

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA

ROSARIO, ARGENTINA

AÑO 2021

“Características de los pacientes adultos con alteraciones en la función  
deglutoria que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de  
la ciudad de Rosario entre los años  
2015 y 2020”.

ALUMNAS:

Cardonnet, Ana

Ferreira, Aldana Julia

CON LA SUPERVISIÓN DE:

Co- Tutora Lic. Borrachetti, Mariel

Co-Tutora Lic. Lattanzi, Gabriela Elisa

Y LA CONSULTORÍA DE:

Dr. Navarrete, Rodolfo

Tesina presentada por:

Cardonnet, Ana.....

Ferreyra, Aldana Julia.....

Con la supervisión de:

Co-Tutora Lic. Borrachetti, Mariel .....

Co-Tutora Lic. Lattanzi, Gabriela Elisa.....

Y la Consultoría de:

Dr. Navarrete, Rodolfo.....

---

Aprobada por:

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

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

Legajos: C-2474/1

F-1175/4

## Agradecimientos

A nuestras co-tutoras Mariel y Gabriela y a nuestro consultor Rodolfo por brindarnos su tiempo, dedicación y compromiso, aportando su experiencia y conocimiento.

A la Fundación Rosarina de Neurorehabilitación por abrirnos generosamente sus puertas.

A la Universidad pública, irrestricta, laica y gratuita que nos alojó durante los años de estudio y nos formó como profesionales y personas.

Y especialmente a nuestros seres queridos por el apoyo incondicional, la motivación y el acompañamiento constante durante el camino recorrido.

# Índice

<b>Resumen</b> .....	06
<b><i>I. Contexto de descubrimiento</i></b> .....	07
<b>a). Fundamentos teóricos</b> .....	08
<b>1) Introducción</b> .....	08
Objetivos de la investigación.....	08
<b>2) Marco teórico</b> .....	09
<b>2.1 La deglución</b> .....	09
<b>2.2 La neurología de la deglución</b> .....	12
<b>2.3 Las alteraciones del proceso deglutorio: la disfagia</b> .....	13
<b>2.4 Las complicaciones de la disfagia</b> .....	16
<b>2.5 Las etiologías de la disfagia</b> .....	18
<b>2.5.1 Causas orgánicas o mecánicas</b> .....	18
<b>2.5.2 Causas neurógenas</b> .....	19
<b>2.5.3 Causas respiratorias</b> .....	31
<b>2.5.4 Presbifagia</b> .....	32
<b>2.5.5 Causas farmacológicas</b> .....	33
<b>2.5.6 Causas psicógenas</b> .....	33
<b>2.6 La evaluación de la función deglutoria</b> .....	33
<b>2.7 La alimentación en la disfagia</b> .....	37
<b>2.8 Disfagia y calidad de vida</b> .....	39
<b>2.9 Fonoaudiología e interdisciplina en el abordaje de la disfagia</b> .....	41
<b>3) Problema</b> .....	43
<b>4) Variables</b> .....	44
<b>b). Fundamentos metodológicos</b> .....	50
<b>1) Población</b> .....	50
<b>2) Diseño metodológico</b> .....	51
<b>3) Procedimientos, técnicas e instrumentos</b> .....	52
<b>4) Plan de análisis de datos</b> .....	59
<b><i>II. Contexto de realidad</i></b> .....	60
<b>1) Presentación y análisis de datos</b> .....	61
<b><i>III. Contexto de justificación</i></b> .....	77

1) Interpretación y discusión.....	78
2) Conclusión.....	85
3) Limitaciones y sugerencias.....	86
<b>IV. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>88</b>
<b>V. Anexos.....</b>	<b>95</b>
Anexo 1: Certificación emitida por la Escuela de Fonoaudiología.....	96
Anexo 2: Solicitud de ingreso a la institución.....	98
Anexo 3: Entrevista a informante clave.....	100
Anexo 4: Fichas individuales.....	104
Anexo 5: Planillas de volcado de datos.....	236

## Resumen

El presente trabajo de investigación - tesina es un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal que tiene como objetivo investigar las características de la función deglutoria y las patologías de base que presentan los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurrieron a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.

La población de estudio está constituida por 65 historias clínicas. Para realizar la recolección de los datos se implementó la técnica de análisis documental y se elaboraron fichas individuales.

A partir del análisis de las variables de estudio, se evidenció que la etapa preparatoria oral se presenta alterada en el 76,9%, la etapa oral en el 67,7% y la etapa faríngea en el 92,3%. El menor porcentaje de alteración se evidenció en la etapa esofágica con un 15,4%. Los indicadores que se presentaron con mayor frecuencia en cada una de ellas son “alteración en la masticación” (I3), “alteración en la propulsión lingual” (I5), “alteración en el pasaje faríngeo” (I11) y “alteración en el transporte esofágico” (I21), respectivamente. En cuanto a las patologías de base, la más frecuente fue el Accidente cerebrovascular en el 41,54% y las menos frecuentes, la Esclerosis lateral amiotrófica y la Presbifagia, con el 7,69% cada una. Se concluyó también que, en mayor proporción, la etapa faríngea se presentó alterada en todas las patologías de base, mientras que la etapa esofágica, conservada.

Resulta fundamental el conocimiento sobre la disfagia ya que las actividades de detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento de la función deglutoria son consideradas como ejercicio profesional de la fonoaudiología.

# I. Contexto de descubrimiento

## a) **Fundamentos Teóricos**

### 1. **Introducción**

La deglución se encuentra comprendida dentro del área de la fonoestomatología, formando parte de las incumbencias del profesional de la fonoaudiología. Es una función fisiológica del organismo en la cual se produce el transporte de los alimentos, líquidos y saliva desde la boca al estómago. En la misma pueden identificarse cuatro etapas: la etapa preparatoria oral, la etapa oral, la etapa faríngea y la etapa esofágica. Cuando se presenta una perturbación en alguna de ellas, se perjudica la eficacia y/o la seguridad de la función y se está ante la presencia de una *disfagia*. Las principales complicaciones que puede generar este trastorno son la neumonía por aspiración, la desnutrición y la deshidratación, poniendo en riesgo la vida.

Para el abordaje integral de esta problemática, es relevante conocer el modo en el que el trastorno deglutorio puede manifestarse en las diferentes patologías neurológicas, la signosintomatología característica de cada una de las etapas y las implicancias que tiene en la calidad de vida de los sujetos que la padecen.

A partir de lo expuesto, se plantean los siguientes objetivos para la investigación:

#### **Objetivo general:**

- Investigar las características de la función deglutoria y las patologías de base de los pacientes adultos con disfagia de origen funcional para contribuir a su conocimiento por parte de la comunidad estudiantil universitaria.

#### **Objetivos específicos:**

- Conocer el estado de la etapa preparatoria oral, la etapa oral, la etapa faríngea y la etapa esofágica de la deglución.
- Identificar las patologías de base con las que cursan los pacientes con disfagia de origen funcional.
- Establecer relaciones entre las patologías de base y el estado de la etapa preparatoria oral, la etapa oral, la etapa faríngea y la etapa esofágica de la deglución.

## 2. Marco Teórico

### 2.1 LA DEGLUCIÓN

La deglución es una función fisiológica que consiste en el transporte de sustancias de diversas consistencias (sólidas, semisólidas y líquidas) y de saliva desde la boca al estómago. Comprende mecanismos voluntarios y reflejos y es regulada por el sistema nervioso central y periférico. Es una actividad compleja que requiere de la integridad y la coordinación sensoriomotriz de múltiples estructuras óseas, cartilagosas, musculares y glandulares que se sitúan a nivel de la cabeza, el cuello y el tórax.

La función deglutoria presenta dos características principales. Una de ellas es la eficacia, que se logra cuando se garantiza la adecuada nutrición e hidratación del organismo a través de la ingesta de las calorías y el agua necesarias. La segunda es la seguridad, que se alcanza cuando actúan en forma coordinada y sincrónica la deglución y la respiración. Ambas funciones se encuentran íntimamente relacionadas, ya que comparten un trayecto anatómico en la orofaringe que luego se decusa en dos vías, digestiva por un lado y respiratoria por el otro. A esta zona se la denomina encrucijada aerodigestiva.

En la deglución se produce una secuencia de acontecimientos en los que intervienen fuerzas, movimientos y presiones ordenados por un sistema de válvulas que, con su apertura y cierre, permiten la progresión del bolo alimenticio por el tracto digestivo y la protección de la vía aérea impidiendo que haya falsas rutas, es decir, intromisiones de las sustancias al sistema respiratorio.

La alimentación se inicia con el deseo de comer y beber por parte del sujeto, suscitado por las sensaciones de hambre y sed. Estas son reguladas por el hipotálamo, que es la estructura del sistema nervioso central que recibe e integra la información del estado energético e hidroelectrolítico del organismo.

En la función deglutoria se identifican cuatro etapas. Con la incorporación del alimento a la cavidad bucal, se inicia la etapa preparatoria oral. La misma es una fase voluntaria que presenta una duración variable dependiendo de la consistencia y del tamaño del alimento. Debido también a esto, las estructuras que intervienen se posicionan y actúan de forma diferente.

En el caso de la consistencia sólida, desciende la mandíbula generando la apertura de la cavidad oral y se realiza la preincisión del alimento, es decir, el corte y desgarrado del

mismo con los dientes incisivos y caninos. Luego se produce la contracción de los músculos orbiculares realizando un sellado bilabial, que constituye la primera válvula deglutoria, asegurando la continencia del alimento dentro del vestíbulo bucal. Inmediatamente después la lengua desplaza el alimento hacia las superficies oclusales de los molares y premolares para dar comienzo a la masticación. Esta actividad consiste en la realización de movimientos mandibulares de rotación para lograr la trituración y molienda del alimento. Los mismos son ejecutados por los músculos masticatorios (masetero, temporal, pterigoideo externo y pterigoideo interno). La lateralización del material por parte de la lengua permite que se logre la alternancia del lado de trabajo. Luego se produce la insalivación para formar un bolo alimenticio consistente, es decir, una masa blanda y pastosa posible de ser deglutida. A su vez, los movimientos linguales en coordinación con la contracción rítmica de los músculos buccinadores y los orbiculares de los labios, contienen el alimento para que pueda desarrollarse adecuadamente la masticación y realizan la limpieza del vestíbulo.

Para incorporar el alimento de consistencia semisólida se realiza la apertura bucal seguida de un adosamiento de los labios al utensilio continente. A continuación, se contraen los músculos buccinadores generando una presión negativa que permite la llegada del material al dorso lingual.

En lo referente a la consistencia líquida, se lleva a cabo un proceso similar al anterior y una vez que el líquido alcanza el dorso lingual, este se deprime y se elevan los márgenes, formándose una concavidad central que lo contiene.

Cuando el alimento se encuentra en el dorso lingual comienza la etapa oral, que tiene una duración de 1 a 1,25 segundos. En la misma el ápice lingual asciende, contacta y presiona contra las rugas palatinas, formando un plano inclinado. A continuación la lengua asciende su dorso, poniéndose en contacto con el paladar, y realiza movimientos peristálticos que transportan el material hacia el istmo de las fauces. Durante el desarrollo de esta etapa el velo del paladar se encuentra descendido contactando con la base de la lengua, formando la segunda válvula deglutoria. El cierre de la primera y la segunda válvulas generan una presión intraoral que participa en la contención del alimento y colabora con la lengua para la propulsión del bolo alimenticio.

Cuando este alcanza los pilares anteriores del velo del paladar se desencadena el reflejo deglutorio, debido a la estimulación de sus receptores ubicados en esta zona, dando comienzo a la etapa faríngea. La misma se caracteriza por ser automática-refleja y tener una duración de un segundo.

Al abandonar el bolo alimenticio la cavidad oral, se estimulan otros receptores ubicados en la base de la lengua y en la pared faríngea posterior. De esta manera, actúan concatenadamente y el reflejo deglutorio se va potenciando a medida que la masa progresa por el tracto digestivo. Esta etapa deglutoria involucra el transporte del bolo alimenticio por la faringe mediante movimientos ondulatorios que lo propulsan hacia el esfínter esofágico superior y la activación de los mecanismos protectores de la vía aérea. Simultáneamente al disparo deglutorio, se contrae y eleva el velo del paladar para cerrar la nasofaringe y evitar que las sustancias discurran hacia el exterior, constituyendo la tercera válvula deglutoria. A su vez, en el bulbo raquídeo, el centro neurológico deglutorio produce una inhibición del centro neurológico respiratorio provocando una apnea. Al mismo tiempo sucede el ascenso y anteriorización del hueso hioides y de la laringe a través de la contracción de la musculatura supra e infrahioides, generando un aumento de tamaño de la hipofaringe y facilitando el traslado del bolo alimenticio por la misma. El desplazamiento hioideo y laríngeo provoca la báscula de la epiglotis, la cual desciende en un ángulo de 145° cerrando el vestíbulo laríngeo. El peso y el deslizamiento del bolo desde la base hacia la punta de la epiglotis ayudan a finalizar este movimiento. Mientras, la laringe se cierra en tres niveles. Contactan los pliegues vocales, conformando la válvula glótica, cuarta válvula deglutoria, se aducen las falsas cuerdas y se aproximan los aritenoides a la epiglotis. Con la oclusión laríngea y la interrupción del flujo de aire por las vías respiratorias, se instaura una presión positiva subglótica que colabora con la eficacia de la válvula glótica.

Simultáneamente, se produce la dilatación del esfínter esofágico superior, quinta válvula deglutoria, posibilitando que el bolo ingrese al esófago y comience la etapa esofágica. Para esta apertura intervienen la tracción de las fibras del músculo cricofaríngeo, producida por el desplazamiento anterosuperior de la laringe, la presión radial que ejerce el alimento sobre el esfínter y su propia relajación y elasticidad. Una vez que el bolo lo atraviesa, el tono del músculo cricofaríngeo aumenta bruscamente para impedir que el material deglutido realice el camino inverso. En este momento, el centro neurológico deglutorio detiene los impulsos inhibitorios sobre el centro neurológico respiratorio y se reconfigura la vía aérea, reanudándose el ciclo respiratorio mediante una espiración. Durante esta etapa se produce el transporte del bolo hacia el esfínter esofágico inferior mediante ondas peristálticas primarias y secundarias. Se estima que tenga una duración de 8 a 20 segundos.

Una vez que el alimento traspasa la parte distal del esófago, llega al estómago y comienza el proceso de digestión.

## **2.2 LA NEUROLOGÍA DE LA DEGLUCIÓN**

La deglución es un proceso sensoriomotor. Para su desarrollo, el sistema nervioso recibe y analiza la información sensitiva y sensorial y, en base a estas aferencias, organiza una respuesta motora acorde a los estímulos. La integración de la información aferente la realizan la corteza sensitiva primaria y secundaria y el hipotálamo.

A través de interconexiones neuronales, la información sensorial llega a la corteza cerebral motora, específicamente a la parte inferior de la circunvolución frontal ascendente, y se produce la orden nerviosa para la activación del movimiento voluntario. A través de la vía motriz principal se transmiten los impulsos nerviosos a los núcleos motores de los pares craneales ubicados en el tronco encefálico, y a partir de ellos, se originan los nervios que se dirigen a las estructuras de la cabeza y el cuello. El cerebelo y los núcleos de la base también participan de este control central, graduando y controlando los movimientos, permitiendo la coordinación y sincronización de las sinergias musculares complejas.

Como se mencionó anteriormente, la deglución presenta una fase voluntaria bajo el control cortical y una refleja o neurovegetativa, cuyo control central está a cargo del tronco encefálico. La primera incluye a las etapas preparatoria oral y oral propiamente dicha y a partir del desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio, se inicia la parte refleja.

En la fase voluntaria interviene la rama motora del nervio trigémino (V par craneal), que inerva los músculos masticatorios. Asimismo, la rama sensitiva de este nervio recoge la sensibilidad aportada por los mecanorreceptores y termorreceptores de la cavidad bucal y de los dos tercios anteriores del dorso lingual, brindando información táctil y térmica, respectivamente, del material a deglutir y de su posición en la boca. La inervación de los músculos linguales que permiten los movimientos de formación y transporte del bolo alimenticio es brindada por el nervio hipogloso mayor (XII par craneal). A su vez, para la insalivación del alimento, intervienen las glándulas salivales sublinguales y submaxilares, inervadas por las ramas vegetativas de los nervios trigémino y facial (VII par craneal) y las glándulas parótidas, inervadas por ramas de los nervios trigémino y glossofaríngeo (IX par craneal). Para la contención del alimento en el interior de la boca actúan los músculos orbiculares y los buccinadores, que se contraen gracias a la rama motora del nervio facial. La información sensorial del sentido del gusto es dada por los quimiorreceptores y recogida por el VII par craneal por delante de la V lingual y por el IX en el tercio posterior.

Con respecto a la parte refleja de la deglución, la vía aferente del reflejo deglutorio está conformada por la rama sensitiva del nervio glossofaríngeo, que inerva a sus receptores.

La respuesta del mismo, que consiste en la acción de los músculos constrictores para el transporte del alimento por la faringe y en la activación de los mecanismos protectores de la vía aérea, está dada principalmente por la rama motora del nervio neumogástrico o vago (X par craneal), con la intervención de algunas fibras motoras del IX par craneal que participan en la contracción y elevación del velo del paladar. En la etapa esofágica intervienen las fibras vegetativas del X par craneal que inervan a los músculos esofágicos que realizan la peristalsis. En cuanto a la sensibilidad de la faringe, la laringe y el esófago, es recogida por la rama sensitiva de este par craneal.

### **2.3 LAS ALTERACIONES DEL PROCESO DEGLUTORIO: LA DISFAGIA**

Velasco, Arreola, Clavé y Puiggrós (2007) definen a la disfagia como “una sensación subjetiva de dificultad para que el alimento pase desde la boca al estómago” (p. 175). Estos autores la describen como un síntoma altamente prevalente que puede deberse a múltiples procesos patológicos y afectar a pacientes de todas las edades (Velasco, Arreola, Clavé y Puiggrós, 2007).

Por su parte, Nazar, Ortega y Fuentealba (2009) exponen que “la disfagia corresponde a un trastorno para tragar alimentos sólidos, semisólidos y/o líquidos por una deficiencia en cualquiera de las cuatro etapas de la deglución” (p. 450). Los autores mencionan que la disfagia tiene una prevalencia del 6 al 9% en la población (Nazar, Ortega y Fuentealba, 2009). Gutiérrez-Achury y col. (2015) afirman que “se ha reportado una prevalencia de disfagia entre el 8.4 y el 16% de la población general, que aumenta con la edad, llegando a cifras hasta del 26% para personas mayores de 76 años” (p. 53).

Cámpora y Falduti (2015) describen que en la disfagia las etapas deglutorias se desarrollan con mayor lentitud o con menor fuerza de lo fisiológicamente esperable para la propulsión del bolo alimenticio por el tracto digestivo, viéndose afectada la coordinación necesaria para el desarrollo del proceso deglutorio.

Como se describió anteriormente, la alteración de la función deglutoria puede producirse en una o en varias de sus etapas. Es posible clasificarla desde el punto de vista anatómico, es decir, según el lugar de localización de la afección, en disfagia orofaríngea y disfagia esofágica.

La disfagia orofaríngea engloba a las dificultades en la deglución que ocurren desde la cavidad oral hasta el esfínter esofágico superior. Comprende las disfunciones que se producen en las etapas preparatoria oral, oral y faríngea y supone alrededor del 80% de las

disfagias diagnosticadas (García-Peris, Velasco, y Frías Soriano, 2012). La signosintomatología se evidencia en forma inmediata al acto deglutorio. “La disfagia orofaríngea es especialmente prevalente en mayores de 75 años, en portadores de cuadros neurológicos (p. ej. accidente vascular encefálico) y en pacientes que han requerido una instrumentación de su vía aérea (intubación orotraqueal y/o traqueostomía)” (Nazar, Ortega y Fuentealba, 2009, p. 449).

La alteración de la etapa preparatoria oral puede evidenciarse a través de la aparición de los siguientes signos y síntomas:

- El movimiento limitado de la articulación temporomandibular, que afecta la apertura bucal y la introducción del alimento a la boca.
- La disminución de la fuerza labial para el barrido del alimento de los utensilios utilizados para introducirlo en la boca.
- La incompetencia en el sellado bilabial, es decir, en la primera válvula deglutoria. Esta afecta la capacidad de mantener el bolo dentro de la cavidad bucal y puede generar un escape del alimento hacia el exterior y una disminución de la presión negativa intraoral.
- La alteración en la masticación, por un compromiso de los músculos que movilizan la mandíbula para la trituración y molienda del alimento.
- La dificultad para la formación de un bolo alimenticio consistente y cohesivo. Puede deberse a una alteración en la masticación, a la perturbación de los movimientos linguales o a una inadecuada insalivación. En consecuencia, hay dispersión intraoral del alimento y quedan residuos en la lengua, en el vestíbulo de la boca, en los carrillos, en el paladar duro y blando, en las arcadas dentarias y en la pared posterior faríngea posteriormente a la deglución.

En lo relativo a la etapa oral, las alteraciones que se pueden presentar en la misma son:

- La disminución en la fuerza que ejerce el ápice lingual contra el paladar duro, alterando la propulsión y transferencia del bolo hacia la hipofaringe.
- La insuficiencia en el cierre de la segunda válvula velo-lingual. Esto ocasiona una disminución de la presión intraoral y un compromiso del control del material pudiendo producirse una caída prematura del bolo alimenticio.

Con respecto a la etapa faríngea, las complicaciones que pueden presentarse en el desarrollo de la misma son:

- La alteración sensitiva de los receptores del reflejo deglutorio, que generan un retraso en la ocurrencia del disparo deglutorio y un riesgo de que el bolo ingrese a la orofaringe previamente a que se activen los mecanismos de protección de la vía aérea.
- La ectasia valécular, que es la acumulación o estancamiento del material deglutido en las depresiones mucosas situadas entre la cara anterior de la epiglotis y la base de la lengua, denominadas valéculas. Puede producirse como consecuencia de la incompetencia velo-lingual o el retraso en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio. Ocasiona un riesgo para la seguridad de la deglución ya que los restos acumulados pueden desbordar y posteriormente ingresar al vestíbulo laríngeo.
- El trastorno en el cierre de la tercera válvula deglutoria velo nasofaríngea, que origina reflujo nasal, es decir, fuga del material hacia la porción nasal de la faringe y luego hacia el exterior a través de las fosas nasales.
- La alteración en el pasaje faríngeo. Puede deberse a una debilidad en los movimientos peristálticos de los músculos constrictores de la faringe para el traslado del alimento u ocurrir porque el material deglutido llega a la hipofaringe con menor fuerza de lo esperable, por una perturbación en el transporte durante la etapa oral. Es posible que en consecuencia se acumulen restos en los senos piriformes, con el riesgo de que al reanudarse la respiración, ingresen a la vía aérea. La persona que lo presenta puede manifestar sensación de restos de alimento luego de deglutir y realizar dobles degluciones o degluciones fraccionadas para un mismo bolo.
- La presencia de dolor al deglutir u odinofagia.
- La limitación en el movimiento de traslación del hueso hioides y en el ascenso y anteriorización de la laringe. Esto genera una disminución en el movimiento de báscula de la epiglotis y un incompleto cierre laríngeo.
- La afección de la cuarta válvula deglutoria, glótica, que ocasiona un cierre incompleto del vestíbulo laríngeo. La presencia de tos, carraspeo, sensación de ahogo o atragantamiento pre, intra o post deglutorios son manifestaciones que indican el ingreso de los líquidos y sólidos a la vía aérea. Asimismo, la presencia de voz húmeda o gorgoteante da cuenta de que el material deglutido ha alcanzado la glotis, por lo que habría una penetración y podría producirse una aspiración posterior.
- La disfunción de la quinta válvula deglutoria cricofaríngea, es decir, del esfínter esofágico superior. Puede deberse a un compromiso en el ascenso hiolaríngeo o a una alteración en su dilatación por dificultades en la interrupción del tono vagal propio del esfínter, es decir, por una hipertonía. La perturbación de su capacidad de relajación

genera que permanezcan residuos en la hipofaringe, con la posibilidad de que los mismos ingresen a la vía aérea con una inspiración posterior a la deglución. Además, puede presentarse un aumento de la resistencia del esfínter asociado a la presencia del divertículo de Zenker, saco formado por la evaginación de la mucosa en la unión faringoesofágica.

Cuando la dificultad en el traslado de los alimentos se ubica desde el esfínter esofágico superior hasta el estómago, la disfagia es de tipo esofágica. Esta abarca las alteraciones en el esófago superior, en el cuerpo esofágico, en el esfínter esofágico inferior y en el cardias, que pueden deberse a un trastorno en el peristaltismo, a un daño neural, a la presencia de malformaciones, divertículos o tumores, a esofagitis, a estenosis y a compresiones del conducto. Sus síntomas se suelen evidenciar posteriormente al acto deglutorio. García-Peris, Velasco y Frías Soriano (2012) refieren que el 20% de las disfgias diagnosticadas se corresponden a disfagias esofágicas.

## **2.4 LAS COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA**

La disfagia puede generar complicaciones de distinto orden, de acuerdo a la afección de una u otra de las características principales de la deglución, la eficacia y la seguridad.

La eficacia de la deglución se ve comprometida cuando, debido al trastorno deglutorio, disminuye la ingesta nutricional e hídrica del organismo, pudiendo ocasionar que, en consecuencia, el sujeto afectado presente desnutrición y deshidratación.

La desnutrición genera importantes alteraciones, que pueden abarcar desde una ligera pérdida de peso a un compromiso en la masa de los músculos, con la consecuente disminución de su fuerza de contracción. De esta forma, la misma desnutrición ocasionada por la disfagia puede empeorar aún más el desarrollo de la función deglutoria en el sujeto, porque con la disminución de los nutrientes incorporados, se afectan precozmente las fibras tipo II de los músculos intervinientes en la acción de tragar. Se estima que padecen desnutrición, evidenciada por una pérdida de peso progresiva, hasta un tercio de los pacientes que presentan disfagia orofaríngea (García-Peris, Velasco y Frías Soriano, 2012).

Por su parte, la deshidratación provoca sequedad en las mucosas, disminución en la salivación y en la expectoración y disnea, acompañadas de un estado de confusión mental, que agravan aún más la forma en la que se desarrolla la función deglutoria.

En lo relativo a la seguridad de la deglución, la misma se ve afectada cuando al pasar el material deglutido por la zona anatómica de la encrucijada aerodigestiva, se produce una

incoordinación y pérdida de la relación sincrónica entre las funciones deglutoria y respiratoria, y el sistema valvular actúa de forma ineficiente. Fallan los mecanismos fisiológicos de protección de la vía aérea superior por trastornos sensitivos o motores y en consecuencia, el bolo alimenticio transita un trayecto diferente, al que se lo denomina falsa vía (Cámpora y Falduti, 2015) e ingresa a las estructuras del sistema respiratorio. Presentan alteraciones en la seguridad de la deglución hasta dos tercios de los pacientes con disfagia orofaríngea (Velasco, Arreola, Clavé y Puiggrós, 2007).

Se conoce como penetración a la entrada de material al vestíbulo laríngeo sin sobrepasar el nivel de las cuerdas vocales. Cuando la sustancia deglutida atraviesa el plano glótico, pudiendo llegar a la tráquea, bronquios y pulmones, se define como aspiración.

La aspiración puede ser pre deglutoria, intra deglutoria o post deglutoria, según ocurra antes, durante o después del desencadenamiento del reflejo deglutorio, respectivamente, y de la consecuente activación de los mecanismos protectores de la vía aérea. La primera puede producirse cuando hay una caída prematura del bolo alimenticio o retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio. Al ocurrir estos fenómenos, el bolo transita por una etapa deglutoria que no se encuentra preparada aún para recibirlo, e ingresa a la faringe sin que lleguen a desencadenarse sincrónicamente los mecanismos protectores de la vía aérea. Por esta razón hay riesgo de que el material ingrese al vestíbulo laríngeo o quede estancado en las valéculas.

En cuanto a la aspiración intra deglutoria, la misma se produce cuando, simultáneamente al paso del bolo alimenticio por la faringe, hay un cierre tardío o incompleto del vestíbulo laríngeo. En consecuencia, el material ingresa a la vía respiratoria previamente a que descienda la epiglotis. Puede además acompañarse de un inadecuado cierre de la válvula glótica.

Por su parte, se produce una aspiración post deglutoria cuando al reconfigurarse la vía aérea, ingresan al vestíbulo laríngeo restos de alimentos que quedaron retenidos en las valéculas, los senos piriformes o por encima del esfínter esofágico superior, debido a dificultades en su progresión por el tracto digestivo o en la dilatación de este último. Asimismo, puede producirse el ingreso a la vía aérea de reflujo gastroesofágico cuando el mismo ha alcanzado la faringe.

Las alteraciones en la seguridad de la deglución pueden generar complicaciones respiratorias. Las mismas abarcan desde un atragantamiento con obstrucción momentánea de la vía aérea superior hasta infecciones respiratorias producto de un síndrome aspirativo. Este origina una neumonía por aspiración en el 50% de los casos, con una mortalidad de hasta el

50% (García-Peris, Velasco y Frías Soriano, 2012). El riesgo de que se desarrolle una neumonía por aspiración depende de múltiples factores, tales como la edad de los pacientes afectados, la pluripatología y los fármacos que se le administren, la alteración en la sensibilidad faringolaríngea que presenten, la cantidad del material aspirado y la carga bacteriana que este posea, entre otras (Velasco, Arreola, Clavé y Puiggrós, 2007).

Cuando se produce una penetración es esperable que se desencadene el reflejo tusígeno, actuando como el mecanismo de defensa fisiológico ante la estimulación sensitiva de la vía aérea para expulsar el elemento extraño que atravesó una falsa vía.

Sin embargo, algunos pacientes con disfagia presentan tos débil e ineficaz para expulsar por completo las intromisiones, y en consecuencia, las penetraciones pueden convertirse en aspiraciones. En otros sujetos pueden presentarse alteraciones en la sensibilidad laríngea y el reflejo tusígeno puede encontrarse ausente, por lo que las intromisiones son silentes, asintomáticas, y pasan desapercibidas. Esto genera que haya una demora en la detección de las penetraciones y aspiraciones y en el tratamiento oportuno de sus posibles complicaciones. García-Peris, Velasco y Frías Soriano (2012) describen que hasta el 48% de las aspiraciones de los pacientes con disfagia neurógena son silentes.

En síntesis, la disfagia presenta como principales complicaciones a la desnutrición, la deshidratación y la neumonía por aspiración. Se asocia a un aumento de la morbimortalidad y a estancias hospitalarias prolongadas (Chiappero, Falduti, Cámpora, Violi, Vázquez, Ton, Sztajn y Lebus, 2020), como así también a una mayor discapacidad de los sujetos que la padecen (García-Peris, Velasco y Frías Soriano, 2012).

## **2.5 LAS ETIOLOGÍAS DE LA DISFAGIA**

### **2.5.1 CAUSAS ORGÁNICAS O MECÁNICAS**

En las etiologías orgánicas o mecánicas de la disfagia se comprometen las estructuras anatómicas del tracto digestivo por compresiones o alteraciones en su luz o contractibilidad, condicionando el transporte del bolo alimenticio. Las mismas generan una disfagia de tipo estructural. Entre las causas que la ocasionan se encuentran los procesos inflamatorios del tracto digestivo, los divertículos, los tumores de cabeza y cuello (orales, faríngeos, tiroideos, laríngeos o esofágicos), las patologías cervicales osteoarticulares, como los osteofitos cervicales anteriores, las estenosis laringotraqueales posteriores a una intervención quirúrgica, radioterápica o quimioterapéutica, las fistulas traqueoesofágicas y las atresias esofágicas congénitas, entre otras. Asimismo, puede haber disfagia debido a la utilización de

una vía aérea artificial, es decir, posteriormente a una intubación orotraqueal o a una traqueotomía, por efecto de la utilización de una sonda nasogástrica para la alimentación enteral o como consecuencia a una laringectomía total o parcial.

### **2.5.2 CAUSAS NEURÓGENAS**

Las causas neurógenas o neurogénicas comprenden aquellas lesiones o disfunciones en las estructuras neurales que controlan los complejos mecanismos de la deglución, ubicadas en el sistema nervioso central, periférico o en la unión neuromuscular. Las mismas dan como resultado una disfagia funcional, que se caracteriza por presentar una incoordinación en el desarrollo y secuenciación de las distintas etapas deglutorias.

En estos procesos patológicos, la disfagia puede manifestarse tanto en el período agudo como en el subagudo o crónico, de forma súbita o progresiva. Su prevalencia en pacientes neurológicos, ancianos e institucionalizados es del 30 al 60% (Cámpora y Falduti, 2015), presentándose en grados de severidad variable.

A continuación se describirán las condiciones neurológicas más frecuentes que se asocian a la disfagia neurógena.

- Accidente cerebro vascular (ACV)

El *accidente cerebro vascular* (ACV) es un déficit neurológico súbito, habitualmente focal, ocasionado por perturbaciones en la circulación sanguínea en alguna de las estructuras del encéfalo. Se estima que su incidencia es de 47 casos por cada 1000 habitantes mayores de 55 años (Nazar, Ortega y Fuentealba, 2009). Puede producirse por dos procesos fisiopatológicos diferentes: la isquemia y la hemorragia.

La isquemia es una obstrucción en el flujo sanguíneo de una arteria, que afecta a la oxigenación y nutrición del tejido al que irriga. Puede producirse por una trombosis o una embolia. La primera consiste en la formación de un coágulo sanguíneo sobre una lesión arterioesclerótica preexistente. La embolia, por su parte, se genera cuando el coágulo se desprende de una arteria de mayor calibre, viaja por el torrente sanguíneo y oblitera a una más estrecha.

Por otra parte, la hemorragia se produce por debilidad, anormalidad o presión inusual dentro de un vaso sanguíneo que genera su ruptura y la consecuente liberación de sangre al parénquima, al espacio subaracnoideo, al sistema ventricular, a la glándula hipófisis o a los espacios extradural y subdural.

El ACV isquémico representa el 85% de la totalidad de los ACV (Cámpora y Falduti, 2015) y ocurre principalmente en las personas mayores a 55 años de edad, predominantemente de sexo masculino. El riesgo de padecerlo se incrementa si la persona presenta sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes mellitus.

El ACV hemorrágico constituye el 15% restante. Si bien es el menos frecuente, es el que ocasiona mayor letalidad. Su principal factor de riesgo es la hipertensión arterial. Otros factores que propician su desencadenamiento son las hemopatías, la angiopatía amiloide, los aneurismas, las malformaciones arteriovenosas y el uso o abuso de anticoagulantes, trombolíticos, simpaticomiméticos y drogas ilícitas.

Las lesiones que se producen tanto en los síndromes isquémicos como en los hemorrágicos son capaces de generar trastornos deglutorios, los cuales se presentan en mayor medida en los últimos mencionados y generalmente tienen un buen pronóstico (Cámpora y Falduti, 2015). “La recuperación se asocia con el aumento de la representación cortical faríngea del lado no afectado” (Cámpora y Falduti, 2015, p. 55).

“Los trastornos cerebrovasculares son la causa más frecuente de disfagia entre los trastornos no degenerativos” (González V. y Bevilacqua, 2009, p. 256). La prevalencia de disfagia en personas que han sufrido un ACV oscila entre el 43 y el 80% (Nazar, Ortega y Fuentealba, 2009). Las alteraciones deglutorias son heterogéneas, ya que dependen del lugar en el que se produce la lesión y la magnitud de la misma. Se puede hacer una diferenciación general según la topografía lesional.

Cuando se encuentra afectado el hemisferio izquierdo anterior, puede evidenciarse una apraxia de la deglución y una hipertonía espástica contralateral de los músculos orofaciales y linguales, generando una paresia. En consecuencia, las etapas preparatoria oral y oral se desarrollan con lentitud y pueden encontrarse afectados el cierre de la primera válvula deglutoria, la formación del bolo alimenticio y el posterior traslado lingual del mismo. Además, el disparo deglutorio puede encontrarse retrasado (González V. y Bevilacqua, 2009).

Si la lesión se produce en el hemisferio derecho anterior, se verá mayormente comprometida la fase faríngea. Puede haber un leve retardo en el tiempo del tránsito oral, un desencadenamiento tardío del reflejo disparador deglutorio y un enlentecimiento en la elevación laríngea, con riesgo de intromisión del alimento a la vía aérea (González V. y Bevilacqua, 2009). Velasco, Arreola, Clavé y Puiggrós (2007) agregan que durante el pasaje faríngeo pueden quedar residuos valeculares e hipofaríngeos unilaterales por la paresia de la musculatura faríngea del lado opuesto a la lesión.

Por otro lado, los eventos vasculares que se producen en el tronco encefálico, principalmente en el bulbo raquídeo y en la protuberancia, son de origen isquémico y cursan con disfagia severa, consecuente a la afección de los centros deglutorios encargados del control involuntario de la función. Cápura y Falduti (2015) describen que en ellos la fase más comprometida es la faríngea, debido a afecciones sensitivas y motoras. Estos autores identifican que los signos que pueden manifestarse son la parálisis uni o bilateral de la faringe y la laringe y la disfunción del esfínter esofágico superior. Cichero (2006) agrega a estas complicaciones, el retardo o ausencia del reflejo disparador deglutorio y la limitada elevación laríngea, con la consecuente incoordinación entre las funciones deglutoria y respiratoria.

Epidemiológicamente, el ACV es la tercera causa de muerte en el mundo y se destaca por su elevado costo humano, ya que la tercera parte de las personas que sobreviven requieren asistencia para poder desempeñar las actividades de la vida diaria y/o para su cuidado personal (Casas Pareras, Barreiro de Madariaga, Carmona y Rugilo, 2005). En los estadios agudos del proceso patológico los pacientes pueden llegar a necesitar de una alimentación alternativa a la oral. En algunos casos, pueden manifestar también trastornos cognitivos y conductuales.

- Enfermedad de Parkinson y Parkinsonismos

La *Enfermedad de Parkinson* es una patología neurodegenerativa ocasionada por una depleción de dopamina resultante de la degeneración de las neuronas dopaminérgicas nigroestriatales. Según Tapia-Núñez y Chaná-Cuevas (2004) afecta a entre el 1 y 2% de la población mayor de 65 años. Por su parte, Cápura y Falduti (2015) refieren que, luego de la enfermedad de Alzheimer, es la patología neurológica degenerativa más común.

Esta enfermedad se manifiesta con gran variedad de signos y síntomas. Se pueden mencionar los más característicos y constantes, denominados “signos motores cardinales”. Los mismos son el temblor de reposo, la rigidez simétrica, la bradicinesia y los trastornos de los reflejos posturales (Micheli, 2002). Estos últimos generan en consecuencia inestabilidad en la postura, trastornos en la marcha y alteraciones del equilibrio.

Cápura y Falduti (2015) afirman que el 50% de los pacientes con Enfermedad de Parkinson presentan desde su comienzo trastornos deglutorios, y que en estadios avanzados pueden llegar a afectar hasta el 90% de esta población. Este cuadro neurológico se caracteriza por presentar también disartria y, a medida que progresa, demencia y depresión.

En lo que concierne a la deglución, la etapa preparatoria oral se ve afectada por la rigidez e hipocinesia de los músculos involucrados en la función masticatoria. Cápura y

Falduti (2015) exponen que en esta patología se encuentra comprometida la formación de un bolo alimenticio consistente. Describen además que la sialorrea, consecuente a la disminución de la deglución automática y al uso de determinados fármacos para el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos, se añade a la dificultad motriz, entorpeciendo el desarrollo de esta etapa.

En lo que respecta a la etapa oral, el transporte del alimento se desarrolla con dificultad debido al movimiento repetitivo anteroposterior que realiza la lengua, pudiendo llevar el bolo alimenticio hacia la zona posterior y provocar una caída prematura del mismo (Cámpora y Falduti, 2015).

González V. y Bevilacqua (2009) describen que en la Enfermedad de Parkinson, la etapa faríngea se ve comprometida debido a un retardo en el reflejo disparador deglutorio, a la falta de una excursión adecuada del complejo hiolaríngeo, al cierre reducido del vestíbulo laríngeo y a la disminución del peristaltismo faríngeo. Cámpora y Falduti (2015) agregan que puede quedar retenido el alimento en las valéculas y senos piriformes, incrementando el riesgo de aspiración post deglutoria.

Asimismo, estos últimos autores exponen que la etapa esofágica se desarrolla con lentitud y reducción en el peristaltismo. A su vez, describen que los pacientes presentan una capacidad pulmonar disminuida como consecuencia de la rigidez de los músculos del tórax, que interfiere en la presión subglótica que actúa como mecanismo de defensa de la vía aérea superior.

Por su parte, los *Parkinsonismos* abarcan a todos aquellos cuadros de presentación clínica semejante a la Enfermedad de Parkinson que presentan por lo menos dos de sus cuatro signos característicos, pero que se producen debido a otros procesos patológicos. Pueden responder a múltiples procesos degenerativos, a procesos vasculares, ser secundarios a la ingesta de fármacos u ocurrir posteriormente a una encefalitis o hidrocefalia, entre otras etiologías. En ellos, la disfagia se presenta con características similares a la Enfermedad de Parkinson.

Dentro de este grupo se encuentra la Parálisis Supranuclear Progresiva (PSP), que es un cuadro degenerativo y rápidamente progresivo que afecta al sistema nervioso central, principalmente a los ganglios basales y al tronco encefálico. En esta patología hay un compromiso temprano de la función deglutoria que puede derivar en cuadros broncopulmonares.

Con la progresión de estos cuadros degenerativos, los pacientes pueden llegar a necesitar de una vía alternativa a la oral para alimentarse de una forma segura y eficaz.

- Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)

La *esclerosis lateral amiotrófica* (ELA) es una enfermedad neuromuscular degenerativa y progresiva que afecta tanto a las neuronas motoras inferiores como a las superiores. Al tratarse de una lesión mixta, los pacientes manifiestan una combinación de espasticidad y flacidez en los músculos afectados y paresia de los mismos.

En lo que respecta a su causa, es incierta e indeterminada en el 85% de los casos, por mutación genética en el 10% e inmunológica en el 5%. La padecen entre 1 y 4 de cada 100 habitantes y la expectativa de vida es de 4 años desde su diagnóstico. Su aparición es más frecuente después de los 50 años de edad (Pascuzzi, 2002).

Estos pacientes presentan signos clínicos que se corresponden con el compromiso de la motoneurona inferior, tales como la debilidad, la atrofia muscular marcada y las fasciculaciones, y otros relativos a la liberación piramidal producto de la afectación de la neurona motora superior, que son la espasticidad, la hiperreflexia y los reflejos patológicos. A esto se le aparejan dificultades en el sostén cefálico (Cichero, 2006). En lo que concierne a las funciones mentales superiores, se encuentran relativamente preservadas, sobre todo al comienzo de la enfermedad.

Generalmente tiene una secuencia de afectación que comienza con los miembros superiores de forma distal y luego con los inferiores. Así también, repercute en los músculos del tronco y de la cara, y por último toma a los músculos respiratorios. Por otro lado, existe una variante menos frecuente que tiene un comienzo bulbar, afectando en primer lugar el habla, la deglución y la respiración.

Los sujetos que padecen esta enfermedad presentan disartria, disfonía y disfagia. Las dificultades deglutorias, específicamente, se deben a la degeneración de las neuronas que inervan los músculos deglutorios y al compromiso de las neuronas corticales que envían información a las primeras. García-Peris, Velasco y Frías Soriano (2012) exponen que la incidencia de la disfagia en la ELA es del 100% en la forma clínica bulbar y del 60% en el resto de las variantes.

En lo concerniente a la etapa preparatoria oral, Cámpora y Falduti (2015) mencionan que los músculos masticatorios y orbiculares presentan debilidad y fatiga, dificultando el cierre anterior de la cavidad oral. Asimismo, describen que los músculos de la lengua se ven afectados en gran medida por las fasciculaciones, dificultando la formación del bolo alimenticio y el posterior transporte del mismo durante la etapa oral.

La etapa faríngea se encuentra severamente comprometida. El reflejo deglutorio se presenta de forma tardía y se evidencia gran debilidad en los músculos del velo del paladar,

ocasionando regurgitación nasal. A su vez, se encuentran limitadas la aducción y abducción de las cuerdas vocales y la apertura del esfínter cricofaríngeo, generando acumulación de restos de alimento en el tracto digestivo y riesgo de aspiración post deglutoria (Cámpora y Falduti, 2015). Cichero (2006) describe que los pacientes con ELA presentan debilidad en los músculos suprahioides, encargados de la elevación de la laringe, y en los constrictores faríngeos que transportan el alimento, predisponiendo a degluciones fraccionadas y a aspiraciones post deglutorias.

Los sujetos que padecen esta enfermedad presentan además insuficiencia respiratoria progresiva como consecuencia de la debilidad y paresia de los músculos diafragmáticos, intercostales y abdominales. Esto conduce a una incoordinación respiración-deglución y a una tos débil e inefectiva, que alteran aún más los mecanismos de defensa de la vía aérea (Cichero, 2006). Por esta razón, con el progreso neurodegenerativo de la enfermedad se hace necesario recurrir al empleo de una alimentación alternativa a la oral.

- Traumatismo encefalocraneano

El *traumatismo encefalocraneano* se produce por efecto de un golpe en la región craneal que genera alteraciones neurológicas en forma súbita, tales como contusiones cerebrales, lesión axonal difusa, hemorragias en el parénquima cerebral y en los espacios subaracnoideo, subdural y epidural. Además de estas lesiones en la zona primaria del trauma, se pueden presentar otras producidas por el contragolpe del cerebro contra las paredes del cráneo, determinando un compromiso multifocal y difuso.

Es la principal causa de muerte y discapacidad en adultos jóvenes. El 50% de las veces es ocasionado por un accidente de tránsito y el otro 50% por deportes, caídas, agresiones y accidentes de trabajo (Rabadán, 2002).

La función deglutoria se verá afectada cuando las lesiones traumáticas se produzcan en las áreas cerebrales encargadas del control voluntario de esta función. Al igual que en los ACV, las manifestaciones clínicas se derivan de una hipertonía espástica.

La gran mayoría de estos pacientes presentan fallas en la primera y segunda válvulas deglutorias, alteración en el control lingual, presencia de reflejos arcaicos, retardo o ausencia del reflejo disparador deglutorio, paresia faringolaríngea y afección de los mecanismos de protección de la vía aérea (Cámpora y Falduti, 2015).

Asimismo, es posible que los pacientes afectados puedan requerir el uso de una vía aérea artificial durante la internación, pudiendo esta generar una disfagia post extubación. También, los traumatismos pueden acompañarse de daños mecánicos en las estructuras del

sistema respiratorio, generando una incoordinación respiración-deglución. Además, pueden presentar alteraciones cognitivas que complejizan el cuadro y pueden derivar en la necesidad de implementar una alimentación alternativa a la oral.

- Demencias

La *demencia* es un trastorno neurológico que se caracteriza por un deterioro cognitivo adquirido y progresivo. Consiste en la alteración de las funciones cerebrales superiores, el lenguaje, las gnosias y las praxias, y de las funciones intelectuales, principalmente de la memoria, la generación de juicios, el razonamiento, la resolución de problemas y el cálculo, ocasionando también desorientación y modificaciones en la conducta y en la personalidad de quienes la padecen. Genera un fuerte impacto en el desenvolvimiento personal autónomo y en la vida familiar y social.

Puede deberse a etiologías degenerativas, vasculares, metabólicas, tóxicas e infecciosas, entre otras, siendo las dos primeras las más frecuentes.

La principal causa de demencia degenerativa es la *Enfermedad de Alzheimer*. Se presenta en 1 de cada 20 personas mayores a 65 años y en 1 de cada 5 personas mayores a 80 años (Cichero, 2006). Los signos neurológicos que presentan quienes la padecen son atrofia de la corteza cerebral y degeneración de células nerviosas, como así también rigidez, bradicinesia, trastorno en la marcha y presencia de reflejos arcaicos. Al progresar hacia estadios más avanzados, se manifiesta la disfagia orofaríngea.

El trastorno deglutorio de las personas con Enfermedad de Alzheimer afecta principalmente la eficacia de las etapas preparatoria oral y oral. Los pacientes pueden presentar abulia en relación al acto de comer, agnosia frente a los alimentos y líquidos y apraxia deglutoria. Cuando estas etapas voluntarias logran desarrollarse, se realizan significativamente enlentecidas (Cichero, 2006). La etapa faríngea también puede encontrarse afectada, evidenciándose retardo en el desencadenamiento del reflejo deglutorio, debilidad en la musculatura faríngea para el transporte del material, disminución de la elevación laríngea e intromisiones a la vía aérea.

La gran demora en el tiempo que les requiere la alimentación a estos sujetos conlleva a que presenten problemas de nutrición e hidratación. Con el progreso de la enfermedad, se dificulta cada vez más la función deglutoria y llegan a necesitar de una nutrición alternativa a la oral para suplir sus necesidades.

- Esclerosis múltiple

La *esclerosis múltiple* es una enfermedad autoinmune que afecta la vaina de mielina que recubre los axones de las neuronas del sistema nervioso central. Se presenta de forma crónica con distintos patrones, siendo el más frecuente el de brotes y remisiones.

Su inicio es más común entre los 20 y los 40 años y tiene mayor frecuencia en el sexo femenino. Es considerada la primera causa de discapacidad por enfermedad neurológica en personas jóvenes (Cámpora y Falduti, 2015).

La signosintomatología varía según la zona anatómica afectada, pudiéndose comprometer el sistema piramidal, extrapiramidal y/o sensitivo. La más predominante es la paresia muscular, la hipoestesia o parestesia de alguno de los miembros, el deterioro cognitivo progresivo, los cambios de humor, la depresión, la ansiedad, los trastornos auditivos o visuales, la disartria y la disfagia.

Los trastornos deglutorios pueden instalarse al comienzo de la enfermedad en el contexto de un brote o en etapas ya avanzadas. Las lesiones que los determinan incluyen la combinación de la disrupción de los haces corticobulbares, la disfunción cerebelosa, la afección del tronco encefálico y de los núcleos de los pares craneales involucrados en la deglución, así como la alteración en el control respiratorio.

En la etapa preparatoria oral de la deglución se puede evidenciar una alteración en la masticación debido a la fatiga de los músculos que intervienen en esta función (Cámpora y Falduti, 2015).

González V. y Bevilacqua (2009) describen que en la etapa oral puede haber una reducción en el control lingual perjudicando la propulsión del bolo alimenticio. Con respecto a la etapa faríngea, los autores mencionan que puede haber un retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio, disminución en la movilidad faríngea y fallas en el cierre laríngeo. Cámpora y Falduti (2015) agregan a lo mencionado el compromiso del esfínter esofágico superior.

- Síndrome de Guillain-Barré

El *síndrome de Guillain-Barré* es una polineuropatía desmielinizante aguda que tiene un origen autoinmune. Se produce cuando los anticuerpos generados para combatir una infección viral ocurrida con anterioridad, atacan a las vainas de mielina de las ramas motoras y sensitivas de los nervios produciendo una alteración en la conducción del impulso nervioso.

La manifestación clínica característica de este síndrome es la cuadriparesia flácida progresiva que se desarrolla de forma ascendente desde los miembros inferiores, generando

una gran debilidad. La misma se acompaña de arreflexia, fibrilaciones, fasciculaciones y trastornos sensitivos variables.

Los pacientes afectados pueden presentar en la fase aguda trastornos deglutorios, caracterizados por alteraciones en las etapas preparatoria oral y oral propiamente dicha debido a la afección de los pares craneales. Se evidencia una falla en la formación del bolo alimenticio y en su posterior traslado, consecuente a la paresia de la musculatura interviniente (Cámpora y Falduti, 2015).

En lo que respecta a la etapa faríngea, puede verse afectado el transporte del material deglutido por la debilidad de los músculos constrictores. Secundariamente a la paresia de los músculos respiratorios, podría generarse una incoordinación entre la respiración y la deglución, viéndose vulnerada la protección de la vía aérea (Cámpora y Falduti, 2015). Cuando esta paresia es severa se puede llegar a requerir ventilación mecánica.

Cabe destacar que la variante cérvico faringo braquial cursa con un mayor compromiso de la función deglutoria, ya que presenta una marcada debilidad velopalatina y alteración del sostén cefálico.

La mayoría de la población afectada con este trastorno logra la recuperación total en un plazo de 6 meses, mientras que otros permanecen con debilidad y déficits neurológicos. Cámpora y Falduti (2015) exponen que el síndrome puede llegar a ocasionar la muerte en el 5% de los pacientes por afecciones respiratorias, a pesar de recibir inmunoterapia.

- Ataxias

Las *ataxias* son un conjunto de síndromes heterogéneos que se caracterizan por presentar trastornos motores de evolución lenta y degeneración espinocerebelosa. En su mayoría son hereditarias, pero pueden presentarse también de forma idiopática. Tienen una prevalencia de 20 casos por 100.000 habitantes (Berciano y Combarros, 2002) y comprenden diversos cuadros clínicos, tales como las ataxias cerebelosas progresivas de inicio temprano, las ataxias episódicas, la ataxia cerebelosa progresiva del adulto esporádica e idiopática y la paraplejía espástica hereditaria, entre otras.

La ataxia de Friedreich es la forma más frecuente de ataxia hereditaria. Se incluye dentro de las ataxias cerebelosas progresivas de inicio temprano, en las cuales los síntomas comienzan a manifestarse alrededor de los 20 años de edad. Se produce como consecuencia de una atrofia medular y cerebelosa y del depósito de hierro en el núcleo dentado. Los trastornos neurológicos con los que cursa comprenden la degeneración piramidal de los miembros inferiores, con la consecuente atrofia y arreflexia, disminución de la sensibilidad,

ataxia progresiva que afecta a la marcha y a la articulación de la palabra y debilidad muscular. Se suele acompañar también de trastornos esqueléticos, cardíacos, endocrinológicos, ópticos y auditivos.

La ataxia cerebelosa progresiva del adulto esporádica e idiopática, por el contrario, no presenta un origen hereditario y tiene su inicio por encima de los 20 años. Se caracteriza por cursar también con arreflexia e hipoestesia, pero acompañadas de una demencia.

Por otro lado, otro cuadro que se incluye dentro de las ataxias es la paraplejía o paraparesia espástica hereditaria. Se produce por la degeneración de los tractos cortico espinales, siendo la más afectada la zona de la médula torácica y sacra. Se caracteriza por presentar piramidalismo progresivo, es decir, retraso o ausencia de la conducción nerviosa, predominantemente en los miembros inferiores, con hipertonía e hiperreflexia. Este trastorno motor se incrementa con la marcha y genera debilidad. Puede acompañarse de un trastorno sensitivo, auditivo o visual.

- Miopatías

Las *miopatías* comprenden un conjunto de entidades clínicas hereditarias, congénitas o adquiridas que se caracterizan por presentar un compromiso en las fibras musculares. El mismo puede deberse a una alteración estructural, metabólica o de los canales iónicos y distribuirse en el organismo de forma generalizada o focal. La signosintomatología característica comprende debilidad, fatiga muscular, atrofia, mialgias, calambres, contracturas y miotonía.

Formando parte de las miopatías se encuentran las *distrofias musculares*. Dentro de ellas, la que se presenta con mayor incidencia en la población adulta es la distrofia miotónica. La misma se caracteriza por presentar debilidad y atrofia de los músculos masticatorios, faringo laríngeos y del cuello, y miotonía en la musculatura lingual. Consecuentemente, se altera el desarrollo de las funciones deglutoria, articularia y fonatoria. A su vez, el compromiso muscular puede generar afecciones en las funciones cardíaca y respiratoria.

Dentro del grupo de las miopatías se incluye también a la *miastenia gravis*, enfermedad autoinmune, adquirida y crónica que se produce por una alteración en la transmisión neuromuscular. La misma es generada por la acción de anticuerpos que bloquean o destruyen a los receptores de acetilcolina ubicados en la membrana postsináptica de la placa neuromuscular.

En cuanto a la signosintomatología clínica, los pacientes que la presentan evidencian debilidad y fatiga muscular que aumenta con la actividad y mejora con el reposo,

incrementándose a medida que transcurre el día. Pueden afectarse los músculos de la cara, el cuello, el tronco y las extremidades. Gran parte de los casos comienzan con disfunciones visuales, como diplopía y ptosis palpebral. A nivel funcional, en la miastenia gravis se puede presentar disartria, disfonía y disfagia.

La fase voluntaria de la deglución puede encontrarse afectada por la alteración de los músculos faciales y mandibulares que impiden el cierre anterior. González V. y Bevilacqua (2009) describen que la musculatura velar presenta un gran compromiso, por lo que puede haber una falla en el cierre de la segunda válvula deglutoria con caída prematura del bolo alimenticio y regurgitación nasal. Asimismo, exponen que puede estar perturbada la peristalsis faríngea dificultando el transporte del alimento hacia el esfínter esofágico superior. Este último puede presentar disminución en su tono basal, entorpeciendo el cierre brusco luego del paso de las sustancias y predisponiendo a que estas realicen el camino inverso.

Otro punto importante a mencionar es que Cápura y Falduti (2015) exponen que los fármacos anticolinérgicos que se suministran para el tratamiento de esta patología originan un aumento de las secreciones salivales como efecto secundario, que dificulta la adecuada formación del bolo alimenticio. De igual modo, plantean que el debilitamiento de los músculos que intervienen en la respiración alteran los mecanismos de defensa de la vía aérea, pudiendo predisponer a que estas secreciones sean aspiradas.

- Tumores

El *tumor* es una masa producida por el aumento y la acumulación desmedida de células anormales. Existen dos tipos de tumores, los que presentan un crecimiento vegetante, que dan como consecuencia una obstrucción de la cavidad donde se encuentran, y los infiltrantes, que afectan a los músculos y nervios produciendo rigidez. A su vez, se distinguen los tumores primarios, que son los originales y afectan a una determinada estructura del organismo, y los secundarios o metastásicos, que se conforman cuando los primarios se desplazan a otras zonas del cuerpo.

Los tumores que pueden generar disfagia son los que se ubican en las áreas del encéfalo que comandan la deglución, en las estructuras de la cabeza, el cuello y el tórax que intervienen en la función, así como también en los nervios periféricos que controlan sus acciones (Cápura y Falduti, 2015). Las dificultades en la función deglutoria dependen del área afectada, comprometiendo principalmente la sincronización entre las estructuras intervinientes con la respiración.

Los tratamientos utilizados para los tumores, como la quimioterapia, la radioterapia y las cirugías, suelen generar como efecto indeseado un cuadro de disfagia aún más serio que el provocado por el propio tumor, que perdura en el tiempo y ocasiona una gran pérdida de peso en los pacientes. Esto ocurre debido a que, con su aplicación, se puede dañar secundariamente tejido sano cercano al área a tratar.

La radioterapia aplicada en cabeza y cuello puede generar daño en las glándulas salivales y en la mucosa oral y del tracto digestivo. En consecuencia, los pacientes presentan una significativa reducción del flujo salival (xerostomía), fisuras en los labios, edema y lesiones en la lengua, disminución del sentido del gusto, úlceras en el tracto digestivo y reflujo gastroesofágico.

Por otro lado, este tratamiento ocasiona fibrosis y rigidez en la musculatura, pudiendo verse afectados los músculos masticatorios, los constrictores faríngeos y los laríngeos. También puede generar una estenosis faríngea. Consecuentemente, se compromete la formación del bolo alimenticio, su traslado y la activación de los mecanismos protectores de la vía aérea. A su vez, puede haber una disminución en la sensibilidad faringolaríngea, afectando el desencadenamiento del reflejo deglutorio y generando un riesgo de intromisión de las sustancias a la vía aérea (Cámpora y Falduti, 2015).

La quimioterapia, por su parte, puede generar odinofagia, náuseas y vómitos, ocasionando que los pacientes tengan una actitud negativa hacia la ingesta oral.

Además, los métodos utilizados posteriormente a la resección quirúrgica de los tumores para la reconstrucción cicatrizal, producen grandes dificultades en la deglución debido a su escasa sensibilidad y movilidad, como es el caso de los injertos cutáneos.

- Parálisis cerebral infantil

La *parálisis cerebral infantil* comprende un conjunto de encefalopatías residuales causadas por lesiones pre, para y post natales que se caracterizan por presentar una alteración en la función motora.

Se evidencia mayor compromiso de la deglución en la forma clínica cuadriparesia espástica con un trastorno motor entre moderado y severo (Morgan y Reilly, 2006). En este cuadro hay una perturbación en el control motor que genera una alteración en la actividad refleja y postural y una hipertonía espástica con paresia muscular. Consecuentemente, se altera la realización y coordinación de los movimientos voluntarios.

Morgan y Reilly (2006) describen que la alteración de la función deglutoria puede presentarse desde momentos tempranos de la vida o desarrollarse con el transcurso de los

años. Además, exponen que la etapa preparatoria oral generalmente se encuentra alterada debido a la limitación de los movimientos de lateralización lingual y la presencia de empuje anterior. Este último junto con la incompetencia labial generan la extrusión del alimento. En relación a la mandíbula, manifiestan que su movimiento se encuentra perturbado y el reflejo maseterino se presenta exacerbado. En consecuencia, se dificulta la formación de un bolo alimenticio consistente. Agregan que las dificultades en esta primera fase pueden incrementarse ante una apraxia asociada. Los pacientes pueden presentar también un aumento de la sensibilidad oral y un babeo excesivo. Asimismo, plantean que el transporte oral del alimento se encuentra comprometido, así como el cierre de la segunda válvula deglutoria, pudiendo haber una caída prematura del bolo alimenticio.

Con respecto a la etapa faríngea, las autoras mencionan que puede evidenciarse un retardo en el desencadenamiento del reflejo deglutorio, reflujo nasal del alimento y residuos faríngeos por alteraciones en el transporte o en la dilatación del esfínter esofágico superior. Son frecuentes las degluciones fraccionadas para lograr la limpieza faríngea. Se puede presentar una incoordinación entre la deglución y la respiración, habiendo riesgo de ingreso del material deglutido a la vía aérea en todos los momentos del ciclo deglutorio. En cuanto a los mecanismos de protección, el reflejo tusígeno suele encontrarse débil o ausente (Morgan y Reilly, 2006).

Las autoras citadas describen que la situación de alimentación puede requerir mayor tiempo y esfuerzo en estos pacientes y suscitar cansancio y fatiga, junto con rechazo y disminución de la ingesta e hidratación oral. Exponen que existen casos en los que se requiere de la implementación de una vía alimentaria alternativa.

### **2.5.3 CAUSAS RESPIRATORIAS**

Las afecciones respiratorias pueden asociarse a trastornos deglutorios debido a la pérdida de la acción coordinada entre la respiración y la deglución. En ellas se produce una disminución del flujo aéreo corriente, la cual a su vez genera disminución de la presión subglótica, repercutiendo en el adecuado cierre de la válvula glótica durante el disparo deglutorio y en la eficacia de la tos como mecanismo de protección. Asimismo, debido a la dificultad respiratoria, hay un aumento de la frecuencia para cumplir con las necesidades de oxigenación, el tiempo de apnea deglutoria es menor y el ciclo respiratorio se reanuda con una inspiración en lugar de una espiración. Por lo tanto, la inspiración posterior a la deglución y la alteración del cierre laríngeo conllevan el riesgo de una penetración o aspiración post deglutoria.

Estas dificultades pueden manifestarse en afecciones pulmonares, secundariamente a etiologías neurológicas, tales como la Enfermedad de Parkinson y el ELA, en las cuales se afecta la musculatura respiratoria, o en aquellas que comprometan al bulbo raquídeo, zona anatómica en la cual se encuentran los centros de la deglución y la respiración. En este último grupo podemos encontrar a la esclerosis múltiple y el ACV bulbar, entre otras.

#### **2.5.4 PRESBIFAGIA**

Cámpora y Falduti (2015) definen a la presbifagia como el deterioro funcional o debilitamiento de los procesos deglutorios normales como consecuencia del envejecimiento fisiológico del organismo relacionado con la edad, en ausencia de otras enfermedades.

Estos autores describen que se caracteriza por presentar una disminución en la movilidad y en la fuerza muscular de los componentes que intervienen en la función deglutoria. Como consecuencia, sus etapas se desarrollan de manera enlentecida.

La formación del bolo alimenticio puede encontrarse comprometida debido a la disminución del tono y de la fuerza de los músculos linguales y orofaciales, sumado a problemas en la dentición y a alteraciones en la saliva, generalmente asociadas a la ingesta de medicación. Asimismo, esta disminución en la fuerza lingual puede afectar la propulsión de las sustancias y el cierre posterior, ocasionando una caída prematura del bolo. También puede existir un retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio, arriesgando la seguridad en la deglución.

En relación a la etapa faríngea, los autores exponen que se dificulta el traslado del material deglutido debido a un enlentecimiento en el peristaltismo faríngeo. A causa de ello se puede desarrollar una deglución fraccionada en los intentos por facilitar el transporte. A su vez, los mecanismos reflejos de protección se desencadenan en forma tardía y pueden generar intromisiones en la vía aérea. La apertura del esfínter esofágico superior también puede darse demorada en el tiempo, ocasionando que el material se acumule en el tracto digestivo y pueda ingresar al vestíbulo laríngeo con la reanudación del ciclo respiratorio. En cuanto a la etapa esofágica, puede haber una disminución en el peristaltismo.

Las personas que padecen presbifagia pueden presentar en forma conjunta sarcopenia, un síndrome caracterizado por la pérdida gradual y progresiva de la masa muscular y la reducción de la fuerza. La misma puede contribuir a la disfagia al afectar a los músculos de la cabeza y el cuello, principalmente a la lengua, generando una debilidad que perturba sus movimientos.

Se estima que la prevalencia de la disfagia en los adultos mayores es del 13,7% (Morales y Guevara, 2018). García-Peris, Velasco y Frías Soriano (2012) refieren que hasta el 45% de los adultos mayores con presbifagia tienen penetraciones laríngeas y que el 30% presenta aspiraciones, siendo la mitad de ellas silentes.

### **2.5.5 CAUSAS FARMACOLÓGICAS**

La ingesta de algunos medicamentos puede producir, como efecto secundario, una disfagia. Existen fármacos que producen un contenido pastoso en el tracto orofaríngeo y generan xerostomía, la cual afecta la formación de un bolo alimenticio cohesivo. Por el contrario, hay otras drogas que aumentan la producción de saliva, generando mayores secreciones e incrementando el riesgo de aspiración de las mismas cuando hay dificultades deglutorias.

### **2.5.6 CAUSAS PSICÓGENAS**

Cichero (2006) expone que la disfagia psicógena se manifiesta como la imposibilidad de tragar o temor de deglutir y de sufrir una aspiración. La autora describe que los síntomas que expresan las personas que la presentan son la dificultad para iniciar el reflejo deglutorio y la sensación de opresión, cierre o cuerpo extraño en la faringe. Como consecuencia, los sujetos evitan alimentarse y sufren pérdida de peso.

No obstante, los resultados de la evaluación clínica y de los estudios instrumentales en quienes presentan esta sintomatología arrojan resultados normales, por lo que se infiere que es ocasionada por cuadros de estrés y ansiedad.

## **2.6 LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN DEGLUTORIA**

Según Cámpora y Falduti (2015), la evaluación clínica es el examen que permite recabar información para poder caracterizar a la función deglutoria. A partir de los signos y síntomas detectados, es posible arribar a un diagnóstico y determinar el grado de severidad del trastorno deglutorio para la posterior planificación, elaboración y desarrollo del plan terapéutico correspondiente. El objetivo de estas acciones es evitar las complicaciones nutricionales y respiratorias que puedan ser ocasionadas por las alteraciones en la eficacia y en la seguridad de la deglución.

La realización de una entrevista inicial al paciente o sus cuidadores permite identificar y conocer qué tipo de alteración es la responsable de originar la disfagia, la historia de esta

patología de base, el modo de instauración del trastorno deglutorio y cómo ha evolucionado en el tiempo. Asimismo, resulta relevante considerar el estado nutricional en el que se encuentra la persona afectada, su modalidad de alimentación actual y pasada, su situación respiratoria y la presencia de modificaciones en la voz y en el habla en el último tiempo.

Para llevar a cabo la evaluación clínica se requiere que el paciente se encuentre en un estado de conciencia vigil que le permita comunicarse y responder a órdenes verbales. Comprende la valoración de la postura, la investigación de la función respiratoria, el examen de la musculatura y las estructuras orofaciales involucradas en la deglución, la investigación de los reflejos intervinientes, la evaluación de la fonación y del habla y el estudio específico del acto de deglutir.

El examen postural comprende la evaluación de la posición de la cabeza, el cuello y el tronco en el espacio. Es relevante ya que condiciona la alineación de las estructuras del tracto deglutorio. Asimismo, se estudia si el paciente es capaz de lograr y mantener la posición sedente, necesaria para llevar a cabo la función alimentaria.

En cuanto a la función respiratoria, se valora principalmente la fuerza de los músculos respiratorios, la capacidad de realizar una apnea y la tos. Si bien en la deglución estas dos últimas acciones son reflejas, su realización voluntaria permite inferir el modo en el que se desarrollan durante la función.

Con respecto a las estructuras orofaciales, se constata la humedad e higiene de la cavidad oral, la presencia de secreciones, el estado de la dentición y la presencia de prótesis. Se considera la posición en reposo y los movimientos de la mandíbula, el tonismo, la acción y la fuerza de los músculos labiales, buccinadores y linguales, y la simetría facial y lingual. Se evalúa la sensibilidad táctil y térmica de la cara, la boca y la lengua y el sentido del gusto. Se valora también el paladar duro y el velo del paladar, en estado de reposo y contracción.

Se investiga el reflejo faríngeo en forma bilateral para evaluar los pares craneales intervinientes y la movilidad de las estructuras, que son compartidas con el reflejo deglutorio. Su preservación no implica una conservación del reflejo deglutorio, como tampoco puede utilizarse su alteración como predictor de disfagia (Cámpora y Falduti, 2015).

En lo concerniente específicamente al reflejo disparador deglutorio, se lo evalúa en seco, es decir, con la deglución de saliva. Se aplican estímulos de presión, temperatura o gusto en las zonas receptoras del mismo de forma bilateral y se valora la respuesta motora, que comprende el ascenso del velo del paladar, el descenso de la base lingual y la excursión laríngea. Mediante la auscultación laríngea puede evaluarse el ruido correspondiente al disparo deglutorio y la presencia de sonidos húmedos.

Por medio de la fonación, se evalúa la eficacia del cierre glótico, cuarta válvula deglutoria que funciona como un mecanismo de protección de la vía aérea, y las características de la voz. La presencia de voz húmeda posterior a la deglución es un signo de penetración laríngea. Se valora la articulación de la palabra y la presencia de disartria, ya que las estructuras intervinientes en el habla son compartidas con la deglución.

Una vez explorados los aspectos mencionados y si se encuentra presente el reflejo disparador deglutorio, se procede a la evaluación de la función deglutoria propiamente dicha con la administración de sustancias de diferentes volúmenes y consistencias (sólida, semisólida y líquida). Se valora la precisión, la velocidad y la fuerza con la que se desarrollan las diferentes etapas deglutorias y la sincronía entre las estructuras y los músculos intervinientes. Asimismo, se constata la coordinación con la respiración y la presencia de signos que indican alguna alteración en la eficacia o seguridad de la función.

Existen protocolos estandarizados de evaluaciones clínicas. Algunos de ellos son el Test del vaso de agua, desarrollado y validado por DePippo y col. en 1993, el Gugging Swallowing Screen (GUSS) elaborado por Trapl y col. en 2007 y el Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V), creado por Pere Clavé y col. en el año 2008.

La limitación que presenta la evaluación clínica es la detección de las penetraciones y aspiraciones silentes. Por esta razón, es idóneo complementar la investigación de la función deglutoria con una exploración instrumental que permita confirmar el diagnóstico de disfagia orofaríngea (Cámpora y Falduti, 2015). Estos estudios se solicitan principalmente cuando los pacientes han evidenciado signos de alteraciones en el examen clínico o presenten una patología que pueda cursar con disfagia.

Los estudios diagnósticos más utilizados actualmente son la fibroendoscopía de la deglución (FEES) y la videofluoroscopia (VFC).

La fibroendoscopía de la deglución o FEES (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing) consiste en la introducción por vía nasal de un fibroscopio flexible hasta posicionarse en el cavum. El mismo se encuentra conectado a una fuente de luz y a una cámara de video y permite visualizar directamente la zona anatómica de la encrucijada aerodigestiva.

En la evaluación se registra el estado morfológico de la base de la lengua, la epiglotis, las valéculas, la laringe, los senos piriformes y el segmento superior de la tráquea. Se constata si hay presencia de alguna lesión o estructura patológica que pudiera afectar la permeabilidad de la vía aérea durante la respiración o el desarrollo de las funciones deglutoria y fonatoria.

Con este método diagnóstico se puede evaluar el desarrollo de la etapa faríngea de la deglución. Se estudia la función deglutoria en seco y con alimentos de consistencia sólida, semisólida y líquida teñidos con azul de metileno administrados en volúmenes crecientes (5, 10 y 20 cc.). Es posible observar si se produce una penetración o aspiración pre deglutoria del material por una caída prematura del bolo alimenticio. Durante el desarrollo de la respuesta motora del reflejo deglutorio, con la consecuente elevación del velo del paladar, contracción faríngea y cierre del vestíbulo laríngeo, se blanquea la imagen endoscópica y se obstaculiza la visualización de las estructuras. Al reanudarse la respiración, la imagen permite detectar si hay retención de residuos en valéculas y en senos piriformes. Asimismo, se puede visualizar si se producen penetraciones y aspiraciones intra y post deglutorias.

En síntesis, este estudio permite valorar la seguridad de la deglución y el momento del ciclo deglutorio en el que se producen las penetraciones y aspiraciones, tanto clínicas como silentes, y constatar la eficacia de la tos refleja y voluntaria para eliminarlas del vestíbulo laríngeo.

La exploración incluye también la valoración de las secreciones. Se observa su cantidad y localización y la capacidad del paciente para expulsarlas. Se investiga también la sensibilidad faringolaríngea. Para ello puede emplearse la variación FEESST (fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing with sensory testing) que consiste en la estimulación de la mucosa de los aritenoides, las cuerdas vocales y los senos piriformes mediante pulsos de aire, esperando obtener la respuesta motora refleja de aducción glótica. Asimismo, se puede evaluar mediante el método de contacto directo, tocando suavemente con el endoscopio los cartílagos aritenoides.

Este método diagnóstico posee la ventaja de poder emplearse para evaluar tanto a pacientes ambulatorios como internados, ya sea en sala común o en unidades de terapia intensiva. Es compatible con los pacientes que no se encuentran en estado de conciencia o que presentan vía aérea artificial. Es un procedimiento fiable, sensible y reproducible para el diagnóstico de la disfagia orofaríngea. Además, es seguro para el paciente y no implica la exposición a la radiación. Sin embargo, presenta la limitación de no poder evaluar el desarrollo de las etapas preparatoria oral, de transporte oral ni esofágica.

La videofluoroscopia (VFC), por su parte, es una técnica radiológica dinámica que consiste en la obtención y el registro de imágenes desde los planos anteroposterior y lateral de la ingesta oral de una sustancia de contraste hidrosoluble en distintas consistencias (líquida, semisólida y sólida) y en volúmenes crecientes de 3, 5, 10 y 15 cc. Usualmente, la sustancia empleada para el análisis es el sulfato de bario.

Este estudio instrumental permite valorar el desarrollo de todas las etapas de la deglución, cuantificar la duración de las mismas, observar el funcionamiento de las cinco válvulas deglutorias, identificar las penetraciones y aspiraciones, incluidas las silentes, y constatar el momento del ciclo deglutorio en el que se producen y la profundidad que presentan. A su vez, posibilita caracterizar a las perturbaciones en términos de signos objetivos y detectar alteraciones funcionales y estructurales en el tracto digestivo.

En relación con las etapas voluntarias de la deglución, este estudio muestra el cierre anterior y posterior, la formación del bolo alimenticio y el control y propulsión lingual de la sustancia deglutida. Durante el desarrollo de la etapa faríngea permite observar el desencadenamiento del reflejo deglutorio, el ascenso velar, hioideo y laríngeo, la contracción faríngea para el traslado del bolo alimenticio y el cierre laríngeo. Habilita detectar la retención del material en las valéculas, los senos piriformes o por encima del esfínter esofágico superior y las intromisiones a la vía aérea. También posibilita la visualización de la dilatación de este esfínter y del transporte esofágico del material deglutido.

Si bien la videofluoroscopia es el método de referencia para la investigación de la deglución y el diagnóstico de la disfagia orofaríngea, presenta ciertas limitaciones. No permite visualizar los tejidos blandos, evaluar la sensibilidad ni valorar el manejo de la saliva y las secreciones. Para realizarse, requiere que el paciente se encuentre con un adecuado nivel de alerta, comprenda órdenes verbales simples, pueda movilizarse hacia la sala de radiología, mantenerse en posición sedente o de pie durante algunos minutos y exponerse a la radiación.

Los estudios instrumentales orientan la elección de la forma de alimentación más segura para el paciente evaluado. Si se opta por la vía oral, ayudan a seleccionar la consistencia y el volumen a administrar. Además, permiten evaluar la eficacia de los tratamientos implementados, ya que se pueden registrar las modificaciones que se producen en la deglución con la realización de las maniobras y técnicas compensatorias o con la modificación de la consistencia de las sustancias a deglutir. Posibilitan constatar también la evolución de la disfagia en las enfermedades y síndromes progresivos.

## **2.7 LA ALIMENTACIÓN EN LA DISFAGIA**

En la alimentación de las personas con disfagia el objetivo es garantizar las necesidades nutricionales e hídricas del organismo y reducir el riesgo de aparición de las complicaciones asociadas a un compromiso nutricional, sin poner en riesgo la seguridad de la deglución (Cámpora y Falduti, 2015).

Velasco, Arreola, Clavé y Puiggrós (2007) exponen: “la alimentación oral debe mantenerse siempre que sea posible, por sus implicancias sociales y el impacto psicológico que supone tanto para el paciente como para sus familiares” (p. 197).

Para incrementar la seguridad en la deglución y conservar la vía oral de alimentación, una medida que se opta en el tratamiento rehabilitador es la implementación de modificaciones dietarias. Las mismas consisten en realizar cambios en el volumen del bolo alimenticio y en la consistencia de los alimentos. Con el aumento de la viscosidad de los líquidos y el procesamiento de los sólidos se logra un mayor control oral de las sustancias y se incrementa la resistencia y el tiempo de transporte del material. Asimismo, se puede indicar la suspensión de líquidos libres y de la ingesta de alimentos con consistencias que representen un mayor riesgo de intromisión a la vía aérea (Cámpora y Falduti, 2015).

Conjuntamente con las medidas dietéticas, en la rehabilitación pueden indicarse posturas, maniobras deglutorias y técnicas compensatorias con el objetivo de redireccionar el bolo alimenticio y lograr una deglución segura.

En los casos en los que los pacientes no logran satisfacer sus necesidades nutricionales con la ingesta oral de alimentos convencionales se puede recurrir al uso de suplementos nutricionales en la textura indicada para cada sujeto.

Sin embargo, existen situaciones en las que por diversas causas, los pacientes no pueden alimentarse por vía oral y se hace necesario el empleo de una alimentación alternativa a la misma. Esto puede ocurrir cuando la patología de base y la disfagia en sí misma son severas, en los casos en los que se presentan alteraciones en el estado de conciencia del paciente o se evidencian un deterioro cognitivo o un trastorno lingüístico que obstaculice la rehabilitación. A su vez, puede suceder que aún adoptando las medidas mencionadas anteriormente, la deglución continúe siendo insegura para el paciente. Asimismo, si se evidencia un importante enlentecimiento en el tiempo de la ingesta es probable que la alimentación oral sea insuficiente para cubrir con los requerimientos nutricionales e hídricos.

La nutrición no oral puede administrarse en forma enteral o parenteral. La nutrición enteral utiliza el tracto gastrointestinal para la absorción de los nutrientes y la hidratación. Se puede proveer mediante una sonda nasointestinal (nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal, según la ubicación de su extremo inferior) por un período no mayor a 4 o 6 semanas (Cámpora y Falduti, 2015) o realizando una enterostomía a nivel del estómago (gastrostomía) o yeyuno (yeyunostomía). Por lo tanto, se utiliza la primera opción cuando se estima que el soporte nutricional se administrará durante un período corto de tiempo y el paciente presenta

posibilidades de rehabilitar la vía oral. Se elige la segunda cuando es necesario un método de nutrición a largo plazo o permanente.

La nutrición parenteral, por su parte, consiste en la administración de los nutrientes e hidratación de forma intravenosa. Se emplea en aquellos casos en los que los sujetos presentan un compromiso en la función gastrointestinal que impide la correcta asimilación de los mismos.

La alimentación alternativa a la oral puede proporcionarse en los estadios agudos de algunos procesos patológicos como una medida temporaria mientras el paciente se encuentra realizando una rehabilitación de la función deglutoria o en los estadios finales de enfermedades neurodegenerativas, formando parte de los cuidados paliativos. Puede proveerse en forma total o parcial, es decir, en forma mixta junto con la alimentación oral. Esto último puede ocurrir en los casos en los que los pacientes se encuentran en tratamiento progresando paulatinamente hacia la reanudación de la alimentación oral segura o en los cuidados paliativos, en los que se administra pequeñas cantidades de alimento por vía oral por sus implicancias en la calidad de vida.

En todo lo concerniente a la toma de decisiones acerca de la forma más favorable para proporcionarle la alimentación a cada paciente con disfagia es necesario el trabajo conjunto del profesional de la fonoaudiología con los profesionales de la medicina y nutrición.

## **2.8 DISFAGIA Y CALIDAD DE VIDA**

Al abordar la disfagia se debe hacer hincapié tanto en la fisiopatología, el diagnóstico y el tratamiento de la misma, como también en el pronóstico y en la manera en la que puede impactar en la calidad de vida, no solo de los sujetos que la padecen, sino también de las personas encargadas de sus cuidados. Se entiende por calidad de vida a la percepción del individuo sobre su salud, considerando aspectos sociales, psicológicos y funcionales (Gutiérrez-Achury, Ruales Suárez, Giraldo Cadavid y Rengifo Varona, 2015).

En nuestra cultura el acto alimenticio se encuentra altamente socializado. Se muestra como una forma de relacionarse con el entorno, como un generador de placer y de buenos momentos. Los pacientes con disfagia y sus familias se enfrentan a la necesidad de modificar sus hábitos cotidianos en relación a la situación de alimentación para hacer frente a las recomendaciones terapéuticas brindadas por el equipo de salud (Krekeler, Broadfoot, Johnson, Connor y Rogus-Pulia, 2018).

Hiyagalingam, Kulinski y Thorsteinsdottir (2021) exponen que los momentos de las comidas les puede generar sentimientos de ansiedad y frustración a los sujetos afectados. Una conducta frecuente que ellos adoptan es evitar comer con otras personas debido al prolongado tiempo que les requiere la ingesta y al temor ante la posibilidad de aparición de la signosintomatología propia de la disfagia.

En la mayoría de los casos en los que se logra mantener la vía oral de alimentación, se hace necesario modificar la dieta y las consistencias de los alimentos administrados. Debido a esto, los mismos sufren alteraciones en el sabor, en la textura y en la apariencia. Al percibirlos menos atractivos, disminuye su aceptabilidad por parte de los pacientes. Consecuentemente, los sujetos pueden presentar escasa motivación para comer y falta de apetito, incrementado el riesgo de padecer desnutrición y deshidratación. Estas complicaciones, a su vez, generan astenia, cansancio, apatía, cambios de humor y depresión, que reducen el éxito de la rehabilitación de la función deglutoria y afectan aún más la calidad de vida (Hiyagalingam, Kulinski y Thorsteinsdottir, 2021).

Krekeler, Broadfoot, Johnson, Connor y Rogus-Pulia (2018) exponen que la adherencia de los pacientes con disfagia a las recomendaciones terapéuticas brindadas por los profesionales se encuentra entre el 21,9 y el 51,9%. Estas recomendaciones incluyen adecuaciones en las texturas de los alimentos y en la viscosidad de los líquidos y la realización de las maniobras deglutorias y ejercicios musculares. Consecuentemente, aumenta el riesgo de que se presenten eventos que comprometan la seguridad de la deglución.

Por otra parte, en los casos de disfagia más severos, se hace necesario recurrir a la implementación de una vía alternativa de alimentación para complementar o suplir a la alimentación oral. En estas situaciones, el paciente pasa a tomar una postura pasiva en la ingesta, la cual lo aleja de la función deglutoria como un acto social y relacional. Además, con esta modalidad de alimentación, se pierden los aspectos relacionados con los estímulos sensoriales que hacen de la ingesta una actividad placentera.

Por esta razón, es fundamental el trabajo en conjunto entre el paciente, la familia y el equipo interdisciplinario de salud para evaluar las opciones de alimentación más adecuadas para cada paciente, considerando tanto los beneficios nutricionales como las implicancias que tiene privar al paciente de una alimentación oral (Hiyagalingam, Kulinski y Thorsteinsdottir, 2021).

Existen grandes dilemas morales alrededor de la provisión de nutrición e hidratación artificial a pacientes con enfermedades degenerativas que se encuentran recibiendo cuidados paliativos, ya que la misma se administra con el propósito de prolongar la vida. En estos

casos, al momento de tomar una decisión, tanto familiares y cuidadores como profesionales de la salud deben otorgarle prioridad a la voluntad del paciente.

Una selección temprana del método más adecuado para la alimentación, propicia la preparación del paciente y su familia, minimizando los sentimientos de culpa con respecto a las elecciones tomadas (Hiyagalingam, Kulinski y Thorsteinsdottir, 2021).

En lo concerniente a la economía familiar de la persona con disfagia, la misma puede sufrir un impacto, producido por los costos que implica la enfermedad y debido a que en muchos casos, los pacientes quedan incapacitados para realizar determinadas actividades laborales.

## **2.9 FONOAUDIOLOGÍA E INTERDISCIPLINA EN EL ABORDAJE DE LA DISFAGIA**

En el artículo 2° de la Ley de Ejercicio Profesional de la Fonoaudiología, se considera como una de las actividades del profesional fonoaudiólogo a la fonoestomatología, que comprende las funciones orales de succión, masticación, sorbición y deglución. Asimismo en el artículo 6°, considera a la fonoestomatología dentro de las incumbencias profesionales en disfunciones estomatognáticas, disgnacias, trastornos deglutorios, disfagias y desórdenes alimentarios. Otra de las incumbencias mencionadas en este artículo en lo que concierne a la función alimentaria es la prescripción de modificadores de la consistencia de los alimentos.

En concordancia con la ley, en la clasificación internacional de los trabajadores de la salud, la Organización Mundial de la Salud considera al fonoaudiólogo como el profesional de la salud que se encarga, entre otras de sus competencias, de realizar la evaluación y el tratamiento de la deglución.

Sin embargo, a pesar del marco legal que avala el rol del fonoaudiólogo en la detección, el diagnóstico y el tratamiento de la disfagia, en una encuesta nacional publicada en la Revista Argentina de Terapia Intensiva en el año 2020, se expone que solo el 9.8% de los encuestados responde que el profesional fonoaudiólogo es quien está a cargo de realizar la primera evaluación de la deglución en el paciente internado en Terapia Intensiva.

El profesional fonoaudiólogo puede integrar un equipo interdisciplinario para el abordaje de la disfagia en todos los niveles de atención. Este tiene como objetivo el trabajo de forma coordinada en función del tratamiento de los déficits estructurales, neurológicos, cognitivos y conductuales de los pacientes para aumentar la eficacia terapéutica, disminuir el riesgo de complicaciones y favorecer el pronóstico. Otros profesionales que pueden

conformar el equipo son médicos de diferentes especialidades, enfermeros y nutricionistas, entre otros.

### 3. Problema

¿Cómo se encuentran la etapa preparatoria oral, la etapa oral, la etapa faríngea y la etapa esofágica de la deglución y cuál es la patología de base que presentan los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurrieron a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020?

## 4. Variables

### ❖ **VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL**

#### **Clasificación:**

- Según su naturaleza: cualitativa
- Según su rol: independiente
- Escala de medición: nominal

#### **Definición conceptual:**

Es la etapa de la deglución que comprende la introducción de los alimentos y líquidos a la cavidad bucal, el posterior cierre labial anterior y el proceso de conversión a una sustancia apta para ser deglutida.

#### **Definición operacional:**

Mediante la técnica de análisis documental, se revisan las historias clínicas y se recaba la información en una ficha individual.

Las **modalidades** que puede adoptar esta variable son:

- Conservada
- Alterada

#### **Indicadores:**

- Apertura bucal limitada
- Incompetencia labial
- Alteración en la masticación
- Bolo alimenticio inconsistente

### **Criterios de operacionalización:**

La variable adopta la modalidad **conservada** cuando no se presenta ninguno de los indicadores mencionados. La misma se considera **alterada** cuando se presenta uno o más de los indicadores.

### ❖ **VARIABLE 2: ETAPA ORAL**

#### **Clasificación:**

- Según su naturaleza: cualitativa
- Según su rol: independiente
- Escala de medición: nominal

#### **Definición conceptual:**

La etapa oral es aquella en la cual se produce el transporte lingual del alimento hacia el istmo de las fauces.

#### **Definición operacional:**

Mediante la técnica de análisis documental, se revisan las historias clínicas y se recaba la información en una ficha individual.

Las **modalidades** que puede adoptar esta variable son:

- Conservada
- Alterada

#### **Indicadores:**

- Alteración en la propulsión lingual
- Caída prematura del bolo alimenticio
- Aumento de la duración de la etapa oral

### **Criterios de operacionalización:**

La variable adopta la modalidad **conservada** cuando no se presenta ninguno de los indicadores mencionados. La misma se considera **alterada** cuando se presenta uno o más de los indicadores.

### ❖ **VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA**

#### **Clasificación:**

- Según su naturaleza: cualitativa
- Según su rol: independiente
- Escala de medición: nominal

#### **Definición conceptual:**

La etapa faríngea comprende la estimulación sensitiva y la respuesta motora del reflejo disparador deglutorio, incluyendo la activación de los mecanismos de protección de la vía aérea de forma coordinada con el traslado del alimento hasta el esfínter esofágico superior.

#### **Definición operacional:**

Mediante la técnica de análisis documental, se revisan las historias clínicas y se recaba la información en una ficha individual.

Las **modalidades** que puede adoptar esta variable son:

- Conservada
- Alterada

#### **Indicadores:**

- Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio

- Ascenso velar inadecuado
- Retención de restos de alimento en valéculas
- Alteración del pasaje faríngeo
- Acumulación de restos de alimento en senos piriformes
- Limitación en el ascenso hiolaríngeo
- Presencia de tos o ahogos
- Presencia de voz húmeda
- Penetración
- Aspiración
- Disfunción del esfínter esofágico superior
- Aumento de la duración de la etapa faríngea
- Odinofagia

**Criterios de operacionalización:**

La variable adopta la modalidad **conservada** cuando no se presenta ninguno de los indicadores mencionados. La misma se considera **alterada** cuando se presenta uno o más de los indicadores.

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

**Clasificación:**

- Según su naturaleza: cualitativa
- Según su rol: independiente
- Escala de medición: nominal

**Definición conceptual:**

Es la etapa refleja que abarca el transporte del alimento desde el esfínter esofágico superior hasta el esfínter esofágico inferior.

**Definición operacional:**

Mediante la técnica de análisis documental, se revisan las historias clínicas y se recaba la información en una ficha individual.

Las **modalidades** que puede adoptar esta variable son:

- Conservada
- Alterada

**Indicadores:**

- Alteración en el transporte esofágico
- Aumento de la duración de la etapa esofágica

**Criterios de operacionalización:**

La variable adopta la modalidad **conservada** cuando no se presenta ninguno de los indicadores mencionados. La misma se considera **alterada** cuando se presenta uno o más de los indicadores.

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

**Clasificación:**

- Según su naturaleza: cualitativa
- Según su rol: independiente
- Escala de medición: nominal

**Definición conceptual:**

Es la etiología que presentan los pacientes que cursan con disfagia funcional.

**Definición operacional:**

Mediante la técnica de análisis documental, se revisan las historias clínicas y se recaba la información correspondiente al diagnóstico médico registrado en la ficha de ingreso, en una ficha individual.

Las **modalidades** que puede adoptar esta variable son:

- Accidente cerebrovascular
- Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos
- Esclerosis lateral amiotrófica
- Presbifagia
- Otras

**Indicador:**

- Diagnóstico médico registrado en la ficha de ingreso de la historia clínica.

## **b) Fundamentos Metodológicos**

### **1. Población**

La población de estudio está constituida por 65 historias clínicas correspondientes a pacientes adultos con disfagia de origen funcional, consecuente a etiologías neurógenas o a presbifagia, que concurrieron a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020. Para preservar la identidad de los pacientes, se designó a cada historia clínica con un número.

Dentro de los documentos que conforman las historias clínicas, los utilizados para recabar información para el presente trabajo de investigación fueron la ficha de ingreso a la institución, la anamnesis del área de fonoaudiología, los registros de la evaluación clínica fonoaudiológica de la función deglutoria, los informes fonoaudiológicos y los informes de las videofluoroscopías. De la primera se extrajo la información sobre el diagnóstico médico de los pacientes y de los demás documentos se obtuvo la información sobre los signos y síntomas relativos a la función deglutoria. Cabe destacar que no todas las historias clínicas analizadas contienen informes de videofluoroscopías, ya que no todos los pacientes se realizaron este estudio.

Algunas historias clínicas contaban también con informes de instituciones de internación y rehabilitación a las que los pacientes concurrieron previamente. De las mismas se obtuvo información complementaria a los documentos descritos anteriormente.

## 2. Diseño metodológico

La presente investigación es de carácter descriptivo, ya que su objetivo es caracterizar a la población exponiendo la situación de las variables.

Considerando el tiempo de ocurrencia de los hechos, es un estudio de tipo retrospectivo, debido a que se indagan sucesos que se manifestaron con anterioridad a la investigación.

Según el período y la secuencia del estudio, es de tipo transversal, dado que las variables fueron medidas simultáneamente realizando un corte en el tiempo.

### 3. Procedimientos, técnicas e instrumentos

En una primera instancia de la investigación se propuso efectuar un estudio descriptivo de la función deglutoria a través de la realización de una exploración clínica a pacientes adultos internados que debieron recibir asistencia mecánica respiratoria con intubación orotraqueal. El interés por esta temática surgió en el contexto de la pandemia por el SARS-CoV-2, que expuso la prevalencia, la relevancia y las implicancias de la disfagia post extubación. Se confeccionó el Formulario “A” y posteriormente a su aprobación, se obtuvieron los permisos correspondientes para ingresar a la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario y realizar la recolección de los datos pertinentes.

La extensión en el tiempo de la situación sanitaria imposibilitó el ingreso al hospital y la obtención de la información en terreno, resultando limitado el desarrollo del proyecto. Para que sea posible abordar la temática de la disfagia en el marco que se estaba atravesando, se decidió modificar el diseño del estudio, la población a investigar y la técnica a utilizar.

Se contactó a la gerente de una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario y se le solicitó autorización para realizar la investigación considerando como población en estudio a las historias clínicas de los pacientes adultos con disfagia de origen funcional.

Una vez que se contó con el aval de la institución, se solicitó la baja del Formulario “A” ya aprobado y se presentó uno nuevo titulado “Características de los pacientes adultos con alteraciones en la función deglutoria que concurrieron a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020”. En el mismo se planteó realizar un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, utilizando fuentes secundarias de información. Se consideró la mencionada dimensión temporal para poder contar con una casuística cuyos resultados sean significativos para el estudio.

Posteriormente a la obtención de los permisos necesarios para el ingreso a la institución, se concurrió a la misma para realizar una revisión inicial y conocer la información que figuraba en las historias clínicas y que podía ser utilizada en la investigación. Con esta base se comenzó la elaboración del marco teórico y se formularon las variables en estudio y sus respectivos indicadores. Se confeccionó el instrumento para su medición, que consistió en una ficha individual para cada historia clínica (ver Anexo 4).

Debido a la diversa terminología con la que se menciona en las historias clínicas a un mismo signo o síntoma deglutorio, se decidió considerar una única nomenclatura para cada indicador que comprenda a todas las designaciones.

- El indicador “Apertura bucal limitada” incluye: “apertura bucal limitada”, “disminución de la apertura bucal”, “dificultades para realizar la apertura bucal”, “apertura mandibular limitada” y “no presenta una apertura bucal voluntaria”.
- El indicador “Incompetencia labial” incluye: “incompetencia labial”, “fallas en el cierre labial”, “ausencia de contacto labial”, “pérdida de saliva por comisuras labiales”, “derrame por comisura”, “se le cae el alimento”, “pérdida de alimento hacia el exterior”, “escape de líquido por comisuras”, “alteración en una comisura” y “babeo”.
- El indicador “Alteración en la masticación” incluye: “alteración en la masticación”, “masticación anterior”, “la masticación se desarrolla en el sector anterior”, “molienda predominantemente anterior”, “masticación prolongada en el tiempo”, “la masticación se desarrolla con lentitud”, “la masticación es lenta”, “lentitud en la formación del bolo alimenticio”, “la masticación se desarrolla con ritmo enlentecido”, “bradicinesia y dificultad para la coordinación de los movimientos secuenciales en la masticación”, “está comprometida la acción de molienda y masticación”, “debilidad en la molienda”, “la trituración y molienda se ven limitadas debido a los reducidos movimientos mandibulares”, “trastornos en la masticación”, “debilidad en los movimientos masticatorios”, “movimientos masticatorios dificultados”, “dificultades en la masticación”, “dificultad para la realización de los movimientos masticatorios”, “movimientos masticatorios afectados”, “fallas en la fuerza, amplitud, velocidad y coordinación de los movimientos involucrados en la formación del bolo alimenticio”, “dificultad en la formación del bolo alimenticio”, “está comprometida la preparación del bolo alimenticio”, “apraxia masticatoria”, “movimientos de lateralización lingual limitados”, “los movimientos linguales se desarrollan con lentitud para la formación del bolo alimenticio”, “dificultades para realizar los movimientos de lateralización lingual”, “movimientos involuntarios de la lengua que interfieren en la masticación” y “disminución en la movilidad y en la fuerza de los músculos masticatorios y linguales durante la masticación”.
- El indicador “Bolo alimenticio inconsistente” incluye: “residuos orales”, “residuos post deglución”, “residuos post deglución sobre la lengua, el paladar duro y las

mejillas”, “restos de alimentos en el paladar duro y vestíbulo”, “restos de alimento en la cavidad oral”, “gran cantidad de residuos post deglución en la cavidad bucal”, “abundantes residuos post deglución en la cavidad oral”, “dificultad para el armado de un bolo alimenticio cohesivo” y “el bolo alimenticio no es cohesionado”.

- El indicador “Alteración en la propulsión lingual” incluye: “alteración en la propulsión lingual”, “dificultad en el traslado del bolo alimenticio hacia la región posterior”, “transporte lingual comprometido”, “se encuentra alterada la fase de transporte lingual del bolo alimenticio”, “reducción de los movimientos de transporte lingual del bolo alimenticio”, “compromiso del control del bolo en el sector lingual”, “dificultad en los movimientos linguales de control del alimento”, “dificultad para el control del bolo alimenticio en la cavidad oral”, “dificultad para el control intraoral”, “dificultad para la realización de los movimientos linguales de traslado del alimento”, “debilidad en el traslado del bolo alimenticio y de la sustancia líquida”, “disminución en la fuerza lingual para la propulsión del bolo”, “dificultades para la producción del plano inclinado”, “dificultades para la elevación lingual”, “hipertonía en la base de la lengua y en la musculatura del piso de la boca que dificultan el plano inclinado”, “debilidad en los músculos que elevan la lengua”, “la lengua presenta escasa elevación y dificultad para realizar un correcto barrido”, “elevación limitada de la lengua”, “se encuentra alterada la elevación y fuerza lingual”, “movimientos involuntarios de la lengua que afectan el transporte oral”, “debilidad en los movimientos linguales y fasciculaciones”, “movimiento lingual dificultado por rigidez y fasciculaciones”, “movimientos linguales de transporte afectados”, “peristalsis oral reducida”, “los movimientos peristálticos linguales se encuentran reducidos”, “las presiones intraorales se realizan con dificultad” y “se encuentran alteradas las presiones positiva y negativa intraorales”.
- El indicador “Caída prematura del bolo alimenticio” incluye: “caída prematura del bolo alimenticio”, “vuelco a faringe”, “vuelco precoz hacia faringe”, “caída prematura del bolo hacia valéculas”, “caída precoz del bolo alimenticio” y “caída prematura de líquidos y del bolo alimenticio a la faringe”.
- El indicador “Aumento de la duración de la etapa oral” incluye: “se desarrolla con retardo en el tiempo”, “lentitud en los movimientos linguales para el traslado del bolo” y “el transporte del bolo se encuentra enlentecido”.
- El indicador “Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio” incluye: “retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio”, “el

reflejo deglutorio se presenta demorado”, “demora en el desencadenamiento del reflejo deglutorio”, “demora y lentitud en el reflejo deglutorio”, “ausencia del disparo deglutorio”, “ligera demora en el reflejo deglutorio” y “el reflejo deglutorio se desencadena tardíamente”.

- El indicador “Ascenso velar inadecuado” incluye: “movilidad velar reducida”, “disminución en la movilidad del velo del paladar”, “fallas en la movilidad del velo del paladar produciendo reflujo nasal”, “dificultades en la movilidad del velo del paladar produciendo reflujo nasal”, “reflujo de alimento por las fosas nasales”, “reflujo nasal del alimento”, “hipotonía del velo del paladar que dificulta el cierre de la nasofaringe” y “disminución de la fuerza del velo del paladar para el cierre de la nasofaringe”.
- El indicador “Retención de restos de alimento en valéculas” incluye: “ectasia valécular”, “ectasia a nivel de valéculas en forma bilateral”, “ectasia permanente en valéculas”, “ectasia a nivel valécular”, “residuos post deglución retenidos en valéculas”, “restos de alimento en las valéculas” y “detención parcial del bolo a nivel de las valéculas”.
- El indicador “Alteración en el pasaje faríngeo” incluye: “dificultad para el transporte faríngeo del bolo alimenticio”, “estrechamientos en el pasaje del bolo alimenticio por la faringe”, “disminución en la contracción faríngea”, “la peristalsis faríngea se encuentra disminuida y genera dificultades en el transporte del bolo alimenticio”, “fuerza faríngea disminuida”, “la peristalsis y la fuerza faríngea se encuentran reducidas”, “peristalsis faríngea reducida”, “etapa faríngea sin onda primaria ni secundaria”, “restos de alimento en la pared posterior de la faringe”, “degluciones sucesivas para lograr la limpieza faríngea”, “clearance faríngeo logrado con varias degluciones”, “doble deglución para un mismo bolo alimenticio”, “movimientos compensatorios para facilitar el traslado del bolo alimenticio”, “sensación de residuos en la faringe”, “sensación de ‘cierre de la garganta’ al deglutir”, “sensación de ‘cierre de la garganta’ ante el primer bocado y de ‘no poder tragar”, “sensación de atascamiento”, “sensación de que ‘se le pega la comida en la garganta y no le pasa”, “sensación de ‘nudo en la garganta’ y de ‘no poder tragar”” y “sensación de ‘atascamiento del bolo en la faringe””.
- El indicador “Acumulación de restos de alimento en senos piriformes” incluye: “ectasia de senos piriformes”, “ectasia a nivel de senos piriformes en forma bilateral”,

“ectasia permanente en senos piriformes”, “residuos post deglución retenidos en senos piriformes” y “restos de alimento en senos piriformes”.

- El indicador “Limitación en el ascenso hiolaríngeo” incluye: “movimientos de ascenso laríngeo limitados” y “disminución de la elevación laríngea”.
- El indicador “Presencia de tos o ahogos” incluye: “tos y ahogos”, “ahogos”, “tos luego de la deglución”, “ahogos y atragantamiento”, “tos débil” y “debilidad en el reflejo tusígeno”.
- El indicador “Presencia de voz húmeda” incluye: “voz húmeda” y “voz burbujeante post deglución”.
- El indicador “Penetración” incluye: “penetración laríngea”, “penetración vestibular”, “reflujo de líquido hacia el vestíbulo laríngeo transitorio y posterior reentrada del reflujo hacia la faringe sin identificar pasaje hacia la vía aérea inferior” y “pasaje de líquidos a la vía aérea con posterior desencadenamiento del reflejo de la tos”.
- El indicador “Aspiración” incluye: “aspiración”, “aspiraciones”, “episodios de aspiraciones”, “franca broncoaspiración”, “pasaje a vía aérea inferior”, “microaspiraciones”, “indicios de aspiración”, “episodios compatibles con microaspiraciones de saliva” y “aspiraciones de líquidos”.
- El indicador “Disfunción del esfínter esofágico superior” incluye: “el esfínter esofágico superior no presenta una adecuada relajación”.
- El indicador “Aumento de la duración de la etapa faríngea” incluye: “lentitud en el pasaje faríngeo del bolo alimenticio” y “las contracciones faríngeas se desarrollan con lentitud”.
- El indicador “Odinofagia” incluye: “refiere ‘que le raspa’” y “refiere ‘dolor de garganta’”.
- El indicador “Alteración en el transporte esofágico” incluye: “retención del bolo alimenticio en el esófago”, “alteración en la motilidad esofágica”, “dificultades en la movilidad esofágica”, “dificultades en el tránsito esofágico”, “trastornos funcionales en el esófago”, “disminución de la luz esofágica” y “esofagitis que interfiere en el transporte”.
- El indicador “Aumento de la duración de la etapa esofágica” incluye: “lentitud del vaciamiento del esófago”, “la etapa esofágica se encuentra enlentecida” y “lentitud en el traslado del bolo alimenticio por el esófago”.

Con respecto a las modalidades de la variable 5 “Patología de base”, las mismas fueron formuladas posteriormente a la toma de datos. El criterio de selección para considerar

a una patología de base como una modalidad independiente fue su presentación en por lo menos 5 historias clínicas. Los diagnósticos médicos que se presentaron en un menor número del mencionado, se incluyeron en la modalidad “Otras”. Esta comprende: traumatismo encefalocraneano (3), esclerosis múltiple (1), miopatía (2), parálisis cerebral infantil (3), tumor encefálico (2) y ataxia (3).

Para realizar la recolección de los datos se implementó la técnica de análisis documental. Se concurrió a la institución en reiteradas ocasiones, se efectuó la revisión de todas las historias clínicas de los pacientes que concurrieron entre los años 2015 y 2020 y se registró en las fichas individuales la información de 65 historias clínicas correspondientes a pacientes con disfagia de origen funcional.

Se realizó también una entrevista a informante clave (ver Anexo 3) con el propósito de indagar acerca de la forma en la que la información sobre los pacientes fue recabada y registrada en las historias clínicas. Se contactó a la coordinadora del área de fonoaudiología de la institución, quien se mostró dispuesta a responder a las preguntas planteadas.

La profesional informó que en la institución existe una historia clínica única para cada paciente que comprende la información de todas las áreas a las que éstos concurren. Relató que el primer contacto que tienen los pacientes al ser admitidos en la institución es con una de las dos médicas neurólogas, quienes elaboran la ficha de ingreso y derivan al área de fonoaudiología para una evaluación de la función deglutoria cuando lo consideran necesario. Este servicio se encuentra compuesto por cuatro fonoaudiólogas, quienes en tres o cuatro encuentros aproximadamente, elaboran una anamnesis particular del área y realizan la evaluación clínica. Esta última comprende, en líneas generales, una primera parte en la cual se evalúa la postura y las estructuras intervinientes en la deglución y una segunda, en la cual se estudia la función deglutoria propiamente dicha con alimentos de consistencias semisólida, líquida y sólida. En el servicio aún no se cuenta con un protocolo unificado para el registro de los datos. En los casos en los que se sospecha la existencia de un riesgo en la seguridad de la deglución, y siempre y cuando el paciente reúna las condiciones necesarias para su realización, se pretende complementar la evaluación clínica con una videofluoroscopia. El abordaje de la disfagia en la institución se realiza de manera interdisciplinaria junto con las áreas de neurología, kinesiología, terapia ocupacional, psicología, rehabilitación cognitiva y nutrición.

Una vez registrada la información en las fichas individuales, se procedió a la elaboración de dos planillas de volcado de datos para el posterior análisis (ver Anexo 5). En la primera (ver Planilla de volcado N° 1) se plasmó la información correspondiente a los

indicadores de las variables etapa preparatoria oral, etapa oral, etapa faríngea y etapa esofágica y en la segunda (ver Planilla de volcado N° 2) se organizó la información correspondiente a las modalidades de todas las variables en estudio.

Posteriormente, se confeccionaron los gráficos para presentar y analizar los datos obtenidos y se elaboraron la discusión y la conclusión del trabajo de investigación.

#### 4. Plan de análisis de datos

Para realizar el análisis de los datos, se consideraron las variables de estudio en el orden en el que fueron presentadas al inicio del trabajo de investigación - tesina. En primer lugar, se elaboró un gráfico circular para exponer las modalidades de la Variable 1 “Etapa preparatoria oral” y un gráfico de columnas para mostrar la frecuencia de aparición de los indicadores de esta variable. Se repitió esta misma estructura de análisis para la Variable 2 “Etapa oral”, la Variable 3 “Etapa faríngea” y la Variable 4 “Etapa esofágica”.

Con el fin de visualizar los resultados de la Variable 5 “Patología de base”, se confeccionó un gráfico de columnas.

La relación entre cada una de las patologías de base (modalidades de la Variable 5) y el estado de las etapas de la deglución (Variable 1, Variable 2, Variable 3 y Variable 4) fue representada mediante gráficos de columnas apiladas al 100%.

Todos los gráficos fueron realizados utilizando la Hoja de Cálculo de Google.

## II. Contexto de realidad

# 1. Presentación y análisis de datos

## Referencias:

- Etapa preparatoria oral: E. P. O.
- Etapa oral: E. O.
- Etapa faríngea: E. F.
- Etapa esofágica: E. E.

## Indicadores:

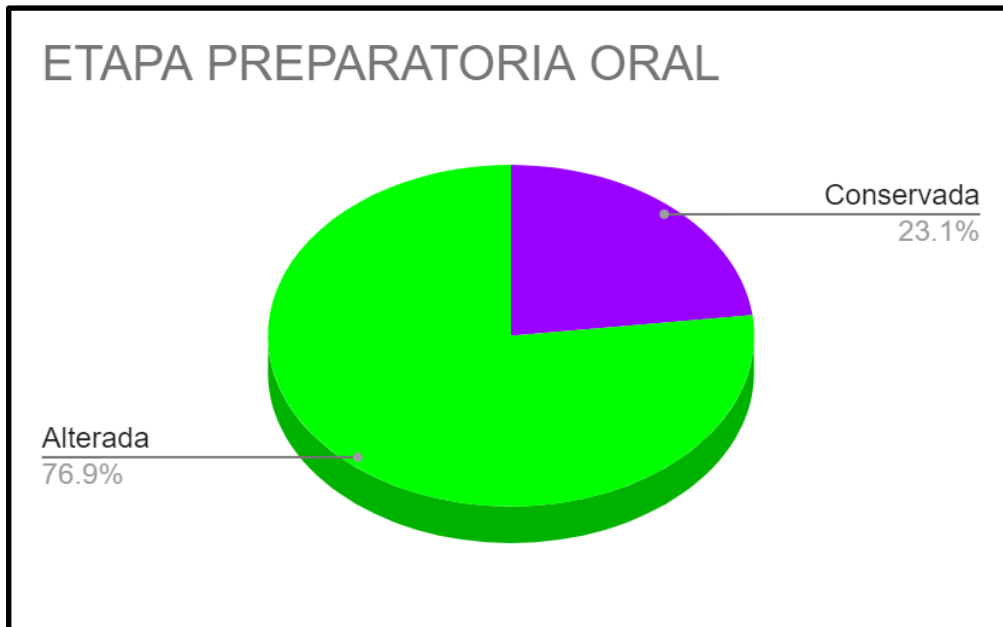
- I1: Apertura bucal limitada
- I2: Incompetencia labial
- I3: Alteración en la masticación
- I4: Bolo alimenticio inconsistente
- I5: Alteración en la propulsión lingual
- I6: Caída prematura del bolo alimenticio
- I7: Aumento de la duración de la etapa oral
- I8: Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio
- I9: Ascenso velar inadecuado
- I10: Retención de restos de alimento en valéculas
- I11: Alteración en el pasaje faríngeo
- I12: Acumulación de restos de alimento en senos piriformes
- I13: Limitación en el ascenso hiolaríngeo
- I14: Presencia de tos o ahogos
- I15: Presencia de voz húmeda
- I16: Penetración
- I17: Aspiración
- I18: Disfunción del esfínter esofágico superior
- I19: Aumento de la duración de la etapa faríngea
- I20: Odinofagia
- I21: Alteración en el transporte esofágico
- I22: Aumento de la duración de la etapa esofágica

Patologías de base:

- ACV: Accidente cerebrovascular
- EP Y P: Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos
- ELA: Esclerosis lateral amiotrófica
- PF: Presbifagia
- O: Otras

**- GRÁFICO N° 1 -**

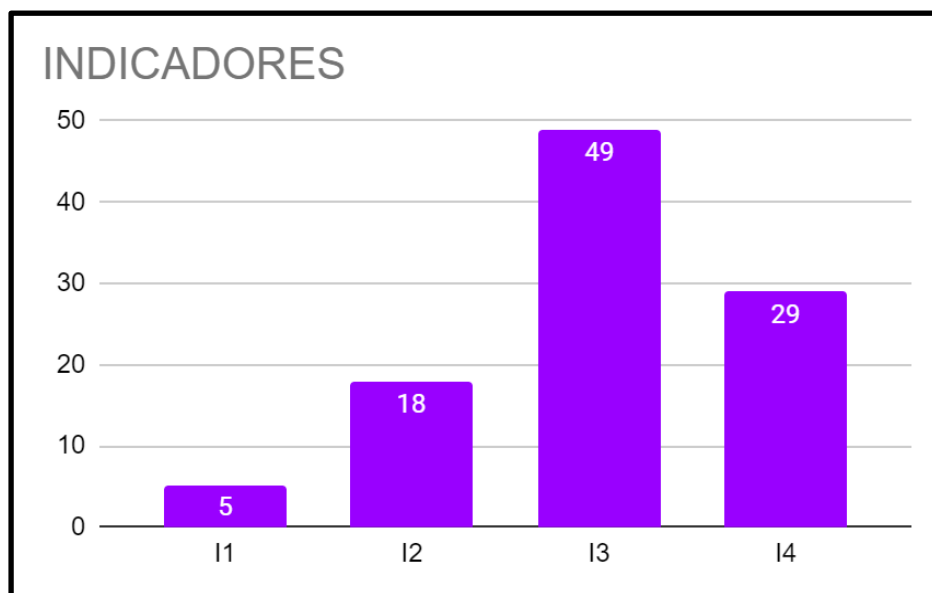
**Estado de la etapa preparatoria oral en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurrieron a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (65), la etapa preparatoria oral se encuentra conservada en el 23,1% (15) y alterada en el 76,9% (50).

**- GRÁFICO N° 2 -**

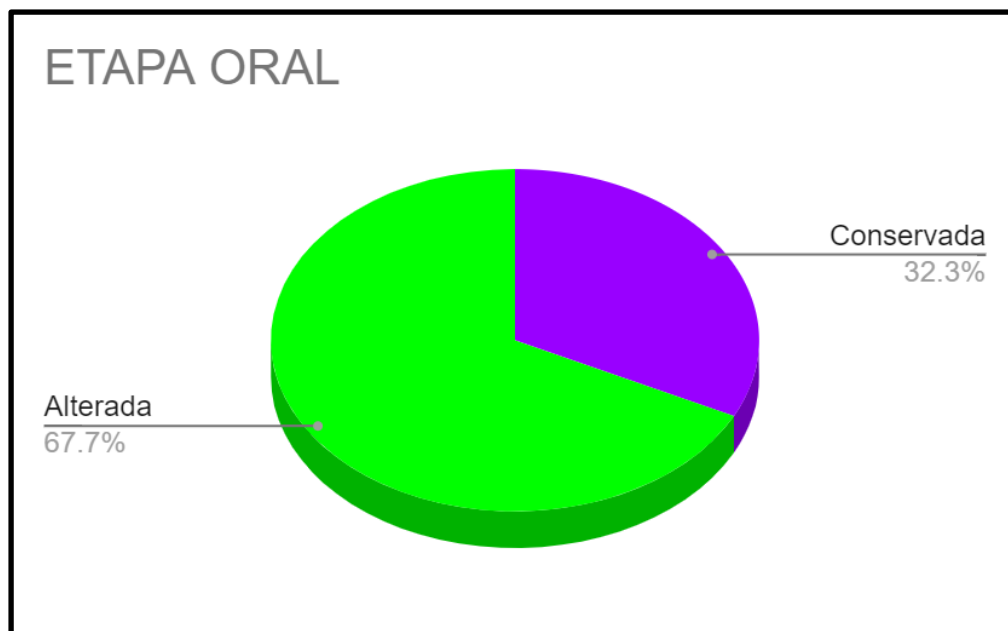
**Frecuencia de aparición de los indicadores de la etapa preparatoria oral en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurrieron a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (101) de los indicadores de la etapa preparatoria oral, alteración en la masticación (I3) se presentó en el 48,5% (49), bolo alimenticio inconsistente (I4) en el 28,7% (29), incompetencia labial (I2) en el 17,8% (18) y apertura bucal limitada (I1) en el 5% (5).

**- GRÁFICO N° 3 -**

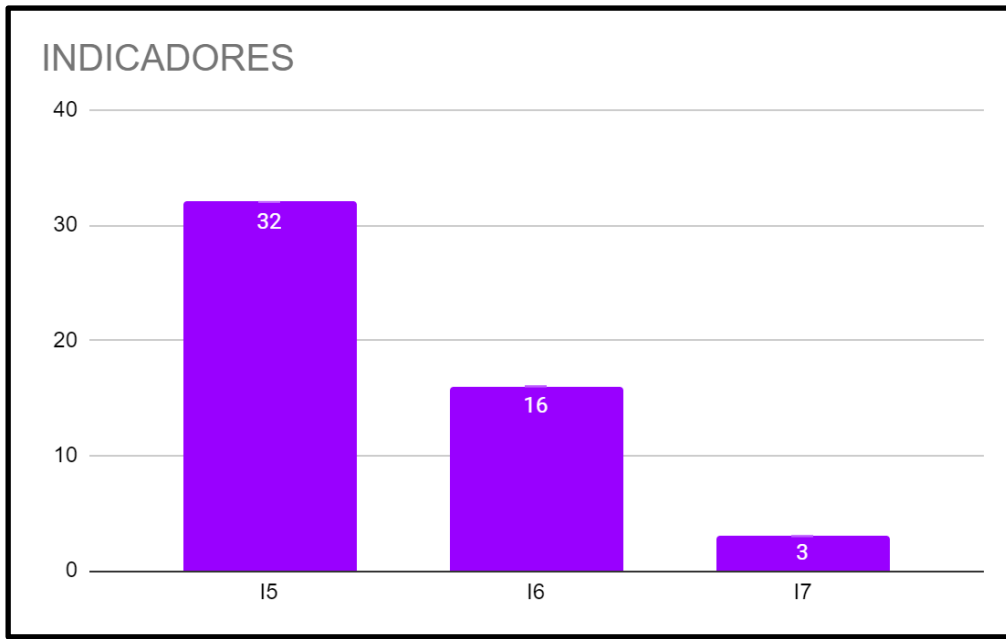
**Estado de la etapa oral en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (65), la etapa oral se encuentra conservada en el 32,3% (21) y alterada en el 67,7% (44).

**- GRÁFICO N° 4 -**

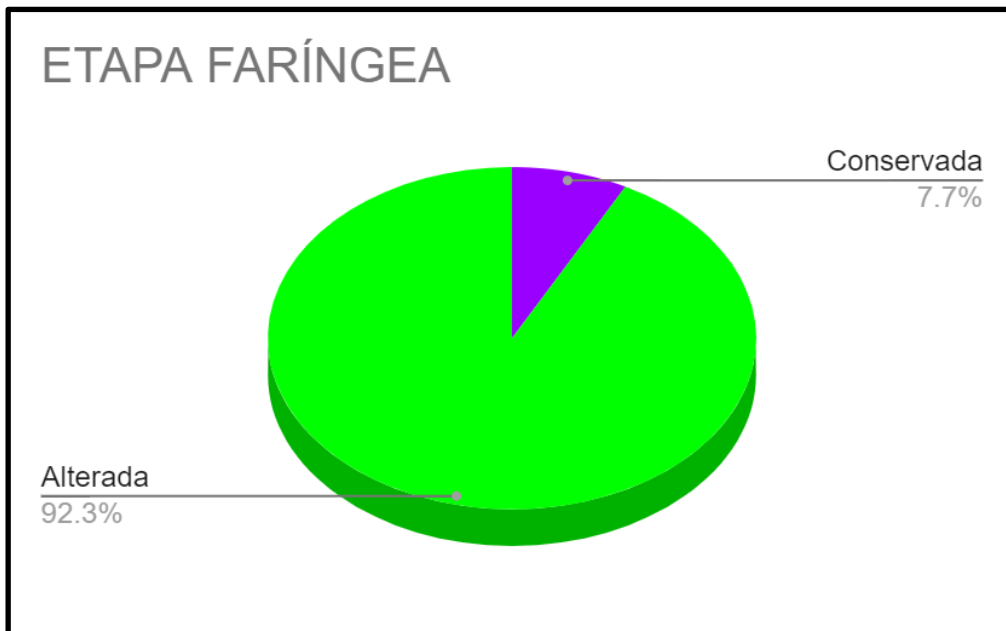
**Frecuencia de aparición de los indicadores de la etapa oral en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (51) de los indicadores de la etapa oral, alteración en la propulsión lingual (I5) se presentó en el 62,7% (32), caída prematura del bolo alimenticio (I6) en el 31,4% (16) y aumento de la duración de la etapa oral (I7) en el 5,9% (3).

**- GRÁFICO N° 5 -**

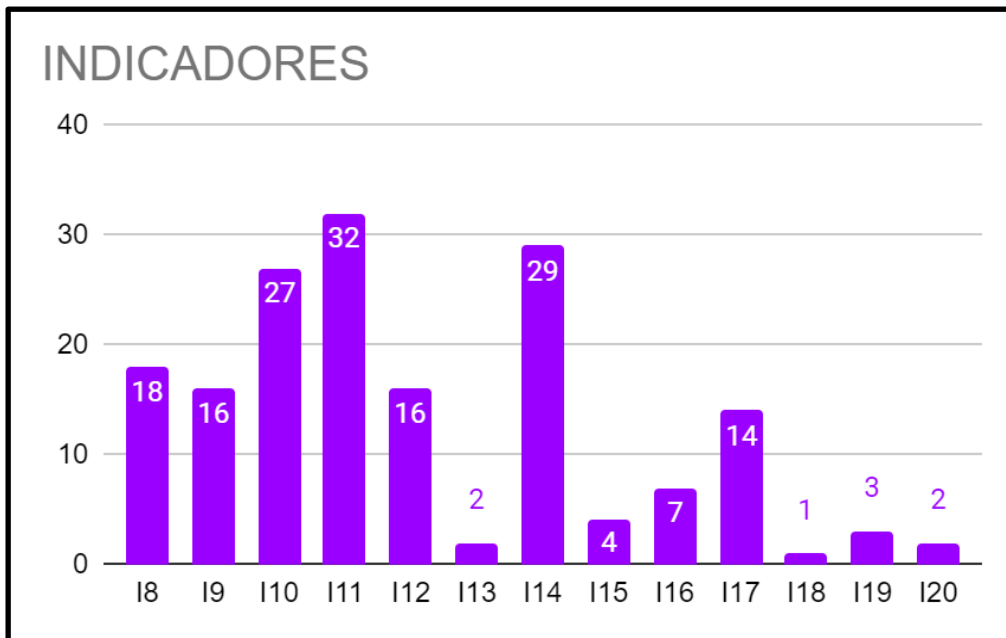
**Estado de la etapa faríngea en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (65), la etapa faríngea se encuentra conservada en el 7,7% (5) y alterada en el 92,3% (60).

**- GRÁFICO N° 6 -**

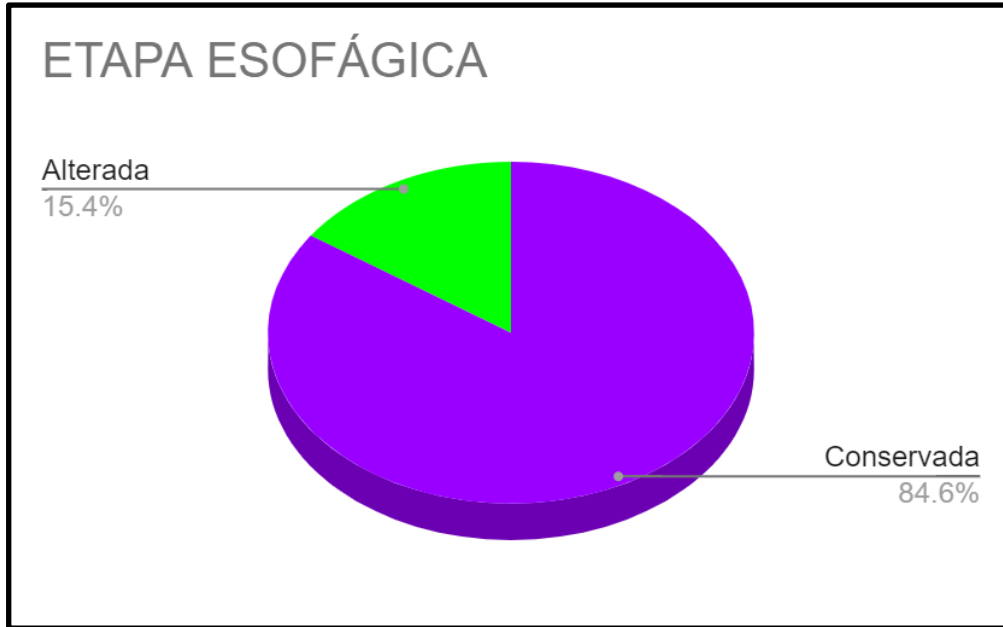
**Frecuencia de aparición de los indicadores de la etapa faríngea en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (171) de los indicadores de la etapa faríngea, alteración en el pasaje faríngeo (I11) se presentó en el 18,71% (32), presencia de tos o ahogos (I14) en el 16,96% (29), retención de restos de alimento en valéculas (I10) en el 15,79% (27), retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio (I8) en el 10,53% (18), ascenso velar inadecuado (I9) en el 9,36% (16), acumulación de restos de alimento en senos piriformes (I12) en el 9,36% (16), aspiración (I17) en el 8,19% (14), penetración (I16) en el 4,09% (7), presencia de voz húmeda (I15) en el 2,34% (4), aumento de la duración de la etapa faríngea (I19) en el 1,75% (3), odinofagia (I20) en el 1,17% (2), limitación en el ascenso hiolaríngeo (I13) en el 1,17% (2) y disfunción del esfínter esofágico superior (I18) en el 0,58% (1).

**- GRÁFICO N° 7 -**

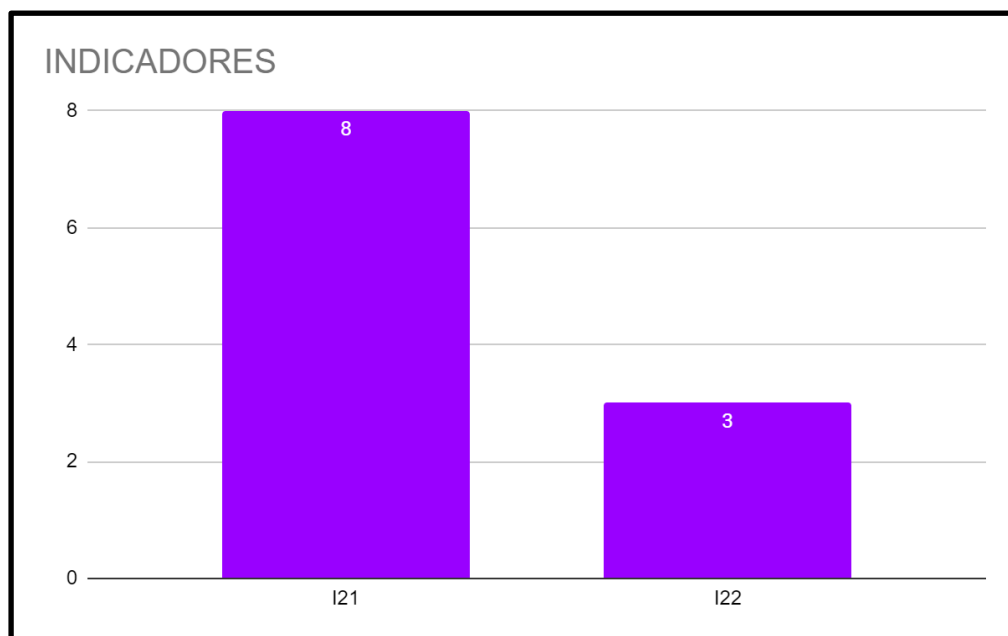
**Estado de la etapa esofágica en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (65), la etapa esofágica se encuentra conservada en el 84,6% (55) y alterada en el 15,4% (10).

**- GRÁFICO N° 8 -**

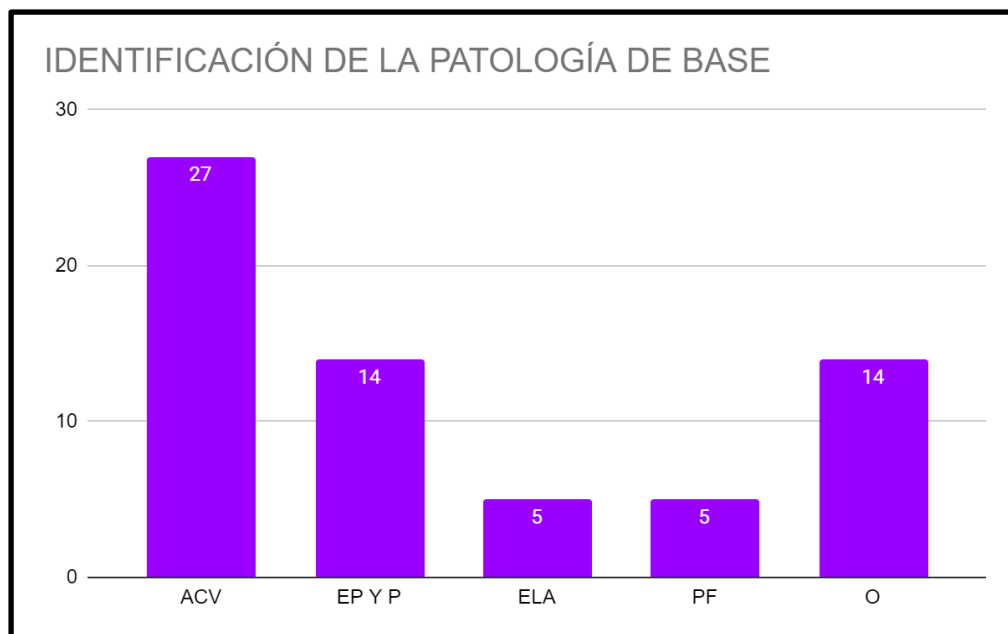
**Frecuencia de aparición de los indicadores de la etapa esofágica en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurrieron a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (11) de los indicadores de la etapa esofágica, alteración en el transporte esofágico (I21) se presentó en el 72,7% (8) y aumento de la duración de la etapa esofágica (I22) en el 27,3% (3).

**- GRÁFICO N° 9 -**

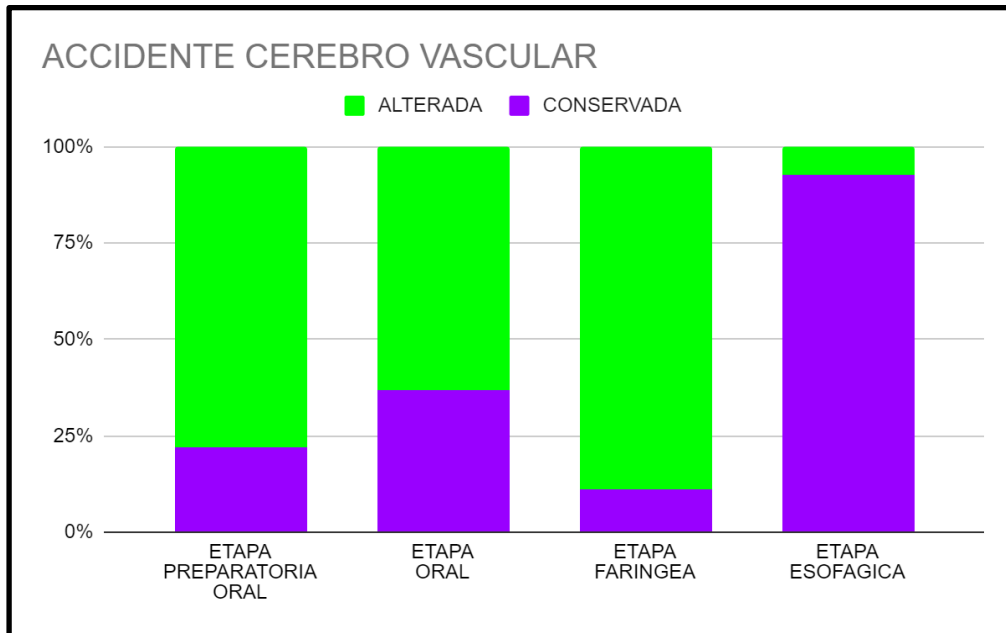
**Identificación de la patología de base con la que cursan los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (65), la patología de base es Accidente cerebrovascular (ACV) en el 41,54% (27), Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos (EP Y P) en el 21,54% (14), Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) en el 7,69% (5), Presbifagia (PF) en el 7,69% (5) y Otras (O) en el 21,54% (14).

**- GRÁFICO N° 10 -**

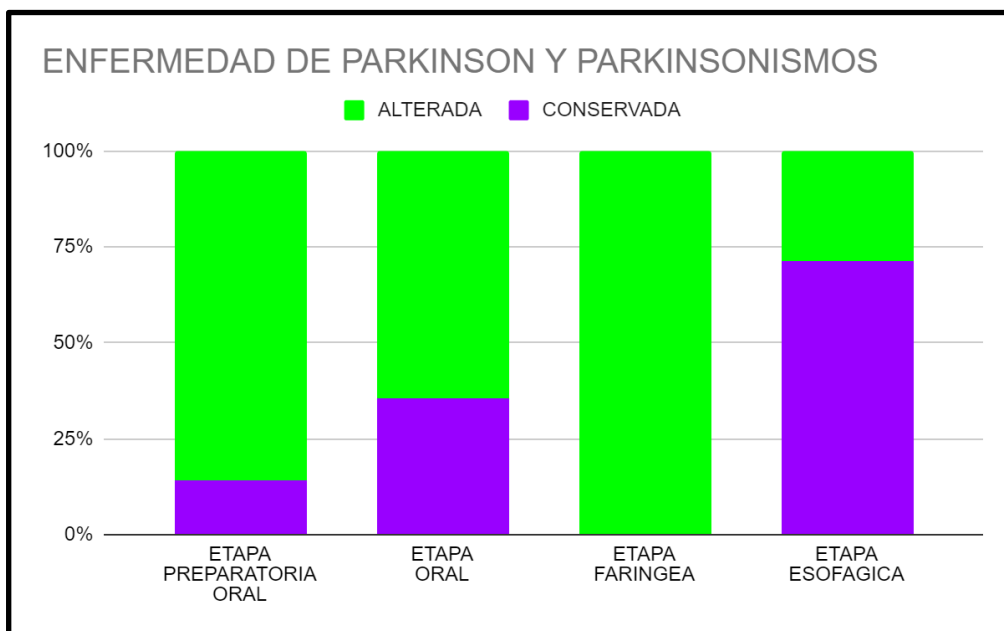
**Relación entre la patología de base “Accidente cerebrovascular” y el estado de la etapa preparatoria oral, la etapa oral, la etapa faríngea y la etapa esofágica de la deglución en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (27) que presentaron la modalidad “Accidente cerebrovascular” (ACV) en la patología de base, la etapa preparatoria oral (E. P. O.) se encuentra conservada en el 22,2% (6) y alterada en el 77,8% (21), la etapa oral (E. O.) se encuentra conservada en el 37% (10) y alterada en el 63% (17), la etapa faríngea (E. F.) se encuentra conservada en el 11,1% (3) y alterada en el 88,9% (24) y la etapa esofágica (E. E.) se encuentra conservada en el 92,6% (25) y alterada en el 7,4% (2).

**- GRÁFICO N° 11 -**

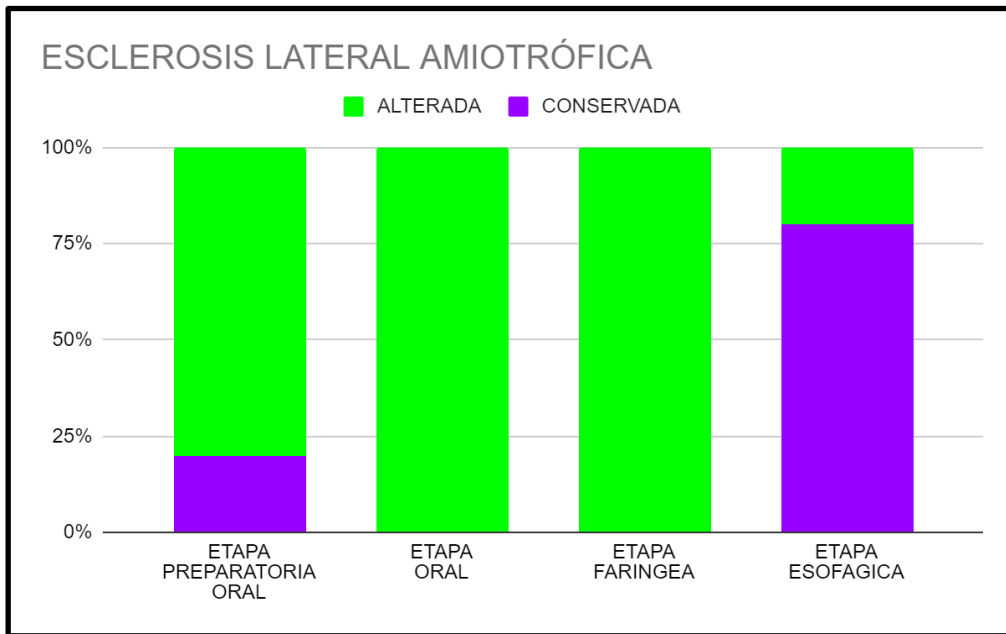
**Relación entre la patología de base “Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos” y el estado de la etapa preparatoria oral, la etapa oral, la etapa faríngea y la etapa esofágica de la deglución en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (14) que presentaron la modalidad “Enfermedad de Parkinson y Parkinsonismos” (EP Y P) en la patología de base, la etapa preparatoria oral (E. P. O.) se encuentra conservada en el 14,3% (2) y alterada en el 85,7% (12), la etapa oral (E. O.) se encuentra conservada en el 35,7% (5) y alterada en el 64,3% (9), la etapa faríngea (E. F.) se encuentra alterada en el 100% (14) y la etapa esofágica (E. E.) se encuentra conservada en el 71,4% (10) y alterada en el 28,6% (4).

**- GRÁFICO N° 12 -**

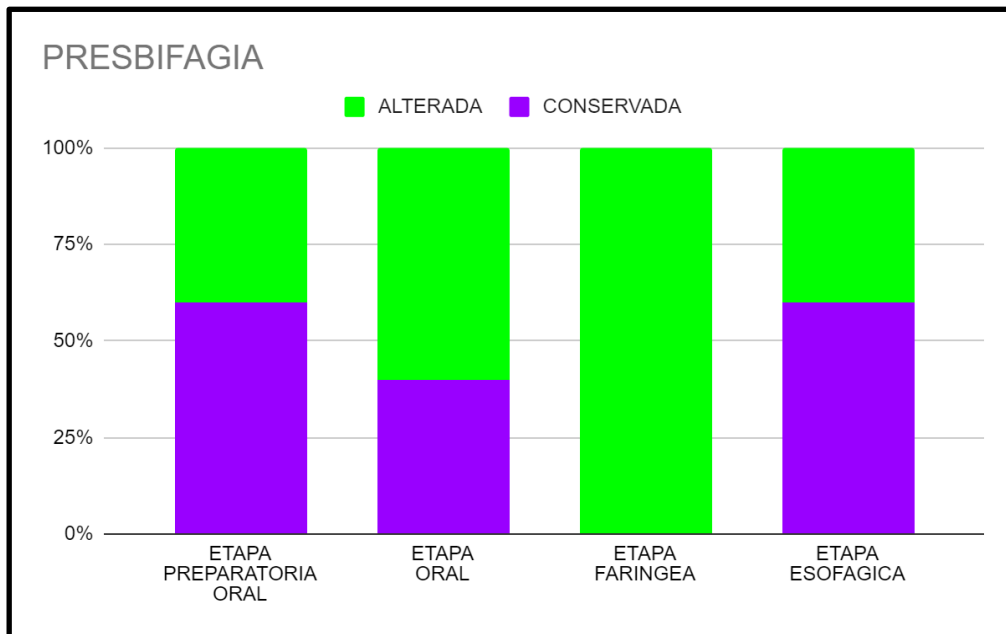
**Relación entre la patología de base “Esclerosis lateral amiotrófica” y el estado de la etapa preparatoria oral, la etapa oral, la etapa faríngea y la etapa esofágica de la deglución en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurrieron a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (5) que presentaron la modalidad “Esclerosis lateral amiotrófica” (ELA) en la patología de base, la etapa preparatoria oral (E. P. O.) se encuentra conservada en el 20% (1) y alterada en el 80% (4), la etapa oral (E. O.) se encuentra alterada en el 100% (5), la etapa faríngea (E. F.) se encuentra alterada en el 100% (5) y la etapa esofágica (E. E.) se encuentra conservada en el 80% (4) y alterada en el 20% (1).

**- GRÁFICO N° 13 -**

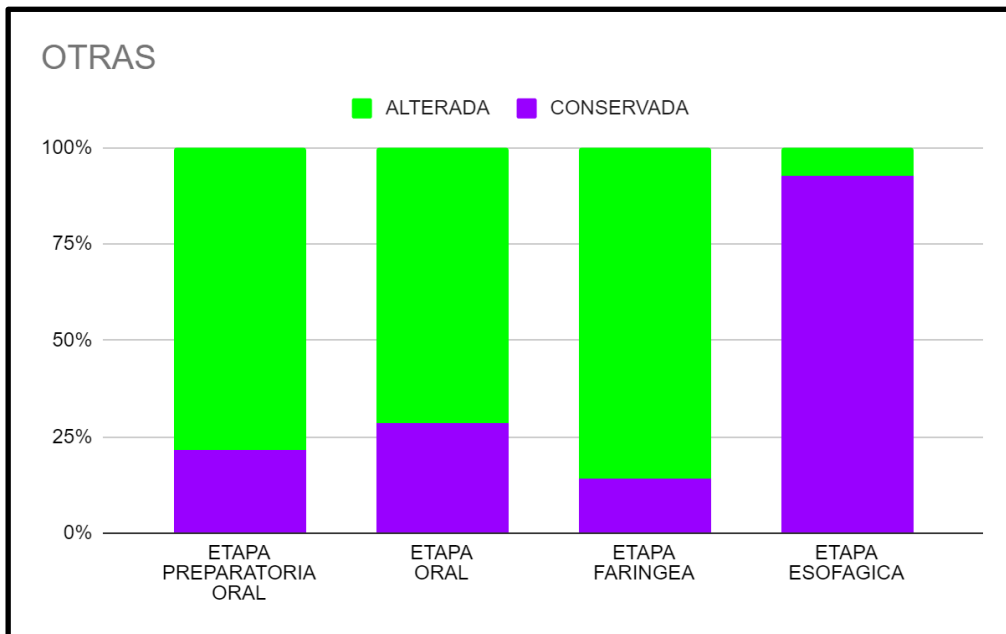
**Relación entre la patología de base “Presbifagia” y el estado de la etapa preparatoria oral, la etapa oral, la etapa faríngea y la etapa esofágica de la deglución en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurrieron a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (5) que presentaron la modalidad “Presbifagia” (PF) en la patología de base, la etapa preparatoria oral (E. P. O.) se encuentra conservada en el 60% (3) y alterada en el 40% (2), la etapa oral (E. O.) se encuentra conservada en el 40% (2) y alterada en el 60% (3), la etapa faríngea (E. F.) se encuentra alterada en el 100% (5) y la etapa esofágica (E. E.) se encuentra conservada en el 60% (3) y alterada en el 40% (2).

**- GRÁFICO N° 14 -**

**Relación entre la patología de base “Otras” y el estado de la etapa preparatoria oral, la etapa oral, la etapa faríngea y la etapa esofágica de la deglución en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurrieron a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**



A partir del análisis de las historias clínicas se observó que del 100% (14) que presentaron la modalidad “Otras” (O) en la patología de base, la etapa preparatoria oral (E. P. O.) se encuentra conservada en el 21,4% (3) y alterada en el 78,6% (11), la etapa oral (E. O.) se encuentra conservada en el 28,6% (4) y alterada en el 71,4% (10), la etapa faríngea (E. F.) se encuentra conservada en el 14,3% (2) y alterada en el 85,7% (12) y la etapa esofágica (E. E.) se encuentra conservada en el 92,9% (13) y alterada en el 7,1% (1).

### III. Contexto de justificación

## 1. Interpretación y discusión

Nazar, Ortega y Fuentealba (2009) definen a la disfagia como el trastorno de la función deglutoria en cualquiera de sus cuatro etapas. Por lo tanto, se considera relevante conocer el estado de cada una de ellas en forma individual para caracterizar a la disfagia.

En relación a la Variable 1 “Etapa preparatoria oral” se evidenció que del 100% de las historias clínicas analizadas, se encuentra alterada en el 76,9% y conservada en el 23,1% (*ver gráfico n° 1*). La bibliografía describe que uno de los signos característicos de la perturbación de esta etapa es la “alteración en la masticación” (I3). En la población de estudio, se evidenció su presencia en 49 de las 50 historias clínicas con modalidad alterada (*ver gráfico n° 2*), siendo el indicador de mayor frecuencia de aparición de la etapa.

Se observó también que en todos los casos en los que se presenta el indicador “bolo alimenticio inconsistente” (I4) lo hace conjuntamente con “alteración en la masticación” (I3). Esto puede observarse, por ejemplo, en las historias clínicas n° 1, n° 16, n° 23, n° 32 y n° 39, correspondientes a diferentes patologías de base (*ver ficha individual n° 1, n° 16, n° 23, n° 32 y n° 39*). Esto podría deberse a que, para la formación de un bolo alimenticio cohesivo y de consistencia adecuada para ser deglutido, se necesita previamente de una efectiva trituración y molienda del alimento, lograda por los movimientos mandibulares de rotación.

Con respecto a la Variable 2 “Etapa oral” se evidenció que en la población de estudio, su estado es alterado en el 67,7% y conservado en el 32,3% (*ver gráfico n° 3*). En esta etapa, la propulsión lingual reviste una gran importancia, ya que produce el traslado del bolo alimenticio hacia la región posterior de la cavidad bucal. En base a esto, es importante destacar que el indicador “alteración en la propulsión lingual” (I5) es el que se presentó con mayor frecuencia, en 32 historias clínicas. Este signo se presenta el doble de veces que “caída prematura del bolo alimenticio” (I6), el cual se evidencia segundo en el orden de aparición, en 16 historias clínicas (*ver gráfico n° 4*). Este último es producto de la insuficiencia en el cierre de la segunda válvula velo-lingual que controla y contiene el alimento en la cavidad oral. Por lo tanto, en los pacientes que lo presentan puede haber una aspiración pre deglutoria o una acumulación de restos de alimento en valéculas con una posible aspiración post deglutoria.

En la “Etapa faríngea” (Variable 3) se produce el traslado del bolo alimenticio por la faringe y se activan sincrónicamente los mecanismos de protección de la vía aérea para evitar que el mismo transcurra por una falsa vía. La afección de esta etapa trae aparejado un riesgo en la seguridad de la deglución. En la población de este estudio se presenta alterada en el

92,3%, indicando una amenaza a la seguridad de la función deglutoria de estos sujetos. Únicamente la etapa se encuentra conservada en el 7,7% de las historias clínicas analizadas (*ver gráfico n° 5*), siendo así la etapa de la deglución más alterada en comparación con las demás. El indicador con mayor frecuencia de aparición es “alteración en el pasaje faríngeo” (I11). Esta dificultad en el transporte puede generar en consecuencia la acumulación de restos de alimento en los senos piriformes, con el riesgo de que al reanudarse la respiración, ingresen a la vía aérea. En segundo lugar se evidenció “presencia de tos o ahogos” (I14). Este signo da cuenta de un ingreso del material deglutido a la vía aérea y de una activación del reflejo tusígeno con el fin de lograr su expulsión. Otro de los indicadores que se presentó con un gran porcentaje de aparición es “retención de restos de alimento en valéculas” (I10). El mismo genera un riesgo para la seguridad de la deglución ya que los restos acumulados pueden desbordar y posteriormente ingresar al vestíbulo laríngeo (*ver gráfico n° 6*).

Se evidenció que la “Etapa esofágica” (Variable 4), cuyo desarrollo solo puede observarse mediante una videofluoroscopia, es la que presenta un porcentaje mayor en la modalidad conservada (84,6%) en comparación a las demás etapas de la deglución estudiadas en la presente población (*ver gráfico n° 7*). Considerando la clasificación de la disfagia según la localización anatómica de la perturbación, puede decirse que el 15,4% de las historias clínicas analizadas presentan disfagia orofaríngea conjuntamente con disfagia esofágica. En otras palabras, en 10 historias clínicas las alteraciones en la función deglutoria que se manifiestan por encima del esfínter esofágico superior, se acompañan de otras que involucran a las estructuras que se encuentran por debajo del mismo. Este resultado se corresponde con lo referido por García-Peris, Velasco y Frías Soriano (2012) quienes describen que predominan las disfagias orofaríngeas por sobre las esofágicas. El indicador que se presentó con mayor frecuencia en esta etapa es “alteración en el transporte esofágico” (I21).

En relación con la Variable 5 “Patología de base”, la modalidad que se presenta con mayor frecuencia es Accidente cerebrovascular (ACV), evidenciándose en el 41,54% de las historias clínicas analizadas (*ver gráfico n° 9*). Su predominancia en la población en estudio se relaciona con lo planteado por los autores Nazar, Ortega y Fuentealba (2009), quienes estiman que la incidencia del ACV en la población general es de 47 casos por cada 1000 habitantes mayores de 55 años y que entre el 43 y 80% de ellos cursan con disfagia. Además, esto concuerda con lo expuesto por González V. y Bevilacqua (2009) quienes identifican a los ACV como la causa neurológica no degenerativa más frecuente de disfagia.

A su vez, el ACV se presentó aproximadamente el doble de veces que la Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos (EP Y P), patología de base que se manifiesta en segundo

lugar en la población en estudio con el 21,54% (*ver gráfico n° 9*). Cámpora y Falduti (2015) refieren que esta es la segunda patología neurológica degenerativa más frecuente y que con su progreso, puede generar disfagia en hasta el 90% de quienes la padecen.

Entre las demás patologías de base que se presentaron, la Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y la Presbifagia (PF) tuvieron la misma frecuencia de aparición del 7,69% (*ver gráfico n° 9*). La bibliografía sugiere que la ELA posee una prevalencia en la población de entre 1 y 4 por cada 100 habitantes y que por lo menos el 60% cursa con disfagia, pudiendo llegar al 100% en la forma clínica bulbar (García-Peris, Velasco y Frías Soriano, 2012). Por otra parte, los autores Morales y Guevara (2018) mencionan que los adultos mayores presentan disfagia en el 13,7%.

Bajo la modalidad Otras (O) se agruparon a las patologías que se presentaron menos de 5 veces, que en su conjunto constituyen el 21,54% (*ver gráfico n° 9*). Debido a la heterogeneidad del grupo, no reviste de un análisis significativo.

Tras el análisis de los resultados obtenidos, es posible establecer ciertas relaciones entre las diferentes patologías de base y el estado de las etapas de la deglución.

En las 27 historias clínicas que presentaron la modalidad Accidente cerebrovascular (ACV), se puede constatar que la etapa de la deglución que se encuentra alterada en mayor medida es la “Etapa faríngea” (E. F.), con una frecuencia del 88,9% (*ver gráfico n° 10*). El resultado presenta correspondencia con lo planteado en la bibliografía, en la cual se expone que esta etapa deglutoria es la que se encuentra más comprometida en los sujetos con lesiones vasculares ubicadas en el hemisferio derecho anterior y en el tronco encefálico, pudiendo también encontrarse afectada en aquellos con trastornos en el hemisferio izquierdo anterior (González V. y Bevilacqua, 2009).

Uno de los signos que caracterizan al trastorno de esta etapa en el ACV es el “retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio” (I8). El mismo pudo visualizarse claramente entre las historias clínicas (*ver ficha individual n° 32, n° 37, n° 55, n° 56 y n° 64*).

Otros signos que se registraron fueron la “alteración en el pasaje faríngeo” (I11), la “retención de restos de alimento en valéculas” (I10) y la “retención de restos de alimento en senos piriformes” (I12) (*ver ficha individual n° 4, n° 22, n° 44, n° 47 y n° 48*). Estos fenómenos coinciden con lo planteado por Velasco, Arreola, Clavé y Puiggrós (2007), quienes describen que puede haber dificultades en el transporte faríngeo del bolo alimenticio pudiendo quedar residuos valeculares e hipofaríngeos.

Resulta importante destacar que, en los pacientes con disfagia posterior a un ACV, puede haber un compromiso en la seguridad de la función deglutoria, según sugiere la

bibliografía consultada. Esta característica de la deglución se ve comprometida cuando falla la activación de los mecanismos de protección de la vía aérea al momento del paso del bolo alimenticio por la faringe, pudiendo generar una infección respiratoria. En las historias clínicas analizadas se registró la presencia de indicadores que permiten inferir el ingreso del material deglutido a las estructuras del sistema respiratorio. Los mismos son: “presencia de tos o ahogos” (I14) (*ver ficha individual n° 12 y n° 33*), “presencia de voz húmeda” (I15) (*ver ficha individual n° 50*), “penetración” (I16) (*ver ficha individual n° 10 y n° 45*) y “aspiración” (*ver ficha individual n° 34 y n° 45*).

La bibliografía describe también que la “limitación en el ascenso hiolaríngeo” (I13) y la “disfunción del esfínter esofágico superior” (I18) son signos que muestran un riesgo en la seguridad de la deglución y que pueden presentarse en los pacientes con ACV. Sin embargo, en la población de estudio, el primero se registró en una sola ocasión (*ver ficha individual n° 55*) y el segundo se encontró ausente.

La “Etapa preparatoria oral” (E. P. O.) es la que se encuentra alterada en segundo lugar en las historias clínicas con esta patología de base, presentándose en el 77,8% (*ver gráfico n° 10*). González V. y Bevilacqua (2009) describen que esta etapa se encuentra especialmente afectada cuando la lesión se localiza en el hemisferio izquierdo anterior. Exponen que se puede presentar un déficit en el cierre anterior y trastornos masticatorios por apraxia o paresia muscular que dificultan la formación del bolo alimenticio. Esto se pudo evidenciar en la población en estudio con la presencia de los indicadores “incompetencia labial” (I2), “alteración en la masticación” (I3) y “bolo alimenticio inconsistente” (I4) (*ver ficha individual n° 11, n° 34, n° 36, n° 41, n° 45 y n° 56*).

Los sujetos que presentaron un ACV pueden tener también retardo y dificultades para el traslado lingual del bolo alimenticio (González V. y Bevilacqua, 2009). Estas características se ven reflejadas en la población de estudio con la presencia de los indicadores “aumento de la duración de la etapa oral” (I7) (*ver ficha individual n° 55*) y “alteración en la propulsión lingual” (I5) (*ver ficha individual n° 1, n° 34 y n° 36*). Estos fenómenos se producen en la “Etapa oral” (E. O.), que presenta un estado alterado en el 63% de las historias clínicas (*ver gráfico n° 10*).

Con respecto a la Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos, González V. y Bevilacqua (2009) describen que estas patologías presentan un compromiso en la etapa faríngea de la deglución. Esto se ve reflejado en los resultados obtenidos, ya que la misma se encuentra afectada en el 100% de los casos (*ver gráfico n° 11*). Además, estos autores describen que los signos que se pueden evidenciar son el “retardo en el desencadenamiento

del reflejo disparador deglutorio” (I8) y la “limitación en el ascenso hiolaríngeo” (I13). En la población de estudio el primero se encontró registrado, por ejemplo, en las historias clínicas n° 14 y n° 53 y el segundo, en la n° 42 (*ver ficha individual n° 14, n° 53 y n° 42*). La bibliografía consultada refiere también que los pacientes pueden presentar una “alteración en el pasaje faríngeo” (I11) con la retención de restos de alimento en valéculas y senos piriformes (I10 e I12, respectivamente). Estas características se ven ejemplificadas en la población de estudio en las historias clínicas n° 7, n° 13, n° 19 y n° 23 (*ver ficha individual n° 7, n° 13, n° 19 y n° 23*).

En estos pacientes se pudo registrar también la presencia de signos que dan cuenta del ingreso del material deglutido al vestíbulo laríngeo, como es el caso de la “presencia de tos o ahogos” (I14) (*ver ficha individual n° 2, n° 31 y n° 43*), la “presencia de voz húmeda” (I15) (*ver ficha individual n° 14*), la “penetración” (I16) (*ver ficha individual n° 5 y n° 7*) y la “aspiración” (I17) (*ver ficha individual n° 21 y n° 25*). Esto condice con lo planteado en la bibliografía, en la cual se describe que la Enfermedad de Parkinson cursa con reducción en el cierre laríngeo.

Además, en un gran porcentaje de los pacientes con esta patología de base se encuentra alterada la “Etapa preparatoria oral” (85,7%) (*ver gráfico n° 11*). Cámpora y Falduti (2015) exponen que las principales dificultades de esta etapa se presentan en la masticación y en la formación de un bolo alimenticio consistente, producto de la rigidez e hipocinesia que caracterizan al trastorno neuromuscular. En nuestra experiencia al realizar el análisis documental, se pudo dar cuenta de lo planteado, por ejemplo, en las historias clínicas n° 23, n° 25, n° 43, n° 53 y n° 57 (*ver ficha individual n° 23, n° 25, n° 43, n° 53 y n° 57*), en las cuales se presentaron los indicadores I3 e I4.

En lo concerniente a la “Etapa oral”, los autores mencionados anteriormente refieren que puede haber una alteración en la propulsión lingual del bolo alimenticio y una caída prematura del mismo. Estos signos se pueden visualizar en las historias clínicas n° 7, n° 21 y n° 25 (*ver ficha individual n° 7, n° 21 y n° 25*).

Luego del análisis realizado, se reconoce que la totalidad de los pacientes con diagnóstico de Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) presentan alterada la “Etapa oral” y la “Etapa faríngea” (*ver gráfico n° 12*). Según Cámpora y Falduti (2015) el transporte lingual del bolo alimenticio puede encontrarse dificultado en esta patología. En la población, el indicador “alteración en la propulsión lingual” (I5) se observa, por ejemplo, en las historias clínicas n° 32, n° 38, n° 49 y n° 62 (*ver ficha individual n° 32, n° 38, n° 49 y n° 62*).

Con la presencia de los indicadores “retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio” (I8), “ascenso velar inadecuado” (I9) y “alteración en el pasaje faríngeo” (I11) (*ver fichas individuales n° 32, n° 38 y n° 49*) se manifiestan las características expuestas por los autores Cámpora y Falduti (2015) y Cichero (2006) en cuanto a la severa perturbaci3n de la etapa faríngea con la que cursa esta patología. Además, la incoordinaci3n entre las funciones deglutoria y respiratoria, descrita por Cichero (2006), se evidencia en nuestra poblaci3n de estudio con la “presencia de tos o ahogos” (I14) (*ver ficha individual n° 32 y n° 38*), la “presencia de voz húmeda” (I15) (*ver ficha individual n° 20 y n° 49*) y la “aspiraci3n” (I17) (*ver ficha individual n° 20 y n° 32*). Sin embargo, los signos “limitaci3n en el ascenso hiolaríngeo” (I13) y “disfunci3n del esfínter esofágico superior” (I18) mencionados en la bibliografía, no se encontraron registrados en las historias clínicas analizadas.

Por su parte, la “Etapa preparatoria oral” se encuentra alterada en el 80% de la poblaci3n con ELA (*ver gráfico n° 12*). Esta perturbaci3n se evidencia con la presencia de los signos “incompetencia labial” (I2), “alteraci3n en la masticaci3n” (I3) y “bolo alimenticio inconsistente” (I4) en, por ejemplo, las historias clínicas n° 32, n° 38 y n° 62 (*ver ficha individual n° 32, n° 38 y n° 62*).

En lo referente a la Presbifagia, la “Etapa faríngea” se encuentra alterada en el 100% de las historias clínicas (*ver gráfico n° 13*), al igual que lo observado en la Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos y en la Esclerosis lateral amiotr3fica. La Presbifagia se caracteriza por presentar una disminuci3n en la fuerza y en la movilidad muscular consecuente al envejecimiento fisiol3gico del organismo, que afecta en consecuencia al transporte del bolo alimenticio por la faringe y a la respuesta motora del reflejo deglutorio (Cámpora y Falduti, 2015). En la poblaci3n de estudio se constat3 la “alteraci3n en el pasaje faríngeo” (I11) y la “acumulaci3n de restos de alimento en senos piriformes” (I12) (*ver ficha individual n° 46*), como así también el “retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio” (I8) (*ver ficha individual n° 59*) y la intromisi3n de las sustancias deglutidas a la vía aérea, con la “presencia de tos o ahogos” (I14) y “penetraci3n” (I16) (*ver ficha individual n° 3*). Si bien la bibliografía describe que puede haber una “disfunci3n del esfínter esofágico superior” (I18), este signo no se encontr3 registrado en las historias clínicas revisadas.

La “Etapa oral” se encuentra alterada en segundo lugar, en un 60% (*ver gráfico n° 13*). Según Cámpora y Falduti (2015), el compromiso de esta etapa se caracteriza por la disminuci3n en la fuerza de la lengua, que genera una “alteraci3n en la propulsi3n lingual”

(I5), y las fallas en la segunda válvula deglutoria que ocasionan una “caída prematura del bolo alimenticio” (I6) con la “retención de restos de alimento en valéculas” (I10). Estos signos descritos coinciden con lo observado en la población de estudio (*ver ficha individual n° 15, n° 46 y n° 59*).

Por su parte, la “Etapa preparatoria oral” en la Presbifagia presenta un estado alterado del 40% (*ver gráfico n° 13*), producto de la disminución del tono muscular y de la fuerza de los músculos masticatorios y linguales. Los signos “alteración en la masticación” (I3) y “bolo alimenticio inconsistente” (I4) se encontraron en el análisis documental, por ejemplo, en la historia clínica n° 39 (*ver ficha individual n° 39*).

Tras comparar el estado de las etapas de la deglución en las diferentes patologías de base de la población de estudio, se pudo evidenciar que la Presbifagia presenta el menor porcentaje de alteración en la “Etapa preparatoria oral” y el mayor en la “Etapa esofágica”. Este último es del 40% (*ver gráfico n° 13*), pudiéndose observar esta perturbación en la historia clínica n° 59, con la aparición del indicador “alteración en el transporte esofágico” (I21) (*ver ficha individual n° 59*) y en la historia clínica n° 39, con el registro del indicador “aumento de la duración de la etapa esofágica” (I22) (*ver ficha individual n° 39*). Esto coincide con la bibliografía, en la cual se menciona que la Presbifagia puede cursar con un trastorno en el peristaltismo esofágico.

En segundo lugar en el orden de alteración de la “Etapa esofágica” se encuentra la Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos con el 28,6% (*ver gráfico n° 11*). En los registros analizados se encontró evidencia de la “alteración en el transporte esofágico” (I21) descrito por Cámpora y Falduti (2015) (*ver ficha individual n° 5, n° 25 y n° 57*). Por su parte, en la Esclerosis lateral amiotrófica, esta cuarta etapa deglutoria se presenta alterada en el 20% de las historias clínicas (*ver gráfico n° 12*), y en el ACV, en el 7,4% (*ver gráfico n° 10*), siendo este el menor porcentaje de alteración.

## 2. Conclusión

A partir del análisis e interpretación de los datos obtenidos es posible concluir que, en cuanto al estado de cada etapa deglutoria, la etapa preparatoria oral se presenta alterada en el 76,9%, la etapa oral en el 67,7% y la etapa faríngea en el 92,3%. El menor porcentaje de alteración se evidencia en la etapa esofágica con un 15,4%. Los indicadores que se presentaron con mayor frecuencia de aparición en cada una de ellas son “alteración en la masticación” (I3), “alteración en la propulsión lingual” (I5), “alteración en el pasaje faríngeo” (I11) y “alteración en el transporte esofágico” (I21), respectivamente.

Entre las patologías de base con la que cursan los pacientes adultos con disfagia de origen funcional, el Accidente cerebrovascular es la que se presenta con mayor frecuencia, en el 41,54%. La Esclerosis lateral amiotrófica y la Presbifagia fueron las que se presentaron en menor medida, representando el 7,69% cada una.

Considerando la relación entre las patologías de base y el estado de cada una de las etapas deglutorias se evidencia que la etapa faríngea es la que se presenta alterada en mayor proporción en todas las patologías de base. Por el contrario, la etapa esofágica es la que se presenta conservada en mayor medida.

Este trabajo de investigación - tesina constituye un primer nivel de investigación, con el cual se pretende realizar un aporte para contribuir al conocimiento sobre la disfagia por parte de la comunidad estudiantil universitaria y motivar futuras investigaciones.

La Ley 27568 sancionada en el año 2020 considera como ejercicio profesional de la fonoaudiología las actividades de detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento de la función deglutoria. Para abordar la disfagia, resulta fundamental la formación de los profesionales sobre la base de sólidos conocimientos anatomofisiológicos y neurológicos como así también, la sensibilización de los mismos para que, en palabras de Camarero González (2009) “*la disfagia sea manejada como una entidad clínica y no solo como un síntoma más de otra enfermedad*” (p.72).

### 3. Limitaciones y sugerencias

Durante la elaboración del presente trabajo de investigación - tesina se presentaron las siguientes limitaciones:

- El contexto sanitario producto de la pandemia por el SARS-CoV-2, que imposibilitó la realización del estudio prospectivo planteado inicialmente y la utilización de fuentes primarias de información. En consecuencia, se debió buscar otro modo de poder abordar el estudio de la disfagia.
- La ausencia de un registro de datos uniforme y estandarizado en las historias clínicas, que complejizó el análisis documental.
- La dificultad para reunir la cantidad suficiente de registros de pacientes con disfagia de origen funcional para conformar una población de estudio significativa. Por este motivo, se decidió incluir a pacientes con diversas patologías neurológicas de base y considerar una dimensión temporal de 5 años.
- La ausencia de un antecedente que posibilite la comparación y contraposición de los resultados obtenidos.
- El pequeño número de pacientes correspondiente a cada patología de base impidió que los resultados obtenidos sean estadísticamente significativos y por ende, extrapolables a la población general.

Resulta interesante proponer las siguientes sugerencias para futuras investigaciones:

- Evaluar la función deglutoria en pacientes adultos internados que debieron recibir asistencia mecánica respiratoria con intubación orotraqueal.
- Ampliar el estudio sobre la disfagia orofaríngea, considerando los grados de severidad en la que puede presentarse, según las escalas existentes.
- Profundizar sobre los efectos de la disfagia en la calidad de vida de los sujetos que la presentan, a partir de la implementación de las escalas existentes.
- Centrar el estudio de la función deglutoria en pacientes con una misma patología de base.
- Estudiar específicamente la etapa faríngea y la presencia de los signos que evidencian un riesgo en la seguridad de la deglución en pacientes con una misma patología neurológica.

- Contraponer los resultados obtenidos con los de una población perteneciente a otra institución de neurorehabilitación, pudiendo ser esta de carácter público o privado.

## IV. Referencias bibliográficas

## Artículos:

- Camarero González, E. (2009). Consecuencias y tratamiento de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 2 (2), 66-78. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226754007.pdf>
- Catini, M. E., Falduti, A. y Chiappero, G. (2020). Evaluación de la deglución en el paciente internado en Terapia Intensiva: una encuesta nacional. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 37 (3), 1-13. Recuperado de <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/709/840>
- Chiappero, G., Falduti, A., Cámpora, H., Violi, D., Vázquez, B., Ton, V., Sztajn, M. y Lebus, J. (2020). Detección de la disfagia en el paciente adulto con vía aérea artificial en Terapia Intensiva. Revisión narrativa y recomendaciones de expertos intersocietarias. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 37 (1), 20-35. Recuperado de <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/674/767>
- Fernández-Carmona, A., Peñas-Maldonado, L., Yuste-Osorio, E. y Díaz-Redondo, A. (2012). Exploración y abordaje de disfagia secundaria a vía aérea artificial. *Medicina Intensiva*, 36 (6), 423-433. Recuperado de <https://www.medintensiva.org/es-pdf-S021056911100266X>
- García-Peris, P., Velasco, C. y Frías Soriano, L. (2012). Manejo de los pacientes con disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 5 (1), 33-40. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226797004>
- González V., Rafael y Bevilacqua, Jorge A. (2009). Disfagia en el paciente neurológico. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 20, 252-262. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/318659921\\_Disfagia\\_en\\_el\\_paciente\\_neurologico](https://www.researchgate.net/publication/318659921_Disfagia_en_el_paciente_neurologico)
- Gutiérrez-Achury, A., Ruales Suárez, K., Giraldo Cadavid, L. y Rengifo Varona, M. (2015). Escalas de calidad de vida y valoración de los síntomas en disfagia. *Revista*

*Med. Universidad de la Sabana*, 23 (1), 52-57. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/283816041\\_Escalas\\_de\\_calidad\\_de\\_vida\\_y\\_valoracion\\_de\\_los\\_sintomas\\_en\\_disfagia](https://www.researchgate.net/publication/283816041_Escalas_de_calidad_de_vida_y_valoracion_de_los_sintomas_en_disfagia)

- Hiyagalingam, S., Kulinski, A., Thorsteinsdottir, B. y col. (2021). Disfagia en adultos mayores. Un síndrome geriátrico que afecta la independencia del paciente y su calidad de vida. *Mayo Clinic Proceedings*, 96 (2), 488-497. Recuperado de <http://www.gerontogeriatrics.org/index.php/services/customization/notas-geriatricas/item/266-disfagia-en-adultos-mayores>
- Krekeler, B., Broadfoot, C., Johnson, S., Connor, N. y Rogus-Pulia, N. (2018). Patient adherence to dysphagia recommendations: a systematic review. *Dysphagia*, 33 (2), 173-184. Recuperado de <https://search.proquest.com/openview/66ee07d9221dd8c70135a2827e4d4fbf/1?pq-origsite=gscholar&cbl=31829>
- Lugaro, M. y Risso-Vazquez, A. (2018). Trastornos deglutorios luego de la extubación en Terapia Intensiva. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*, 35 (3), 43-54. Recuperado de <https://revista.sati.org.ar/index.php/MI/article/view/581/pdf>
- Molinatti, M., Sánchez Valverde, M., Duek, V., La Via, M. y Brotzman, G. (2019). Estudio multicéntrico: evaluación clínica e instrumental de la disfagia en pacientes adultos. *Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología*, 26 (1), 16-23. Recuperado de <http://faso.org.ar/revistas/2019/1/3.pdf>
- Morales, C. y Guevara, E. (2018). Calidad de vida relacionada a la deglución: conceptos y aplicabilidad en salud. *Revista Científica Ciencia Médica*, 21 (1), 78-83. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/328583328\\_Calidad\\_de\\_Vida\\_Relacionada\\_a\\_la\\_Deglucion\\_Conceptos\\_y\\_Aplicabilidad\\_en\\_Salud](https://www.researchgate.net/publication/328583328_Calidad_de_Vida_Relacionada_a_la_Deglucion_Conceptos_y_Aplicabilidad_en_Salud)
- Nazar, G., Ortega, A. y Fuentealba, I. (2009). Evaluación y manejo integral de la disfagia orofaríngea. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 20 (4), 449-457. Recuperado de

[http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med\\_20\\_4/449\\_disfagia\\_orofaringea.pdf](http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/med_20_4/449_disfagia_orofaringea.pdf)

- Tapia-Núñez, J. y Chaná-Cuevas, P. (2004). Diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. *Revista de Neurología*, 38 (1), 61-67. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Chana/publication/8379526\\_Diagnosis\\_of\\_Parkinson%27s\\_disease/links/54538a540cf2bccc490b191d/Diagnosis-of-Parkinsons-disease.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Pedro-Chana/publication/8379526_Diagnosis_of_Parkinson%27s_disease/links/54538a540cf2bccc490b191d/Diagnosis-of-Parkinsons-disease.pdf)
- Velasco, M., Arreola, V., Clavé, P. y Puiggrós, C. (2007). Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. *Nutrición Clínica en Medicina*, 1 (3), 174-202. Recuperado de [https://www.researchgate.net/publication/240629924\\_Abordaje\\_clinico\\_de\\_la\\_disfagia\\_orofaringea\\_Diagnostico\\_y\\_tratamiento](https://www.researchgate.net/publication/240629924_Abordaje_clinico_de_la_disfagia_orofaringea_Diagnostico_y_tratamiento)

#### Libros:

- Agotegaray, M., Báez, A. y Casas Parera, I. (2011). Lesiones y enfermedades de la médula espinal. Ataxias hereditarias. En Casas Parera, I., Carmona, S. y Campero, A. (Ed.), *Manual de neurología* (pp. 125-136). Buenos Aires, Argentina: Alfaomega Grupo Editor.
- Azcoaga, J. E., Bello, J., Citrinovitz, J., Derman, B. y Frutos, W. (1979). Retardos del lenguaje de patogenia anártrica. En *Los retardos del lenguaje en el niño* (pp. 54-75). Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Barahona, J. (2005). Enfermedades desmielinizantes y dismielinizantes. Enfermedad de Parkinson. En Casas Parera, I., Barreiro de Madariaga, L., Carmona, S. y Rugilo, C. (Ed.), *Manual de neurología* (pp. 83-93). Buenos Aires, Argentina: Grupo Guía.
- Barreiro de Madariaga, L. y Bestoso, S. (2005). Demencias y síndrome confusional agudo. En Casas Parera, I., Barreiro de Madariaga, L., Carmona, S. y Rugilo, C. (Ed.), *Manual de neurología* (pp. 127-139). Buenos Aires, Argentina: Grupo Guía.

- Berciano, J. y Combarros, O. (2002). Ataxias hereditarias. En Micheli, F., Nogués, M., Asconapé, J., Fernández Pardal, M. y Biller, J. (Ed.), *Tratado de neurología clínica* (pp. 890-903). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Bleeckx, D. (2004). Fisiología de la alimentación. En *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución* (pp. 5-13). Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.
- Bleeckx, D. (2004). Mando neurológico de la deglución. En *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución* (pp. 15-18). Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.
- Bleeckx, D. (2004). Los trastornos de la deglución. En *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución* (pp. 19-27). Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.
- Cámpera, H. y Falduti, A. (Ed.). (2015). *Deglución de la A a la Z. Fisiología - Evaluación - Tratamiento*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal.
- Carmona, S. (2005). Enfermedades de los pares craneanos. En Casas Parera, I., Barreiro de Madariaga, L., Carmona, S. y Rugilo, C. (Ed.), *Manual de neurología* (pp. 2-17). Buenos Aires, Argentina: Grupo Guía.
- Cichero, J. (2006). Conditions commonly associated with dysphagia. En J. Cichero y B. Murdoch. (Ed.), *Dysphagia: foundation, theory and practice* (pp. 235-298). Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Díaz Grez, F. y Chaná Cuevas, P. (2002). Parkinsonismos. En Micheli, F., Nogués, M., Asconapé, J., Fernández Pardal, M. y Biller, J. (Ed.), *Tratado de neurología clínica* (pp. 531-539). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

- Ekberg, O. (2012). The geriatric pharynx and esophagus. En Ekberg, O. (Ed.), *Dysphagia. Diagnosis and treatment* (pp. 165-174). Nueva York, Estados Unidos: Springer.
- Giannaula, R. y Pretelt Burgos, F. (2005). Movimientos anormales. Enfermedad de Parkinson. En Casas Parera, I., Barreiro de Madariaga, L., Carmona, S. y Rugilo, C. (Ed.), *Manual de neurología* (pp. 47-67). Buenos Aires, Argentina: Grupo Guía.
- Huerta, M. y Zurrú, M. (2005). Manifestaciones neurológicas de enfermedades sistémicas. En Casas Parera, I., Barreiro de Madariaga, L., Carmona, S. y Rugilo, C. (Ed.), *Manual de neurología* (pp. 51-62). Buenos Aires, Argentina: Grupo Guía.
- Malmierca, A. y Nosti, C. (2005). Traumatismos encefalocraneanos. En Casas Parera, I., Barreiro de Madariaga, L., Carmona, S. y Rugilo, C. (Ed.), *Manual de neurología* (pp. 95-105). Buenos Aires, Argentina: Grupo Guía.
- Mazía, C. (2011). Enfermedades musculares y de la placa neuromuscular. En Casas Parera, I., Carmona, S. y Campero, A. (Ed.), *Manual de neurología* (pp. 199-220). Buenos Aires, Argentina: Alfaomega Grupo Editor.
- Micheli, F. (2002). Enfermedad de Parkinson. En Micheli, F., Nogués, M., Asconapé, J., Fernández Pardal, M. y Biller, J. (Ed.), *Tratado de neurología clínica* (pp. 501-530). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Morgan, A. y Reilly, S. (2006). Clinical signs, aetiologies and characteristics of pediatric dysphagia. En J. Cichero y B. Murdoch. (Ed.), *Dysphagia: foundation, theory and practice* (pp. 391-465). Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Obeso, J. (2002). Ganglios de la base. En Micheli, F., Nogués, M., Asconapé, J., Fernández Pardal, M. y Biller, J. (Ed.), *Tratado de neurología clínica* (pp. 494-500). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

- Paradiso, G. (2005). Neuropatías periféricas. Enfermedades de la motoneurona. En Casas Parera, I., Barreiro de Madariaga, L., Carmona, S. y Rugilo, C. (Ed.), *Manual de neurología* (pp. 153-167). Buenos Aires, Argentina: Grupo Guía.
- Pascuzzi, R. (2002). Enfermedades de la neurona motora. En Micheli, F., Nogués, M., Asconapé, J., Fernández Pardal, M. y Biller, J. (Ed.), *Tratado de neurología clínica* (pp. 1042-1067). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Rabadán, A. (2002). Traumatismos encefalocraneanos. En Micheli, F., Nogués, M., Asconapé, J., Fernández Pardal, M. y Biller, J. (Ed.), *Tratado de neurología clínica* (pp. 1308-1337). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Tulley, W. (1972). Funciones bucales normales. En Beresford, J., Clinch, L., Halden, J., Hovell, J., Kettle, M., Reitan, K., Tulley, W. y Walther, D. (Ed.), *Ortodoncia actualizada* (pp. 37-52). Buenos Aires, Argentina: Editorial Mundi S.A.I.C. y F.

#### Leyes:

- Ley 27568 de 2020. Ejercicio profesional de la fonoaudiología. 7 de octubre de 2020. D.O. No. 27568. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542/20201027>

#### Informes:

- World Health Organization. (2010). *Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification*. Recuperado de [https://www.who.int/hrh/statistics/Health\\_workers\\_classification.pdf?ua](https://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf?ua)

## V. Anexos

ANEXO 1: Certificación emitida por  
la Escuela de Fonoaudiología



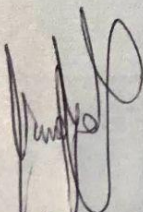
Rosario, 02 de diciembre de 2020.

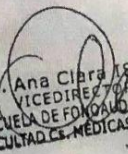
A la  
Gerente de la  
Fundación Rosarina de Neurorehabilitación  
C.P.N. Nora Galfré  
PRESENTE

De mi mayor consideración:

Por la presente, CERTIFICO: que las alumnas Ana Cardonnet, Legajo: C-2474/1 y Aldana Julia Ferreyra, Legajo: F-1175/4, se encuentran realizando el Trabajo de Investigación correspondiente a Nivel Tesina de la carrera de Licenciatura en Fonoaudiología sobre el tema: "Características de los pacientes adultos con alteraciones en la función deglutoria que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020". Por lo expuesto se deduce la necesidad de las mismas de asistir a esa Institución para poder relevar datos necesarios a la temática planteada.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

  
15.12.2020  
NORA GALFRÉ

  
Lic. Ana Clara ASAIAS  
VICEDIRECTORA  
ESCUELA DE FONOAUDILOGÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS - U.N.R.

## ANEXO 2: Solicitud de ingreso a la institución

Rosario, 3 de noviembre de 2020

Sra.  
Gerente de la  
Fundación Rosarina de Neurorehabilitación  
C.P.N. Nora Galfré  
S. / D.

De nuestra consideración:

Por la presente nos dirigimos a Ud. a los efectos de manifestar nuestro interés en concurrir a la Fundación Rosarina de Neurorehabilitación con el fin de recabar datos para la realización de nuestro Trabajo de Investigación - Tesina, con el cual finalizaremos nuestros estudios de grado de la Licenciatura en Fonoaudiología de la Facultad de Ciencias Médicas, perteneciente a la Universidad Nacional de Rosario.

Acudimos a la Fundación ya que constituye una institución de renombre en la ciudad en cuanto al abordaje integral e interdisciplinario de personas adultas con patologías neurológicas. Una de las abajo firmantes, Ana Cardonnet, ha realizado concurrencias en el Área de Rehabilitación Cognitiva de dicha institución durante el año 2019, bajo la supervisión de la Lic. en fonoaudiología Mirna Castagna, en el marco del Sistema de Prácticas Optativas Fonoaudiológicas (S.P.O.F.) de la Escuela de Fonoaudiología de la ya mencionada universidad. La experiencia resultó sumamente enriquecedora para la formación profesional, quedando la concurrente sumamente agradecida y encariñada con el establecimiento.

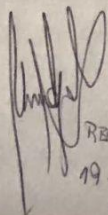
Estamos interesadas en poder elaborar un estudio descriptivo sobre las características de la población con alteraciones en la función deglutoria que concurre a la institución. Nuestro objetivo es poder profundizar saberes sobre la problemática y su abordaje en la neurorehabilitación, como así también contribuir al conocimiento sobre la misma en la comunidad estudiantil facultativa. Para ello le solicitamos autorización para realizar una revisión de las historias clínicas de la institución y recolectar la información pertinente. Los datos serían utilizados únicamente con fines académicos, respetando la privacidad y preservando la identidad de los pacientes.

La Lic. en fonoaudiología Mariel Borrachetti, también profesional de la institución, supervisará nuestro accionar en el carácter de tutora del trabajo de investigación.

En concordancia con la actual situación sanitaria de público conocimiento, nos comprometemos a respetar los protocolos y las medidas de higiene y seguridad que se nos sean solicitadas.

Sin otro particular y en espera de una respuesta favorable, la saludamos atte.

Ana Cardonnet y Aldana Julia Ferreyra.



REBDO  
19.11.2020

Anexo 3: Entrevista a informante  
clave

**Fecha:** 05/08/21

**Informante clave:** Licenciada en Fonoaudiología Cecilia Peirone, Coordinadora del área de Fonoaudiología de la Fundación Rosarina de Neurorehabilitación.

**Guía de entrevista:**

1. ¿Cuál es el recorrido que realiza el paciente en la institución hasta llegar al servicio de fonoaudiología para la consulta por un posible trastorno deglutorio?

“El paciente, cuando ingresa a la Fundación, lo primero que tiene es la consulta con el médico neurólogo. En nuestro caso, hay dos médicas neurólogas. Evalúan si tiene alguna dificultad fonoaudiológica en general, ya sea en el habla, en el lenguaje, en la deglución o cognitiva y, si consideran que necesita tratamiento fonoaudiológico, derivan al área de fonoaudiología y a alguna otra área que necesite. Somos cuatro fonoaudiólogas”.

2. ¿Cómo se conforma la historia clínica de cada paciente y quiénes participan en su elaboración?

“La historia clínica general del paciente es una historia clínica única para todas las áreas, donde todas las áreas ponen su información. Pero a su vez en el área de fonoaudiología tenemos una anamnesis específica, que no es particular para la disfagia, sino que es general para todos los trastornos fonoaudiológicos. Ahí nosotros tomamos los datos filiatorios del paciente e indagamos acerca de todas las áreas. Cuando detectamos que el paciente tiene una afección en la deglución, indagamos más que nada en esa parte.

En la primera consulta (las fonoaudiólogas) preferimos que esté algún cuidador o familiar con el paciente, ya sea que pueda contar y hablar o no. Esa es la situación en la que elaboramos la historia clínica, con el paciente y generalmente con un cuidador o familiar”.

3. ¿Cómo se realiza la evaluación de la deglución y el registro de los datos obtenidos?

“En cuanto a la evaluación de la disfagia, a nuestro criterio todavía no hay un protocolo que podamos seguir. Entonces, lo estamos armando nosotras, es algo interno. Si bien todas tenemos el mismo criterio de evaluación y tratamiento, todavía no tenemos un protocolo estandarizado para guiarnos. El registro de datos lo hacemos no de manera protocolizada. Cada fonoaudióloga pone los datos que registra del paciente. No tenemos un orden en ese sentido.

Primero hacemos una evaluación clínica. Fundamentalmente la evaluación se divide primero en ‘sin alimentos’ y después ‘con alimentos’. ‘Sin alimento’ observamos primero la postura del paciente, si tiene asimetrías faciales, paresias y otras cuestiones. Después evaluamos cómo están todas las estructuras que intervienen en la deglución, las praxias orofaciales, la sensibilidad, los pares craneales. Después ‘con alimento’ se empieza con una consistencia semisólida, que es la más fácil para la deglución, y después, si la tolera, se puede seguir evaluando con el líquido y se ve el sólido, que tiene que ver con la masticación. Depende mucho de la patología de base que tenga el paciente. En la anamnesis ya tenemos una hipótesis diagnóstica y va a modificar la evaluación. Es según cada paciente, hay pacientes que son muy severos y no le podés dar líquido porque sabés que se pueden broncoaspirar, o que no se puede hacer evaluación porque no se puede entrar a la boca, tiene el reflejo de mordida. No se hace evaluación y se empieza a estimular e inhibir los reflejos. En general no llegan pacientes muy severos, llegan pacientes ambulatorios. Esa es a grandes rasgos la evaluación del paciente con disfagia. En base a ella vemos si pedimos alguna videofluoroscopia o evaluación instrumental”.

4. ¿En qué circunstancias se le solicita a los pacientes la realización de un estudio instrumental de la deglución?

“Depende mucho del paciente. No se le pide a todos. Primero tiene que reunir ciertas condiciones. En general a la Fundación no llegan pacientes con mucho deterioro cognitivo o que no puedan colaborar. Entonces, generalmente, se trata de hacer una videofluoroscopia. Primero se ven las funciones físicas del paciente, si puede colaborar en el estudio, que mantenga la postura, si puede someterse, y cognitivamente que pueda seguir órdenes simples o complejas en el estudio. Primero se evalúa eso, las posibilidades del paciente para realizar el estudio. Si en la evaluación clínica vemos que hay signos de aspiración de alimento, o en la anamnesis también existe alguna sospecha de aspiración, o hay pacientes que ya sabemos que por su patología de base la deglución no es segura, vamos directamente a la videofluoroscopia. Depende mucho del paciente en sí. Si en la evaluación clínica vemos que su deglución es segura, que tolera líquidos y semisólidos y que tiene que ver con algo de la masticación, en ese caso no se va a pedir una videofluoroscopia”.

5. ¿En cuántos encuentros aproximadamente se completa la evaluación y se arriba a un diagnóstico sobre la función deglutoria?

“En tres consultas o cuatro como mucho. Generalmente en la primera es la anamnesis, después se toma otra consulta para evaluación y una tercera para terminarla”.

6. ¿Cómo se realiza el abordaje de la función deglutoria en la institución?

“En líneas generales, si bien cada fonoaudióloga tiene libertad de trabajar como quiera, seguimos más o menos los mismos criterios entre todas. Primero se trabaja la parte neuromuscular del paciente y, dependiendo del paciente, se trabajan modificaciones de las consistencias y volúmenes de los alimentos. Se trabaja también en modificaciones del contexto de alimentación del paciente en su casa, se trabaja el entrenamiento de maniobras y posturas deglutorias. En general son esos pilares”.

7. ¿Se aborda a la deglución en forma interdisciplinaria en la institución?

“En general en la institución se trabaja en interdisciplina. Realizamos reuniones de equipo en las que se habla de los pacientes y nos ponemos de acuerdo. Nosotros trabajamos siempre en interdisciplina para todas las patologías. En la disfagia es fundamental trabajar en interdisciplina, no se puede trabajar en forma aislada. Todas las disciplinas intervienen en la alimentación, ya sea kinesiología por postura, terapia ocupacional en relación a los AVD (actividades de la vida diaria), psicología para los pacientes que sufren por lo social en cuanto a la deglución, con neurólogos. Depende del paciente. También con el área cognitiva, porque si hay un paciente con disfagia y trastorno cognitivo, hay una interrelación. Es un área aparte pero en íntima relación con nosotros. Ahora se incorporó una nutricionista que era lo que nos faltaba para cerrar el círculo de la disfagia”.

## ANEXO 4: Fichas individuales

**Referencias:**

- Presencia del indicador: X
- Ausencia del indicador: -

## Ficha individual N° 1

Historia clínica: N° 1

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	X
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 2

Historia clínica: N° 2

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	X
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Enfermedad de Parkinson

### Ficha individual N° 3

Historia clínica: N° 3

Videofluoroscopia: sí

#### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

#### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

#### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	X
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Presbifagia

## Ficha individual N° 4

Historia clínica: N° 4

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 5

Historia clínica: N° 5

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	X
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	X
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	X
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Parkinsonismo

## Ficha individual N° 6

Historia clínica: N° 6

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-
11	Alteración en el pasaje faríngeo	-

12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	X

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Ataxia

## Ficha individual N° 7

Historia clínica: N° 7

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	X
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	X
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Parkinsonismo

## Ficha individual N° 8

Historia clínica: N° 8

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	X

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Esclerosis múltiple

## Ficha individual N° 9

Historia clínica: N° 9

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-
11	Alteración en el pasaje faríngeo	X

12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 10

Historia clínica: N° 10

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	X
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	X
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	X
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	X

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 11

Historia clínica: N° 11

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular.

## Ficha individual N° 12

Historia clínica: N° 12

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

### Ficha individual N° 13

Historia clínica: N° 13

Videofluoroscopia: sí

#### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

#### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

#### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	X
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Enfermedad de Parkinson

## Ficha individual N° 14

Historia clínica: N° 14

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	X
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Enfermedad de Parkinson

## Ficha individual N° 15

Historia clínica: N° 15

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Presbifagia

## Ficha individual N° 16

Historia clínica: N° 16

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Parálisis cerebral infantil

## Ficha individual N° 17

Historia clínica: N° 17

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	X
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Traumatismo encefalocraneano

## Ficha individual N° 18

Historia clínica: N° 18

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	X

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Parálisis cerebral infantil

## Ficha individual N° 19

Historia clínica: N° 19

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Enfermedad de Parkinson

## Ficha individual N° 20

Historia clínica: N° 20

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	X
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	X
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Esclerosis lateral amiotrófica

## Ficha individual N° 21

Historia clínica: N° 21

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Parkinsonismo

## Ficha individual N° 22

Historia clínica: N° 22

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 23

Historia clínica: N° 23

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Enfermedad de Parkinson

## Ficha individual N° 24

Historia clínica: N° 24

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 25

Historia clínica: N° 25

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	X
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Enfermedad de Parkinson

## Ficha individual N° 26

Historia clínica: N° 26

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	X
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Traumatismo encefalocraneano

## Ficha individual N° 27

Historia clínica: N° 27

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Tumor encefálico

## Ficha individual N° 28

Historia clínica: N° 28

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 29

Historia clínica: N° 29

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	X
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Parálisis cerebral infantil

## Ficha individual N° 30

Historia clínica: N° 30

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 31

Historia clínica: N° 31

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	X
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Enfermedad de Parkinson

## Ficha individual N° 32

Historia clínica: N° 32

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Esclerosis lateral amiotrófica

### Ficha individual N° 33

Historia clínica: N° 33

Videofluoroscopia: no

#### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

#### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

#### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 34

Historia clínica: N° 34

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 35

Historia clínica: N° 35

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 36

Historia clínica: N° 36

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 37

Historia clínica: N° 37

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 38

Historia clínica: N° 38

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Esclerosis lateral amiotrófica

## Ficha individual N° 39

Historia clínica: N° 39

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	X

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Presbifagia

## Ficha individual N° 40

Historia clínica: N° 40

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Miopatía

## Ficha individual N° 41

Historia clínica: N° 41

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 42

Historia clínica: N° 42

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	X
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Enfermedad de Parkinson

### Ficha individual N° 43

Historia clínica: N° 43

Videofluoroscopia: no

#### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

#### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

#### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Enfermedad de Parkinson

## Ficha individual N° 44

Historia clínica: N° 44

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	X
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 45

Historia clínica: N° 45

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	X
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	X
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 46

Historia clínica: N° 46

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Presbifagia

## Ficha individual N° 47

Historia clínica: N° 47

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 48

Historia clínica: N° 48

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 49

Historia clínica: N° 49

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	X
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	X

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Esclerosis lateral amiotrófica

## Ficha individual N° 50

Historia clínica: N° 50

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	X
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 51

Historia clínica: N° 51

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	X
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	X
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Ataxia

## Ficha individual N° 52

Historia clínica: N° 52

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	X

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Miopatía

### Ficha individual N° 53

Historia clínica: N° 53

Videofluoroscopia: sí

#### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

#### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

#### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Parkinsonismo

## Ficha individual N° 54

Historia clínica: N° 54

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Tumor encefálico

## Ficha individual N° 55

Historia clínica: N° 55

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	X

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	X
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 56

Historia clínica: N° 56

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 57

Historia clínica: N° 57

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	X
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	X
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Enfermedad de Parkinson

## Ficha individual N° 58

Historia clínica: N° 58

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Traumatismo encefalocraneano

## Ficha individual N° 59

Historia clínica: N° 59

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	-
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	X
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	X
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Presbifagia

## Ficha individual N° 60

Historia clínica: N° 60

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 61

Historia clínica: N° 61

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	-
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 62

Historia clínica: N° 62

Videofluoroscopia: sí

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	X

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Esclerosis lateral amiotrófica

### Ficha individual N° 63

Historia clínica: N° 63

Videofluoroscopia: no

#### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	-
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	X

#### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

#### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 64

Historia clínica: N° 64

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	X
9	Ascenso velar inadecuado	X
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	-
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	X
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Accidente cerebrovascular

## Ficha individual N° 65

Historia clínica: N° 65

Videofluoroscopia: no

### ❖ VARIABLE 1: ETAPA PREPARATORIA ORAL

N°	INDICADORES	
1	Apertura bucal limitada	-
2	Incompetencia labial	X
3	Alteración en la masticación	X
4	Bolo alimenticio inconsistente	-

### ❖ VARIABLE 2: ETAPA ORAL

N°	INDICADORES	
5	Alteración en la propulsión lingual	X
6	Caída prematura del bolo alimenticio	-
7	Aumento de la duración de la etapa oral	-

### ❖ VARIABLE 3: ETAPA FARÍNGEA

N°	INDICADORES	
8	Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio	-
9	Ascenso velar inadecuado	-
10	Retención de restos de alimento en valéculas	-

11	Alteración en el pasaje faríngeo	X
12	Acumulación de restos de alimento en senos piriformes	-
13	Limitación en el ascenso hiolaríngeo	-
14	Presencia de tos o ahogos	-
15	Presencia de voz húmeda	-
16	Penetración	-
17	Aspiración	-
18	Disfunción del esfínter esofágico superior	-
19	Aumento de la duración de la etapa faríngea	-
20	Odinofagia	-

❖ **VARIABLE 4: ETAPA ESOFÁGICA**

Nº	INDICADORES	
21	Alteración en el transporte esofágico	-
22	Aumento de la duración de la etapa esofágica	-

❖ **VARIABLE 5: PATOLOGÍA DE BASE**

Ataxia

# ANEXO 5: Planillas de volcado de datos

## Referencias:

- F. I.: Ficha Individual
- E.: Etapa
- E. P. O.: Etapa preparatoria oral
- E. O.: Etapa oral
- E. F.: Etapa faríngea
- E. E.: Etapa esofágica
- C: Conservada
- A: Alterada

### Patologías de base:

- ACV: Accidente cerebrovascular
- EP Y P: Enfermedad de Parkinson y parkinsonismos
- ELA: Esclerosis lateral amiotrófica
- PF: Presbifagia
- O: Otras

### Indicadores:

- I1: Apertura bucal limitada
- I2: Incompetencia labial
- I3: Alteración en la masticación
- I4: Bolo alimenticio inconsistente
- I5: Alteración en la propulsión lingual
- I6: Caída prematura del bolo alimenticio
- I7: Aumento de la duración de la etapa oral
- I8: Retardo en el desencadenamiento del reflejo disparador deglutorio
- I9: Ascenso velar inadecuado
- I10: Retención de restos de alimento en valéculas
- I11: Alteración en el pasaje faríngeo
- I12: Acumulación de restos de alimento en senos piriformes
- I13: Limitación en el ascenso hiolaríngeo
- I14: Presencia de tos o ahogos
- I15: Presencia de voz húmeda

- I16: Penetración
- I17: Aspiración
- I18: Disfunción del esfínter esofágico superior
- I19: Aumento de la duración de la etapa faríngea
- I20: Odinofagia
- I21: Alteración en el transporte esofágico
- I22: Aumento de la duración de la etapa esofágica

- X: Presencia

- - : Ausencia

**-PLANILLA DE VOLCADO N° 1 -**

**Indicadores de las variables etapa preparatoria oral, etapa oral, etapa faríngea y etapa esofágica en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**

F. I. N°	VARIABLES																						T O T A L
	E. PREPARATORIA ORAL				E. ORAL			E. FARÍNGEA												E. ESOFÁGI -CA			
	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	
1	X	-	X	X	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
2	X	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	4
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	2
4	-	-	X	X	-	X	-	-	-	X	X	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	8
5	X	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	6
6	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	3
7	-	-	X	-	X	X	-	-	-	X	X	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	9

8	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
9	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	3
10	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X	-	-	X	-	X	X	6
11	-	X	X	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	5
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1
13	-	-	X	-	X	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	6
14	-	X	X	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	6
15	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
16	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
17	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	3
18	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	5
19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
20	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	X	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-	7
21	-	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	4

22	-	-	X	-	-	X	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
23	-	X	X	X	X	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
24	-	-	X	X	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
25	-	-	X	X	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	7
26	X	-	X	X	X	-	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	6
27	-	-	X	-	-	X	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
28	-	-	X	-	-	X	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
29	X	X	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	6
30	-	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	4
31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	3
32	-	X	X	X	X	-	-	X	X	X	X	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	11
33	-	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	3
34	-	X	X	X	X	-	-	X	X	-	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	9
35	-	-	X	X	X	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	5

36	-	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
37	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	X	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	6
38	-	X	X	X	X	-	-	X	X	-	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	9
39	-	X	X	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	5
40	-	-	X	X	-	-	-	X	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	6
41	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
42	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	5
43	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	4
44	-	-	-	-	-	X	-	-	-	X	X	X	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-	6
45	-	X	X	X	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	X	-	8
46	-	-	X	-	X	X	-	X	X	X	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	9
47	-	-	X	-	X	-	-	-	X	X	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	7
48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	4
49	-	-	X	X	X	-	-	X	X	-	X	-	-	X	X	-	-	-	-	X	-	-	9

50	-	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	3
51	-	X	X	X	-	-	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	7
52	-	-	X	X	-	-	X	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	5
53	-	-	X	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
54	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	3
55	-	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
56	-	X	X	X	X	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6
57	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	X	-	6
58	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	4
59	-	-	-	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	4
60	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	4
61	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	3
62	-	X	X	X	X	-	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7
63	-	-	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3

64	-	X	X	-	X	-	-	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	6
65	-	X	X	-	X	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4
<b>T O T A L</b>	5	18	49	29	32	16	3	18	16	27	32	16	2	29	4	7	14	1	3	2	8	3	<b>334</b>
	<b>101</b>				<b>51</b>			<b>171</b>										<b>11</b>					

**- PLANILLA DE VOLCADO N° 2 -**

**Modalidades de las variables etapa preparatoria oral, etapa oral, etapa faríngea, etapa esofágica y patología de base en los pacientes adultos con disfagia de origen funcional que concurren a una institución de neurorehabilitación privada de la ciudad de Rosario entre los años 2015 y 2020.**

F. I. N°	VARIABLES												
	E. P. O.		E. O.		E. F.		E. E.		PATOLOGÍA DE BASE				
	C	A	C	A	C	A	C	A	ACV	EP Y P	ELA	PF	O
1	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
2	-	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-	-	-
3	X	-	X	-	-	X	X	-	-	-	-	X	-
4	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
5	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-	-
6	X	-	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	X
7	-	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-	-	-
8	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-	-	X
9	-	X	X	-	-	X	X	-	X	-	-	-	-
10	X	-	X	-	-	X	-	X	X	-	-	-	-
11	-	X	X	-	-	X	X	-	X	-	-	-	-
12	X	-	X	-	-	X	X	-	X	-	-	-	-
13	-	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-	-	-

14	-	X	X	-	-	X	X	-	-	X	-	-	-
15	X	-	-	X	-	X	X	-	-	-	-	X	-
16	-	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-	X
17	X	-	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	X
18	X	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-	X
19	X	-	X	-	-	X	X	-	-	X	-	-	-
20	X	-	-	X	-	X	-	X	-	-	X	-	-
21	-	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-	-	-
22	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
23	-	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-	-	-
24	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
25	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-	-
26	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	X
27	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	X
28	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
29	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	X
30	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
31	X	-	X	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-
32	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-	-
33	-	X	X	-	-	X	X	-	X	-	-	-	-
34	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
35	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
36	-	X	-	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-

37	X	-	X	-	-	X	X	-	X	-	-	-	-
38	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-	-
39	-	X	X	-	-	X	-	X	-	-	-	X	-
40	-	X	X	-	-	X	X	-	-	-	-	-	X
41	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-	-	-	-
42	-	X	-	X	-	X	X	-	-	X	-	-	-
43	-	X	X	-	-	X	X	-	-	X	-	-	-
44	X	-	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
45	-	X	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	-
46	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	-	X	-
47	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
48	X	-	X	-	-	X	X	-	X	-	-	-	-
49	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-	-
50	X	-	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
51	-	X	X	-	-	X	X	-	-	-	-	-	X
52	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	X
53	-	X	X	-	-	X	X	-	-	X	-	-	-
54	-	X	X	-	-	X	X	-	-	-	-	-	X
55	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
56	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
57	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-	-
58	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	X
59	X	-	-	X	-	X	-	X	-	-	-	X	-

60	-	X	X	-	-	X	X	-	X	-	-	-	-
61	-	X	X	-	-	X	X	-	X	-	-	-	-
62	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	X	-	-
63	-	X	-	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-
64	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-	-	-	-
65	-	X	-	X	-	X	X	-	-	-	-	-	X
T O T A L	15	50	21	44	5	60	55	10	27	14	5	5	14
	<b>65</b>		<b>65</b>		<b>65</b>		<b>65</b>		<b>65</b>				