

GMD

Facultad Cs. Médicas
Biblioteca



TF

2894

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE FONOAUDIOLOGÍA**



ROSARIO, ARGENTINA

2025

**"DISARTRIA Y DISFAGIA EN PACIENTES NEUROLÓGICOS: IMPACTO EN LA
CALIDAD DE VIDA Y LA IMPORTANCIA DEL ABORDAJE
FONOAUDIOLÓGICO"**

Alumnas:

Carranza, Candela.

Falcone, Luisina.

Con la supervisión de:

Lic. en Fgía. Borrachetti, Mariel.

Lic. en Fgía. Cialoni, Josefina.

Tesina presentada por:

Carranza, Candela.

Falcone, Luisina.

Con la supervisión de:

Lic. en Fgía. Borrachetti, Mariel.

Lic. en Fgía. Cialoni, Josefina.

Aprobada por:

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

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

Legajos:

C-2587/9

F-1225/4

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, agradecemos a nuestras familias por el apoyo y confianza durante todo este tiempo.

A nuestros amigos/as de la vida y de la facultad, por ser un pilar fundamental en todo este proceso.

Y a las Licenciadas Josefina y Mariel por su buena predisposición, acompañamiento y por enseñarnos tanto durante la elaboración del ensayo.

ÍNDICE.

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Problematización.....	7
Objetivos.....	8
Desarrollo	
Capítulo 1: Disartria y disfagia.....	10
Capítulo 2: Impacto en la calidad de vida del paciente neurológico y su entorno.....	22
2.1. Repercusiones clínicas y funcionales de la disartria	22
2.2. Repercusiones clínicas y funcionales de la disfagia	24
2.3. Consecuencias psicosociales	26
Capítulo 3: Intervención fonoaudiológica temprana e integral	29
3.1. Intervención fonoaudiológica en enfermedades neurológicas de curso agudo	30
3.1.a. Pacientes con vía aérea fisiológica	31
3.1.b. Pacientes con vía aérea artificial: traqueostomizado con o sin ventilación mecánica	34
3.1.c. Pacientes con vía aérea artificial: intubados	35
3.1.d. Pacientes extubados	36
3.2. Intervención fonoaudiológica en el ámbito ambulatorio	37
3.2.a. Evaluación clínica de la disfagia	38
3.2.b. Evaluación instrumental de la disfagia	40
3.2.c. Evaluación clínica de la disartria	42
3.4. Rehabilitación de la disfagia.....	45
3.5. Rehabilitación de la disartria	48
Conclusiones	50
Bibliografía	52

RESUMEN.

El presente ensayo analiza el abordaje fonoaudiológico de la disfagia y la disartria en pacientes neurológicos, destacando la importancia de una intervención integral, interdisciplinaria y continua, que se inicia en la unidad de cuidados intensivos y se prolonga en el ámbito ambulatorio.

La disfagia y la disartria constituyen alteraciones altamente prevalentes en pacientes con enfermedades neurológicas y representan un desafío clínico de gran relevancia debido a su impacto en la seguridad, la funcionalidad y la calidad de vida. Ambas condiciones no solo comprometen procesos fisiológicos fundamentales —como la deglución y la producción del habla—, sino que también generan repercusiones emocionales, sociales y comunicativas que condicionan la participación activa del paciente en su entorno.

En el caso de la disfagia orofaríngea, las dificultades vinculadas a la seguridad y eficacia de la deglución incrementan el riesgo de complicaciones respiratorias y nutricionales, a la vez que favorecen conductas evitativas asociadas al miedo y la ansiedad frente al acto alimentario. Por su parte, la disartria afecta de manera significativa la inteligibilidad y la naturalidad del habla, limitando la comunicación y reforzando procesos de aislamiento social. Cuando ambas alteraciones coexisten, sus efectos se potencian, profundizando el deterioro funcional y psicosocial del paciente.

La intervención fonoaudiológica debe adecuarse a las características particulares de cada paciente, dado que los niveles de compromiso y las posibilidades funcionales son variables. En este sentido, la identificación de los distintos perfiles clínicos, tanto en el período agudo como en el ámbito ambulatorio, resulta fundamental para establecer prioridades y orientar de manera adecuada la evaluación y el abordaje terapéutico.

Palabras claves: disartria; disfagia; pacientes neurológicos; intervención fonoaudiológica; calidad de vida; abordaje interdisciplinario.

INTRODUCCIÓN.

Los trastornos de la comunicación y la deglución de origen neurológico representan un desafío significativo tanto para los pacientes como para los equipos de salud. Entre ellos, la disartria y la disfagia destacan por su alta prevalencia y por el profundo impacto que ejercen en las dimensiones físicas, emocionales y sociales de quienes las padecen. La disartria, alteración motora del habla producida por lesiones en el sistema nervioso, y la disfagia, dificultad para la deglución (que, como desarrollaremos en el capítulo 1, también puede ocasionarse por causas neurológicas) no solo comprometen funciones básicas, sino que también afectan la interacción social, la autonomía y la calidad de vida.

En pacientes con afecciones neurológicas, estas pueden ser consecuencia de patologías agudas o progresivas, como accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos o enfermedades neurodegenerativas. Las implicancias no se limitan al paciente: la familia y el entorno cercano enfrentan también cambios significativos, tanto en lo emocional como en lo funcional, que requieren acompañamiento y adaptación.

En este ensayo se abordarán, en primer lugar, las características de la disartria y la disfagia, junto con sus principales causas neurológicas. Posteriormente, se reflexionará sobre el impacto que estos trastornos ejercen en la calidad de vida del paciente y su núcleo familiar. Finalmente, se pondrá en relieve la importancia de la intervención fonoaudiológica temprana e integral, no solo como estrategia de rehabilitación, sino también como medio para favorecer la participación social y el bienestar general.

PROBLEMATIZACIÓN.

La presencia de disartria y disfagia en pacientes adultos con patologías neurológicas constituye una problemática compleja que trasciende el plano estrictamente médico, ya que afecta dimensiones esenciales de la vida cotidiana como la comunicación y la alimentación.

Estas alteraciones, al comprometer funciones vitales, se asocian a complicaciones clínicas severas (infecciones respiratorias, desnutrición, deshidratación) que incrementan los tiempos de internación y los costos sanitarios. A su vez, generan un profundo impacto psicosocial y emocional tanto en los pacientes, quienes experimentan sentimientos de frustración, aislamiento y pérdida de autonomía, como en sus familias, que asumen una sobrecarga afectiva y de cuidado.

En este escenario, la intervención fonoaudiológica temprana y continua resulta fundamental, ya que no solo contribuye a prevenir complicaciones, sino que favorece la rehabilitación y la reinserción del paciente en su vida cotidiana. Sin embargo, su implementación presenta limitaciones: la escasa visibilización del rol fonoaudiológico en el ámbito hospitalario, la falta de protocolos homogéneos entre la Unidad de Terapia Intensiva, las salas de internación y los consultorios externos, y la insuficiente disponibilidad de profesionales capacitados generan discontinuidad en los abordajes.

La problemática central, entonces, radica en la brecha existente entre las necesidades reales de los pacientes y los recursos disponibles para atenderlas. Esta situación evidencia la urgencia de promover estrategias interdisciplinarias que garanticen la evaluación y el tratamiento oportuno de la disartria y la disfagia, asegurando un abordaje integral que contemple no sólo la dimensión clínica, sino también la emocional, social y familiar, con el fin de mejorar la calidad de vida integral de los pacientes.

OBJETIVOS.

- Describir la disartria y la disfagia, así como también sus principales causas de origen neurológico.
- Reflexionar acerca del impacto que tienen estos trastornos en la calidad de vida del paciente y su familia.
- Visibilizar la importancia de la intervención fonoaudiológica temprana e integral.

DESARROLLO.

CAPÍTULO I: DISARTRIA Y DISFAGIA.

La disartria y la disfagia son trastornos frecuentes en pacientes adultos con afecciones neurológicas. Ambos suelen ser consecuencia directa de lesiones en el sistema nervioso central o periférico, y pueden impactar de forma considerable en su calidad de vida.

En este primer capítulo, consideramos pertinente comenzar por una descripción detallada de ambos trastornos, con el fin de comprender su origen, sus posibles causas y sus manifestaciones clínicas.

En primer lugar, abordaremos la disartria, para luego desarrollar la disfagia, dado que, si bien pueden presentarse de manera independiente, con frecuencia coexisten y comparten ciertos factores etiológicos.

Según Darley, Aronsm y Brown (2012) *“las disartrias son aquellas perturbaciones del habla causadas por parálisis, debilidad o incoordinación de la musculatura del habla de origen neurológico que ocasiona trastorno motor sobre la respiración, fonación, resonancia, articulación de la palabra y prosodia”*.

Por otro lado, en su artículo sobre disartrias, Rafael A. González V., Jorge A. Bevilacqua R. (2012) la definen como un *“trastorno motor del habla de origen neurológico que está caracterizado por lentitud, debilidad, imprecisión, incoordinación, movimientos involuntarios y/o alteración del tono de la musculatura implicada en el habla”*.

Además, establecen que en una disartria, todos o sólo algunos de los procesos motores básicos del habla (respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia) pueden estar afectados en grado variable.

Ambas definiciones coinciden en señalar que la disartria es un trastorno motor del habla de origen neurológico, y que no se limita únicamente a una

alteración en la articulación, sino que afecta a todos los componentes involucrados en sus procesos motores básicos.

La etiología de la disartria es amplia y heterogénea, dado que puede originarse por lesiones neurológicas agudas, enfermedades neurodegenerativas o alteraciones congénitas del sistema nervioso. En este ensayo, se describirán aquellas causas que con mayor frecuencia se observan en la práctica clínica.

Entre las causas agudas se incluyen el accidente cerebrovascular (ACV) y el traumatismo encéfalo craneano (TEC). Dentro de las causas de evolución progresiva (neurodegenerativas) se encuentran enfermedades como el Parkinson, la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), la esclerosis múltiple (EM), entre otras. Asimismo, son frecuentes otras afecciones neurológicas como los tumores cerebrales y la parálisis cerebral.

En este sentido, diversos estudios destacan la alta prevalencia de disartria asociada a estas patologías. Duffy (2012) indica que la disartria se manifiesta en aproximadamente el 25% de los pacientes con accidentes cerebrovasculares (ACV) y en un 90% de los pacientes con enfermedad de Parkinson.

Por otra parte, el autor establece que es uno de los primeros síntomas en aproximadamente el 25% de la población con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y el 50% de las personas con esclerosis múltiple (EM). Asimismo la presencia de disartria en personas con parálisis cerebral oscila entre aproximadamente el 30% y casi el 90% de los casos.

Antes de abordar la clasificación de las disartrias, consideramos fundamental detenernos en comprender la neurofisiología del habla ya que nos permitirá analizar con mayor precisión los procesos implicados en su producción y comprender las distintas formas en que puede alterarse.

Para ello, nos resulta interesante retomar los aportes del Dr. Luis Alvarez Lami (2013) en su artículo de "Disartria". En él señala que para que la secuencia del habla se produzca de manera adecuada, es fundamental la coordinación de

diversas estructuras responsables de funciones como la respiración, la fonación y la articulación. Estas estructuras están controladas por los pares craneales V, VII, VIII, IX, X, XI y XII, que reciben señales del cerebro a través del tracto corticobulbar, así como también por los nervios raquídeos cervicodorsales y otras vías como el tracto corticopontino, el cerebelo y el sistema extrapiramidal.

El daño del sistema nervioso responsable de la producción del habla puede ocurrir en cualquier punto del trayecto que va desde el cerebro hasta los músculos encargados del movimiento. Las fallas en la conducción nerviosa, en los propios músculos o en la coordinación motora pueden generar alteraciones en el habla o la voz. Estas se manifiestan como pérdida de fuerza en los órganos que intervienen en la fonación y respiración, cambios en el tono muscular (como flacidez, espasticidad o rigidez) o movimientos involuntarios, ya sean reducidos o exagerados. Todo esto repercute negativamente en aspectos como la fluidez, la articulación y la calidad de la voz.

Considerando todo lo mencionado, Álvarez Lami, L. (2013) en su artículo, considera la clasificación propuesta por Darley, Aronson, Brown y la modificación de Prater (2012), quienes clasifican a las disartrias en los siguientes grupos:

→ Según el sitio de la lesión:

- Disartria por trastornos de la motoneurona superior
- Disartria por trastornos de la motoneurona inferior
- Disartria por trastornos cerebelosos
- Disartria por trastornos extrapiramidales
- Disartria por trastornos de múltiples sistemas motores

→ Según la sintomatología

- Disartria espástica
- Disartria flácida
- Disartria atáxica
- Disartria hipocinética

- Disartria hipercinética
- Disartrias mixtas

A continuación, haremos una breve descripción de cada una, situando el sitio de la lesión, sus posibles causas y sus manifestaciones clínicas.

- Disartria por trastornos de la motoneurona superior.

El daño es ocasionado en una zona del tracto corticobulbar, que si es severo o bilateral se llama Parálisis Pseudobulbar.

Sus posibles causas son accidentes cerebrovasculares, tumores, parálisis cerebral infantil, traumatismos encefalocraneanos, arteriosclerosis, infecciones, esclerosis múltiple, poliomielitis, parálisis pseudobulbar por daño corticobulbar bilateral.

Las características perceptuales son voz forzada, estrangulada, áspera, lentitud en el habla, distorsión consonántica e hipernasalidad.

- Disartria por trastornos de la motoneurona inferior.

El compromiso se da en el cuerpo neuronal inferior, su axón, la unión mioneural o la fibra muscular, lo que produce parálisis flácida por la pérdida del aporte motor y la consiguiente disminución del tono muscular y atrofia muscular, pudiendo haber fasciculaciones.

Las dos entidades más características de este grupo son la miastenia gravis y las distrofias musculares.

Otras posibles causas son accidentes cerebrovasculares, tumores, parálisis bulbar por lesión en la unidad motora de los nervios craneales, Síndrome de Mobius (diaplejía facial congénita y del VI par), traumatismos encefalocraneanos, miosotis, polineuropatías periféricas, infecciones víricas, parálisis asociadas al vago.

Las características perceptuales de este tipo de disartria consisten en una voz soplada (voz sin resistencia y débil), con hipernasalidad y distorsión consonántica.

- Disartria por trastornos cerebelosos.

Está asociada a un daño de los circuitos del control cerebeloso de la motricidad.

Sus posibles causas son accidentes cerebrovasculares, tumores, parálisis cerebral infantil, traumatismos encefalocraneanos, arteriosclerosis, infecciones, esclerosis múltiple, poliomielitis, tóxicos, traumatismos, alcohol, enfermedades degenerativas. El caso típico lo constituye la ataxia de Friedrich, enfermedad degenerativa, hereditaria del cerebelo y mitad dorsal de la médula espinal.

En estas afecciones las estructuras implicadas en el habla presentan hipotonía, lentitud motora, inexactitud en el rango, dirección y tiempo del movimiento (ataxia).

Las características perceptuales de esta forma de disartria son la distorsión consonántica, articulación imprecisa, bradiartria, acentuación excesiva e igual en cada sílaba, tono grave, temblor, ronquera y quiebres articulatorios irregulares.

- Disartria por trastornos extrapiramidales.

Dentro de esta clasificación podemos encontrar dos grandes grupos:

- *Hipocinética*: está asociada a una disminución en la cantidad y velocidad de los movimientos por compromiso del sistema extrapiramidal.

Entre sus causas más frecuentes se encuentra la enfermedad de Parkinson.

La disartria se manifiesta por hipocinesia, bradicinesia, rigidez y temblor de reposo, lo que determina que las características perceptuales sean la monotonía, monointensidad, hipofonía y falta de acentuación.

- *Hipercinética*: se asocia con síndromes con aumento en la cantidad y velocidad de los movimientos determinados por el sistema extrapiramidal. De acuerdo a la velocidad de los movimientos involuntarios, podemos encontrar:

-Hipercinesias rápidas: se observa en los síndromes coreicos, el balismo, el síndrome de Gilles de la Tourette, entre otros. Sus características perceptuales son la distorsión consonántica, con intervalos prolongados, velocidad variable y monotonía. Se acompaña de una voz áspera, con silencios inapropiados, distorsión vocálica, excesivas variaciones de intensidad y episodios de hipernasalidad.

-Hipercinesias lentas: se observa en la atetosis, las distonías, la discinesia tardía. Se manifiesta por movimientos lentos y retorcidos involuntarios e hipertonía. Sus características perceptuales son la distorsión consonántica, voz áspera forzada y estrangulada, quiebres articulatorios irregulares acompañados de monotonía y monointensidad.

- Disartria por trastornos de múltiples sistemas motores.

Son el resultado de alteraciones en dos o más sistemas implicados en la producción del habla y por lo mismo, sus características corresponden a una combinación de los defectos más o menos puros descritos previamente.

- La *disartria mixta espástica-flácida* que es causada por un defecto combinado de la motoneurona superior e inferior como ocurre en la ELA y algunos ACV. Perceptualmente, se observa distorsión consonántica, hipernasalidad, voz áspera, habla lenta, monotonía, frases breves, distorsión vocálica, monointensidad, exceso e igual acentuación y prolongados intervalos.
- En la *disartria mixta (variable) espástica atáxica-flácida* hay afectación de la motoneurona superior, la inferior y los circuitos cerebelosos de manera

variable. Típicamente se observa en la EM. Perceptualmente, hay lentitud del habla, con voz áspera y quiebres articulatorios irregulares.

- En la *disartria espástica-atáxica-hipocinética* hay un compromiso combinado de la motoneurona superior y los circuitos cerebelosos y extrapiramidal como se da en la enfermedad de Wilson. Las características perceptuales son una acentuación reducida, monotonalidad, distorsión consonántica y lentitud en el habla y excesiva e igual acentuación con quiebres articulatorios irregulares.

La diversidad etiológica y la variedad de estructuras neurológicas que pueden verse afectadas evidencian que la disartria no constituye una entidad única, sino un conjunto de manifestaciones clínicas con características variables. En todos los casos, el daño neurológico interfiere en la coordinación, la fuerza y la precisión de la musculatura involucrada en el habla, generando alteraciones en la respiración, la fonación, la articulación y la prosodia. Comprender estas diferencias resulta fundamental para planificar intervenciones fonoaudiológicas que se ajusten a la causa, el alcance y la evolución del daño neurológico, permitiendo así una evaluación y un abordaje individualizado.

Para dar seguimiento al desarrollo del primer capítulo, consideramos pertinente abordar la disfagia, otro de los trastornos más frecuentes vinculados al daño neurológico. Para comprenderla, es necesario revisar el concepto de deglución.

En este sentido, el Fonoaudiólogo Gabriel González (2022) retoma la definición clásica de Logemann (1997), quien describe a la deglución como una *“actividad neuromuscular compleja, que considera una serie de movimientos coordinados de la cavidad bucal, faringe y esófago, cuyo fin último es permitir que líquidos, sólidos y saliva sean transportados desde la boca al estómago”*.

Asimismo, el autor considera también la perspectiva de Hernández (2018), quien señala que la deglución constituye un proceso sensorial, en el que intervienen la vista, el gusto, el olfato y la audición, permitiendo percibir, distinguir y valorar los alimentos.

Por último, recupera lo planteado por Palomino (2020), quien resalta la importancia de los factores emocionales en la deglución, entendiendo a las emociones como procesos físicos y mentales con respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales. Desde esta mirada, las emociones influyen directamente en la elección, calidad y cantidad de los alimentos ingeridos.

De este modo, al integrar estas definiciones se evidencia que la deglución no se limita solo a un acto motor, sino que también incluye componentes sensoriales y emocionales, lo que aporta una comprensión más compleja y multidimensional de la misma.

A continuación, resulta fundamental describir la fisiología de la deglución, ya que nos permite comprender cómo pueden verse afectadas sus distintas fases.

Se trata de un mecanismo fisiológico complejo, compuesto por cinco fases bien definidas que involucran tanto respuestas voluntarias como involuntarias. En este proceso participan seis pares craneales (V, VII, IX, X, XI y XII), los tres primeros segmentos cervicales y aproximadamente treinta músculos de la boca, la faringe y el esófago, todos ellos coordinados a través del tronco encefálico.

La deglución debe cumplir con dos principios esenciales: la *eficacia*, entendida como la capacidad para ingerir la cantidad adecuada de agua y nutrientes que garanticen una correcta hidratación y nutrición; y la *seguridad*, referida a la protección de la vía aérea para evitar complicaciones respiratorias.

Leopold y Kagel (1997) fueron los primeros en proponer la primera etapa de la deglución, conocida como “etapa anticipatoria”. La misma fue definida como *“una etapa pre-oral, previa al consumo de alimentos, compuesta por input sensoriales (salivación, olfato, vista y audición) y recuerdos cognitivos asociados a las experiencias de la alimentación”*.

La segunda etapa de la deglución es la “etapa preparatoria”. Se trata de una etapa voluntaria, de duración variable, cuyo objetivo es la formación del bolo alimenticio gracias al sellado labial, la saliva y los movimientos linguales y mandibulares. En ésta, el velo del paladar ayuda a mantener la comida en la boca, descansando contra la base de la lengua y sellando la cavidad nasal.

La tercera es la “etapa oral o de transporte”. Consiste en una etapa voluntaria donde se realizan acciones coordinadas de labios, lengua, mejillas, paladar blando y mandíbula con la finalidad de propulsar el bolo alimenticio hacia el istmo de las fauces. La misma finaliza con el desencadenamiento del reflejo deglutorio, dando lugar a la siguiente fase, conocida como “etapa faríngea”. Se trata de una etapa refleja, consiste en un conjunto de procesos comprendidos entre el paso del istmo de las fauces hasta que el bolo atraviesa el esfínter esofágico superior (EES) y dura aproximadamente un segundo. En este tiempo ocurren diferentes mecanismos de protección:

- El velo del paladar se eleva y se contacta con la pared posterior de la faringe y cierra el paso del alimento y/o líquido a fosas nasales (vía aérea superior).
- Se eleva la laringe, se cierran las cuerdas vocales y bandas ventriculares, se produce la contracción de la musculatura ariepiglótica y desciende la epiglotis, evitando el paso del alimento a las vías aéreas inferiores.
- Movimientos peristálticos de los músculos de la faringe para trasladar el bolo hacia el esfínter esofágico superior y, a su vez, eliminar los residuos de las valléculas y senos piriformes.

Esta etapa finaliza con la apertura del esfínter esofágico superior (EES).

Finalmente, se encuentra la “etapa esofágica”. La misma inicia con la apertura del esfínter esofágico superior. El bolo es propulsado a través de movimientos peristálticos, hasta llegar al esfínter esofágico inferior, el cual se dilata cuando el alimento entra al estómago.

En este sentido, cuando la biomecánica deglutoria se altera, se ve afectado el manejo de alimentos en sus diferentes consistencias: líquido, líquidos espesos, sólidos blandos, sólidos duros, entre otros.

Tal como mencionamos anteriormente, la disfagia puede involucrar una o varias de las fases mencionadas. De este modo, se pueden clasificar en tres grupos considerando lo propuesto por diferentes autores.

En primer lugar, Patricia Tabacco (2023), las clasifica según la topografía en:

- Disfagia orofaríngea: es definida como la dificultad o molestias en la formación y traslado del bolo alimenticio desde la boca hacia el esófago. Esto se debe a la disfunción entre las etapas deglutorias preparatoria, oral o faríngea. La aparición de síntomas es inmediata luego de tragar.
- Disfagia esofágica: constituye la dificultad para el traslado del bolo alimenticio desde el EES hacia el estómago, como consecuencia de alteraciones en el cuerpo esofágico o del esfínter esofágico inferior (EEI). Los síntomas comienzan unos segundos después de la deglución.

Alejandra Falduti, Horacio Campora (2019), además, las clasifican según el grado de severidad. En ella consideran la calidad de ingesta de alimentos por parte del paciente y la necesidad de ofrecerle asistencia terapéutica de alimentación. Los autores mencionan cinco grados dentro de esta clasificación.

- Normal: Masticación y deglución segura, eficiente con todas las consistencias de los alimentos.
- Leve: Masticación y deglución eficiente en la mayoría de los alimentos. Raramente puede presentar dificultad. El paciente requiere el uso de técnicas específicas para lograr una deglución satisfactoria.
- Moderada: Deglución aceptable con dieta blanda de masticación; puede haber dificultad con la ingesta de sólidos y líquidos. El paciente necesita supervisión y pautas en la estrategia de alimentación.
- Moderadamente aguda: Ingesta oral no exitosa. El paciente requiere de supervisión constante y asistencia terapéutica (alimentación terapéutica); recibe alimentación suplementaria para su nutrición e hidratación.
- Aguda: Ausencia de ingesta oral. La alimentación (nutrición) del paciente es solo por método alternativo.

Y, finalmente, Patricia Tabacco (2023) las clasifica, también, según el punto de vista etiológico en:

- **Mecánica:** La mecánica está causada por alteraciones estructurales que dificultan la progresión del bolo.
- **Funcional:** es la causada por alteraciones de la secuencia motora faríngea, sin que exista una lesión estructural evidente.

En cuanto a su etiología, la disfagia puede presentarse a cualquier edad y originarse por diversas causas. Entre ellas se incluyen las alteraciones congénitas o estructurales, las consecuencias de intervenciones quirúrgicas o de la radioterapia (causas mecánicas), así como las alteraciones en el SNC, el SNP o la unión neuromuscular (causas funcionales).

En este ensayo nos centraremos en las disfagias producidas por alteraciones en el SNC, el SNP o la unión neuromuscular. Cámpora, H., Falduti, A. (2019) las clasifican, a su vez, en:

- **Agudas:** ACV, TEC, tumores craneoencefálicos, posoperatorio cerebral, síndrome de Guillan Barré.
- **Crónicas:** Parkinson, Alzheimer, miastenia gravis, distrofias musculares, lesiones periféricas del nervio craneal.
- **Progresivas:** esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, trastornos de las funciones superiores (parálisis pseudobulbar).

En las enfermedades de origen neurológico, pueden aparecer tanto en el momento agudo, subagudo o crónico de la enfermedad, en forma aislada y/o junto a otros síntomas. A continuación, describiremos la prevalencia de la disfagia orofaríngea en las causas de origen neurológico. Para ello tomaremos los aportes de Patricia Tabacco (2023).

- La disfagia orofaríngea afecta a los pacientes con ACV entre el 14% y 97%, dependiendo del momento evolutivo, tipo de ACV y metodología de diagnóstico;
- a los pacientes que han sufrido un TEC, entre un 25% y 72% dependiendo del método de evaluación (clínico/instrumental), estadio evolutivo y gravedad del propio traumatismo;

- a los pacientes con enfermedad de Parkinson casi al 100% en algún momento de la enfermedad (aumenta con su progresión);
- a los pacientes con Esclerosis Múltiple (EM) entre 30%-40% dependiendo el estadio, tipo de la enfermedad y frecuencia de episodios de desmielinización;
- y a los pacientes con ELA bulbar el 100%, en el resto de las formas clínicas afecta al 60% y en ocasiones la disfagia es el inicio de la enfermedad.

De esta forma, podemos dar cuenta que la disfagia en pacientes con enfermedades neurológicas representa un desafío clínico de gran impacto, ya que no solo compromete funciones vitales como la nutrición e hidratación, sino que también incrementa el riesgo de complicaciones graves, como la neumonía aspirativa. Su elevada incidencia y repercusión en el pronóstico evidencian la necesidad de un abordaje temprano y especializado que permita optimizar la calidad de vida y favorecer la recuperación del paciente.

En síntesis, la disfagia y la disartria constituyen dos de los trastornos más frecuentes en pacientes con enfermedades neurológicas, con un profundo impacto en su evolución clínica y en su calidad de vida. Mientras que la disfagia incrementa el riesgo de complicaciones graves como neumonía aspirativa, deshidratación y malnutrición, la disartria limita la comunicación y la interacción social. La elevada incidencia de ambas alteraciones y su repercusión en el pronóstico hacen evidente la necesidad de un abordaje fonoaudiológico temprano, integral y especializado, orientado a reducir riesgos, favorecer la recuperación y mejorar el bienestar global de los pacientes.

CAPÍTULO II:

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE NEUROLÓGICO Y SU ENTORNO.

2.1. Repercusiones clínicas y funcionales de la disartria.

Como mencionamos en el capítulo 1, la disartria no se limita únicamente a una alteración en la articulación, sino que compromete todos los componentes involucrados en los procesos motores básicos: respiración, fonación, resonancia, articulación y prosodia.

Rafael A. González V. y Jorge A. Bevilacqua R. (2012) definen a estos procesos de la siguiente manera:

- *“Respiración: implica la materia prima para el habla. Los músculos espiratorios producen la exhalación de la corriente de aire, que provoca la vibración de las cuerdas vocales de la laringe en aducción y genera la fonación.*
- *Fonación: es el proceso por el cual se producen sonidos a través de la vibración de las cuerdas vocales en la laringe, excepto para las consonantes áfonas. Se genera un tono fundamental. El resultado de este proceso es conocido como voz.*
- *Resonancia: es el proceso por el cual se amplifica en forma selectiva el tono vocal. Los resonadores son la faringe, la cavidad oral y la cavidad nasal. Un sujeto con parálisis del velo del paladar producirá un habla hipernasal.*
- *Articulación: es el proceso que tiene por finalidad modificar el sonido generado por la laringe a través de impedancias producidas por los diferentes articuladores. Existen articuladores fijos, como el paladar duro, y otros móviles, como la lengua.*
- *Prosodia: corresponde a los aspectos melódicos del habla que señalan características lingüísticas y emocionales. Incluyen patrones de acentuación, entonación y ritmo”.*

Dado que estos procesos constituyen la base motora del habla, cualquier alteración en ellos repercute inevitablemente en los componentes funcionales de la comunicación. En esta misma línea, los autores mencionados describen:

- *“Naturalidad: es la descripción total de la exactitud prosódica. El habla es natural si está conforme con los estándares de velocidad, ritmo, entonación y patrones de acentuación. El habla de una persona es considerada poco*

natural cuando tiene un carácter extraño como consecuencia de una alteración motora del habla

- *Inteligibilidad: se refiere a cuánto entiende el interlocutor en relación al habla que produce el emisor. La inteligibilidad refleja la señal acústica más las estrategias que el paciente utiliza para compensar el trastorno articulatorio.*
- *Velocidad del habla: se expresa como el número de palabras que produce un sujeto por minuto. Una persona normal es capaz de hablar a una velocidad aproximada de 150 palabras por minuto.*
- *Comprensibilidad: se refiere a cuánto entiende un receptor en relación al habla de un paciente sobre la base de la señal acústica más toda la información adicional que pueda contribuir a maximizar el mensaje”.*

En consecuencia, las alteraciones respiratorias pueden limitar la longitud y fluidez de las frases, lo que genera fatiga rápida y dificultades para sostener un discurso continuo (debido a la disminución de la presión subglótica). La fonación, a su vez, se ve comprometida en la intensidad, el tono y el timbre, reduciendo la capacidad de proyectar y modular el mensaje. Los cambios en la resonancia, por alteraciones en los resonadores orales, faríngeos y nasales, pueden producir rinolalia o rinofonía abierta o cerrada, lo que modifica el timbre y disminuye la claridad del habla. La articulación imprecisa afecta la producción de los fonemas por alteración en el punto y modo articulatorio. Finalmente, la prosodia alterada reduce la variación melódica y rítmica, limitando la expresión de emociones e intenciones comunicativas, lo que puede derivar en un discurso monótono.

De este modo, los trastornos motores del habla derivados de la disartria no solo afectan la naturalidad, inteligibilidad, velocidad y comprensibilidad, sino que también tienen repercusiones significativas en la interacción social, la participación cotidiana y, en definitiva, en la calidad de vida del paciente. Esto subraya la necesidad de un abordaje fonoaudiológico integral y personalizado, que contemple tanto los procesos motores específicos como sus consecuencias funcionales y comunicativas.

2.2. Repercusiones clínicas y funcionales de la disfagia.

Antes de comenzar, resulta pertinente aclarar que este análisis se orientará a la disfagia orofaríngea (DOF) en pacientes neurológicos, dado que se trata de la forma más frecuente en la práctica clínica.

Como mencionamos en el primer capítulo la deglución debe cumplir con dos principios esenciales: la *eficacia*, y la *seguridad*. En el caso de la disfagia orofaríngea, ambos principios se encuentran comprometidos: la eficacia, por la dificultad de mantener un estado nutricional y de hidratación adecuados, y la seguridad, por el riesgo constante de penetración y aspiración. En conjunto, estas alteraciones no sólo amenazan la salud física del paciente, sino que repercuten de manera directa en su calidad de vida y en la de su entorno.

A continuación, consideraremos los aportes de los profesionales de la salud del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de su libro *“Disfagia orofaríngea: soluciones multidisciplinarias”* (2018).

Cuando se ve comprometida la seguridad de la deglución pueden observarse distintos signos clínicos que alertan sobre la presencia de disfagia orofaríngea (DOF). Esta afectación se puede relacionar con la alteración en la coordinación del patrón deglución–respiración, lo que incrementa el riesgo de penetración (pasaje de alimento y/o líquido hacia la vía aérea superior sin sobrepasar las cuerdas vocales) y aspiración (pasaje de alimento y/o líquido hacia la vía aérea por debajo de las cuerdas vocales). Entre los signos más frecuentes se encuentran la sensación de ahogo (con o sin tos antes, durante o después de tragar), la sensación de bolo retenido en la faringe, la dificultad para que el alimento progrese por la garganta una vez ingerido, la voz húmeda, cambios en la calidad vocal tras la ingesta, el babeo, el carraspeo repetitivo, las modificaciones en el patrón respiratorio funcional, las infecciones respiratorias a repetición y los picos febriles sin causa aparente.

En este contexto, la tos adquiere un papel destacado al funcionar como un mecanismo de defensa frente a la alteración deglutoria y puede prevenir así la aspiración. No obstante, en la aspiración silente este reflejo protector está ausente, por lo que deben considerarse otros indicadores que orienten a la sospecha de un

trastorno de la deglución asociado a DOF. Este cuadro es más frecuente en personas mayores que padecen enfermedades neurológicas de carácter degenerativo.

Tanto la penetración y como la aspiración en su forma clínica o silente, pueden derivar en neumonía aspirativa, infecciones respiratorias recurrentes y hospitalizaciones frecuentes, constituyendo complicaciones de gran impacto en la evolución clínica y en la calidad de vida del paciente.

En esta misma línea, Patricia Tabacco (2023), retoma lo propuesto por Daniels y Schroeder (2000, 2006) quienes identificaron seis predictores clínicos de riesgo de aspiración: disfonía, disartria, reflejo de arcada anormal (ausencia o debilidad), tos voluntaria anormal (respuesta débil a la orden de toser), tos posterior a la deglución (inmediatamente o dentro del minuto siguiente) y cambios en la calidad vocal tras la ingesta (voz húmeda después de beber agua). Según estos autores, la presencia de dos de estos seis predictores indica riesgo de aspiración, mientras que la presencia de cuatro en etapa aguda o crónica señala una escasa capacidad de recuperación.

Como mencionamos anteriormente, cuando se altera la eficacia de la deglución se evidencia desnutrición y deshidratación. En palabras de la nutricionista Camarero González (2009), *“la deshidratación en relación con la disfagia, se produce predominantemente por la disminución del aporte de líquidos, pero al reducirse también la ingesta global de alimentos, se reduce la del agua contenida en los mismos y la resultante del metabolismo de los nutrientes. El riesgo aumenta cuando se añaden pérdidas extraordinarias de agua por fiebre, vómitos, diarrea o tratamiento con diuréticos (...)”* y, la desnutrición *“(...) está causada por la reducción de la cantidad y variedad de los alimentos, debido a la propia disfagia, y a la disminuida densidad calórica de las comidas domésticas, en un intento de facilitar la deglución. En algunas patologías colabora el aumento del gasto energético de reposo como en el cáncer y en enfermedades neurológicas (...) El grado de desnutrición dependerá de la severidad de la disfagia”*.

En conclusión, las repercusiones clínicas y funcionales de la disfagia orofaríngea en pacientes neurológicos se expresan en un doble plano: la seguridad y la eficacia. Estos aspectos se potencian entre sí, configurando un cuadro de alta vulnerabilidad clínica que incrementa la morbilidad y condiciona la evolución general de los mismos. A ello se suma, también, factores emocionales y conductuales. El miedo a atragantarse o a experimentar nuevas aspiraciones, especialmente en quienes ya han atravesado episodios previos de esta índole, puede llevar al paciente a evitar la ingesta de ciertos alimentos y líquidos o a reducir de manera significativa los mismos. Esta conducta preventiva termina agravando su estado nutricional y de hidratación, comprometiendo aún más su calidad de vida y su recuperación.

En términos generales, la disartria y la disfagia en el paciente neurológico comparten una estrecha vinculación clínica y funcional. Ambas funciones requieren la integridad y coordinación de los músculos orofaciales, linguales, faríngeos y laríngeos, así como del control respiratorio y la adecuada modulación del velo del paladar. Estas estructuras están reguladas por circuitos neurológicos comunes (principalmente los pares craneales V, VII, IX, X y XII) y estructuras centrales como la corteza motora, el tronco encefálico y el cerebelo, que intervienen tanto en la producción del habla como en las fases orales y faríngeas de la deglución.

Por ello, no resulta casual que ambos trastornos coexistan, sino que es la consecuencia directa de la afectación de un mismo sustrato anatómico-funcional.

Reconocer esta interrelación resulta fundamental para un abordaje terapéutico integral, que contemple no solo la rehabilitación de cada función por separado, sino también la coordinación y el fortalecimiento global de los procesos oromotores.

2.3. Consecuencias psicosociales.

Para dar inicio a esta sección, resulta relevante retomar un fragmento del concepto de deglución propuesto por Palomino (2020), desarrollado en el capítulo 1:

“(...) las emociones, son un proceso físico y mental con respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales, por lo tanto, las emociones tendrán un rol fundamental en la elección, calidad y cantidad de los alimentos ingeridos”.

Este planteo permite comprender que la deglución trasciende lo meramente biomecánico, ya que se encuentra atravesada por factores emocionales, cognitivos, sociales y culturales. En el caso de las personas con patología neurológica, la presencia de disfagia se asocia con episodios de ahogo, aspiraciones y complicaciones respiratorias que, además del riesgo clínico inmediato, generan un fuerte impacto en el plano emocional. La ansiedad, el pánico y el estrés suelen acompañar cada intento de alimentación, lo que con el tiempo favorece conductas de evitación, disminución del disfrute de la comida y progresivo aislamiento social. De esta manera, la deglución deja de ser un acto natural y cotidiano para transformarse en una fuente constante de tensión y vulnerabilidad.

Fernández, Ottenstein, Atanelov y Asare (2013) destacan lo siguiente:

“La disfagia puede afectar negativamente la calidad de vida. Solo el 45% de los pacientes con disfagia disfruta comiendo, y el 41 % experimenta ansiedad o pánico durante las comidas. Más de un tercio de los pacientes evitan comer con otras personas debido a la disfagia.”

Asimismo, profesionales del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (2018) subrayan:

“Los pacientes con DOF sufren en gran medida frecuentes trastornos del ánimo y depresión. La mayoría se aíslan socialmente. El momento de comer les angustia, su miedo a atragantarse les atenaza y se llega a convertir en pánico y, poco a poco, comienzan a evitar participar de la mesa con familia y amigos. (...). En general, estos pacientes intentan alejar las miradas de los comensales cercanos y procuran evitar comer en lugares públicos”.

En este sentido, el entorno familiar también se ve afectado: los cuidadores experimentan preocupación constante por la seguridad del paciente, deben asumir

adaptaciones en la preparación de alimentos y muchas veces sienten sobrecarga emocional frente a la dependencia que genera el trastorno.

Tal como remarcan los mismos autores:

“No solo los pacientes sufren este impacto en su calidad de vida, que claramente se ve empeorada, sino que además los cuidadores se ven lamentablemente afectados por la sobrecarga de cuidados que pueden necesitar estos pacientes en relación a la propia DOF y a sus complicaciones, sin olvidar las que muchos ya tienen por el cuidado de su enfermedad de base. Las condiciones clínicas de un paciente con DOF y desnutrición aumentan su dependencia”.

Por todo ello, la disfagia compromete la calidad de vida en múltiples dimensiones, lo que refuerza la necesidad de un abordaje interdisciplinario que no solo atienda la seguridad y eficacia de la deglución, sino también el acompañamiento psicológico, nutricional y social del paciente y su familia.

En esta misma línea, la disartria representa otro factor determinante en el bienestar de los adultos con patologías neurológicas, dado que *“puede generar desde una molestia leve hasta tener efectos devastadores en la capacidad de una persona para expresarse oralmente”* (FLENI, s.f.)

Al comprometer la claridad y fluidez del habla, limita la posibilidad de los pacientes de hacerse comprender en interacciones cotidianas. Esta dificultad comunicativa no solo genera frustración, sino también sentimientos de vergüenza, baja autoestima y pérdida de confianza al interactuar con otros. En consecuencia, muchos pacientes reducen progresivamente sus intentos de comunicarse, lo que favorece el aislamiento social.

Cuando la disfagia y la disartria coexisten, las repercusiones psicosociales se ven potenciadas. Por un lado, el momento de la alimentación deja de ser un acto placentero para transformarse en una fuente de miedo y tensión; por otro, la comunicación se ve obstaculizada, limitando la capacidad del paciente de compartir experiencias, expresar emociones o participar activamente en la vida social y familiar. Esta combinación refuerza la tendencia al retraimiento, la pérdida de roles y la ruptura de vínculos afectivos.

De esta manera, las consecuencias psicosociales se entrelazan con las complicaciones clínicas previamente descritas, configurando un círculo de vulnerabilidad que afecta de manera integral la calidad de vida del paciente y de su entorno.

CAPÍTULO III:

INTERVENCIÓN FONOAUDIOLÓGICA TEMPRANA E INTEGRAL.

Al hablar de intervención fonoaudiológica en pacientes con enfermedades neurológicas, es necesario distinguir entre las patologías de curso agudo y aquellas de carácter progresivo. En los cuadros agudos, como el accidente cerebrovascular (ACV), el traumatismo craneoencefálico (TCE) o ciertas cirugías tumorales, la presencia del fonoaudiólogo es fundamental desde las fases iniciales, incluso en la Unidad de Cuidados Intensivos. En este contexto, el rol se orienta a la detección temprana de dificultades en la deglución, la prevención de aspiraciones y complicaciones respiratorias, así como a garantizar formas básicas de comunicación funcional con el equipo y la familia. Posteriormente, el acompañamiento continúa durante la internación y en el ámbito ambulatorio, donde los objetivos se desplazan hacia la rehabilitación, la recuperación de habilidades y la reintegración social.

En contraste, en las patologías progresivas como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), la enfermedad de Parkinson o las demencias, la intervención fonoaudiológica suele ser en el ámbito ambulatorio, ya que no responden a un episodio súbito que requiera cuidados intensivos iniciales. En estos casos, la intervención se centra en acompañar la evolución del cuadro, diseñando estrategias compensatorias y preventivas que permitan sostener la alimentación segura y la comunicación durante el mayor tiempo posible. La tarea del fonoaudiólogo no se orienta tanto a la “recuperación” de una función perdida, sino a prolongar la autonomía y la dignidad del paciente.

Considerando lo mencionado, resulta fundamental destacar la importancia de un abordaje fonoaudiológico temprano e integral, que incluya la evaluación, la intervención desde la Unidad de Cuidados Intensivos cuando corresponda, la continuidad asistencial en internación y el seguimiento ambulatorio. Una intervención oportuna no solo permite prevenir complicaciones médicas, sino que también contribuye a preservar la comunicación, la alimentación segura, la dignidad y la autonomía del paciente.

3.1 Intervención fonoaudiológica en enfermedades neurológicas de curso agudo.

“El Paciente Crítico ha sido definido como una persona con riesgo vital y significativa morbilidad, donde existe inestabilidad fisiológica con compromiso de uno o más sistemas y que requieren para su manejo soporte vital avanzado y monitoreo invasivo continuo” (Mantiñan, N; Baigorri, C ; y otros(2023)).

En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el fonoaudiólogo es requerido para la evaluación de los pacientes en las áreas de lenguaje, habla, voz y deglución. Sin embargo, el abordaje de las alteraciones de la deglución es el que constituye la intervención de mayor relevancia, ya que demanda una intervención aguda, precisa y decisiva en relación con el método de alimentación, el tipo de dieta, las posturas de seguridad y las maniobras facilitadoras de la deglución, con el objetivo de minimizar los riesgos y prevenir posibles complicaciones.

En esta etapa, la disartria no se aborda desde una perspectiva rehabilitadora, ya que el paciente puede encontrarse traqueostomizado, con ventilación asistida o presentar alteraciones del estado de conciencia que impiden la producción oral del habla. Frente a esta situación, la intervención fonoaudiológica se orienta a brindar pautas de comunicación tanto al equipo de salud como a la familia, con el propósito de mantener la interacción con el paciente, facilitar su expresión y comprensión del entorno, y reducir los sentimientos de angustia, frustración o aislamiento que pueden derivarse de la imposibilidad de comunicarse.

Como mencionamos al inicio del capítulo, el abordaje fonoaudiológico se orienta al control y valoración de la función deglutoria, cuya alteración es frecuente en el contexto crítico y puede comprometer tanto la seguridad respiratoria como el estado nutricional.

Los mecanismos para el desarrollo de disfagia en la UCI son multifactoriales e incluyen causas mecánicas ocasionadas por la presencia de una ventilación aérea artificial (VAA), el efecto de la medicación analgésica, la sedación residual y las alteraciones cognitivas surgidas durante la internación. Los indicadores pronósticos de disfagia son la gravedad de la enfermedad que llevó al paciente a la internación, el estado cognitivo, la disfagia previa, el tiempo que tarda en lograr la alimentación oral, los días que requiere una vía aérea artificial, los días de ventilación mecánica (VM), la duración de la estancia hospitalaria y la edad. (*Chiappero, G.; Falduti, A.; Cámpora, H.; y otros (2020)*).

Es importante considerar que la mayoría de los pacientes críticos presenta algún grado de compromiso respiratorio que altera la fisiología de la vía aérea y suele requerir distintos tipos de soporte ventilatorio, como la ventilación mecánica invasiva o la traqueostomía. Estas intervenciones que modifican la mecánica respiratoria, generan repercusiones directas sobre la deglución, la fonación y los mecanismos de protección de la vía aérea, aumentando así el riesgo de aspiración y complicaciones asociadas.

Para abordar estas situaciones, la intervención fonoaudiológica comienza con la revisión de la historia clínica, para poder dar cuenta de la edad del paciente, el estado de conciencia, la enfermedad de base, antecedentes médicos, tipo de

ventilación, la presencia o no de traqueostomía, etc. A partir de esta información inicial, se procede a realizar la evaluación clínica fonoaudiológica de la deglución con el objetivo de determinar la probabilidad de disfagia antes de iniciar la ingesta por vía oral.

Finalmente, debido a la diversidad de condiciones clínicas y de modalidades de soporte vital presentes en la unidad de cuidados críticos, la intervención fonoaudiológica debe ajustarse a las características específicas de cada paciente. No todos presentan el mismo nivel de compromiso ni las mismas posibilidades funcionales; por ello, identificar los distintos perfiles clínicos resulta esencial para establecer prioridades y orientar adecuadamente la evaluación y el abordaje terapéutico.

A continuación, se describirán los distintos perfiles de pacientes que pueden encontrarse en cuidados críticos. La caracterización de estos perfiles se sustenta en los aportes de Mantiñán, N.; Baigorri, C.; et al. (2023); Tabacco, P. (2023) y Dal Molin, J.; Moretti, I. (2025).

3.1.a. Pacientes con vía aérea fisiológica.

En este grupo se incluyen los pacientes críticos que conservan la vía aérea permeable sin requerir dispositivos invasivos.

La evaluación clínica fonoaudiológica comienza con la valoración del estado cognitivo, evaluando el nivel de vigilia, el grado de alerta, la orientación temporoespacial y las funciones gnósico-práxicas que puedan influir en la respuesta del paciente. Este análisis inicial proporciona un marco para comprender la capacidad del individuo de recibir, procesar y emitir información.

Posteriormente, se evalúa la comunicación y el lenguaje en sus aspectos expresivos y comprensivos, lo cual permite determinar los recursos comunicativos disponibles, así como las limitaciones que pueden impactar en la interacción funcional dentro del entorno crítico.

Si estas condiciones iniciales son favorables, es decir, si el paciente está cognitivamente disponible y puede comprender o expresar consignas básicas, se

habilita la siguiente etapa de la intervención: la evaluación clínica fonoaudiológica de la deglución.

En primer lugar, se realiza la valoración del estado de la cavidad oral, que incluye la higiene oral (presencia de caries, enfermedad periodontal, candidiasis, estomatitis, gingivitis o acumulación de sarro) y la condición dentaria. Se identifica si el paciente presenta dentición temporal, dentición permanente completa o parcial, pérdida dentaria, prótesis fija o removible, o si se encuentra edéntulo, dado que estas características pueden modificar la eficiencia de la masticación y el manejo del bolo.

A continuación, se realiza la valoración de las praxias orofaciales, linguales (a la orden y a la imitación), la integridad de los pares craneales que las sustentan y aquellos implicados en la deglución:

- I. Olfatorio: encargado de la percepción de los olores mediante estímulos odoríferos.
- V. Trigémino: transmite las sensaciones de dolor, temperatura, tacto y presión.
- VII. Facial: participa en el sentido del gusto de los dos tercios anteriores de la lengua, así como del piso de la boca, el paladar y la mucosa de los carrillos.
- IX. Glossofaríngeo: aporta el gusto y la sensibilidad del tercio posterior de la lengua y de la mucosa faríngea.
- X. Neumogástrico (Vago): interviene en el gusto de la base de la lengua, la sensibilidad de la faringe y la laringe, y la inervación vegetativa y autónoma del esófago.
- XI. Espinal (Accesorio): proporciona inervación motora al velo del paladar, al músculo palatogloso, palatofaríngeo y a la úvula.
- XII. Hipogloso: responsable de la inervación motora de la lengua.

Además, a partir de la evaluación de los pares craneales IX (glossofaríngeo) y X (vago) se valoran los reflejos protectores que contribuyen a la seguridad de la vía aérea. Entre ellos se incluyen el reflejo nauseoso, el reflejo tusígeno y el reflejo deglutorio. La evaluación conjunta de estos reflejos resulta fundamental para

determinar el nivel de protección de la vía aérea y la probabilidad de iniciar una prueba de alimentación segura.

Seguidamente se evalúan el ascenso, el adelantamiento y la movilidad de la laringe y del hueso hioides durante el acto de deglutir. Del mismo modo, mediante la auscultación cervical se analizan los sonidos pre- y post -deglutorios, con el objetivo de identificar posibles alteraciones en la fase orofaríngea de la deglución. Asimismo, se valora la coordinación deglución–respiración, observando la sincronía entre ambos procesos y la adecuada reanudación del ciclo respiratorio tras el paso del bolo. Esta coordinación puede encontrarse conservada, alterada o ausente, y su evaluación es esencial para identificar riesgos de penetración o aspiración, así como para determinar la posibilidad de avanzar con pruebas de alimentación segura.

Si durante esta etapa se identifican indicadores clínicos negativos —como alteraciones en los reflejos protectores, descoordinación deglución–respiración, compromiso del estado de alerta o signos sugestivos de aspiración— no se continúa con la administración oral, dado que ello implicaría un riesgo elevado para la seguridad del paciente. En estos casos, y en conjunto con el equipo interdisciplinario, se determina la vía de alimentación más adecuada, ya sea enteral o la que se considere pertinente según la condición clínica, con el fin de garantizar un aporte nutricional seguro mientras se trabaja en la optimización de la función deglutoria.

Solo cuando se establece que las condiciones clínicas son adecuadas y que la vía aérea se encuentra suficientemente protegida, se inicia la evaluación directa de la deglución.

Para esta instancia, puede aplicarse el Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V). Su objetivo es determinar el volumen y la viscosidad más segura para cada paciente. Durante toda la prueba es imprescindible monitorizar al paciente con pulsioxímetro para detectar posibles aspiraciones silentes.

El método consiste en utilizar bolos en volúmenes de 5, 10 y 20 ml con viscosidad néctar, líquida y pudín, y observar si aparecen alteraciones en los signos de seguridad (tos, cambios en la calidad de la voz y desaturación de oxígeno) y en

los signos de eficacia de la deglución (sello labial, residuo oral, deglución fraccionada y residuo faríngeo). La prueba comienza ofreciendo el bolo de menor volumen (5 ml) con viscosidad néctar, y se aumenta la cantidad a 10 y 20 ml si el paciente no manifiesta alteraciones en los signos de seguridad de la deglución.

Si el paciente ingiere sin alteraciones los tres bolos con viscosidad néctar, se continúa la prueba con viscosidad líquida, comenzando por el volumen de 5 ml. Si, por el contrario, el paciente manifiesta alteraciones en los signos de seguridad con la viscosidad néctar, se ofrecerá el bolo más bajo de la viscosidad pudín.

La prueba debe suspenderse de inmediato ante la aparición de cualquiera de los signos mencionados, así como también frente a la pérdida de alerta, la desaturación de oxígeno o la incapacidad para manejar el bolo de manera segura. Los resultados obtenidos permiten definir la vía de alimentación más adecuada, las modificaciones necesarias en la consistencia de la dieta teniendo en cuenta la escala International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI), la pertinencia de estrategias posturales o maniobras facilitadoras, o bien postergar la alimentación oral hasta mejorar las condiciones clínicas.

3.1.b. Pacientes con vía aérea artificial: traqueostomizado con o sin ventilación mecánica.

Los pacientes con traqueostomía presentan particularidades que modifican la fisiología respiratoria y, en consecuencia, la deglución, impactando en la eficacia, la seguridad y el confort del acto alimentario. Por ello resulta indispensable realizar una evaluación clínica detallada de la deglución y complementar con métodos instrumentales que permitan valorar con mayor precisión la integridad de la vía aérea y la seguridad durante la ingesta.

El tipo de cánula empleada, la presencia o ausencia del balón (cuff) y la necesidad o no de asistencia ventilatoria determinan las posibilidades funcionales del paciente y condicionan la forma en que puede llevarse a cabo la evaluación clínica fonoaudiológica.

La evaluación sigue los mismos lineamientos detallados para los pacientes con vía aérea fisiológica e incluye la valoración del estado cognitivo,

comunicacional y deglutorio. No obstante, en este grupo se incorpora un procedimiento complementario: el Blue Dye Test, destinado a detectar episodios de aspiración manifiesta o silente.

Cuando la evaluación indirecta de la deglución arroja resultados favorables, es posible avanzar con la aplicación del mismo. Para ello, es imprescindible desinflar el cuff (si la cánula lo posee) y asegurarse de que el paciente tolere adecuadamente dicho desinflado.

La prueba consiste en aplicar tinte azul sobre el dorso de la lengua y solicitar al paciente que realice una deglución. Luego, se aspiran las secreciones para evaluar si salen teñidas de azul, ya sea de forma inmediata o diferida (hasta aproximadamente dos horas después). Si las secreciones aparecen teñidas, la prueba se considera Blue Test positivo y de lo contrario se registra como Blue Test negativo.

El procedimiento se repite al día siguiente. En caso de obtener un resultado nuevamente negativo, se realizan pruebas adicionales para mayor seguridad. Si estos controles continúan siendo negativos, se procede al Blue Test modificado, en el cual se tiñen los alimentos en sus distintas consistencias.

Si en esta instancia se obtiene un resultado positivo, no se inicia la alimentación por vía oral y se espera una nueva reevaluación.

3.1.c. Pacientes con vía aérea artificial: intubados.

Considerando los aportes de Gregoretti y Pisani (2015), los pacientes intubados por más de dos días tendrán un 50% de probabilidad de presentar disfagia, y por más de quince días la probabilidad aumenta a un 90%.

En esta instancia no se evalúa la deglución, ya que el tubo endotraqueal ocupa la cavidad oral, la faringe y la laringe, interfiriendo tanto en la movilidad como en la sensibilidad de estas estructuras.

Se realiza una valoración del estado cognitivo, considerando el nivel de vigilia, alerta, orientación espacio-temporal y el estado gnósico-práxico.

Asimismo, se lleva a cabo una valoración de las fortalezas y debilidades comunicacionales, con el fin de establecer una ruta de comunicación no verbal que facilite y optimice la interacción comunicativa del paciente.

3.1.d. Pacientes extubados.

“Las dificultades deglutorias pos intubación podrían resolverse dentro de las primeras 96 horas. No obstante, en este periodo el 20% de los pacientes padecen aspiraciones silentes y el 10% de ellos, neumonía aspirativa debido a que el tubo endotraqueal altera los reflejos protectores de las vías aéreas superiores y la efectividad de la tos”. (Dal Molin, J.; Moretti, I. 2025)

Esto muestra que, aunque la recuperación espontánea es frecuente, el riesgo clínico persiste durante las primeras horas posteriores a la extubación. La alteración de los reflejos protectores y la disminución de la eficacia de la tos explican por qué muchos pacientes pueden aspirar sin manifestarlo. Por ello, la cita enfatiza la necesidad de una vigilancia temprana y sostenida, incluso antes de que los mecanismos protectores vuelvan a funcionar plenamente.

A su vez, estos datos se articulan con la recomendación de realizar una evaluación clínica fonoaudiológica de la deglución post-extubación en tiempos tempranos, siempre que el paciente se encuentre clínicamente estable. Si bien no existe un consenso absoluto sobre el momento óptimo, la evidencia citada refuerza que una intervención precoz es fundamental para detectar episodios de aspiración, prevenir complicaciones respiratorias y determinar el inicio seguro de la alimentación por vía oral.

Cómo se desarrolló previamente, la valoración fonoaudiológica comienza de manera indirecta, analizando el estado de vigilia, la comunicación, la presencia de reflejos protectores y, si los resultados son favorables, se avanza a la evaluación con alimentos. Para ello, puede emplearse la escala GUSS, compuesta por dos fases. La primera es indirecta e incluye los aspectos mencionados; un puntaje de 5 permite avanzar a la fase directa, que evalúa la deglución con semisólidos, líquidos y sólidos. Para pasar de una consistencia a la siguiente, la puntuación debe ser de 5; de lo contrario, se detiene la prueba y se requiere una evaluación más exhaustiva.

La escala contempla puntajes para ambas fases. Una puntuación total de 20 indica una deglución normal o una disfagia leve, mientras que resultados inferiores señalan presencia de disfagia. Permite graduar la severidad y orientar las recomendaciones sobre la vía de alimentación más segura.

La intervención fonoaudiológica en la disfagia dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos resulta fundamental para la detección precoz, evaluación y abordaje oportuno de las alteraciones de la deglución, contribuyendo a la prevención de complicaciones respiratorias, nutricionales y al cuidado integral del paciente crítico. Dada la complejidad clínica de esta población, el rol del fonoaudiólogo se inscribe necesariamente dentro de un trabajo interdisciplinario, articulado con el equipo médico, de enfermería, kinesiología, nutrición y otros profesionales de la salud.

El abordaje conjunto permite una toma de decisiones consensuada respecto a la vía de alimentación, las estrategias compensatorias, la rehabilitación funcional y la evolución clínica del paciente, favoreciendo una atención segura y eficaz. De este modo, la intervención interdisciplinaria no sólo optimiza los resultados terapéuticos, sino que también promueve la continuidad del cuidado y mejora la calidad de vida del paciente durante su internación en la UCI y en las etapas posteriores de recuperación.

3.2. Intervención fonoaudiológica en el ámbito ambulatorio.

La intervención fonoaudiológica en el ámbito ambulatorio constituye un eslabón esencial dentro del proceso de atención integral, especialmente para aquellos pacientes que transitan enfermedades neurodegenerativas o presentan secuelas posteriores a eventos agudos (ACV, TEC, tumores craneoencefálicos, postoperatorio cerebral).

En este nivel asistencial convergen personas con trayectorias clínicas complejas, y muchas veces, con necesidades cambiantes a lo largo del tiempo. El abordaje fonoaudiológico ambulatorio permite ofrecer un seguimiento sostenido, personalizado y centrado en el paciente, orientado a favorecer la recuperación funcional, optimizar la inteligibilidad del habla, favorecer estrategias comunicativas funcionales, la deglución, y su reinserción en las actividades de la vida diaria.

3.2.a. Evaluación clínica de la disfagia.

La anamnesis constituye el punto de partida de la evaluación fonoaudiológica. Su objetivo no se limita únicamente a recopilar información clínica, sino que implica reconstruir la historia singular del paciente, considerando su trayectoria de salud, su contexto familiar y social, y las condiciones actuales que influyen en su vida cotidiana. Este proceso permite comprender al paciente de manera global y orientar con mayor precisión el diagnóstico y la planificación terapéutica. En relación con su importancia, Pere Clavé Civit y Pilar García Peris (2013) destacan:

“La elaboración de una historia clínica meticulosa permitirá diferenciar la disfagia orofaríngea de la disfagia esofágica y ayudar a realizar el diagnóstico diferencial de la disfagia con otros cuadros clínicos (...). Comprender los diferentes mecanismos que pueden conducir a una disfagia puede ayudarnos a determinar la causa y la conducta que seguir, y no debe obviarse la importancia de una cuidadosa historia clínica, especialmente antes de tomar una decisión sobre pruebas instrumentales (...). Una adecuada historia clínica determinará la localización del problema y la causa más probable de disfagia en el 80% de los casos.”

De acuerdo con Patricia Tabacco (2023), es necesario considerar los datos personales, las comorbilidades, los tratamientos médicos y quirúrgicos potencialmente asociados a la disfagia, la medicación neuroléptica, la presencia de traqueostomía o asistencia respiratoria mecánica, las complicaciones respiratorias, los síntomas y el inicio de la disfagia, las texturas afectadas, el modo de alimentación, el estado nutricional y el control de las secreciones.

Antes de iniciar la evaluación clínica fonoaudiológica de la deglución, es posible administrar cuestionarios simples que requieren la colaboración del paciente. Estos instrumentos no constituyen pruebas diagnósticas, ya que no permiten determinar si la deglución es segura o no; su finalidad es identificar de manera precoz a los pacientes con riesgo de disfagia. El cuestionario más utilizado con este propósito es el EAT-10 (Belafsky, 2008). *“Consta de 10 preguntas, con una puntuación de 0 a 4. El máximo son 40 puntos, pero con 3 o más ya se supone*

que el paciente presenta algún síntoma relacionado con la disfagia y debe ser estudiado con más profundidad". (García Peris, P.; Velasco, C.; Frías Soriano, L. 2012)

"Finalizado el periodo de entrevista, el proceso diagnóstico se continúa con la evaluación completa e integral de la función deglutoria" (Dal Molin, J. y Moretti, I. 2025)

Como se mencionó anteriormente, la evaluación clínica fonoaudiológica de la deglución se estructura en dos instancias: una evaluación indirecta y una evaluación directa. Para su descripción, se toman como referencia los aportes de Dal Molin, J. y Moretti, I. (2025); Tabacco, P. (2023); y de Clavé Civit, P. y García Peris, P. (2013)

"La evaluación de la disfagia debe realizarla un especialista entrenado, con recomendaciones para poner en marcha técnicas de deglución seguras y estrategias dietéticas adecuadas." (Clavé Civit, P. y García Peris, P. 2013)

En una primera instancia, se lleva a cabo una exploración general del paciente, en la cual se valoran el nivel cognitivo, el estado de alerta y emocional, la capacidad de comunicación, la comprensión y respuesta a órdenes simples, así como el grado de colaboración durante la evaluación. Asimismo, se observa el control postural de tronco y región cervical, la posición en reposo y la presencia de posibles asimetrías faciales.

Posteriormente, se realiza la exploración de la cavidad oral, mediante la observación de su anatomía y fisiología, el estado de la higiene oral y de la dentición. Se evalúan los movimientos labiales, linguales (en todos los ejes del espacio), mandibulares y de las mejillas, tanto de manera activa como contra resistencia. Además, se analiza la presencia de acumulación de saliva o residuos, la observación de la orofaringe y el manejo de las secreciones, considerando especialmente la cantidad de saliva.

Se efectúa también la valoración de la musculatura orofacial y la exploración sistemática de los pares craneales involucrados en la deglución, principalmente el nervio olfatorio (I), trigémino (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), neumogástrico o

vago (X), espinal (XI) e hipogloso (XII). Se incluyen en esta instancia la evaluación de los reflejos nauseoso, deglutorio y tusígeno.

Finalmente, se analiza el ascenso hiolaríngeo, se realiza la auscultación cervical de los sonidos pre y post deglutorios, se valora la coordinación deglución–respiración y las características de la voz, como indicadores indirectos de la seguridad deglutoria.

Una vez finalizada la evaluación indirecta y siempre que los hallazgos indiquen la presencia de condiciones mínimas de seguridad, se procede a la evaluación directa de la deglución. Esta etapa consiste en la administración controlada de diferentes consistencias de alimentos y líquidos, con el objetivo de observar clínicamente la eficacia y la seguridad del acto deglutorio.

Para su realización, pueden emplearse distintos protocolos estandarizados, tales como el MECV-V, la Escala GUSS y el Blue Dye Test en pacientes con traqueostomía permanente, procedimientos previamente descritos. A partir de la información obtenida en la evaluación clínica, es posible determinar el grado de severidad de la disfagia mediante la Escala Funcional de la Deglución de Fujishima (FILS), la cual establece diez niveles de severidad y contempla la vía de alimentación más adecuada para cada paciente.

Asimismo, se destaca la importancia de complementar la evaluación clínica con estudios instrumentales, siempre que las condiciones del paciente y la disponibilidad de recursos lo permitan, a fin de obtener una valoración más precisa y objetiva del proceso deglutorio.

3.2.b Evaluación instrumental de la deglución.

Según los aportes de Dal Molin, J. y Moretti, I. (2025), la evaluación instrumental de la deglución se lleva a cabo una vez realizada la evaluación clínica fonaudiológica, ya que los resultados obtenidos en esta primera fase guían la elección del método instrumental más apropiado. Estas evaluaciones ofrecen datos objetivos sobre la eficacia, seguridad y confort alimentario del paciente.

Los dos métodos más comunes para realizar esta evaluación son la

fibroendoscopía de la deglución (FEES) y la videofluoroscopía (VFSS). La FEES tiene como principal objetivo evaluar la seguridad del proceso de deglución en personas que presentan signos y/o síntomas de disfagia. Esta técnica se basa en el uso de un laringoscopio flexible con cámara, que permite observar parcialmente la etapa oral (principalmente la base de la lengua) y la etapa faríngea de la deglución. Por lo tanto, la evaluación de la fase oral es parcial, mientras que la fase faríngea es el foco central del estudio, dejando de lado la fase esofágica.

El procedimiento se realiza de manera conjunta entre el otorrinolaringólogo (ORL), que maneja el laringoscopio, y el fonoaudiólogo, quien puede sugerir modificaciones en las consistencias de los alimentos y aplicar maniobras de deglución y posturales durante la evaluación. De esta forma, se determina la forma más eficaz y segura en que el paciente puede alimentarse, lo que también orienta tanto al diagnóstico como a la rehabilitación fonoaudiológica. Además, una de las ventajas de la FEES es que es portátil y puede aplicarse a pie de cama.

Por otro lado, VFSS es un procedimiento radiológico cuyo objetivo principal es verificar la presencia de penetración y/o aspiración en las vías respiratorias. Además, permite identificar el momento exacto y la cantidad de aspiración que ocurre en personas con síntomas o signos relacionados con la deglución o la respiración.

Este método requiere que los participantes sigan medidas de seguridad, ya que se les administran diferentes consistencias de alimentos mezclados con material de contraste, lo que facilita la visualización en tiempo real del bolo alimenticio durante el acto deglutorio. La VFSS evalúa las fases preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica de la deglución.

Para llevar a cabo este procedimiento, es fundamental el trabajo interdisciplinario entre el médico radiólogo, quien maneja el equipo, y el fonoaudiólogo, quien realiza las mismas intervenciones que en la FEES, como la modificación de consistencias y la aplicación de maniobras de deglución y posturales. Del mismo modo, orienta al diagnóstico y a la rehabilitación fonoaudiológica.

En conjunto con estos métodos puede aplicarse la escala PAS (Penetration-

Aspiration Scale), la cual permite identificar el grado de penetración o aspiración durante la deglución. Esta escala contribuye a determinar la severidad de la disfagia, ya que clasifica los hallazgos en un rango de 1 a 8: el nivel 1 indica una deglución normal sin ingreso del material a la vía aérea; los niveles 2 a 5 corresponden a distintos grados de penetración, y los niveles 6 a 8 reflejan la presencia de aspiración.

Es importante considerar que la evaluación instrumental no siempre puede llevarse a cabo. En muchos casos, su realización se ve limitada por los costos que implica o por la falta de disponibilidad de estos métodos en los distintos efectores de salud. Por ello, cuando no es posible acceder a una evaluación instrumental, la valoración clínica adquiere un rol aún más relevante para la orientación diagnóstica y terapéutica.

3.2.c. Evaluación clínica de la disartria.

Este proceso comienza con la anamnesis o entrevista inicial, la cual resulta clave para contextualizar los hallazgos clínicos posteriores y orientar la planificación del abordaje terapéutico.

A través de esta instancia se recaba información relevante tanto sobre la persona como sobre el inicio de la patología, su evolución y las repercusiones que el trastorno del habla genera en la vida cotidiana. La anamnesis permite conocer el grado de conciencia del déficit, la importancia que el paciente le otorga en relación con otras dificultades asociadas y las estrategias compensatorias que haya desarrollado para comunicarse.

Normalmente la entrevista inicial es la primera toma de contacto entre el paciente y el terapeuta. Para el paciente es una situación nueva en un contexto extraño, por lo que es un buen momento para explicarle los pasos que se van a seguir durante el proceso de evaluación, con el fin de mitigar su ansiedad e implicarle en cierta forma en el proceso. (Melle Hernández, N. 2003)

La evaluación de los trastornos de la ejecución motora del habla constituye un proceso complejo que requiere una mirada integral del paciente. No se limita únicamente al análisis de los parámetros del habla, sino que implica considerar

múltiples factores que suelen coexistir en contextos de daño neurológico y que pueden influir tanto en el desempeño comunicativo como en los resultados obtenidos durante la evaluación.

En este sentido, es necesario tener en cuenta la presencia de alteraciones cognitivas y conductuales (como dificultades atencionales, lentitud en el procesamiento de la información, fatigabilidad, impulsividad, apatía o déficits amnésicos) así como posibles alteraciones sensoriales o visuales. Estas variables pueden incidir de manera directa en la ejecución de las tareas evaluativas y condicionar la planificación del abordaje terapéutico, por lo que su reconocimiento resulta fundamental para una interpretación adecuada de los hallazgos clínicos.

Si bien existen diversos protocolos y modelos de evaluación de la disartria, en el presente ensayo se toman como referencia los aportes de Toledo Rodríguez y Tobar Fredes (2016).

El Protocolo de Evaluación del Habla en Disartria (PEVH-Disartria) es un instrumento clínico que permite evaluar de manera sistemática los mecanismos fisiológicos, los atributos del habla y los parámetros funcionales comprometidos en la disartria. Su diseño contempla tanto la identificación cualitativa de las alteraciones como la estimación de su grado de severidad, aportando una caracterización integral del trastorno.

El protocolo se inicia con una evaluación orofacial, en la cual se analizan las estructuras implicadas en la producción del habla (cara, mandíbula, lengua y velo del paladar) considerando aspectos como la simetría, la movilidad, la fuerza, la coordinación y la presencia de movimientos involuntarios, tales como fasciculaciones. Ante la detección de una alteración, se asigna un puntaje de severidad en una escala de 1 a 3, donde 1 corresponde a una alteración leve y 3 a una alteración severa.

Posteriormente, el PEVH-Disartria incluye una evaluación integrada de la respiración, la fonación y la resonancia, reconociendo la interdependencia funcional de estos subsistemas. Se valoran parámetros objetivos como el tiempo máximo de espiración y de fonación, comparados con normas poblacionales, así como características perceptuales de la voz, tales como intensidad, tono, calidad vocal y

resonancia. Esta sección permite identificar alteraciones que afectan la eficiencia respiratoria, la estabilidad de la emisión vocal y la adecuada modulación resonancial del habla.

El protocolo contempla de manera específica la evaluación de la prosodia, entendida como un componente central de la naturalidad y expresividad del habla. A través de tareas de producción controlada, se evalúa la capacidad del paciente para modular la entonación en enunciados afirmativos, interrogativos y con carga emocional (alegría, tristeza, enojo). Asimismo, se registran las características prosódicas predominantes, tales como monotonía, acentuación excesiva o reducida, silencios inadecuados e intervalos prolongados, asignando también un grado de severidad cuando corresponde.

En relación con la articulación y los parámetros funcionales del habla, el PEVH-Disartria evalúa la inteligibilidad mediante listas de palabras y la validación por oyentes externos, permitiendo obtener un porcentaje objetivo de comprensión. Además, se analiza la velocidad del habla, la producción de habla automática, las diadococinesias orales y las características articulatorias, tales como distorsiones vocálicas y consonánticas, fonemas prolongados, repeticiones y quiebres articulatorios. Estos aspectos aportan información clave para la caracterización del perfil disártrico y su impacto funcional en la comunicación.

Finalmente, el protocolo integra una síntesis clínica, en la que se orienta la identificación del tipo de disartria y se determina la severidad global del trastorno, considerando principalmente el nivel de inteligibilidad del habla. Esta aproximación permite no solo describir el compromiso del habla, sino también fundamentar la toma de decisiones terapéuticas y la planificación de la intervención fonoaudiológica.

La evaluación fonoaudiológica en el ámbito ambulatorio constituye una instancia clave de integración clínica. A diferencia de las etapas iniciales de internación, en las que el foco prioritario suele centrarse en la seguridad de la deglución, la prevención de aspiraciones y el establecimiento de pautas comunicativas básicas, en el contexto ambulatorio el paciente se encuentra, por lo general, más estable desde el punto de vista médico y respiratorio. Esta condición

habilita la realización de una evaluación más exhaustiva, específica y detallada de las funciones comprometidas.

La disfagia y la disartria son trastornos que con frecuencia coexisten en pacientes con patología neurológica, ya que comparten mecanismos fisiológicos y estructuras anatómicas involucradas. En este marco, la evaluación fonoaudiológica de ambas alteraciones debe concebirse como un proceso complementario e interdependiente, que requiere una mirada integral de las funciones afectadas. La articulación de ambas evaluaciones, junto con el análisis del contexto clínico, cognitivo y emocional del paciente, resulta fundamental para una adecuada toma de decisiones terapéuticas y para la planificación de un abordaje fonoaudiológico individualizado, seguro y funcional.

De este modo, el ámbito ambulatorio se configura como un espacio propicio para consolidar los avances alcanzados en etapas previas, profundizar el análisis de las secuelas comunicativas y deglutorias, y orientar la intervención fonoaudiológica hacia objetivos funcionales de mayor complejidad, favoreciendo la autonomía, la participación activa y la calidad de vida del paciente.

La intervención fonoaudiológica en disfagia no se limita exclusivamente al trabajo clínico directo, sino que incluye de manera fundamental la educación del paciente y de su entorno cercano. Dado que la alimentación es una actividad cotidiana y frecuentemente compartida, la participación activa de los cuidadores resulta clave para garantizar la continuidad y la eficacia del abordaje.

En este sentido, es necesario que los cuidadores asuman un rol activo en la supervisión del paciente con riesgo de disfagia, asegurando el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y de las pautas de seguridad durante la ingesta. Esto implica formarse en técnicas adecuadas de alimentación asistida, conocer las posturas y consistencias indicadas, y estar atentos a posibles cambios en la sintomatología, en los patrones de alimentación o en la tolerancia al alimento.

3.4. Rehabilitación de la disfagia.

“Resulta menester que el profesional fonoaudiólogo especializado en la clínica de la deglución cuente con una mirada aggiornada acerca de la fisiología y

fisiopatología de la función, y un sólido bagaje teórico-práctico respecto a la patología de base específica del paciente. Ello posibilitará la toma consciente y certera de decisiones clínicas en torno a la determinación de objetivos, estrategias y recursos terapéuticos orientados a garantizar la hidratación, la nutrición y a habilitar la alimentación por vía oral (...) la intervención en la clínica de la deglución está supeditada a la eficacia, la seguridad y el confort en el acto alimentario, con el debido respeto al sujeto y su entorno ”. (Dal Molin, J. y Moretti, I. 2025)

Considerando los aportes de Dal Molin, J.; Moretti, I. (2025) y la Unidad Funcional de Disfagia Orofaríngea del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (2018) la intervención fonoaudiológica de la disfagia se organiza en estrategias compensatorias y estrategias terapéuticas. Las primeras incluyen modificaciones orientadas a optimizar la seguridad y eficacia de la deglución, tales como los cambios posturales, los ajustes en la consistencia y el volumen del bolo, así como las adaptaciones del entorno o ambientales.

Dentro de las estrategias de cambios posturales se reconocen diversas maniobras orientadas a la protección de la vía aérea durante la deglución. Entre ellas se encuentra la flexión cervical, indicada ante retrasos en el inicio de la respuesta motora orofaríngea; la rotación cefálica y la inclinación lateral de la cabeza, utilizadas en presencia de alteraciones faríngeas unilaterales con el objetivo de reducir la acumulación de residuos en las valléculas o en los senos piriformes; y la extensión cervical, empleada en casos de compromiso en la propulsión del bolo alimenticio.

Por su parte, los cambios de consistencia constituyen estrategias compensatorias centradas en la modificación de la textura y la viscosidad de los alimentos (líquidos, semisólidos y sólidos) con el fin de facilitar la deglución y disminuir el riesgo de aspiración. Para su implementación, se toman como referencia los lineamientos propuestos por la *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI).

Los cambios de volumen se orientan a la regulación de la cantidad de alimento y/o líquido administrado en cada toma, favoreciendo un mayor control del

bolo dentro de la cavidad oral y contribuyendo a una deglución más segura.

Finalmente, los cambios ambientales comprenden estrategias destinadas a optimizar el contexto del acto alimentario, especialmente en pacientes con deterioro cognitivo y/o del sensorio secundario a la patología de base. Estas intervenciones incluyen la reducción de estímulos distractores, como pantallas, y el acompañamiento o supervisión de un adulto, con el objetivo de sostener y facilitar el proceso de alimentación.

Por su parte, las estrategias terapéuticas comprenden tanto intervenciones indirectas de la deglución, orientadas a la preparación y fortalecimiento de las funciones implicadas, como intervenciones directas, que involucran la práctica de la deglución con alimento, de acuerdo con el estado clínico y funcional del paciente.

Dentro de las estrategias de intervención indirecta de la deglución se incluyen los ejercicios de control motor orofacial, la estimulación sensorial y termotáctil, orientadas a favorecer el gatillamiento del reflejo deglutorio, así como los ejercicios fonatorios, destinados a promover la movilización y el adecuado funcionamiento del complejo laríngeo-hioideo. Estas intervenciones se aplican sin la presencia de alimento y buscan optimizar las funciones implicadas en la deglución de manera preparatoria.

En cuanto a las estrategias de intervención directa de la deglución, estas implican la práctica de la deglución con bolo y comprenden diversas maniobras terapéuticas. Entre ellas se encuentra la deglución forzada, cuyo objetivo es incrementar las presiones faríngeas para facilitar el tránsito del bolo alimenticio y el vaciamiento de las valléculas; la deglución supraglótica tiene como finalidad favorecer el cierre glótico previo a la deglución y reducir la presencia de residuos mediante la ejecución de la tos voluntaria posterior; la deglución super-supraglótica combina los principios de la deglución forzada y supraglótica, con el propósito de potenciar el disparo deglutorio y optimizar el transporte del bolo a través de la faringe; la maniobra de Masako promueve un aumento de la contracción de la pared faríngea posterior, contribuyendo a mejorar la eficiencia y la velocidad del pasaje del bolo; y, finalmente, la maniobra de Mendelsohn permite facilitar y prolongar la elevación laríngea, así como la apertura del músculo cricofaríngeo y, en

consecuencia, del esfínter esofágico superior (EES).

Por otro lado, existen otras estrategias de intervención como lo son la electroestimulación neuromuscular, las técnicas de biofeedback, los dispositivos de presión labial y lingual isométricos, los chips de hielo, el vendaje neuromuscular y la higiene oral.

3.5. Rehabilitación de la disartria.

En este apartado se consideran los aportes del Hospital Aita Menni, Servicio de Daño Cerebral (2014), quienes sostienen que la disartria debe ser abordada desde una perspectiva integral, en la que el paciente, la familia y el/la fonoaudiólogo/a se impliquen de manera activa y coordinada, orientados hacia un objetivo común: alcanzar una comunicación lo más efectiva y funcional posible. En este marco, el/la fonoaudiólogo/a selecciona y planifica los ejercicios terapéuticos más adecuados, de acuerdo con las características individuales del paciente, con el fin de mejorar la inteligibilidad del habla. Dentro de ellos se incluyen: técnicas de trabajo orofacial, praxias orofaciales, trabajo respiratorio, articulatorio y la entonación.

Las técnicas de trabajo orofacial están destinadas a favorecer un tono muscular adecuado y una mayor sensibilidad intra y peribucal. Estas intervenciones comprenden, entre otras, el masaje facial, el masaje de labios y el masaje lingual, los cuales contribuyen a optimizar la movilidad, el control y la precisión de los movimientos implicados en la producción del habla.

Las praxias constituyen ejercicios destinados a recuperar y optimizar la fuerza, movilidad y coordinación de la musculatura orofacial implicada en el habla. Se trabajan de manera específica los movimientos linguales, labiales, de mejillas y mandíbula, favoreciendo un mejor control motor y una mayor precisión en los gestos articulatorios.

El trabajo respiratorio tiene como objetivo favorecer la adquisición de una técnica respiratoria adecuada para el habla, promoviendo la inspiración nasal con activación diafragmática y la espiración bucal controlada. Estas pautas se entrenan en distintas posiciones corporales (decúbito, sedente y bipedestación) con el fin de

facilitar la generalización del patrón respiratorio en diferentes situaciones funcionales.

El entrenamiento respiratorio contempla diversas secuencias de inspiración, retención y espiración, tales como: inspiración nasal lenta y profunda con retención y espiración bucal suave, lenta y silenciosa; inspiración nasal lenta y suave seguida de una espiración rápida y continua; inspiración nasal rápida con espiración bucal lenta; inspiración nasal lenta y completa con espiración prolongada; y respiraciones fraccionadas en distintos tiempos, variando la relación entre inspiración y espiración.

Posteriormente, esta técnica respiratoria se aplica a ejercicios de control de la salida de aire (soplo), comenzando a cortas distancias y aumentando progresivamente la dificultad. Entre las actividades utilizadas se incluyen el soplo de bolitas de papel, pelotas livianas o papel recortado; la insuflación de globos de diferentes tamaños; la ejecución de instrumentos de viento como flauta, armónica o silbato; la producción de burbujas mediante sorbete en un recipiente con agua; y el control del soplo sobre la llama de una vela, ya sea manteniéndola encendida o apagándola a distintas distancias.

El trabajo articulatorio tiene como finalidad optimizar la precisión y calidad de la articulación del habla. Para ello, se inicia con la producción repetida de los distintos fonemas de manera aislada, avanzando progresivamente hacia su combinación con vocales para la conformación de sílabas y palabras.

Asimismo, se incorporan tareas de repetición y lectura, que incluyen palabras, frases, trabalenguas, refranes y textos dialogados, con el objetivo de favorecer la generalización de los ajustes articulatorios y mejorar la inteligibilidad del habla en contextos comunicativos cada vez más complejos.

Finalmente, el trabajo de entonación se orienta a mejorar el ritmo y la modulación del habla. Para ello, se utilizan ejercicios de repetición y lectura de frases interrogativas y exclamativas, diálogos, poesías y canciones, favoreciendo una prosodia más funcional y natural en la comunicación cotidiana.

CONCLUSIONES.

A lo largo de este ensayo se ha puesto de manifiesto que la evaluación e intervención fonoaudiológica en pacientes neurológicos con disfagia y disartria debe comprenderse como un proceso continuo, que se inicia durante la etapa de internación y se consolida en el ámbito ambulatorio. Ambos períodos de intervención, si bien presentan objetivos y prioridades diferenciadas, se encuentran estrechamente vinculados y resultan complementarios en la búsqueda de una recuperación funcional y de una mejora en la calidad de vida del paciente.

En este marco, el/la fonoaudiólogo/a desempeña un rol central al identificar las fortalezas y debilidades del paciente para el diseño de un plan terapéutico adecuado, tanto en la instancia aguda como crónica, especialmente en el contexto de la unidad de cuidados intensivos. Su intervención constituye un eslabón fundamental del equipo interdisciplinario, ya que permite el seguimiento clínico, la detección temprana de posibles riesgos en la seguridad y eficacia de la deglución, así como el abordaje orientado a la restauración de las funciones fonatorias y deglutorias, priorizando siempre la comunicación funcional del paciente.

El impacto funcional de la disfagia y la disartria trasciende el plano estrictamente fisiológico, afectando la capacidad de interacción, la autoestima y la independencia del paciente. Por ello, la intervención fonoaudiológica no solo requiere conocimientos técnicos y clínicos sólidos, sino también sensibilidad, capacidad de escucha, comunicación efectiva con el paciente y su familia, y un compromiso ético con la seguridad y el bienestar integral de las personas atendidas.

Finalmente, el abordaje fonoaudiológico de ambos trastornos pone de relieve la importancia de contar con profesionales capacitados, protocolos sistematizados y una coordinación interdisciplinaria efectiva, que aseguren la continuidad de la atención y una respuesta oportuna a las necesidades cambiantes de cada paciente. Más allá de la recuperación de funciones específicas, la rehabilitación fonoaudiológica contribuye a restaurar la participación social, la calidad de vida, la autonomía y el bienestar integral del paciente, reafirmando su papel esencial dentro del equipo de salud y la relevancia de su intervención tanto en contextos

hospitalarios como ambulatorio.

BIBLIOGRAFÍA.

- Álvarez Lami, L. (2013). *Disartria*. Hospital Hermanos Ameijeiras.
<http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/LOGOPEDIA/TRASTORNOS%20LENGUAJE/DISARTRIAS/Disartria%20-%20Alvarez%20-%20art.pdf>
- Ana Clara Isaias; Campra, M. C. (Comp.). (2023). *Fonoaudiología: el cuidado de la comunicación humana en diversos contextos de intervención* (1a ed., pp. 91–101). Laborde Libros Editor.
- Camarero González, E. (2009). *Consecuencias y tratamiento de la disfagia*. *Nutrición Hospitalaria*, 2(2), 66–78.
- Cámpora, H.; Falduti, A. (2019). *Deglución de la A a la Z: Fisiopatología, evaluación y tratamiento*. Ed. Journal.
- Chiappero, G.; Falduti, A.; Cámpora, H.; Violi, D.; Vázquez, B.; Ton, V.; Szajn, M.; 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*. (pp. 20–35).
- Clavé Civit, P.; García Peris, P. (2013). *Guía de diagnóstico y de tratamiento nutricional y rehabilitador de la disfagia orofaríngea*. Nestlé Healt Science.
- Dal Molin, J. R., & Moretti, I. J. (2025). *Clínica de la deglución: Relatos e intervenciones fonoaudiológicas en cada etapa de la vida*. Editorial Corpus.
- Davancens, A., Baigorri, C., Albeverio, M., Sabena, R. A., Guarriello, M. F., Mantinan, N., Romero, I., & Garay, C. (2024). Manejo fonoaudiológico en pacientes críticos crónicos con traqueostomía: un enfoque sistematizado. *Revista Argentina de Terapia Intensiva*.
- Disfagia Master. (2022, marzo 4). *Deglución y alimentación: Hacia un nuevo marco conceptual*. <https://disfagiamaster.org/deglucion-y-alimentacion-hacia-un-nuevo-marco-conceptual/>

Donneys Valencia, X.; Córdoba Cuarán, J. A.; Matos Rojas, D.; Sánchez Girón, L. K. (2022). *Estrategias de intervención fonoaudiológicas empleadas para el manejo de la disartria: Una revisión narrativa*. *Areté*, 22(2), 27–39.

<https://arete.iberu.edu.co/article/view/art.22204/1819>

FLENI (s.f.) *Clínica de Disartria*.

https://www.fleni.org.ar/especialidades/rehabilitacion/adultos/clinicas-de-rehabilitacion-adultos/clinica-de-disartria/?utm_source=chatgpt.com

García Peris, P.; Velasco, C.; Frías Soriano, L. (2012) *Manejo de los pacientes con disfagia*. *Nutrición Hospitalaria*, 5 (1), 33-40. Grupo Aula Médica. Madrid, España.

Gonzalez Fernandez, M.; Ottenstein, L.; Atanelov, L.; Christian, A.B. (2013). Disfagia después de un accidente cerebrovascular: una visión general. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1 (3), 187-196.

<https://doi.org/10.1007/s40141-013-0017-y>

González, R. A.; Bevilacqua, J. A. (2012). *Las disartrias*. Departamento de Neurología y Neurocirugía, HCUCH.

<https://revistahospitalclinico.uchile.cl/index.php/RHCUC/article/view/73564/75534>

Hospital Aita Menni. Servicio de Daño Cerebral. (s. f.). *Guía para el manejo de la disartria*. Hospital Aita Menni.

Mantiñan, N.; Baigorri, C.; Davancens, A.; Albeverio, M.; Guarriello, M. F.; Sabena, R.; Orozco Diazgranados, G. J. (2023). *Perfil del Licenciado en Fonoaudiología en Unidades Críticas Adultas en un establecimiento privado: Sanatorio Güemes*. *Fonoaudiológica*, 37–51.

Melle Hernández, N. (2003). *Disartria en el daño cerebral adquirido: hacia un método global de evaluación*. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 23(1), 20–29.

Toledo Rodríguez, L., & Tobar Fredes, R. (2016). *PEVH-Disartria: Protocolo de Evaluación del Habla en Disartria* (formato abreviado). Departamento de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Unidad Funcional de Disfagia Orofaríngea del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. (2018). *Disfagia orofaríngea: Soluciones multidisciplinarias (36 recetas elaboradas en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias)*. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. https://aadisfagia.com/wp-content/uploads/2020/12/DISFAGIA_INTERACTIVO.pdf

Wilches, E. C., López, M. E., & Arango, G. P. (2004). *Rehabilitación funcional del paciente neurológico en la UCI*. En *Guía neurológica* (pp. 119–142). Asociación Colombiana de Neurología. Bogotá, Colombia.