



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular ingresados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2020 a enero 2022.**

**AUTORES:**

**Flores Lucas Danya Sofía;**

**Matute Solís David Manuel**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de**

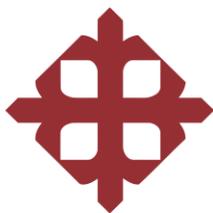
**MÉDICO/A**

**TUTOR:**

**Salazar Pousada Danny Gabriel**

**Guayaquil, Ecuador**

**1 de mayo del 2023**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
CARRERA DE MEDICINA

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Flores Lucas Danya Sofía** y **Matute Solís David Manuel**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico/a general**.

TUTOR (A)

Dr. Danny Salazar Pousada  
GINECO - OBSTETRA  
Libro 1 "A" Folio 21 No. 61

f. \_\_\_\_\_

**Salazar Pousada Danny Gabriel**

**Guayaquil, 01 del mes de mayo del año 2023**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Flores Lucas Danya Sofía**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular ingresados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2020 a enero 2022**, previo a la obtención del título de **Médico/a general**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 01 del mes de mayo del año 2023**

**EL AUTOR**

f. 

**Flores Lucas Danya Sofía**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Yo, Matute Solís David Manuel**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular ingresados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2020 a enero 2022**, previo a la obtención del título de **Médico/a general**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 01 del mes de mayo del año 2023**

**EL AUTOR**

f. 

**Matute Solís David Manuel**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Flores Lucas Danya Sofía**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular ingresados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2020 a enero 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 01 del mes de mayo del año 2023**

**EL AUTOR:**

f. 

**Flores Lucas Danya Sofía**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

**Yo, Matute Solís David Manuel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular ingresados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2020 a enero 2022**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 01 del mes de mayo del año 2023**

**EL AUTOR:**

f.

**Matute Solís David Manuel**

# REPORTE URKUND

Dr. Danny Salazar Pousada  
MEDICO GINECOLOGO - OBSTETA  
Reg. Libro 1 "A" Folio 21 No. 61



## Document Information

Analyzed document	MARCO TEORICO DANYA FLORES Y DAVID MATUTE.docx (ID163269355)
Submitted	4/5/2023 11:46:00 PM
Submitted by	
Submitter email	danya0883@hotmail.com
Similarity	0%
Analysis address	danny.salazar.ucsg@analysis.orkund.com



Dr. Danny Salazar Pousada  
GINECO - OBSTETRA  
Libro 1 "A" Folio 21 No. 61

f. \_\_\_\_\_

Salazar Pousada Danny Gabriel

TUTOR



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por darme sabiduría y conocimientos para poder culminar esta etapa de pregrado universitario, por darme aliento cuando se presentaron adversidades y fuerza para poder superar cada derrota. A mis padres, hermanos y amigos por estar presente a lo largo de mi carrera universitaria y práctica de internado, por su tiempo, consejos y dedicación pese que cada uno de ellos tienen sus diferentes obligaciones a lo largo del día.

Agradezco al Dr. Diego Vásquez Cedeño por su excelencia en docencia y supervisión en mi trabajo de titulación, explicándome de manera paciente los errores que se presentaron a lo largo de estos arduos meses pese a su pesada carga horaria.

Agradezco a mi tutor, el Dr. Danny Salazar Pousada quien también estuvo presente en cada revisión de este trabajo de investigación a pesar del cruce de horarios con otras obligaciones extracurriculares, dándonos ánimos y ayudándonos con alternativas en las correcciones que se presentaron a lo largo de este trabajo, sobre todo por su predisposición y rapidez al momento de presentar avances investigativos pedidos por el coordinador de tesis.

Finalmente, agradezco a cada uno de los doctores/as del Hospital Abel Gilbert Pontón quienes prestaron su tiempo a ayudarnos en la realización de este trabajo investigativo y sobre todo en la enseñanza académica aprendida a lo largo de estos meses, la cual será puesta en práctica en nuestro año rural y en el transcurso de nuestra carrera como profesional de salud.

**Danya Sofía Flores Lucas**

Mis mayores agradecimientos hacia mis pilares fundamentales durante mi formación como médico:

Primero, a Dios y a Santa María, porque siendo creyente, ellos están en cada paso que doy, en cada caída que tengo, y son los que de alguna forma me ayudan a pararme y seguir, la fe y la esperanza son virtudes que no he perdido, y son las que me ayudan a no quedarme postrado en los tropiezos, más bien fortalecen mi levantar.

Segundo, a mis padres, quienes me han formado por 23 años. Hoy llego a ser lo que soy por ellos, tanto profesionalmente y como ser humano, muchas veces no han estado en mis logros cuando más lo he querido, pero que con ese sacrificio que hacen día a día sin descanso con 15hrs de trabajo continuo y diario me demuestran que han estado dispuestos desde siempre a querer darme la mejor educación y los mejores valores. Un reconocimiento individual tanto a mi padre, que me ha enseñado a trabajar desde pequeño, me ha hecho sentir el dolor de ganar cada dólar del día; y un agradecimiento y reconocimiento aún mayor para mi mamá, que a pesar de la circunstancia siempre nos da la mejor versión de ella, es todo lo que tengo y todo lo que soy.

Tercero, a mis verdaderas amistades que estuvieron presente en cada momento de la carrera, a quienes estuvieron en cada lagrima que se me salía y no podía aguantar, quienes me dieron la mano en cualquier momento, y por su puesto a Danya Flores Lucas que encabeza todo lo bueno que tengo.

Cuarto, y no menos importante, el presente trabajo no puso ser mejor guiado, gracias al Dr. Danny Salazar Pousada y al Dr. Diego Vásquez Cedeño quienes estuvieron en cada etapa de este proyecto, quienes con paciencia y responsabilidad nos atendieron y corrigieron, esta titulación está estructurada y guiada bajo los mejores tutores que pueda tener la universidad.

**David Manuel Matute Solís**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

## **FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

### **CARRERA DE MEDICINA**

#### **DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación va dedicado a mis padres quienes se han sacrificado para darme la oportunidad de estudiar y culminar mis estudios universitarios, sobre todo por estar presente a lo largo de carrera, incluso cuando se presentaron días difíciles como estudiantes de pregrado e interna de medicina.

A mis hermanos quienes mantuvieron toda la fe en mí a lo largo de mi carrera universitaria, dándome aliento en días de agonía.

A mi mejor amiga, Evelyn Chirú Bueno quien a pesar de la distancia permaneció presente en el transcurso de mi carrera.

A mi compañero de tesis David Matute Solís quien mantuvo la calma y serenidad pese la carga horaria que se presentó a lo largo del internado culminando satisfactoriamente este trabajo investigativo.

#### **Danya Sofía Flores Lucas**

Este trabajo va dedicado principalmente a mi compañera de titulación, Danya Sofía Flores Lucas, quien con mucha dedicación, esfuerzo y paciencia se llevó al hombro cada fase que tuvimos que pasar para llegar al resultado final. Se tuvo que pasar por muchas etapas durante este internado y aun así nunca decaíste en tus objetivos por eso este trabajo final es todo tuyo.

Va dedicado todo el esfuerzo para mis padres y tutores, guías incondicionales a mis padres que formaron quien hoy en día y quienes pueden sentirse orgulloso de mis logros personales y profesionales. A mis tutores de titulación, que dieron horas extraoficiales para poder desarrollar finalmente este trabajo.

#### **David Manuel Matute Solís**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**DR. DIEGO VÁSQUEZ CEDEÑO  
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**OPONENTE**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**CALIFICACIÓN**

---

# ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN</b> .....	XVII
<b>ABSTRACT</b> .....	XVIII
<b>INTRODUCCION</b> .....	2
<b>CAPITULO I</b> .....	3
1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	3
1.2 JUSTIFICACIÓN .....	3
1.3 HIPOTESIS .....	3
<b>CAPITULO II</b> .....	4
1. TERAPIA DE LENGUAJE .....	4
1.1 Concepto .....	4
1.2 Funciones .....	4
1.3 Tratamiento .....	4
2. DISFAGIA .....	6
2.1 Concepto .....	6
2.2 Epidemiología .....	6
2.3 Fisiopatología .....	6
2.4 Clasificación .....	8
2.5 Causa .....	8
2.7 Diagnostico.....	10
2.8 Tratamiento .....	11
3. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR .....	12
3.1 Definición.....	12
3.2 Fisiopatología .....	12
3.3 Clasificación .....	13
3.4 Clínica.....	15
3.5. Diagnostico.....	16
3.6 Tratamiento .....	18

4. TERAPIA DE LENGIAJE EN PACIENTES CON DISFAGIA POR ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR .....	20
<b>CAPITULO III</b> .....	23
MATERIALES Y METODOS .....	23
OBJETIVOS.....	23
<i>Objetivo General</i> .....	23
<i>Objetivos específicos</i> .....	23
Diseño del estudio .....	23
Población de estudio .....	23
<b>CAPITULO IV</b> .....	26
ANALISIS DE RESULTADOS .....	26
DISCUSIÓN.....	38
<b>CAPITULO V</b> .....	40
CONCLUSIONES .....	40
RECOMENDACIONES .....	41
<b>REFERENCIA</b> .....	42
<b>ANEXOS</b> .....	45

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Variables de interés.....	25
<b>Tabla 2</b> Género de pacientes que recibieron terapia de lenguaje a causa de disfagia secundario al ACV.....	27
<b>Tabla 3.</b> Edad de pacientes que recibieron terapia de lenguaje a causa de disfagia secundario al ACV.....	28
<b>Tabla 4.</b> Grado de disfagia en paciente antes de recibir terapia de lenguaje.....	29
<b>Tabla 5.</b> Grado de disfagia antes de terapia de lenguaje evaluado con escala de Guss. ....	29
<b>Tabla 6.</b> Tabla cruzada del grado de disfagia según el tipo de ACV.....	30
<b>Tabla 7.</b> Tabla cruzada entre el grado de disfagia y la localización anatómica de ACV.....	31
<b>Tabla 8.</b> Tabla cruzada Puntaje de Guss Final en pacientes con disfagia posterior a recibir terapia de lenguaje. ....	33

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Ilustración 1.</b> Flujograma de terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por ACV .....	26
<b>Ilustración 2.</b> Género de pacientes que recibieron terapia de lenguaje a causa de disfagia secundario al ACV.....	27
<b>Ilustración 3.</b> Edad de pacientes que recibieron terapia de lenguaje a causa de disfagia secundario al ACV.....	28
<b>Ilustración 4.</b> Puntaje de Guss inicial en pacientes con disfagia sin recibir terapia de lenguaje.....	37
<b>Ilustración 5.</b> Puntaje de Guss final en pacientes con disfagia después de recibir terapia de lenguaje. ....	37

## RESUMEN

La terapia de lenguaje es un método terapéutico actualmente utilizado en pacientes que padecen disfagia posterior a un accidente cerebro vascular (ACV), es considerado una herramienta que tiene la finalidad de disminuir los trastornos deglutorios favoreciendo a una mejoría del 65 al 80%. Dentro del área de rehabilitación es importante clasificar el tipo de disfagia que presentan los pacientes para poder individualizar los casos y brindarle el tratamiento ideal. **Objetivo:** determinar la eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular ingresados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2020 a enero 2022. **Metodología:** Observacional, retrospectivo, longitudinal y analítico. **Población:** 522 pacientes. **Muestra:** 102 pacientes con disfagia posterior a ACV que recibieron terapia de lenguaje. **Técnica:** Observación indirecta. **Instrumento:** Revisión de Historias clínicas para valoración de disfagia mediante la escala Guss. **Resultados:** A través de la prueba de Chi- Cuadrado se utiliza una hipótesis alternativa y se reconoce la relación que existe entre las variables utilizadas. **Conclusiones:** Mediante la escala de Guss se pudo determinar que la terapia de lenguaje es un método terapéutico eficaz en pacientes con disfagia secundario a un accidente cerebrovascular

**Palabras clave:** Terapia de lenguaje, disfagia, deglutir, accidente cerebrovascular.

## ABSTRACT

Speech therapy is a therapeutic method currently used in patients suffering from dysphagia after a cerebrovascular accident (CVA), it is considered a tool that aims to reduce swallowing disorders, favoring an improvement of 65 to 80%. Within the rehabilitation area, it is important to classify the type of dysphagia that patients present to individualize the cases and provide the ideal treatment. **Objective:** to determine the efficacy of language therapy in patients with dysphagia due to a cerebrovascular accident admitted to the Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Ponton from January 2020 to 2022. **Methodology:** Observational, retrospective, longitudinal and analytical. **Population:** 522 patients. **Sample:** 102 patients with post-stroke dysphagia who received speech therapy. **Technique:** Indirect observation. **Instrument:** Review of clinical histories to assess dysphagia using the Guss scale. **Results:** Through the Chi-Square test, a null hypothesis is used and the relationship that exists between the variables used is recognized. **Conclusions:** Through the Guss scale it was possible to determine that language therapy is an effective therapeutic method in patients with dysphagia secondary to a cerebrovascular accident.

**Keywords:** Speech therapy, dysphagia, swallowing, stroke.

## INTRODUCCION

La terapia de lenguaje es considerada un área de rehabilitación que trabaja en adultos que presentan dificultades del lenguaje y/o trastornos deglutorios, por lo que actualmente se está implementando este método en pacientes que presentan disfagia como complicación de un accidente cerebro vascular. Según estudio realizado por H. Bascuñana y colaboradores sobre “tratamiento de la disfagia orofaríngea” se ha determinado que la rehabilitación en pacientes que padecen trastornos de la deglución presenta una recuperación entre 65 a 80% al retorno de una alimentación oral.

La disfagia post-ictus se considera como factor de mal pronóstico por lo que se ha determinado un incremento de casos de neumonía, desnutrición, deshidratación, aumento de estancia hospitalaria y mortalidad. Actualmente se está utilizando como método terapéutico la terapia de lenguaje el cual facilita el flujo de bolo alimenticio, por lo que, es importante señalar que esta terapia no solo se relaciona con la fonación y comunicación, sino también con la deglución del paciente, ya que en su aplicación evalúan y tratan la musculatura bucofaríngeos, al mismo tiempo que adecuan el tipo de consistencia alimenticia como líquido, solido, solido-liquido (1).

En el Ecuador existen pocos estudios realizados acerca de este problema, según un estudio publicado en la revista Reciamuc en Ecuador en el 2019 concluyen que la disfagia es un problema que tiene repercusiones en la morbimortalidad de los pacientes que la presentan, en donde se ve afectado la calidad de vida y recomiendan una terapéutica integral y multidisciplinaria (2). Es importante recalcar que la evolución de los pacientes con ACV dependerá de un buen estado nutricional, por lo cual, la decisión de tratar a un paciente con disfagia debe ser fundamental en cuanto al diagnóstico, pronóstico y tratamiento que dependerá del tipo de disfagia y el grado de recuperación que presenten.

Finalmente, se pretende determinar si la eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular es elevada en el Hospital Abel Gilbert Pontón, con el objetivo de poder modificar esos factores de riesgo que representan una mala progresión de la enfermedad y disminuir la incidencia de morbimortalidad en ellos (1).

# **CAPÍTULO I**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Cuántos pacientes presentaron disfagia como complicación por ACV?
- ¿Cuántas pacientes con disfagia recibieron terapia de lenguaje y cuál es su progresión?

### **1.2 JUSTIFICACIÓN**

En el siguiente trabajo de investigación pretende analizar la eficacia de terapia en pacientes con disfagia por Accidentes Cerebro Vascular y determinar la progresión de su enfermedad mediante la escala de Guss. Además, se procura dar a conocer a todo el personal de salud sobre la escala de Guss y su importancia en la valoración de los pacientes en esta enfermedad.

Se obtendrá la información mediante la recopilación de las historias clínicas de pacientes ingresados en el Hospital Abel Gilbert Pontón durante el período de enero 2020 - enero 2022. Presentando una solicitud previamente a la institución para acceder a la base de datos. Enfatizando que el propósito de este trabajo es realizar un estudio de tipo observacional, retrospectivo, longitudinal y analítico, durante un período máximo de dos años, no implica recursos económicos externos.

### **1.3 HIPOTESIS**

La terapia de lenguaje como método terapéutico mejora la deglución en paciente que presentan disfagia en sus diferentes grados de severidad.

- H1: Terapia de lenguaje mejora la deglución en pacientes que presentan disfagia en sus diferentes grados de severidad
- H0: Terapia de lenguaje NO mejora la deglución en pacientes que presentan disfagia en sus diferentes grados de severidad

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **1. TERAPIA DE LENGUAJE**

##### **1.1 Concepto**

La logopedia es un área que se encarga del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de pacientes que presentan trastornos del lenguaje, comunicación y/o deglutorios. Es decir, tiene un rol importante en la salud de las personas en la deglución y comunicación. Esta área es la encargada de rehabilitar a las personas con dificultades para deglutir, respirar, emitir sonidos con la voz o comprender el lenguaje escrito.

##### **1.2 Funciones**

Las alteraciones o trastornos que trabaja la logopedia son (1):

- I. Alteraciones relacionadas con la expresión del lenguaje o comprensión como las dislexias, afasias, agrafias, disortografías, enfermedades neurodegenerativas o demencias, entre otras.
- II. Trastornos de la voz las cuales puedes estar relacionadas con el cerebro y sistema nervioso central como disfonía espasmódica, disfonías hipertónicas o hipotónicas, nódulos o problemas de coordinación fono-respiratoria.
- III. Trastornos del habla como dislalia funcional y orgánica, parálisis cerebral, apraxia, disartria, taquifemia, entre otros.
- IV. Alteraciones miofuncionales que involucran la deglución como la disfagia, deglución atípica, ausencia o disminución de reflejo deglutorios, dificultad en la formación del bolo alimenticio, entre otros.

##### **1.3 Tratamiento**

Existe una serie de ejercicios las cuales dependerán del problema a tratar, en pacientes con trastornos miofuncionales a causa de una disfagia el primer paso a seguir es el fortalecimiento de la musculatura, con el objetivo de potenciar fuerza y coordinación de la musculatura afectada, aumentando la precisión de los músculos, la estabilidad motriz y grado de amplitud.

El ejercicio se realiza de forma continua y repetida, realizando series de 6 a 8 intentos con la máxima amplitud posible, es recomendable que se realicen los ejercicios en frente de un espejo para que la persona afectada pueda corregir sus movimientos en caso de ser necesario.

*Los ejercicios por realizar son:*

### **Praxias faciales:**

- Imitar esquema de vocales, solo con la mímica
- Unir los labios en forma de U y luego estirarlos totalmente con la boca cerrada
- Llevar los labios hacia la comisura derecha e izquierda
- Llenar la mejilla con aire y pasar el aire de una mejilla a otra
- Unir los labios en forma de beso, abrir los labios posteriormente en forma de explosión
- Morder el labio superior y luego el inferior
- Colocar un lápiz sobre la comisura labial superior y unir los labios en forma de beso

### **Praxias linguales**

- Mostar en diferentes tiempos la lengua
- Palpar la nariz con la punta de la lengua
- Palpar la barbilla con la punta de la lengua
- Llevar la punta de la lengua hacia la comisura de los labios (derecha e izquierda)
- Ejercer una fuerza contraria de la presión de la mejilla y luego la otra, de forma alterna.

### **Praxis mandibulares**

- Abra y cierre la boca de forma lenta
- Abra y cierre la boca de forma rápida
- Abra de forma rápida la boca y cierre lentamente
- Combinación de vocales con movimientos labiales (aoaoao/ auaua/aiaiai)

### **Praxis velares**

- Bostezar
- Toser
- Repetir consecutivamente ca-co-cu-que-qui

Finalmente, además de la terapia del lenguaje, existen algunos factores que complementan el tratamiento de logopedia como es la higiene bucal, postura, entorno adecuado, modificaciones en la dieta y maniobras deglutorias las cuales son de gran utilidad sobre todo el paciente con disfagia por accidente cerebrovascular para evitar complicaciones como la neumonía por broncoaspiración (2).

## **2. DISFAGIA**

### **2.1 Concepto**

Se define como disfagia a la dificultad que presentan los pacientes para poder deglutir alimentos sólidos y/o líquidos que pasan desde la boca al estómago por afección a una o más fases de la deglución que se presentan en la preparación del bolo alimenticio o en el desplazamiento del alimento al ingerirlo, es decir, es la incapacidad de progresar el contenido alimenticio al momento de la deglución, así como la sensación de que el bolo alimenticio se queda retenido en el esófago (3).

### **2.2 Epidemiología**

La prevalencia de disfagia se presenta con mayor frecuencia en la población geriátrica por el deterioro funcional notable que presentan, sobre todo en pacientes con antecedentes de trastornos neurológicos como demencia, accidente cerebrovascular y Parkinson. Por ende, según la Revista médica clínica “Los Condes” publicado en Santiago de Chile en el 2020, manifiestan en los últimos años se ha evidenciado reportes entre un 13 a 30% de pacientes con disfagia orofaríngea de los cuales un 13% de los pacientes son mayores a los 65 años (4). El 16% son adultos mayores entre 70 a 79 años y el 33% mayores a 80 años (5). Mismos estudios relatan que existe una alta prevalencia de reportes de disfagia orofaríngea de adultos mayores hospitalizados entre un 30-47% (6).

### **2.3 Fisiopatología**

Para poder estudiar la fisiopatología debemos comprender los mecanismos básicos de la deglución, lo cual es fundamental para la diferenciación de las diversas etiologías y síntomas que presentan cada una de ellas. En el proceso normal de la deglución se necesita un soporte de huesos y cartílagos, así como la combinación de varios músculos, controlados por nervios craneales y periféricos. En su composición, la lengua consta de cuatro músculos intrínsecos y cuatro extrínsecos, la laringe posee tres músculos constrictores y el esófago tiene dos capas de fibras musculares, una de orientación longitudinal y otra de circular. La inervación del músculo estriado está conformado a través de los nervios craneales V, VII, IX, X XII, además, de los cuerpos celulares de las fibras eferentes somáticas localizados en el núcleo ambiguo del tronco encefálico (5). Asimismo, la inervación del músculo liso y el esfínter esofágico inferior está involucrado por neuronas intermediarias del plexo mientérico de la pared del esófago.

Por otro lado, fisiológicamente la deglución se divide en tres fases las cuales son: oral, faríngea y esofágica. La etapa oral es la implicada en la masticación y movimiento de la lengua. Es la encargada de impulsar el bolo alimenticio desde la cavidad oral a la faringe, por lo que es considerada voluntaria. La etapa faríngea transporta el bolo alimenticio desde la faringe al esófago proximal mediante los siguientes procesos: la oclusión del esfínter velofaríngeo y del esfínter laríngeo, seguido de la propulsión del bolo alimenticio a través de la faringe y la apertura y relajación del esfínter esofágico superior (EES).

Finalmente, la fase esofágica, es considerada como involuntaria y comprende el paso del bolo alimenticio desde el esfínter esofágico superior hasta el estómago mediante las ondas peristálticas que son generadas por las capas musculares del esófago, es decir, por la circular interna que se relaja por debajo del bolo alimenticio y se contrae por encima del mismo y la longitudinal externa que se encarga de acortar la longitud del esófago.

El esfínter esofágico inferior (EEI) es una pieza clave en esta etapa de la deglución, ya que se encarga de llevar el bolo alimenticio al estómago mediante su apertura con ayuda del peristaltismo esofágico e inmediatamente recupera su tono con el objetivo de evitar el reflujo gastroesofágico.

Se ha determinado que el envejecimiento no se considera una causa de disfagia, sin embargo, se ha evidenciado que existen cambios que asocian a la edad con las afectaciones de la deglución denominado "presbifagia". El termino presbifagia hace referencia a los cambios fisiológicos que ocurren en el proceso deglutorio del envejecimiento natural de una persona. Este proceso facilita a los cambios fisiológicos de la función deglutoria, ocasionando modificaciones en la anatomía de cabeza y cuello, así como los mecanismos musculares y neuronales que puede afectar a la deglución. Dentro de los cambios musculares se destaca la reducción en la elasticidad del tejido conectivo y masa muscular lo que consecuentemente produce la pérdida de fuerza y calidad en la musculatura, afectando negativamente en algunas ocasiones al tránsito eficiente del bolo alimenticio por el tracto digestivo superior. Con el transcurso del tiempo estas modificaciones sutiles pueden ayudar a una mayor frecuencia en la penetración de alimentos sólidos, semisólidos o líquidos por la vía respiratoria o faríngeo posterior al momento de la deglución.

Dentro de los cambios neurológicos propios del envejecimiento podemos encontrar lesiones periventriculares de la sustancia blanca y/o atrofia cerebral las cuales están asociadas a una mayor duración en la deglución, entorpecimiento en la iniciación y tiempo prolongado en su respuesta, lo que podría afectar a las etapas voluntarias o cognitivas de la deglución. Otra posible afectación neurológica es el deterioro sensorial y retraso en la conducción de la sinapsis en las entradas aferentes del SNC generado una respuesta refleja más prolongada y endeble.

## **2.4 Clasificación**

La disfagia según la localización anatómica se estadifica en orofaríngea y esofágica. La disfagia orofaríngea se caracteriza por la dificultad del transporte del bolo alimenticio desde la boca al esófago, el cual es causado por anomalías que afecten el mecanismo neuromuscular que está ligado a la faringe y al esfínter esofágico superior. Es decir, esta alteración es ocasionada generalmente por la presencia de una obstrucción de tipo mecánico u funcional, por mala formación del bolo alimenticio en cavidad oral, relajación del esfínter esofágico superior o apertura inadecuada y/o debilidad de la contracción faríngea. Por lo que la gran mayoría de pacientes con disfagia orofaríngea presentan alteraciones del SNC o neuromusculares. Se ha realizado investigaciones las cuales ha determinado que aproximadamente el 30% de los pacientes con disfagia han sufrido un accidente cerebro vascular (6). Por otro lado, en la disfagia esofágica la alteración se presenta en el tránsito del esófago hasta el estómago proveniente de trastornos que afectan al cuerpo del esófago como, por ejemplo, espasmo difuso, acalasia, anillo esofágico, entre otras patologías propias del esófago.

## **2.5 Causa**

La disfagia tiene múltiples agentes causales las cuales son de origen esofágicas u orofaríngeas. Las causas de origen esofágicas se subclasifican en intrínsecas, extrínsecas, trastornos motores esofágicos, trastornos funcionales. Las causas intrínsecas pueden darse por varios factores como tumores benignos, estenosis caustica, cáncer de esófago, estenosis péptica, esofagitis eosinofílica, esofagitis infecciosa, estenosis postquirúrgica, estenosis post radiación y esofagitis linfocítica (6). Entre las posibles causas extrínsecas tenemos arteria subclavia aberrante, elongación aortica, dilatación aurícula izquierda y compresión mediastínica (5). Los trastornos motores esofágicos también tienen diferentes agentes causales como

acalasia, enfermedad de Chagas, otros trastornos motores primarios, trastornos motores secundarios.

Por otro lado, la disfagia orofaríngea puede presentarse por afectación al sistema nervioso central con patologías como accidentes cerebrovasculares, síndromes extrapiramidales, tumores en tronco encefálico, esclerosis lateral amiotrófica, medicamentos como benzodiazepinas o fenotiazinas (7). También se producen por trastornos del sistema nervioso periférico como atrofia muscular espinal, síndromes de Guillan-Barré, síndrome post poliomielitis, medicamentos como toxina botulínica, procainamida, citotóxicos. Otras etiologías de la disfagia orofaríngea son miogénicas o trastornos estructurales.

Hay que tener en cuenta que una de las complicaciones más frecuentes de la disfagia son episodios de aspiración traqueal o bronquial por la penetración de material alimenticio en vías diferentes a la digestiva. También puede provocar aspiración silente por penetración de comida o salida por debajo de las cuerdas vocales la cual no se acompaña de tos u otro síntoma de dificultad deglutoria.

## **2.6 Abordaje clínico**

La clínica del paciente con disfagia es muy variada, por ende, todo paciente con sospecha de disfagia orofaríngea debe tener las siguientes sintomatologías; toser o atorarse al comer, dificultad para ingerir el bolo alimenticio por la faringe o tener sensación de restos de este en la garganta presentando la necesidad de realizar varias degluciones. Este tipo de disfagia se diferencia de la esofágica por la obtención de una mayor dificultad para el manejo de alimentos líquidos, regurgitación hacia la nariz, tos durante o inmediatamente después de la deglución, cambios en el habla como voz húmeda es indicativa de la obtención de secreciones a nivel de la glotis presentando una mayor probabilidad de aspiración por penetración. La pérdida progresiva de peso que puede llevar la desnutrición, las degluciones fraccionadas, prolongar el tiempo de comidas o evitar cierto tipo de alimentos son otras de las sintomatologías de un paciente con disfagia.

Los pacientes con disfagia esofágica inicialmente refieren mayor dificultad para deglutir alimentos sólidos, acompañado de los síntomas ya prescritos anteriormente.

## 2.7 Diagnostico

En todo paciente con disfagia el principal método diagnóstico es la clínica, por ende, todo profesional de salud debe realizar una correcta historia clínica de manera detallada junto con su examen físico, posterior a ello se determina si la disfagia es de origen orofaríngeo o esofágico. Si es de causa esofágica, es decir, proveniente de trastornos propios del cuerpo esofágico se realiza la gastroscopia. Es considerada como método diagnóstico fundamental para todo paciente con disfagia esofágica, diagnostica más del 70% de los casos sobre todo en varones de 40 años en adelante (5). Por otro lado, el estudio radiológico con tránsito baritado del esófago y la prueba de motilidad, también son otras alternativas diagnósticas sobre todo la última mencionada se realiza en aquellos pacientes en las que la VEDA ha dado un falso negativo, pese a sospechar un trastorno motor.

En pacientes que se realizan video endoscopia digestiva alta (VEDA) como método de diagnóstico, es considerada como un procedimiento que permite la visualización del esófago, así como el estómago y parte del duodeno la cual ayuda a identificar presencia de tumores, estenosis, anillos, compresiones extrínsecas y cambios inflamatorios relacionados a ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico), en algunas ocasiones la VEDA puede dar falsos negativos sobre todo en pacientes con disfagia leve con cambios sutiles en la mucosa o anillos de Schatzki pasando por alto el diagnóstico por lo que es recomendable realizar una correcta toma de biopsia con al menos seis biopsias en dos segmentos esofágicos distintos, minimizando de esa manera el margen de error.

Otros métodos diagnósticos son la manometría esofágica de alta resolución la cual es considerada como método de elección en pacientes con trastornos de motilidad esofágica, basándose en la clasificación de Chicago para un correcto diagnóstico. La impedanciometría intraluminal y la impedancioplanimetría intraluminal (FLIP) también son consideradas como método de diagnóstico.

Si es de causa orofaríngea o funcional hay determinar cuál es la principal etiología, por ello, se necesita un abordaje diagnóstico en el que implique la participación de distintas especialidades como gastroenterología, otorrinolaringología, neurología, radiología y fonoaudiología. El diagnóstico tiene como objetivo identificar el riesgo y el sitio posible de aspiración para ello además de la correcta y detallada historia clínica

se debe realizar exámenes complementarios como la video deglución, también conocida como deglución o trago de bario modificado. Este método es considerado como estándar de oro en aquellos pacientes con antecedentes de enfermedad neuromuscular, además facilita la evaluación de posibles neumonías por aspiración, por lo tanto, es de igual similitud que la nasofaringoscopia. Es considerada como óptima para identificar anomalías estructurales de origen orofaríngeas. Por otro lado, otro método de diagnóstico, como la manometría esofágica de alta resolución, la cual permite un estudio más detallado de las presiones y mecánica de la deglución. Tiene como objetivo evaluar la función muscular de la faringe y del esfínter esofágico superior (EES) durante la deglución, así como el método de FLIP.

Finalmente, en adultos mayores con antecedentes de trastornos por consumo excesivo de tabaco, alcohol, con bajo peso o hemoptisis acompañado de otros síntomas como dolores referidos hay que descartar una causa maligna sobre todo cáncer de laringe y base de la lengua o una lesión de hipofaringe.

## **2.8 Tratamiento**

Antes de determinar un tratamiento para paciente primero debemos establecer la causa de la disfagia con el objetivo de velar por el bienestar de este. En pacientes con disfagia esofágica debemos verificar si la disfagia es leve o moderada; en caso de ser moderada y preferible optar por los métodos quirúrgicos como laparoscópica de Heller, miotomía endoscopia por vía oral, la dilatación esofágica, colocación de stent para mantener abierto el estrechamiento y obstrucción del esófago y toxina botulínica A el cual tiene como objetivo relajar y mejorar la deglución en caso de tratarse de una acalasia (5).

Finalmente, en pacientes con disfagia funcional el tratamiento va a depender de la causa subyacente, en casos que no haya una solución curativa se debe optar con realizarle tratamientos paliativos con el objetivo de evitar la broncoaspiración, como modificación en su dieta, consistencia y textura de los alimentos, medidas posturales, colocación de sonda nasogástrica o gastrostomía.

### **3. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR**

#### **3.1 Definición**

El ACV son trastornos que producen afectación del área del cerebro según los vasos afectada y podrá ser de forma transitoria o permanente, esto puede darse por isquemia o hemorragia. El accidente cerebro vascular es considerada la segunda causa de muerte a nivel mundial. La incidencia aumenta después de la 6ta etapa de vida debido a procesos ateroscleróticos (8). Según datos de la OMS se dice que para el año 2050 cerca de la mitad de la población mundial será mayor de 60 años, por lo que será una importante enfermedad de salud pública. Dentro de los principales factores de riesgo, el tabaquismo junto con los fumadores pasivos predispone el doble de probabilidad de padecer esta enfermedad debido a que existe una mayor liberación de catecolaminas en donde existen alteraciones endoteliales, lipídicas y plaquetarias, además de consecuencias ya conocidas de los radicales libres y las citoquinas. Así mismo la ingesta de alcohol será uno de los principales factores de riesgo.

En personas consumidoras de alcohol de forma aguda podrían desencadenar eventos cardioembólicos a causa de la fibrilación auricular que podrían generar estas sustancias por las arritmias que ocasionan. La hipertensión arterial es responsable de hasta la mitad de los casos de ictus, los eventos no solo pasan con pacientes con larga data de datos hipertensivos, sino en paciente normotensos con presiones elevadas recientes. Padecer de DM es un importante factor para la ateromatosis hasta en un 40% de los casos (8). Las hiperlipidemias están relacionadas más con cardiopatías isquémicas, sin embargo, ha habido estudios donde se evidencias asociación entre ACV isquémico y el incremento de colesterol total, LDL y disminución de HDL. La edad aumenta un 10% la incidencia después de los 45 años, aumentado hasta el doble después de los 55 años (8).

#### **3.2 Fisiopatología**

El cerebro necesita un flujo sanguíneo constante y preciso para poder conseguir los aportes metabólicos para su correcto funcionamiento. El flujo sanguíneo cerebral (FSC) está cerca de 65ml/min/100gr de parénquima cerebral. Si el flujo cae inferior a 12ml/min/100gr es seguro que va a existir daños irreversibles del cerebro, en cambio con flujos cerca de 25ml/min/100gr pero que se reestablece de forma rápida, existirá alteraciones del parénquima. Para el infarto existen dos vías fisiopatológicas que explican su aparición y daño. Una es la hipoxia que se produce debido a una

obstrucción vascular y la otra es las alteraciones metabólicas se causan a partir de la falta de irrigación y abolición de los procesos enzimáticos, estas alteran las membranas de las neuronas produciéndose un desequilibrio electrolítico, con ingresos a la célula de forma abrupta del Na<sup>+</sup> junto con el Ca<sup>++</sup> y salida del K<sup>+</sup> causando así un edema celular irreversible. El área de infarto y la gravedad de esta se va a ver relacionado también por la rapidez con la que se produce la obstrucción, el tipo de vaso sanguíneo que está afectado, sobre todo en los ACV hemorrágicos, la hipercapnia y la hipoxia, además de las alteraciones anatómicas que pueda haber sobre las circulaciones colaterales.

Existen diferentes causas que nos pueda llevar a este desenlace que produce al ACV, los trombos son unas de las más comunes, que se forman de una arteria que este suministrando el flujo a dicha zona afectada, los infartos cerebrales lacunares se dan cuando se bloquea un vaso sanguíneo dentro de lo más profundo del cerebro, puede existir bloqueos por émbolos de placas de grasas que se acumulan en la capa interna de los vasos disminuyendo así el lumen sanguíneo.

Como ya mencionamos los defectos anatómicos que podrían existir, las variables dentro de la circulación del cerebro con las diferentes distribuciones y malformaciones como las aneurismas o las malformaciones arteriovenosas congénitas que con el tiempo suelen debilitarse las paredes produciendo una ruptura de estas con el más mínimo cambio de presiones, los accidentes traumáticos que producen sangrado están dentro de las causas de los ACV así como los tumores cerebrales que poseen vasos sanguíneos que puedan romperse y producir un sangrado cerebral, además los anticoagulantes, tales como aspirina o Warfarina que ayudan a la prevención de coágulos podrían causar mayor sangrado, no siendo de tanta ayuda en los ACV hemorrágicos.

### **3.3 Clasificación**

#### **1) Isquemia Cerebral Transitoria**

Es un fenómeno que se caracteriza por alteración neurológica focal, que su instauración es breve al igual que su resolución en un tiempo menor a 24h, además no llega a causar necrosis del parénquima, sin embargo, no se descartarían los pequeños infartos cerebrales.

#### **2) El Déficit Neurológico Isquémico Reversible**

Se denomina también como Ictus Menor a aquel estado de déficit neurológico que persiste más de 24h, y los síntomas que produce duran entre 7 a 21 días sin dejar alteraciones evidentes.

### 3) Los Accidentes Vasculares Isquémicos

Es un infarto cerebral que produce la isquemia, produciendo así afectación de la irrigación de la zona afecta, como consecuencia de un cese repentino del flujo sanguíneo. Dependiendo del área afecta puede provocar síntomas y signos diferentes, pero de forma muy aguda y con desarrollo rápido. Dentro de esta condición existen dos causas que pueden provocar una falla en la irrigación cerebral: el embólico, que es causado por un depósito de coágulo que ocluye el lumen sanguíneo y el trombótico, que es el bloqueo del coágulo sanguíneo causado este por una aterosclerosis.

### 4) Los Accidentes Vasculares Hemorrágicos

Es cuando existe ruptura en la continuidad del vaso sanguíneo en el cerebro, donde existe fuga sanguínea produciendo así un aumento de la presión intracraneal con desplazamiento de estructuras cerebrales, disminución de la perfusión parenquimatosa, irritación de tejido cerebral, este tiene un desarrollo rápido pudiendo causar necrosis de tejido parenquimatosos en cuestión de minutos a horas, este puede causar diferentes tipos de manifestaciones, dependiendo del área que se vea afectada. También tenemos tipos dependiendo de la causa y lugar donde se producen:

Hemorragia epidural o también llamada extradural se produce en la capa externa de la duramadre, se suele dar en la mayoría de los casos por una ruptura de las arterias cerebrales, por lo que su rápida instauración produce un rápido hematoma que presiona el parénquima cerebral, teniendo alteraciones del estado de conciencia por lo que se cataloga como una emergencia de neurocirugía. Forma la clásica imagen de grano de lenteja en las imágenes por tomografía axial computarizada (TAC) cerebral.

Hemorragia subdural es aquella fuga sanguínea a causa de una ruptura de los vasos, usualmente, venosos por debajo de la duramadre, su instauración suele ser ligeramente más lenta que la epidural, debido a esto se causa el hematoma más lento

haciendo así que la presión que causa en contra del parénquima cerebral es más lenta y tiene un tiempo de lucidez más prolongado. Dentro de las imágenes por TAC esta forma un signo muy característico que produce el hematoma dando la apariencia de semiluna.

Hemorragia subaracnoidea es la salida de sangre dentro del espacio subaracnoideo, la etiología que lo suele causa es la ruptura de una aneurisma, seguido por traumatismo e HTA.

### **3.4 Clínica**

Según la OMS, el ACV tiene una instauración rápida en cuanto a las manifestaciones clínicas son duraciones de 24h o más de alteraciones funcionales tanto focales como globales, que podrían conducir a la muerte. En un trabajo de titulación presentado por Pablo Ballena y Finley Mendoza sobre etiología, manifestaciones clínicas y epidemiológicas del 2019 en el Hospital Minsa, Perú con 280 pacientes, encontraron que el 80,5% de los pacientes estudiados presentaron clínica de déficit motor, seguido de trastornos del habla con cerca del 60%, y trastornos del sensorio con un 24% aproximadamente (8).

Todas las manifestaciones aparecen de forma aguda, que por lo general aparecen con más de un síntoma a la vez, existe todo un panel de síntomas que podría causar, dependiendo siempre del lugar afecto y del tiempo de evoluciones, entre estos tenemos los principales que son los mareos y dolores de cabeza, además de la alteración de la consciencia, convulsiones. La disminución de la sensibilidad en las extremidades o en la cara hasta la parálisis total de algún miembro o región. Podemos tener alteraciones en la comunicación o del entendimiento, cuando se ve afectada las áreas de la comunicación en el cerebro, así como la articulación de las palabras pueden verse afectadas, junto con esto también tendríamos alteraciones en la masticación y siguiendo esta línea, alteración en la deglución de alimentos, complicación grave que nos llevaría a la desnutrición severa, otra área afecta y que se manifiestan temprano es la alteración de la visión con pérdidas parciales de los campos visuales, perdida en el control de esfínteres, vértigo, hipoacusia, vómitos, fofobia; son síntomas que de forma aguda se presentarían y serian fácil de detectar y de manifestarse, que nos podría orientar a que su causa pueda ser por un ACV, pero siempre con un panel de diagnósticos diferenciales a descartar.

Hablando sobre las hemorragias subaracnoideas se presentan con cefaleas súbitas que pueden comprometer también el estado de conciencia, acompañado con signos focales, puede también verse cefaleas posteriores a un deterioro del nivel de conciencia, pueden acompañarse de afasias, anosognosia, hemianestesia u otros signos focales. Los infartos que se dan en la región del tálamo pueden cursar con alteraciones cognitivas, motoras y sensitivas, las del tallo cerebral son potencialmente devastadores comprometiendo la vida del paciente por su compromiso con el centro respiratorio, el ritmo cardíaco. Es importante señalar que la disfagia y el proceso de la deglución que se ven afectados en un paciente posterior a un ACV están dados por una alteración en la laringe y los huesos hioides que están inervados por V, VII, C1, C2 y C3 que ayudan a aumentar la protección de las vías aéreas controlando el esfínter esofágico superior, este esfínter es uno de los elementos más importantes en la deglución del alimento junto con las ondas peristálticas del músculo constrictor superior de la faringe en sentido céfalo-caudal (9).

### **3.5. Diagnóstico**

Para comenzar con un análisis diagnóstico hay que saber primero que lo principal en los primeros momentos que vemos al paciente va a ser la clínica. Como ya hemos descrito las manifestaciones de los síntomas van a ser variados de acuerdo con la región y la cantidad del área afectada produciendo desde una cefalea intensa, problemas en la movilidad o la deglución conllevándolo a estados crónicos de desnutrición que lo llevarían hasta la muerte misma, además que por afectación de los sistemas reguladores de la respiración y del ciclo cardíaco el desenlace resultaría fatal si no se detectan a tiempo. Tenemos que identificar también los factores de riesgo, las comorbilidades que los pacientes puedan tener con un correcto interrogatorio para la historia clínica, como ya lo hemos expuesto, existen patologías de base que aumentan el riesgo de padecer un evento cerebrovascular. Es hiperactivo poder reconocer e identificar un ACV en la fase hiperaguda, en donde no han pasado las 6h posterior al evento, debido a que los tratamientos que mejor actúan con pocas probabilidades de secuelas graves se aplican durante esta fase (8). El diagnóstico es difícil durante este tiempo, debido a que los síntomas cambian al pasar los minutos/horas, una manifestación súbita de síntomas neurológicos focales nos podría indicar que la causa sería de origen vascular, pero esta patología tiene un amplio espectro de manifestaciones que no podrán ser fácilmente localizadas.

Las imágenes de laboratorio han sido un arma fundamental para combatir a tiempo este evento, es importante no solo identificar que existe síntomas de ACV, sino también localizar el punto exacto, la región afectada por el accidente, esto lo podemos hacer con la Tomografía Axial Computarizada (TAC), que es una de las pruebas por imágenes más rápido para visualizar parénquima cerebral, en las HSA la punción lumbar es de utilizada para evidenciar el sangrado existente. La TAC de cerebro nos muestra el sangrado como una imagen hiperdensa en los primeros momentos, en la fase hiperaguda que es menor de 6 horas, fase aguda que es hasta 72h posterior al evento o en una fase subaguda temprana que es de 3 días hasta 1 semanas, pero a medida que pasa el tiempo esta imagen puede convertirse en isodensas en la fase subaguda tardía que es aproximadamente de 2 semanas posterior al evento e hipodensas en las fases crónicas que se presenta mayor a 2 semanas hasta el año posterior al evento. Las tomografías en un ACV isquémico en la fase hiperaguda suele ser normal con pequeños cambios imperceptibles ante un ojo con poca experiencia, pero al pasar los días ya se va viendo las áreas afectadas por el infarto lográndose a definir por completo.

Las Resonancias Magnéticas Nucleares (RMN) son mucho más exactas que las TAC para poder identificar un evento cerebrovascular, este estudio por imágenes nos ayuda a identificar más que todo eventos que pasan en la fosa posterior, debido a que la TAC no detallara bien las estructuras a este nivel (8). La TAC tiene poca sensibilidad debido a los pequeños eventos que se dan en esta región y el poco contraste que tienen los tejidos, no se recomienda el uso de soluciones contrastantes intravenosos porque se ha demostrado que no ayuda al diagnóstico en etapas agudas. Las imágenes por T2 de RMN producen lesiones hiperintensas tan temprano que se verán en la fase hiperaguda de la enfermedad en la fosa posterior. Las imágenes en T1 nos muestran infartos con intensidades disminuidas. Dentro de los tiempos de evolución en RMN las neuroimágenes en T1 y T2 las clasificaremos en 3 grupos de acuerdo con el tiempo, aguda, subaguda y crónica. La fase aguda corresponde dentro de los primeros 3 días, en donde en T1 veremos imágenes hipo/isointensas al igual que en T2, en la fase subaguda que es desde los 3 a 14 días en T1 se visualizan hipointensidades, mientras que en T2 son hiperintensidades, y las crónicas que van por encima del mes de evolución se visualizan hiperintensas en T1 e hipointensa en T2, todo esto es gracias a los cambios metabólicos de la hemoglobina. A modo de

resumen a pesar de todo lo bueno y preciso que pueda ser la RMN, la TAC sigue siendo el método de imágenes por excelencia debido a su rapidez y disponibilidad, esta muestra la sangre que se libera desde el primer momento, hablando netamente del tipo hemorrágico, porque el infarto demora hasta 24h en manifestarse en las neuroimágenes como hipodensidad tisular.

La arteriografía sigue siendo un método excelente para valorar en los ACV las estructuras vasculares cuando las causas puedan ser por una aneurisma, malformaciones arteriovenosas, valoración de la morfología de las estenosis tanto de la carótida interna como extracraneana, para el diagnóstico de cardioembólicas y planificación para procedimientos vasculares en caso de oclusiones. La ecografía Doppler carotideo y transcraneal es útil para identificar estenosis en las arterias y vaso espasmo, nos ayuda a identificar en tiempo real cual es el flujo y la velocidad de los segmentos vasculares afectados y tener una idea clara del grado de lesión que podemos tener, el estudio por sonografía Doppler tiene una sensibilidad y especificidad del 90% aproximadamente (8), nos ayuda a medir la micro anatomía además de poder estudiar segmentos extensos de las arterias vertebrales extracraneal y el tronco braquiocefálico de la placa junto con la dinámica de esta además que un EKG o ecocardiografía holter nos podría ayudar a correlacionar si existió un evento cardioembólico causante del ACV, la ecocardiografía transesofágica es un método requerido y de elección para estudiar las cavidades del corazón y los grandes vasos, nos detalla la morfología y la funcionalidad de esta.

### **3.6 Tratamiento**

Tenemos que saber que comenzaremos con la prevención de la enfermedad desde la educación del paciente sobre la enfermedad hasta las recomendaciones sobre el estilo de vida, haciendo énfasis en las dietas y ejercicios de tipo aeróbico, junto con evitar el consumo del tabaco, la prevención es fundamental, en nuestro medio la HTA es una de las principales causas de este evento que podemos evitar. Ahora, existe un área dentro del lugar del infarto que se denomina penumbra isquémica, esta área es aquella que dentro de las primeras horas no se ve afectada, es un halo que rodea al área infartada del cerebro, rodea aquella área que ya existe daño celular y no hay retroceso o materia recuperable, en cambio esta penumbra es aquella transición de tejido vitalizado hacia la necrosis pero que aún no tiene su desenlace, es tejido

potencialmente recuperable en donde existe una FSC menor de 30ml/gr/min pero mayor a 9ml/gr/min, donde el transporte de membranas aún permanece viable.

Comenzando con los medicamentos tenemos que el ácido acetilsalicílico (AAS) es el primer y más estudiado fármaco para el tratamiento de esta enfermedad, su mecanismo de acción es la inhibición no reversible de la enzima plaquetaria ciclooxingesa destinada a producir tromboxano A<sub>2</sub>, impidiendo que las plaquetas se adherían a las paredes vasculares. La dosis recomendable es de 160mg/día hasta 325 mg/día, es importante valorar correctamente al paciente y las consecuencias del fármaco debido a los efectos adversos como las hemorragias digestivas. La ticlopidina está indicada para reducir el riesgo de recurrencia de ACV tromboembólico, su acción está en la inhibición plaquetaria a dosis de 250 – 500mg/día su mecanismo es inhibiendo la ADP unido al fibrinógeno de la plaqueta, su inhibición persiste durante todo el ciclo de vida de la plaqueta, a diferencia del AAS que su tiempo de vida es de 15 a 20min. El clopidogrel actúa inhibiendo la agregación dada por el ADP mediante la inhibición del receptor, teniendo igual eficacia que el AAS para la reducción de ACV isquémico, los efectos de este fármaco son la neutropenia y las diarreas. El tratamiento debe ser individualizado y especializado, el examen físico y el TAC son el método de manejo inicial de elección, no obstante, hay más exámenes que podemos usar para ayudarnos al diagnóstico y al tratamiento como lo son la BHC, Tiempos de coagulación, bioquímicos como electrolitos, perfil renal, plaquetas, lípidos, entre otros exámenes imagenológicos como radiografía de tórax. En cuanto a la hidratación y balance hemodinámico debe haber un equilibrio exacto en cada paciente, la glicemia debe de estar controlada debido a que un aumento de esta aumenta directamente los niveles de ácido láctico en el tejido cerebral produciendo una acidosis en el parénquima, deben evitarse líquidos intravenosos que contengan glucosa, la hidratación se puede dar a 2000ml por día, pero si existe evidencia de efecto de masa o de edema cerebral esta hidratación se puede mantener a 1000ml por día.

Asegurar la vía aérea es uno de los primeros pasos para abordar este tipo de pacientes, mantenerla permeable y evitar complicaciones como neumonía por aspiración, por lo general el oxígeno solo se indica en casos de hipoxemia, más no cuando la saturación se encuentra dentro de rangos normales. Debemos evitar las complicaciones tempranas que se pueden dar como el aumento de la presión intracraneal, por lo que se usa la cabecera de la cama elevada a unos 30 grados para

facilitar el retorno venoso, evitar dar alimentación en casos que no tengamos claro si el paciente cursa con disfagia o no, puede ser mejor la alimentación por SNG o por una gastrostomía en casos severos de disfagia. Los tromboembolismos pulmonares son complicaciones que quizá no tengan un método profiláctico específico, pero el usar medias compresivas con masajes en las piernas y movilización de estas ayudan a la prevención de esta. Los anticonvulsivantes no están indicados si no existe convulsiones o en todo caso, que no exista evidencia de daño en la corteza que es el área donde se presentan mayormente las convulsiones. Los antitrombóticos están indicados en aquellos pacientes donde existe alta sospecha de embolias cardiogénicas usando heparina no fraccionada, sin embargo, hay que tener cuidado debido a sangrados en zonas isquémicas que podrían producir más complicaciones que beneficios. El uso de rtPA en ACV tiene un especial beneficio debido a su acción trombolítica activando el sistema endógeno fibrinolítico por su enlace con el plasminógeno que produce plasmina, ayudando a degradar los coágulos su tiempo de acción es de aproximadamente 4h, su uso es dentro de las primeras 3 horas y en aquellos pacientes que no presenten neuroimágenes de isquemia o hemorragias. Las neurocirugías no se ven beneficiosas cuando el volumen de hemorragia es menor a 30ml o de 80ml en pacientes que estén en estado de coma, pero las HSA producto de una malformación arteriovenosa o de una aneurisma se ven beneficiadas de este procedimiento, pero no solo depende del tiempo quirúrgico, también depende del cuidado pre y posquirúrgico, en la sala de cuidados intensivos atendiendo las complicaciones agudas y tardías que se den.

#### **4. TERAPIA DE LENGIAJE EN PACIENTES CON DISFAGIA POR ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR**

La disfagia orofaríngea es uno de los síndromes geriátricos menos estudiados pese a su gran impacto sobre la calidad de vida, capacidad funcional y deterioro de la salud en aquellos individuos afectados. Esta patología es un problema común en pacientes que cursaron con un Accidente cerebro vascular, con una incidencia de 13 al 30%, de los cuales un 13% de los pacientes son mayores a los 65 años; el 16% son adultos mayores entre 70 a 79 años y el 33% mayores a 80 años, según relata la revista médica clínica "los condes" publicado en Santiago de Chile en el 2020 (10). Asimismo, se ha determinado que la disfagia en pacientes con ACV es la segunda causa más común de discapacidad y mortalidad en adultos a nivel mundial.

Los pacientes geriátricos que cursaron con ACV agudo se asocian a un mayor número de comorbilidades sistemáticas que pueden llevar al paciente no solo a presentar un incremento de la mortalidad sino también una mayor duración de la estancia hospitalaria con un incremento de costos, deterioro del estado funcional y restricción para rehabilitarse, por lo que se asocian con un mal pronóstico funcional y malnutrición lo cual perjudica la calidad de vida del paciente.

Entre las posibles complicaciones la más común es la infección de vías respiratorias como el aumento de infecciones intrahospitalarias, por ejemplo, neumonías nosocomiales, y neumonías por broncoaspiración causadas por la pérdida de la seguridad deglutoria, las cuales a corto y/o largo plazo se asocia a un incremento de la mortalidad y al aumento de la estancia hospitalaria junto con la desnutrición, deshidratación, mayor probabilidad de úlceras por presión, reducción de recuperación física y reducción de la cicatrización de heridas. También pueden presentar complicaciones psicológicas tales como miedo a alimentarse, ansiedad, frustración, vergüenza lo cual puede llevar a desarrollar un cuadro crónico de depresión. Finalmente, las complicaciones neurológicas dependen del nivel de afectación axonal y pueden llegar a padecer de demencia.

Dentro del tratamiento es importante primero hacer entender al paciente y a los familiares que las terapias son compensatorias y en el mejor de los casos, rehabilitadoras. El objetivo de las terapias del lenguaje es evitar las complicaciones secundarias como la deshidratación, más que todo en pacientes longevos, la desnutrición crónica, que trae grandes consecuencias no solo en el estilo de vida, sino también en la morbi-mortalidad de nuestros pacientes, la neumonía, entre otras complicaciones más. Hablando un poco sobre las técnicas del tratamiento, estas no buscan cambiar la fisiología de la deglución, que es lo que está afectado, sino busca evitar los síntomas de la disfagia al momento de la deglución, mediante cambios posturales para dar seguridad al paciente de poder tragar el bolo alimenticio, para poder así cumplir con la mayor parte de las necesidades básicas requeridas mediante la ingesta oral, estas medidas son parte de la estrategia compensatoria, mientras que la rehabilitadora son los ejercicios que se centran en la fuerza y resistencia de los componentes deglutorios que buscan modificar la fisiología y promover cambios a largo plazo a favor de una buena deglución (11).

Por otro lado, como es de conocimiento el centro de la deglución se encuentra localizado en la sustancia reticular del tronco cerebral, sin embargo, el ACV agudo no es exclusivo de pacientes con enfermedades del tronco cerebral o vascular bilateral, por lo que existen varias asociaciones de pacientes con ACV en región insular o frontal izquierda provocando una apraxia deglutoria. Otras localizaciones menos comunes son las lesiones cerebelosas y lesiones bi-hemisféricas por daño funcional. Por ello, para un correcto diagnóstico en pacientes geriátricos se recomienda un estudio multidimensional e interdisciplinario para determinar la parte psicológica, funcional y grado de complicación que presente y de esa manera poder desarrollar un plan coordinado e integrado al tratamiento y seguimiento del paciente sobre todo aquellos que están hospitalizados (4).

El diagnóstico temprano de la disfagia orofaríngea reduce el riesgo de complicaciones que perjudican la salud del individuo, sin embargo, no se ha evidenciado una herramienta de screening eficaz para su identificación y disminución de riesgo por broncoaspiración. Uno de los métodos diagnósticos más utilizados es la video fluoroscopia o la evaluación fibroscópica de deglución (FEES), por su fácil utilización al ser portátil y permitir la evaluación a lado de la cama del paciente. La fonología, es otra opción diagnóstica tradicionalmente utilizado, son costo-efectivos y logran disminuir el porcentaje de complicaciones por neumonía aspiratoria.

## **CAPÍTULO III**

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **OBJETIVOS**

##### ***Objetivo General***

Determinar la eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular ingresados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2020 a enero 2022

##### ***Objetivos específicos***

- Establecer la frecuencia de disfagia en pacientes con ACV
- Clasificar la gravedad de la disfagia en pacientes con ACV
- Establecer la relación de la disfagia y su localización anatómica del tipo de ACV
- Relacionar la terapia del lenguaje con la mejoría de la disfagia a través de la escala de Guss

#### **Diseño del estudio**

El estudio es de tipo Observacional, retrospectivo, de medición longitudinal y analítico

#### **Población de estudio**

Se recolecto una base de datos de 522 pacientes con ACV de los cuales 206 presentaron disfagia y solamente 102 pacientes adultos de ambos sexos recibieron terapia de lenguaje. El universo fue tomado de los registros de historias clínicas brindados por el departamento de estadística del hospital de Especialidades de Guayaquil Abel Gilbert Pontón de pacientes ingresados desde enero 2020 a enero 2022 al área de neurología con la finalidad de permitirle a los investigadores estimar los parámetros de la población estudiada la que se determinará la muestra para probar la hipótesis utilizando los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de inclusión:**

- Criterios de inclusión: Pacientes ingresados durante el período de enero del 2020 a enero 2022 con diagnóstico confirmado de ACV
- Pacientes con disfagia secundaria a presentar ACV y que recibieron terapia de lenguaje

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes con disfagia por causa diferente a un ACV
- Pacientes con historia clínica incompleta o datos faltantes en sistema
- Pacientes que no reciben terapia de lenguaje

El método de recogida de datos fue mediante la revisión exhaustiva de historias clínicas en el servicio de neurología del Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón. Se solicitó en el departamento de estadística posterior a autorización por parte de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y del departamento de docencia del hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón una base de datos con los códigos CIE10:

- I69.9 Secuelas de enfermedad cerebrovascular no especificada
  - I69.99 Otras secuelas de enfermedad cerebrovascular no especificada
  - I69.991 Disfagia tras enfermedad cerebrovascular no especificada
- R13.11 Disfagia
  - R13.11 Disfagia, fase Orofaringea
  - R13.11 Otros tipos de disfagia

Se tabuló información correspondiente de pacientes de ambos sexos con antecedentes ACV reciente o recurrente que haya presentado disfagia. Las variables utilizadas en el estudio son: Sexo, edad, grado de disfagia, puntaje de Guss, Tipo de ACV, clasificación del ACV según su localización, las cuales fueron revisadas en las historias clínicas correspondientes.

Mediante las historias clínicas se recopiló el puntaje de la escala de Guss para estadificar el grado de severidad de la disfagia que presentaron los pacientes de este estudio. En esta etapa se evidenció el proceso evolutivo que presentaron los pacientes que recibieron terapia del lenguaje. Se realizó el análisis estadístico a través del Chi<sup>2</sup>.

**Tabla 1. Variables de interés**

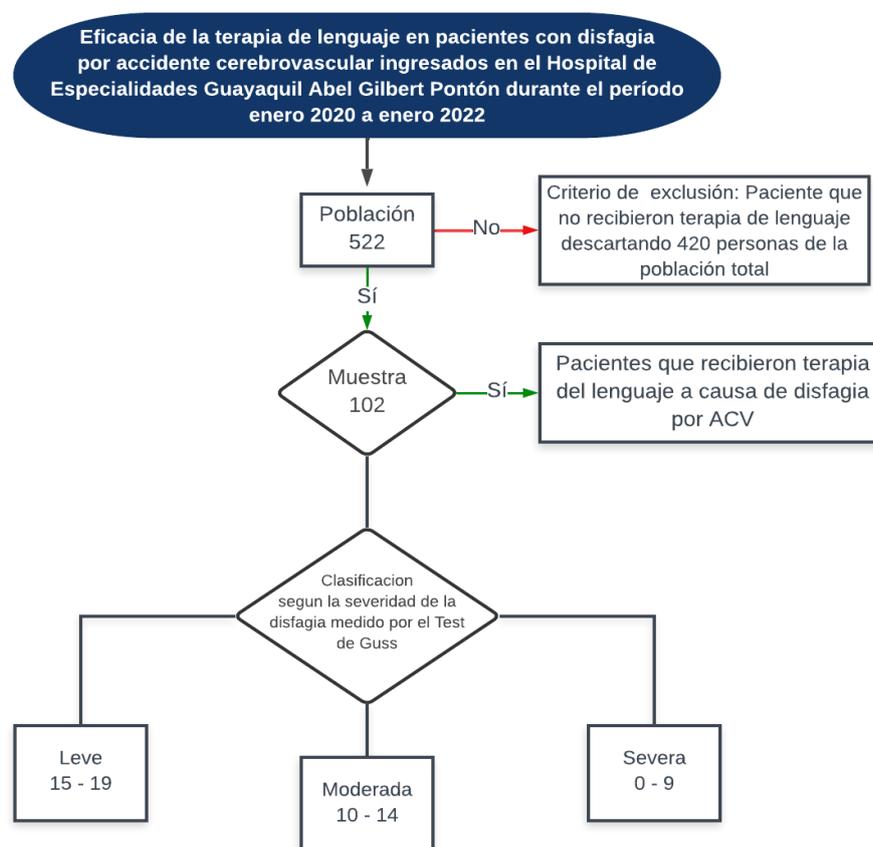
<b>Variables</b>	<b>Definición de la variable</b>	<b>Relación</b>	<b>Tipo</b>	<b>Resultado</b>
Sexo	Genero del paciente	Variable independiente	Categórica Nominal	Masculino/Femenino
Edad	Edad cronológica del paciente	Variable independiente	Numérica discreta	Número de años
Grado de disfagia	Se utiliza para clasificar la disfagia según la severidad	Variable independiente	Categórica Ordinal	Leve Moderada Severa
Puntaje de Guss	Puntaje de función deglutorio	Variable dependiente	Numérica discreta	Toral: 0-20 20: éxito total 15-19: éxito con texturas liquida y semisólidas 10-14: éxito al deglutir semisólidos, fracaso al deglutir líquidos. 0-9: fracaso en investigación preliminar o fracaso al deglutir semisólidos.
Tipo de ACV	Se utiliza para clasificarsegún la etiología	Variable independiente	Categórica nominal	Isquémica Hemorrágica
Clasificación del ACV según su localización	Se utiliza para clasificarsegún localización	Variable independiente	Categórica nominal	Supratentorial Infratentorial

Autores: Flores Danya & Matute David.

## CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

En el período comprendido de enero 2020 a enero 2022 se incluyeron en el presente estudio de investigación una población total de 522 paciente de los cuales 102 pacientes adultos que cumplieron con los criterios de inclusión recibiendo terapia de lenguaje a causa de disfagia posterior a un accidente cerebrovascular, como se detalla en el **gráfico 1**.

**Ilustración 1.** *Flujograma de terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por ACV*



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

**En la tabla 2** se evidencia el género de los pacientes que reciben terapia de lenguaje a causa de disfagia posterior a ACV ingresados en el servicio de Neurología del Hospital de Especialidades de Guayaquil Abel Gilbert Pontón enero 2020- enero 2022

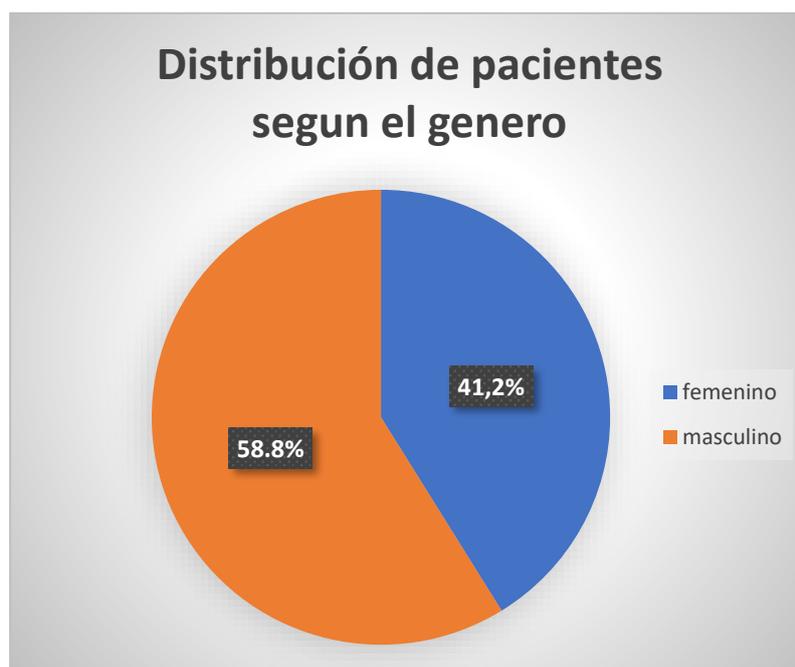
en donde se observa que el género masculino es el más frecuente con un porcentaje de 58.8% en comparación con el femenino.

**Tabla 2** Género de pacientes que recibieron terapia de lenguaje a causa de disfagia secundario al ACV.

GÉNERO DEL PACIENTE		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Femenino</b>	42	41,2
<b>Masculino</b>	60	58,8
<b>Total</b>	102	100,0

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

**Ilustración 2.** Género de pacientes que recibieron terapia de lenguaje a causa de disfagia secundario al ACV.



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

**En la tabla 3** se presenta la edad de los pacientes que reciben terapia de lenguaje a causa de disfagia por ACV, teniendo en cuenta que este estudio se realizó en personas mayores de 18 años, donde se categorizo a los pacientes en tres grupos (juventud de 19-26 años; adultez de 27 a 59 años y adulto mayor >60 años), siendo

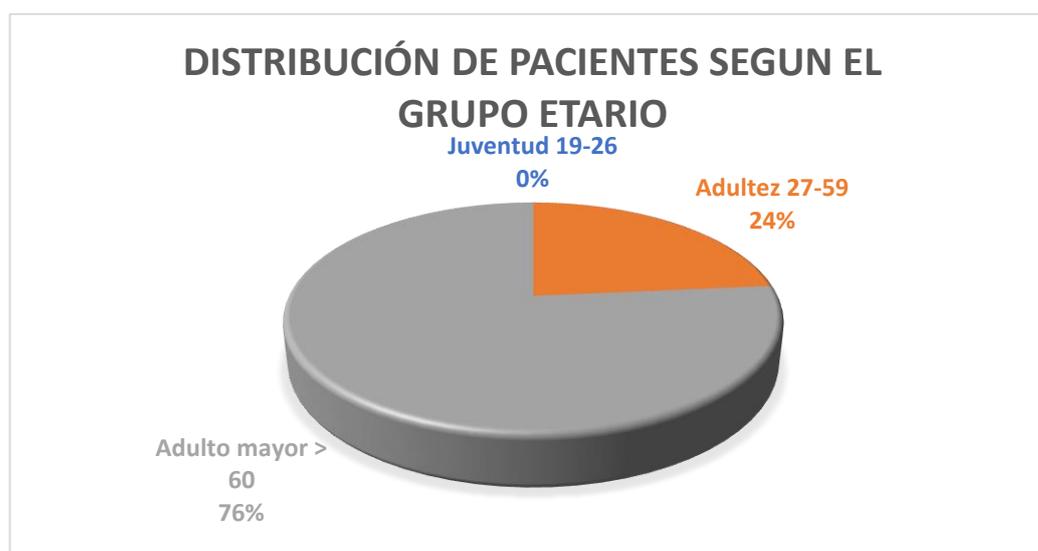
más frecuente los pacientes adultos mayores con un porcentaje del 76%, seguido por pacientes adultos de 27 a 59 años con un porcentaje de 24%.

**Tabla 3.** Edad de pacientes que recibieron terapia de lenguaje a causa de disfagia secundario al ACV.

EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
Juventud 19-26	0	0
Adulthood 27-59	24	24
Adulto mayor > 60	78	76

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

**Ilustración 3.** Edad de pacientes que recibieron terapia de lenguaje a causa de disfagia secundario al ACV.



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

**En la tabla 4** representa el grado de disfagia en pacientes antes de recibir terapia de lenguaje, en donde se determinó que los pacientes con disfagia leve tienen un mayor porcentaje en comparación con los dos tipos de disfagia siguientes con un 46.1%, seguido de disfagia moderada con 40.2% y finalmente los pacientes con disfagia severa con 13.7%.

**Tabla 4.** Grado de disfagia en paciente antes de recibir terapia de lenguaje.

GRADO DE DISFAGIA		
	Frecuencia	Porcentaje
<b>Leve</b>	47	46,1
<b>Moderado</b>	41	40,2
<b>Severo</b>	14	13,7
<b>Total</b>	102	100,0

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

En **la tabla 4.** se da a conocer el puntaje inicial de la escala de Guss que valora el grado de disfagia con un puntaje entre 0 a 20. De los pacientes que presentaron disfagia, conociendo que el puntaje de 15-19 se clasifica como una disfagia leve con éxito al deglutir alimentos semisólidos y líquidos y fracaso a alimentos sólidos, el puntaje de 10-14 se clasifica con una disfagia moderada con éxitos al deglutir alimentos semisólidos y fracaso a los líquidos y finalmente el puntaje de 0-9 con una disfagia severa con fracaso al deglutir alimentos semisólidos. **La tabla 4** indica el grado de disfagia de los pacientes en estudio y **la tabla 5** indica el puntaje de los pacientes en mención, antes de recibir terapia de lenguaje.

**Tabla 5.** Grado de disfagia antes de terapia de lenguaje evaluado con escala de Guss.

ESCALA DE GUSS INICIAL	No. De Paciente	Porcentaje (%)
15 - 19	47	46%
10 - 14	41	40%
0 - 9	14	14%

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

Para cumplir con el objetivo de clasificar la gravedad de la disfagia en pacientes con accidente cerebrovascular, primero se debe estadificar a los pacientes con disfagia por medio de la escala de Guss donde se realizó una tabla cruzada.

Se analizó mediante la tabla cruzada la relación entre el grado de disfagia el cual se clasifica en leve, moderado y severo y el tipo de accidente cerebrovascular siendo

estos isquémicos y hemorrágico. En el presente estudio de investigación se dio a conocer que los pacientes con disfagia a causa de ACV isquémico tiene un mayor porcentaje de incidencia en comparación con los pacientes con disfagia a causa de ACV hemorrágicos. **En la tabla 6**, el grado de disfagia leve tiene un porcentaje de 49.5%, la disfagia moderada tiene un porcentaje de 37.4% y severo 13.2%.

Se realizó un estudio de chi cuadrado para determinar la significancia de la gravedad de la disfagia en pacientes con accidente cerebrovascular, concluyendo que el objetivo no fue significativo, ya que en la **tabla 6** se puede observar que no existen celdas que presenten frecuencias marcadas entre las diferentes variables.

Para establecer el tercer objetivo el cual busca determinar la relación de la disfagia y su localización anatómica del tipo de ACV, se realizó una tabla cruzada con el grado de disfagia y la localización anatómica del ACV.

**Tabla 6.** Tabla cruzada del grado de disfagia según el tipo de ACV.

Tabla cruzada GRADO DE DISFAGIA Y TIPO DE ACV					
			TIPO DE ACV		Total
			Isquémico	Hemorrágico	
GRADO DE DISFAGIA	Leve	Recuento	45	2	47
		% dentro de TIPO DE ACV	49,5%	18,2%	46,1%
	Moderado	Recuento	34	7	41
		% dentro de TIPO DE ACV	37,4%	63,6%	40,2%
	Severo	Recuento	12	2	14
		% dentro de TIPO DE ACV	13,2%	18,2%	13,7%
Total		Recuento	91	11	102
		% dentro de TIPO DE ACV	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

Las variables utilizadas en la **Tabla 7**. Son el grado de disfagia clasificándose en leve, moderado y severo, sabiendo que leve es la más frecuente a diferencia de los otros

grados de disfagia. Con respecto a la otra variable utilizada la localización anatómica se clasifica en supratentorial e infratentorial, concluyendo, que la supratentorial es la que comúnmente se presenta en los pacientes. Por lo que se puede analizar que los pacientes con disfagia leve a causa de un ACV supratentorial tiene un porcentaje del 46.7% en comparación con pacientes con disfagia leve a causa de ACV infratentorial con un porcentaje de 44,4%. En pacientes con disfagia moderado a causa de un ACV supratentorial tiene un porcentaje de 37.3% a diferencia de los pacientes con ACV infratentorial con un porcentaje de 48.1% presentando un mayor porcentaje que el anterior. Finalmente, los pacientes con ACV severo a causa de ACV supratentorial tienen un porcentaje de 16% a diferencia de los pacientes con ACV infratentorial por disfagia severa con un porcentaje de 7.4%.

Se realizó un estudio de chi cuadrado para determinar la significancia de la gravedad de la disfagia en pacientes con accidente cerebrovascular según su localización anatómica, concluyendo que el objetivo no fue significativo ya que ambas variables descritas presentan una similitud en sus frecuencias.

Finalmente, se analizó el último objetivo el cual pretende relacionar la terapia del lenguaje con la mejoría de la disfagia a través de la escala de Guss por medio de una tabla cruzada.

**Tabla 7.** Tabla cruzada entre el grado de disfagia y la localización anatómica de ACV.

<b>Tabla cruzada GRADO DE DISFAGIA Y LOCALIZACIÓN ANATOMICA DEL ACV</b>					
			LOCALIZACION		Total
			Supratentorial	Infratentorial	
<b>GRADO DE DISFAGIA</b>	Leve	Recuento	35	12	47
		% dentro de LOCALIZACIÓN	46,7%	44,4%	46,1%
	Moderado	Recuento	28	13	41
		% dentro de LOCALIZACIÓN	37,3%	48,1%	40,2%

	Severo	Recuento	12	2	14
		% dentro de LOCALIZACIÓN	16,0%	7,4%	13,7%
<b>Total</b>		Recuento	75	27	102
		% dentro de LOCALIZACIÓN	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

Las variables utilizadas en la **Tabla 8**. Son el grado de disfagia clasificándose en leve, moderado y severo y la escala de Guss final posterior a recibir terapia de lenguaje el cual se pretende determinar si existió alguna mejoría en los pacientes mediante una tabla cruzada.

Para determinar si existió alguna mejoría en los pacientes primero se debe conocer el puntaje de la escala de Guss, descritos a continuación, Puntaje de 20 puntos significa éxito total o pacientes sin disfagia, puntaje 15-19 se clasifica como una disfagia leve con éxito al deglutir alimentos semisólidos y líquidos y fracaso al deglutir alimentos sólidos, el puntaje de 10-14 se clasifica como una disfagia moderada con éxitos al deglutir alimentos semisólidos y fracaso a los líquidos y finalmente el puntaje de 0-9 se clasifica como disfagia severa con fracaso al deglutir alimentos semisólidos.

Sabiendo lo descrito posteriormente se da a conocer los resultados en la tabla. Los pacientes con disfagia leve que se realizaron terapia de lenguaje tuvieron una mejoría de la escala de Guss a 20 puntos con un porcentaje 48.9%, a diferencia de aquellos pacientes con disfagia moderada que tuvieron una mejoría de 4.9%, teniendo en cuenta que los pacientes con disfagia severa no obtuvieron ninguna mejoría en el puntaje a 20 puntos de la escala de Guss.

Por otro lado, en la puntuación de la escala de Guss a 19 puntos, los pacientes con disfagia leve obtuvieron una eficacia del 31.9% a comparación de los pacientes con disfagia moderada con una puntuación del 12.2%. En la puntuación de la escala de Guss que mejoraron a 18 puntos, los pacientes con disfagia leve solamente obtuvieron una mejoría del 8.5% a comparación de la disfagia moderada que obtuvo una eficacia

del 31.7%. Seguido de la puntuación a 17 en la escala de Guss que se determinó que los pacientes con disfagia moderada obtuvieron un mayor porcentaje de 24.4% que los pacientes con disfagia leve con 8.5%. La puntuación a 16 de la escala de Guss en pacientes con disfagia leve posterior a recibir terapia de lenguaje obtuvieron una mejoría de 2.1% a comparación de pacientes con disfagia moderada 4.9% con el mismo puntaje en la escala de Guss. La puntuación a 15 puntos en la escala de Guss, solamente obtuvo mejoría en aquellos pacientes con disfagia moderada con un porcentaje del 7.3%. Concluyendo así que los pacientes que obtuvieron una puntuación 15 a 19 puntos posterior a recibir terapia de lenguaje presentan actualmente una disfagia leve.

En cuanto a los pacientes que obtuvieron una progresión a 14 puntos en la escala de Guss solamente se vieron beneficiados un 7.3% de la población que comenzaron con disfagia moderada al igual que los pacientes que obtuvieron una mejoría a 13 puntos, solamente un 2.4% las personas que presentaron disfagia moderada mejoraron. En la mejoría a 12 puntos en la escala de Guss los pacientes con disfagia severa obtuvieron un porcentaje de 14.3% en comparación con pacientes con disfagia moderada con un porcentaje del 4.9%. Los pacientes con una puntuación a 11 puntos en la escala de Guss obtuvieron una progresión de 14.3% solamente aquellos que comenzaron una disfagia severa. Concluyendo así que los pacientes que inicialmente presentaron una escala de Guss de 10 a 14 puntos, actualmente presentan una disfagia leve, es decir los pacientes que tuvieron disfagia moderada si tuvieron buena progresión. Finalmente, los pacientes con disfagia severa obtuvieron mejorías mínimas en la escala de Guss.

Se realizó un estudio de chi cuadrado para determinar la escala de Guss final en pacientes que recibieron terapia de lenguaje por presentar disfagia posterior a accidente cerebrovascular, concluyendo que este objetivo fue significativo.

**Tabla 8.** Tabla cruzada Puntaje de Guss Final en pacientes con disfagia posterior a recibir terapia de lenguaje.

Tabla cruzada PUNTAJE DE GUSS FINAL Y EL GRADO DE DISFAGIA						
			GRADO DE DISFAGIA			Total
			Leve	Moderado	Severo	
2	Recuento	0	0	1	1	

<b>PUNTAJE DE GUSS FINAL</b>		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	0,0%	0,0%	7,1%	1,0%
	3	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	0,0%	0,0%	7,1%	1,0%
	5	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	0,0%	0,0%	14,3%	2,0%
	6	Recuento	0	0	4	4
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	0,0%	0,0%	28,6%	3,9%
	7	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	0,0%	0,0%	7,1%	1,0%
	9	Recuento	0	0	1	1
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	0,0%	0,0%	7,1%	1,0%
	11	Recuento	0	0	2	2

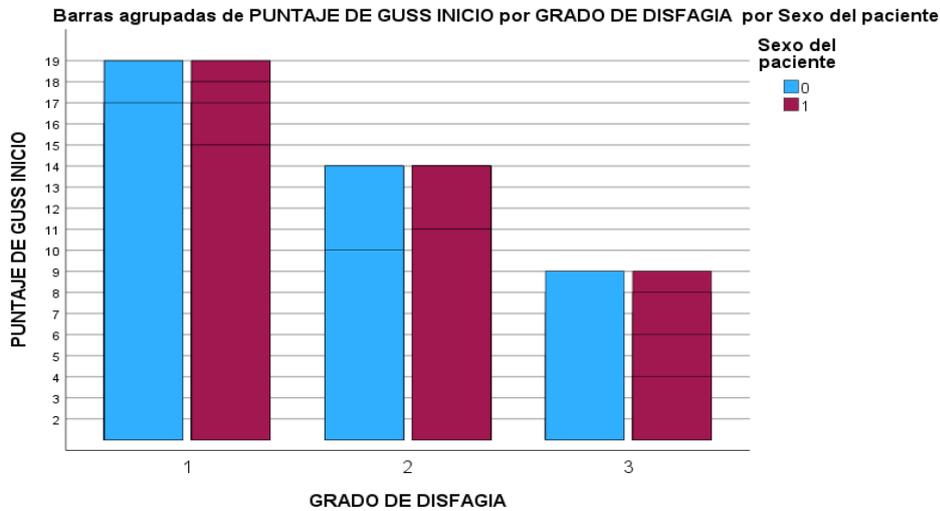
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	0,0%	0,0%	14,3%	2,0%
	12	Recuento	0	2	2	4
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	0,0%	4,9%	14,3%	3,9%
	13	Recuento	0	1	0	1
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	0,0%	2,4%	0,0%	1,0%
	14	Recuento	0	3	0	3
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	0,0%	7,3%	0,0%	2,9%
	15	Recuento	0	3	0	3
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	0,0%	7,3%	0,0%	2,9%
	16	Recuento	1	2	0	3
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	2,1%	4,9%	0,0%	2,9%
	17	Recuento	4	10	0	14

		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	8,5%	24,4%	0,0%	13,7%
	18	Recuento	4	13	0	17
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	8,5%	31,7%	0,0%	16,7%
	19	Recuento	15	5	0	20
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	31,9%	12,2%	0,0%	19,6%
	20	Recuento	23	2	0	25
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	48,9%	4,9%	0,0%	24,5%
<b>Total</b>		Recuento	47	41	14	102
		% dentro de GRADO DE DISFAGIA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

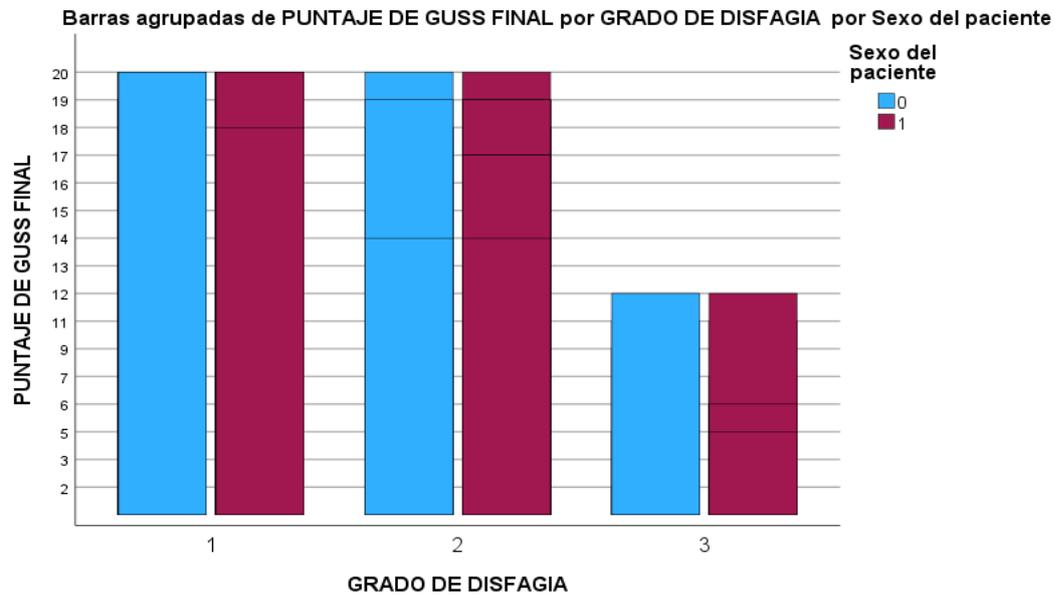
En los **gráficos 4 y 5** se puede apreciar la marcada diferencia que presentan los pacientes con disfagia antes y después de recibir terapia de lenguaje mediante la escala de Guss, observando la progresión de los pacientes que tuvieron con disfagia moderada a leve. Por otro lado, como se visualiza en ambos gráficos la variable sexo no es considerado como un factor pronóstico ya que ambos tienen la misma probabilidad de presentar disfagia como posibilidad curativa.

**Ilustración 4.** Puntaje de Guss inicial en pacientes con disfagia sin recibir terapia de lenguaje.



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

**Ilustración 5.** Puntaje de Guss final en pacientes con disfagia después de recibir terapia de lenguaje.



Fuente: Hospital Abel Gilbert Pontón- servicio de neurología. Autores: Flores Danya & Matute David.

## DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos descritos previamente, aceptamos la hipótesis alternativa que establece la eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia a causa de accidente cerebrovascular ingresados en el Hospital de Especialidades Abel Gilbert Pontón. Nuestro estudio tiene como finalidad, comprobar la eficacia de la terapia de lenguaje en los pacientes que padecen disfagia orofaríngea a causa de accidente cerebrovascular, hospitalizados en el servicio de neurología, objetivo que se comparte con el estudio de Berta Mata et al. en su publicación de tesis de grado de la Universidad de Cataluña 2020 “La disfagia en personas con ACV: tratamiento logopédico efectivo “ (12).

Nuestro estudio guarda relación con lo que sostiene Lendinez-Mesa y Diaz- García (2017) en su publicación de tesis de grado de la Universidad oberta de Catalunya sobre “Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebrovascular en una unidad de neurorrehabilitación”, quienes señalan que el rango de edad que más frecuentemente presenta disfagia posterior a ACV son adultos mayores a 60 años, los cuales en su gran mayoría manifiestan secuelas neurológicas y funcionales importantes, por lo que es considerada como una enfermedad discapacitante. Este mismo estudio se evidencio un grado de prevalencia elevada en pacientes con disfagia por accidente cerebrovascular en la unidad de neurorrehabilitación con un porcentaje 46.8% (1), el cual compara la prevalencia con otro estudio similar de Cichero J. y Altman K. (2011) en su estudio “Definition, prevalence and burden of oropharyngeal dysphagia: A serious problem among older adults worldwide and the impact on prognosis and hospital resources” publicado en pubmed donde se sitúa entre el 40 al 80% de la población total. Es importante mencionar que en nuestro estudio se demostró que la disfagia tiene mayor gravedad en el género masculino, a comparación del femenino, sin embargo, a pesar de tener mayor frecuencia, no influye en los resultados, se ven afectado en la gravedad y mejoría tanto hombres como mujeres.

Por otro lado, en nuestro análisis de tesis, se evidencia que el tipo de accidente cerebrovascular que mayormente se presenta es el isquémico lo que se difiere con el estudio de Terré publicado en la revista neurológica (2020) en su publicación de “Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnosticos y terapeuticos” (13), donde el hemorrágico es el de mayor significancia. Por lo que se puede concluir que tanto en

los eventos isquémicos como hemorrágicos se puede presentar disfagia, además no solo altera la calidad de vida de las personas, sino también el pronóstico de los pacientes.

Con respecto a los resultados de nuestro trabajo de investigación se pudo apreciar que la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia posterior accidente cerebrovascular contribuye a mejorar el grado de disfagia medido a través de la escala de Guss, por lo que se puede asegurar que existe una mejoría significativa en el tratamiento logopédico que coincide con las investigaciones de Hernández y Velásquez en su tesis de grado en la Universidad de Santander (2022) sobre “Efectividad de la Intervención Fonoaudiológica Utilizando Estrategias Convencionales Para la Deglución Segura en Adultos Mayores que Presenten Presbifagia en Diferentes Grados de Severidad del Asilo San Rafael de Bucaramanga” (14). Otro artículo de Ariza-Galindo y Aguilar en su estudio “Disfagia en el adulto mayor” publicado en Scielo (2020), resalta que es necesario intervenir de manera mediata tras presentar disfagia posterior al ACV (11), con la finalidad de demostrar mayores efectos beneficiosos, mismas investigaciones que fueron dadas por validadas en el estudio.

Dentro de las ventajas del estudio, la utilización del Chi-cuadrado en el análisis estadístico ha sido de gran utilidad para determinar el nivel de significancia de cada objetivo planteado, concluyendo que la terapia del lenguaje es un método terapéutico, eficaz que no solo ayuda a la fonación y comunicación sino también a la deglución en pacientes que presentan disfagia sobre todo de reciente estadio, es decir leve o moderado. Este estudio fue realizado en la ciudad de Guayaquil en donde las variables no han sido del todo estudiadas de la región. Finalmente, en las desventajas del trabajo de titulación, se pudo determinar que la muestra se encuentra dentro del límite inferior de la muestra esperada según la población total del estudio, por lo que dos de nuestros objetivos no fueron significativos. También se pudo evidenciar que algunos pacientes de la base de datos brindada por el Hospital de Especialidades de Guayaquil Abel Gilbert Pontón presentaron historias clínicas incompletas por lo que no fueron incluidos en el análisis estadístico por no cumplir los criterios de inclusión del estudio.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES**

En el primer objetivo, se determinó la frecuencia de disfagia en pacientes con accidente cerebrovascular quienes recibieron terapia de lenguaje presentando una muestra de 102 personas en donde se pudo observar en la variable “género” que el sexo masculino tuvo mayor prevalencia que el sexo femenino, pese a ello no influyó en la progresión o regresión de su enfermedad, a diferencia de la variable “Edad” el cual, es considerada como un factor causal para su progresión.

El segundo objetivo, se clasificó la gravedad de la disfagia en pacientes con accidente cerebrovascular concluyéndose como objetivo no significativo, pese a ello se determinó que los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico son los más recurrentes, como se describe en la literatura a diferencia del ACV hemorrágico. Por otro lado, el grado de disfagia que más se presentó en el estudio fue el leve.

En el tercer objetivo, el cual establece la relación de la disfagia y su localización anatómica del tipo de ACV, al igual que el segundo objetivo no fue significativo, por la similitud de sus frecuencias con respecto a las variables.

En cuanto al último objetivo, relaciona la terapia del lenguaje con la mejoría de la disfagia a través de la escala de Guss determinando al objetivo como significativo, concluyendo que la gran mayoría de los pacientes con disfagia leve y sobre todo moderada presentan una regresión de su enfermedad de manera favorable.

Con respecto a la hipótesis previamente planteada en este estudio de investigación tras los resultados brindados se corroboró que la terapia de lenguaje como método terapéutico es indispensable para la mejoría de la deglución sobre todo el paciente que presentan disfagia leve y moderada, determinando así que este método terapéutico actualmente utilizado presenta una mejoría satisfactoria en estos pacientes. Rechazando a la Hipótesis nula, dado que la hipótesis alternativa es verdadera.

Finalmente, se pudo concluir que la terapia de lenguaje es considerada una alternativa eficaz como método terapéutico en pacientes con disfagia secundario a un accidente cerebrovascular por lo que se evidenció mejoría clínica, sobre todo en pacientes con disfagia de tipo moderada observándose un retroceso favorable de su enfermedad.

## **RECOMENDACIONES**

Se recomienda que en futuras investigaciones realicen un estudio prospectivo con el objetivo de que el investigador pueda realizar una correcta historia clínica y recolección de datos, con esto se pretende disminuir el margen de error.

Es indispensable que el personal de salud realice capacitaciones para tener conocimiento de como efectuar una correcta evaluación en la escala de Guss y así determinar si existe mejoría de la patología luego de realizar la terapia de lenguaje.

Realizar un estudio comparativo y multicéntrico con el propósito de determinar la eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes que padecen disfagia en las diferentes casas de salud que cumplan con estas condiciones.

## REFERENCIA

### Bibliografía

1. Mesaa A, García M, Alcázar MC. Prevalencia de disfagia orofaríngea en pacientes con patología cerebro vascular en una unidad de neurorrehabilitación. Sociedad Española de enfermería Neurológica. 2017 octubre.
2. Ares BM. La terapia de lenguaje como método terapéutico mejora la deglución en paciente que presentan disfagia en sus diferentes grados de severidad. Tesis de grado. Catalunya: universidad central de Catalunya , Universidad Oberta de Catalunya ; 2019.
3. Alonso CdIR. Disfagia en accidente cerebrovascular. Trabajo de titulación. Barcelona : Universidad de Valladolid, Departamento de logopedia ; 2016.
4. Venegas M, Navia R, Fuentealba I, Medina MDd, Kunstmann P. Manejo hospitalario de la persona mayor con disfagia. REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES. 2020 septiembre; 1(31).
5. Casado-Caballero FJ, Delgado-Maroto A, Íñigo-Chaves A. Disfagia esofágica y trastornos motores de esófago. Sociedad Andaluza de Patología digestiva. 2017 marzo ; 40(1).
6. Guzmán MJ, Dulbecco M. abordaje del paciente con disfagia. Acta Gastroenterol Latinoam. 2020 noviembre ; 50(3).
7. Ariza-Galindo CJ, Aguilar DMR. Disfagia en el adulto mayor. Scielo. 2020 septiembre ; 61(4).
8. Cruz AP, Rivero BS, Clausell AB, Jorge MC. La enfermedad cerebrovascular y sus factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina Militar. 2020 julio-septiembre ; 49(3).
9. Rubiera AB, Plasencia LMM. Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización. Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2009 enero/febrero; 7(1).
- 10 Rojas CJ, Sánchez AIC, Bezón CG. DISFAGIA. Tratado de geriatría. 2020 . enero;(545-552).
- 11 González RD. Métodos de intervención de disfagia en pacientes con ACV. . Trabajo de fin de grado. universidad de la laguna , Departamento de logopedia ; 2017.
- 12 Ares BM. La disfagia en personas con ACV: tratamiento logopédico efectivo. . tesis de grado. Barcelona: Universidad oberta de Catalunya, Departamento de logopedia ; 2020.

- 13 Terré R. Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos.  
. Revista de neurología. 2020 junio; 70(12).
- 14 Judit HMMCyVBM. Efectividad de la Intervención Fonoaudiológica Utilizando  
. Estrategias Convencionales Para la Deglución Segura en Adultos Mayores que  
Presenten Presbifagia en Diferentes Grados de Severidad del Asilo San Rafael  
de Bucaramanga. Tesis de grado. Bucaramanga: Universidad de Santander,  
Facultad de ciencias medicas; 2022.
- 15 Suárez-Escudero JC, Vallejo ZVR, Orozco AF. Disfagia y neurología: ¿una unión  
. indefectible? Acta Neurológica Colombiana. 2018 Junio ; 34(1).
- 16 Janeth Hernández Jaramillo Flga MM, Laura Marcela Rodríguez Duque Flga M.  
. Factores pronóstico de la disfagia luego de un ataque cerebrovascular: una  
revisión y búsqueda sistemática. Rev. Cienc. Salud. 2017 abril .
- 17 Yanza KLJ, Reinoso RMO, Alcívar GMÁ. Tratamientos de la disfagia orofaríngea  
. (DOF/DO). Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las  
Ciencias. 2019 julio; 3(3).
- 18 Muñoz DSA, Rodríguez DRR. GUÍA DE DISFAGIA. In Belinchón DMR.  
. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Aparato Digestivo de SEMERGEN.  
España: semergen ; 2020. p. 1-74.
- 19 Venegas M, Navia R, IF, Medina MDd, Kunstmann P. Manejo hospitalario de la  
. persona mayor con disfagia. REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES. 2020  
agosto; 31(1).
- 20 Velasco M, García-Peris P. Causas y diagnóstico de la disfagia. Nutrición  
. Hospitalaria. 2009 mayo; 2(2).
- 21 Mussenden OE. Rev Cubana. [Online].; 2014 [cited 2022 Diciembre 09. Available  
. from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubangcirvas/cac-2014/cac142e.pdf>.
- 22 Villa L. acnweb. [Online].; 2004 [cited 2022 Diciembre 09. Available from:  
. <http://www.acnweb.org/guia/g3cap7.pdf>.
- 23 Ballena P, Mendoza F. Repositorio USMP. [Online].; 2019 [cited 2022 Diciembre  
. 11. Available from:  
[https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/81115/ballena\\_mendozaapc.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/81115/ballena_mendozaapc.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 24 studocu. [Online].; 2019 [cited 2022 Diciembre 11. Available from:  
. <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-central-de-chile/fisiopatologia-i/fisiopatologia-acv-isquemico-hemorragico/5160643>.
- 25 Muñoz M. acnweb. [Online]. [cited 2022 Diciembre 11. Available from:  
. <https://www.acnweb.org/guia/g1c12i.pdf>.

- 26 Tembory F. medynet. [Online]. [cited 2022 Diciembre 12. Available from:  
 . <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/acv.pdf>.
- 27 Benavides P, Sanchez L, Alvarez P, Manzano V. Researchgate. [Online].; 2018  
 . [cited 2022 Diciembre 12. Available from:  
 [https://www.researchgate.net/publication/322926643\\_Diagnostico\\_imagenologia\\_y\\_accidente\\_cerebrovascular](https://www.researchgate.net/publication/322926643_Diagnostico_imagenologia_y_accidente_cerebrovascular).
- 28 Rojas CJ, Sánchez AIC, Bezón CG. Disfagia. [Online].; 2019 [cited 2022 octubre  
 . 5.
- 29 Orozco-Benavides GA, Garrido-Barriga EF, Paredes-Gomez VE. Disfagia en el  
 . Paciente con Enfermedad Cerebrovascular. Revista Ecuatoriana. 2019; 21(1-2).
- 30 Rehabilitacion logopedica de la disfagia mediante tecnicas compensatorias y  
 . rehabilitadoras en un paciente con enfermedad cerebrovascular en fase cronica.  
 Tesis de grado. Barcelona : Universidad Oberta de catalunya, Psicologia Clinica ;  
 2018.

## ANEXOS

**Gráfico 7. Escala de Guss**

<b>1. Investigación Preliminar / Prueba Indirecta de Deglución</b>			
	<b><i>Sí</i></b>	<b><i>No</i></b>	
<b>Vigilancia</b> (El paciente debe estar alerta al menos 15 minutos)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
<b>Tos y/o carraspeo</b> (tos voluntaria) (El paciente debe toser o carraspear 2 veces)	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
<b>Deglución de Saliva:</b>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
▪ Deglución exitosa			
▪ Sialorrea	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
▪ Cambios en la voz (ronca, húmeda, débil)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
<b>TOTAL</b>			(5)
	1 - 4 = Investigar más a fondo <sup>1</sup>		
	5 = Continuar con 2ª parte		
<b>2. Prueba Directa de Deglución</b> (Material: agua, cucharaditas de té, espesante de alimentos, pan).			
<b>En el siguiente orden:</b>	<b>1 →</b>	<b>2 →</b>	<b>3 →</b>
	<b>SEMISÓLIDO*</b>	<b>LÍQUIDO**</b>	<b>SÓLIDO***</b>
<b>DEGLUCIÓN:</b>			
▪ Deglución no es posible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Deglución retrasada (> 2 sg.) (texturas sólidas > 10 sg.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Deglución exitosa	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>TOS (involuntaria):</b> (antes, durante y después de la deglución, hasta 3 minutos después)			
▪ Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SIALORREA:</b>			
▪ Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>CAMBIOS EN LA VOZ:</b> (escuchar antes y después de la deglución. El paciente debiera decir /O/)			
▪ Sí	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>	(5)	(5)	(5)
	1 - 4 = Investigar más a fondo <sup>1</sup>	1 - 4 = Investigar más a fondo <sup>1</sup>	1 - 4 = Investigar más a fondo <sup>1</sup>
	5 = Continuar con Líquido	5 = Continuar con Sólido	5 = Normal
<b>PUNTAJE TOTAL:</b> (Prueba Indirecta y Directa de Deglución)	_____ (20)		
*	Primero administrar, 1/3 y 1/2 de cucharadita de agua con espesante (consistencia como pudín). Si no hay síntomas dispensar 3 a 5 cucharaditas. Evaluar después de la 5ª cucharada.		
**	3, 5, 10, y 20 ml de agua en taza. Si no hay síntomas continuar con 50 ml de agua (Daniels et al. 2000; Cottlieb et al. 1996). Evaluar y parar cuando uno de los criterios aparezca.		
***	Clínico: Pan seco (repetir 5 veces); FEES: pan seco con colorante.		
<sup>1</sup>	Utilizar estudios funcionales como Videofluoroscopia (VFES), Fibroscopia (FEES).		

Fuente: Universidad Oberta de Catalunya. Autores: Faro, Mathilde. & Jodar, Irena.



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Flores Lucas Danya Sofía** con **C.C: #0926807298** autora del trabajo de titulación **Eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular ingresados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2020 a enero 2022** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **01 de mayo del 2023**

**EL AUTOR**

f.

Nombre: **Flores Lucas Danya Sofía**

C.C: **0926807298**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Matute Solís David Manuel** con C.C: #**0951553387** autor del trabajo de titulación: **Eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular ingresados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2020 a enero 2022**, previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **01 de mayo del 2023**

f.

Nombre: **Matute Solís David Manuel**

C.C: **0951553387**

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular ingresados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2020 a enero 2022		
<b>AUTOR(ES)</b>	Flores Lucas Danya Sofía; Matute Solís David Manuel		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Salazar Pousada Danny Gabriel, Dr.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	01 de mayo del 2023	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	45
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Área de la salud		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Terapia de lenguaje, Disfagia, Deglutir, Accidente cerebro Vascular		
<b>RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):</b>	<p>La terapia de lenguaje es un método terapéutico actualmente utilizado en pacientes que padecen disfagia posterior a un ACV, es considerado una herramienta que tiene la finalidad de disminuir los trastornos deglutorios favoreciendo a una mejoría del 65 al 80%. Dentro del área de rehabilitación es importante clasificar el tipo de disfagia que presentan los pacientes para poder individualizar los casos y brindarle el tratamiento ideal. <b>Objetivo:</b> determinar la eficacia de la terapia de lenguaje en pacientes con disfagia por accidente cerebro vascular ingresados en el Hospital de Especialidades Guayaquil Abel Gilbert Pontón durante el período enero 2020 a enero 2022</p> <p><b>Metodología:</b> Observacional, retrospectivo, longitudinal y analítico. <b>Población:</b> 522 pacientes. <b>Muestra:</b> 102 pacientes con disfagia posterior a ACV que recibieron terapia de lenguaje. <b>Técnica:</b> Observación indirecta. <b>Instrumento:</b> Revisión de Historias clínicas para valoración de disfagia mediante la escala Guss. <b>Resultados:</b> A través de la prueba de Chi- Cuadrado se utiliza una hipótesis alternativa y se reconoce la relación que existe entre las variables utilizadas. <b>Conclusiones:</b> Mediante la escala de Guss se pudo determinar que la terapia de lenguaje es un método terapéutico eficaz en pacientes con disfagia secundario a un accidente cerebrovascular.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-96405803 /+593-994646701	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:Danya0883@hotmail.com">Danya0883@hotmail.com/</a> <a href="mailto:Dm_matutesolis@hotmail.com">Dm_matutesolis@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Diego Vásquez Cedeño		
	<b>Teléfono:</b> +593- 982742221		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec">diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec</a>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			