



**UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ**

**Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento en la  
rehabilitación de la disfagia**

**AUTORA:**

**Reyes Regalado Johanna Gabriela**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**TERAPIA DE LENGUAJE**

**Manta Diciembre 2019**

## **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 proyecto de investigación, cuyo tema del proyecto es **“Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento en la rehabilitación de la disfagia ”**, 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 a la señorita Reyes Regalado Johanna Gabriela estudiante de la carrera de Terapia de Lenguaje, período académico 2015(1) - 2019(2), 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, 03/12/2019

Lo certifico,

Lcda. Majiory Esmeralda Ibarra García  
**Docente tutora del proyecto de investigación**

## **Tribunal de Sustentación**

### **Miembros del tribunal**

### **Firmas**

Lcda. María Elena Carreño Mg

\_\_\_\_\_

Lcda. Rocío Pérez Mendoza, Mg

\_\_\_\_\_

Dr. Yovany Pérez Suárez

\_\_\_\_\_

### **Calificación Trabajo de Graduación**

Calificación Trabajo Escrito:

\_\_\_\_\_

Calificación Sustentación de proyecto De  
Investigación:

\_\_\_\_\_

Nota Final de Trabajo de Graduación:

\_\_\_\_\_

**Lo Certifico,**

\_\_\_\_\_

**Lcda. Alexandra Bailón.**

**Secretaria de la carrera de Terapia de Lenguaje.**

## **Dedicatoria**

Este logro es muestra del esfuerzo, la dedicación y del amor de muchas personas que siempre han estado a mi lado y a quienes agradezco con estas cortas palabras.

Dedico este trabajo a Dios por amarme, por crearme, darme fuerzas y salud para ir cumpliendo cada meta propuesta.

A mis padres por ser el motor de mi vida, los que cada día han dado lo mejor de sí para apoyarme en todo durante esta etapa de mi vida.

A mi hermana por ser mi compañera de vida y regalarme muchos momentos de alegría.

A mis abuelos, tíos, primos, amigos por acompañarme siempre.

A todos ellos les dedico este trabajo y a través de él, les agradezco su incondicional apoyo durante todo este tiempo.

## **Agradecimiento**

Agradezco a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí y a la Facultad de Ciencias Médica carrera Terapia de Lenguaje la misma que me abrió las puertas para poder estudiar mi carrera y formarme como profesional, a cada una de las autoridades y docentes por sus conocimientos y dedicación brindada.

Expreso un gran agradecimiento también a la tutora del proyecto Lcda. Majiory Ibarra García, por el tiempo dedicado, sus sabios conocimientos que me supieron guiar y orientar durante el proceso de elaboración del presente proyecto.

Y para finalizar, también agradezco a todas aquellas personas que de una u otra manera fueron participes e hicieron posible este proyecto.

## **Declaración de autenticidad y responsabilidad**

Yo, Reyes Regalado Johanna Gabriela portadora de la CI No. 131361274-7 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como el informe final, previo a la obtención el 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 de un trabajo y propuesta de intervención y luego de la redacción del mismo documento son de mi exclusiva responsabilidad académica.

---

Reyes Regalado Johanna Gabriela

*CI: 131361274-7*

## CONTENIDO

Certificación .....	I
Tribunal de Sustentación .....	II
Dedicatoria.....	III
Agradecimiento .....	IV
Declaración de autenticidad y responsabilidad .....	V
Resumen.....	VI
Absstract.....	VII
Introducción.....	1
Formulación del problema .....	5
Preguntas directrices .....	5
Delimitación del contenido .....	6
Delimitación espacial .....	6
Unidades de observación .....	6
Hipótesis .....	7
Variables .....	7
Variable dependiente .....	7
Variable independiente .....	7
Objetivos .....	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos .....	8
Capítulo I.....	9
Marco Teórico.....	9
1.1 Rehabilitación de la disfagia .....	9
1.2 Disfagia y parálisis cerebral infantil.....	11
1.3 Signos y síntomas de la disfagia.....	12
1.4 Tipos de parálisis cerebral y su relación con la disfagia .....	13

1.5 Tratamiento y rehabilitación de la disfagia .....	14
1.6 Terapia de incremento sensorial.....	16
1.7 Estimulación táctil .....	17
Capitulo II.....	18
2.1 Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento .....	18
2.2 Clasificación de las maniobras deglutorias. ....	18
2.3 Técnicas de posicionamiento.....	21
Capitulo III.....	23
3.1 Diagnósticos o Resultados .....	23
3.2 Resultados.....	24
3.3 Interpretación de resultados .....	34
Capitulo IV .....	35
4.1 Diseño de la propuesta.....	35
4.2 Denominación de la propuesta .....	35
4.3 Objetivos.....	35
Objetivo General.....	35
Objetivos Específicos.....	35
4.4 Fundamentación de la propuesta.....	35
4.5 Resultados esperado de la propuesta .....	36
Conclusiones.....	39
Recomendaciones .....	40
Referencias bibliográficas: .....	41
Anexos .....	43



## Resumen

Los altos índices de disfagia en los niños con Parálisis Cerebral (PC) han convertido a este problema en objeto de estudio, cada día se aplican diferentes terapias y otras alternativas que mejoren la calidad de vida de los niños, evitando o mejorando las complicaciones que ésta presenta. La disfagia no puede considerarse como una enfermedad, pero sí como un síntoma que necesita ser evaluado, diagnosticado y tratado por un equipo de profesionales. Los niños con Parálisis que presentan problemas de deglución y no son tratados pueden correr el riesgo de tener complicaciones respiratorias o nutricionales.

En la actualidad el tratamiento para la disfagia es integral y enfoca aspectos básicos como postura, maniobras deglutorias, técnicas de posicionamiento, tratamiento nutricional, terapias sensoriales y manejo clínico, todas enfocadas en mejorar el funcionamiento motriz, compensar las carencias en los movimientos musculares causadas por los daños neurológicos en el proceso de deglución.

El objetivo de este trabajo de investigación fue abordar desde un punto de vista bibliográfico una de las terapias más usadas por los profesionales en el tratamiento de la disfagia, las maniobras deglutorias y las técnicas de posicionamiento a fin de poder capacitar a los padres y que ellos aprendan como abordar de manera adecuada este síntoma a través de esta terapia rehabilitadora. Y que a través de ella puedan aplicar en sus hijos herramienta que mejoren su calidad de vida.

Palabras Claves: Parálisis cerebral, disfagia, maniobras deglutorias, técnicas de posicionamiento

## **Abstract**

The high rates of dysphagia in children with cerebral palsy (PC) have made this problem an objects of study, different therapies and other alternatives are applied every day that improve the quality of life of children, avoiding or improving the complications that this present. Dysphagia cannot be treated as a disease, but as a symptom that must be evaluated, diagnosed and treated by a team of professionals. Childrean with paralysis who have trouble swallowing and do not receive tratment may be at risk of respiratory or nutritional complictions.

Csrrrently, the tratment for dysphagia is comprehensive and focuses on basic aspects such as posture, swallowing maneuvers, positioning techniques, nutritional treatment, sensory therapies and clinical management, all focused on improving motor functioning, compensating the lack of muscle movements caused by neurological damage in the swallowing process.

The objective of this research work was to address from a point of view one of the therapies most used by professionals in the treatment of dysphagia and this is the technique of maneuvering and swallwing positioning to train parents and learn how to address adequately this symptom through this rehabilitation therapy. And through it they canapply tolos that improvise their quality of life in their children.

Keywords: cerebral palsy, dysphagia, deglutory maneuvers, positioning techniques

## **Introducción**

El término disfagia proviene de dos palabras griegas, “dys” (dificultad) y “phagia (comer). La disfagia es una sensación subjetiva de dificultad para que el alimento pase de la boca al estómago, puede deberse a alteraciones orgánicas o a dificultades funcionales y afectar a pacientes de todas las edades. En el caso específico de los niños con Parálisis Cerebral Infantil la disfagia se produce por una alteración en las estructuras neuronales que controlan los mecanismos de secuencia y coordinación de la deglución y se la conoce con el nombre de disfagia neurogénica. (García, Velascos y Frías 2012).

La disfagia es uno de los problemas más frecuente en los niños con Parálisis Cerebral Infantil, la probabilidad de que un paciente con PC la padezca es de un 65% además en estos niños también se asocia con el 90% de casos de desnutrición (Bacco, Araya, Flores y Peña 2014).

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en Ecuador analizó la prevalencia de la disfagia neurogénica en niños con parálisis cerebral infantil de 3 a 9 años, y se demostró que del total de niños el 62% presentó disfagia moderada, el 24 % disfagia leve, el 6% disfagia severa y solo un 6% no presentó este trastorno. Lo que muestra que la prevalencia de este problema es muy alta, aún más cuando en este país existen 242.340 infantes diagnosticados con PCI.

Para algunos autores la causa principal de la disfagia neurogénica es el compromiso motor debido al daño neurológico existente, lo que afecta a los músculos de la boca, cara, laringe y a nervios tan importantes como el glossofaríngeo.

Para comprender como se produce la disfagia es necesario en primer lugar definir que es la deglución y cómo se lleva a cabo este proceso fisiológico vital para los seres humanos. La deglución es la actividad mediante la cual se transporta sustancias sólidas, líquidas y saliva desde la boca al estómago. Para una deglución eficaz es necesaria una compleja actividad neuromuscular controlada por el sistema nervioso central y

periférico. El proceso de deglución se divide en tres etapas oral, faríngea y esofágica. (Clavé, R., 2004).

Según (Campora H., 2012) la deglución empieza con el ingreso de sustancia sólida o líquida a la boca (bolo alimenticio) donde es regulado por un sistema de válvulas que se abren y cierran en forma precisa ayudando a que la epiglotis y las cuerdas vocales desciendan. Es aquí cuando la epiglotis realiza una báscula de 145 grados debido al ascenso del hueso hioides y el peso del bolo de esta forma cierra la laringe. Por debajo de la glotis se produce una presión subglótica que facilita el tragar, cuando una de estas etapas se ve alterada en su coordinación o eficacia se origina la disfagia, impidiendo una adecuada transición del alimento y aumentando el riesgo de que residuos puedan pasar al sistema respiratorio.

En la disfagia neurogénica pueden presentarse desde situaciones simples como son: dificultad para mantener alimentos en la boca, movimientos involuntarios de la lengua, insuficiente producción de saliva, problemas de masticación, hasta situaciones de mayor gravedad como son: desnutrición, deshidratación, neumonías y obstrucción de la vía aérea superior, pero el mayor problema o preocupación del equipo médico ante la disfagia es la aspiración es decir el ingreso del material orofaríngeo por debajo del plano glótico. Pero también existen complicaciones psicológicas difíciles de sobrellevar como el miedo o estrés de los niños, padres o cuidadores a la hora de la alimentación. (Le Metayer, 1996).

Como ya se mencionó con anterioridad una de las poblaciones con altos índices de disfagia sea leve moderada o grave es la de niños con PCI solo un 6% del total de casos no presenta este problema, cabe recordar que el daño cerebral impide el normal funcionamiento de los músculos y nervios faciales, esta es la razón por la cual la disfagia se ha vuelto un síntoma común en esta población. Los síntomas anteriores se suelen sumar a otros que son evidentes en la mayoría de casos, según (Hines, 2011) sumado a esto suele presentarse babeo excesivo, respiración forzada, masticación muy débil, presencia de tos y arcada, respiración ruidosa, postura inadecuada debido a la espasticidad muscular, todo esto genera problemas en la ingestión de alimentos, pero en algunos casos la situación de ellos se agudiza al no poder expresar con claridad sus necesidades, los padres de familia o cuidadores no saben cómo intervenir en la hora de

la alimentación, desconocen del tema, llegando a pensar que ante la presencia de síntomas se debe dejar de alimentar al niño lo que causa serios problemas de mal nutrición, incluso algunos niños se ven afectados psicológicamente y pierden el interés por alimentarse. Ante esto (Bacco, 2014) menciona que la calidad de vida tanto de niño que presenta PCI como de los familiares que los rodean puede ser perturbada debido a los trastorno de deglución y que se debe intervenir de forma adecuada.

El tratamiento de la disfagia neurogénica incluye: manejo compensatorio (control clínico) y estrategias terapéuticas (maniobras deglutorias, técnicas de posicionamiento, y ejercicios que mejoren la movilidad), todo esto bajo la supervisión de un equipo de profesionales, Para (Cereijo, 2015) con esta intervención se busca la rehabilitación de aspectos claves como la relajación, facilitación postural, mejorar la calidad de vida del paciente y la inclusión de familiares en la terapia.

A estas técnicas se las conoce como maniobras deglutorias o de posicionamiento y son estrategias diseñadas de manera específicas para pacientes que presentan problemas o limitaciones en su proceso deglutorio, volviéndolo seguro y sin poner en riesgo su vida. (Cereijo, 2015)

Según las bibliografías consultadas las maniobras deglutorias y las técnicas de posicionamiento han dado muchos resultados beneficiosos como lograr una alimentación segura, mejorar la postura corporal, disminuir riesgos de atragantamiento, ayudar en el control de la sialorrea, los especialistas la usan con mucha frecuencia para ayudar en la recuperación de los pacientes en su ingesta oral adecuada, haciendo del proceso de alimentación lo más normal posible.

No todas las personas cercanas a los niños con PCI tienen conocimientos que las maniobras deglutorias y las técnicas de posicionamiento sean parte eficaz de la rehabilitación de la disfagia, esto incluye a padres de familia e incluso algunos profesionales no las practican con mucha frecuencia dentro de sus terapias, privando a los niños de los beneficios que éstas brindan.

Existen muchas maniobras de deglución y técnicas de posicionamiento, pero no todas son aplicables en los niños con parálisis cerebral Infantil porque muchas necesitan

la cooperación del paciente, en muchos casos los niños con parálisis cerebral no pueden seguir indicación del terapeuta de lenguaje lo que vuelve contraproducente su uso.

En la ciudad de Jipijapa, se encuentra la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís”, institución que atiende a niños con necesidades educativas especiales, el 30% de sus estudiantes presentan parálisis cerebral infantil. En este centro de educación existe un profesional en terapia de lenguaje quien se encarga de aplicar en los niños diferentes ejercicios o técnicas que ayuden en su recuperación, sin embargo las maniobras de deglución y técnicas de posicionamiento no son usadas. Otro problema evidente en esta institución es el estrés que viven muchos niños a la hora de alimentarse, este se evidencia a la hora del receso, los periodos de alimentación se extienden prolongadamente, algunos niños no alcanzan a comer toda la porción de alimento durante este tiempo lo que causa decepción en muchos padres. Por su parte los padres de familia no conocen de técnicas o maniobras que faciliten la alimentación de sus hijos mucho menos cuales son las adecuadas para PCI, pero son conscientes que las tos que presentan sus hijos al comer, el babeo excesivo, los movimientos involuntario de la lengua, han hecho que sus hijos sufran episodios de ahogo, lo que les causa miedo al alimentarlos, por no sabe cómo en caso de episodios de atragantamiento. También se debe recalcar que en la institución no cuenta con todos los materiales (bibliográficos, físicos, terapéuticos) necesarios sobre técnicas, ejercicios, maniobras que los niños requieren para el tratamiento de la disfagia.

Por lo mencionado el presente proyecto de investigación está diseñado para determinar cuáles son las maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento beneficiosas en la rehabilitación de la disfagia y que ayudan a mejorar la calidad de vida de los niños proporcionando herramientas terapéuticas eficientes y seguras. Además es necesario educar a los padres de familia y docente sensibilizándoles sobre la importancia de ser usadas a la hora de la alimentación y también se aportará con una guía educativa ayudando a abordar el problema y dar una respuesta a la situación que se presenta.

Por esta razón es necesario plantear la siguiente problemática ¿De qué manera inciden las maniobras de deglutorias y las técnicas de posicionamiento en la rehabilitación de la disfagia, en niños con PCI de 4 – 10 años que asisten a la Unidad Educativa

Especializada Ana Luz Solís? A fin de dar respuesta por medio de los objetivos planteados.

La metodología de este proyecto es descriptiva – correlacional, porque se podrán analizar dos variables y observar la relación entre ambas. Para conocer más sobre la problemática y los resultados obtenidos, se usará la técnica de observación y el instrumento del cuestionario (Anexo 6), el mismo que será dirigida a los 20 padres de familia cuyos hijos de entre cuatro a diez años han sido diagnosticados con parálisis cerebral infantil y asisten a la Unidad de Educación Especializada Ana Luz Solís.

Es un proyecto factible por sus objetivos son alcanzables y de gran interés para toda la comunidad educativa y para futuros investigadores, es viable porque se contará con el apoyo de todos los involucrados para su realización.

Se elaborará de una guía básica gráfica que eduque sobre maniobras de deglución y técnicas de posicionamiento, la misma tendrá un lenguaje sencillo y de fácil interpretación.

Este proyecto tendrá un impacto positivo en la rehabilitación de los niños, en la institución especialmente para el área de terapia de lenguaje y también beneficioso para los padres de familia ya que con los conocimientos adquiridos podrán intervenir en la rehabilitación diaria de sus hijos.

### **Formulación del problema**

¿De qué manera inciden las maniobras deglutorias y las técnicas de posicionamiento en la rehabilitación de la disfagia, en niños con PCI de 4 – 10 años que asisten a la Unidad Educativa Especializada Ana Luz Solís?

### **Preguntas directrices**

¿En qué medida las maniobras deglutorias y las técnicas de posicionamiento son beneficiosas en la rehabilitación de la disfagia?

¿Cuáles son las maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento más beneficiosas en la rehabilitación de la disfagia de los niños con PCI de la Escuela de Educación Especializada Ana Luz Solís?

¿Cuál es el impacto de educar sobre maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento los padres de familia en la rehabilitación de la disfagia?

### **Delimitación del contenido**

Campo: Educación; Área: Rehabilitación de la disfagia; Aspecto: Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento en la rehabilitación de la disfagia.

### **Delimitación espacial**

El proyecto de investigación se realizó en la Escuela de Educación Especializada Ana Luz Solís, de la Ciudad de Jipijapa.

### **Delimitación temporal**

El trabajo de investigación se desarrolla en el período de 2019 (2).

### **Unidades de observación**

La muestra a usarse es de veinte niños de 4 a 10 años de la Unidad Educativa Especializada Ana Luz Solís y han sido diagnosticados con Parálisis cerebral Infantil y sintomatología de disfagia y sus respectivos padres.



## **Hipótesis**

Las maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento sirven como herramientas de rehabilitación en la disfagia en los niños y niñas con parálisis cerebral que asisten a la Unidad Educativa especializada Ana Luz Solís.

## **Variables**

### **Variable dependiente**

- Rehabilitación de la disfagia.

### **Variable independiente**

- Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Determinar que maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento son más beneficiosas en la rehabilitación de la disfagia, de los niños con PCI de 4 -10 años de la Escuela de Educación Especializada Ana Luz Solís.

### **Objetivos específicos**

- Establecer que maniobras y técnicas presentan mayor eficiencia y son más seguras para ser utilizadas en los niños con PCI
- Capacitar a los padres de familia y docentes de la institución sobre “Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento” sensibilizando sobre su importancia.
- Elaborar una guía básica que eduque a docentes y a padres de familia en cómo intervenir con maniobras y ejercicios que ayuden a la rehabilitación de sus hijos, desde sus respectivos hogares.

# Capítulo I

## Marco Teórico

Variable 1

### 1.1 Rehabilitación de la disfagia

La deglución es un proceso indispensable, para que el ser humano obtenga energía e hidratación. La deglución tiene 3 etapas: La oral (voluntaria) donde ingerimos alimentos a la cavidad oral, se da la masticación y se forma el bolo, la contención oral y el inicio de la deglución o transferencia del bolo hacia la faringe. La orofaríngea (involuntaria) donde el paladar blando se eleva para sellar la nasofaringe, la laringe va hacia adelante y la epiglotis hacia atrás, el esfínter del esófago se abre y la lengua empuja el bolo hacia el esófago, la faringe se contrae cerrando el esfínter superior. Y por último la fase esofágica (involuntaria) donde el esófago se contrae el esfínter esofágico relaja y el bolo llega al estómago. (Cereijo, 2015)

En este proceso se pueden presentar diferentes dificultades que ponen en riesgo el estado nutricional de los pacientes y generan varias complicaciones respiratorias, poniendo en peligro las vías aéreas. Una de estas dificultades es la disfagia, un síntoma que necesita de rehabilitación y que no puede ser ignorado especialmente en pacientes vulnerables (niños y adultos con discapacidad, enfermos neurológicos, catastróficos, crónicos, y pacientes con problemas psicológicos o psiquiátricos).

Algunos autores han definido la disfagia como la dificultad de deglutir, tragar, masticar, beber, succionar alimentos sólidos y líquidos, impidiendo el paso del bolo alimenticio de la boca al estómago, acompañado de una sensación de atragantamiento. La disfagia regularmente está implicada a una alteración anatómica o funcional en cualquiera de las fases de la deglución: preparatoria oral, oral, faríngea y esofágica.

Una de las clasificaciones más amplia es mencionada por (Fernando, 2016) quién explica lo siguiente: Según su etiología la disfagia se clasifica en estructural, funcional y psicógena, de acuerdo a la parte afectada pueden ser orofaríngea, esofágica, según la

calidad del alimento que se ingiere la clasifica en disfagia a sólidos, líquidos, o mixta y según la severidad puede ser leve, moderada y grave.

En la disfagia leve se evidencia una masticación y deglución eficiente ante una gran gama de alimentos, la dificultad se presenta ocasionalmente y en ciertos episodios, con el uso de algunas técnicas la deglución mejorar casi en su totalidad.

La disfagia Moderada requiere de dietas o alimentos blandos porque existe gran dificultad ante los sólidos, la supervisión constante a la hora de la alimentación y un tratamiento resultan beneficiosos y evita accidentes. En cambio en la disfagia Moderada Severa la ingesta oral no es exitosa y puede resultar peligrosa, por esta razón el terapeuta debe estar presente en todo momento supervisando al paciente. La disfagia severa por su parte no permite que el paciente sea alimentado por la boca ante esto es necesario métodos alternativos.

La Organización Mundial de Gastroenterología en uno de sus últimos documentos relacionado a la disfagia la conceptualiza y clasifica así:

Disfagia orofaríngea.- La cual puede presentarse en jóvenes y adultos mayores por múltiples causas, en los jóvenes regularmente se da por infecciones o enfermedades musculares como: miositis fibrosis, barra cricofaríngea, distrofia muscular, mientras que en las personas mayores las causas frecuentes son los accidentes cerebrovasculares, Parkinson y demencia. No siempre puede ser atribuido al proceso de envejecimiento. Otras causas menos comunes son neoplasias orofaríngea malignas o benignas e intervenciones quirúrgicas por neoplasias de cabeza y cuello.

Disfagia esofágica.- Entre las causas más comunes se encuentran: Cuerpos extraños en la cavidad esofágica, como tumores y linfomas, estenosis pépticas, enfermedades pulmonares como tuberculosis y cardiovasculares e infección por virus de herpes.

La disfagia tiene una gran prevalencia en todos los grupos etarios, es muy frecuente 1 de cada 17 personas en el transcurso de su vida presenta este problema. Un estudio que se lo realizó en el 2011 en Reino Unido muestra que un 11% de la comunidad

general la padecerá, mientras que en Estados Unidos de América, según la Agencia para la Investigación y Calidad de Atención Médica, cada año las complicaciones asociadas a la disfagia causan alrededor de 60.00 defunciones.

## **1.2 Disfagia y parálisis cerebral infantil.**

Uno de los grupos más vulnerables con altos índices de disfagia son los niños con Parálisis Cerebral. En la población normal este trastorno afecta o se desarrolla del 25% al 45%, sin embargo, en niños que cursan con trastornos del desarrollo se alcanza del 33% al 80%. Por otro lado, la probabilidad de que los niños con PCI sufran disfagia es de un 60%. Del mismo modo, la disfagia se ha relacionado con el índice de desnutrición que alcanza el 90% en niños con parálisis cerebral. (Bacco, 2014)

La causa más frecuente de la disfagia en los niños con PC es una alteración en el Sistema Nerviosos Central o Periférico, por esta razón se la conoce como disfagia neurogénica.

Este problema está muy asociado a PCI debido al compromiso nervioso y muscular, que la parálisis causa especialmente a los nervios craneales y a los músculos de la cara, boca, dando lugar a.

- Alteraciones en el tono muscular y problemas en la coordinación de movimientos, haciéndolo lentos o espásticos, en el caso de la deglución ocasionando dificultad al masticar o morder.
- Afectaciones en los patrones de movimiento lo que da origen a movimientos involuntarios y segmentados que limitan actividades importantes (comer, agarrar una cuchara o tenedor).
- Alteraciones del control postural, debido a las contracciones musculares especialmente de rodillas, caderas y tobillos lo que afecta el equilibrio y la estabilidad limitando su independencia.
- Dificultad al mover la lengua y manipular el bolo alimenticio, retraso al tragar debido a dificultades para mover el bolo de la boca a la faringe.

### **1.3 Signos y síntomas de la disfagia.**

Los signos y síntomas de la disfagia en niños con Parálisis Cerebral Infantil, son visibles y en muchos casos difíciles de lidiar para el profesional, padres y las personas que intervienen en sus cuidados.

Entre los signos más comunes, está la sialorrea (babear excesivamente), definida como una pérdida no intencional de la saliva, lo que hace que los niños babeen de forma excesiva durante todo el día.

En segundo lugar está el reflejo de elevación faríngea retardado, lo que favorece el cierre de la vía aérea. Este reflejo regularmente demora de 0,8 a 1 segundo en personas que no presentan Parálisis Cerebral, mientras que en los niños con PC demora más de 2 segundos en aparecer.

Otro signo frecuente es la penetración y aspiración de alimento; esta situación puede presentarse durante la deglución o posterior a ella y consiste en el ingreso de residuos alimenticios a los pulmones, la tos frecuente al momento de alimentarse es un signo de este problema, ya que es utilizada por el organismo como un método de protección natural que ayuda a expulsar algún cuerpo extraño.

La masticación con la boca abierta debido al insuficiente control de la mandíbula, se debe saber el proceso normal de la masticación incluye una serie de movimientos verticales, laterales y rotatorios, en los niños con PC esto se dificulta debido a que no pueden cerrar los labios o la boca con normalidad.

El cambio de voz, se produce debido a la modificación de la mucosa que recubren las cuerdas vocales, a causa de la aspiración de alimentos, a esto se lo conoce como voz húmeda, y es común también pueden evidenciarse en el grito o llanto.

La persistencia de reflejos psicomotores orales y reflejos patológicos. Todos los seres humanos desde que nacemos contamos con varios reflejos como el de búsqueda, succión, mordida y de arcada. También existen los reflejos patológicos, estos se presentan ante alguna alteración del Sistema Nervioso y entre los más comunes tenemos

el reflejo de protrusión lingual, distonía de boca y reflejo de mordida tónica: La presencia de reflejos patológicos dificultan la alimentación por vía oral.

Es evidente observar otra serie de síntomas y signos como esfuerzo, fatiga y disminución del estado de alerta, rechazo a la comida, expulsión de la comida con la boca, intolerancia a ciertos alimentos, llanto durante la comida y dentro de la historia clínica existen frecuentes infecciones respiratorias.

#### **1.4 Tipos de parálisis cerebral y su relación con la disfagia**

Desde el punto de vista clínico se pueden observar varios tipos de PCI en función al trastorno motor predominante, pero en todos ellos se puede observar problemas de disfagia por ejemplo:

Parálisis Cerebral Espástica.- Los niños con este tipo de PC suelen padecer de retracción del labio superior, parálisis bulbar, deficiente tención de la lengua, hipersialorrea, disartria e incoordinación de los músculos orofaríngeos. Este tipo de parálisis es la más frecuente y comprende (Tetraplejía, diplejía, hemiplejía, triplejía y monoparesia).

Parálisis Cerebral Discinética.- Presentan cambios bruscos del tono muscular, movimientos involuntarios de la lengua y de la mandíbula que interfieren significativamente en el proceso deglutorio y desencadenan disfagia. Se relaciona con los factores perinatales hasta en un 60% - 70% de casos. Según sus síntomas se diferencia en: (Coreoatetósica, distónica y mixta).

Parálisis Cerebral Atáxica.- Los síntomas más predominantes son: el síndrome predominante de esta es la hipotonía y la incoordinación lo que dificulta varios procesos incluso el de alimentación. Se subclasifica en (Diplejía Atáxica, Ataxia simple, síndrome de desequilibrio)

Parálisis cerebral mixta.- como su nombre lo indica es la asociación de dos tipos diferentes ejemplos ataxia y distonía entre otras.

Como podemos analizar estos tipos PCI afectan de manera negativa la acción motora que es responsable de transportar el bolo alimenticio de la boca al estómago, entre mayor sea el daño motor mayor será el tiempo usado para deglutir y las dificultades que se presenten.

### **1.5 Tratamiento y rehabilitación de la disfagia**

El tratamiento de la disfagia debe ser precoz, especializado y personalizado, debe estar a cargo de profesionales capacitados, gastroenterólogos, neurólogos, logopedas, nutricionistas. Para (García, 2010) “El objetivo del tratamiento de la disfagia orofaríngea es el mantenimiento de la vía oral mientras sea posible evitar las complicaciones respiratorias y conservar un estado nutricional adecuado.” Además busca recuperar las funciones que se hayan perdido, implementando un nuevo mecanismo que permita una alimentación segura.

La mejor manera de escoger el tratamiento adecuado consiste en tener muy en cuenta la severidad o el grado de disfagia que presenta el paciente. Una forma general de hacerlo es la siguiente.

- Si las alteraciones o el problema son discretos se puede intervenir con una dieta libre pero de consistencia adecuada.
- Los pacientes con disfagia moderada requieren disminuir el volumen e incrementar la viscosidad del bolo alimenticio.
- En el caso de presentar una disfagia severa requieren modificaciones en la dieta y la introducción de técnicas o maniobras de tipo postural e incremento sensorial oral.
- Mientras que alteraciones tan severas donde la rehabilitación no basta y en los que la vía oral no es posible se puede usar la colocación de fármacos o en último de los casos se consideraría una intervención quirúrgica.

A diferencia de la rehabilitación de la disfagia en pacientes adultos la cual en muchos casos es temporal, los niños con parálisis cerebral que presentan este problema deben recibir un tratamiento de por vida, donde la ayuda o intervención del logopeda



juega un papel fundamental, luego de tomar en cuenta las alteraciones y complicaciones que presenta el niño, el logopeda ejecutará un plan de intervención amplio que puede contar con varias terapias entre las más usadas tenemos: terapia miofuncional, uso de estrategias compensatorias y rehabilitadoras, asesoramiento a los familiares ya que es necesario incluirlos en este tipo de terapia.

La terapia miofuncional se define como el conjunto de procedimientos y técnicas utilizados para la corrección del desequilibrio muscular orofacial, la creación de nuevos patrones musculares en la deglución, la creación de patrones adecuados para la articulación de la palabra, la reducción de hábitos, nocivos y el mejoramiento de la estética del paciente (Gonzales M. , 2014). En otras palabras la terapia miofuncional ayuda a corregir disfunciones orofaciales a nivel maxilar, de dientes y de labios, lo que resulta en los niños con PC debido comprometimiento de los nervios y músculos de la cara”. Siempre se debe buscar rehabilitar al paciente con la misión de mantener en mayor o menor medida una ingesta oral adecuada.

Entre los objetivos principales de la rehabilitación están: Modificar el patrón deglutorio inadecuado, reeducar patrones musculares incorrectos, lograr realizar patrones adecuados de respiración, conseguir estos objetivos requiere de periodos de tiempo a mediano y largo plazo y compromiso por parte del profesional y la familia del paciente. Uno de los profesionales sugeridos para realizar este tipo de terapias es el fonoaudiólogo y se divide en maneja compensatorio y estrategias terapéuticas. El manejo compensatorio está bajo control clínico y puede ejecutarse en niños con compromiso cognitivo por que la colaboración que se requiere de ellos es menor. (Del Burgo 2004) manifiesta que esta terapia no tiene como resultados cambios fisiológicos o del mecanismo de deglución, pero si lo hace que éste sea más seguro y eficaz, evitando problemas respiratorios

En cambio las estrategias terapéuticas se usan para cambiar la fisiología de deglución donde se requiere que haya un mayor desarrollo cognitivo. Estas estrategias se basan en estimulación sensorial, ejercicios para mejorar la movilidad y maniobras deglutorias incluso dentro de este grupo se está considerando la estimulación muscular eléctrica.

El logopeda puede aplicar y está capacitado para aplicar estas técnicas, especialmente en casos donde los cuidadores o padres de familia sienten temor de que sus hijos broncoaspiren al momento de ser alimentados. Este tipo de rehabilitación incluye 3 ejes importantes, modificaciones en el entorno, en la dieta y en la postura.

- El entorno.- En cuanto a este busca crear un ambiente tranquilo y sin distractores a la hora de alimentarse, considerando un sinnúmero de pautas al darle de comer al paciente.
- La dieta.- Las modificaciones van dirigidas al manejo de la consistencia (de preferencias trituradas, semiblandas y blandas) y el volumen de los alimentos que se va a proporcionar al paciente lo que trae como resultado una alimentación más segura, se debe recordar que los alimentos a consumir dependerán del tipo de complicación y requerimientos. Esta terapia es muy usada por los nutricionistas pero el logopeda pueda trabajar de la mano de este profesional de la salud a fin de brindar una tratamiento Integral.

Mientras que las modificaciones posturales también son consideradas como una terapia rehabilitadora, sin una mejor postura el proceso de deglución se vuelve lento, peligroso e incluso doloroso para el niño con parálisis. El Logopeda con esta estrategia vigila que el niño puede tener una posición óptima durante la alimentación, tener el cuello recto, sin flexión de la cabeza, hombros descendidos, tronco enlogado, pies apoyados en la silla de esta manera se facilitara la deglución de los alimentos evitando episodios de disfagia.

La rehabilitación puede ir desde un cambio postural hasta la combinación de cambios de postura con maniobras, pero siempre debe ser individual a cada paciente y adaptada a su evolución según la etiología y las consecuencias de la disfagia.

### **1.6 Terapia de incremento sensorial**

Esta terapia consiste en la estimulación de los sentidos, de la temperatura y de la salivación. “La terapia de incremento sensorial tiene como objetivo aumentar la sensibilidad de la cavidad oral para evitar el retraso del reflejo de la deglución” (Gonzales D. B., 2004). El déficit sensorial no solo puede desencadenar una disfagia

sino también un reflujo gastroesofágico, trastorno del sueño, asma, apnea, retraso en el crecimiento, asma, de ahí la importancia de este tipo de terapias.

### **1.7 Estimulación táctil**

Es parte de esta rehabilitación ayuda a relajar los músculos, usando maniobras de fricción, amasamiento pellizcamiento, y vibración. La estimulación térmica consiste en la aplicación de elementos con diferentes temperaturas, en cambio en la estimulación gustativa se usan sabores distintos de manera individual o conjunta. Mientras la estimulación de la salivación se da con la exposición de alimentos con aromas, sabor y colores agradables.

#### **Terapia indirecta y Praxias.**

- La postura.- El objetivo de esta terapia es mejorar las condiciones musculares mediante ejercicios especializados que ayuden al sellado del esfínter labial, el control del bolo en la cavidad oral, al cerrado de la vía aérea. Esta terapia es usada y se ha obtenido buenos resultados. Según Campora, 2012 la reeducación muscular mejora el trabajo de los músculos lo que beneficia la coordinación de las diferentes fases de la deglución.

Con este tipo de intervención se puede ayudar de manera muy significativa a los niños con parálisis cerebral en varios aspectos, tales como la relajación, la postura, control del babeo y también la zona oral.

## Capítulo II

### Variable II

#### 2.1 Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento

Las maniobras deglutorias se realizan para facilitar la ingesta de alimentos de la persona a las que se aplican. Son métodos alternativos que mejoran la calidad de vida del paciente. (Gonzales D. B., 2004) (Mesa, 2014). Este método de facilitación deglutoria se usará dependiendo de la capacidad cognitiva del paciente ya que es necesario tener conciencia sobre el ejercicio para poder ejecutarlo, si no lo hay se puede estar jugando con la vida del paciente.

En la actualidad las maniobras deglutorias se aplican para disminuir las alteraciones de deglución provocadas por el daño cerebral. El logopeda será quien escogerá las maniobras más acertada según el diagnóstico del paciente.

#### 2.2 Clasificación de las maniobras deglutorias.

Algunos autores han considerado la clasificación de las maniobras en las siguientes:

##### **Maniobra supraglótica.**

El objetivo de esta maniobra es sellar las cuerdas vocales antes y después del proceso de deglución, compensando el retraso de activación del reflejo deglutorio. Esta maniobra puede ser usada solo si el paciente es consciente y capaz de seguir la instrucción del profesional ya que en caso de levantar la cabeza durante la flexión puede producir aspiraciones, poniendo en riesgo la vida de los niños o de los pacientes. La consistencia de alimentos a usar es semisólido. El paciente debe mantenerse en apnea mientras traga el alimento y toser de manera inmediata para eliminar residuos de alimentos que hayan quedado en la faringe.

### **Maniobra súper –supraglótica.**

Tiene como objetivo mejorar el cierre de la vía aérea evitando que los alimentos entren en ella la vía aérea se cierra mediante las bandas ventriculares, el movimiento anterior de los aritenoides y el cierre del vestíbulo laríngeo antes y durante la deglución. En funcionamiento es similar a la supraglótica es decir se debe aguantar el aire mientras se traga, pero se añade esfuerzo, posterior a esto toser voluntariamente. Para ejercer tensión se puede sujetar frente del paciente para aumentar el esfuerzo de la fuerza a nivel de la musculatura laríngea.

### **Maniobra de deglución forzada**

El fin de esta maniobra es permitir o mejorar el movimiento de los músculos constrictores faríngeos, es muy recomendada para mejorar alteraciones en movilidad posterior de la base de la lengua, consiguiendo una mejor propulsión del bolo, evitando que queden restos de alimentos después de deglutir. Esta técnica se puede repetir varias veces en el momento de la alimentación. Para realizarla la mano del terapeuta debe colocarse en la frente del paciente, haciendo presión y resistencia durante de la deglución. El paciente tiene que empujar contra resistencia, hecho que produce una contracción de los músculos suprahioides por sinergia muscular, lo que facilita la elevación de la laringe. Para esta maniobra se usan alimentos semisólidos y se puede realizar, aunque el paciente no colabore.

### **Maniobra doble deglución**

Esta maniobra aumenta la movilidad de la base de la lengua produciendo una mejor propulsión lingual. Esto ayudará a limpiar todo residuo de alimento en la faringe. El terapeuta debe hacer que el paciente trague dos veces, la primera con alimento y la segunda sin alimento.

### **Maniobra de Masako.**

Ayuda a aumentar el tono y a dar movilidad a la pared faríngea facilitando el movimiento de la lengua, dando paso del bolo a la faringe y al esófago. El paciente debe tragar notando un tirón en el cuello con el ápice de la lengua cogida entre los dientes incisivos, es decir manteniendo la lengua entre los dientes.

### **Maniobra de Mendelssonh**

Esta maniobra mejora la elevación de la laringe y con ello la coordinación de todos los procesos que tienen lugar durante la fase faríngea. El paciente debe mantener la laringe elevada unos segundos tras la deglución. Colocando los dedos sobre el cartílago tiroideo y ejerciendo una leve presión hacia arriba, acompañado del movimiento deglutorio y luego manteniendo elevada las estructuras. La consistencia de los alimentos a usarse es semisólido.

### **Maniobra de Heimlich**

Esta maniobra solo debe ser utilizada en caso de una obstrucción de la vía aérea y esto es causa de una emergencia, se hace presión sobre el diafragma para abrir la vía respiratoria. En algunos casos luego que se introduce el alimento en la boca, el dedo horizontal debe ponerse por debajo del labio inferior y se lo sube, de esta manera el logopeda o quien lo realiza suple la función del musculo y consigue un sello labial.

### **Maniobras de facilitación de la oclusión oral y control cefálico.**

Los niños con parálisis cerebral en su mayoría suelen presenta problemas para cerrar la boca lo que se conoce como cierre labial e influye con el control motor oral. Por esta razón el terapeuta debe usar técnicas para estimular el correcto cierre de labios y boca, entre las más importantes se encuentran:

#### **Maniobra control motor oral**

El Terapeuta debe ubicar el dedo pulgar en el mentón bajo el labio inferior el dedo índice queda sobre la mejilla y los otros tres dedos quedan sobre el piso o base de la boca.

#### **Maniobra control motor oral lateral**

Esta maniobra tiene como objetivo favorecer el cierre bilabial, corrige la postura y ayuda en el control cefálico. El dedo índice presiona sobre el mentón del niño, el dedo pulgar sobre la mejilla y los dedos restantes en el piso de la boca.

Tanto en la maniobra de control oral como lateral no se debe abusar de la fuerza o presionar de manera excesiva ya se podría causar algún daño, así como tampoco se

puede presionar o realizar movimientos de masticación que el niño no realiza por sí mismo.

### **2.3 Técnicas de posicionamiento.**

Se denomina así al conjunto de estrategias posturales básicas para la función motriz-oral, el control postural es necesario para que otros movimientos tengan lugar. O se la define como “técnicas de terapia para pacientes con disfagia, que facilitará una deglución con patrones adecuados”. (Logemann, 1998).

Para rehabilitar la disfagia se debe tener muy en cuenta la postura. La postura adecuada es: cuello en posición neutral, hombros descendidos, tronco simétrico, posición estable de la pelvis, pies con ligera flexión dorsal, respetando la línea media, todo esto dependerá de la individualidad de cada paciente.

En los niños con parálisis cerebral infantil el posicionamiento a la hora de alimentarse es de fundamental importancia, debido al comprometimiento motor severo, a estos pacientes le será beneficioso este tipo de intervención para cambiar la fisiología de la deglución, mejorar la movilidad oral faríngea, y aumentar velocidad del reflejo orofaríngeo durante la deglución.

Las técnicas posturales se pueden usar de forma temporal hasta que la deglución se recupere y en el caso de PC existen algunas que son muy beneficiosas:

#### **Flexión anterior del cuello**

Esta técnica cierra la vía aérea, protegiéndola de aspiraciones y penetraciones, conocida también como Chin Down, mejora el control oral, reduce los riesgos de aspiración, y beneficia en vaciamiento faríngeo. Para esto se debe en primer lugar colocar la espalda recta e inclinar hacia abajo la barbilla, reduce la distancia entre la lengua y la faringe y acerca la epiglotis a la laringe.

### **Hiperextensión cervical**

Esta técnica busca abrir la vía aérea, evita que el alimento caiga si hay sello labial insuficiente, facilita la caída de alimento por acción de la gravedad, consiste en elevar la barbilla.

### **Rotación de la cabeza**

Se realiza hacia el lado dañado para dirigir el bolo hacia el lado sano. Esta técnica cierra la parte de la vía aérea que está afectada, reduce riesgos en las valeculas y aumenta el diámetro del esfínter esofágico.

### **Deglución de decúbito lateral**

Para que producto de la gravedad el bolo no pase a la faringe, es necesario que el logopeda tenga en cuenta no hacer más de dos técnicas, el paciente o niño debe sentirse cómodo si se nota mayor comodidad con ciertas técnicas se debe considerar su deseo, si el caso es contrario y manifiesta incomodidad se debe realizar modificaciones.



## **Capítulo III**

### **3.1 Diagnósticos o Resultados**

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación denominada “Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento en la rehabilitación de la disfagia” y como se los obtuvo.

En primer lugar se debe recalcar que los resultados se obtuvieron mediante un cuestionario personal (Anexo 4) dirigido a los padres de familia. Se usó un programa informático Excel 2010 para tabular los datos y elaborar tablas y pasteles obteniendo una mejor interpretación de resultados.

La capacitación con los padres de familia se realizó en las instalaciones de la Escuela de Educación Especializada Ana luz Solís usando ayuda audiovisual y se ejemplificó aplicándolas en varios niños para de esta manera los padres observen como deben intervenir. .

El diseño de la guía se realizó en Microsoft Publisher mostrando paso a paso cada una de las técnicas y se utilizó información bibliográfica.

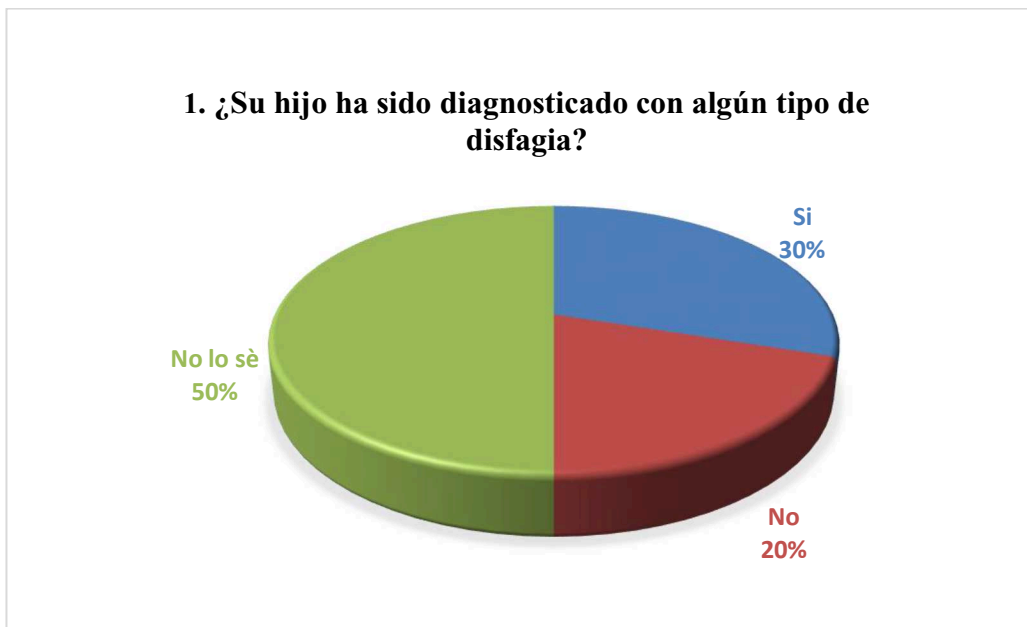
### 3.2 Resultados

#### 1. ¿Su hijo ha sido diagnosticado con algún tipo de disfagia?

Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Si	6	30%
No	4	20%
No lo sé	10	50%
Total =	20	100%

**Fuente:** Encuesta dirigida a los padres de familia de los estudiantes con parálisis cerebral infantil de la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís”.

**Elaborado por:** Reyes Regalado Johanna Gabriela



Análisis:

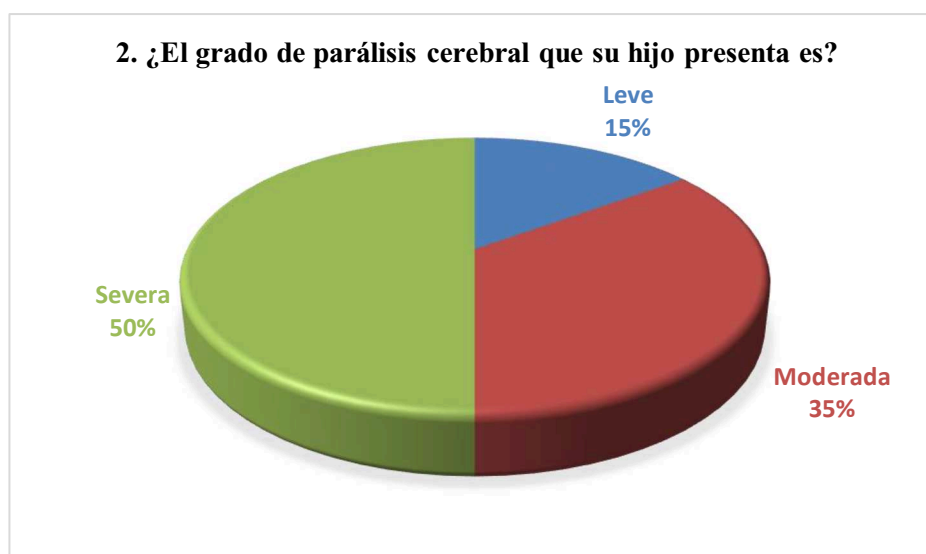
De los padres de familia encuestados el 50% manifiesta no saber si su hijo/hija presenta algún tipo de disfagia, el 30% declara que su hijo ha sido diagnosticado con disfagia, y el 20% sostiene que no han sido diagnosticados con disfagia.

2. ¿El grado de Parálisis Cerebral que su hijo presenta es:

Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Leve	3	15%
Moderado	7	35%
Severo	10	50%
Total =	20	100%

**Fuente:** Encuesta dirigida a los padres de familia de los estudiantes con parálisis cerebral infantil de la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís”.

**Elaborado por:** Reyes Regalado Johanna Gabriela



Análisis:

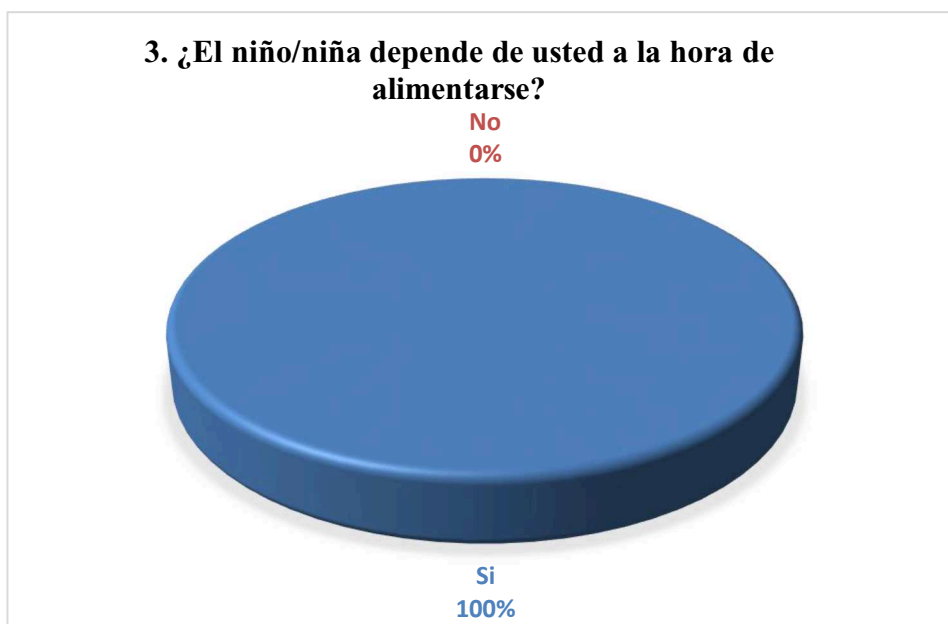
Los datos recogidos a través del cuestionario muestran que el 15% de sus los hijos/as han sido diagnosticados con parálisis cerebral leve. El 35% de padres encuestados tienen hijo con parálisis cerebral infantil moderada, y el 50% de los padres contestaron que la patología de su representado es de grado severo.

### 3. ¿El niño/niña depende de usted a la hora de alimentarse?

Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Si	20	100%
No	0	0
Total=	20	100%

**Fuente:** Encuesta dirigida a los padres de familia de los estudiantes con parálisis cerebral infantil de la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís”.

**Elaborado por:** Reyes Regalado Johanna Gabriela



Análisis:

Los datos obtenidos a través del cuestionario expresan que, de los 20 padres de familia encuestados, todos sus niños dependen de ellos a la hora de alimentarse. Esto está representado en el gráfico con un 100%.

**4. ¿Su hijo/hija presenta algún signo de dificultad respiratoria cuando se alimenta, como congestión, jadeo, tos?**

Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Si	12	60%
No	2	10%
A veces	6	30%
Total =	20	100%

**Fuente:** Encuesta dirigida a los padres de familia de los estudiantes con parálisis cerebral infantil de la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís”.

**Elaborado por:** Reyes Regalado Johanna Gabriela



**Análisis:**

De los padres de familia encuestados el 60% respondió que sus hijos presentan signos de dificultad respiratoria a la hora de la alimentación, mientras que el 30% respondió que a veces presentan estos signos, y 10% manifiestan que no presentan dificultades respiratorias.

**5. ¿Su hijo/hija demora un tiempo mayor a 30 minutos para alimentarse?**

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	20	100%
No	0	0%
Total =	20	100%

**Fuente:** Encuesta dirigida a los padres de familia de los estudiantes con parálisis cerebral infantil de la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís”.

**Elaborado por:** Reyes Regalado Johanna Gabriela



**Análisis:**

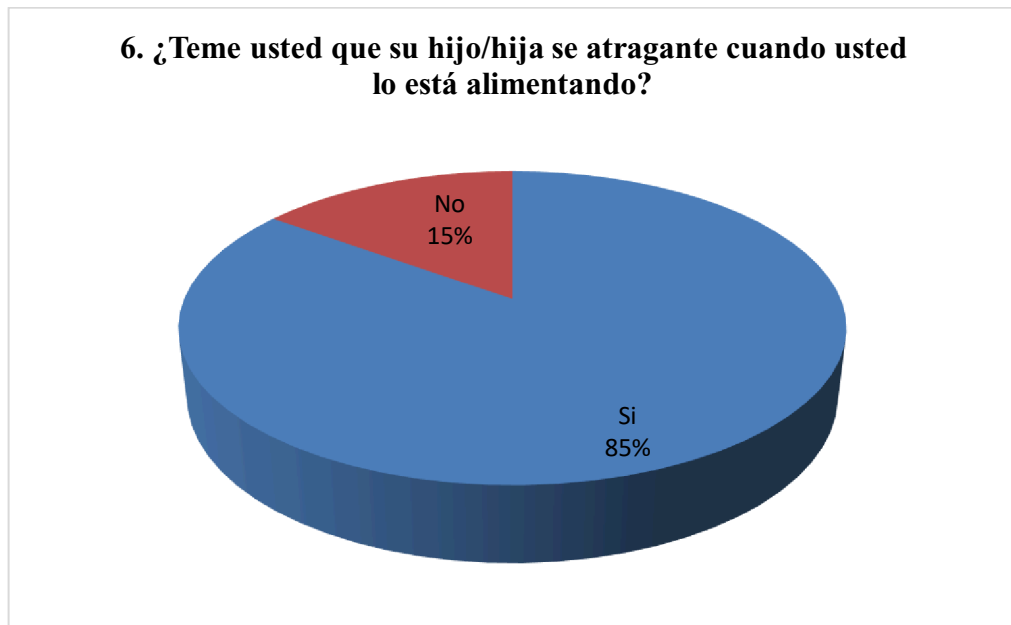
Los datos obtenidos a través del cuestionario expresan que de los 20 padres de familia encuestados, todos sus niños demoran un tiempo mayor a 30 minutos a la hora de la alimentación. Esto está representado en el gráfico con un 100%.

**6. ¿Teme usted que su hijo/hija se atragante cuando usted lo está alimentando?**

Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Si	17	85%
No	3	15%
Total =	20	100%

**Fuente:** Encuesta dirigida a los padres de familia de los estudiantes con parálisis cerebral infantil de la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís”.

**Elaborado por:** Reyes Regalado Johanna Gabriela



Análisis:

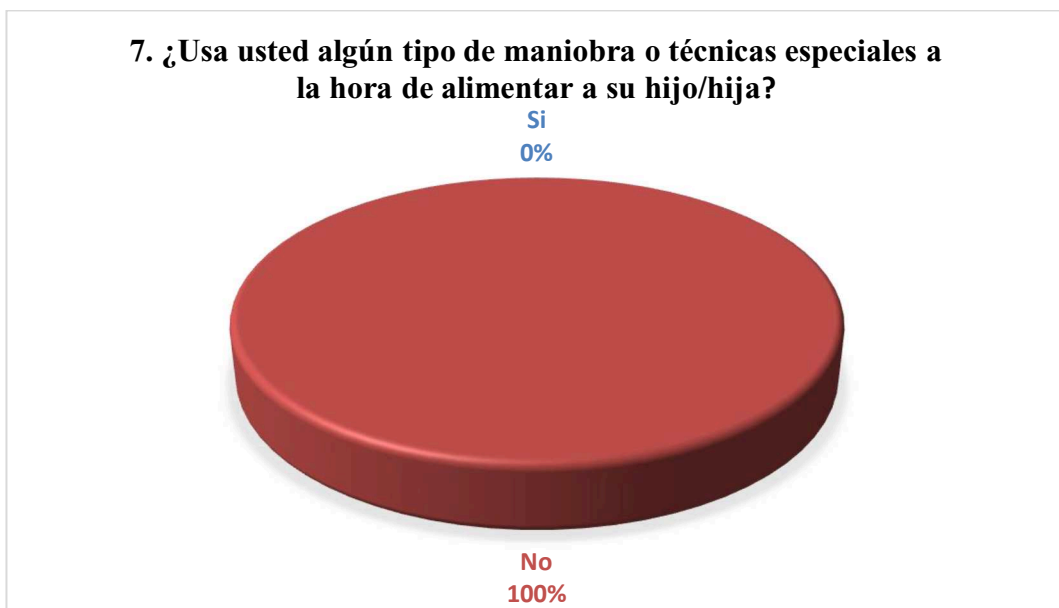
Los datos recogidos a través del cuestionario muestran que el 85% de los padres temen alimentar a sus hijos/as por miedo a que se atraganten y el 15% no temen alimentar a sus hijos.

7. ¿Usa usted algún tipo de Maniobra o técnicas especiales a la hora de alimentar a su hijo/hija?

Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Si	0	0%
No	100	90%
Total =	20	100%

**Fuente:** Encuesta dirigida a los padres de familia de los estudiantes con parálisis cerebral infantil de la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís”.

**Elaborado por:** Reyes Regalado Johanna Gabriela



**Análisis:**

Del total de los padres encuestados el 100% manifiesta no usar algún tipo de técnica o maniobra especial a la hora de alimentar a su hijo, siendo este resultado de mucha impotancia para la investigación.



## 8. ¿El niño tiene rechazo de alimentos?

Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Sólidos	10	50%
Líquidos	10	50%
Semisólidos	0	0%
Total =	20	100%

**Fuente:** Encuesta dirigida a los padres de familia de los estudiantes con parálisis cerebral infantil de la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís”.

**Elaborado por:** Reyes Regalado Johanna Gabriela



Análisis:

De los veinte padres de familia encuestados el 50% contestó que su hijo tiene rechazo a los alimentos sólidos y el otro 50% respondió que sus hijos rechazan los alimentos líquidos.

### 9. ¿En qué posición alimenta usted a su hijo?

Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Sentado	12	60%
Semisentado	5	25%
Acostado	3	15%
Total =	20	100%

**Fuente:** Encuesta dirigida a los padres de familia de los estudiantes con parálisis cerebral infantil de la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís”.

**Elaborado por:** Reyes Regalado Johanna Gabriela



Análisis:

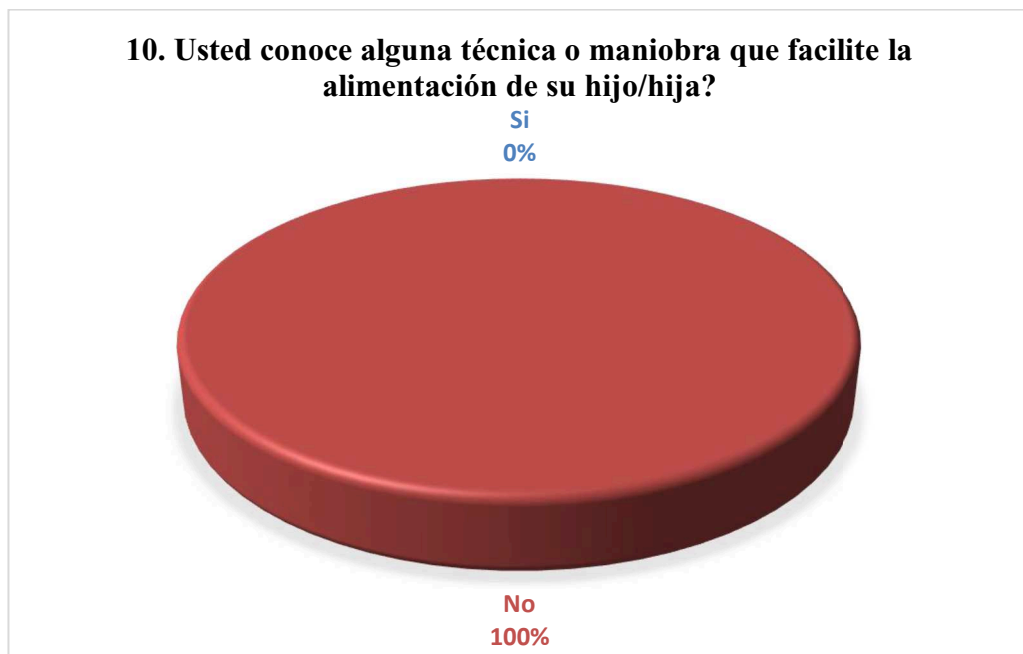
En lo referente, en qué posición alimentan a sus hijos de los 20 padres encuestados el 60% contestó que los alimentan sentados, el 25% Semisentado, y una 15% respondió que los alimentan en posición acostado.

**10. ¿Usted conoce alguna técnica o maniobra que facilite la alimentación de su hijo/hija?**

Alternativas	Frecuencias	Porcentaje
Si	0	0%
No	20	100%
Total =	20	100%

**Fuente:** Encuesta dirigida a los padres de familia de los estudiantes con parálisis cerebral infantil de la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís”.

**Elaborado por:** Reyes Regalado Johanna Gabriela



**Análisis**

Respecto si los padres de familia conocen alguna técnica o maniobra que facilite la alimentación de sus hijos, el 100% de los encuestados expresó no tener ningún conocimiento de este tema. Este resultado es importante para este trabajo investigativo.

### 3.3 Interpretación de resultados

Una vez obtenidos la información a través del cuestionario y hacer los análisis respectivos, se muestran los siguientes resultados:

El 50% de niños han sido diagnosticados con parálisis cerebral infantil severa lo que origina que también puedan agudizarse los síntomas relacionados con la disfagia, y esto si es evidente por que la mayor cantidad de padres (60%) deben lidiar con tos frecuente, congestión, dificultad para respirar, jadeo a la hora de alimentar a sus hijo, síntomas de disfagia moderada o severa.

Existe un gran desconocimiento de los padres de familia en cuanto a la disfagia que pueden padecer sus hijos solo una tercera parte (30%) han oído por parte de médicos que sus hijos presentan disfagia, pero este resultado no es alentador, porque aunque ellos conocen el diagnóstico no saben cómo intervenir y se unen a la totalidad de padres que manifiesta que no conocen ni aplican maniobras de deglución ni técnicas de posicionamiento, para muchos estos términos eran completamente nuevos.

El 100% de niños dependen de sus padres a la hora de alimentarse, ya que por la espasticidad de la parálisis y la sintomatología de la disfagia necesitan la supervisión y la total ayuda de ellos. Sin embargo los padres no sienten total seguridad para llevar a cabo este proceso así lo han manifestado en la encuesta el 85% de padres, el mayor temor de ellos es que puedan lastimar a sus hijos o provocarles algún dolor o incluso que ellos aspiren residuos de alimentos lo que les cause ahogo o atragantamiento, todo esto manifestaron durante la capacitación. Este temor causa que por seguridad se tomen más tiempo alimentar a sus hijos, en todos los casos es superior a media hora debido en muchos casos al rechazo de alimentos especialmente los sólidos y líquidos.

La postura más usada por los padres de familia a la hora de la alimentación es sentado (60%) ellos lo hacen por comodidad, pero desconocían que esta postura facilita el tránsito del bolo alimenticio de la boca al estómago. Solo un 15 %de los niños son alimentados acostados debido a la complejidad de su parálisis, esto es peligroso y los padres son conscientes, pero tratan de tomar los cuidados pertinentes debido a que la complejidad de la parálisis no permite que los niños se sienten.

## **Capítulo IV**

### **4.1 Diseño de la propuesta**

### **4.2 Denominación de la propuesta.**

Guía básica” Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento en la rehabilitación de la disfagia”.

### **4.3 Objetivos**

#### **Objetivo General.**

- Elaborar una guía básica que eduque a docentes y a padres de familia en cómo intervenir con maniobras y ejercicios que ayuden a la rehabilitación de sus hijos, desde sus respectivos hogares.

#### **Objetivos Específicos.**

- Brindar información básica y precisa sobre maniobras deglutorias y técnicas de posicionamientos, a padres de familia
- Educar a los padres de familia mediante gráficos la ejecución paso a paso de las maniobras deglutorias y técnicas de posicionamientos.
- Proporcionar a la Escuela de Educación Especializada Ana Luz Solís, un material educativo que sirva de apoyo a docentes y equipo multidisciplinario de la institución.

### **4.4 Fundamentación de la propuesta**



La propuesta ejecutada en este proyecto de investigación Guía básica” Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento en la rehabilitación de la disfagia”. Está


fundamentada en la didáctica, a fin de ser manejada o interpretada de manera autónoma. La contribución que a lo largo del tiempo han tenido las guías didácticas, como sencillas herramienta pedagógica que facilitan el aprendizaje creativo y autónomo ha sido muy importante para el desarrollo cognitivo de muchas personas. Refiriéndose a los padres de familia de los niños con PC de la Institución, muchos de ellos cuentan solo con instrucción primaria por lo que para ellos es importante poder brindar un material con lenguaje sencillo y claro. La información de esta guía será extraída de bibliografía científica.

#### **4.5 Resultados esperado de la propuesta**

Se convierta para los padres de familia en un material de apoyo constante para que puedan intervenir adecuadamente.

Que esta guía sea usada como material de consulta para la comunidad educativa que forma parte de la Escuela de Educación Especializada Ana Luz Solís.

Objetivos	Actividades	Materiales	Representación Gráfica
<p>Capacitar a los padres de familia con información básica sobre maniobras deglutorias en la rehabilitación de la disfagia.</p>	<p>Coordinación de capacitación con autoridades.            Conversatorio con padres sobre sintomatología que observan en sus hijos.            Explicación sobre la importancia de las maniobras y de las técnicas de posicionamiento            Foro para resolver inquietudes</p>		
<p>Enseñar técnicas de posicionamiento y maniobras deglutorias a los padres.</p>	<p>Explicación paso a paso de las maniobras más beneficiosas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- M. Mendelssonh</li> <li>- M. de facilitación de oclusión oral y control cefálico.</li> <li>- Maniobra de control oral</li> <li>- Maniobra de control oral</li> <li>- Lateral</li> <li>- Flexión anterior del cuello</li> <li>- Rotación De la cabeza</li> <li>- Postura adecuada.</li> </ul>	<p>Ayuda Audiovisual ( Días positivas)            Proyector            Documentos bibliográficos            Materiales de oficina</p>	

<p>Proporcionar a la Escuela de Educación Especializada Ana Luz Solís, un material educativo que sirva de apoyo a docentes y equipo multidisciplinario de la institución.</p>	<p>Recopilación de información bibliográfica. Redacción de la guía</p>		 An illustration showing two women in a classroom or office setting. One woman, with brown hair in a ponytail and wearing a green shirt and brown pants, is seated on a white wooden chair. She is leaning forward, holding a small white object, possibly a book or paper, and looking towards the other woman. The second woman is seated in a red and black wheelchair, wearing a purple long-sleeved shirt and black pants. They are positioned at a white table. In the background, there is a white cabinet with a purple bag on top, a window with a view of greenery, and a brown desk with some items on it.
---	--	--	--



## Conclusiones

Una vez cumplido los objetivos de este proyecto investigativo “Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento en la rehabilitación de la disfagia en los niños con Parálisis Cerebral Infantil de la Unidad Educativa Especializada Ana Luz Solís” se puede concluir lo siguiente:

La mayor parte de los niños presenta una parálisis cerebral severa y los síntomas relacionados a la disfagia son muy complejos, por lo que el uso de las técnicas de posicionamiento y las maniobras de deglución le serán beneficiosos.

Los padres de familia no saben cómo intervenir de manera adecuada ante los diferentes retos que tienen con sus hijos a la hora de alimentarlos, ninguno de ellos conoce o usa algún tipo de maniobras para facilitar el proceso deglutorio de sus hijos. En primer lugar esto se debe a un desconocimiento acerca de la disfagia, además a esto existe temor, lo que hace que al momento de alguna crisis de disfagia dejen de alimentarle.

Entre las maniobras más beneficiosas para niños con parálisis cerebral que presentan disfagia tenemos: Maniobra de Mendelssonh, maniobra deglutoria contra resistencia frontal, maniobra de control motor oral frontal, maniobra control motor oral lateral y las técnicas de posicionamiento: Flexión anterior del cuello, hipertensión cervical, rotación de la cabeza porque son más seguras y necesitan mínima cooperación del paciente, además a estos son de fácil ejecución y pueden ser enseñadas a los padres de familia y aplicada sin intervención del logopeda.

Los niños dependen totalmente de ellos a la hora de alimentarse por lo que es necesario tener padres capacitados que conozcan de postura de posicionamiento y maniobras y sepan cómo aplicarlas

Los padres de familia no cuentan con material de apoyo que les eduque por esto es necesario entregarles una guía que les ayude a intervenir de manera segura, se debe recordar que son personas de escasos recursos, la mayoría adultos sin acceso a internet o información médica, ante lo cual tener este material en casa le será de mucho beneficio.

## **Recomendaciones**

Las recomendaciones que se pueden brindar ante el análisis de los resultados son:

La disfagia un síntoma no puede ser ignorada porque puede desencadenar graves consecuencias, por lo que es necesario que los miembros de la comunidad educativa intervengan con talleres, charlas, capacitaciones que brinden información necesaria, todo esto para beneficio de los niños.

El logopeda o especialista debe concienciar a los padres y practicar con ellos las maniobras y técnicas que se recomiendan en niños con PC, este trabajo debe ser personalizado, tomando en cuenta la individualidad del paciente, hacerlo de esta manera brindará seguridad y evitara el miedo del padre de familia para intervenir de manera adecuada.

Se debe supervisar si los padres están haciendo uso de las maniobras de deglución y técnicas de posicionamiento en sus respectivos hogares, esto podría realizarse con el apoyo del equipo multidisciplinario de la institución.

Se debe brindar todo tipo de material informativo que capacite a los padres de familia en ejercicios adecuados, alimentación necesaria, postura correcta entre otros temas importantes.

Las autoridades de esta institución deben solicitar a las entidades gubernamentales de salud, visitas, consultas, para los niños y apoyo para los padres. Se debe comprometer a los padres a cuidar a sus hijos ya que la principal ayuda es la que ellos les pueden brindar.

## Referencias bibliográficas:

- Bacco, J.L., Araya F., Flores, E., y Peña N. (2014). Trastornos de la alimentación y deglución en niños y jóvenes portadores de parálisis cerebral; abordaje multidisciplinario. Revista Médica Clínica Las Condes.
- Cereijo, S. ( 2015). Como afecta la disfagia a personas con parálisis cerebral. Revista Logopedia mail
- P. Clavé, R. Terré, M. de Kraa and M. Serra. Approaching oropharyngeal dysphagia. Madrid: Rev Esp Enfermedades dig 2004; Vol. 96, 2: 119-131.
- Fernando, O. (2016). Medicina Física y Rehabilitación. Colombia: Manual Moderno.
- Fidias, A. G. (2012). Proyecto de la Investigación, Introducción a la Metodología Científica. Caracas: Episteme.
- García, I. (2004). Manual de Fisioterapia. España: MAD.
- García, P. P. (2010). Cirugía AEC. Madrid: Médica Panamericana.
- García, P., Velasco., Frías L,. (2012) Manejo de los pacientes con disfagia, Nutrición Hospitalaria. Revista Científica de América Latina. Madrid.
- Gomez, M. (2006). Introducción a la metodología de la investigación científica. Argentina: Brujas.
- Gonzales, D. B. (2004). Rehabilitación de problemas de deglución en pacientes con daño cerebral sobrevenido. Madrid.
- Gonzales, M. (2014). Terapia Miofuncional como alternativa de tratamiento para evitar la Recidiva en mordida abierta anterior. Revista Latinoamericana de Ortondoncia y Odontopediatria.
- Hines, S., Wallace, K., Crowe, L., Finlayson, K., Chang, A., y Pattie, M. (2011). Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment. International Journal of EvidenceBasedHealthcare,9(2),148-50
- Isabel, G. L. (2004). España: MAD.
- Mesa, C. (2014). Disfagia en la parálisis cerebral infantil. En M. M. mar, Conocimientos, investigación y prácticas en el campo de la salud. Málaga - España: ASUNIVEP.

Rubio, S. C. (2015). Cómo Afecta la Disfagia a personas con Parálisis Cerebral. Logopedia.mail, 9.

García Isabel, (2004). Manual de Fisioterapia. Módulo I, Neurología, Pediatría, y Fisioterapia. 2004. España. Editorial. MAD.

Arias Fidas, (2012). Proyecto a la investigación, Introducción a la metodología científica. 2012. Caracas. Editorial Espiteme

## **Anexos**

### **Anexo 1.- Gráficos maniobras de deglución y técnicas de posicionamiento más beneficiosas en pacientes con PCI.**

Maniobra de resistencia frontal asociada a la deglución.



Maniobra de Masako.



Maniobra de Mendelssonh



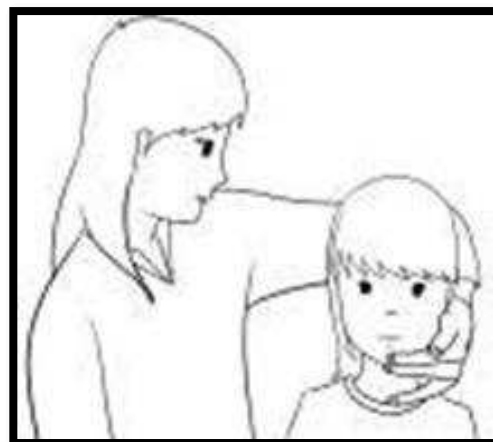
Maniobra Control Motor Oral Faríngeo.



Maniobra Control Motor Oral Lateral



Técnica De Facilitación De La Oclusión Oral Y Control Cefálico.



Técnica Flexión anterior del cuello de la cabeza.



Anexo 2 - Presentación del proyecto con autoridades de la institución.



Anexo 3.- Trabajo de campo en la Institución Ana Luz Solís – Encuesta





**Anexo 4.-** Charla dirigida a los padres de familia de los niños con Parálisis cerebral infantil con el tema “Maniobras deglutorias y técnicas de posicionamiento en la rehabilitación de la disfagia





**Anexo 5.** Enseñando a los padres de familia como realizar las maniobras deglutorias y las técnicas de posicionamiento.



Anexo 6. Encuesta dirigida a los padres de familia.

## UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO DE MANABÍ”



Cuestionario aplicado a los padres de familia de la Escuela de Educación Especializada “Ana Luz Solís” cuyos hijos han sido diagnosticados con Parálisis Cerebral Infantil y reciben Terapia de Lenguaje en este Centro Educativo.

1. Su hijo/hija ha sido diagnosticado con algún tipo de disfagia?

- a) Si ( )
- b) No ( )
- c) No lo sé ( )

2. El grado de Parálisis Cerebral que su hijo/hija presenta es?

- a) Leve ( )
- b) Moderada ( )
- c) Severa ( )

3. El niño/niña depende de usted a la hora de alimentarse?

SI  NO

4. Su hijo/hija presenta algún signo de dificultad respiratoria cuando se alimenta, como congestión, jadeo, tos?

SI  NO  AVECES

5. Su hijo/hija demora un tiempo mayor a 30 minutos para alimentarse?

SI  NO

6. Teme usted que su hijo/hija se atragante cuando lo están alimentando?

SI

NO

7. Usa usted algún tipo de Maniobra o técnicas especiales a la hora de alimentar a su hijo/hija?

SI

NO

8. El niño/niña tiene rechazo de alimentos:

a. Sólidos ( )

b. Líquidos ( )

c. Semisólidos ( )

9. En qué posición alimenta usted a su hijo/hija?

a. Sentado ( )

b. Semisentado ( )

c. Acostado ( )

10. Usted conoce alguna técnica o maniobra que facilite la alimentación de su hijo/hija?

SI

NO