



Universidad de Valladolid



TRABAJO FIN DE GRADO

LA DISFAGIA EN PACIENTES NEUROLÓGICOS

ALUMNA: ANA ROJO AMO

TUTORA: DRA. MARTA RUIZ MAMBRILLA

CUARTO CURSO

GRADO EN LOGOPEDIA

CURSO 2017/2018

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Agradecimientos

La realización de este trabajo me ha llevado varios meses de preparación y elaboración pero todo esto no habría sido posible sin varias personas a las que quiero agradecer.

En primer lugar se lo agradezco enormemente a mi tutora, la Dra. Marta Ruíz Mambrilla, quién ha puesto toda su paciencia y empeño en guiarme, resolverme las dudas que surgieran, aconsejarme, animarme y dirigirme durante todo el proceso del trabajo, sin ella el resultado no hubiera sido tan positivo y gratificante.

En segundo lugar quiero agradecer a toda mi familia (padres, pareja, primos, tíos y demás familia) y mis amigos/as que se han preocupado en todo momento de cómo llevaba el trabajo, si me estaba gustando la experiencia,... sin ellos tampoco hubiera sido posible ya que cuando me sentía nerviosa o agobiada porque algo no me salía bien, me han apoyado y animado para que no abandonase y siguiera hacia adelante hasta el final del camino que ha conllevado la completa elaboración del Trabajo de Fin de Grado.

Estoy muy agradecida por haber podido realizar este trabajo en el cual tenía tanto empeño cuyo tema me resultaba tan interesante y con el que he podido aprender muchas cosas positivas, nuevas y buenas, pero también me he podido dar cuenta de otros aspectos negativos como es la falta de profesionales de la Logopedia a nivel sanitario, y cuyo aspecto, espero que en los próximos años no muy lejanos, cambie de negativo a positivo.

ÍNDICE

1. Resumen	4
2. Introducción.....	5
3. Objetivos.....	11
4. Material y métodos.....	12
5. Resultados	13
6. Discusión	28
7. Conclusiones	30
8. Bibliografía	31

1. Resumen

Resumen:

Introducción: este TFG aborda el tema de la disfagia (alteración en la deglución y en algunas de sus etapas) en los pacientes de carácter neurológico y el papel que tiene el logopeda para la evaluación e intervención de la disfagia.

Objetivos: el trabajo contiene cinco objetivos, uno de ellos es: fomentar el trabajo logopédico, y multidisciplinar, para la intervención de la disfagia.

Material y métodos: seleccionamos 29 artículos científicos, todos ellos obtenidos de: Dialnet, Google Academics, Google Avanzado, Índice Médico Español y Pub Med.

Resultados: 78.26 % pacientes refieren profesionales para el tratamiento de disfagia, 21.73% no refieren profesionales para el tratamiento de disfagia, 34.78% tiene malnutrición y desnutrición, 13.04% tiene deshidratación, 43.47% presenta aspiraciones, 39.13% padece neumonías, 17.40% no tiene problemas respiratorios, 52.17% se les adapta la dieta, 26.08% utiliza sonda y 39.13% requiere de técnicas y maniobras posturales.

Conclusiones: fomentar el trabajo del logopeda sobre la disfagia, hacer eco de la figura del logopeda, diseñar y adaptar las dietas para alcanzar un proceso deglutorio adecuado, aprender y aplicar las posturas corporales idóneas para las personas con disfagia y demostrar la importancia que tiene el Logopeda a nivel comunicativo, lingüístico y de la deglución.

Palabras clave: logopeda, disfagia, neurológico, deglución, profesionales, malnutrición, desnutrición, deshidratación, aspiración, neumonía, dieta, sonda, postura.

2. Introducción

La realización de este Trabajo de Fin de Grado (TFG) va a abordar un tema muy presente en nuestros días y que no mucha gente conoce ni sabe apreciar de forma temprana y correcta en familiares y conocidos enfermos que le rodean, algo que puede llegar a tal punto de costarle la vida al paciente.

La fisiología de la deglución normal es un curso sensoriomotor neuromuscular que coordina la contracción y relajación bilateral de los músculos de la boca, lengua, faringe, laringe y esófago, así, los alimentos transcurren desde la boca hacia el estómago.¹ La deglución normal cuenta con cuatro etapas que veremos a continuación¹:

1. Preparatoria oral: voluntaria. El alimento se mastica y se mezcla con saliva para formar el bolo alimentario. Duración variable.¹
2. Oral: voluntaria. Bolo dirigido hacia las fauces, se juntan los labios y se contraen los músculos de la cavidad bucal. Participa la lengua como rampa para llevar el bolo al istmo de las fauces. Dura un segundo.¹
3. Faríngea: involuntaria. El reflejo deglutorio tiene lugar en los pliegues palatinos anteriores y parte posterior de la lengua. Primero se eleva y retrae el velo del paladar, se cierra completamente la zona velofaríngea, se inician las ondas peristálticas faríngeas, se elevan y cierran los tres esfínteres laríngeos y se relaja el esfínter cricofaríngeo para dejar pasar los alimentos de la faringe al esófago. Dura un segundo o menos.¹
4. Esofágica: involuntaria. Relajación del esfínter cricofaríngeo, peristaltismo esofágico (tránsito del bolo hacia el estómago). Dura de 8-20 segundos.¹

Desde el punto de vista neurológico, la deglución está controlada por una serie de músculos estriados inervados por varios nervios craneales, que se encargan de aportar inervación motora y sensorial de la deglución, así como los movimientos asociados del tracto respiratorio superior. Éstos nervios craneales son: trigémino (V), facial (VII), glossofaríngeo (IX), vago (X), accesorio (XI) e hipogloso (XII). En las dos primeras etapas deglutorias participa el nervio trigémino (V) para la masticación, el facial (VII) para mover labios y mejillas y el nervio hipogloso para la lengua. En la tercera etapa de la deglución participan los nervios craneales glossofaríngeo (IX), vago (X) y accesorio (XI).¹

Cuando existe alguna alteración en la deglución y en algunas de sus etapas hablamos de la disfagia, definida como “dificultad para tragar producida por la alteración anatómica o funcional de las diversas estructuras que intervienen en la deglución”². Los dos tipos de disfagia, según su origen, son³:

- Disfagia orofaríngea: trastorno de la motilidad orofaríngea dando lugar a problemas de transportar el bolo alimenticio de la boca a la faringe.³
- Disfagia esofágica: trastornos obstructivos, motores o sensitivos, lo que da lugar a problemas para transportar el bolo de faringe a esófago.³

Éste trastorno deglutorio, que es muy frecuente en ancianos, enfermos de carácter neurológico o personas institucionalizadas⁵, puede dar lugar a una serie de consecuencias negativas para el paciente, como son²:

- Complicaciones por falta de aporte de nutrientes: aumenta el tiempo de las comidas lo que disminuye la ingesta de alimentos y líquidos por las alteraciones existentes para la deglución de alimentos sólidos, la deglución de líquidos, o incluso deglutir la propia saliva.²
- Deshidratación: debido a la reducción de la ingesta de líquidos y de alimentos que contienen agua, además de que aumenta el riesgo cuando el paciente tiene fiebre, diarrea o tiene algún tratamiento diurético. La deshidratación es muy grave ya que conlleva a otro tipo de consecuencias como insuficiencia renal, descompensación hiperosmolar, aumenta la toxicidad renal por medicamentos, letargo, confusión mental, aumenta la disfagia, disminuye la secreción de saliva y así aumentan los gérmenes patógenos en la cavidad oral, lo que puede dar lugar a neumonía por aspiración.²
- Estreñimiento: se debe a que disminuye tanto la ingesta de líquidos como de alimentos con fibra, y en algunos casos de pacientes ancianos también influye que no pueden hacer ejercicio físico, lo que dificulta que expulsen las heces con normalidad.²
- Desnutrición: puede dar lugar a pérdida de peso debida a la disfagia, la cantidad y variedad de alimentos se ve disminuida de manera importante, lo cual disminuye la densidad calórica de las comidas domésticas. También influyen factores que afectan a la calidad y cantidad de alimentos tomados, como es el miedo al atragantamiento, la depresión que provoca la disminución del apetito y otras alteraciones para ingerir alimentos (vómitos, pérdida de alimentos por nariz y boca, tos, fatiga muscular orofaríngea, aumento del tiempo de comidas, rechazo por ansiedad, pérdida de valor social de las

comidas, dilución de nutrientes para facilitar la deglución, exclusión de alimentos, alimentos inapropiados para la disfagia, monotonía, presentación deficiente, ausencia de alimentos sólidos).²

- Complicaciones por aspiración a las vías respiratorias: la aspiración es el paso del contenido orofaríngeo hacia las cuerdas vocales, tráquea, bronquios y pulmones. Las alteraciones que puedan tener lugar van a depender del material y cantidad aspirada, también de los mecanismos de defensa de la persona.²
- Insuficiencia respiratoria aguda: ocurre cuando la cantidad de aspirado es elevada por aspiración de un gran volumen o por un bolo sólido que tapa las vías respiratorias y no deja ventilar correctamente. Ésta puede dar lugar a disnea aguda, taquicardia, hipotensión y muerte.²
- Neumonitis por aspiración: para que una neumonitis tenga lugar, el pH del material aspirado tiene que ser menor de 2,5 y su volumen mayor de 20-25 ml en adultos, siempre y cuando esté combinado con partículas de alimentos. El daño es mayor si el pH es más de 2,5. Con esto podemos afirmar que la neumonitis ocurre cuando el material aspirado tiene ácido gástrico regurgitado que quema, de forma química, la tráquea, bronquios y tejido pulmonar, así se produce una reacción inflamatoria que es sintomática a las 2-6 horas de la aspiración. No conlleva a infección respiratoria porque la acidez gástrica no permite proliferar las bacterias, excepto en pacientes con gastroparesia. Cuando la aspiración tiene lugar, muchos de los pacientes tosen, tienen un corto estridor, o en pocas ocasiones padecen aspiración silente (solo con desaturación arterial). En algunos casos puede dar lugar a cianosis, hipotensión y muerte.²
- Neumonía por aspiración: consecuencia más grave de la disfagia. Se desarrolla por el paso de material orofaríngeo con microorganismos patógenos que pasan a las vías respiratorias y dan lugar a la infección pulmonar. Son susceptibles de estas infecciones los pacientes con enfermedades neurodegenerativas o musculares, ictus, traumatismo craneo encefálico (TCE), cáncer de cabeza y cuello, y los ancianos, donde hay mayor riesgo de neumonía aspirativa, lo que aumenta las probabilidades cuando hay desnutrición.²
- Consecuencias sobre la calidad de vida y estancia hospitalaria: la calidad de vida de las personas con disfagia está afectada porque no puede llevar a cabo una ingesta normal, lo que da lugar a unos rasgos negativos de la alimentación: desconfianza en lograr el apetito, síntomas de alarma, dolor y

molestias. Durante las comidas no pueden estar muy acompañados de familiares y amigos porque se pueden producir alteraciones en la comida, lo que aumenta el tiempo de la misma. Este proceso da lugar a una desmotivación de la persona para comer, reduce el apetito e incluso la desnutrición, que como antes hemos mencionado, disminuye la calidad de vida y puede producir astenia, depresión, apatía y debilidad muscular. En algunos casos también se produce como consecuencia la disminución del olfato y gusto y la xerostomía (como en los casos de pacientes que padecen algún tipo de tumor o cáncer de cabeza y cuello). En cuanto a la estancia hospitalaria de estos pacientes, el coste sanitario se ha elevado debido a la disfagia por el aumento de la morbilidad generada, ya que estos pacientes son ingresados durante un tiempo, re-ingresados, etc. lo que aumenta el coste sanitario.²

Existen diversas patologías, afecciones o trastornos de origen neurológico que alteran la deglución y provocan disfagia en la persona afectada. Como en este trabajo abordamos la disfagia en pacientes que cursan con cuadro neurológico, a continuación, vamos a exponer brevemente cada una de estas patologías o afecciones, ordenadas según como hemos abordado más adelante los estudios de casos, clasificados por las diversas patologías o afecciones neurológicas.¹

- Accidente Cerebro Vascular (ACV): alrededor del 90% de los pacientes que padecen disfagia es como consecuencia de un ACV. Los trastornos cerebrovasculares pueden afectar al troncoencéfalo o bien al bulbo raquídeo, estos son más graves que los que no afectan a los centros troncoencefálicos, cuya gravedad es menor y la evolución es más positiva.¹
- Alzheimer: ésta patología es una demencia progresiva en la cual en sus etapas más avanzadas se producen alteraciones motoras, como la dificultad para tragar correctamente. En personas con Alzheimer las alteraciones deglutorias más frecuentes son: apraxias de la deglución, reducción movimientos linguales, atraso en el inicio del reflejo faríngeo, debilidad faríngea bilateral, elevación laríngea reducida, reducido movimiento de la base lingual, trastornos neuropsicológicos que afectan a la alimentación (impulsividad).¹
- Esclerosis Múltiple (EM): la gravedad de la disfagia en esta patología varía según la etapa de la enfermedad y áreas afectadas del sistema nervioso. Dificultades más observadas: reducido control lingual, inicio del reflejo faríngeo atrasado, contracción faríngea reducida y falta de cierre laríngeo.¹
- Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA): en ésta patología neurológica encontramos, más comúnmente, las siguientes alteraciones: control lingual

reducido, falta de contracción faríngea, inicio del reflejo faríngeo retardado, elevación laríngea reducida y disfunción cricofaríngea.¹

- Parkinson: alteraciones deglutorias observadas en el Parkinson: repetido movimiento del bolo de la parte anterior a la posterior, atraso de 2-3 segundos del inicio del reflejo faríngeo, contracción faríngea reducida, elevación y cierre laríngeo reducidos.¹
- Traumatismo Cráneo Encefálico (TCE): según el área afectada por las lesiones del traumatismo, las alteraciones producidas serán distintas. Las más comunes: ausencia o atraso del reflejo faríngeo en el 80% pacientes, control lingual reducido en 53%, paresia faríngea uni o bilateral en 32%, disfunción cricofaríngea en el 6%, reducción cierre labial, cierre velofaríngeo, elevación laríngea, cierre vía aérea y fístula traqueoesofágica (en algunos casos).¹
- Parálisis Cerebral (PC): en pacientes con PC la principal alteración deglutoria es la de la acción motora, que se encarga del transporte del bolo alimenticio desde la cavidad oral al esófago, y el sello labial. El déficit sensorial en la PC da lugar a aspiraciones crónicas de saliva o alimentos, disfunción del esófago y reflujo gastroesofágico (RGE), regurgitaciones, trastornos del sueño, esofagitis, anemia, neumonía, recurrente, asma, apnea, espasmos y atraso en el crecimiento.²⁸
- Miastenia Gravis: afecta a la placa neuromuscular afectando a cualquier par craneal que inerva la musculatura orofaríngea. Ésta patología da lugar a fatiga muscular, donde la musculatura del paladar blando es la más afectada. Esta afectación puede dar consecuencias como: penetración de alimentos por la nariz, reflejo faríngeo y caída del bolo a la vía aérea por la gravedad. En algunos casos puede haber peristalsis faríngea, dando lugar a la dificultad de movilizar alimentos por la faringe.¹
- Otras enfermedades neuromusculares: la disfagia es frecuente en las alteraciones neuromusculares, como por ejemplo, las distrofias musculares (distrofias miotónicas y oculofaríngea), miopatías inflamatorias (polimiositis y miositis por cuerpos de inclusión) y mitocondrial, y neuropatías periféricas (poliradiculoneuritis).¹

No debemos olvidar una parte muy importante de este trabajo, que es mencionar el papel del Logopeda en la disfagia, profesional clave para la evaluación y tratamiento de este trastorno deglutorio tan presente en la actualidad. El logopeda, como profesional especialista en Terapia Orofacial y Miofuncional, se encarga de unas funciones básicas como son: evaluación de procesos deglutorios orales y faríngeos,

movilidad, sensibilidad y tono muscular orofacial. Su principal objetivo en la disfagia es conseguir la máxima funcionalidad de la deglución. Los tratamientos que puede llevar a cabo para abordar la disfagia con³:

1. Estrategias posturales: cambios de postura para facultar la ingesta de alimentos. Algunas estrategias posturales son: flexión de la cabeza hacia lado sano o lesionado, hiperextensión cervical, flexión de cabeza,...³
2. Cambios de volumen y viscosidad del bolo: aquí el logopeda suele trabajar con el nutricionista para adecuar la alimentación que mejor le convenga al paciente (gelatinas, néctar, espesantes, purés, sólidos, etc.).³
3. Estrategias de incremento sensorial: estimulación mecánica de los órganos deglutorios, cambios de volumen, temperatura y sabor.³
4. Praxias neuromusculares: donde se rehabilita la musculatura deglutoria.³
5. Maniobras deglutorias específicas: las debe aprender por si solo el paciente y sirven para compensar las alteraciones biomecánicas específicas. Éstas maniobras son: deglución supraglótica, deglución forzada, doble deglución, maniobra de Mendelson y maniobra de Masako.³

La Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (ASHA), establece siete niveles de valoración de la disfagia²⁹:

- Nivel 1: no consigue tragar (uso de sondas).
- Nivel 2: tolera alimentos con precaución e instrucciones del especialista.
- Nivel 3: método alternativo de alimentación cuando el paciente se nutre/hidrata menos de la mitad.
- Nivel 4: sonda de alimentación combinada con vía oral. Uso moderado de estrategias compensatorias.
- Nivel 5: nutrición/hidratación por vía oral; requiere maniobras compensatorias.
- Nivel 6: come y bebe de forma segura, pero necesita especial cuidado y tiempo para ello.
- Nivel 7: deglución segura y eficaz para todas las consistencias.

Para concluir esta introducción añadir que hacemos este trabajo para demostrar la vital importancia de interés científico que tiene el papel de un profesional, como es en este caso el Logopeda para poder realizar un diagnóstico precoz (gracias a métodos clínicos o instrumentales) y que dicho diagnóstico lleve a un tratamiento y rehabilitación⁵ adecuada, concreta y personalizada a cada paciente que padece disfagia.

En algunos o casi la mayoría de los artículos científicos escogidos para este trabajo no aparece como tal la intervención de un Logopeda en casos de disfagia pero sin embargo, hay otros artículos, los menos, que el Logopeda, normalmente junto con otros profesionales, interviene en la evaluación y tratamiento de este trastorno de la deglución que a veces pasa desapercibido y que en casos extremos, puede costar la vida de una persona.

3. Objetivos

Tras la lectura de todos los artículos elegidos para realizar el trabajo, paso a redactar, de forma clara y precisa los objetivos propuestos, que son cinco:

- ❖ Fomentar el trabajo logopédico, y multidisciplinar, para la intervención de la disfagia.
- ❖ Evitar la malnutrición y deshidratación de las personas que padecen disfagia.
- ❖ Prevenir problemas respiratorios (aspiraciones, neumonías,...) y penetraciones de alimentos a las vías respiratorias.
- ❖ Alcanzar un proceso deglutorio y alimenticio adecuado para la persona.
- ❖ Fomentar una correcta postura corporal para llevar a cabo una deglución eficaz.

4. Material y métodos

Para llevar a cabo este trabajo hemos seleccionado, minuciosamente, una serie de artículos científicos, todos ellos correspondientes a revistas científicas también. Tras hacer la selección de los artículos nos hemos quedado con un número de 32 artículos, pero a ésta cifra hay que restarle tres artículos eliminados (artículos números 30-31-32 en la bibliografía) de la selección porque sí que trataban el tema de la disfagia pero en casos de cáncer de cabeza y cuello, lo cual no se relaciona con la disfagia en pacientes que cursan con alguna patología o trastorno de carácter neurológico. Por lo tanto, finalmente hemos trabajado con un total de 29 artículos científicos, todos ellos están en el idioma del castellano.

La búsqueda bibliográfica ha sido larga y exhaustiva, duró desde los primeros días del mes de febrero del año 2018 hasta mediados del mes de marzo del mismo año, porque aunque la cantidad de resultados de artículos en internet es abundante, no todos esos artículos eran de plena eficacia para emplearlos en este trabajo.

Dicha búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en distintos portales de internet donde se obtiene información científica de cualquier tema que propongamos en el buscador de esos portales. En éste caso hemos empleado los portales de: Dialnet, Google Academics, Google Avanzado, Índice Médico Español y Pub Med (aunque de este portal conseguimos un artículo, fue desechado porque sí que hablaba sobre disfagia pero no abordaba nuestro tema de trabajo como tal).

El léxico empleado en la búsqueda bibliográfica ha sido el siguiente: disfagia, logopedia y disfagia, el logopeda en la disfagia, disfagia y neurología, disfagia en pacientes neurológicos, disfagia en Alzheimer, disfagia en Parkinson, disfagia en Esclerosis Múltiple, disfagia en Esclerosis Lateral Amiotrófica, disfagia en Traumatismo Cráneo Encefálico, disfagia en Accidente Cerebro Vasculares y disfagia en Parálisis Cerebral.

5. Resultados

A continuación pasamos a exponer, de forma detallada, la Tabla 1. Se trata de una tabla donde podemos observar de forma concreta todos los resultados obtenidos de los diversos casos de estudio leídos en los artículos empleados para llevar a cabo este trabajo.

En la tabla se pueden apreciar ocho columnas donde se recogen datos esenciales de información: nombre del autor y año del artículo, nº participantes/edad/sexo de los mismos, diagnóstico principal de los usuarios estudiados, datos neurológicos, datos logopédicos, otros datos clínicos de interés, tratamientos que aparecen en el estudio y otros profesionales que intervienen tanto en el estudio del caso como en los tratamientos que aparecen en el mismo.

Tabla 1. Resultados obtenidos en los estudios de artículos.

Nombre (autor-año)	Nº Participantes / Edad / Sexo	Diagnóstico	Datos Neurológicos	Datos Logopédicos	Otros datos clínicos	Tratamientos	Otros profesionales
Sacristán, D. et al. - 2017	10 +65 2 V ¹ , 8 M ² .	Alzheimer, Demencia, Parkinson.	6 Alzhéimer, demencia: 2 vascular, 2 frontotemporal, 1 Parkinson.	Disfagia orofaríngea			Logopeda, auxiliares de geriatria.
Carrillo Prieto, E. et al. - 2016	33 +65 28 M, 5 V.	Demencia.	Demencias 24 (grave), 8 (moderada).	Deterioro deglución.	13 anorexia, 11 enfermedades agudas, 11 lesiones cutáneas, 30 malnutrición moderada.	Dieta túrmix, triturada (estándar), alimentación básica adaptada, suplementos nutricionales.	Enfermera geriátrica gerontológica, residentes enfermería geriatria gerontología.
Irles Rocamora, J.A. et al. - 2009	373 73-86	ACV, Demencia.	40 ACV ³ , 123 demencias.	50 dificultad alimentación, disfagia.	143 (TCE ⁴ , Parkinson, RM ⁵ , Coma neurológico).	Medidas higiénico dietéticas y posturales.	Dietista.
Lodeiro Fernández, L. et al. - 2002		Demencia, ACV, Parkinson.	Demencias (vasculares, Alzhéimer, Pick), ACV, Parkinson.	Afasia, disartrias, disglosias, disfonías, parálisis laríngeas, déficits auditivos, trastornos deglución.	Laringectomías.	Reeducación lingüística, técnicas respiración, fonación, resonancia, prosodia, terapia miofuncional, enseñanza nuevos puntos-modos articulación fonemas, enseñanza técnica vocal, métodos postura corporal, relajación, control motor cabeza, mandíbula y lengua, estimulación memoria.	Logopeda, enfermera gerontología clínica, psicóloga clínica, doctor psicología, catedrático gerontología y salud.

¹ Varones; ² Mujeres; ³ ACV: Accidente Cerebro Vascular; ⁴ TCE: Traumatismo Craneo Encefálico; ⁵ RM: Retraso Mental.

Tabla 1. Continuación.

Nombre (autor-año)	Nº Participantes / Edad / Sexo	Diagnóstico	Datos Neurológicos	Datos Logopédicos	Otros datos clínicos	Tratamientos	Otros profesionales
Botella Trelis, J.J. et al. -2002	29	ACV, Demencia, Parkinson, EM, ELA.	ACV ¹ , Demencias, Parkinson, EM ² , ELA ³ .	Disfagia.	Neoplasias, hipo/ neuropatía secundaria, tumores, bocios, divertículo, neumonías, aspiraciones, polimiositis, hipertiroidismo, periférica diabetes, orofaríngeos, abscesos, Zénker,	Dietas específicas, medidas dietéticas, sondas alimentación, nutrición enteral.	Médico geriatra, enfermera.
Silveira Guijarro, L.J. et al. - 2011	86 66-98 52 M, 34 V.	Deterioro cognitivo.	36 deterioro cognitivo.	36 trastornos bucodentales, 8 usan espesantes, disfagia orofaríngea.	46 déficit sensorial, 41 estreñimiento, 39 incontinencia urinaria, 28 síndrome inmovilidad, 27 dolor crónico, 24 caídas, 23 trastorno ánimo, 22 trastornos sueño, 11 úlceras presión.	Espesantes, dieta túrmix.	Médico.
Barbié Rubiera, A. et al. - 2009	105	ACV.	Lesiones hemisféricas unilaterales (13%) bilaterales (71%), lesiones tronco cerebral, infarto tronco encefálico, infartos múltiples, parálisis nervios craneales.	Disfagia, disfonía, cierre labial incompleto, alteración reflejo nauseoso.	Desnutrición, neumonía aspirativa, depresión conciencia.	Modificaciones suplementos dietéticos, maniobras posturales, técnicas facilitadoras, estimulación oral faríngea, alimentación enteral.	Fonoaudiólogo, especialista medicina general integral, nutricionista, foniatra.
<p>¹ ACV: Accidente Cerebro Vascular; ² EM: Esclerosis Múltiple; ³ ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica.</p>							

Tabla 1. Continuación.

Nombre (autor- fecha)	Nº Participantes / Edad / Sexo	Diagnóstico	Datos Neurológicos	Datos Logopédicos	Otros datos clínicos	Tratamientos	Otros profesionales
López Espuela, F. et al. – 2017	103 65-97 47.1% M, 52.9% V.	Ictus 86,05% (isquémico), 13,95% (hemorrágico).	Demencia 8 (graves), 8 (moderada).	Disfagia líquidos.	HTA ¹ , dislipemias, cardiopatías, diabetes, disminución olfato gusto, xerostomía, dentadura postiza, edentulismo, desnutrición, neumonías, infección orina, agitación, caídas, fiebre, úlceras, hemorragias.		Enfermera, neurólogo.
Peña, R. et al. - 2017	6 +60 4 V, 2 M.	Ictus.		Disfagia neurogénica: 83,3% (leve), 16,7% (moderada). Voz húmeda, tos, saturación oxígeno viscosidades >170 mPa s.	Aspiración, complicaciones respiratorias, nutricionales.	Incrementar viscosidad bolo.	Fonoaudiólogo, rehabilitadores, ingeniera alimentación, nutricionista, gestión empresarial.
Peña- Chávez, R. et al. - 2015	1519 60-89 808 V, 711 M.	Ictus.		206 disfagia, 55 afasia, 89 disartria, 7 apraxia.	180 HTA, 74 diabetes, 45 enfermedad coronaria, 8 obesidad, 27 fumadores, 34 alcoholismo, 21 dislipidemia.		Fonoaudiólogo, rehabilitador salud.

¹ HTA: Hipertensión Arterial.

Tabla 1. Continuación.

Nombre (autor-fecha)	Nº Participantes / Edad / Sexo	Diagnóstico	Datos Neurológicos	Datos Logopédicos	Otros datos clínicos	Tratamientos	Otros profesionales
Baena González, M. et al. - 2016	23 artículos	Alzheimer.	ACV ¹ , demencia.	Disfagia neurógena.	Aspiraciones silentes, penetraciones, neumonía, deshidratación, desnutrición.	Alimentación terapéutica, estrategias posturales, incremento sensorial, prácticas neuromusculares, maniobras deglutorias específicas, electroestimulación, cambios volumen-viscosidad del bolo, dietas modificadas textura.	Enfermeros.
Real-González, Y. et al. - 2008		EM ²		Disartrias, afasias, disfagia, insuficiencia respiratoria, hipernasalidad, voz áspera, nivel tono inadecuado, alteración control intensidad, jadeo, articulación deficiente, ventilación inadecuada.	Fatiga, debilidad, alteración coordinación motora, pérdida sensibilidad, espasticidad.	Entrenar: funciones motoras, destrezas, movilidad activa-pasiva tórax-columna, respiración diafragmática, inhalación-exhalación, ventilación pulmonar percusión, aerosoles. Instrucción: conservación energía, uso dispositivos ayuda, suministros férulas. RHB ³ : disartria, afasias. Técnicas: compensatorias deglución, ventilatorias no invasivas, relajación. Ejercicios: respiratorios, estabilidad tronco, respiración fisiológica, elongación columna-tórax, respiración guiada bajos-altos volúmenes, posición, adaptación silla ruedas, movilizar hombros, tórax, EESS ⁴ .	Logopeda, médicos familia, fisiatras, neurólogos, fisioterapeutas, TO ⁵ , enfermeras, neuropsicólogos, trabajadores sociales, urólogos, nutricionistas, internistas.

¹ ACV: Accidente Cerebro Vascular; ² EM: Esclerosis Múltiple; ³ RHB: Rehabilitación; ⁴ EESS: Extremidades Superiores; ⁵ TO: Terapeuta Ocupacional

Tabla 1. Continuación.

Nombre (Autor- fecha)	Nº Participantes / Edad / Sexo	Diagnóstico	Datos Neurológicos	Datos Logopédicos	Otros datos clínicos	Tratamientos	Otros profesionales
Carmona Espinazo, F. et al. - 2016	28 38-86	ELA ¹ .	Afectación neuronas motoras.	Disartria, disfagia.	Debilidad muscular, disnea.	Soporte respiratorio- nutricional, sondas: PEG ² , nasogástrica, ventilación mecánica no invasiva.	Neurólogo, neumólogo, internista, rehabilitador, enfermera gestora, psicólogo.
Clemente Benaiges, I. et al. - 2007		Parkinson.		Disartria, disfagia, reducción volumen, voz monótona, entrecortada, ronca, espirada, ritmo variable, consonantes imprecisas, falta sincronía músculatura habla.	Bradicinesia, temblor reposo, rigidez, alteración reflejos posturales, riesgo asfixia, neumonía, aspiración, malnutrición, deshidratación.	Método LSVT ³ , SAAC ⁴ , estrategias posturales, maniobras activas, incremento sensorial, alimentación enteral, modificación dieta volumen, levodopa.	Logopeda.
Jardines García, M.L. et al. - 2016	40 +60 55% V, 45% M.	Parkinson.	Demencia.	Disartria, disfasia, afasia, disfagia.	Movimientos involuntarios, trastornos sueño, depresión, pérdida olfato-gusto, constipación, apatía, incontinencia urinaria-fecal, disfunción sexual, ansiedad, hiposmia, seborrea, hipotensión	Adaptación textura y consistencia dieta, ejercicio	Médicos, nutricionistas.

					ortostática, disnea sueño, nicturia, trastorno transpiración, retención urinaria, constipación, regurgitación, sialorrea.	físico, Thai Chí, levodopa.	
<small>1 ELA: Esclerosis Lateral Amiotrófica; 2 PEG: Gastrostomia Endoscópica Percutánea; 3 LSTV: Lee Silverman Voice Treatment; 4 SAAC: Sistemas Alternativos Aumentativos Comunicación.</small>							

Tabla 1. Continuación.

Nombre (autor- fecha)	Nº Participantes / Edad / Sexo	Diagnóstico	Datos Neurológicos	Datos Logopédicos	Otros datos clínicos	Tratamientos	Otros profesionales
Mamolar Andrés, S. et al - 2017	52 34-88 26 M, 26 V.	Parkinson.		Disfagia.	Temblor, bradicinesia, rigidez, limitación aproximar alimento boca, dificultad masticación, hipersialorrea, imposibilidad formar bolo cohesivo, disminución reflejo deglutorio, cierre laríngeo lento- incompleto, peristalsis faríngea esofágica reducida, reflujo gastroesofágico, aspiración neumonía, malnutrición, deshidratación.	Modificación consistencia alimentos, ejercicios cambios posturales, levodopa.	
Correa- Flores, M. et al. - 2012	27 +49 17 V, 10 M.	Parkinson.		Disfagia orofaríngea, incoordinación lingual.	Bradicinesia, temblor, inestabilidad postural, rigidez, trastornos cognitivos, alteraciones sueño, disfunción autonómica, síntoma sensitivos, hiposmia, estreñimiento, depresión, anhedonia, trastornos personalidad, sialorrea, control bolo deficiente, masticación prolongada, movimientos festinantes.	Levodopa.	
Rubio- Grayeb, M.L. et al. - 2016	5 51-71 3 M, 2 V.	Parkinson.	ACV ¹ , Alzhéimer.	Disfagia, 2 parálisis cordal, 1 disartria hipocinetica, 1 laringitis irritativa, 1 disfagia orofaríngea moderada, problemas de fonación.	Aspiración, penetración.	Levodopa.	

¹ ACV: Accidente Cerebro Vascular.

Tabla 1. Continuación.

Nombre (autor- fecha)	Nº Participantes / Edad / Sexo	Diagnóstico	Datos Neurológicos	Datos Logopédicos	Otros datos clínicos	Tratamientos	Otros profesionales
Flores Solís, M.D. et al. - 2017	54 30-85 38 V, 16 M.	Parkinson.	Demencia, Alzheimer.	Disfagia.	Temblor, rigidez, bradicinesia, inestabilidad postural, disminución ingesta alimentaria, discinesia, aporte calórico inadecuado, náuseas, vómitos, anorexia, problemas dentales, estreñimiento, desnutrición, malnutrición, pérdida peso, pérdida sensibilidad gustativa, atrofia papilas gustativas.	Levodopa, Complementos nutricionales, dieta polimérica, fibra soluble/insoluble, antioxidantes espesantes, sondas, gastrostomía.	Enfermera, Médico interno, neurólogo.
Serrano-Dueñas, M - 2003	43 63.81+-6.12 26 V, 17 M.	Parkinson.		Sialorrea, disfagia.	Aspiración, neumonía, trastorno discinético lingual, rigidez musculatura deglución.	Levodopa, amitriptilina, biperideno.	Neurólogo.
Terré, R. et al. - 2007	10 16-72 6 V, 4 M.	TCE	Lesiones cerebrales, alteración reflejo palatal, nauseoso.	Aspiración laringo-traqueal, regurgitación nasofaríngea, residuos cavidad faríngea post-deglución, anomalías apertura EES ¹ , disfagia neurógena.	Déficits cognitivos/conductuales, tos refleja, neumonía, desnutrición, incapacidad formar bolo y propulsión parte posterior boca/faringe, deglución fraccionada.	Cambios características dieta, maniobras posturales/activas.	
1. EES: Esínter Esofágico Superior.							

Tabla 1. Continuación.

Nombre (autor- fecha)	Nº Participantes / Edad / Sexo	Diagnóstico	Datos Neurológicos	Datos Logopédicos	Otros datos clínicos	Tratamientos	Otros profesionales
Serrano Muñoz, N. – 2015	1 22 1 M.	TCE ¹	Cambios estructurales, fisiológicos, funcionales SNC ² , lesiones estructuras encefálicas, tetraparesia espástica, disminución rango articular, fuerza, trastorno tono.	Alteraciones lenguaje, músculos, articulaciones orofaciales, disfagia neurógena, disartria mixta.	Alteraciones motoras, sensitivas, cognitivas, conductuales, sensoriales, marcha, equilibrio, coordinación, pérdida alimento boca, trastorno motilidad, cambios comportamiento, labilidad emocional.	Estrategias compensatorias, técnicas RHB ³ , RHB respiración, fonación, resonancia, articulación, terapia miofuncional.	
Cereijo Rubio, S. et al. - 2015		PC ⁴	DM ⁵ , parálisis pseudobulbar.	Disfagia, problemas lenguaje, alteración sello labial, reflujo gastroesofágico.	Epilepsia, trastornos visuales, sueño, problemas urinarios, conducta, aspiraciones silenciosas, hipertonía, espasticidad, alteración movimiento voluntario, disfunción esófago, neumonía, asma, espasmos, regurgitaciones, esofagitis, retraso crecimiento.	Mecanismos compensatorios, relajación, facilitación postural, TTO ⁶ babeo, praxias, sonda nasogástrica, PEG ⁷ , adaptación dieta, técnicas posturales, terapia miofuncional.	Logopeda.

1. TCE: Traumatismos Cráneo Encefálico; 2. SNC: Sistema Nervios Central; 3. RHB: Rehabilitación; 4. PC: Parálisis Cerebral; 5. DM: Deficiencia Mental; 6. TTO: Tratamiento; 7. PEG: Gastrostomía Endoscópica Percutánea.

Tras la exposición de esta larga y completa tabla de resultados, a continuación vamos a interpretar los mismos. Para hacerlo de forma más fácil, iremos analizando los resultados en base a los objetivos planteados para este trabajo. Expondremos un objetivo y comentaremos los datos obtenidos en la tabla en base al mismo, y así con los cinco objetivos propuestos inicialmente.

1. Fomentar el trabajo logopédico, y multidisciplinar, para la intervención de la disfagia.

Como se puede apreciar en la tabla de resultados, son muchos los profesionales que intervienen en el abordaje de la disfagia pero aún, no está el papel del Logopeda como uno de los principales rehabilitadores de este trastorno de la deglución.

De los 23 artículos expuestos en la tabla de resultados, 18 (78.26) sí que indican que profesionales son los que actúan ante éste trastorno^{6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,24,25,28}, pero de esos 18, solo 8 (34.78%) hablan del Logopeda o Fonoaudiólogo (concepto de Logopeda en países hispanohablantes) como especialista que interviene en la rehabilitación de la disfagia, junto con otros profesionales, formando en conjunto el equipo multidisciplinar^{6,9,12,14,15,17,19,28}, los otros 10 (43.47%) artículos, hablan repetidas veces de equipos interdisciplinarios o multidisciplinarios, en el cual puede que esté incluido el papel del Logopeda, pero no lo nombra de forma directa^{7,8,10,11,13,16,18,20,24,25}.

Los 5 (21.73%) artículos restantes, no hacen referencia a ningún tipo de profesional que realice el tratamiento de la disfagia^{21,22,23,26,27}.

Tras éstos resultados (Figura 1), se aprecia que el papel del Logopeda como profesional rehabilitador de la disfagia es muy escaso.

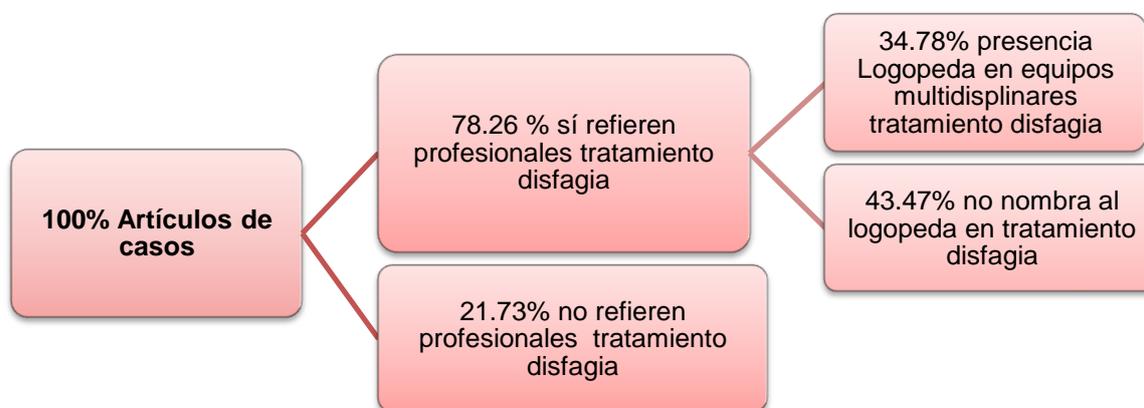


Figura 1. Resultados presencia papel del Logopeda en artículos de casos estudiados.

2. Evitar la malnutrición/desnutrición y deshidratación de las personas que padecen disfagia.

La malnutrición/desnutrición y deshidratación son dos signos que suelen aparecer, en algunos casos, como consecuencias secundarias en personas que tienen disfagia. Ambas se deben a que, para evitar problemas mayores (como aspiraciones), la persona con disfagia realiza unos hábitos alimentarios insuficientes o erróneos, lo que lleva, en algunos casos, a malnutrición y deshidratación, que si se agrava puede dar consecuencias negativas mayores.

En la tabla de resultados podemos observar que de los 23 artículos de estudios y casos, la malnutrición o desnutrición aparece directamente en 8 (34.78%) de los estudios realizados^{7,12,13,16,19,21,24,26}; y la deshidratación aparece de forma directa en 3 (13.04%) de los artículos^{16,19,21}; éstos resultados (Figura 2) indican que no son muy frecuentes los problemas de malnutrición, desnutrición y deshidratación pero que no debemos olvidarles porque puede aparecer dando mayores problemas de salud a la persona, además de lo que ya tiene añadido.

Algún otro artículo hace referencia a problemas de nutrición en el que pueden que se incluyan éstos dos signos de alarma, pero no habla de ellos, por eso no les hemos tenido en cuenta a la hora de calcular los resultados.

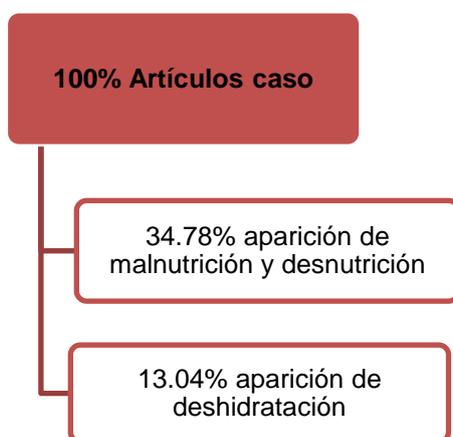


Figura 2. Resultados presencia de malnutrición /desnutrición y deshidratación en personas con disfagia.

3. Prevenir problemas respiratorios (aspiraciones o neumonías) y penetraciones de alimentos a las vías respiratorias.

Además de la desnutrición/malnutrición y deshidratación que hemos nombrado antes, la disfagia puede dar lugar a otras consecuencias negativas y no menos importantes porque son consecuencias muy graves, hasta tal punto de poder dar lugar a la muerte de la persona. Hablamos de problemas respiratorios que pueden aparecer como consecuencia de la disfagia, porque un trozo de alimento o una gota de líquido penetren hacia las vías respiratorias lo que da lugar a aspiraciones, penetraciones, neumonías o incluso, en casos extremos, la muerte.

En éste trabajo los resultados obtenidos (Figura 3) en dichos aspectos son los siguientes, de los 23 artículos de estudios, en 10 (43.47%) hay aspiraciones o penetraciones de alimentos a las vías respiratorias (éstas pueden ser silentes o no, siendo más peligrosas las primeras porque normalmente pasan desapercibidas para el entorno del paciente con disfagia)^{10,12,14,16,19,21,23,25,28}; y en 9 de los artículos (39.13%) se presentan casos de neumonías, lo cual significa que ésta suele ser la más común de los problemas respiratorios, pero que la neumonía está precedida por los otros dos síntomas que hemos mencionado^{10,12,13,16,19,21,25,26,28}.

No debemos olvidar que éstos tres son los signos más importantes que suelen darse pero también pueden tener lugar otros problemas respiratorios, no menos importantes pero si menos graves para la salud de la persona.

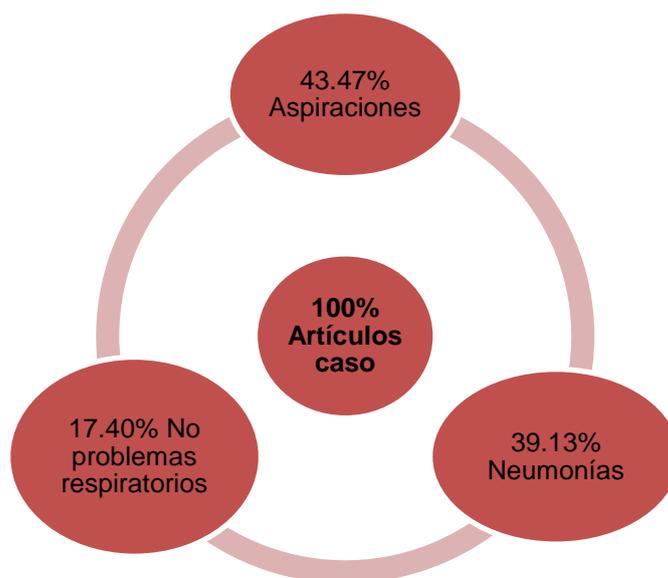


Figura 3. Resultados presencia de problemas respiratorios y penetraciones de alimentos en vías respiratorias a la hora de deglutir.

4. Alcanzar un proceso deglutorio y alimenticio adecuado para la persona.

Algunos de los tratamientos para aminorar los riesgos de deglución durante las comidas es realizar una serie de cambios y modificaciones a los alimentos para que éstos sean de deglución más fácil y no den problemas deglutorios a la persona. Se suele adaptar una dieta a la persona donde se modifica la textura del alimento y también el volumen del mismo.

Cuando no es posible que la persona se alimente por la boca, o bien, no es posible adaptar la dieta del paciente, se recurren a otros métodos como son las sondas (PEG, nasogástricas, nutrición enteral, gastrostomía,...).

En la tabla de resultados podemos observar que la modificación de la dieta (ya sea por modificación de textura, volumen, adaptar dieta túrmix, añadir suplementos alimentarios, etc.) se ha llevado a cabo en 12 de los casos estudiados, es decir, un 52.17% de los casos emplean diversos métodos para adaptar los alimentos para que la deglución de los mismos sea segura y eficaz^{7,10,11,12,14,16,19,20,21,24,26,28}.

Por otro lado, podemos ver que la implantación de sondas, de diversos tipos, se ha llevado a cabo en 6 de los casos estudiados, o lo que lo mismo, en un 26.08% de los casos^{10,12,18,19,24,28}. Éstas resultan de gran ayuda en aquellas personas que por diversas causas no pueden llevar a cabo una alimentación oral voluntaria.

Es muy importante hacer estos cambios en la alimentación ya que así nos aseguramos una deglución correcta y sobre todo, segura para la persona que padece disfagia. En la Figura 4 se pueden observar los resultados de una manera más esquemática.

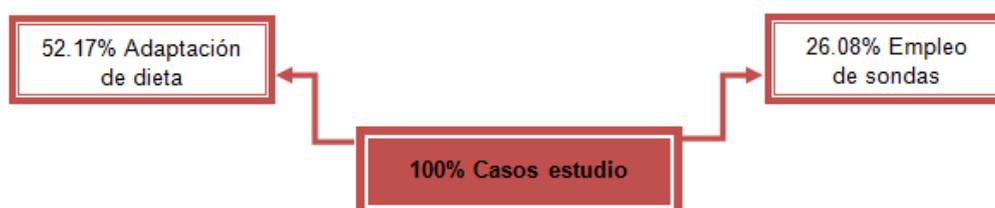


Figura 4. Resultados presencia de materiales de ayuda para una deglución y alimentación eficaz.

5. Fomentar una correcta postura corporal para llevar a cabo una deglución eficaz.

Para abordar el tema de la postura existen una serie de maniobras facilitadoras y técnicas posturales, además de otras técnicas de facilitación postural, que permiten colocar al paciente de unas formas concretas para que pueda realizar la deglución con tranquilidad y seguridad.

En los resultados (Figura 5) hemos obtenidos que tanto las maniobras posturales, como las técnicas posturales y técnicas de facilitación postural se han realizado en 9 de los artículos de casos que hemos estudiado, es decir, se trata de un 39.13% de casos en los que se han empleado estas técnicas y maniobras posturales^{8,9,12,16,17,19,21,26,28}.

Un aspecto muy importante que no hay que olvidar es la postura del paciente a la hora de realizar las comidas; una mala postura puede desencadenar un atragantamiento, por ejemplo.



Figura 5. Resultados del empleo de técnicas y maniobras posturales para una deglución segura y eficaz.

6. Discusión

Tras observar los resultados obtenidos en los diversos artículos de estudios de casos, podemos afirmar que el papel del Logopeda aún no está en total inclusión entre los profesionales que intervienen en la evaluación y tratamiento de un trastorno de la deglución tan importante como es la disfagia.

Hasta el momento en que comenzamos este trabajo, nuestra percepción sobre la figura del Logopeda en las intervenciones y evaluaciones, en este caso de la disfagia, pero hablamos a nivel general, era más positiva, pensábamos que se le daba mucha más importancia a su presencia en las intervenciones y hemos podido comprobar que no es así, ya que en el 43.47% de los artículos estudiados en este trabajo hablan de equipos multidisciplinares, en el cual puede estar incluido el logopeda, pero no lo nombra de forma directa ^{7,8,10,11,13,16,18,20,24,25}, algo que nos ha sorprendido, pero de manera negativa.

En relación a otros estudios, de toda la selección de artículos científicos que realizamos, desecharnos tres de ellos ya que no se relacionaban con pacientes con disfagia de carácter neurológico, sino (30, 31, 32) que hablaba de pacientes con disfagia como consecuencia de cáncer de cabeza y cuello y las repercusiones que tienen los tratamientos de esta enfermedad (quimioterapia y radioterapia) provocando disfagia en muchos de estos pacientes^{30,31,32}. Pues bien, en éstos artículos la figura del logopeda apenas era nombrada, lo que corrobora, una vez más, que su presencia en tratamientos disfágicos, en este caso, es prácticamente inexistente.

El logopeda actualmente tiene muy poca importancia, si lo comparamos con las intervenciones de otros profesionales (enfermero/a^{10,13,16,17,18,24}, médicos^{11,12,17,20}, nutricionistas^{12,14,17,20}, neumólogos^{13,18}, neurólogos^{17,18,24,25}, fisiatras¹⁷, fisioterapeuta¹⁷, terapeuta ocupacional¹⁷, trabajador social¹⁷, gestora¹⁸, psicólogo¹⁸,), para evaluar o intervenir sobre la disfagia, es cierto que si lo hace, pero en pocos casos.

El logopeda debe alcanzar el estatus que le pertenece profesionalmente y eso se conseguirá dando a conocer a la sociedad los trabajos y proyectos que hablen de este gran profesional y sus importantes funciones⁴. Además, posiblemente, será uno de los profesionales, de carácter sanitario, más preparados para poder evaluar e intervenir en la disfagia ya que cuenta con muchos conocimientos, procedimientos y materiales para ello^{9,12,14,17,19,28}.

Como futuras recomendaciones nos gustaría que, principalmente, se potencie la labor del Logopeda en todos los centros sanitarios (hospitales, ambulatorios, centros clínicos,...) así como en centros de otros intereses (centros geriátricos, centros de rehabilitación,...) y que deberían contar con el papel de este profesional que sin duda es relevante su presencia. El aumento de la presencia del logopeda en todos estos sitios es labor de todos los profesionales que ejercen la Logopedia, de estudiantes que se preparan para ser logopedas, así como de la sociedad en general que debe concienciarse de lo que es la Logopedia y todos los ámbitos que trabaja y abarca, que no son pocos.

7. Conclusiones

A continuación pasamos a enumerar las conclusiones sacadas a partir de la elaboración de este trabajo:

1. Seguir fomentando, de manera importante, el trabajo de un profesional como es el logopeda, para que éste intervenga en el tratamiento de la disfagia de manera individual o multidisciplinar, con la colaboración de otros profesionales.
2. Como profesionales hay que hacer unión y eco (a través de charlas, congresos, publicidad,... dirigida hacia la población y sociedad en general) de la figura del logopeda en todo tipo de centros que requieran de éste profesional, para que pueda intervenir logopédicamente aquello que sea necesario en los residentes y usuarios de dichos centros y población en general.
3. Es muy importante que las personas que padecen disfagia no lleguen a extremos de malnutrición y deshidratación, por ello, es imprescindible que se les diseñe y adapte una dieta adecuada y sin peligro alguno para su salud, alcanzado así un proceso deglutorio adecuado, eficaz y seguro para la persona.
4. Se deben aprender y aplicar correctamente las posturas corporales idóneas que debe tener la persona con problemas de disfagia ya que una mala postura durante cualquier proceso deglutorio puede conducir a problemas respiratorios como aspiraciones de alimentos hacia las vías respiratorias, neumonías o en casos muy extremos, puede provocar la muerte de la persona.
5. Futuros estudios seguirán demostrando la importancia que tiene el Logopeda a nivel ya no sólo comunicativo y lingüístico, sino a nivel de la deglución, y de ésta forma, esperemos que todas las personas se den cuenta de su importancia y se consigan establecer más logopedas en hospitales, centros clínicos, ambulatorios, centros geriátricos,...

8. Bibliografía

1. González R, Bevilacqua J.A. *Disfagia en el paciente neurológico*. RevHospClínUniv Chile. 2009; 20: 252-62
2. Camarero González E. *Consecuencias y tratamiento de la disfagia*. NutrHosp Suplementos. 2009; 2(2): 66-78
3. Rodríguez Hernández A.J., Martín Ávila B. *Abordaje multidisciplinar en el tratamiento de la disfagia*. 2008; (4)
4. Vidal Úbeda C, PuchadesChulià J. *Logopedia y nuevos ámbitos de actuación en disfagia orofaríngea en la Comunidad Valenciana*. Bol AELFA. 2012; 12(2): 45-53
5. García-Peris P, Velasco C, Velasco M, Clavé P. *Disfagia en el anciano*. NutrHosp Suplementos. 2001; 4(3): 35-43
6. Sacristán D, Bardinet M, García O. *Logopedas: soluciones ante la disfagia en centros geriátricos*. Logopedial.mail. 2017; 78: 1-17.
7. Carrillo Prieto E, Aragón Chicharro S, García Meana J.F., Calvo Morcuende B, Pajares Bernardo M. *Disfagia y estado nutricional en ancianos institucionalizados*. Gerokomos. 2016; 27(4): 147-152
8. Irlés Rocamora J.A., Sánchez-Duque M.J., de Valle Galindo P.B., Bernal López E, Fernández Palacín A. et al. *Estudio de prevalencia de disfagia e intervención con consejo dietético, en residencias de mayores de Sevilla*. NutrHosp. 2009; 24(4): 498-503
9. Lodeiro Fernández L, Varela González N, López Sande A, GandoyCrego M, Millán Calenti J. *Papel del logopeda en un centro gerontológico de estancias diurnas*. RevLogop Fon Audiol. 2002; 22(1): 42-48
10. Botella Trelis J.J., Ferrero López M.I. *Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado: situación actual*. NutrHosp. 2002; 17(3): 168-174
11. Silveira Guijarro L.J., Domingo García V, Montero Fernández N, Osuna del Pozo C.M^a., Álvarez Nebreda L, et al. *Disfagia orofaríngea en ancianos ingresados en una unidad de convalecencia*. NutrHosp. 2011; 26(3): 501-510
12. Barbié Rubiera A, Marcos Plasencia L.M., Aguilera Martínez Y. *Disfagia en pacientes con enfermedades cerebrovasculares. Actualización*. RevElctrCiencMedcCienf. 2009; 7(1): 36-44
13. López Espuela F, Portilla Cuenca J.C., Holguín Mohedas M, Párraga Sánchez J.M., Cordovilla-Guardia S. *Valoración nutricional y su relación con la situación funcional tras sufrir un ictus*. NutrHosp. 2014; 34(6): 1353-1360

14. Peña R, Muñoz C, Dinamarca N, Sanhueza M, García V, et al. *Umbral de viscosidad que posibilita una deglución segura en adultos mayores con disfagia post-ictus*. JONNPR. 2017; 2(8): 336-342
15. Peña-Chávez R, López-Espinoza M, Guzmán-Inostroza M, Jara-Parra M, Salgado-Ferrada C, et al. *Factores asociados a la disfagia orofaringeapostictus*. RevNeurol. 2015; 61(7): 295-300
16. Baena González M, Molina Recio G. *Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer*. NutrHosp. 2016; 33(3): 739-748.
17. Real-González Y, Cabrera-Gómez J.A., López-Hernández M, González-Murgado M, Armenteros Herrera N, et al. *Evidencias de la terapia ocupacional y logopédica en la esclerosis múltiple*. RevMexMedc Fis Rhb. 2008; 20(1): 17-22.
18. Carmona Espinazo F, Perteguer Huertas I, Alarcón Manoja M, García Polo C, Moya Molina A, et al. *Atención clínica, toma de decisiones y soporte nutricional en pacientes con esclerosis lateral amitrófica*. Nutr. clin. diet. hosp. 2016; 36(2): 200-205.
19. Benaiges Clemente I, Avió Farret C. *Papel de la logopedia en el tratamiento de la disartria y la disfagia en la enfermedad de Parkinson*. NurolSupl. 2007; 3(7): 30-33.
20. Jardines García M.L., Pérez Santana M.B., Cillero Romo M, Marcos Plasencia L.M. *Influencia de los síntomas no motores de la enfermedad de parkinson sobre el estado nutricional*. Rev Cubana AlimentNutr. 2016; 26(1): 175-180.
21. Mamolar Andrés S, Santamarina Rabanal M.L., Granda Memebiela C.M., Fernández Gutiérrez M.J., Sirgo Rodríguez P, et al. *Trastornos de la deglución en la enfermedad de Parkinson*. Acta Otorrinolaringol Esp. 2017; 68(1): 15-22.
22. Correa-Flores M, Arch-Tirado E, Villeda-Miranda A, Rocha-Cacho K.E., Verduzco-Mendoza A, et al. *Análisis de la disfagia orofaríngea por medio de la evaluación fibronoscópica de la deglución en pacientes con enfermedad de Parkinson*. Cir Cir. 2012; 80(1): 31-37.
23. Rubio-Grayeb M.L., Villeda-Miranda A, Arch-Tirado E, Martínez-Wbaldo M.C. *Concordancia entre la fibroendoscopia y auscultación cervical en la disfagia de sujetos con enfermedad de Parkinson*. RevMex AMCAOF. 2016; 5(3): 83-88.
24. Flores Solís M.D., Gómez García A, Valenzuela Garandilla J, Ibarra Bravo O.M., Punzo Bravo G. *Intervención nutricional a pacientes con enfermedad de Parkinson*. Rev Sal Pub Nutr. 2017; 16(2): 28-35.
25. Serrano-Dueñas M. Sialorrea en enfermos con Parkinson. *Estudio prospectivo de seis años de duración*. REV NEUROL. 2003; 37(7): 623-626.

26. Trré R, Mearin F. *Evaluación de la aspiración laringo-traqueal en la disfagia orofaríngea secundaria a lesión cerebral traumática: cuantificación videofluoroscópica*. RevEspEnfermDig (Madrid). 2007; 99(1): 7-12.
27. Serrano Muñoz N. *Efectos de la rehabilitación de la deglución en la producción del habla*. R EstInvPsico y Educ. 2015; Extr. (9): 1-5.
28. Cereijo Rubio S, Cuevas Bolea M.J. *Como afecta la disfagia a personas con parálisis cerebral*. Logopedia.mail. 2015; 73: 1-9.
29. Campo Cañar C.X. *Observación de la dinámica deglutoria en pacientes adultos mayores con disfagia faríngea*. RevFacultCienc Sal. 2010; 12(3): 1-4.
30. Arias F, Manterola A, Domínguez M.A., Martínez E, Villafranca E, et al. *Disfagia aguda de causa oncológica. Manejo terapéutico*. An. Sist. Navar. 2004; 27(3): 109-115.
31. Martín Villares C, Tapia Risueño M, San Román Carbajo J, Fernández Pello M.E., Domínguez Calvo J. *Disfagia pretratamiento en pacientes con cáncer avanzado de cabeza y cuello*. NutrHosp. 2003; 18(5): 238-242.
32. Brotzman G, Sánchez Valverde M, Giglio R, Preira D, Carrera J.M., et al. *Disfagia oncogénica post quimioradioterapia*. Rev FASO. 2016; 23(3): 42-46.