. Diagnóstico y tratamiento. -- *Revista EMC – Otorrinolaringología*. 2005;34(3):1-

19. <https://es.scribd.com/document/401704694/Trastornos-de-La-Deglucion-Adulto-Diag-Trat>

Boehme, A. K., Esenwa, C., & Elkind, M. S. V. (2017). Stroke risk factors, genetics, and prevention. *Circulation Research*, 120(3), 472–495.

<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308398>

Cabrera Zamora, J.L. / Factores de riesgo y enfermedad cerebrovascular . -- Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascular 2014;15(2):75-88.

<http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v15n2/ang03214.pdf>

Camarero González, E. (2009). Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 24(2), 66–78. <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226754007.pdf>

Cámpora, H. y Falduti, A. / Deglución de la A a la Z. Fisiopatología, evaluación y tratamiento. -- Editorial El Ateneo. -- Buenos Aires. 2019.

Cámpora, H., & Falduti, A. (2019). *Disfagia: Evaluación y tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382138394004>

Chaná, P., & Alburquerque, D. (2006). La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) y la práctica neurológica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 44(2), 89–97.

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000200002

Clavé Civit, P., & García Peris, P. (Eds.). (2015). *Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea* (3.ª ed.). Editorial Glosa.

Clavé, P., Terré, R., De Kraa, M., & Serra, M. (2015). Approaching oropharyngeal dysphagia. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*.

Cohen, D. L., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C. A., Hamdy, S., Havard, D., McFarlane, M., McLaughlin, C., Randall, M., Robson, K., Scutt, P., Smith, C., Smithard, D., Sprigg, N., Warusevitane, A., Watkins, C., Woodhouse, L., & Bath, P. M. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for

- future trials. *International Journal of Stroke*, 11(4), 399–411.
<https://doi.org/10.1177/1747493016639057>
- DePippo, K. L., Holas, M. A., & Reding, M. J. (1992). Validation of the 3-ounce water swallow test for aspiration following stroke. *Archives of Neurology*, 49(12), 1259–1261. <https://doi.org/10.1001/archneur.1992.00530360057018>
- Dolz, I. y Urdániz, N., (2013). Disfagia y atragantamientos en la enfermedad de Alzheimer: actuación y prevención. Asociación de Familiares enfermos de Alzheimer Navarra (AFAN) <https://www.alzheimernavarra.com/wp-content/uploads/2021/02/10-cuaderno-.pdf>
- Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.
- Feldberg, C., & Demey, I. (Comps.). (2015). Manual de rehabilitación cognitiva: Un enfoque interdisciplinario desde las neurociencias. Buenos Aires: Paidós.
<https://es.scribd.com/document/568976092/Manual-de-Rehabilitacion-Cognitiva>
- Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia (FLENI). (2014, noviembre 15). Ataque cerebral.
<https://www.fleni.org.ar/novedades/ataque-cerebral/>
- Gabriela-Zulueta, M., Ferreira, M. L., Rainieri, M. D., Freijo, M. S., Chaves, C. A., Sosa, R., Godoy-Moriena, P., & Astegiano, P. (2023). Abordaje dietético de la disfagia orofaríngea en establecimientos de salud públicos y privados de la República Argentina, año 2021: estudio exploratorio. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 27(1), 63–71.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452023000100007
- Ginarte Arias, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 502–505.
<http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v17n5/mgi16501.pdf>

- Goldemund, D., M.D. (2026, 20 de enero). Stroke-related dysphagia. Stroke-
Manual. <https://www.stroke-manual.com/stroke-related-dysphagia/>
- González Moreira, D. J., Maris Granatto, S., y Vázquez Fernández, P. (2021). El
fonoaudiólogo en los trastornos de alimentación.: Más allá de la deglución.
Revista Areté, 21 (1), 95-103. arete.iberico.edu.co/article/view/2109
- Groher, M.E. (1997). Mechanical disorders of swallowing. In Groher, M.E. Dysphagia:
Diagnosis y management (3rd ed). Boston: Butterworth-Heinemann.
- Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L. (2005). Manual de la afasia y de terapia de la afasia
(2.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
[https://books.google.cl/books?id=IbriIbXlAp4C&printsec=frontcover#v=onepage
&q&f=false](https://books.google.cl/books?id=IbriIbXlAp4C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false)
- Hernández-Jaramillo, J., Rodríguez-Duque, L. M., Gómez-Patiño, M. C., y Sánchez-
Gutiérrez, M. F. (2017). Factores pronóstico de la disfagia luego de un ataque
cerebrovascular: una revisión y búsqueda sistemática. Revista Ciencias de la
Salud, 15(1), 7–21. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-
72732017000100002&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-72732017000100002&script=sci_arttext)
- Infobae. (30 de octubre de 2022). Qué es la disfagia, el trastorno que padece casi el
50% de las personas que sufrió un ACV.
[https://www.infobae.com/salud/ciencia/2022/10/30/que-es-la-disfagia-el-
trastorno-que-padece-casi-el-50-de-las-personas-que-sufrio-un-acv/](https://www.infobae.com/salud/ciencia/2022/10/30/que-es-la-disfagia-el-trastorno-que-padece-casi-el-50-de-las-personas-que-sufrio-un-acv/)
- IOPI Medical LLC. (2025). IOPI Pro user manual (Modelo 3.1). IOPI Medical.
[https://iopimedical.com/wp-content/uploads/2025/04/800-3101-09_ES-IOPI-Pro-
User-Manual-Spanish.pdf](https://iopimedical.com/wp-content/uploads/2025/04/800-3101-09_ES-IOPI-Pro-User-Manual-Spanish.pdf)
- Kelly-Hayes, M., Robertson, J. T., Broderick, J. P., Duncan, P. W., Hershey, L. A., Roth,
E. J., Thies, W. H., y Trombly, C. A. (1998). The American Heart Association
Stroke Outcome Classification. Stroke, 29(6), 1274–1280.
<https://doi.org/10.1161/01.STR.29.6.1274>

- Licon Rivera, T. S., & Aguilera Sandoval, M. I. (2009). Perfil clínico epidemiológico de pacientes con accidente cerebrovascular en el Instituto Hondureño de Seguridad Social. *Revista Médica Hondureña*, 77(3), 104–106.
<https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol77-3-2009.pdf>
- Lizzi, E.; Menna, A.; Sirna, S.; Zerpa, B.; Iriondo, A.; Ginhini, M. y Cattáneo, M. / Atención temprana. una perspectiva fonoaudiológica. -- Editorial Akadia. -- Buenos Aires. 2014.
- Marmouset, F.; Hammoudi, K.; Bobillier, C. y Morinière, S. / Fisiología de la deglución normal -- Revista EMC – Otorrinolaringología. 2015;44(3):1-12.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1632347515727529>
- Martino, R., Silver, F., Teasell, R., Bayley, M., Nicholson, G., Streiner, D. L., & Diamant, N. (2009). The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST): Development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. *Stroke*, 40(2), 555–561. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.510370>
- Moreira, M. J. da S., Santos, R. N. de O. L., & Palacios, M. (2021). Fonoaudiología, conflictos de decisión y disfagia: revisión integradora. *Revista Bioética*, 29(2).
<https://www.scielo.br/j/bioet/a/N4nrpdYDyCdScWK3zYH3SMS/?lang=es>
- Oficina Científica de Asesoramiento Legislativo. (2023). Impactos del ataque cerebrovascular en Argentina (Informe de situación, junio 2023). Honorable Cámara de Diputados de la Nación.
https://www4.hcdn.gob.ar/archivos/observatorio-ocal/informes/Informe_ACV.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Versión en español, España; 2001.
- Organización Mundial de la Salud. (2025, 19 de diciembre). Accidente cerebrovascular.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/stroke>

Organización Mundial de la Salud. Adherencia a las terapias a largo plazo. OMS; Ginebra, Suiza: 2003.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42682/9?sequence=1>

Oriol-Peregrina, N. (2018). Cuestionario de adherencia para las adaptaciones dietéticas en disfagia. *Revista de Investigación en Logopedia*, 8(2), 95–110.

<https://revistas.ucm.es/index.php/RLOG/article/view/58249>

Paciaroni, M., Mazzotta, G., Corea, F., y cols. (2004). Dysphagia following Stroke. *Eur Neurol*. 2004; 51: 162-167.

Padilla Acevedo, C. Z (2023) Rol, fundamentos y desafíos del papel de la neuroplasticidad cerebral en la rehabilitación motora, luego de enfermedad cerebro vascular, en mayores de 18 años (tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina, Ecuador.

Provincia de Santa Fe. (2023). Ley N.º 14221: Ejercicio profesional de la fonoaudiología.

Boletín Oficial de la Provincia de Santa Fe.

<https://www.santafe.gob.ar/boletinoficial/ver.php?seccion=2023/2023-12-15ley14221-2023.html>

Rodríguez Lozano, A. M. (2016). Ataque cerebrovascular. En F. Ortiz, M. Rincón y J. C. Mendoza (Eds.), *Texto de medicina física y rehabilitación* (pp. 344–356). El Manual Moderno (Colombia) S.A.S.

[https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=jFyCEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA343&dq=Mecanismos+neurofisiol%C3%B3gicos+alterados+\(control+cortical+y+subcortical+de+la+degluci%C3%B3n\)+post+acv&ots=tD_TqkHlab&sig=KmFHNOBHK72YvLY8xmH3hvnKoCl&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=jFyCEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA343&dq=Mecanismos+neurofisiol%C3%B3gicos+alterados+(control+cortical+y+subcortical+de+la+degluci%C3%B3n)+post+acv&ots=tD_TqkHlab&sig=KmFHNOBHK72YvLY8xmH3hvnKoCl&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

Taliment. (s. f.). Cómo afrontar el impacto psicosocial de la disfagia en el paciente y su entorno. <https://www.taliment.com/blog/afrontar-impacto-psicosocial-disfagia/>

Toledo-Rodríguez, L., Tobar-Fredes, R., Tapia Saavedra, S., Jofré, C., Lizama, V., Luchsinger, B., Vásquez, T., & Yalul, C. (2019). Calidad de vida en pacientes con disfagia neurogénica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 57(3).

https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272019000300201&script=sci_arttext

Trapl, J., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.107.483933>

Trovato MH, Rosa MI, Brotzman G. Manual de fonoestomatología: Clínica, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones en la deglución y alimentación en niños y adultos. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2018.

Vargas García, M. A. (2017). Repercusiones sociales de la disfagia: revisión sistemática. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 16(1), 32-39.

Woisard-Bassols, V., & Puech, M. (2016). La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : le point sur la prise en charge fonctionnelle (2da ed.). Marseille: Deboeck supérieur.

World Gastroenterology Organisation (WGO). (Septiembre de 2014). Disfagia Guías y Cascadas Mundiales. World Gastroenterology Organisation.
<https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/dysphagia-spanish-2014.pdf>

Zuluaga Gómez, M., Illatopa Marín, S., Giraldo Echeverri, L. M., & Calle Meneses, A. (Comps.). (2025). Guía de primer respondiente ante situaciones de urgencias y emergencias (1.^a ed.). Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.
<https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/20.500.11912/12288/Manual%20del%20primer%20final.pdf?sequence=4>