

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ



Facultad de Ciencias Médicas

Terapia de Lenguaje

ANÁLISIS DE CASO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN TERAPIA
DE LENGUAJE

TEMA:

Disfagia de origen neurológico, alternativas de rehabilitación

AUTORA:

Jamileth Dayana Loor Cevallos

TUTORA:

Dra. Ana Marís Llovet Miniet

Manta – Julio 2018

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-01-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO.	REVISIÓN: 1 Página ii de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, certifico:

Haber dirigido y revisado el trabajo de titulación, cumpliendo el total de 400 horas, bajo la modalidad de estudio de caso, cuyo tema del proyecto es **“Disfagia de origen neurológico, alternativas de rehabilitación”**, el mismo que ha sido desarrollado de acuerdo a los lineamientos internos de la modalidad en mención y en apego al cumplimiento de los requisitos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico, por tal motivo CERTIFICO, que el mencionado proyecto reúne los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

La autoría del tema desarrollado, corresponde al señor/señora/señorita **Jamileth Dayana Loor Cevallos**, estudiante de la carrera **Terapia de Lenguaje**, período académico 2018-2019, quien se encuentra apto para la sustentación de su trabajo de titulación.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 21 de Junio del 2018.

Lo certifico,

Dra. Ana Maris Llovet Miniet

Docente Tutor(a)

Área: Ciencias Médicas

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del tribunal examinador aprueban el análisis de caso, sobre el tema **“Disfagia de origen neurológico, alternativas de rehabilitación”** de **Loor Cevallos Jamileth Dayana**, para la Licenciatura de Terapia de Lenguaje.

Manta, Julio 2018

.....

Presidente del tribunal.

.....

Calificación

.....

Tribunal 1

.....

Calificación

.....

Tribunal 2

.....

Calificación

.....

Secretaria

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo, **Loor Cevallos Jamileth Dayana** portador de la cédula de identidad N° 131347341-3, declaro que los resultados obtenidos en el Análisis de Caso con titulado “**Disfagia de origen neurológico, alternativas de rehabilitación**” que presento como informe final, previo a la obtención del Título de **Licenciada en Terapia de Lenguaje** son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del Análisis de Caso y posteriores de la redacción de este documento son y serán de mi autoría, responsabilidad legal y académica.

Manta, Julio 2018

AUTORA

.....

Loor Cevallos Jamileth Dayana

DEDICATORIA

A Dios, mi madre, mi hijo y mi familia por ser el principal motor de este largo camino lleno de piedras los cuales los pude superar con el apoyo incondicional y constante de cada uno de ellos.

Jamileth Dayana Loor Cevallos.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme llegar a este día con salud y prosperidad logrando cada uno de mis objetivos.

A mi madre, por su apoyo incondicional brindándome amor, consejos que hoy en día dieron frutos permitiéndome ser una persona de bien y salir adelante en cualquier obstáculo que la vida me presente.

A mi familia, por ser el pilar fundamental en cada paso de mi vida, educación académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis maestros, por día a día impartir sus conocimientos a lo largo de este camino de aprendizaje.

A la Universidad, por darme la oportunidad de cursar la carrera y poder ser una profesional.

Jamileth Dayana Loor Cevallos.

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	ii
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
CAPITULO I	1
1. JUSTIFICACIÓN.....	1
CAPITULO II.....	2
2. INFORME DEL CASO.....	2
2.1. Definición del caso.	2
2.2. Presentación del caso.	2
2.2.1. Ámbitos de estudio.....	3
2.2.2. Actores implicados.....	4
2.2.3. Identificación del problema.....	4
2.3. Metodología.....	5
2.3.1. Lista de preguntas.	5
2.3.2. Fuentes de información.....	6
2.3.3. Técnicas para la recolección de datos.	6
2.3. Diagnóstico.	7
CAPITULO III.....	10
3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	10
3.1. Denominación de la propuesta.....	10
3.1. Objetivos de la propuesta.....	10
3.1.1. Objetivo General.....	10

3.1.2. Objetivos específicos.	10
3.2. Fundamentación de la propuesta.....	11
3.3. Planteamiento de la propuesta.	15
3.3.1. Actividades y tareas.	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
ANEXOS	19

RESUMEN

Se realizó un estudio de caso, tiene como objetivo valorar técnicas facilitadoras y maniobras deglutorias para una correcta y sincronizada ingesta alimenticia en paciente con disfagia de origen neurológico ocasionado por un accidente cerebrovascular, aplicado en el centro de rehabilitación integral especializado CRIE N° 3 de la ciudad de Portoviejo; tomando fuentes de información como: el historial médico, antecedentes patológicos, resonancia magnética, identificación de la alteración en distintos niveles del tronco encefálico, entre ellos el bulbo raquídeo y la protuberancia que intervienen en la deglución; aplicando el test de exploración clínica para disfagias, según Vidal (s.f), fue seleccionada la adecuada rehabilitación en terapia de lenguaje a través de técnicas posturales y respiratorias, así también praxias neuromusculares; dando como resultado luego de la rehabilitación la ingesta de alimentos líquidos y semisólidos directamente, eliminando la sonda nasogástrica y por ende la mejora notable de la calidad de vida del sujeto de estudio.

Palabras claves: Disfagia, deglución, origen neurológico, rehabilitación

ABSTRACT

A case study was carried out, aimed at assessing facilitating techniques and deglutition maneuvers for correct and synchronized dietary intake in a patient with neurological dysphagia caused by a cerebrovascular accident, applied in the CRIE specialized integral rehabilitation center N ° 3 of the city of Portoviejo; taking sources of information such as: medical history, pathological history, magnetic resonance imaging, identification of the alteration in different levels of the brainstem, including the medulla oblongata and the protuberance involved in swallowing; applying the clinical examination test for dysphagia, according to Vidal (s.f), the appropriate rehabilitation in language therapy was selected through postural and respiratory techniques, as well as neuromuscular praxias; after the rehabilitation, the intake of liquid and semi-solid foods directly, eliminating the nasogastric tube and therefore the remarkable improvement of the quality of life of the study subject.

Key words: Dysphagia, swallowing, neurological origin, rehabilitation.

CAPITULO I

1. JUSTIFICACIÓN.

En este estudio de caso, se presenta un paciente al cual le ocurrió un accidente cerebrovascular (ACV) lo que afectó su deglución, al no funcionar correctamente los órganos de la cavidad bucal pasando por problemas en la zona de la faringe, hasta alteraciones del esófago es diagnosticado con disfagia de origen neurológico, por el médico de medicina general tratante según su historia clínica, refiere síntomas de alteración postural, apraxia neuromuscular facial, alteración en la deglución de alimentos; para ello se hace factible la aplicación de técnicas y maniobras deglutorias para una correcta y sincronizada ingesta alimenticia; lo cual hace original y pertinente el desarrollo del presente trabajo debido a las características únicas presentes en tiempo, espacio y disponibilidad de los actores implicados.

El apoyo del personal de fisioterapia y terapia de lenguaje del Centro de rehabilitación integral especializado (CRIE) N° 3 es vital, ya que aporta y brinda pautas para encontrar el adecuado tipo de intervención logopédica conveniente al tipo de disfagia; además de contar con la disposición del paciente a ser rehabilitado y así dar aportes veraces, eficaces y probados al ámbito académico en las mejores prácticas de rehabilitación para casos con particularidades o similitudes al expuesto.

Siendo la deglución, un proceso sensoriomotor neuromuscular complejo que coordina la contracción / relajación bilateral de los músculos de la boca, lengua, laringe, faringe y esófago, mediante el cual los alimentos procedentes de la boca transitan por estos últimos, en su camino al estómago, González V., (2009, pág. 252), proceso que es afectado en el principal beneficiario de este estudio de caso que es el paciente, al aplicar correctamente las técnicas facilitadoras y maniobras deglutorias en el sujeto de estudio se mejorara su calidad de vida y su desenvolvimiento en el medio social al no contar con la sonda nasogástrica.

CAPITULO II

2. INFORME DEL CASO

2.1. Definición del caso.

2.2. Presentación del caso.

Paciente masculino de treinta y cinco (35) años de edad, ingresa el catorce (14) de septiembre del 2017 a emergencias al Hospital General Dr. Rafael Rodríguez Zambrano (HGRRZ) de la ciudad de Manta, con antecedentes de epilepsia y tabaquismo, presentando cuadro clínico de aproximadamente 18 horas de evolución caracterizado por hipotonía, hemiparesia facial derecha, disfagia, cefalea de mayor intensidad, hemiplejía braquial izquierda, ataxia de la marcha, náuseas y vómitos, refiere tos más expectoración de varios días de evolución.

Se procede a la verificación de los estudios a nivel neurológico referente a la al llegar al centro hospitalario como lo son: resonancia magnética cerebral (RMC) donde se evidencia lesiones a nivel del tronco cerebral, hipointensa (oscura) en R1, hiperintensa en R2 lo cual no hace efecto de masa, correspondiendo a lesión isquémica a nivel de protuberancia con lesiones hiperintensas talámicas y subcorticales parietales izquierda. De tal manera, se observan algunas áreas del cerebro afectadas y principalmente las que están estrechamente relacionadas con la deglución.

Además, presenta un cuadro evolutivo de paresia leve de extremidades, hemiparesia braquial derecha, disfagia, mantiene tos, sin alteración de su estado neurológico con buena mecánica ventilatoria, realizando nuevamente resonancia magnética cerebral (RMC) se demuestra que no presenta hemorragia o isquemia,

mantiene dieta hiposódica por sonda nasogástrica. Debido a lo expuesto anteriormente, el paciente es derivado al Centro de rehabilitación integral especializado (CRIE) N°3 de la ciudad de Portoviejo, presentando buen estado de orientación, hemiparesia facial derecha, disartria, lesiones respectivas a las áreas cerebrales implicadas en la ingesta de alimentos, ataxia en la marcha y alimentación por sonda nasogástrica.

Como complemento, los estudios radiológicos de videofluoroscopia (VDF) permiten observar y diagnosticar diferentes alteraciones de la deglución, enviando el bolo alimenticio de diferentes tamaños y texturas dejando a su vez un video del proceso deglutorio, los mismos que el paciente por motivos personales no pudo realizarse y fue necesario realizar una exploración clínica de la deglución por fases, donde se observó alteraciones en las tres (3) primeras etapas de la deglución. Por lo que, es remitido al área de terapia de lenguaje para mejorar su estado en la ingesta de alimentos y vocalización.

Diagnóstico médico: Accidente cerebrovascular (ACV) – Epilepsia

Diagnóstico Terapia de Lenguaje: Disfagia de origen neurológico.

2.2.1. Ámbitos de estudio.

Conforme al reporte detallado de los diagnósticos específicos dados, los ámbitos de estudios que intervienen en este tipo de caso son:

- ✓ Evaluación del historial clínico: Material necesario para poder intervenir en el caso descrito. (Ver anexos 1, 2 y 3)
- ✓ Exploración neurológica por resonancia magnética cerebral (RMC): En vez de utilizar Rayos X (RX) usa ondas de radio y un fuerte campo magnético para obtener unas imágenes de los órganos y tejidos de gran detalle y calidad, es la técnica más sensible para el estudio de los tumores cerebrales, accidentes cerebrovasculares (ictus) y algunas enfermedades crónicas del sistema nervioso central (SNC) como la esclerosis múltiple. Médica, (2018). (Ver anexo 4)
- ✓ Según Vidal (s.f), protocolo de evaluación para las disfagias: Para dar sustento al diagnóstico referido. (Ver anexo 5)

2.2.2. Actores implicados.

En este estudio de caso los principales actores implicados son:

- ✓ El paciente con accidente cerebrovascular más disfagia de origen neurológico,
- ✓ Personal de doctores de medicina general y cirugía del hospital general Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de Manta donde fue atendido a inicios de la alteración y se realizaron los estudios respectivos como lo es la resonancia magnética cerebral (RMC).
- ✓ El Centro de rehabilitación integral especializado CRIE N°3 de Portoviejo, donde fue derivado a las especialidades de fisioterapia y neurología para corroborar el trastorno diagnosticado.
- ✓ Personal del área de Terapia de lenguaje, donde la profesional e investigadora realizan la exploración respectiva para el diagnóstico de disfagia de origen neurológico y la correspondiente rehabilitación.

2.2.3. Identificación del problema.

Es primordial señalar, que el principal problema del presente trabajo es la alteración al deglutir alimentos líquidos, semisólidos y sólidos del paciente también denominado como disfagia, siendo la deglución una realidad compleja y fundamental para la supervivencia del individuo, indicando una ordenada coordinación entre la cabeza (boca, lengua, dientes), cuello (faringe) y tórax (esófago - esfínter esofágico superior EES - esfínter esofágico inferior EEI), los cuales están involucrados en el proceso, desde la construcción del bolo alimenticio hasta llegar al esófago, resguardando así la vía respiratoria y como resultado de una nutrición correcta, esto puede estar alterado por una malformación o accidente cerebro vascular (ACV), tal como se demuestra en este caso.

De acuerdo, a las perturbaciones que acarrear los accidente cerebro vascular (ACV) se dan diferente tipos de disfagia, ya sea afectando la etapa preparatoria oral, oral, faríngea o esofágica, en cada una de ellas tiene relación con diferentes partes y nervios cerebrales, por lo que en el momento que se ven afectados da como resultado una alteración al deglutir. Con referencia a lo indicado, el sujeto de estudio muestra un cuadro evolutivo de paresia leve de extremidades, hemiparesia braquial derecha, parálisis facial, sin alteración de su estado neurológico con buena mecánica ventilatoria, mantiene tos, en las resonancias magnéticas cerebrales (RMC) se identifican órganos afectados que tienen estrecha relación con la ingesta de alimentos, entonces hace del paciente un candidato favorable para el desarrollo de este estudio de caso, indicando alternativas de rehabilitación que favorecerán su estilo de vida.

Al Centro de rehabilitación integral especializado CRIE N°3, el paciente asistía tres (3) veces por semana en sesiones de treinta (30) minutos cada terapia de lenguaje, dirigida a la rehabilitación de disfagia de origen neurológico presentada, la mejoría se denota cuando el paciente ya puede ingerir alimentos líquidos y semisólidos queda encaminado a comidas sólidas, se le indica que debe continuar con las terapias tanto en su casa como en el Centro hasta una recuperación adecuada, mejorando así su calidad de vida.

2.3. Metodología.

2.3.1. Lista de preguntas.

Para dar envergadura al caso en referencia, se enfatizaron las siguientes incógnitas:

- ✓ ¿Cuál es la sintomatología característica en las disfgias de origen neurológico?
- ✓ ¿Cuál es el instrumento considerado para evaluar las disfgias de origen neurológico?
- ✓ ¿Cuáles son las alternativas de rehabilitación a utilizar?

- ✓ ¿Qué profesional trabaja en la rehabilitación de las disfagias de origen neurológico?

2.3.2. Fuentes de información.

- ✓ Historial clínico. (Ver anexos 2 y 3)
- ✓ Exámenes de imágenes radiológicas - Resonancia Magnética Cerebral (RMC). (Ver anexo 4)
- ✓ Informes clínicos de los especialistas de fisioterapia y neurología. (Ver anexos 2 y 3)
- ✓ Encuesta clínica dirigida al paciente. (Ver anexo 6)
- ✓ Exploración de la cavidad oral y del cuello. (Ver anexo 6)
- ✓ Observar postura, el tono, presencia de reflejos arcaicos (succión y mordida), estado de alerta. (Ver anexo 6)
- ✓ Exploración clínica de la deglución por fases. (Ver anexo 6)

2.3.3. Técnicas para la recolección de datos.

Las técnicas e instrumentos de recolección de datos para el desarrollo del presente estudio de caso, se utilizó lo siguiente:

- ✓ Observación Participante – No estructurada: Es una técnica enfocada en visualizar o captar mediante la vista, en forma sistemática, cualquier hecho, fenómeno o situación que se produzca en función de los objetivos de la investigación y sin una guía preestablecida.
- ✓ Encuesta estructurada – formal: Es la que se realiza a partir de una guía prediseñada que contiene las preguntas que serán formuladas al entrevistado. En este caso, la misma lleva por nombre Test - Exploración clínica para disfagias, según Vidal (s.f).

2.3. Diagnóstico.

Se realizó una evaluación inicial, con la adecuada exploración para un diagnóstico eficaz del paciente de estudio de caso, tomando en cuenta lo siguiente: Verificar los síntomas que describe el paciente desde el inicio de la deglución, teniendo en cuenta los signos de alarma para una intervención inmediata realizando el historial clínico, observación y exploración para determinar el tipo de disfagia que presenta.

Así mismo, identificar las áreas neuronales afectadas por el Accidente cerebrovascular (ACV) que sufrió con anterioridad, las cuales son:

- ✓ Lesión hipo e hiperintensa a nivel del tronco cerebral.
- ✓ Lesión isquémica a nivel de protuberancia.
- ✓ Lesiones tálamicas.
- ✓ Lesiones subcorticales parietal izquierda.

De acuerdo, con la resonancia magnética cerebral (RMC) realizada se puede evidenciar las áreas alteradas teniendo estrecha relación con la deglución en sus distintas etapas, el paciente se encontraba orientado en tiempo-espacio y persona.

Se efectuó la encuesta clínica, en una escala de cero (0) a cuatro (4); siendo cero no tengo dificultad y cuatro mucha dificultad, el paciente dio una puntuación mayor a cuatro (4) en la sumatoria final de cada respuesta, obteniéndose como resultado alteración en la ingesta de alimentos líquidos de forma segura y eficaz. (Ver anexo5)

Al realizarse la exploración clínica se observó:

Exploración en la cavidad oral:

- ✓ Poca apertura y cierre de la boca.
- ✓ Sialorrea (babeo).
- ✓ Alteración del sello labial.
- ✓ Poca movilidad de la articulación temporomandibular.
- ✓ Alteración en la motricidad lingual.
- ✓ Hemiparesia facial derecha.

Exploración Faríngea:

- ✓ Voz basal (ronca).
- ✓ Respiración con ronquidos.
- ✓ Tos seca e intensa.
- ✓ Trastorno en la coordinación respiración-deglución (inspiración-apnea-espiración).
- ✓ No presenta elevación laríngea al tragar.

Observación postural, exploración de reflejos arcaicos:

- ✓ Reflejo de succión y mordida presentes.
- ✓ Alteración en el reflejo nauseoso.
- ✓ Apraxia deglutoria.
- ✓ Una vez retirada la sonda nasogástrica presentaba dolor al ingerir alimentos líquidos.
- ✓ Inadecuada postura.
- ✓ Ataxia en la marcha.
- ✓ Disartria.

Después de identificar los antecedentes presentados en el paciente y al no tener una videofluroscopia como respaldo se le realizó, la exploración clínica de deglución por fases de la siguiente forma:

Primera fase – oral preparatoria: con una jeringuilla se dan a tomar 10 ml de agua, esta prueba se repite tres veces consecutivas y si el paciente es capaz de deglutir sin problemas se pasa a la segunda fase. A. Rubiera., Plasencia, Y. Aguilera, (2009). De lo cual presentó:

- ✓ Apraxia lingual (contra resistencia, tipper).
- ✓ Presión inactiva de la masticación (músculos masetero, pterigoideo interno y externo derecho e izquierdo).
- ✓ Alteración en la movilidad mandibular (maxilar inferior).

Segunda fase – oral de transporte – faríngea: consiste en darle a tragar 50 ml de agua en un vaso. La prueba se da como positiva si ocurre goteo bucal de agua, tos o estridor al deglutir, o ausencia de movimiento laríngeo. A. Rubiera., Plasencia, Y. Aguilera, (2009). La prueba fue positiva.

- ✓ Disminución en la capacidad para transportar el bolo alimenticio, deglución fraccionada, poca capacidad en el sello palatogloso y en la fuerza de propulsión.
- ✓ Reducción en el sello nasofaríngeo, retraso en el ascenso laríngeo palpado por los dedos y cronometrado, incompleto sello del esfínter esofágico superior, aspiración.

La fase esofágica es valorada mediante la videofluoroscopia la cual el paciente no pudo realizarse. El paciente detecta a través de la cavidad bucal todo tipo de estimulación sensorial con sabores, mantiene su hemiparesia dando como resultado una asimetría facial.

De acuerdo con la identificación y exploración del paciente, se confirma el diagnóstico: disfagia de origen neurológico, por lo cual el tratamiento va encaminado hacia técnicas facilitadoras y maniobras deglutorias para la correcta alimentación.

CAPITULO III

3. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

3.1. Denominación de la propuesta.

Técnicas facilitadoras y maniobras deglutorias para una correcta y sincronizada ingesta alimenticia en paciente con disfagia de origen neurológico

3.1. Objetivos de la propuesta.

3.1.1. Objetivo General.

- ✓ Efectuar técnicas facilitadoras y maniobras deglutorias para una correcta y sincronizada ingesta alimenticia en paciente con disfagia de origen neurológico.

3.1.2. Objetivos específicos.

- ✓ Analizar el ámbito clínico y físico afectado por disfagia de origen neurológico en paciente.
- ✓ Determinar las técnicas facilitadoras y maniobras deglutorias que permitan la correcta y sincronizada ingesta alimenticia mediante el test de exploración clínica para disfgias, según Vidal (s.f).
- ✓ Aplicar las técnicas facilitadoras y maniobras deglutorias seleccionadas para el paciente con disfagia de origen neurológico.

- ✓ Evaluar la evolución del paciente verificando su estado anterior con el actual.

3.2. Fundamentación de la propuesta.

Las técnicas facilitadoras y maniobras deglutorias, se consideran la mejor intervención inmediata en paciente con disfagia de origen neurológico, debido a que el paciente es un buen candidato porque se encuentra correctamente orientado en espacio y tiempo, estando dispuesto a colaborar con cada terapia que se le realizará. Además, la disfagia no es una patología, sino un grado de síntomas que se encuentran en alteraciones neurológicas, la rehabilitación será efectuado de acuerdo a la etapa deglutoria afectada en el paciente para conseguir un modelo deglutorio seguro.

Por lo anterior, se trata al paciente disfágico fundamentado en: diagnóstico, pronóstico, respuesta a las estrategias compensatorias, capacidad para seguir órdenes, función respiratoria, presencia o no de cuidador y motivación del paciente. Ambrós H. B., (2003). Se cuenta además, con un programa de reeducación deglutoria que busca compensar funcionalmente la dificultad que causa la disfagia, logrando una deglución segura y eficaz; intentando recuperar la función perdida o bien implementar un nuevo mecanismo que reemplace al anterior y permita una alimentación oral segura. Cámpora y Falduti, (2012, pág. 103).

La intervención en casos de pacientes con disfagia de origen neurológico estaría dividida en 3 grupos:

- ✓ Técnicas posturales.
- ✓ Praxias neuromusculares.
- ✓ Maniobras deglutorias.

Técnicas posturales: Mediante estas técnicas se obtiene una adecuada posición sin ocasionar esfuerzo en el tránsito de la ingesta direccionado por la laringe evitando contracciones musculares (ver anexo 7) Se realiza para:

- ✓ Facilitar el tránsito oral.
- ✓ Adecuar el reflejo disparador deglutorio.

- ✓ Praxias posterior de lengua y residuos.
- ✓ Ubicar la epiglotis en una posición más protectora de la vía aérea.

Técnicas de respiración: Respiración costodiafrágica, es fundamental para una adecuada deglución sincronizada con las técnicas posturales, en cada una de las maniobras se necesita este tipo de respiración para beneficiar la ingesta. (Ver anexo 7)

Praxias neuromusculares: (ver anexo 8) Según Rafael (2009), localizó como en todo acto motor, durante la deglución participan distintos niveles de control neural desde la corteza cerebral hasta el bulbo raquídeo, estos músculos que se contraen o inhiben secuencialmente para lograr el pasaje del bolo alimentario están inervados por los nervios craneales: trigémino (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago o neumogástrico (X), espinal o accesorio (XI) e hipogloso (XII). Cuyos nervios proporcionan movimientos coligados a la deglución, la etapa preparatoria oral y oral participa el nervio trigémino V durante la trituración de alimentos, el nervio facial VII en la movilidad de labios y mejillas y el hipogloso XII en la parte sensorial de la lengua, durante el inicio de la etapa faríngea da origen a la acción de los nervios glossofaríngeo IX, vago X y espinal XI, de los cuales se necesita tener una adecuada tonicidad de los mismos, favoreciendo la masticación.

Labios:

- ✓ Orbicular de los labios.
- ✓ Buccinador.

Mejillas / Maxilares:

- ✓ Temporal.
- ✓ Masetero.
- ✓ Pterigoideo interno.
- ✓ Pterigoideo externo.

Lengua:

- ✓ Geniogloso.
- ✓ Palatogloso.

Por su parte, *Luis (s.f)* explica que son varias las causas de las disfagias entre ellas tenemos:

1) *En la etapa Oral por:* distrofia muscular, Enfermedad Parkinsoniana, Traumatismos de boca o lengua.

2) *En la etapa Faríngea por:* ACV, ELA, Divertículo faríngeo.

3) *En la etapa Esofágica por:* esclerosis múltiple, distrofia miotónica, neoplasias, entre otras.

Involucrándose así varias zonas del cerebro relacionadas a la deglución, extendiéndose desde:

Tronco encefálico siendo una de las estructuras neuronales importantes del Sistema Nervioso aceptando los núcleos craneales, las consecuencias al presentarse daños a nivel del mismo, perjudican al bulbo raquídeo mostrando segundos de atraso en el reflejo faríngeo región, que enlaza el cerebro y la medula espinal, así mismo afecta a la protuberancia encontrándose el núcleo motor del nervio trigémino (V), si ambas estructuras se lesionan provocan una reducida elevación faríngea.

Corteza Cerebral: Desarrolla la actividad espontanea al deglutir (opérculo rolándico), comprometiendo de igual forma la cortezas cingular anterior (digestiva), cortezas prefrontal y temporal (examinar sustancias), la cortezas sensoriomotora y la ínsula (deglución orofaríngea).

Protuberancia: Atraso del reflejo faríngeo.

Núcleo basal: Regulariza la deglución.

Cerebelo: Sincroniza la deglución con la respiración.

En otro orden de ideas, se puede decir que los accidentes cerebro vasculares (ACV) causan afección en las áreas cerebrales antes mencionadas, dando como resultado una disfagia de origen neurológico. A consecuencia de estas alteraciones se utilizan maniobras deglutorias como:

- Shaker isométrico e isotónico: Fortifica la musculatura anterior del cuello preparando la etapa faríngea deglutoria aumentando la apertura EES. (ver anexo 9)
- Maniobra supraglótica: Aumenta la coordinación entre la respiración y la deglución evitando el cierre laríngeo incorrecto. (ver anexo 10)
- Maniobra súper-supraglótica: Evita el cierre laríngeo incorrecto aumentando la retracción lingual. (ver anexo 10)
- Maniobra deglución-forzada: Contrae los músculos supra e infrahiodeos aumentando la contracción de la boca. (ver anexo 11)
- Maniobra de Masako: Evita los residuos que existan en la boca aumentando la correcta ingesta (glosofaríngeo), estimulando los constrictores laríngeos. (ver anexo 12)
- Maniobra de Mendelssohn: Desarrolla la elevación voluntaria de la laríngea y apertura del EES. (ver anexo 13)

El tiempo de ejecución de la intervención anteriormente planteada, se encuentra inmersa en el período de Octubre 2017 a marzo 2018, donde el paciente se adapta a las técnicas descritas, favoreciendo la ingesta de alimentos líquidos y semisólidos del paciente mejorando su calidad de vida.

3.3. Planteamiento de la propuesta.

3.3.1. Actividades y tareas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDAD VINCULADA	TAREAS A DESARROLLAR
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analizar el ámbito clínico y físico afectado por disfagia de origen neurológico en paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Escrutinio del historial clínico (HC) y exploración física del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar al detalle la información proporcionada por HC, para obtener el diagnóstico del médico tratante y fisiatra
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consultar la información encontrada con el personal de Terapia de Lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicación del Test - Exploración clínica para disfgias.
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar al detalle la información recolectada y contrastar el diagnóstico inicial con el obtenido.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discusión del caso con el equipo multidisciplinario tratante. 	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar las técnicas facilitadoras y maniobras deglutorias que permitan la correcta y sincronizada ingesta alimenticia. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión documental. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explorar literatura física sobre las técnicas a utilizar
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Selección del tipo de rehabilitación pertinente al objeto de estudio. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verificar documentación y videos de las posibles técnicas a implementar en la web.
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar listado de las terapias deglutorias a realizar para el paciente con disfagia de origen neurológico.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plantear un plan de acción para la aplicación de las técnicas y maniobras seleccionadas.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplicar técnicas facilitadoras y maniobras deglutorias seleccionadas para el paciente con disfagia de origen neurológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definir las actividades a realizar según el plan de acción. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar con el equipo multidisciplinario el Plan de acción planteado
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Establecer las técnicas y maniobras a realizar en el paciente
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejecutar el plan de acción con las técnicas y maniobras seleccionadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Practicar las técnicas facilitadoras y maniobras deglutorias seleccionadas para el paciente
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registrar los resultados obtenidos en la HC para posterior evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluar la evolución del paciente verificando su estado anterior con el actual. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisar los resultados 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Examinar los resultados en la HC
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comparar el estado del paciente con su estado inicial
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajustar el plan 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar si existe o no mejoría en el sujeto objeto de estudio
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Finalizar el plan de acción con las técnicas y maniobras deglutorias

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarilis Barbié Rubiera, L. M. (2009). *Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización.* Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000100007
- Amarilis Barbié Rubiera, L. M. (Febrero de 2009). *Sielo.* Obtenido de Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización.: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000100007
- Ambrós, H. B. (2003). *Tratamiento de la disfagia orofaríngea.* Obtenido de [file:///C:/Users/PC/Downloads/S0048712003733313_S300_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/S0048712003733313_S300_es%20(1).pdf)
- Ambrós, H. B. (2015). *Tele-Rehabilitación en la Disfagia Orofaríngea.* Obtenido de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=69652>
- Catalina Florin Dequero, C. M. (2004). *Evaluación de deglución en pacientes con accidente vascular encefálico agudo.* Obtenido de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/florin_c/doc/florin_c.pdf
- Falduti, H. C. (09 de Mayo de 2012). *Evaluación y tratamiento de las disfagias.* Obtenido de <http://www.scielo.org.ar/pdf/ramer/v12n3/v12n3a04.pdf>
- Gonzalo Nazar M., A. O. (07 de Julio de 2009). *Evaluación y manejo integral.* Obtenido de fisiología de la deglución: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4%20julio/449_disfagia_orofaringea-9.pdf
- López, J. J. (2002). *Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual.* Obtenido de <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/3321.pdf>
- Luis A. Vázquez Pedreño, J. M. (s.f.). *Disfagia.* Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/disfagia.pdf>
- Luis A. Vázquez Pedreño, J. M. (s.f.). *Disfagia.* Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/disfagia.pdf>
- Madueño, M. A. (2013). *La disfagia (Parte III): "tratamiento de la disfagia orofaríngea".* Obtenido de <https://logopediayformacion.blogspot.com/2013/09/la-disfagia-parte-iii-tratamiento-de-la.html>
- Médica, S. E. (2018). *Info Radiología.* Obtenido de Resonancia Magnética Cerebral: <http://www.inforadiologia.org/modules.php?name=webstructure&lang=ES&idwebstructure=315>
- Onmeda, R. (19 de Marzo de 2012). *Onmeda.es Para tu Salud.* Obtenido de Disfagia (dificultad en la deglución): <https://www.onmeda.es/sintomas/disfagia.html>
- P., A. R. (Enero de 2007). *Videofluoroscopia y disfagia neurogénica.* Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000100002

- Pere Clavé, V. A. (28 de Marzo de 2007). *Diagnóstico y tratamiento de la disfagia*. Obtenido de <http://scihub.tw/http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X0771672X>
- Ponce, M. (2016). *Trastornos de la deglución*. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-trastornos-deglucion-un-reto-el-13110504>
- Rafael González V., J. A. (2009). *Disfagia en el paciente neurológico*. Obtenido de control neurológico de la deglución: <https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/disfagia.pdf>
- Rojas, C. J. (s.f.). *Disfagia*. Obtenido de [file:///C:/Users/PC/Downloads/S35-05%2053_III%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/S35-05%2053_III%20(1).pdf)
- Torres, A. (s.f.). *Puente de Varolio: estructuras, características y funciones*. Obtenido de <https://psicologiaymente.net/neurociencias/puente-varolio>

ANEXOS

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Trabajo de investigación. ***"DISFAGIA DE ORIGEN NEUROLÓGICO, ALTERNATIVAS DE REHABILITACIÓN"***

Estimado paciente, por medio de la presente se le solicita amablemente participar en este estudio de caso clínico, colaborando garantizándole que los datos y fotos se manejaran de forma totalmente anónima. Requiriendo su contribución en alguno de sus datos generales solo con el fin de organizar la información. Los datos obtenidos serán confidenciales; solamente se darán a conocer los resultados generales y las respuestas concretas de la investigación. No está obligado a responder a todas las preguntas.

Usted puede negarse a participar en el mismo de forma voluntaria.

Este caso clínico responde al trabajo de terminación de la Licenciatura en Terapia de Lenguaje.

Para cualquier pregunta puede consultar a la autora: ***Jamileth Dayana Loor Cevallos***, en la FCM-ULEAM o a la siguiente dirección de correo electrónico: jamiX.o18@gmail.com.

Autora: Jamileth Loor Cevallos.


Aceptación del paciente.

ANEXO 2. Historial clínico del paciente.


 Ministerio de Salud Pública
 CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL ESPECIALIZADO Nº 3

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO	EDAD	HISTORIA CLINICA
CSUFI	LUIS FRANCISCO	KONEIRO	M	7	13613

1 MOTIVO DE CONSULTA
 General de ECV Tronco Cervical el 31/8/17

2 ANTECEDENTES PERSONALES
 Paciente con APP Epilepsia
 Diabetes tipo 2 + acumbant

3 ANTECEDENTES FAMILIARES

4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL
 Paciente con sospecha de epilepsia en la
 zona cervical el 31/8/17.
 Causa secundaria por lesión del eje
 C4-C5 y quistes + trastornos de
 la glucemia.

5 REVISION ACTUAL DE ORGANOS Y SISTEMAS
 Tronco Espinal - cuello y dorso.
 PMSB / Talla 1605 - 66g.

6 SIGNOS VITALES

FECHA	20-9-17	10:00			
PRECIOSARIAL	110/70	110/80			
PULSO x min	92	62			
TEMPERATURA °C	36.2	36			

7 EXAMEN FISICO
 VSA sin ruidos vasculares presentes por
 el cuello - orofaringe - pulmones - abdomen
 - de la parte superior - de la parte inferior
 de la parte inferior.
 Tronco del eje de la parte superior y la parte
 inferior de la parte superior. Espinal en
 la parte superior.

8 DIAGNOSTICOS

	CE	PRE DEF	PRE-PRISUNTIVO	DEF-DEFINITIVO	CE	PRE DEF
1 Exceso de Tronco Cervical				epilepsia		
2 Diabetes				trastorno de la glucemia		

9 PLANES
 DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICOS Y EDUCACIONALES

1) TPA x 20 sesiones
 ver hoja de Ho

2) TL 1 ciclo. ver hoja de Ho.

3) Vigilancia de la glucemia.

Fecha de ingreso: 20/9/17 Hora de ingreso: Médico: Firma:
 CONSULTA EXTERNA - ANAMNESIS Y EF

EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES (2)

ANEXO 3. Historial clínico del paciente.

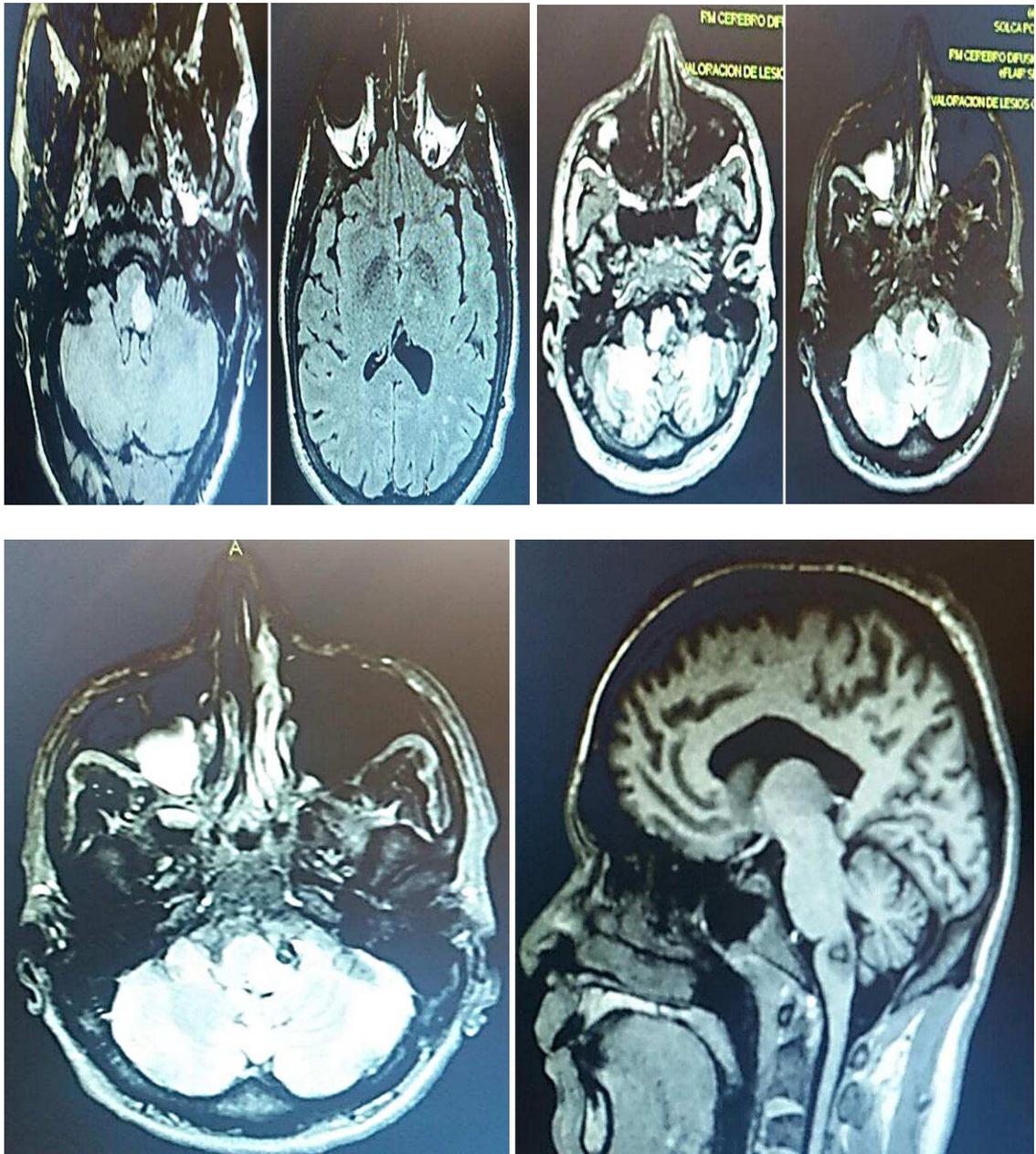
CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL ESPECIALIZADO

FECHA (DÍAS Y HORAS)	HORA	EVOLUCION	PRESCRIPCIONES
05-04-11	9:00	<p>Paciente de 36 años de edad con antecedentes de E.E.S. + historia de epilepsia, paciente refiere que al día del evento para el día la cabeza se dormía y al despertar podía caminar, se balanceó, perdió el equilibrio, y días después del evento le colocaron sonda nasogástrica, como antecedente personal: Epilepsia, tabaquismo, antecedentes familiares negativos, el paciente presenta dificultades para leer, escritura, cálculo, memoria reciente sin complicaciones, lenguaje expresivo y comprensivo. Al día, comienza a recibir palidos en capilares por el uso de Bicarbonato de sodio con electrolitos.</p>	
11-10-2016		<p>En Buen Devenir: Paciente con evolución favorable, puede manejar una dieta líquida y se le indicó alimentación para su alimentación y se aplicaron Eps. Datos de los parámetros del H.O.P. Desnude de la resistencia y está asociada a la epilepsia por factores genéticos del E.E.S. en proceso.</p>	Sugiero Continuar
18/10/17		<p>Pruebas de un día. Buenas adaptaciones reportadas por el paciente y repudio por parte. Tasa de la que se ve y mejor que el resto y se ve el resto. Tasa de la que se ve y mejor que el resto.</p>	<p>Leu-puff de ciclo Temperatura establecida Pulsos Regulares Presión 10 ser y Respiración Normal Eps. en</p>

INS-MSP / HCU-form.002 / 2007

CONSULTA EXTERNA - EVOLUCION

ANEXO 4. Imágenes de resonancia magnética cerebral (RMC) del paciente.



ANEXO 5. Según Vidal (s.f), protocolo de evaluación para las disfagias

Laura Vidal Pastor-Logopeda a domicilio

Protocolo de evaluación de la disfagia orofaríngea

Datos personales

Fecha: 1 de Noviembre del 2017.
Nombre y apellidos: Luis Fernando Moreira
Altura: _____
Peso: _____
Edad: 35 años

Encuesta clínica EAT-10

Describe brevemente su problema de deglución:

Responda a cada pregunta en la casilla correspondiente de la derecha a su valoración indicando ¿hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

Puntuaciones:

- 0 = No tengo dificultad
- 1 = Apenas tengo dificultad
- 2 = Dificultad moderada
- 3 = Bastante dificultad
- 4 = Mucha dificultad

Www.lauravidalpastor.com
Telf: 670713243

	0	1	2	3	4
1. Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso		/			X
2. Mi capacidad para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa					X
3. Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra		/		X	
4. Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra					X
5. Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra					X
6. Tragar es doloroso					X
7. El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar					X
8. Cuando como la comida se me queda pegada a la garganta					X
9. Toso cuando como			X		
10. Tragar es estresante				X	

Exploración cavidad oral				Observaciones
Apertura y cierre de boca	0	1	(2)	
Babeo y producción de saliva: hiposaliva/sialorrea			2	
Sello labial			2	
Motricidad y sensibilidad labial			2	
Maxilar: posición mandíbula, movimientos del inferior, articulación temporomandibular	2			
Estado de los dientes, naturales o prótesis	naturales			
Forma del paladar: natural o prótesis	natural			
Motricidad lingual			2	
Sensibilidad lingual		1		

Respiración: tipo y capacidad	Respiración sup-costal			
Existencia de cicatrices en enfermos oncológicos				

Puntuación:

0= NO hay dificultad

1= Poca dificultad o afectación

2= Mucha dificultad o muy afectada

Exploración faringe				Observaciones
Movilidad úvula y velo del paladar	(0)	1	2	
Voz, características de la voz basal: ronca, suave, afónica, normal	VOZ RONCA			
Estertor faríngeo (resp ronquido, gorgoros, mocos)			2	
Capacidad de toser				seca
¿Es capaz de tragar saliva?	0			SI
Coordinación respiratoria-deglución: inspiración-apnea-espriación			2	alteración
Cicatrices o retracciones en enfermos oncológicos	SI		NO	
Elevación laríngea al tragar			2	
Integridad de pares craneales			2	VI - VII

Exploración de reflejos arcaicos	Observaciones
Presencia de reflejos arcaicos como el de succión y mordida	presencia
Disminución de los reflejos condicionados	
Presencia de movimientos involuntarios linguales	alterado,
Apraxia deglutoria	presente
Disminución de la sensibilidad faríngea y del reflejo de tos	presente.

EXPLORACIÓN CLÍNICA DE LA DEGLUCIÓN POR FASES.

Fase oral preparatoria

¿Qué se explora?	
Competencia del esfínter labial	alterado
Movimientos linguales <ul style="list-style-type: none"> • simples • contra resistencia 	Alterados.
Masticación	Aprosia mandibular.
Movilidad de la mandíbula	presentando presión inactiva de la masticación
Sensibilidad orofaringe derecha e izquierda	
Capacidad de limpieza de los surcos gingivolabiales	alterados
Capacidad de realizar Tipper	alterado

Fase oral de transporte

¿Qué se explora?	
Capacidad para transportar el bolo	Disminución
Sello palatogloso	Disminución
Fuerza en la propulsión	Disminución.

Fase faríngea

¿Qué se explora?	
Calidad vocal	
Retraso del disparo deglutorio	Retraso en el ascenso laríngeo palpado por los dedos.

ANEXO 6. Exploración de la cavidad oral y del cuello. Observar postura, el tono, presencia de reflejos arcaicos (succión y mordida), estado de alerta. Exploración clínica de la deglución por fases.





ANEXO 7. Aplicación de técnicas posturales sincronizadas con la respiración

ANEXO 8. Praxias neuromusculares.



ANEXO 9. Shaker isométrico – isotónico.



ANEXO 10. Maniobra supraglótica. Maniobra súper-supraglótica.



ANEXO 11. Deglución forzada.



ANEXO 12. Maniobra de Masako.



ANEXO 13. Maniobra de Mendelssohn.

