



# Propuesta de un programa de intervención para la disfagia orofaríngea asociada a la enfermedad del Parkinson.

Trabajo de Fin de Grado de Logopedia

Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección de Psicología y Logopedia

Curso 2017/2018

Autora: Emely Duque Henríquez

Tutor: Francisco Díaz Cruz

## **Resumen**

El Parkinson es una enfermedad degenerativa caracterizada por la afectación del control y coordinación del movimiento. El trastorno asociado con mayor prevalencia entre estas personas es la disfagia, entendida como cualquier dificultad que exista en el paso del bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago.

Estos problemas en la alimentación aumentan a medida que avanza la enfermedad, provocando situaciones extremas como la muerte. Nace así la necesidad de establecer un protocolo de actuación que enlentezca, en la medida de lo posible, el deterioro en la alimentación de estas personas; y que, además, incluya a la familia como parte fundamental en la rehabilitación.

## **Palabras clave**

Parkinson; disfagia; deglución; programa.

## **Abstract**

Parkinson's disease is a degenerative disease characterized by the involvement of the control and coordination of movement. The disorder associated with the highest prevalence among these people is dysphagia, understood as any difficulty that exists in the passage of the food from the mouth to the esophagus.

These problems in the diet increase as the disease progresses, causing extreme situations such as death. The need arose to establish a protocol of action that slow down, as far as possible, the deterioration in the diet of these people; and in addition, include the family as a fundamental part of rehabilitation.

## **Key words**

Parkinson; dysphagia; swallowing; program.

## Introducción

La enfermedad del Parkinson (a partir de ahora EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa con mayor prevalencia en todo el mundo, después de la enfermedad del Alzheimer (Willis & Schapira, 2013). Según Pagonabarraga (2018), existen entre 120.000 y 150.000 personas en España que sufren esta enfermedad. En Canarias, más concretamente en Tenerife, la cifra llega a 3.500 habitantes diagnosticados de Parkinson, (Asociación de Párkinson de Tenerife, 2018). Su etiología es aún desconocida, aunque en términos generales, la causa subyace en una combinación de factores genéticos y ambientales. En cuanto a su tratamiento, actualmente no existe ningún fármaco que ayude a enlentecer la progresión de esta enfermedad, aunque sí existen diversos programas terapéuticos, que, desde diversas áreas, ayudan al control sintomatológico (Martínez, Gasca, Sánchez y Obeso, 2016). Estos síntomas se dividen en motores, cualquier afectación relacionada con el movimiento corporal (Zurita, 2005); o síntomas no motores, donde encontramos trastornos de la alimentación, afectaciones neuropsiquiátricas, trastornos del sueño; disfunciones autonómicas, etc. (Merello, 2008).

Debido al incremento del número de casos, el desarrollo del presente trabajo se centrará en la elaboración de un programa de intervención logopédica orientado, principalmente, en uno de los síntomas no motores con mayor prevalencia en los enfermos de Parkinson, la disfagia. Al menos el 50% de los pacientes padecen disfagia, y estudios recientes afirman la mayor existencia de alteraciones digestivas en este tipo de pacientes que en el resto de la población. Este trastorno carece de intervención inmediata, ocupando un segundo plano durante el paso de los años y olvidando las graves consecuencias que puede tener una mala deglución (Zurita, 2005).

A continuación y como primera parte del marco teórico, se presentan las características principales que giran en torno a la enfermedad del Parkinson.

## **1. Marco teórico**

### **1.1. ¿Qué es el Parkinson?**

La primera descripción de esta enfermedad fue realizada por James Rodríguez Parkinson en 1847, donde se hablaba de temblores y alteraciones en la marcha de algunas personas (Martínez et al., 2016). Hoy en día se conocen algunas características que ayudan a definirla con más profundidad, como por ejemplo que es de carácter crónico, una vez que aparece permanecerá con la persona para toda la vida; y además, tiene un desarrollo progresivo, los síntomas presentes empeoran a medida que la enfermedad va evolucionando. Sin embargo, no es una enfermedad mortal en sí misma (Fages, s.f.).

Desde el punto de vista clínico, la EP se caracteriza principalmente por manifestar cuatro síntomas frecuentes relacionados con el movimiento corporal. Además, se dan una serie de síntomas no motores que se describirán más adelante y que hacen de vital importancia el realizar un tratamiento de carácter gradual e individualizado, en el cual se incluyan diferentes terapias rehabilitadoras por parte de un equipo multidisciplinar, aumentando así la calidad de vida de los pacientes (Zurita, 2005).

### **1.2. Etiología**

Como ya hemos mencionado, la etiología de la EP es aún desconocida, aunque se conocen determinados factores, tanto genéticos como ambientales, que aumentan la probabilidad de padecerla.

Por parte de la genética, la EP se define como una enfermedad neurodegenerativa perteneciente al sistema nervioso central (SNC). Dentro de este sistema, se produce una degeneración de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra, lo cual afecta a la síntesis de un neurotransmisor, la dopamina, encargada de la regulación del control del movimiento corporal. Cuanto mayor sea la degeneración, menos niveles de dopamina

recibe el cerebro, perdiendo hasta un 65% de las neuronas y comenzando los síntomas característicos del Parkinson (Zurita, 2005; Domingo, 2015).

En cuanto a los factores de riesgo ambiental, numerosas investigaciones apuntan a la exposición de pesticidas, de metales y a la vida desarrollada en el medio rural. Existe también una corriente de investigación que apunta a la ingesta de determinados alimentos como favorecedores (la leche) o inhibidores (la dieta mediterránea) de padecer EP, aunque todavía no hay evidencia suficientes (Campdelacreu, 2014).

### **1.3. Diagnóstico**

El Parkinson se caracteriza por la gran dificultad que existe para realizar un diagnóstico precoz. El diagnóstico, como tal, comienza con una exploración neurológica, y a continuación, se realiza una exploración física y el diagnóstico diferencial para descartar posibles trastornos que se puedan superponer al principal. Una vez que se han descartado otros trastornos, se mide la severidad y progresión de la enfermedad a través de diferentes escalas, entre la que destaca la Escala de Hoehn y Yahr (Hoehn y Yahr, 1967). Esta escala ayuda a establecer los diferentes estadios por los que puede pasar el paciente de una manera sencilla y rápida, pero no permite realizar un seguimiento de la enfermedad (tabla 1). Para ello se utilizará La Escala Unificada (Unified Parkinson's Disease Rating Scale – UPDRS) (Fahn y Elton, 1987), la cual nos permite encontrar la mayor aproximación al estado clínico con el que cuenta el paciente y permite hacerlo de manera longitudinal (Zurita, 2005).

Tabla 1  
*Estadios en la Enfermedad de Parkinson*

<b>Estadios</b>	<b>Principales afectaciones</b>
Estadio 0	Normal.
Estadio I	Afectación unilateral.
Estadio II	Afectación bilateral y equilibrio normal.
Estadio III	Afectación bilateral y equilibrio afectado.
Estadio IV	Aumento del grado de dependencia (No puede vivir sin ayuda).
Estadio V	Severamente afectado, se encuentra en silla de rueda o cama.

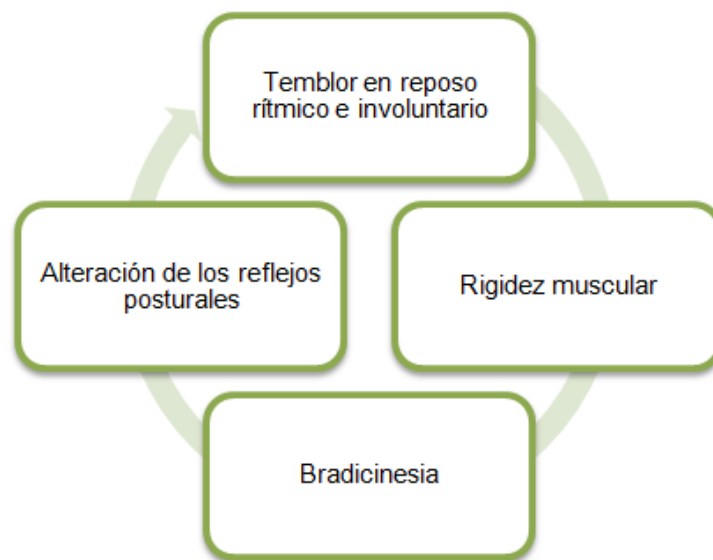
La tabla 1 muestra la escala de Hoehn y Yahr donde se describen los diferentes estadios que se dan en el Parkinson (Zurita, 2005).

Existen numerosas situaciones clínicas muy parecidas a la EP que podrían causar confusión. Entre estas situaciones encontramos los llamados “*Parkinsonismos secundarios*” y los “*Parkinsonismos-plus o Parkinsonismos atípicos*”: Según Zurita (2005), los Parkinsonismos secundarios aparecen como consecuencia por la ingesta de algunos fármacos, tras sufrir traumas o por procesos tóxicos o infecciones. Por otro lado, los Parkinsonismos plus o atípicos, son procesos neurodegenerativos como la Atrofia o la Degeneración Corticobasal. Ambos presentan síntomas semejantes a los del Parkinson, pero no se deben confundir.

#### 1.4. Síntomas de la Enfermedad del Parkinson

La EP no se desarrolla igual para todos los pacientes, cada persona es diferente por lo que tendrá unas características determinadas que marquen su evolución. Dentro del gran abanico de manifestaciones que conforman esta enfermedad, encontramos los síntomas motores (afectan principalmente a la movilidad); y el conjunto de síntomas no motores (Martínez et al., 2016).

Comenzaremos hablando de los síntomas motores, que por lo general, siempre son los primeros que se manifiestan y los primeros que se comienzan a tratar. Dentro de este conjunto se encuentran cuatro síntomas fundamentales (figura 1) (Zurita, 2005).



*Figura 1.* Síntomas motores de la enfermedad del Parkinson (Autoría propia).

En cuanto a los síntomas no motores que se pueden manifestar en una persona con EP, se clasifican según el siguiente cuadro (figura 2). Al existir un gran número de ellos, tan solo se nombrarán aquellos trastornos que están en manos de un Logopeda (Martínez et al., 2016).

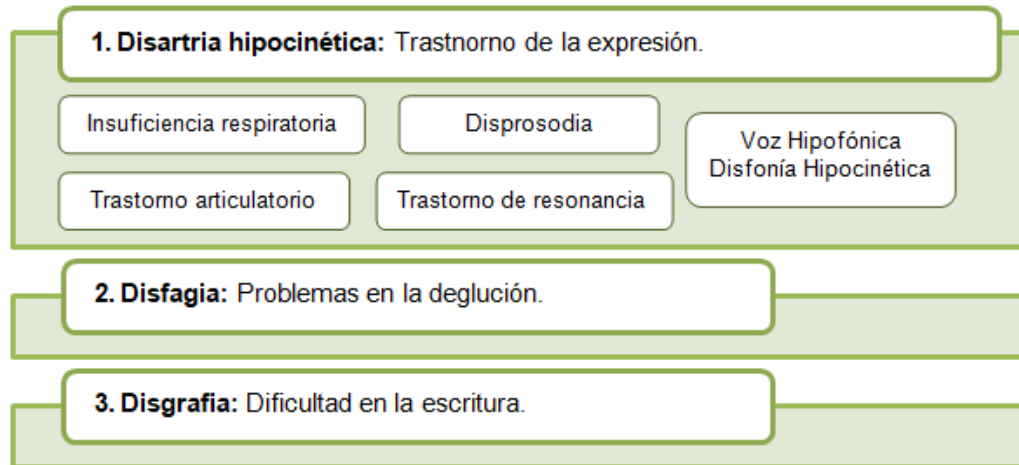


Figura 2. Síntomas no motores de la enfermedad del Parkinson (Autoría propia).

### 1.5. Tratamiento

Actualmente el tratamiento del Parkinson se basa en la administración de fármacos que ayudan a restablecer el contenido de dopamina en el cerebro. Con ello se consigue disminuir los síntomas y aumentar la calidad de vida de los pacientes (Fages, s.f.). Sin embargo, estos fármacos proporcionan una mejoría importante de los síntomas entre los 3-8 años de su comienzo. A partir de aquí, la mayoría de los pacientes desarrollan complicaciones motoras, neurológicas y cognitivas que ponen de manifiesto el avance hacia un *Parkinson Avanzado* (Kulisevsky et al., 2013).

La otra parte del tratamiento se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar formado generalmente por neurólogos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.

Por parte de un logopeda, el tratamiento de la EP debe incluir (Zurita, 2005):

- Técnicas para mejorar la hipomimia.
- Técnicas para mejorar la voz, disfonía o la resonancia vocal.
- Técnicas para la precisión articulatoria y ritmo del habla.
- **Técnicas para una deglución eficaz y segura.**
- Técnicas para mejorar la escritura.

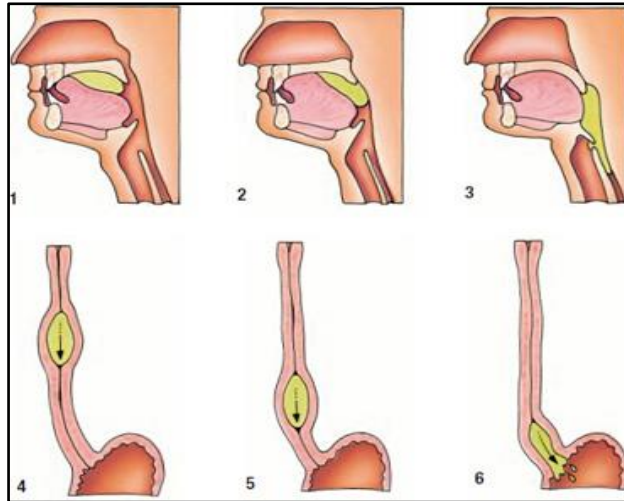


Para poder conocer qué es una deglución segura y eficaz, y como poder implementarla, primero se deben abordar una serie de conceptos básicos relacionados con la alimentación y su trastorno asociado, la disfagia.

## **2. Alimentación y deglución**

Una de nuestras funciones básicas del día a día es la alimentación. Si se analiza desde el punto de vista fisiológico se puede decir que este proceso se lleva a cabo a través de un conjunto de estructuras que actúan de manera coordinada. Este conjunto de sistemas y movimientos reciben el nombre de *deglución* (Tobar, Campos, Cancino, de Medina y Fierro, 2016).

La deglución es entendida como un acto motor automático en el cual se transporta el bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago, con la ayuda de los músculos del aparato gastrointestinal, la respiración, y un conjunto de pares craneales (imagen 1). La iniciación siempre es consciente, suele durar entre 3-8 segundos y se realiza unas 590 veces en 24 horas. Para que se produzca una deglución “*normal*” se debe producir el desplazamiento del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago pasando por las diferentes fases sin complicaciones y cumpliendo el objetivo de alimentar o hidratar. En caso de que exista alguna disfunción en cualquiera de las fases que conforman el proceso, se hablaría de una deglución “*anormal*” (González y Bevilacqua, 2009; Queiroz, 2002).



*Imagen 1.* Ilustración sobre el paso del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago (Obtenido de Google imágenes).

## 2.1. Etapas de la deglución

Para llevar a cabo un análisis más detallado, Matsuo y Palmer (2009) proponen que la deglución puede ser abordada a través de cinco fases (Tobar et al., 2016).

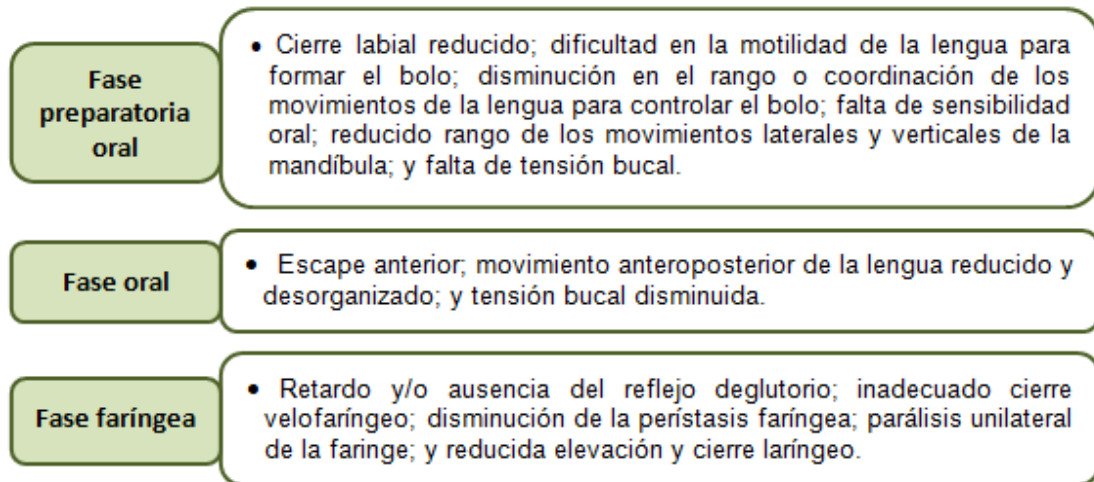
- Fase anticipatoria: Esta fase consiste en el reconocimiento de los alimentos que se van a ingerir, provocando el inicio de la secreción salival que ayudará en el proceso de la deglución.
- Fase preparatoria oral: En esta fase se procesa el alimento y se lleva a cabo la molienda y/o humectación del bolo alimenticio de manera voluntaria. Se necesita un buen funcionamiento del sellado labial y del velo del paladar para obtener resultados óptimos.
- Fase oral: Al igual que la anterior, es una fase voluntaria. En ella, la lengua tiene la función de presionar su ápice contra el paladar, y acto seguido, realizar un movimiento ondulatorio antero-posterior para impulsar el bolo hacia la entrada de la faringe o istmo de las fauces.

- Fase faríngea: Caracterizada por ser una fase involuntaria donde se desencadena el reflejo deglutorio. Este reflejo es el producto del paso del bolo alimenticio a través de la orofaringe hasta la entrada del esófago. Durante esta fase se realiza la suspensión de la respiración o apnea, lo cual desencadena la activación del mecanismo de protección de la vía aérea para que el bolo no baje a través de esta. En caso de que el mecanismo falle, entran en acción las bandas ventriculares y las cuerdas vocales que actúan para evitar el paso del alimento hacia la vía aérea mediante un reflejo tusígeno que nos ayuda a expulsar la sustancia extraña.
- Fase esofágica: Constituye la última fase del proceso deglutorio. Está formada por movimientos peristálticos involuntarios de las paredes esofágicas que permiten su paso hasta el estómago.

## **2.2. Disfagia**

La disfagia es una alteración en el proceso deglutorio entendida como cualquier dificultad que se produzca durante el paso del alimento desde la cavidad oral hasta que llega al estómago, afectando indirectamente a la seguridad, eficacia y calidad de la alimentación (Clavé et al., 2006). En la EP la disfagia puede afectar a cualquiera de las fases que conforma la deglución y suele ser un síntoma frecuente, aunque en la mayoría de ocasiones los pacientes no son conscientes de estas dificultades (Plowman-Prine et al, 2009). En función de la fase deglutoria que se encuentre alterada, podemos diferenciar entre la *disfagia orofaríngea* (producida en las fases preparatorias orales, orales y faríngeas) y la *disfagia esofágica* (solo en el esófago).

A continuación, se recogen los síntomas y signos clínicos asociados a las diferentes fases que conforman disfagia orofaríngea, por ser la más común entre los enfermos de Parkinson (figura 3) (González y Bevilacqua, 2009).



*Figura 3.* Déficit asociados a la disfagia orofaríngea en función de las fases que la conforman (Autoría propia).

### **2.3. Calidad de vida en la EP con disfagia**

Los enfermos de Parkinson que tienen disfagia suelen presentar menor calidad de vida que el resto. Este baremo varía en función del estadio de la enfermedad en el que se encuentren y de la gravedad. Sus actividades cotidianas como el tiempo dedicado al ocio, las reuniones con su familia y comer en público se ven reducidas, provocando que padezcan ansiedad, pánico o aislamiento. Estos aspectos van afectando indirectamente al desarrollo diario y a la autoestima de la persona (Plowman-Prine et al., 2009).

Esta calidad de vida también se ve afectada por el hecho de que a medida que avanza la enfermedad, los usuarios con Parkinson van siendo incapaces de realizar determinadas tareas y empeorando las condiciones de alimentación. Bajo esta condición, la familia se convierte en un pilar fundamental para el día a día de estas personas, lo cual provoca que la rehabilitación también deba contemplar el asesoramiento y formación de los familiares.

Esta involucración de la familia no solo consistirá en realizar las tareas del hogar que el paciente no pueda hacer; sino que además, se les debe incluir de tal manera que puedan ser partícipes en la recuperación del paciente para poder obtener un rendimiento óptimo (Zurita, 2005).

Conociendo así la relación entre el Parkinson y la disfagia, se plantea a continuación una propuesta para la realización de un programa de intervención en estos pacientes. En él, se establecen una serie de estrategias que pueden ayudar a estas personas a mejorar la calidad de su alimentación y a retrasar el avance de los síntomas.

### **3. Propuesta de un programa de intervención para la disfagia orofaríngea en Parkinson**

El elevado número de pacientes que padecen disfagia entre los enfermos de Parkinson hace que se plantee la necesidad de establecer un programa de intervención cuyo objetivo principal sea diagnosticar y tratar a estas personas, y orientar y hacer partícipes a la familia. Además, se estima que la cifra de EP (0.3% de la población general y 1.7% de la población de la tercera edad) se duplique en 20 años o se triplique en 30 (Pagonabarraga, 2018). De las diferentes perspectivas desde las que se puede abordar este problema, la logopédica es una de las más importantes. Por lo general, el papel del logopeda se centra en rehabilitar la dinámica motriz masticadora-deglutoria de la orofaringe y trabajar el control del bolo alimenticio a partir de la sensibilidad propioceptiva (posición, tamaño, textura y temperatura del bolo, así como la movilidad y desplazamiento que este tiene dentro de la boca). Para ello es fundamental trabajar aspectos secundarios como son una buena respiración, la utilización de una postura correcta; el tono y la fuerza muscular; la sensibilidad de lengua, dientes y paladar; los reflejos deglutorios, etc. (Centro Neurológico Antonio Alayón, 2017).

La orientación familiar se hace necesaria debido a que por lo general son procesos de larga duración donde lo que se trabaja en las sesiones con el logopeda se debe potenciar y poner en práctica en el hogar, puesto que es en ese escenario donde se va a poder comprobar la efectividad de las técnicas planteadas. Informar y formar a la familia es muy útil para que puedan ser partícipes en el nuevo proceso al que se enfrenta el paciente, y poder cumplir los objetivos que se planteen a corto y largo plazo (Zurita, 2005).

Es por ello que este programa intenta reflejar un posible protocolo de intervención que pueda ser utilizado como guía terapéutica en caso de que una persona tenga Parkinson y como trastorno asociado, la disfagia. Además, propone la formación y orientación familiar

a través de una serie de talleres personalizados debido a que muy pocas veces se recoge este aspecto como parte de una intervención. Como formación complementaria aprenderán diferentes consejos y recomendaciones y la puesta en práctica de las maniobras de seguridad.

### **3.1. Objetivos del programa**

#### **Objetivo general**

Evaluar y diagnosticar si el paciente presenta algún tipo de complicación durante la deglución; y en caso afirmativo, establecer pautas de actuación que incluyan a la familia.

#### **Objetivos específicos**

- Mejorar la coordinación respiración-deglución.
- Adoptar estrategias posturales que faciliten la deglución.
- Tonificar y estimular los músculos orofaciales.
- Aprender maniobras deglutorias complementarias.
- Informar sobre el uso de ayudas técnicas.
- Formar a la familia o gente del entorno.

### **3.2. Método**

#### **3.2.1. Participantes.**

La muestra a la que va dirigido este programa está formada por los enfermos de Párkinson que se encuentren en sus estadios iniciales (Estadios I y II según la escala de Hoehn y Yhar).

### 3.2.2. Materiales.

Para poder llevar a cabo este programa, se necesitan una serie de materiales (tabla 2).

Tabla 2

*Materiales necesarios para la realización del programa*

---

**Materiales para la evaluación**

---

- Modelo de entrevista inicial.
  - Cuestionario de calidad de vida para el enfermo de Parkinson.
  - Prueba evaluación Método Volumen-Viscosidad.
- 

---

**Materiales para la intervención con el paciente**

---

- Se utilizarán objetos varios para la realización de los diferentes ejercicios. Estos se pueden comprar o realizar manualmente.
- 

---

**Materiales para la intervención con la familia**

---

- Diapositivas con el temario que se va a exponer.
  - Fichas con la teoría y las recomendaciones pertinentes.
- 

La tabla 2 muestra de manera meramente orientativa los materiales necesarios para la realización del programa. Estos pueden variar en función de la realización del mismo (Autoría propia).

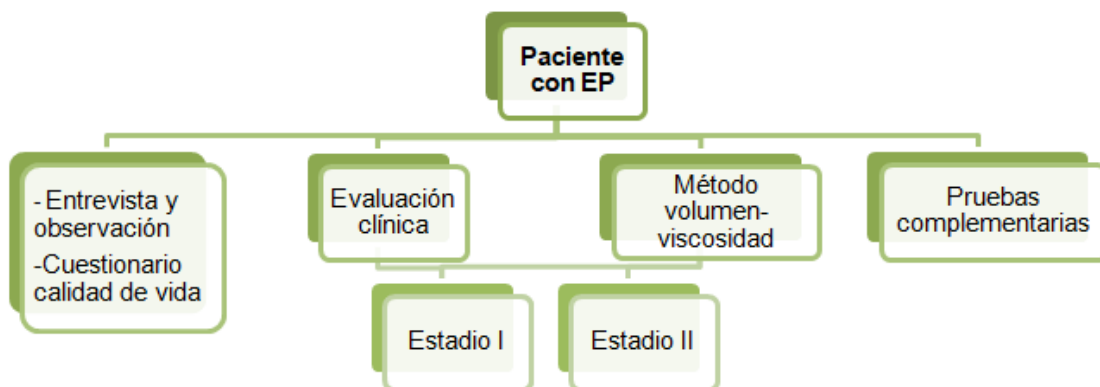
### 3.3. Desarrollo del programa

#### 3.3.1. Evaluación.

El programa consta de una evaluación inicial y final. La evaluación inicial tiene como principal objetivo identificar la existencia o no de dificultades deglutorias, y en caso de existencia de las mismas, comenzar a trabajar estas complicaciones a través de una serie de estrategias predeterminadas. La evaluación final, tratará de comprobar la disminución o no de los síntomas de la disfagia, comprobando si las estrategias adoptadas son útiles, o si por el contrario, se deben adoptar otro tipo de medidas (Clavé et al., 2006).



El proceso de evaluación se desarrolla en función del siguiente esquema (figura 4) (Bleeckx, 2012).



*Figura 4.* Descripción del proceso de evaluación en la disfagia asociada al Parkinson (Autoría propia).

La evaluación clínica consta del conjunto de revisiones realizadas por todos los profesionales que estén involucrados en el caso, entre los que destacamos el médico de familia, neurólogo, fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc. Esto aportará la situación en la que se encuentra el paciente, favoreciendo y orientando la futura evaluación que realice el logopeda de la deglución, que comenzará por una entrevista y observación directa durante la misma, y un cuestionario sobre la calidad de vida actual del paciente (Véase ANEXO 1).

El método volumen-viscosidad (o también llamado “Método Bedside”) recoge el rendimiento que tienen los diferentes mecanismos en la deglución. Permite determinar la textura que el paciente de Parkinson puede ingerir sin ningún tipo de complicación; y, por otro lado, informa acerca de la cantidad de la misma que se le debe administrar, es decir, el volumen del bolo. Para realizar esta prueba se le administrarán al paciente distintos bolos de 5, 10 y 20 ml, cada uno de ellos con diferentes viscosidades (néctar, viscosidad líquida y, por último, el pudding) y se anotarán los resultados en una hoja de respuesta (figura 5).

Durante el tiempo de aplicación de la prueba, el paciente deberá estar sentado y tener una monitorización continua de la saturación de oxígeno. Finalmente, se establecerá el diagnóstico final indicando el tipo de viscosidad y volumen recomendado (Véase ANEXO 2) (González y Bevilacqua, 2009).

Método Bedside - Hoja de registro										
Viscosidad utilizada		NECTAR			LIQUIDO			PUDDING		
		5 ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml	5ml	10ml	20ml
Alteraciones o signos de seguridad	Tos									
	Cambio de voz									
	Desaturación de oxígeno									
Alteraciones o signos de eficacia	Sello labial									
	Residuo oral									
	Deglución fraccionada									
	Residuo faríngeo									

Figura 5. Hoja de registro para la prueba de Volumen-Viscosidad (Autoría propia).

En cuanto a los estudios complementarios, se derivará al paciente al Otorrinolaringólogo el cual determinará si es necesario o no realizar este tipo de pruebas. Por lo general, ayudan a analizar más en profundidad las diferentes fases de la deglución para observar si existen complicaciones graves (como penetración o aspiración del bolo). Un ejemplo de estos estudios son la Videofluoroscopia o la Laringoscopia nasofaríngea (Jofré, Lizama, Luchsinger, Vásquez, Yalul, 2015).

Para la evaluación final, se utilizan los mismos pasos mencionados anteriormente añadiendo una pequeña entrevista a los familiares para conocer como ha sido su desarrollo y su valoración del programa.

### **3.3.2. Intervención en el paciente.**

Una vez realizada la evaluación, comenzará la aplicación de las estrategias desarrolladas cuyo fin último es conseguir los objetivos planteados al principio. A pesar de que actualmente no existe un protocolo de actuación específico para intervenir en la disfagia asociada al Parkinson, si existen una serie de orientaciones generales sobre qué aspectos se deben tratar (como son la respiración y coordinación fono-respiratoria; ejercicios posturales; cambios dietéticos; y maniobras deglutorias) (Clavé et al., 2006). Las técnicas logopédicas que se van a implementar se desarrollan a continuación.

- ***Respiración y Coordinación fono-respiratoria***

Se comenzará trabajando la respiración por ser un aspecto fundamental tanto para las emisiones acústicas como para la deglución. Existen tres tipos de respiración, pero la más apropiada es la costo-diafragmática. Esta consiste en inspirar por la nariz, deslizar las costillas hacia arriba y hacia los lados (lo que provoca que el diafragma empuje y el abdomen se hinche) y espirar por la boca. Por lo tanto, lo primero a conseguir, es que el paciente sea consciente del tipo de respiración que tiene y cuál es la respiración que debe tener (Véase ANEXO 3) (Zurita, 2005). A partir de aquí se debe trabajar la dosificación del aire y el empujo abdominal para poder conseguir una voz potente y una tos más fuerte y eficaz. Para ello es fundamental hacer hincapié en el trabajo del soplo a través de diferentes ejercicios (Véase ANEXO 4).

A continuación, se pasa a trabajar la coordinación de la respiración con la fonación. Este aspecto es muy importante debido a que sin una buena coordinación los pacientes se quedan sin aire a mitad de una frase y esto conlleva a una gran tensión laríngea (Véase ANEXO 5) (Zurita, 2005).

- ***Ejercicios de movilidad de los órganos del habla y de la deglución***

A través de estos ejercicios se pretende optimizar al máximo el uso de las cavidades de resonancia y deglutorias. Por lo general estos pacientes cuentan con gran rigidez muscular, lo que les impide un buen uso de los músculos faciales y faríngeos (Véase ANEXO 6) (Zurita, 2005).

- ***Estrategias posturales***

La realización de cambios en la postura del cuerpo como de la cabeza favorecen que la deglución se produzca de manera efectiva, haciendo que la faringe cambie de posición y por lo tanto modificando la trayectoria del bolo alimenticio sin que el paciente deba realizar ningún tipo de esfuerzo (tablas 3 y 4). El uso de este tipo de técnicas puede llegar a reducir la presencia de aspiraciones hasta en un 75% - 80% de los casos. Se debe recalcar, que la estrategia que favorezca a una persona no le tiene porque servir de ayuda a los demás, cada persona tiene unas características individuales y esto hay que tenerlo en cuenta. Por otro lado, en caso de que persistan las aspiraciones, se recomienda realizar una Videofluoroscopia de la deglución sin la técnica postural; otra con la técnica, y comparar ambos resultados para valorar si este cambio está siendo efectivo o no (Ambros y Kulisevsky et al., 2003).

Tabla 3  
Estrategias posturales

<b>Posición del cuerpo</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente deberá estar sentado en una silla con el respaldo recto y suficientemente alto para no forzar la espalda. Las caderas por su parte tienen que estar en ángulo recto con el tronco y los pies completamente apoyados en el suelo.</li> <li>- En caso de poco control postural, se pueden utilizar cojines y aparatos fijadores para ayudar a la colocación del paciente.</li> </ul>		
<b>Posición de la cabeza</b>		
<b>Alteración</b>	<b>Postura a aplicar</b>	<b>¿Por qué?</b>
Disminución de la propulsión de la lengua; poco cierre labial, etc.	Cabeza hacia atrás.	Con la gravedad ayudamos a que la cavidad oral se limpie.
	Girar la cabeza hacia el lado sano.	Girando la cabeza ayudamos a acortar la distancia entre la base de la lengua y el esófago y favorecemos el tránsito del bolo.
Reflejo faríngeo retardado.	Cabeza adelante.	Permite que se estreche la entrada de la vía aérea moviendo la epiglotis hacia atrás.
Reducción del movimiento posterior de la lengua.	Cabeza adelante.	Provoca que la base de la lengua se mueva hacia la pared faríngea.
Disminución del cierre laríngeo (aspiración durante la deglución).	Cabeza adelante tocando el pecho.	Aumenta el cierre y elevación laríngea.
	Rotar la cabeza hacia el lado de peor movilidad.	Al girar la cabeza, se consigue el cierre de la hemilaríngea débil y el bolo pasa por el lado sano.
Disminución de la contracción faríngea (puede existir residuo por toda la farínge).	En posición horizontal y sobre un lado.	Conseguiremos eliminar la gravedad sobre el residuo faríngeo.
Disminución de la fuerza muscular oral y faríngea (provoca residuo en la boca y farínge).	Flexionar lateralmente la columna cervical hacia el lado más fuerte.	Ayuda a dirigir al bolo hacia el lado más fuerte y nos permite controlarlo.

La tabla 3 muestra un resumen de las diferentes estrategias posturales que se pueden utilizar en función de la alteración presente en el paciente, y el porqué de estas estrategias (Autoría propia).

- ***Sialorrea***

Este término hace referencia a la acumulación excesiva de saliva en la boca por un aumento de su producción o por dificultades en la deglución. El escaso control de la musculatura orofacial, y de cabeza y cuello, provoca una excesiva acumulación de la saliva en la parte anterior de la cavidad oral haciendo que este trastorno sea muy común en los enfermos de Parkinson. Para trabajar la sialorrea, se puede aplicar un vendaje neuromuscular o Kinesiotaping el cual está dando resultados muy beneficiosos en el tratamiento de la excesiva salivación (imagen 2). Para su uso es necesario contar con ciertos conocimientos de aplicación y tener un control diario sobre el paciente (Estrada y González, 2013).



*Imagen 2.* Tira de vendaje neuromuscular colocado sobre el hueso hioides (Imagen sacada de Google).

- ***Maniobras deglutorias***

Una deglución normal y efectiva requiere del cierre total de la vía aérea durante un pequeño periodo para evitar que el bolo cambie su trayectoria. Este tipo de maniobras se utilizan en paciente que son capaces de cerrar la vía aérea pero no el tiempo suficiente, lo cual provoca que el bolo descienda por esta vía y se produzcan aspiraciones (tabla 4).

Por ello, un buen uso de estas maniobras podría aumentar el tiempo de apnea y evitar así cualquier tipo de complicación. Su elección dependerá del defecto en la de deglución que presente el paciente (Ambros y Koslowski, 2003).

Tabla 4  
*Maniobras deglutorias en la disfagia*

<b>Maniobra deglutoria</b>	<b>Realización</b>
<u>Maniobra Supraglótica</u> (Para pacientes que sufran aspiraciones pero mantengan control respiratorio).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Introducir el alimento en la boca.</li> <li>2. Coger aire y aguantarlo.</li> <li>3. Mantener el aire mientras se traga (en apnea).</li> <li>4. Tragar y después toser para eliminar cualquier tipo de residuos.</li> </ol>
<u>Maniobra Super-supraglótica</u> (Pacientes con disfagia aspirativa y propulsiva pero con buena capacidad respiratoria).	Igual a la supraglótica, pero cuando se vaya a tragar hay que hacer fuerza (agarrando el sillín de la silla o haciendo presión contra algo).
<u>Deglución forzada</u>	Tragar normal pero haciendo fuerza con la lengua en la garganta mientras se traga.
<u>Maniobra de Mendelsson</u> (Pacientes con aspiraciones que presentan afecciones respiratorias).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primero le pediremos al paciente que trague y que note como la laringe se eleva.</li> <li>2. A continuación, le pediremos que intente mantener la laringe elevada (la nuez hacia arriba) y que trague mientras se mantiene arriba.</li> </ol>
<u>Maniobra de Masako</u> (Para las disfagias propulsivas).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar la comida en la boca.</li> <li>2. Colocar la lengua entre los dientes.</li> <li>3. Tragar y notar como el cuello "tira" mientras lo hacemos.</li> </ol>

La tabla 4 muestra las principales maniobras deglutorias e indicaciones de cómo se realizan (Autoría propia).

Según estos mismo autores (Ambros y Koslowski, 2003), no se debe olvidar que las técnicas de tratamiento están diseñadas para cambiar la fisiología de la deglución; pero las maniobras compensatorias intentan suprimir los síntomas de la disfagia.

- **Consistencias de los alimentos**

La siguiente estrategia a utilizar es la modificación de la consistencia de los alimentos. Para ello se utilizará algún tipo de espesante comercial hasta conseguir la textura deseada y adecuada para el paciente. Hay que aclarar, que esta técnica tan solo debe utilizarse en caso de que no existan otras opciones posibles ya que, por lo general, el uso de espesante o eliminar determinados alimentos de la dieta de una persona puede ser un proceso muy costoso (Ambros y Koslowski, 2003).

Las principales consistencias alimenticias se dividen en los siguientes cuatro grupos en función de la facilidad o dificultad para ser ingeridas:



*Figura 6.* Principales niveles de consistencias alimenticias (Autoría propia).

A continuación, se muestra un esquema general donde se encuentran las diferentes consistencias a utilizar en función de la causa que esté provocando la disfagia (tabla 5). La elección de las mismas tiene que hacerse en función de las características personales y de las necesidades propias (Ambros y Koslowski, 2003).



Tabla 5  
*Consistencias alimenticias*

<b>Alteración de la deglución</b>	<b>¿Qué consistencia aplicamos?</b>	<b>¿Qué debemos evitar?</b>
Escasa movilidad lingual.	Comenzar con líquidos espesos y después pasar a líquidos finos.	Sólidos (excepto puré).
Escasa coordinación lingual.	Líquidos espesos.	Sólidos.
Escasa fuerza lingual.	Líquidos finos.	Sólidos.
Disminución de la movilidad de la base de la lengua.	Líquidos.	Sólidos.
Retraso en el reflejo faríngeo.	Líquidos espesos. Sólidos.	Líquidos finos.
Disminución del cierre de la vía aérea.	Pudin. Comidas espesas.	Líquidos finos.
Disminución del movimiento laríngeo.	Líquidos.	Sólidos espesos.
Disminución de la contracción de las paredes faríngeas.	Líquidos.	Alimentos viscosos (excepto puré).

La tabla 5 muestra las principales consistencias alimenticias a utilizar y aquellas que se deben evitar en función de la alteración (Autoría propia).

Además de la viscosidad del alimento, también hay que tener muy presente el volumen del bolo que vamos a administrar. En algunos pacientes se activa el reflejo deglutorio faríngeo mucho antes si se utilizan bolos grandes. Por el contrario, en pacientes que necesiten dos o tres degluciones para poder ingerir el bolo, debemos administrarles bolos más pequeños y a una velocidad menor (Budiós, 2017).

- ***Técnicas de incremento sensorial***

Con el uso de este tipo de técnicas se ayuda a crear un estímulo sensorial previo a la deglución, ayudando al inicio de la fase oral y al tránsito entre la deglución oral y faríngea (tabla 6) (Úbeda y Chulià, 2012).

**Tabla 6**  
*Técnicas para el incremento sensorial*

---

**Incremento sensorial**

- Realizar presión con la cuchara contra la lengua cuando introducimos el bolo en la boca.
  - Utilizar sabores ácidos.
  - Usar bolos fríos y de volumen grande (3 ml o más).
  - Presentar un bolo que requiera masticación.
  - Utilizar succión-deglución.
  - Estimulación intra y extraoral con vibraciones y presiones en la región orofacial.
- 

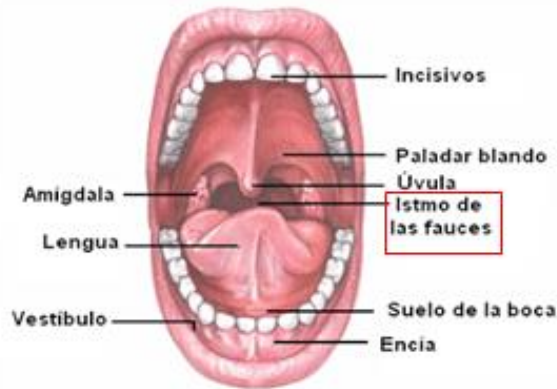
La tabla 6 muestra algunos ejemplos de técnicas para el incremento sensorial (Autoría propia).

- ***Estimulación termo-táctil***

El principal propósito de utilizar esta estimulación es que provoca el reflejo deglutorio faríngeo cuando comienza la deglución (tabla 7). A pesar de que aún no hay muchas evidencias, si se ha demostrado que la estimulación del velo del paladar con frío mejora significativamente este hecho (Teismann et al., 2009).

Tabla 7  
*Ejemplo de estimulación termo-táctil*

- Se necesita un espejo laríngeo previamente enfriado en un recipiente con hielo, el cual se pasará por el istmo de Fauces unas 4 o 5 veces de forma rápida.
- En caso de existir una disminución de la sensibilidad en un lado, se hará por el lado donde el paciente tenga mayor sensibilidad.



La tabla 7 muestra un ejemplo de estimulación termo-táctil, esta vez a través del frío (Autoría propia).

- ***Recomendaciones para el paciente***

Además de lo mencionado anteriormente, se administrarán una serie de recomendaciones higiénico-dietéticas que los pacientes deben tener presentes en las comidas diarias, como puede ser llevar una dieta equilibrada; comer en un ambiente tranquilo y sin distracciones; beber abundante agua y en mayor cantidad durante las comidas; usar utensilios adaptados en caso necesario, etc. (Véase ANEXO 7) (Budiós, 2017).

### 3.3.3. Intervención con la familia.

Como ya se ha mencionado, que el entorno de estos pacientes intervenga en la recuperación de los mismos es fundamental para poder obtener resultados óptimos. El programa destinado a la familia contará con 3 sesiones de talleres teórico-prácticos antes del inicio de la intervención propia con los pacientes. En estos talleres se les informará de manera teórica acerca de la enfermedad del Parkinson, pero más importante aún diferentes pautas y consejos sobre la alimentación.

- *Consideraciones a tener en cuenta por parte del entorno del paciente*

El primer inconveniente con el que se encuentran los familiares es que el enfermo de Parkinson comienza a tener dificultades para expresarse con claridad, por lo que se recomienda seguir una serie de recomendaciones para ayudarlo en sus producciones y no provocar una mayor frustración y empeoramiento de la situación (tabla 8) (Zurita, 2005; Budiós, 2017).

**Tabla 8**  
*Recomendaciones para una buena comunicación*

---

<b>Habla</b>
✓ Procure colocarse cerca del enfermo y cara a cara. Evite presionarlo para que hable más rápido o más alto, espere a que se tome su tiempo y no hable por él.
✓ Exprese con gestos que le sigue y que está atendiendo lo que está diciendo.
✓ Si existe alguna producción que no haya entendido, hágaselo saber con naturalidad. En caso de no entenderlo, pedirle que diga una palabra clave sobre la que poder construir el mensaje.
✓ Intente recordarle que se pare a respirar, pero sin llegar a agobiarle.
✓ No le grite, aunque hable bajo no está sordo.
✓ Si habla acelerado, debe recordarle que utilice el habla silabeada y exagerando la vocalización.

---

La tabla 8 muestra algunas recomendaciones para una comunicación eficaz con el enfermo de Parkinson (Autoría propia).

En cuanto a la alimentación, a medida que avancen los síntomas motores también irán apareciendo dificultades que impedirán la autonomía de estas personas para comer por sí mismas. Tan solo es en este caso cuando los familiares entrarán en acción, debido a que si intervienen antes provocarán la pérdida de autonomía y aumentará la dependencia del entorno (tablas 9 y 10) (Zurita, 2005; Budiós, 2017).

**Tabla 9**  
*Recomendaciones para una buena alimentación*

---

**Deglución**

- ✓ Las cantidades de comida y de bebida que se lleven a la boca deben ser pequeñas, y se deben colocar por el lado con el que cuente con mayor movilidad y lo más atrás posible.
  - ✓ Recuérdale que debe cerrar los labios con mucha fuerza. En caso de dificultad, agarrarle la mandíbula con el dorso de la mano de manera muy suave.
  - ✓ Si por el contrario presenta dificultad en abrir la boca para comer, es de ayuda masajearle el mentón. También puede recordarle que bostee antes de cada bocado para relajar la mandíbula.
  - ✓ Haga hincapié en que debe masticar incluso los líquidos y hacer pausas una vez que degluta.
  - ✓ Debe recordarle que es recomendable que agache la cabeza hacia el pecho; o por el contrario, la maniobra que le haya otorgado el logopeda.
  - ✓ Entre trago y trago, ofrézcale que beba un poco de agua, y no le de otra cucharada hasta asegurarse de que la boca está vacía.
  - ✓ En caso de que el paciente coma de forma impulsiva, utilice cubiertos de postre para introducir cantidades pequeñas.
  - ✓ En caso de pérdida de apetito, trate de motivarlo haciendo comida nutritiva, bien presentada y muy olorosa. Intente presentarla en varios platos pequeños.
  - ✓ Los tiempos de comida siempre deben ser amplios, y nunca pueden dejar de ser un acto social en una atmósfera relajada. Es por ello que no deben aislarlo, aunque sí deben tomarse mucha calma y evitar hablarle constantemente durante las comidas.
  - ✓ En caso del uso de espesantes, siga las recomendaciones pertinentes.
- 

La tabla 9 muestra algunas recomendaciones para una buena alimentación del paciente (Autoría propia).

Tabla 10

*Formas de administrar la comida por texturas*

<b>Formas de administrar las diferentes texturas</b>	
✓	Textura néctar: los líquidos pueden beberse en una taza o con ayuda de una pajita.
✓	Textura miel: bebiendo a través de una taza, pero nunca con una pajita.
✓	Textura pudding: tomarse con una cuchara.

La tabla 10 muestra cómo administrar algunas texturas alimenticias (Autoría propia).

Si fuera necesario prepararle la comida al enfermo, se recomienda seguir una dieta equilibrada, que cuente con variedad de nutrientes y cumpla con la cantidad de proteínas y vitaminas que deben ingerir estos usuarios, todos ellos adaptados en función de las necesidades. Para ello se les explicará la pirámide alimenticia que se debe seguir para tener una buena alimentación y los alimentos con los que se debe tener precaución (ANEXO 8). (Budiós, 2017).

En caso de atragantamiento o sensación de cuerpo extraño en la garganta, no se recomienda dar golpecitos en la espalda. Lo mejor es recordarle al paciente que respire profundamente una gran masa de aire y que tosa con la mayor fuerza posible. En caso necesario, se procederá a realizar las maniobras de seguridad (Véase ANEXO 9).

### **3.4. Sesiones**

El programa cuenta con una duración de 10 sesiones divididas en dos sesiones semanales y con una duración de 45 minutos cada una. Todas ellas se llevarán a cabo de manera individual y se tratará de conseguir los objetivos previamente establecidos (tabla 11). Para la familia, se establecerán 3 talleres antes de comenzar con las sesiones de los pacientes, para indicarles cómo funcionará el taller, sus objetivos y lo que pretendemos conseguir con él. El último taller será teórico práctico y se pondrá en práctica la teoría.

Tabla 11  
Cronograma del programa

Sesiones de evaluación	Inicial	Sesión 1
	Final	Sesión 10
	Trabajar la respiración y coordinación costo-diafragmática	Sesión 2, 4, 8
Sesiones de intervención	Estrategias posturales	Sesión 3, 6, 9
	Aprendizaje de maniobras deglutorias	Sesión 3, 6, 9
	Distintas consistencias alimentarias	Sesión 3, 6, 9
	Movilidad órganos del habla y de la deglución	Sesión 4, 5, 8
	Sialorrea	Sesión 5, 7, 9
	Incremento sensorial	Sesión 4, 6, 9
	Estimulación termo-táctil	Sesión 5, 7, 9

La tabla 11 muestra el cronograma del programa (Autoría propia).

### 3.5. Evaluación de la intervención

Para evaluar la efectividad del programa, se volverán a pasar las pruebas pertinentes para comprobar si las diferentes técnicas aplicadas a los pacientes han mejorado o no los síntomas de la disfagia. Entre estas pruebas destacamos un cuestionario de calidad de vida después de haber completado el programa; la evaluación manual tras la ingesta de comida para comprobar si quedan residuos en la boca y la realización de pruebas complementarias como la videofluoroscopia para comprobar que no quedan restos de comida al paso del bolo alimenticio. Además, se les entrevistará para establecer su opinión acerca de la utilidad o no del programa, y para escuchar propuestas de mejora.

En caso de la familia, se recogerá su testimonio para contrastar si lo que han aprendido ha sido útil o, si por el contrario, las estrategias aprendidas les son insuficientes para ayudar al enfermo.

### **3.6. Resultados y discusión**

Actualmente no existe ningún protocolo de intervención logopédica que recoja los pasos a seguir con personas diagnosticadas de Parkinson, esto hace que los logopedas actúen en base a su experiencia, muchas veces extrapolando las técnicas aplicadas en otros trastornos. Actualmente, la disfagia en el Parkinson es un aspecto poco abordado y, por tanto, se carece de evidencias científicas que puedan demostrar si determinadas técnicas son efectivas o no. Teniendo en cuenta las cifras aportadas por Pagonabarraga (2018), parece evidente la necesidad de establecer programas que permitan la detección e intervención temprana de esta patología.

Esta propuesta de intervención no solo pretende intervenir sobre los síntomas, sino que pretende a su vez que el enfermo de Parkinson sea capaz de entender su enfermedad, la importancia que tiene detectar los síntomas a tiempo y comenzar a trabajar sobre ellos para poder retrasar el avance de los mismo.

Mantener la calidad de vida de estos pacientes es uno de los retos de estos programas, retrasando así la evolución de la disfagia.

En este sentido, el protocolo contempla incluir en el programa a las personas que se encuentran en el entorno más inmediato del paciente. Es fundamental, que los familiares contribuyan a ralentizar el avance de la sintomatología. Para ello se establece no solo formar a los familiares en estrategias de intervención, sino dotarles de los conocimientos necesarios sobre la enfermedad, de manera que se reduzcan los síntomas de culpabilidad, ira, depresión, ansiedad, etc. que según Fernández y Crespo (2011) presentan estas personas.



#### 4. Bibliografía

- Ambros, H. B., & Koslowski, S. G. (2003). Tratamiento de la disfagia orofaríngea. *Rehabilitación*, 37(1), 40-54.
- Bautmans I, Demarteau J, Cruts B, Lemper J, Mets T. (2008). Dysphagia in elderly nursing home residents with severe cognitive impairment can be arrenued by cervial spine mobilization. *J Rehabil Med*, 40(9), 755–760.
- Bleeckx, D. (2012). Deglución: valoración y rehabilitación. *EMC-Kinesiterapia-Medicina Física*, 33(3), 1-10.
- Budiós Lanau, R. (2017). *Diseño de un programa de educación sanitaria para el abordaje de la disfagia orofaríngea en adultos mayores institucionalizados* (Tesis). Recuperado de <https://repositori.udl.cat/handle/10459.1/59983>
- Campdelacreu, J. (2014). Enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer: factores de riesgo ambientales. *Neurología*, 29(9), 541-549.
- Casamitjana, C. F., García, S., Méndez, A. Z., Salazar, M. H., Suárez, S. S., Dávalos, E. M., ... & Luna, O. M. (2007). Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson y estimulación cerebral profunda. *Medicina Interna de Mexico*, 23(1), 7-14.
- Centro Neurológico Antonio Alayón (2017). *¿Qué hacer cuando aparece la disfagia?*. Tenerife. Recuperado de [https://www.antonioalayon.com/cuando-aparece-la-\)disfagia/](https://www.antonioalayon.com/cuando-aparece-la-)disfagia/)
- Clavé P, De Kraa M, Arreola V, Girvent M, Farré R, Palomera E & Serra-Prat M. (2006). The effect of bolus viscosity on swallowing function in neurogenic dysphagia. *Alimentary pharmacolpgy & therapeutics*, 24(9), 1385–94.
- Domingo, E. P. (2015). *El Libro blanco del Parkinson en España*. Recuperado de <https://www.siiis.net/documentos/documentacion/EI%20Libro%20Blanco%20del%20Parkinson.pdf>

- Estrada, N. N., & González, A. E. (2013). Efecto de la electroestimulación neuromuscular y el Kinesio taping en la sialorrea en pacientes con parálisis cerebral leve y moderada. *Fisioterapia*, 35(6), 272-276.
- Fages, B. d. (s.f.). *Guía informativa de la enfermedad del Parkinson*. Sacado de [http://www.fedeparkinson.org/upload/aaff\\_guia\\_parkinson.pdf](http://www.fedeparkinson.org/upload/aaff_guia_parkinson.pdf)
- González R. & Bevilacqua J. (2009). Disfagia en el paciente neurológico. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, (20), 252 - 262.
- Hurtado, F., Cárdenas, N., Andrea, M., Cárdenas, F., & León, L. A. (2016). La enfermedad de Parkinson: etiología, tratamientos y factores preventivos. *Universitas Psychologica*, 15(5), 1-26.
- Jofré C., Lizama V., Luchsinger B., Vásquez T., Yalul C. (2015). *Calidad de vida de pacientes con disfagia como consecuencia de trastornos del movimiento de origen neurológico* (Tesis). Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/138239/Jofr%C3%A9%20Lizama%20Luchsinger%20V%C3%A1squez%20Yalul.pdf.pdf?sequence=1>
- Kulisevsky, J., Luquin, M. R., Arbelo, J. M., Burguera, J. A., Carrillo, F., Castro, A., Chacón J., García P.J., Lezcano E., Mir P., Martínez-Castrillo J.C., Martínez-Torres I., Puente V., Sesar A., Valdeoriola F. y Yañez R. (2013). Enfermedad de Parkinson avanzada. Características clínicas y tratamiento (parte I). *Neurología*, 28(8), 503-521.
- Laurenti, L. (2007). Abordaje Nutricional en el tratamiento de la disfagia. *Archivos neurología, neurociencia y neuropsiquiatría*, 9(2), 22-28. Recuperado de [http://www.jmunozzy.org/files/9/Logopedia/difagia/documentos/2007\\_14\\_01\\_22-laurenti.pdf](http://www.jmunozzy.org/files/9/Logopedia/difagia/documentos/2007_14_01_22-laurenti.pdf)

- Luis DA De, Izaola O, Prieto R, Mateos M, Aller R, Cabezas G, Rojo S, Terroba C, Martín T, Cuéllar L. (2009). Efecto de una dieta con productos modificados de textura en pacientes ancianos ambulatorios. *Nutrición Hospitalaria*.24(1), 87–92.
- Martínez-Fernández, R., Gasca-Salas, C., Sánchez-Ferro, Á., y Obeso, J. Á. (2016). Actualización en la enfermedad de parkinson. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(3), 363-379.
- Merello, M. (2008). Trastornos no motores en la enfermedad de Parkinson. *Revista de neurología*, 47(5), 261-270.
- Pagonabarraga J. (2018). Cada año se diagnostican 10.000 casos de Parkinson. *Canarias siete*. Recuperado de <https://www.canarias7.es/sociedad/cada-ano-se-diagnostican-10-000-casos-de-parkinson-LB4157481>
- Asociación de Párkinson de Tenerife (5 de Marzo de 2018). Unas 3500 personas padecen la enfermedad de Párkinson en Tenerife. *El día*. Recuperado de <http://eldia.es/sociedad/2018-03-05/12-personas-padecen-enfermedad-Parkinson-Tenerife.htm>
- Plowman-Prine, E., Sapienza, C., Okun, M., Pollock, S., Jacobson, C., Wu, S. y Rosenbek, J. (2009). The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 24(9), 1352-1358.
- Queiroz, I. (2002). *Fundamentos de Fonoaudiología, Aspectos clínicos de la motricidad oral*. Argentina: Médica Panamericana S.A.
- Ramritu, P., Finlayson K., Mitchell A., & Croft G. (2000). Identification and Nursing Managament of Dysphagia in Individuals with Neurological Impairment. *The Joanna Biggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery*, 4(3), 1329 – 1874.
- Shapira, A. H., (2013). Recent developments in biomarkers in Parkinson disease. *Curr.Opin.Neurol.*, (26), 395-400.

SocialCo (s.f.). Federación española de Parkinson: Conoce la enfermedad. Madrid, España.

Sacado de: <http://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/>

Tobar, R. (2010). Disfagia Orofaríngea: Consideraciones Clínicas en la Alimentación.

*Revista Colegio de Nutricionistas*, 6(11), 13-17.

Tobar, R., Campos, C., Cancino, V., de Medina, M. D., & Fierro, N. (2016). Dominio del

fonoaudiólogo para la determinación del grado de viscosidad de alimentos

líquidos. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, (15), 1-14.

Teismann IK, Steinsträter O, Warnecke T, Suntrup S, Ringelstein EB, Pantev C,

Dzeiwias R. (2009). Tactile thermal oral stimulation increases the cortical representation

of swallowing. *BMC Neuroscience*, 10(1), 1–10. doi: 10.1186/1471-2202-10-71

Úbeda, C. V., & Chulià, J. P. (2012). Logopedia y nuevos ámbitos de actuación en disfagia

orofaríngea en la Comunidad Valenciana. *Boletín de AELFA*, 12(2), 45-53.

Willis, A. W. (2013) Parkinson disease in the alderly adult. *Mo. Med.*, (110), 406-410.

Zurita, A. (2005). *Guía técnica de intervención logopédica en la enfermedad de Parkinson*.

Madrid, España: Síntesis.

## 5. Anexos

### ANEXO 1:

- Hoja para evaluar la posible presencia de disfagia.

<i>Signos evidenciales de la posible presencia de disfagia</i>			
	1	2	3
▪ Pérdida de peso repentino y/o deshidratación frecuente.			
▪ Infecciones respiratorias frecuentes.			
▪ Cambios en los patrones de alimentación.			
▪ Ausencia o debilidad de la deglución voluntaria.			
▪ Carraspeo frecuente.			
▪ Cambios en la calidad/tono de la voz (como ronquera o afonía).			
▪ Regurgitación oral o nasal de alimentos/líquidos.			
▪ Toser o estornudar durante las comidas.			
▪ Cambios en el patrón respiratorio.			
▪ Descoordinación en los movimientos de masticación o deglución.			
▪ Empleo de bastante tiempo para comer o beber.			
▪ Muchas degluciones para tragar un solo bocado.			
▪ Dificultades para controlar las secreciones orales o la salivación.			
▪ Colocación de la comida en los carrillos.			
▪ Movimientos disminuidos de la boca y de la lengua.			
▪ Lentitud para iniciar la deglución y/o retraso en la deglución.			
▪ Fatiga.			
▪ Restos de comida en la boca tras la deglución.			

Figura 7. Hoja de registro para evaluar la posible presencia de disfagia (Ramritu, P., Finlayson K., Mitchell A., & Croft G., 2000).

- Cuestionario calidad de vida para el enfermo de Parkinson

El cuestionario más utilizado actualmente es el PDQ-39. Este instrumento consta de 39 ítems los cuales preguntan sobre la movilidad, el bienestar emocional, el estigma, el apoyo social, el estado cognitivo, la comunicación y el malestar corporal (Casamitjana et al., 2007).

<i>Cuestionario calidad de vida PDQ-39</i>					
	Nunca	Ocasionalmente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre o incapaz de hacerlo (si es aplicable)
1. Dificultad para realizar las actividades de ocio que le gustaría hacer.					
2. Dificultad para realizar tareas de la casa (por ejemplo efectuar reparaciones, cocinar, ordenar, cosas, decorar, limpieza...).					
3. Dificultad para cargar con paquetes o las bolsas de la compra.					
4. Problemas para caminar una distancia de unos 750 metros.					
5. Problemas para caminar unos 100 metros.					
6. Problemas para dar una vuelta alrededor de casa con tanta facilidad como le gustaría.					
7. Problemas para moverse en sitios públicos.					

8. Necesidad de que alguien le acompañara cuando salía a la calle.					
9. Sensación de miedo o preocupación por si se caía en público.					
10. Permanecer confiado en casa más tiempo del que usted desearía.					
11. Dificultades para su uso personal.					
12. Dificultades para vestirse solo.					
13. Problemas para abotonarse la ropa o atarse los cordones de los zapatos.					
14. Problemas para escribir con claridad.					
15. Dificultad para cortar los alimentos.					
16. Dificultades para sostener un vaso o una taza sin derramar el contenido.					
17. Sensación de depresión.					
18. Sensación de soledad y aislamiento.					
19. Sensación de estar lloroso o con ganas de llorar.					
20. Sensación de enfado o amargura.					
21. Sensación de ansiedad o nerviosismo.					
22. Preocupación acerca de su futuro.					
23. Tendencia a ocultar su enfermedad de Parkinson a la gente.					
24. Evitar situaciones que impliquen comer o beber en público.					

25. Sentimiento de vergüenza en público debido a tener la enfermedad de Parkinson.					
26. Sentimiento de preocupación por la reacción de otras personas hacia usted.					
27. Problemas en las relaciones personales con las personas íntimas.					
28. Falta de apoyo de su esposo/a o pareja de la manera que usted necesitaba (si usted no tiene esposo/a o pareja marque esta casilla por favor).					
29. No ha recibido apoyo de sus familiares o amigos íntimos de la manera que usted necesitaba.					
30. Quedarse inesperadamente dormido durante el día.		+			
31. Problemas para concentrarse; por ejemplo, cuando lee o ve la televisión.					
32. Sensación de que su memoria falla.					
33. Alucinaciones o pesadillas inquietantes.					
34. Dificultad al hablar.					
35. Incapacidad para comunicarse adecuadamente con la gente.					
36. Sensación de que la gente la ignora.					
37. Calambres musculares o espasmos dolorosos.					
38. Molestias o dolores en las articulaciones o en el cuerpo.					
39. Sensaciones desagradables de calor o frío.					

Figura 8. Cuestionario calidad de vida en el Parkinson (Casamitjana et al., 2007).



## ANEXO 2: Método Bedside

Para poder realizar esta evaluación, el paciente debe estar sentado y tener una monitorización continua de la saturación de oxígeno y con el paciente. A continuación, la prueba consiste en ir administrando bolos de 5, 10 y 20 ml, y cada uno de ellos con diferentes viscosidades, comenzando por el néctar (de menos cantidad a más), pasando a continuación a la viscosidad líquida, que en este caso será agua; y por último al puding. En cada ocasión se registra si se producen signos de alteración de la seguridad (tos, descenso de la saturación basal de oxígeno mayor de un 5% y cambio del tono de voz) y/o de la eficacia (sello labial insuficiente, residuos orales o faríngeos y deglución fraccionada). Tanto las observaciones como los resultados se anotan en una hoja de registro, y finalmente se establece la textura y el volumen recomendado para que ingiera el paciente (Tobar et al. 2016).

<b>Observaciones:</b>			
<b>Evaluación final:</b>			
<b>Recomendación dietética:</b>			
<b>Ingesta de fluidos recomendada:</b>			
<b>Viscosidad</b>		<b>Volumen</b>	
Líquido	<input type="text"/>	Bajo	<input type="text"/>
Néctar	<input type="text"/>	Medio	<input type="text"/>
Pudding	<input type="text"/>	Alto	<input type="text"/>

Figura 8. Hoja de registro para la evaluación volumen-viscosidad (Autoría propia).

### ANEXO 3. Ejercicios para trabajar la respiración

Tabla 12

#### *Ejercicios para trabajar la respiración*

---

<b>EJERCICIOS PARA LA RESPIRACIÓN</b>	
<b>Objetivo</b>	<b>Actividades</b>
<b>Conseguir una buena respiración y aumentar la capacidad pulmonar</b>	<p>Para que el paciente sea consciente de la respiración que debe tener, lo tumbaremos en una camilla y le pediremos que se colo que una mano en el abdomen y la otra en el pecho. Si queremos hacerlo más visual, podemos colocarle un libro debajo de cada mano. Una vez en esta posición, le pediremos que inspire suavemente, mantenga el aire y espire, observando como la cavidad torácica se eleva y la pared abdominal se hincha.</p>
	<p>Una vez que el paciente vaya tomando conciencia, lo colocamos en todas las posiciones: sentado, de pie, caminando, hablando... para que se vaya acostumbrando a que siempre tiene que tener esa respiración. En caso de no realizar correctamente la respiración, podemos ayudarlo colocándole las manos sobre el abdomen, y pedirle que respire de tal manera que sus manos se mueva hacia los lados, como si el estómago fuera un globo.</p> <p>También podemos pedirle que inspire profundamente, y cuando vaya a espirar acompañe la salida del aire con el sonido /s/.</p>
	<p>Una vez que realice la respiración correctamente, trabajaremos la capacidad pulmonar. Para ello le pediremos al paciente que inspire aire durante 2 segundos, mantenga una pausa de 2s, y que espire durante otros 2 segundos. Estos periodos de tiempo irán aumentando sucesivamente. Por otro lado, trabajaremos con el espirómetro marcando objetivos simples y los iremos aumentando a medida que se vayan consiguiendo.</p>

---

La tabla 12 muestra algunos ejemplos de ejercicios para trabajar la respiración y aumentar la capacidad pulmonar (Autoría propia).

## ANEXO 4: Ejercicios para trabajar el soplo

Tabla 13

### *Ejercicios para trabajar el soplo de aire*

<b>Ejercicios para trabajar el soplo</b>	
Control del soplo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Le pediremos al paciente que haga espiraciones suaves con la /s/ y que vaya aumentando la intensidad o disminuyéndola, para notar los cambios de la presión del aire en el abdomen.</li><li>- Le pediremos lo mismo pero con el sonido /c~/ (ch). Esto ayudará a fortalecer el diafragma.</li><li>- Con un vaso tanto de cristal como de plástico, lo llenaremos hasta la mitad con agua. A continuación le daremos una pajita y le pediremos que sopla a través de ella para conseguir hacer burbujas en el vaso, empezará con burbujas muy suaves e iremos aumentando la intensidad.</li><li>- Utilizando una vela encendida, se la colocaremos delante de la boca y deberá soplar para apagarla. A medida que lo vaya consiguiendo, iremos colocando la vela en diferentes posiciones y el paciente, sin mover la cabeza, deberá dirigir el aire hacia donde esté la vela.</li></ul>
Fuerza del soplo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Con la misma vela de antes, haremos lo mismo pero ahora la diferencia está en que iremos aumentando la distancia de la vela con la boca, para que deba soplar más fuerte si quiere apagarla.</li><li>- Le daremos al paciente un globo y deberá inflarlo haciendo fuerza con el abdomen, sin coger mucha toma de aire. También sirve usar una matasuegra.</li><li>- Colocar una bola de papel en un extremo de la mesa, y el paciente con una pajita deberá ir soplando la bola hasta que la introduzca dentro de algún recipiente. Seguidamente le retiraremos la pajita para que aumente la dificultad.</li></ul>

La tabla 13 muestra diferentes ejercicios para trabajar el control y la fuerza del soplo (Autoría propia).

## ANEXO 5: Ejercicios para trabajar la coordinación fono-respiratoria.

Tabla 14

### *Ejercicios para trabajar la coordinación fono-respiratoria.*

---

<b>Ejercicios para la coordinación fono-respiratoria</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Comenzaremos trabajando la vocalización de los días de la semana pero sin voz y teniendo mucho cuidado de no soltar el aire mientras lo hacemos. El siguiente paso será hacer lo mismo pero con voz y sin gastar todo el aire que inspiremos.</li></ul>
<p>Para trabajar el control de la intensidad vocal, realizaremos los siguientes ejercicios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Le pediremos al paciente que inspire por la nariz, y cuando vaya a expulsar el aire deberá contar los números del 1 al 5. En caso de que lo haga correctamente, aumentaremos el intervalo de números (por ejemplo, del 1 al 10).</li><li>- Haremos lo mismo pero en esta ocasión el paciente deberá decir los días de la semana de una sola toma de aire. Lo mismo con los meses del año.</li><li>- También le podemos pedir que diga los días de la semana pero de dos intensidades diferentes, suaves cuando los días estén escritos en minúscula; y fuerte cuando estén en mayúscula.</li><li>- Por último le pediremos que las terminaciones de las palabras las haga de manera más (por ejemplo: LuuunNNEEESSSS). Haremos igual con frases, como si fueran interrogaciones.</li></ul>

---

La tabla 14 muestra un conjunto de ejercicios para trabajar la coordinación fono-respiratoria (Autoría propia).

## ANEXO 6.

Tabla 15

### *Ejercicios de movilidad de los órganos del habla y de la deglución*

<b>Praxias articulatorias</b>	
Las praxias articulatorias son ejercicios que se dirigen a fortalecer y agilizar los órganos articulatorios (lengua, labios y mandíbula). Por lo general, ofrecen un mayor control, precisión velocidad y extensión de la musculatura.	
<b>Praxias linguales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sacar y esconder la lengua con la boca abierta.</li><li>- Mover la lengua de arriba abajo por fuera de la boca; y de un lado al otro tocando las comisuras de los labios.</li><li>- Lamer con la punta de la lengua el labio superior e inferior en movimientos circulares.</li><li>- Con la boca abierta, dejar la lengua ancha y relajada; luego estrecha y tensa.</li><li>- Acariciar el cielo de la boca de adelante hacia atrás; y viceversa.</li><li>- Empujar con la lengua la mejilla derecha y luego la izquierda.</li><li>- Con un depresor (o una cuchara en caso de ausencia de depresores) hacemos presión sobre la lengua. Para ello lo colocamos al contrario de donde el paciente ejerce la fuerza: por ejemplo, si hace fuerza hacia abajo, se lo colocaremos debajo de la lengua y le haremos presión hacia arriba; si hace fuerza hacia la derecha, con el depresor debemos hacerle fuerza hacia la izquierda.</li></ul>
<b>Praxias labiales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ejercitar la parte media de la lengua: para ello utilizaremos fonemas palatales, es decir palabras con /ñ/ y /ch/.</li><li>- También imitaremos bostezos exageradamente, gárgaras, sonidos de chasquido...</li><li>- Colocar los labios como si se fuera a dar un beso; y a continuación como si estuviéramos sonriendo con los labios juntos. Ir alternando.</li><li>- Colocar los labios en la misma posición de beso y moverlos hacia la derecha e izquierda.</li><li>- Lanzar besos al aire.</li><li>- Esconder los labios y sacarlos.</li><li>- Hacer vibrar los labios.</li><li>- Sujetar un botón con los labios, y el logopeda deberá tirar de él a través de un hilo para que haga fuerza y lo sostenga.</li><li>- Sostener un lápiz.</li><li>- Decir palabras con los fonemas /m, b, p/.</li></ul>
<b>Praxias de mejillas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Inflar las mejillas con aire, mantenerlo unos segundos y soltar suavemente.</li><li>- Absorber las mejillas e imitar a un pez.</li><li>- Inflar una y otra mejilla alternativamente .</li></ul>

La tabla 15 muestra diferentes ejemplos de praxias articulatorias (Autoría propia).

Tabla 16

*Ejercicios para fortalecer los órganos bucofonatorios*

---

<b>Ejercicios para fortalecer el suelo de la boca</b>
Succión deglución con la boca cerrada.
Succionar cinco veces por una pajita tapando un lado de la misma con el dedo; contamos 5 segundos y soltamos; volvemos a hacerlo.
Tragar con fuerza: para ello nos agarramos a la silla y cuando vayamos a tragar hacemos fuerza hacia arriba o hacia abajo (como más fácil les sea).

---

<b>Ejercicios para fortalecer el velo del paladar</b>
Soplar y aspirar el émbolo de una jeringuilla de 10ml; hacer lo mismo con una de 20 ml.
Realizar 5 series de palabras con el sonido /k/ produciéndolo 5 veces en cada serie, y haciendo fuerza cada vez que se pronuncian. Para ello podemos hacer fuerza contra una pared o hacer fuerza cogiendo el sillín de la silla.
Palabras con los sonidos /j/ y /g/.

---

<b>Ejercicios para elevar y cerrar la laringe</b>
Realizar series pronunciando diferentes escalas del sonido /i/. Para ello comenzamos con sonidos de corta duración y los vamos aumentando. Realizarlo 5 veces con un descanso de 20 segundos entre ellas.
Realizar el sonido de la sirena (sonido /i/ subiendo y bajando) durante 4 segundos y mantener el sonido /i/ durante 5 segundos.
Técnica “pushing” la cual consiste en hacer ejercicios realizando fuerza. Para ello podemos estirar, levantar o empujar objetos que ofrezcan resistencia y a la vez decimos sonidos oclusivos sonoros como “PA, PE, PI; TA, TE, TI”...

---

La tabla 16 muestra ejercicios para fortalecer el suelo de la boca, el paladar y para elevar y cerrar la laringe (Autoría propia).

## ANEXO 7. Recomendaciones para el paciente y ejemplos de ayudas técnicas.

Tabla 17

### *Resumen de las recomendaciones para los pacientes*

<b>Recomendaciones</b>
✓ Se recomienda realizar las comidas del día en un ambiente tranquilo y sin distracciones.
✓ Estar acompañado durante todo momento mientras come.
✓ Evitar hablar durante las comidas.
✓ Realizar comidas frecuentes, energéticas, variadas y poco abundantes (se recomienda seguir la pirámide alimenticia recomendada para personas adultas).
✓ Una vez finalice la comida, permanecer incorporado 15-20 minutos.
✓ Comprobar que no existen restos de comida en la boca.
✓ Beber abundante agua al día (en caso de dificultad añadirle espesantes).
✓ Mantener una buena higiene oral.
✓ En caso de broncoaspiración, tener en cuenta algunas medidas de seguridad en caso de atragantamiento o aspiración como puede ser “La posición lateral de seguridad (PLS)” o “La maniobra de Heimlich”.
✓ Tener en cuenta que algunos alimentos pueden causar atragantamiento, como alimentos fibrosos (espárragos, alcachofas, piña); alimentos pegajosos (caramelos, bollería); alimentos secos y duros (frutos secos, tostadas); alimentos con mucho líquido (sandía, naranja) y alimentos con dobles texturas (caldos y pasta; leche con cereales)
✓ En caso necesario, se puede realizar una dieta triturada (conocida como “túrmix”) en la cual se adaptan todos los alimentos sólidos y se les da una consistencia más o menos fina, en función de las necesidades y del avance del paciente.

La tabla 17 muestra algunas recomendaciones que se les da a los pacientes para llevar a cabo una alimentación segura (Autoría propia).

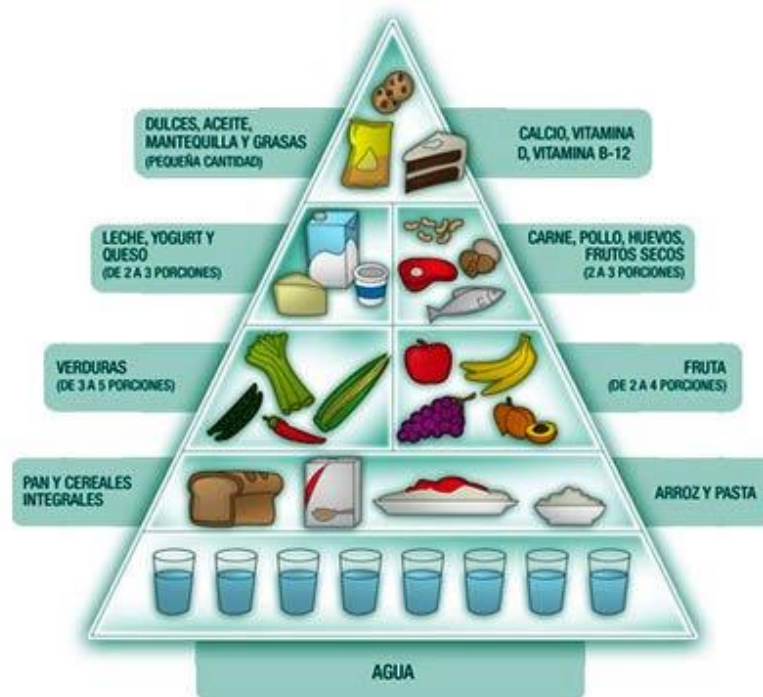
### Ayudas técnicas



*Figura 9.* Ejemplo de ayudas técnicas en la alimentación y el Parkinson (Imágenes extraídas de Google).



**ANEXO 8.** Pirámide alimenticia y alimentos de riesgo.



*Figura 10.* Pirámide alimenticia recomendada para una alimentación equilibrada y saludable (Imagen extraída de Google).

<i>Alimentos de riesgo para los pacientes de Disfagia</i>
- Alimentos que se hacen líquidos a temperatura ambiente: gelatinas y helados.
- Preparaciones de consistencia mixta: sopa de fideos, macedonia de frutas, cereales con leche.
- Alimentos fibrosos: lechuga, apio, piña, palmitos, alcachofa.
- Alimentos con forma esférica: guisantes, millo, lentejas, garbanzos, judías, arroz.
- Alimentos que hacen migas: pan tostado, galletitas, tortas, alfajores.

*Figura 11.* Alimentos de riesgo en la disfagia (Laurenti, 2007).

## ANEXO 9. Maniobras de seguridad


<b>Posición lateral de seguridad (PLS)</b>	
<p>Esta maniobra permite asegurar la permeabilidad de la vía aérea y evitar el riesgo de aspiración. Se realiza de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Con la persona boca arriba, lo primero que tenemos que hacer es acercarnos de rodillas y aseguramos de que las piernas están alineadas y por lo tanto rectas.</li><li>2- A continuación, colocamos el brazo más cercano a nosotros formando un ángulo recto con su palma de la mano en la mejilla.</li><li>3- Con la otra mano, le cogemos la rodilla más lejana a nosotros y se la doblamos por la rodilla, de manera que el pie siga en contacto con el suelo.</li><li>4- Por último, tiraremos de su codo y de su rodilla hasta conseguir que la persona gire hacia su costado y se quede acostado.</li><li>5- Nos aseguraremos de que la pierna está en contacto con el suelo y que sus caderas están rectas para que no se pueda ir hacia atrás.</li></ol>	

Figura 12. Posición lateral de seguridad (Autoría propia).



<b>Maniobra de Heimlich</b>	
<p>Esta técnica se utiliza en el hipotético caso en el que la vía aérea se encuentre obstruida por un cuerpo extraño. Esta se puede realizar en un paciente que se encuentre tanto sentado como de pie, y para ello tenemos que seguir los siguientes pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1- Colocamos de pie detrás de la persona.</li><li>2- Cerrar el puño de la mano.</li><li>3- Colocar nuestro dedo pulgar contra el abdomen de la víctima, justo por encima del ombligo y en la línea media pero sin sobrepasar el extremo de los apéndices xifoides.</li><li>4- Sujetar nuestro puño con la otra mano y comprimir el abdomen con un rápido movimiento ascendente.</li><li>5- Repetir el movimiento hasta que se expulse el objeto.</li></ol>	
<p>En casos menos graves, se pueden utilizar los golpes interscapulares.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Para ello colocamos la mano el paciente en el pecho y lo inclinamos hacia adelante para aprovechar la gravedad.</li><li>2. Con la mano abierta le golpeamos hasta 5 veces entre las escápulas de forma enérgica y con dirección hacia la nuca.</li></ol>	

Figura 13. Maniobra de Heimlich (Autoría propia).