

# ICTUS

---

**CAUSAS, TRATAMIENTOS Y  
REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA**

---



# ICTUS

---

**CAUSAS, TRATAMIENTOS Y  
REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA**

---



**IS**  
**ICTUS-SEVILLA**  
ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS



### **DIRECCIÓN**

**Reyes Valdés Pacheco**

### **EQUIPO DE REDACCIÓN**

**Dr. Miguel Ángel Gamero García**

**Dr. Francisco Moniche Álvarez**

**Carmen Fátima Ruíz Rodríguez**

**Reyes Valdés Pacheco**

### **DIBUJOS**

**Cristina Sánchez Palacios**

**Paula Pino Maraver**

### **EDITA**

#### **ICTUS-SEVILLA**

**Avda. de Altamira, 29, Bl. 11- Acc. A 41020 Sevilla**

[www.ictussevilla.org](http://www.ictussevilla.org)

[ictussevilla@hotmail.com](mailto:ictussevilla@hotmail.com)

**Telf.: 954 251 510**

**DEPÓSITO LEGAL: SE 1967-2023**

**ISBN: 978-84-09-55014-2**

**ISNI: 000 0004 8359 5010**

# ÍNDICE

	<b>PRÓLOGO</b>	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>¿QUÉ ES EL ICTUS?</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>FACTORES DE RIESGO</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>SÍNTOMAS</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>¿CON QUÉ PRUEBAS SE DETECTA?</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>TIPOS DE ICTUS</b>	<b>14</b>
<b>6</b>	<b>TRATAMIENTOS</b>	<b>15</b>
<b>7</b>	<b>LOGOPEDIA</b>	<b>19</b>
	7.1 ¿QUÉ ES LA LOGOPEDIA?	19
	7.2 ¿QUIÉN ES EL LOGOPEDA?	19
	7.3 ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL LOGOPEDA?	19
	7.4 ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?	19
	7.5 ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA COMUNICACIÓN?	20
	7.6 ¿QUÉ ALTERACIONES O TRASTORNOS SE TRABAJAN EN LOGOPEDIA?	20
<b>8</b>	<b>REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA TRAS UN ICTUS</b>	<b>22</b>
	8.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES	23
	8.2 AFASIA	25
	8.3 DISFAGIA	30
<b>9</b>	<b>EL PAPEL DE LOS CUIDADORES Y FAMILIARES ANTE LOS PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN TRAS UN ICTUS</b>	<b>54</b>
<b>10</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>56</b>
<b>11</b>	<b>PUBLICACIONES</b>	<b>57</b>

# PRÓLOGO

**DR. MIGUEL ÁNGEL GAMERO GARCÍA**

Neurólogo Unidad de Neurología Vasculare

Hospital Virgen Macarena. Sevilla

Afortunadamente ya se ha dejado de considerar al Ictus como una enfermedad frente a la que el médico tenía una actitud nihilista, con escasas perspectivas por tanto de beneficio tras su instauración. No obstante, aún se ha de avanzar bastante en estrategias de prevención, así como mejorar la asistencia sanitaria urgente a estos pacientes.

Un Ictus se produce por la obstrucción o rotura de un vaso sanguíneo en el cerebro, condicionando un daño que puede llevar a secuelas discapacitantes e incluso la muerte. El 80% son debidos a la interrupción del flujo vascular (Ictus isquémico), mientras que el 20% restante se debe a la rotura de un vaso (Ictus hemorrágico).

Cuando se produce es fundamental acudir lo antes posible a un centro hospitalario para ser valorados por un neurólogo y poder beneficiarse precozmente del tratamiento. En algunos casos la clínica desaparece por completo tras minutos u horas, siendo también preciso ser valorados para hacer un estudio dirigido a buscar su causa, e iniciar un tratamiento para reducir la posibilidad de eventos futuros.

No reconocer los síntomas a tiempo retrasa el diagnóstico aumentando entonces las consecuencias negativas para el paciente. Afortunadamente la patología es cada vez mejor conocida por la población.

El Ictus puede presentarse como una repentina pérdida de fuerza o alteración de la sensibilidad en la mitad del cuerpo, dificultad para hablar o para comprender, pérdida de visión en un ojo o de la mitad del campo visual o visión doble, desorientación o inestabilidad.

Se trata de un problema sociosanitario de primera magnitud, ya que es una patología de alta prevalencia y que genera gran parte de la morbi-mortalidad en la población. Conlleva una importante carga personal y familiar. Es la tercera causa de muerte en nuestro país, la segunda en mujeres y la cuarta en hombres.

Es de esperar además un aumento de prevalencia en los próximos años debido al progresivo envejecimiento de la población. Es preciso saber sin embargo que, si bien es más prevalente en personas mayores, como ya hemos expuesto anteriormente, también puede suceder en gente joven.

La instauración brusca del episodio supone para el paciente encontrarse con un repentino e inesperado deterioro físico, y a veces también cognitivo, que en función de su intensidad puede suponer la necesidad de realizar cambios en el modo de vida o de pasar de ser una persona activa a una persona dependiente, con la consiguiente repercusión secundaria en su situación anímica. Además, si precisa de cuidados posteriores, acaba repercutiendo sobre su entorno familiar, que ha de adecuarse y buscar medios para enfrentarse a esta nueva situación.

Un aspecto fundamental para combatirlo es la prevención. Para disminuir la probabilidad de presentar un Ictus es preciso corregir los factores de riesgo, fundamentalmente mediante el tratamiento adecuado de la hipertensión, el aumento del colesterol en sangre, la diabetes, la enfermedad de arterias que irrigan el cerebro, las enfermedades del corazón, o el recuento alto de glóbulos rojos. Deberán evitarse también llevar una vida sedentaria, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y la obesidad.

El otro punto clave radica en la mejora de la asistencia sanitaria urgente. La dotación hospitalaria de Unidades de Ictus, en las que participa un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios coordinados por un neurólogo experto en patología cerebrovascular ha demostrado reducir la mortalidad y la dependencia funcional de los pacientes.

Por tanto, es necesaria una evaluación precoz y especializada para todos los pacientes y debe ser una demanda social que se llegue a cubrir de forma equitativa a toda la población. Sin embargo, hoy por hoy la implantación de Unidades de Ictus en España es aún insuficiente y desigual, observándose un claro déficit en algunas comunidades como es el caso de Andalucía.

En los últimos años se han desarrollado estrategias terapéuticas de contrastada eficacia como la fibrinólisis intravenosa o la trombectomía, que pueden conseguir restablecer la circulación interrumpida. La implantación de estas técnicas, gracias al desarrollo del intervencionismo neurovascular, va a permitir ampliar el número de pacientes que se puedan beneficiar de estos tratamientos.

# 1. ¿QUÉ ES EL ICTUS?

La palabra ICTUS procede del latín y significa “golpe”, “ataque”.

El Ictus es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. También se le conoce como Accidente Cerebro Vascular (AVC), embolia o trombosis. Se produce por la disminución u obstrucción del flujo sanguíneo. La sangre no llega al cerebro en la cantidad necesaria y, como consecuencia, las células nerviosas no reciben oxígeno y dejan de funcionar.

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen, en la actualidad, uno de los problemas de salud pública más importantes. Son la primera causa de invalidez permanente entre las personas adultas.

Una de cada seis personas sufrirá un Ictus a lo largo de su vida.

La prevalencia de las enfermedades cerebrovasculares en España se encuentra en 15,1 casos por cada 1.000 habitantes, siendo mayor en hombres que en mujeres (15,9 frente a 14,3).

El Ictus es la tercera causa de muerte en nuestro país, la segunda en mujeres y la cuarta en hombres.

Aunque suele afectar más a personas mayores, también puede darse en jóvenes.

La presentación del Ictus está evolucionando en los últimos 20 años hacia una mayor incidencia en jóvenes, detectándose un aumento de un 25% en el número de casos diagnosticados en personas menores de 65 años.

## 2. FACTORES DE RIESGO

Podemos decir que el riesgo de padecer un Ictus depende de diversos factores, unos intrínsecos y otros extrínsecos.

Entre los factores intrínsecos o no modificables incluimos principalmente, la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares. Evidentemente, sobre estos factores de riesgo no podemos actuar:

- **Edad:** el riesgo aumenta con la edad. A partir de los 55 años se aumenta más del doble en cada década de la vida.
- **Sexo:** es más frecuente en hombres que en mujeres.
- **Raza:** los afroamericanos tienen un riesgo mayor que los caucásicos, debido, parece ser, a que tienen mayor predisposición a la hipertensión arterial.
- **Herencia genética:** el riesgo es mayor en las personas con antecedentes familiares.

Pero existen otros muchos factores sobre los que sí podemos intervenir, son los que llamamos factores extrínsecos o modificables, entre ellos están:

- **Presión arterial alta o hipertensión arterial:** es el factor más importante y a menudo pasa inadvertida. El objetivo es conseguir cifras de tensión de hasta 140/80. El riesgo se duplica por cada 7.5mmHg de incremento en la presión sistólica.
- **Diabetes:** cuando la glucosa en sangre es alta, favorece el daño de los vasos sanguíneos de todo el cuerpo, incluido el cerebro.
- **Obesidad:** si se tiene un peso por encima del recomendado el riesgo aumenta. La obesidad suele llevar asociada problemas como el colesterol o el sedentarismo y también enfermedad coronaria.
- **Niveles de colesterol altos en sangre:** los niveles elevados de grasas en sangre favorecen su acúmulo en las arterias (ateromatosis) y el riesgo de enfermedades vasculares. La aterosclerosis es la causa principal de estrechamiento de los vasos sanguíneos, llevando al ataque cardíaco y al ataque cerebral.

- **Fibrilación auricular:** se trata de una arritmia cardiaca que es causa de un porcentaje elevado de Ictus isquémicos, por embolismos de trombos que se originan en el corazón. Se asocia con edades avanzadas e hipertensión arterial, siendo el tratamiento los fármacos anticoagulantes.

- **Uso de anticonceptivos orales:** el uso de bajas dosis de estrógenos (<50mg), parece inducir un mínimo riesgo de Ictus cuando se prescriben a mujeres sin factores de riesgo vascular; se incrementa de forma significativa, en mujeres hipertensas, fumadoras o con diabetes. De igual forma, el uso prolongado de los mismos (>de 6 años), puede asociarse a un mayor riesgo, sobre todo en mujeres mayores de 36 años.

- **Hábito de fumar:** el riesgo aumenta tanto en la exposición activa (fumador) como pasiva (fumador pasivo). El tabaco aumenta los niveles plasmáticos de fibrinógeno y otros factores de la coagulación, aumenta la agregabilidad plaquetar y el hematocrito, disminuye los niveles de HDL-colesterol, aumenta la presión arterial y lesiona el endotelio, contribuyendo a la progresión de la aterosclerosis.

- **Uso de drogas:** el uso de drogas intravenosas, cocaína, anfetaminas o marihuana aumentan el riesgo.

- **Inactividad física:** cada vez es más frecuente en nuestro entorno, debido a la vida sedentaria que llevamos. La práctica de una actividad física regular disminuye la presión arterial y el colesterol y, por tanto, disminuye el riesgo.

Hay que destacar que como hemos dicho anteriormente, la presentación del Ictus está evolucionando en los últimos años hacia una mayor incidencia en jóvenes, si bien el Ictus en estos grupos de edad tiene mayor variabilidad que en personas mayores, las causas probablemente más implicadas con el aumento de la incidencia de Ictus en personas jóvenes y de mediana edad son los hábitos de vida poco saludables que afectan a la calidad de vida del paciente.

Es preciso estar pendiente a este diagnóstico ya que se suele pensar que el Ictus no afecta a personas jóvenes y por ello puede ser más difícil reconocer los síntomas de presentación no solo por parte del paciente sino también por parte de su entorno familiar e incluso el personal sanitario, y esto tiene como consecuencia que puede llevar a un retraso del diagnóstico.

Los principales cambios en los hábitos de vida a tener en cuenta para su prevención son:



Evitar sedentarismo y sobrepeso: **practicar ejercicio de forma moderada.**



Evitar dietas inapropiadas: **intentar llevar una dieta sana y equilibrada.**



**Controles periódicos** de peso, tensión arterial, glucemia y nivel de colesterol.



**Evitar tabaco, alcohol y consumo de drogas** (sobre todo cocaína y psicoestimulantes derivados de las anfetaminas).

### 3. SÍNTOMAS

Los síntomas de un Ictus pueden variar considerablemente en función de la región del cerebro que se haya dañado, dando lugar a la alteración de unas u otras funciones.

Los principales signos de alarma son los siguientes:

- Trastorno de la sensibilidad (acorchamiento o adormecimiento) en cara, brazo o pierna en un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- Pérdida de fuerza brusca en cara (boca torcida), brazo o pierna en un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- Dificultad para hablar o para entender lo que se está diciendo, es decir trastorno del lenguaje de aparición brusca.
- Trastornos de la visión, de forma súbita (pérdida de visión en uno o ambos ojos o visión doble).
- Sensación de mareo, vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas inexplicadas.
- Dolor de cabeza de aparición brusca e intensidad elevada, que puede acompañarse de náuseas y vómitos, incluso pérdida de la consciencia o coma en los Ictus más graves.
- Desorientación o confusión.

En caso de presentar algunos de los síntomas, acudir rápidamente a un centro hospitalario.

## 4. ¿CON QUÉ PRUEBA SE DETECTA?

Lo principal es la valoración por el médico (fundamentalmente el especialista en el Ictus que es el neurólogo). Una vez que el médico tiene una sospecha firme de que la persona tiene un Ictus, se deben realizar varias pruebas: análisis de sangre, electrocardiograma, y otras en función de los síntomas.

**La prueba fundamental en urgencias es un TAC o escáner cerebral** que permite ver el cerebro y decirnos cuál de los dos tipos de Ictus es (isquémico o hemorrágico) y decidir el tratamiento.

El “isquémico” es una obstrucción de un vaso sanguíneo por un coágulo, y en las primeras horas del Ictus puede no verse todavía en el TAC. El “hemorrágico” es una ruptura de un vaso con un sangrado dentro del cerebro y siempre se ve en el TAC desde el principio. Pero el TAC además es útil para descartar que los síntomas no sean por otra enfermedad que en ocasiones puede dar síntomas parecidos (tumores, infecciones, ...). Puede ser necesario realizar un TAC con contraste para estudiar los vasos cerebrales, el denominado “angioTAC”.

**Existen otras pruebas además de las de urgencias para estudiar mejor la causa del Ictus. Una de las pruebas básicas es la ecografía-doppler:** una ecografía del cuello y de la cabeza que estudia si hay algún vaso que tenga una estrechez o estenosis que requiera un tratamiento específico. Otras pruebas como la resonancia cerebral, estudios cardíacos, etc., se realizan en función del tipo de Ictus.

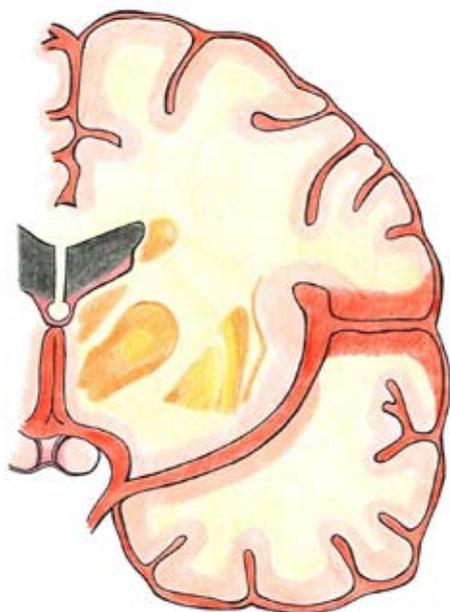


## 5. TIPOS DE ICTUS

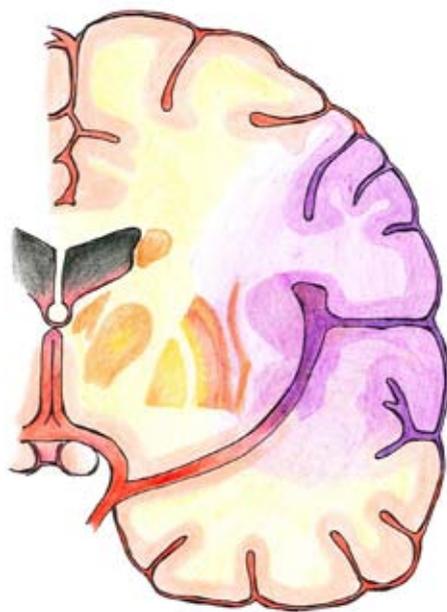
Los tipos de Ictus son:

- **Ictus isquémico:** obstrucción de un vaso sanguíneo del cerebro.
- **Ictus hemorrágico:** rotura de un vaso sanguíneo cerebral.
- **Accidente isquémico transitorio (AIT):** cuando la clínica se resuelve por completo, la mayoría en menos de una hora.

En personas mayores el Ictus isquémico es unas cuatro veces más frecuente que el hemorrágico; en personas jóvenes el porcentaje de hemorrágicos puede llegar hasta un 50%.



ACV Hemorrágico



ACV Isquémico

## 6. TRATAMIENTOS

El tratamiento es distinto si el Ictus es isquémico o hemorrágico.

En el Ictus isquémico, en la fase aguda lo fundamental es abrir el vaso obstruido, valorando si se cumplen criterios clínicos, analíticos y radiológicos para realizar una fibrinólisis o una trombectomía y en tal caso agilizar el inicio de dichos tratamientos.

En el Ictus hemorrágico, lo fundamental es tratar de evitar un resangrado (aumento de la hemorragia cerebral), controlando la hipertensión y revirtiendo el efecto de medicación anticoagulante en aquellos pacientes que estén anticoagulados.

A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos tiempos para concienciar a la población que el tiempo es fundamental en esta patología, menos de un 15% de los pacientes con un Ictus isquémico agudo reciben tratamiento con fibrinólisis intravenosa (tratamiento intravenoso para disolver el trombo), esto se debe con frecuencia al retraso en acudir al hospital desde el inicio de los síntomas. De hecho, para administrar el tratamiento fibrinolítico sólo se disponen por regla general de 4 horas y media desde el inicio de los síntomas.

Además de la fibrinólisis o en combinación con esta, se ha implantado en los hospitales de referencia la trombectomía como tratamiento del Ictus agudo, que supone el mayor avance en los últimos años para hacer frente a esta patología, consiguiendo disminuir de forma marcada las secuelas tras el Ictus. Consiste en realizar una arteriografía cerebral o cateterismo de urgencia para extraer el trombo del vaso que ha obstruido y habitualmente permite tratar pacientes de mayor tiempo de evolución que la fibrinólisis (hasta las 24 horas desde el inicio de síntomas en casos seleccionados).

En cualquier caso, es vital la rapidez en la valoración y administración de los tratamientos para evitar en lo posible las secuelas del Ictus.

En determinados casos puede ser necesario realizar un tratamiento quirúrgico, bien sea una craniectomía descompresiva o la colocación de un drenaje para evitar el desarrollo de una hidrocefalia obstructiva. Además, en caso de

hemorragia subaracnoidea la presencia de un aneurisma cerebral requerirá también su tratamiento mediante intervencionismo endovascular (embolización mediante cateterismo) o mediante cirugía.

En las primeras fases es fundamental el control de los factores que puedan empeorar el pronóstico (control en su caso del edema cerebral y la hipertensión, vigilar nivel de conciencia, así como posibles complicaciones asociadas como transformación hemorrágica, infecciones, crisis epilépticas, trombosis venosa de una pierna por la inmovilidad, etc.).

En caso de Ictus isquémico se deberá instaurar tratamiento antiagregante (como la aspirina) o anticoagulante, según el caso, así como hipolipemiente (para bajar el colesterol), antihipertensivo u otros en función de cada caso.

## **INFORMACIÓN SOBRE LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES**

La fibrilación auricular es un tipo de arritmia de gran prevalencia y cuya incidencia aumenta con la edad llegando a suceder en un 17% de personas mayores de 80 años.

Las personas que tienen fibrilación auricular presentan un aumento del riesgo de padecer un Ictus entre dos y siete veces. Además, los Ictus asociados a la fibrilación auricular son más graves, presentan una mayor mortalidad y discapacidad, y el riesgo de recurrencias es mayor.

En consecuencia, la prevención, tanto primaria como secundaria, del Ictus asociado a la fibrilación auricular mediante el tratamiento adecuado es imprescindible.

Hasta hace unos años los anticoagulantes orales disponibles eran dos, los conocidos como antagonistas de la vitamina K: Sintrom y Aldocumar.

Estos fármacos poseen importantes desventajas que limitan su uso en la práctica clínica:

- Requieren controles periódicos de los tiempos de coagulación porque tienen estrecha ventana terapéutica, de manera que si los niveles de fármaco en sangre son altos o bajos pueden dar lugar a hemorragia o a falta de protección frente al Ictus isquémico respectivamente.

- Respuesta impredecible.
- Numerosas interacciones con fármacos y alimentos.
- Comienzo y final de acción lentos: los nuevos anticoagulantes orales no sólo superan estas desventajas, sino que además han demostrado su eficacia frente a los clásicos en la prevención de Ictus y embolia sistémica en los pacientes con fibrilación auricular no valvular, y poseer un mejor perfil de seguridad, en particular con una importante disminución del riesgo de hemorragia intracraneal.

El temor a hemorragias graves ha hecho que los antagonistas de la vitamina K estén infrautilizados, como consecuencia de ello se estima que posiblemente más de la mitad de los pacientes que debían tomarlos no los han estado tomando.

Hoy en día están disponibles cuatro nuevos anticoagulantes: Pradaxa® (dabigatrán), Xarelto® (rivaroxabán), Eliquis® (apixabán), y Lixiana (edoxabán) que han mostrado una relación beneficio-riesgo más favorable que los antiguos en estos pacientes.

Es preciso sin embargo tener en cuenta que no están indicados actualmente por ejemplo en los pacientes que tienen una fibrilación auricular asociada a daño de válvulas cardíacas (como por ejemplo valvulopatías reumáticas).

Estos nuevos fármacos tienen ventajas y desventajas:

• **Ventajas:**

- No necesitan controles periódicos habituales.
- Siempre se toma la misma dosis: Xarelto y Lixiana una vez al día, Pradaxa y Eliquis cada 12 horas.
- No interaccionan con la alimentación.
- Poca interacción con otros medicamentos.
- Son bien tolerados, tienen pocos efectos secundarios.

• **Desventajas:**

- Carecemos de un antídoto específico (salvo para dabigatrán) en caso de precisar su reversión por un problema hemorrágico o por necesidad de cirugía (sin embargo, su vida media corta es un dato a favor).
- Contraindicados en insuficiencia renal grave e insuficiencia hepática.

- Precio más elevado: actualmente las administraciones son reacias a extender el uso de los nuevos anticoagulantes y ponen restricciones para prescribir estos nuevos fármacos, relegándolos a determinados casos de mal control o mala tolerancia con los anticoagulantes clásicos o bien otros condicionantes que han de ser descritos en una solicitud que posteriormente ha de pasar el paciente por el visado, mientras que para los anticoagulantes clásicos no es necesaria esta supervisión.

Sin embargo, los nuevos anticoagulantes orales han demostrado ser, al menos, tan eficaces como la warfarina en la prevención del ictus y embolia sistémica en los pacientes con fibrilación auricular no valvular, con un mejor perfil de seguridad, especialmente con un menor riesgo de hemorragias intracraneales. Estos resultados son consistentes tanto en prevención primaria (antes de haber tenido un Ictus por la fibrilación auricular) como secundaria (tras sufrir un Ictus).

Además, teniendo en cuenta las ventajas adicionales que tienen estos fármacos con respecto a los antagonistas de la vitamina K (administración en dosis fijas, no necesitan monitorización, escasas interacciones), los nuevos anticoagulantes orales suponen una alternativa eficaz y segura en la prevención de un primer Ictus, y deberían considerarse como de primera elección en la prevención de las recurrencias en pacientes con fibrilación auricular no valvular que ya han tenido un Ictus o un accidente isquémico transitorio.

En conclusión, para mejorar la supervivencia y el pronóstico funcional, es muy importante:

- Reconocer rápidamente los signos y síntomas del Ictus. Es fundamental acudir cuanto antes al centro hospitalario, para ser valorados por un neurólogo y así reducir el riesgo de padecer secuelas o perder la vida.
- Si quedan secuelas, será preciso poner en marcha un tratamiento rehabilitador, que deberá comenzarse lo antes posible, llevado a cabo por un equipo interdisciplinar compuesto, generalmente, por Neurólogo, Enfermera, Médico rehabilitador, Fisioterapeuta, Logopeda y Psicólogo.

# 7. LOGOPEDIA

## 7.1 ¿QUÉ ES LA LOGOPEDIA?

La Logopedia es “la disciplina que engloba el estudio, prevención, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la comunicación humana, manifestados a través de patologías y alteraciones en la voz, el habla, el lenguaje (oral, escrito y gestual), la audición y las funciones orofaciales”.

## 7.2 ¿QUIÉN ES EL LOGOPEDA?

El logopeda es el profesional responsable de la prevención, asesoramiento, evaluación y tratamiento de la comunicación humana y trabaja sobre todos los aspectos de esta que puedan manifestarse como trastornos.

## 7.3 ¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DEL LOGOPEDA?

- Informar, asesorar y entrenar a las personas que tienen un papel activo en el cuidado del paciente.
- Detectar tempranamente el problema.
- Examinar los trastornos. Intervenir en los trastornos que presente la persona afectada. Esta intervención debe realizarse lo más temprano posible para que la rehabilitación sea lo más eficaz.
- En caso necesario, proporcionar un sistema alternativo o aumentativo de comunicación adaptado a las necesidades individuales de la persona afectada.

## 7.4 ¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?

La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a **la acción y al resultado de comunicarse**. Es una acción social necesaria, ya que, si esta no existiese, nadie sería capaz de conocer a fondo el mundo que nos rodea y

mucho menos compartir las experiencias propias de cada ser humano con los demás. La ausencia de comunicación nos conduce al aislamiento.

La comunicación es un proceso complejo e implica diversos aspectos: el mensaje que queremos transmitir, su contenido y cómo lo hacemos, la comprensión de lo que los demás nos quieren transmitir, y la ejecución motora del habla por ambas partes.

Un Ictus puede afectar, en mayor o menor medida, a la comunicación y producir alteraciones de esta.

## 7.5 ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA COMUNICACIÓN?

La comunicación es esencial en la vida, hace que podamos expresar nuestras emociones y compartir experiencias. La ausencia de comunicación nos lleva al aislamiento.

Casi sin darnos cuenta, nos comunicamos de forma constante en todo lo que hacemos y sin tener necesidad de estar hablando, por ejemplo, podemos ver diarios, revistas, radio, televisión, etc.

## 7.6 ¿QUÉ ALTERACIONES O TRASTORNOS SE TRABAJAN EN LOGOPEDIA?

Las áreas de intervención logopédicas son:

**1. Alteraciones relacionadas con la comprensión o expresión del lenguaje,** tanto en su forma oral como escrita: dificultades en la adquisición y desarrollo de lenguaje, retraso simple del lenguaje, Trastorno Específico del Lenguaje, retraso lector, pérdida auditiva, Trastorno Generalizado del Desarrollo, dislexias, disortografía, afasias, alexias, agrafia, alteraciones del lenguaje secundaria a deterioro cognitivo, enfermedades neurodegenerativas o demencia, etc.

**2. Alteraciones del habla:** dislalia funcional y orgánica, taquilalia, bradilalia, taquifemia o tartamudez, disartria, anartria o apraxia, Parálisis Cerebral, etc.

**3. Alteraciones de la voz:** disfonía hipertónica o hipotónica, afonía, nódulos, pólipos, laringectomía, parálisis de cuerda vocal unilateral o bilateral, problemas de coordinación fono-respiratoria, etc.

**4. Alteraciones miofuncionales** que involucren al correcto funcionamiento de procesos como la respiración, la deglución o la masticación: disfagia, hipo-hipersensibilidad intraoral, deglución atípica, falta de fuerza en músculos deglutorios como la lengua, labios o laringe, ausencia o falta de reflejo deglutorio, ausencia o falta del reflejo tusígeno, falta de ascenso laríngeo, dificultad en la formación del bolo, etc.

Algunas de las alteraciones que trata el logopeda, derivadas de la presencia de dificultades en estos procesos, son entre otros: afasia, alexia, disartria, laringectomías, agrafía, etc.

## 8. REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA TRÁS UN ICTUS

La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a la acción y al resultado de comunicarse. Es una acción social necesaria, ya que, si esta no existiese, nadie sería capaz de conocer a fondo el mundo que nos rodea y mucho menos compartir las experiencias propias de cada ser humano con los demás. La ausencia de comunicación nos conduce al aislamiento.

La comunicación es un proceso complejo e implica diversos aspectos: el mensaje que queremos transmitir, su contenido y cómo lo hacemos, la comprensión de lo que los demás nos quieren transmitir, y la ejecución motora del habla por ambas partes.

La comunicación es esencial en la vida, hace que podamos expresar nuestras emociones y compartir experiencias. La ausencia de comunicación nos lleva al aislamiento.

Las alteraciones del habla y el lenguaje a menudo se ven en pacientes que han sufrido ictus en el hemisferio izquierdo. Pueden aparecer diferentes déficits en estas áreas.

En el cerebro se distinguen dos regiones principales del lenguaje expresivo y comprensivo: el área de Brocca y el área de Wernicke. Pero no se tienen que considerar como únicas responsables del lenguaje ya que es necesario un buen funcionamiento de otras áreas cerebrales.

Cuando se produce una lesión en el área de Brocca se observan más dificultades a nivel expresivo que comprensivo. En cambio, cuando se produce una lesión en el área de Wernicke la comprensión está muy afectada y, por lo tanto, presentan problemas en la comprensión de las diferentes estructuras gramaticales.

## 8.1 MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES

Las manifestaciones clínicas más comunes cuando se produce alguna lesión en estas áreas son:

- **Afasia** en sus diferentes afecciones: la persona afectada presenta diferentes alteraciones en la producción y/o capacidad de comprensión del lenguaje en función del área afectada.
- **Parafasias**: la sustitución de un sonido o grupo de sonidos por otros.
- **Anomia**: dificultad para recuperar palabras al hablar, sobre todo para evocar el nombre de los objetos. No tiene capacidad de recuperar el nombre del objeto ni con ayudas (decirle la primera sílaba de la palabra), simplemente la palabra no existe en su memoria.

Cuando se le pregunta el uso de ese objeto, sí es capaz de expresarlo correctamente, lo que nos indica que realmente sí reconoce el objeto, pero no puede llegar a evocarlo.

- **Disnomia**: dificultad para recordar algunas palabras, las personas afectadas intentan solventar el problema con circunlocuciones o rodeos. Normalmente con ayudas fonológicas son capaces de encontrar la palabra adecuada (se le dice la primera sílaba de la palabra).
- **Logorrea**: exceso en la producción de palabras, pero con errores en los elementos sonoros del lenguaje (cambios de fonemas, sílabas y palabras por otros).
- **Perseveraciones**: consiste en la repetición sin sentido y de manera incansable de una palabra o grupo de palabras.
- **Estereotipias verbales**: son sonidos, sílabas o conjunto de palabras que la persona emite repetidamente cuando intenta articular el lenguaje en cualquier situación comunicativa (ej.: la repetición de una sílaba: “co, co, co...”). Con frecuencia, la persona es consciente de que no está diciendo la palabra adecuada; la reproduce reiteradamente, lo cual le genera una gran frustración, ya que todo aquello que trata de expresar queda interferido por esta producción.

- **Síndrome de desintegración fonética:** los fonemas de los sonidos emitidos se ven alterados por una desorganización de la coordinación en los movimientos articulatorios, lo que ocasiona la supresión o la alteración de fonemas.
- **Agramatismo:** dificultad en la organización de los elementos de una frase a nivel gramatical y morfológico.
- **Neologismos:** transformación lingüística en la que se crean nuevas palabras para definir elementos o cosas (ej.: “caramé” por “agua”).
- **Jergafasia:** consiste en la expresión de palabras que no tienen ningún sentido haciendo imposible entender lo que la persona quiere decir.
- **Apraxia bucofonatoria:** la incapacidad para realizar movimientos o secuencias motoras de órganos bucofonatorios.
- **Circunloquios:** es la utilización de muchas palabras para expresar algo que hubiera podido ser dicho con una sola o con pocas (ej.: “se usa para sentarse” en lugar de “silla”). La persona afectada con frecuencia lo utiliza en las fases iniciales para ocultar las dificultades que presenta para evocar objetos (anomia).
- **Palabras ómnibus:** la persona afectada utiliza palabras “comodín” para disimular las dificultades a la hora de nombrar objetos (esto, eso, aquello, ...).
- **Agnosia:** incapacidad para reconocer cosas y personas a pesar de funcionar bien los órganos sensoriales.
- **Agrafía:** pérdida o deterioro de la capacidad para formular lenguaje escrito.
- **Alexia:** trastorno o incapacidad para comprender el significado del lenguaje escrito.

## 8.2 AFASIA

El trastorno comunicativo que con más frecuencia aparece es la Afasia por lo que vamos a detenernos un poco en él.

Las afasias constituyen trastornos adquiridos del lenguaje expresivo y/o receptivo debidos a lesión cerebral. Salvo excepciones, también se presentan con alteraciones de la lectura y escritura. Son trastornos muy frecuentes en personas que sufren un Ictus.

Existen distintos tipos de afasias, según el predominio de las alteraciones en una u otra área del lenguaje (expresión, comprensión, repetición y denominación) y los mecanismos lingüísticos conservados:

**1. Afasia global o total:** es la forma más grave como consecuencia de una destrucción masiva de las zonas del lenguaje. Presenta una afectación muy importante de la expresión y la comprensión verbal. La persona afectada presenta, en la mayoría de los casos, mutismo o emite siempre la misma palabra (estereotipia). La repetición es nula. Los pacientes con este tipo de afasia pueden presentar una actitud de desinterés hacia el entorno y sin intención comunicativa, llegando a mirar con extrañeza cuando se intenta interactuar con él. No pueden hablar y no pueden comprender nada, permaneciendo inexpresivos y ajenos a lo que ocurre a su alrededor.

Cuando la comprensión mejora, pero sin alcanzar los niveles propios de una afasia de Broca, se usa el calificativo de afasia motora mixta. En este caso, el paciente no puede expresarse o lo hace con esfuerzo, pudiendo llegar a recitar alguna serie temporal (días de la semana, meses del año, ...) o numérica básica, así como comprender palabras familiares y expresiones cotidianas como saludos.

**2. Afasia motora o de Broca:** se caracteriza por una expresión verbal no fluida y disminuida, con esfuerzo para hablar, frases reducidas, alteración de la prosodia y supresión de enlaces gramaticales (agramatismo). La capacidad de repetición está alterada, así como la evocación de nombres de objetos o figuras (anomia). La comprensión del lenguaje hablado es siempre mejor que la producción, pudiendo presentar algunas dificultades para comprender relaciones sintácticas más elaboradas. Por ejemplo, el paciente puede decir alguna palabra y comprende la mayoría de las cosas que se le dicen. La escritura y la lectura también suelen ser defectuosas, con numerosos errores en la ortografía y de omisión de letras.

**3. Afasia sensorial o de Wernicke:** predominan los trastornos de la comprensión, siendo la articulación y la fluencia normales en la mayoría de los casos. La expresión verbal suele estar aumentada, con cierto grado de excitación y un desconocimiento del defecto por parte del paciente. Aunque la producción oral se realiza sin esfuerzo, con buena articulación y prosodia, predominan los vocablos ininteligibles (transformaciones afásicas o parafasias) que conducen a una jerga difícil de entender y con un contenido vacío. En los casos en los que no se da una expresión excesiva (logorrea) se pone de relieve la falta de vocablos (anomia). También se encuentran afectadas la capacidad de repetición y la denominación. El trastorno de la comprensión es lo más significativo, aunque con una intensidad variable según la gravedad de la lesión. Por ejemplo, el paciente comprende muy mal lo que se le dice y, aunque puede expresarse, resulta difícil de entender por emplear palabras “raras” o inadecuadas, parecido a un idioma extranjero, por lo que resulta difícil mantener una conversación. La lectura y la escritura también están alteradas. Aunque existe capacidad para escribir, estos pacientes se expresan por escrito como hablan, por lo que la escritura suele ser difícil de entender.

**4. Afasia de conducción:** lenguaje expresivo fluente, con cierta anomia y parafasias, así como una capacidad de repetición alterada. Pueden presentar dificultades para comprender material más complejo. En este caso, los pacientes pueden hablar y comprender con relativa normalidad, pero con algunas pausas al hablar al no encontrar la palabra adecuada o sustituirla por otra que no corresponde, presentando mayores dificultades a la hora de repetir. La lectura también se encuentra muy afectada, mientras que los grafismos de escritura están preservados, aunque con numerosos errores durante el dictado y espontáneamente.

**5. Afasia anómica o nominal:** lenguaje expresivo fluente, con normal articulación y estructura, pero con una dificultad en la evocación de palabras (anomia). En la expresión verbal pueden aparecer circunloquios (describir una palabra que no se puede recordar) y palabras generales (emplean la misma palabra para comunicarse). También el déficit anómico puede aparecer sólo en el lenguaje espontáneo, siendo casi normal el nombrar una imagen. Por ejemplo, las personas afectadas tienen la sensación de saber lo que quieren decir o de “tener la palabra en la punta de la lengua”, pero no logran decirla, por lo que explican las características o utilidad del objeto que intentan nombrar. Aunque la comprensión está preservada, pueden presentar dificultades en tareas más elaboradas. En la lectura y escritura pueden aparecer algunos errores, siendo más patente la dificultad para encontrar la palabra adecuada al escribir.

**6. Afasia motora transcortical:** se caracteriza por un lenguaje expresivo espontáneo muy reducido (no fluente). La expresión se realiza con esfuerzo, siendo lenta y breve. La denominación de imágenes está alterada, mientras que la capacidad de repetición es mejor. La comprensión puede estar relativamente preservada. Estos pacientes hablan muy poco y con esfuerzo, pero repiten mucho mejor. También pueden presentar una expresión escrita reducida, mientras que la lectura oral y la comprensión lectora se encuentran preservadas, aunque pueden estar disociadas, es decir, no suelen comprender lo que leen. Si el cuadro mejora puede llegar a evolucionar a una afasia anómica.

**7. Afasia sensorial transcortical:** se caracteriza por una disociación entre una buena capacidad de repetición y un defecto en la comprensión de palabras que el paciente puede repetir, es decir, los pacientes no comprenden lo que repiten. La expresión verbal es fluente, en forma de jerga y con predominio de la ecolalia (repetición de las palabras oídas). La comprensión oral suele estar muy afectada. Estos pacientes pueden repetir muy bien, pero no son capaces de entender lo que repiten. La capacidad lectora puede afectarse en diferentes grados y la comprensión escrita suele estar gravemente alterada. La expresión escrita también aparece en forma de jerga difícil de entender, es decir, los pacientes escriben como hablan.

**8. Afasia transcortical mixta:** preservación de la repetición y una grave afectación de la expresión y la comprensión. La expresión verbal se reduce a ecolalias y no existe capacidad para denominar imágenes. En este caso, los pacientes no pueden expresarse bien ni comprender, pero pueden repetir, recitar, completar palabras y frases... Tanto la lectura como la escritura y la comprensión lectora se encuentran muy afectadas.

Estos tipos de afasias son los más frecuentes y pueden evolucionar pasando de un cuadro a otro de menor gravedad en función de la mejoría conseguida.

Las consecuencias que produce la afasia son de la más importantes causadas por un Ictus, ya que provocan limitaciones importantes en todos los ámbitos de la persona afectada (personal, social, familiar y económico). Por lo tanto, la adaptación a una pérdida brusca de las capacidades lingüísticas implica numerosos ajustes emocionales y cognitivos, ya que a través del lenguaje las personas canalizan su pensamiento y se comunican con el entorno.

La rehabilitación de una persona afásica tiene como objetivo aumentar las capacidades lingüísticas del paciente y ayudarle a afrontar su nueva situación. No obstante, hay que tener en cuenta la multitud de factores que pueden influir en esta, los propios de la lesión (tipo, localización, etiología, tamaño...), los inherentes a la persona afectada (edad, dominancia manual, sexo...), factores que pueden potenciar el tratamiento como el nivel intelectual y educativo previo, el nivel de lenguaje, la salud general y la motivación hacia la recuperación, etc. Así como otros factores asociados al Ictus como la presencia de déficits cognitivos, sensoriales y motores, y alteraciones emocionales.

El inicio del tratamiento es importante, cuanto antes se inicie mayor será la recuperación, sobre todo durante el primer mes después del Ictus y en el transcurso de los seis meses siguientes. Posteriormente, la evolución decrece, aunque no cesa.

## CONSEJOS PARA COMUNICARSE CON UNA PERSONA CON AFASIA

- Hablar a la persona con afasia como a una persona adulta, no como a un niño.
- Siempre que sea posible evitar cualquier tipo de ruido de fondo, como la televisión, la radio u otras personas hablando a la vez.
- Antes de intentar comunicarse asegurarnos de que está prestando la atención.
- Ser paciente y dar tiempo a la persona para hablar y responder.
- Aceptar y apoyar todos los esfuerzos de comunicación del paciente (hablados, escritos, por dibujos o gestos). No exigir que se comunique a través del habla necesariamente. Evitar señalar todos los errores y no corregir constantemente.
- No intentar que pronuncie todas las palabras perfectamente.
- Utilizar un lenguaje sencillo, pero no infantil. Frases más cortas o haciendo pausas frecuentemente.
- Hablar en un volumen de voz normal, la persona con afasia no tiene que tener necesariamente un déficit auditivo y le puede molestar que le griten.

- Utilizar gestos y ayudas visuales (dibujos), siempre que sea posible y necesario.
- Repetir las frases si es necesario.
- Animar a la persona a que sea lo más independiente posible. Dejar que hable en los comercios y con los amigos.
- No ser excesivamente protector o hablar por la persona a menos que ésta se lo pida.
- Siempre que sea posible intentar continuar con la vida normal en el hogar (cenar con amigos ir a dar una vuelta, etc.).
- No proteger a la persona con afasia de los familiares y amigos ni ignorarla en una conversación de grupo. Intentar que tanto el paciente como las personas que no suelen estar con él establezcan una relación y comunicación tanto como sea posible.
- Intentar que la persona con afasia se involucre lo más posible en la toma de decisiones del hogar. Sigue teniendo capacidad para pensar y derecho a opinar.

## 8.3 DISFAGIA

Los problemas en la deglución se conocen como Disfagia. La disfagia se define como “una alteración en uno o más componentes del proceso deglutorio desde que colocamos la comida en la boca hasta que llega al estómago”.

Esta dificultad se da con bastante frecuencia en las personas afectadas de un Ictus. Ocurre con más frecuencia en la fase más aguda de la enfermedad. También son más frecuentes las dificultades con líquidos que con sólidos y pueden darse complicaciones para tragar saliva.

Las consecuencias pueden ser, más importante e influir notablemente en el día a día de estas personas afectando a la seguridad en la deglución de líquidos y alimentos y como consecuencia a la nutrición e hidratación de estas.

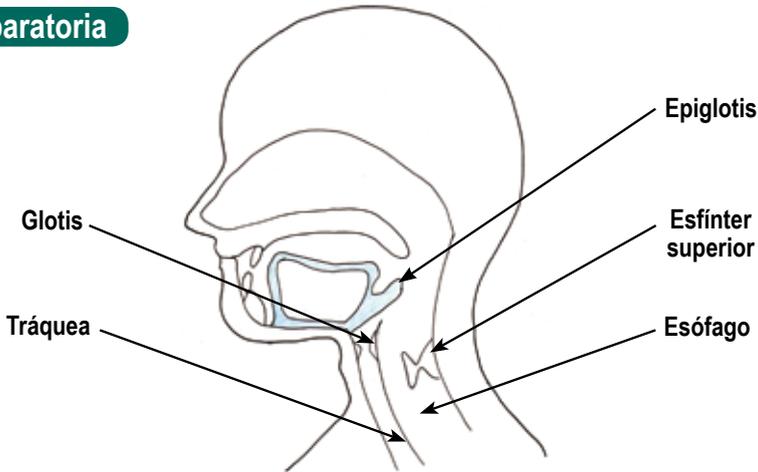
La deglución es una actividad neuromuscular muy compleja cuyo fin es transportar las sustancias líquidas, sólidas y la saliva desde la boca, pasando por la faringe y el esófago hasta el estómago. Requiere de un alto nivel de coordinación, una adecuada movilidad de los órganos que participan en el proceso y un correcto funcionamiento de los reflejos.

Los niños degluten entre 600 a 1.000 veces al día mientras que los adultos lo hacen más veces, un promedio de 2.500 veces. Las personas mayores suelen tener menos saliva por lo que degluten menos. Así mismo, deglutimos menos cuando dormimos y más cuando estamos hablando y al masticar porque ambas actividades requieren una producción más alta de saliva.

La deglución consta de tres fases, a las que podríamos añadir una primera como fase preparatoria (algunos autores la incluyen y otros no). Las dos primeras son voluntarias y las dos últimas son involuntarias y están controladas de forma automática y refleja:

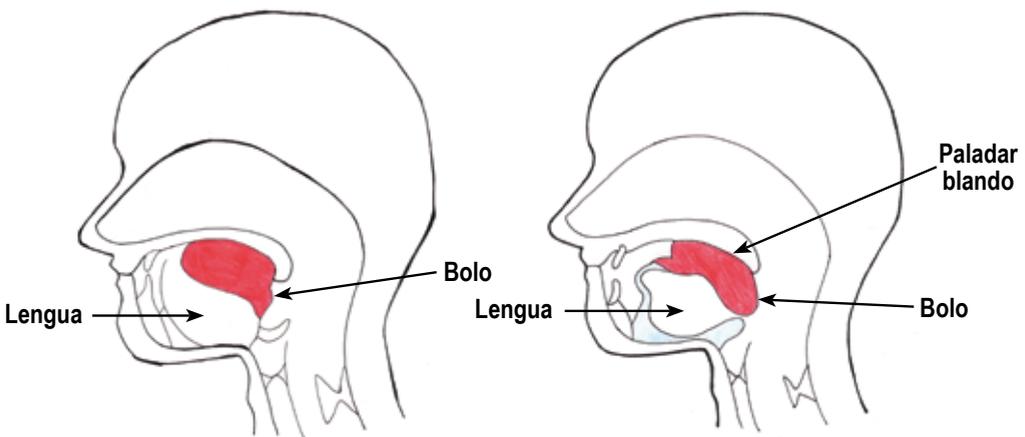
**1. Fase preparatoria:** se lleva a cabo el cierre labial y se produce la masticación del alimento y preparación del bolo para que sea homogéneo y fácil de deglutir.

### Fase preparatoria



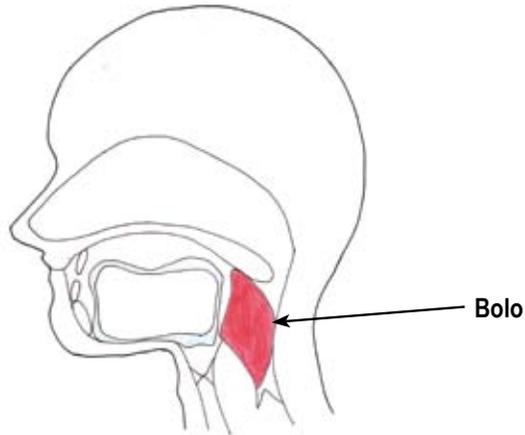
**2. Fase oral:** una vez que está preparado el bolo, se coloca sobre la lengua y se acopla al paladar duro, iniciando movimientos hacia delante y atrás, para que se coloque al final de la boca con propulsión del bolo hacia la faringe. Cuando el alimento o el líquido, junto con el dorso de la lengua tocan los pilares anteriores, termina la fase oral de la deglución y se desencadena el reflejo deglutorio, que es involuntario y ocurre en menos de un segundo.

### Fase oral



**3. Fase faríngea:** es el reflejo de deglución mismo. Es la fase más importante porque en ella tiene lugar la protección de la vía aérea y el paso del alimento al esófago. Esta fase es involuntaria y está controlada neurológicamente por la formación reticular junto al centro respiratorio determinando una coordinación entre el centro de la deglución y de la respiración. En esta fase la respiración cesa durante una fracción de segundo previo a que el paladar blando se cierre, evitando el pasaje del bolo para la nasofaringe. La pared de la faringe avanza, comprimiendo el bolo contra el dorso de la lengua. En este momento el bolo no podrá subir porque el paladar blando está cerrado, ni volver a la boca porque el dorso de la lengua está impidiendo su paso para la cavidad bucal.

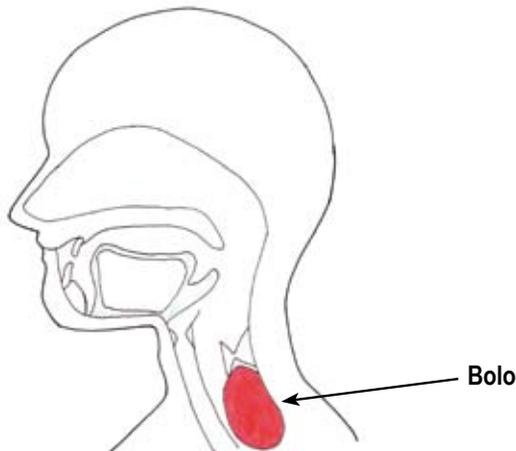
### Fase faríngea



Una vez que ha sido deglutido el bolo, la vía aérea se abre para que la respiración continúe.

**4. Fase esofágica:** comienza cuando el bolo pasa a través del esfínter esofágico superior. El tercio superior del esófago está formado por musculatura voluntaria e involuntaria, mientras que el tercio inferior está compuesto sólo por musculatura involuntaria. Es esfínter esofágico actúa como una válvula que se abre para permitir el paso del bolo alimenticio al estómago.

### Fase esofágica



Todas estas fases de la deglución requieren de adecuado funcionamiento de los reflejos, una buena movilidad de todos los órganos que intervienen en esta y una correcta coordinación con la respiración. Pueden tener problema para tragar incluso la propia saliva, lo que tendrá como consecuencia el peligro de sufrir atragantamientos.

Las señales que nos pueden alertar para darnos cuenta de que la deglución no es la adecuada:

- Dificultad para tragar saliva, provocando en ocasiones un ligero babeo.
- Dificultad para abrir la boca.
- Disminución de la sensibilidad.
- Dificultad en la ubicación del alimento en la boca.
- Inhabilidad para la formación del bolo y para controlar el movimiento del alimento o la saliva en la boca, incluso llegando a expulsarlo o salirse solo.
- Toser antes, durante o después de la deglución con todas o algunas consistencias (líquidos). En ocasiones provocando sensación de ahogo o atragantamiento.
- Con más frecuencia toser casi al terminar o inmediatamente después de comer.
- Alteración en el reflejo tusígeno.
- Enlentecimiento de la masticación con el consecuente aumento de tiempo a la hora de comer.
- Sobreesfuerzo en el momento de la deglución.
- Deglución fraccionada.
- Salida de restos de comida por la nariz.
- Sofocos durante la comida.
- Presentar restos de comida en la boca después de tragar.
- Sensación de retención del alimento en la faringe y necesidad de hacer varias degluciones.

- Cambios en la voz (voz húmeda o mojada). Disfonía.
- Dificultades para manejar la mucosidad en la garganta.
- Exceso o defecto de salivación.
- Febrícula y/o infecciones respiratorias sin causa aparente.
- Pérdida de peso progresiva y signos de desnutrición y deshidratación.
- Disnea.
- Malestar e incomodidad durante la comida.
- Necesidad de aclararse la garganta durante o después de comer o beber.

Debido a las complicaciones que pueden conllevar los problemas de deglución, la detección precoz de los síntomas y la valoración individual será la mejor ayuda para potenciar la seguridad de la persona afectada, pudiéndose aplicar cambios de hábitos y pautas que ayuden a mejorar el problema. Un abordaje multidisciplinar y la realización de diversos métodos exploratorios permitirán abarcar todos los aspectos que están implicados y evitar complicaciones.

Un factor a tener en cuenta que influye y que puede aumentar los síntomas de la disfagia es la fatiga. Sí una persona con dificultad en la deglución además presenta fatigabilidad, aumentarán sus dificultades y se cansará más durante el acto de comer. Al igual que puede sentir debilidad al caminar un trayecto más largo, si tiene disfagia al comienzo de la comida será más fácil, pero a medida que ésta se va alargando y si tiene que masticar mucho, su debilidad aumentará y como consecuencia sus síntomas.

Las complicaciones más frecuentes que se pueden dar como consecuencia de la disfagia son:

- Desnutrición y deshidratación debido a la dificultad de alimentarse adecuadamente.
- Infecciones respiratorias.
- Atragantamientos.
- Dependencia y aislamiento social.

El especialista deberá hacer una valoración de la situación. Posteriormente el/la logopeda podrá ayudar a minimizar el déficit deglutorio adaptando los objetivos e intervenciones a las características individuales de cada afectado/a, a través de ejercicios para el fortalecimiento de la musculatura integrada en el proceso, enseñando técnicas de deglución segura, mejorando la coordinación muscular durante la deglución, enseñando posturas compensatorias para evitar los atragantamientos, técnicas de respiración y le aconsejará sobre los alimentos más recomendados, los líquidos y la consistencia de ambos, así como los consejos para un entorno adecuado. Así mismo, orientará y animará tanto a la persona afectada como a los familiares y/o persona cuidadoras a participar en la intervención, conociendo las dificultades existentes y las estrategias de rehabilitación necesarias con el fin de mejorar y saber manejar estas situaciones.

## INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA EN LA DISFAGIA

Vamos a exponer algunos aspectos generales sobre cómo se realiza la intervención logopédica en la disfagia que pueden servir de orientación y consejos prácticos. Si bien hay que tener en cuenta que la rehabilitación en una persona afectada de un Ictus con este tipo de trastornos es mucho más compleja y abarca la atención de un equipo multidisciplinar.

### FORTALECIMIENTO MUSCULATURA

El objetivo de estos ejercicios es potenciar fuerza y la coordinación de la musculatura implicada, aumentar la precisión de los movimientos y la estabilidad motriz, la velocidad y el grado de amplitud.

Es recomendable realizar los ejercicios frente a un espejo para que la persona afectada pueda ser consciente de cómo los esté haciendo y rectificar sus movimientos si fuese necesario. Es verdad que hay pacientes que no se sienten muy cómodos realizándolos así, pero mientras que sea posible lo mejor es hacerlo de esta forma.

Los ejercicios deben hacerse de forma continua y repetida. Lo ideal es realizar cada uno en series de 6-8 intentando conseguir la máxima amplitud posible sin que ello ocasione la participación de musculatura compensatoria y algunas molestias.

Se realizan praxias faciales, linguales, mandibulares, velares. Algunos ejemplos de estas, son:

## PRAXIAS FACIALES

- Imitar esquemas vocales A-E-I-O-U (sin voz).



- Hacer morritos y estirar los labios.



- 
- Llevar los labios hacia la comisura derecha e izquierda.



- 
- Inflar mejillas y pasar el aire de una mejilla a otra.



- Dar besos, procurando explosionar los labios.



- 
- Morder labio superior e inferior.

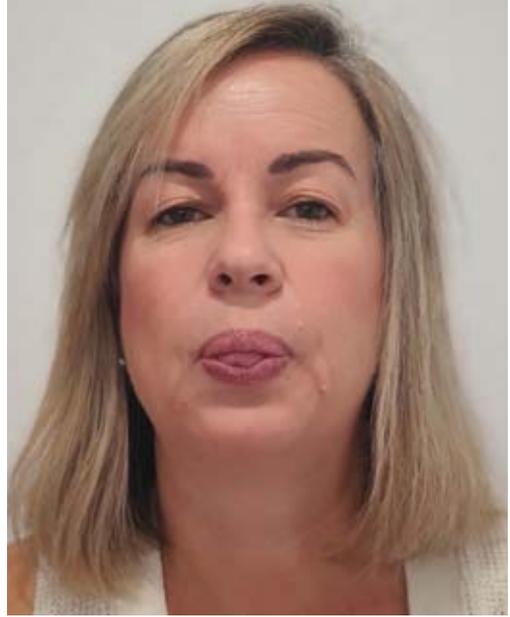


- 
- Colocar un lápiz sobre el labio superior.



## PRAXIAS LINGUALES

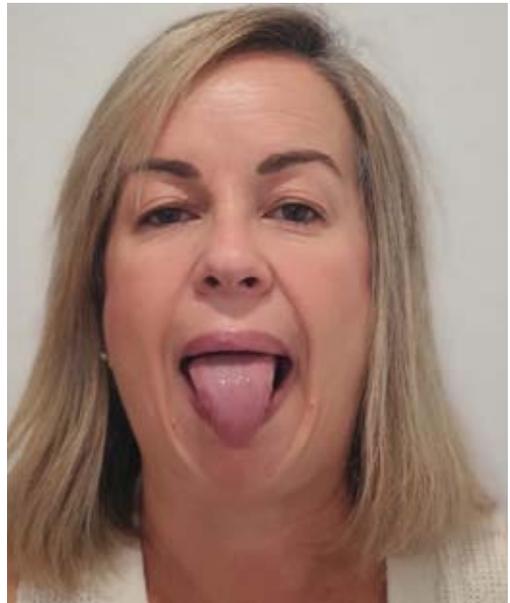
- Sacar y meter la lengua a diferentes ritmos.



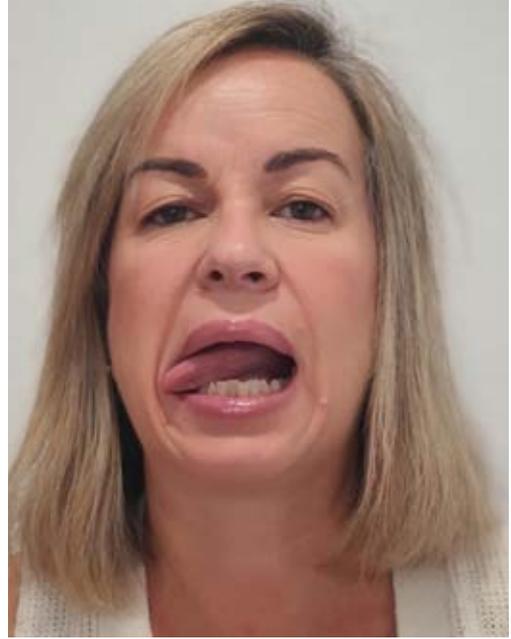
- Tocar la nariz con la punta de la lengua.



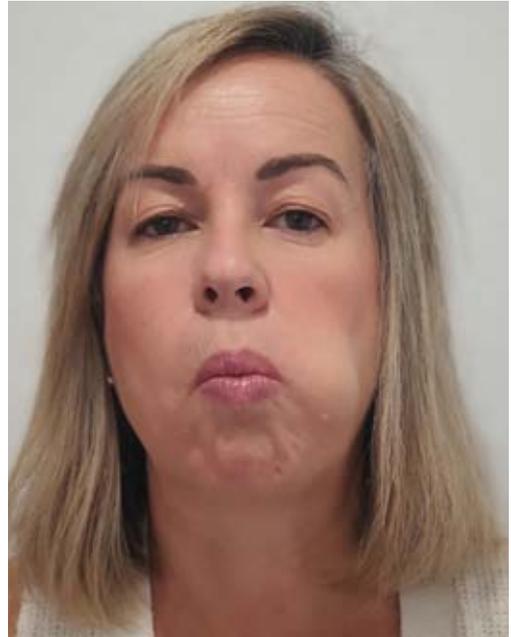
- Tocar la barbilla con la punta de la lengua.



- Llevar la punta de la lengua hacia la comisura de los labios, izquierda-de-recha.



- 
- Empujar con la lengua una mejilla y otra, de forma alterna.



## PRAXIAS MANDIBULARES

- Abrir y cerrar la boca lentamente.
- Abrir la boca lentamente y cerrarla rápidamente.
- Abrir la boca rápidamente y cerrarla lentamente.
- Combinación de vocales con movimiento labial (aoaoao, auauau).

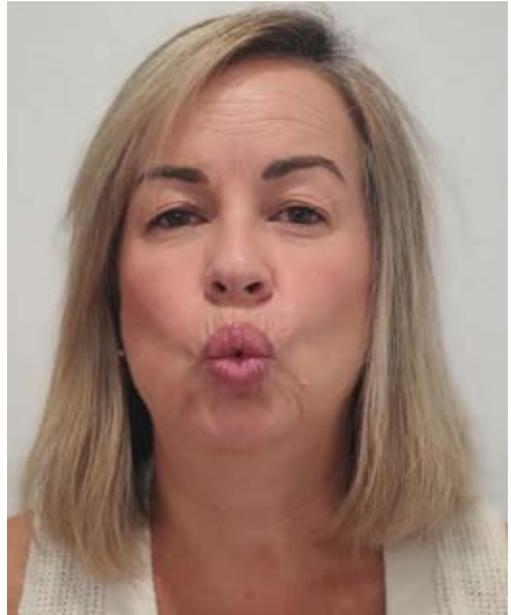
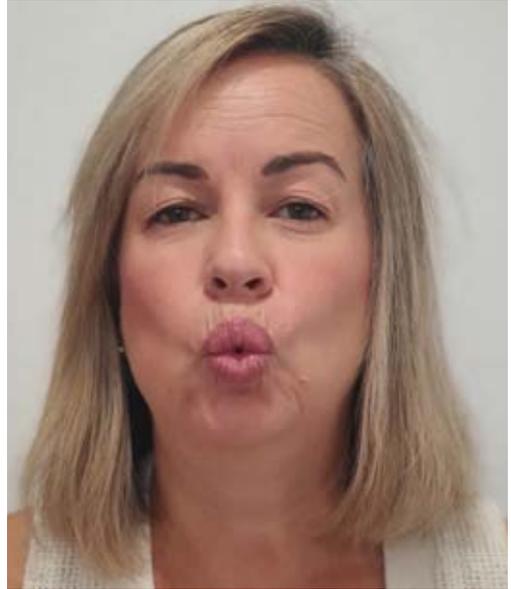


**o o o o o**



**a u a u a u**

- Combinación de vocales con movimiento lingual (iuiuiu, ioioio).

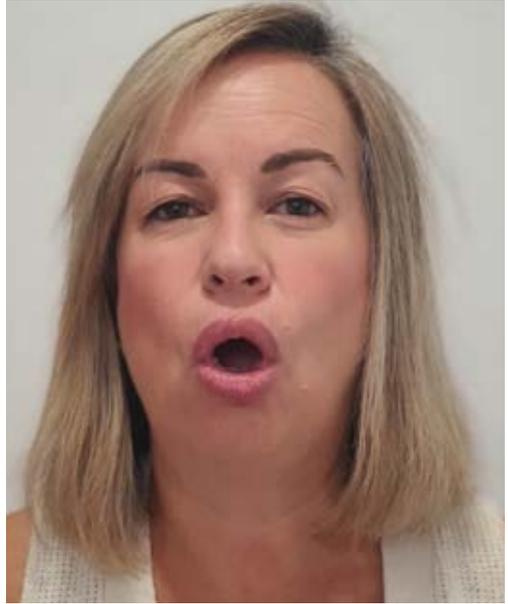


**i u i u i u**



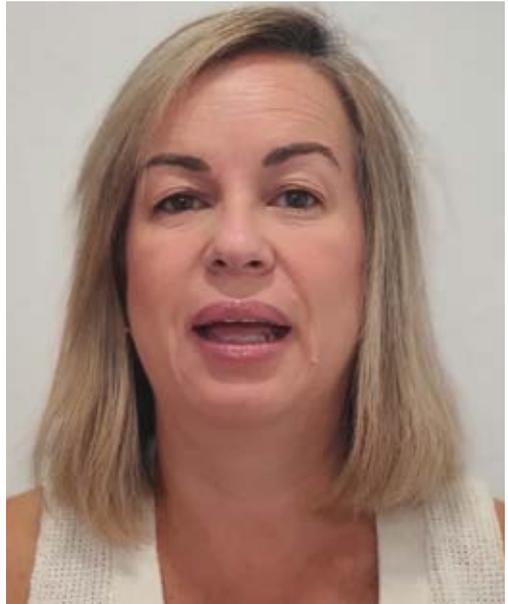
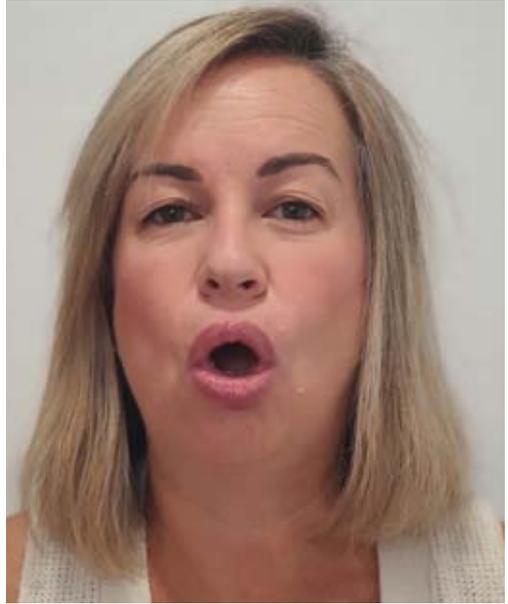
oioio

- Combinación de tres vocales (aouaou).



**a o u a o u**

- Combinación de cuatro vocales (aoueaoue).



**a o u e a o u e**

## PRAXIAS VELARES

- Bostezar.
- Toser.
- Decir muchas veces sin exagerar ca, co, cu, que, qui.
- Sacar la lengua plana fuera de la boca y meterla lentamente.

Si la persona presenta falta de sensibilidad en la cara, lengua o labios podemos realizar una serie de masajes de forma más específicos con el fin de estimular la musculatura. Son masajes más específicos que debe indicarnos el profesional. En casa podemos hacer cierta estimulación con la vibración del dorso del cepillo eléctrico. También es importante estimular el interior de la boca, para ello trabajamos con el dedo meñique, introduciéndolo por las mejillas y recorriendo las encías, la lengua, el interior de los labios e incluso la lengua y el paladar.

## HIGIENE BUCAL

La higiene bucal es importantísima y esencial de forma general, pero lo es aún más en las personas que sufren disfagia, ya que tener la boca limpia hace que la mucosa esté hidratada, para una correcta salivación y para evitar que los alimentos se peguen a la boca.

Utilizar un cepillo eléctrico nos proporcionará una limpieza más profunda, además como hemos dicho anteriormente, también puede servirnos para estimular la sensibilidad de los dientes, encías y lengua con la vibración de este.

## POSTURA

Tanto para realizar los ejercicios como para la ingesta de alimentos y bebidas, la persona afectada de disfagia debe permanecer sentada en una correcta alineación de la cabeza y troco.

Después de cada comida (por ejemplo, antes de echar una siesta) se recomienda permanecer sentado por lo menos 15 minutos para evitar posibles aspiraciones.

## ENTORNO ADECUADO

Las condiciones del entorno ayudarán a que la persona se encuentre más relajada y en un ambiente más adecuado que ayude a la deglución. Hay que tener en cuenta:

- Debemos evitar el ruido y las distracciones, creando un ambiente tranquilo.
- El horario de comidas deberá siempre el mismo y evitar los momentos de más fatiga.
- La persona debe comer sola, siempre que sea posible, bajo supervisión. En el caso de necesitar ayuda, el cuidador deberá sentarse a la misma altura y frente a la persona afectada, anticipando verbalmente cuando le va a dar de comer, lo que le va a dar y enseñándole el contenido.
- La duración de la comida no debe superar, en la medida de lo posible, los 30-40 minutos.

## MANIOBRAS DEGLUTORIAS

Las maniobras deglutorias son un “conjunto de estrategias que se aplican para aumentar la seguridad y la eficacia del proceso deglutorio”. Estas maniobras, permiten controlar de forma voluntaria ciertos aspectos de la deglución y consiguiendo así una deglución más segura y eficaz.

El logopeda trabajará en las sesiones la o las maniobras que considere adecuadas y las entrenará paso a paso hasta asegurarse de que la persona adecuada las realiza de forma correcta.

Una maniobra muy utilizada y de fácil aprendizaje es el “descenso de barbilla”, que consiste a la hora de tragar en bajar la barbilla hacia el pecho protegiendo de esta forma el paso del alimento a los pulmones.

## MODIFICACIONES EN LA DIETA

La modificación de la dieta y adaptación de los líquidos y/o los alimentos puede ser de gran ayuda para facilitar la deglución. Evidentemente estas modificaciones deberán hacerse siempre como recomendación de los profesionales y bajo su supervisión. La dieta será siempre individualizada y teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Tipo y grado de disfagia.
- Tolerancia individual a cada textura alimentaria.

- Hábitos alimentarios.
- Necesidades energéticas y nutricionales en función de la edad, el sexo y la actividad física.

Las modificaciones deben hacerse tanto en líquidos como en sólidos, por lo tanto, se tendrán en cuenta las viscosidades de los líquidos y las texturas de los alimentos:

## VISCOSIDADES DE LOS LÍQUIDOS

Cuando hay problemas de disfagia los líquidos suelen ser bastante problemáticos y encontraremos ayuda modificando la consistencia de estos. Se suelen utilizar espesantes para lograr una adecuada viscosidad.

Hay diferentes consistencias que se pueden utilizar:

- Líquidos finos: como el agua.
- Néctar: parecido al zumo de melocotón.
- Miel: muy parecida a un yogurt líquido.
- Puding: similar a una crema, gelatina o yogurt.

## CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS

Los tipos de dietas adaptadas según los parámetros que acabamos de exponer son:

- Dieta basal: cuando no existen problemas en la deglución y se incluyen todas las texturas y consistencias. Dieta normalizada.
- Dieta blanda o fácil masticación: cuando aparecen problemas en la masticación, pero no disfagia. En algunos casos se utiliza esta dieta como transición a la dieta basal.
- Dieta de disfagia o de reeducación de la deglución: hay que evitar alimentos de riesgo y no admite dobles texturas. Permite formar fácilmente el bolo. Requiere una nula masticación o ligera/suave.
- Dieta túrmix: son purés de consistencia uniforme, homogénea. Reúnen los requerimientos nutricionales completos o enriquecidos.

Es más fácil tragar consistencias homogéneas (sin tropezos) que se humedecen fácilmente y que se deslizan sin esfuerzo. Por ejemplo: cremas, purés espesados de forma natural (con harina o con patata), el yogur, las natillas, el puré de frutas, la compota, el queso de Burgos, las croquetas, el pescado o las patatas aplastadas.

### **ALIMENTOS MÁS ADECUADOS:**

- Texturas homogéneas (cremas, purés, triturados, tortilla, etc.).
- Yogures (sin trozos de fruta), natillas, flan, etc.
- Carnes y pescados blandos cortados en trozos pequeños, si es necesario cohesionados con salsa (tomate, mayonesa). Evitar huesos, ternillas, nervios, etc.

### **ALIMENTOS DESACONSEJADOS (REQUIEREN MAYOR CUIDADO):**

- Texturas mezcladas (pisto de verduras, menestra de verduras, arroz tres delicias, ensaladas, etc.).
- Dobles texturas: por ejemplo, mezclando líquidos con sólidos (ej.: sopas). Lo más recomendable es administrarlos por separado ya que cada uno requiere su tiempo de masticación.
- Alimentos fibrosos (acelgas, espárragos, alcachofas, etc.), que presentan hebras que son difíciles de triturar.
- Legumbres (en caso de disfagia, es recomendable triturarlas).
- Alimentos con piel (alubias, lentejas, garbanzos, pimiento): hay que tener especial ATENCIÓN y triturarlos siempre muy bien.
- Arroces duros (lo que se denominan “que no se pasan”), ya que los granos quedan demasiado sueltos y es fácil que se pierdan en la boca, pudiendo ocasionar atragantamiento.
- Especias que quedan sueltas en las comidas (perejil, tomillo, romero, comino, etc.), es recomendable utilizarlas molidas.
- Frutas que desprenden agua al introducir en la boca (naranja, mandarina, melón, sandía).

## EVITAR:

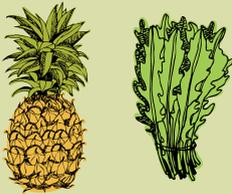
Como norma general, evitar alimentos muy secos y crujientes que se desmenuzan y pierden con facilidad en la boca, como:

- Frutos secos.
- Cereales, muesly, texturas muy secas.
- Pan integral o con semillas y pan tostado.
- Cortezas de cerdo (torreznos).
- Patatas fritas chips.
- Jamón serrano duro.
- Quesos duros.

## ¡¡ ATENCIÓN!!

### TEXTURAS FIBROSAS

Piña, judías verdes, apio, lechuga, etc.



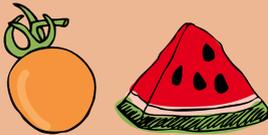
### VERDURAS Y FRUTAS CON PIEL Y SEMILLAS

Legumbres, habas, kiwis, guisantes, fresas, uvas, maíz tierno



### DOBLE CONSISTENCIA

Cereales con leche, sopa con fideos, naranja, melón, sandía, pan con semillas, etc.



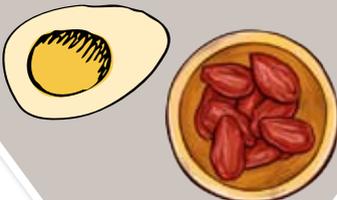
### ALIMENTOS QUE SE DESMENUZAN FÁCILMENTE

Pan tostado, hojaldre, empanada, galletas, patatas chips, corteza pan, etc.



### ALIMENTOS DUROS

Frutos secos, etc.



### ALIMENTOS PEGAJOSOS

Leche condensada, pan de molde, caramelos, etc.



## CONSEJOS GENERALES

La implicación del/la afectado/a y de sus cuidadores, es básica para obtener resultados satisfactorios. Como resumen deberán estar atentos a una serie de condiciones y consejos para mejorar y potenciar la seguridad y eficacia del proceso deglutorio:

- **Ejercicios de fortalecimiento:** practicar los ejercicios que fortalezcan la musculatura y coordinación de la respiración durante la deglución, enseñados y practicados durante las sesiones de logopedia.
- **Entorno:** durante el acto de comer, el entorno y el ambiente debe ser tranquilo, evitando las posibles distracciones.
- **Tiempo:** es necesario disponer de tiempo suficiente para comer sin prisas.
- **Relajación:** la persona afectada debe estar relajada y concentrada en esta actividad.
- **Periodos de descansos:** realizar frecuentes descansos en comidas largas o comer de forma más seguida en periodos más cortos de tiempo.
- **Higiene bucal:** es fundamental tener una adecuada higiene bucal tanto antes de las comidas para mantener la humedad de las mucosas, estimular la salivación y prevenir que los alimentos se peguen; como después de las mismas para evitar que queden restos de comida.
- **Postura correcta:** la postura más adecuada para comer es sentado con la cabeza y el tronco rectos, bien apoyados en el respaldo del asiento y con los pies bien apoyados en el suelo.
- **Flexión cabeza:** es recomendable que la cabeza esté flexionada ligeramente hacia delante en el momento de tragar.
- **Consciencia del acto de tragar:** cuando tragamos algún tipo de líquido o sólido, de forma automática dejamos de respirar durante milésimas de segundos. Si hay algún problema en la deglución tenemos que ser más conscientes del acto de tragar y debemos recordar que siempre que estemos comiendo no se puede hablar, reír, etc., ya que puede provocar más dificultades.

- **Masticación:** se debe masticar de forma tranquila y correcta.
- **Cambios en la dieta:** siempre que sea necesario habrá que realizar cambios en la dieta intentando evitar los líquidos finos (ej.: agua) y alimentos que puedan provocar más dificultades, como son los que mezclan dobles texturas, es decir, mezclan líquidos y sólidos (ej.: naranjas, sopas, melón,...), los secos (ej.: filete), los pegajosos (ej.: miel) o muy pastosos (ej.: croquetas), los que se desmenuzan con facilidad (ej.: bizcochos) y los que dejan en las boca trozos pequeños sin triturar (ej.: frutos secos). Utilizar los líquidos con espesantes y otros que sean más fáciles de tragar (ej.: zumo de melocotón). Con respecto a los sólidos, aquellos que puedan favorecer la deglución como los alimentos semisólidos (ej.: gelatina, puré, ...).
- **Tamaño de los alimentos:** se deben cortar en trozos pequeños y no se debe llenar el cubierto de forma excesiva.
- **Tragar:** no tomar otro bocado hasta que se haya tragado el que está en la boca y que esta esté libre de cualquier residuo.
- **Sabores:** los sabores fuertes o ácidos estimulan la deglución.
- **Temperatura de los alimentos:** es aconsejable alternar alimentos fríos y calientes porque el cambio de temperatura estimula la deglución.
- **Después de comer:** permanecer sentado o de pie después de la comida (no tumbado) durante 30 o 45 min.

Los cuidadores deben estar pendientes de las comidas, observar si hay dificultades y si es así consultar al especialista. Así mismo, deberán recordar los consejos que se le han dado para facilitar el acto de comer y que se produzcan las menos dificultades posibles.

## 9. EL PAPEL DE LOS CUIDADORES Y FAMILIARES ANTE LAS ALTERACIONES LOGOPÉDICAS

El cuidador es la persona encargada de la atención diaria y cuidado de la persona dependiente, en este caso del/la afectado/a de un Ictus. La aparición de este y las secuelas producidas pueden provocar un alto grado de estrés dentro del núcleo familiar. La adaptación a esta nueva situación y a las que puedan ir llegando, es un proceso dinámico y evolutivo que tiene lugar en el tiempo, y a largo plazo muchos familiares, fundamentalmente el cuidador principal, experimentan una sensación de carga excesiva y aparecen signos de ansiedad y estrés.

A nivel logopédico vamos a intentar ayudar al familiar y/o cuidador principal enseñándoles las pautas básicas y las estrategias a seguir para mantener una comunicación lo más positiva y fluida posible con el/la afectado/a, adaptándolas a las necesidades de cada persona en su ambiente concreto. Es necesario, para conseguir esto, que la familia estimule y refuerce el trabajo que realizamos en las sesiones, así se les enseñan los ejercicios que tienen que realizar para ayudar a su familiar. Llevándolos a cabo no sólo ayudaremos a nuestro familiar afectado a que pueda mejorar sino que además nos ayudaremos a nosotros mismos, los cuidadores, porque necesitaremos menos esfuerzo para poder comunicarnos con ellos, así mejorará no sólo el nivel de comunicación y de vida de la persona afectada que presenta alteraciones logopédicas sino también del ambiente familiar, al haber encontrado estrategias para la mejor forma de actuar con la persona necesitada de cuidados.

### ¿CÓMO PUEDE ACTUAR EL CUIDADOR DE UNA PERSONA CON PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN TRAS UN ICTUS?

- Hablar más lentamente y dedicar más tiempo para mantener una conversación.
- Ser paciente, dele más tiempo para encontrar la forma de comunicarse, porque puede requerirle un gran esfuerzo.

- Indicarle que debe descansar entre frases y que no debe tener prisa por expresarse.
- Dígale si ha comprendido o no el mensaje, repitiéndoselo o pidiéndole una aclaración para asegurarse que se ha comprendido correctamente. Haga preguntas acerca de lo que no entendió.
- Encontrar las mejores estrategias para ayudar a la persona con afasia, puede variar de una persona a otra.
- Procurar hablar cara a cara, mirando sus labios, para que sea más fácil entenderlo/a.
- No hablar más bajo de lo normal ni aumentar el volumen de la voz a no ser que tenga un problema de audición.
- Prestar atención a la información no verbal, es decir, los gestos y expresiones faciales de la persona afectada, puede ser una fuente de información muy útil para completar la información verbal.
- Cuando tenga que preguntarle, hacer las preguntas individualmente para que pueda facilitar la planificación y adecuación de sus respuestas.
- Intentar evitar ruidos ambientales que puedan interferir en la comunicación como, por ejemplo, la televisión, radio, un grupo de personas hablando a la misma vez, etc.
- Cuando la comunicación esté muy dificultada, tener siempre una alternativa de comunicación y animar a la persona a que la utilice, como un lápiz y un papel, gestos, alfabetos, ayudas técnicas...

## 10. BIBLIOGRAFÍA

<https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/como-rehabilitar-la-musculatura-orofacial>

“Guía para el Manejo de la Disfagia. Pautas para personas con problemas de deglución”. Hermanas Hospitalarias Aita Menni.

“Malnutrición en las enfermedades neurodegenerativas: prevalencia, consecuencias y posibilidades terapéuticas”. Ruiz Ochoa D & García Luna PP. Nutr Hosp Suplementos 2009;2(2):26-37.

“Disfagia. Tratado de geriatría para residentes”. Jiménez C, et al. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), Madrid, 2006.

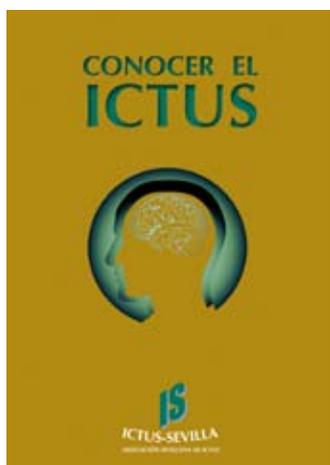
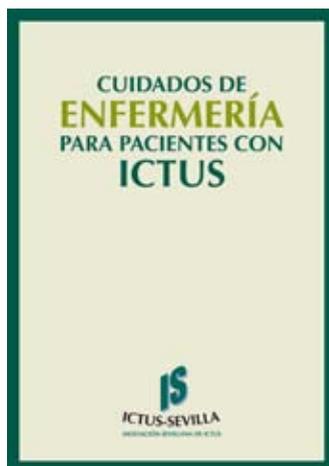
“Mini Guía Práctica de Atención al Afectado por Daño Cerebral Adquirido. Recuperado”. ASDACE. <http://www.asdace.org/descargas/guiaadace.pdf>

“Introducción a la rehabilitación cognitiva”. Mateer, C. (2003). Avances en Psicología Clínica Latinoamericana. Vol 21, pp. 11-20.

- “Afasia: de la teoría a la práctica”. Paola González Lázaro, Beatriz González Ortuño. Ed. Paramericana.
- “Guía de Intervención logopédica en Afasias”. Beatriz Terradillos. Ed. Síntesis.
- <https://www.clinicasanvicente.es/servicios/alteraciones-del-lenguaje-afasias>
- Principales trastornos del habla Afásica - Lenguaje y deglución en la persona con demencia - AFATE
- <https://dañocerebral.es/publicaciones/>

# 11. PUBLICACIONES

Si desea descargar alguna publicación, puede hacerlo a través de la web <https://www.ictussevilla.org/index.php/nosotros/publicaciones> y/o solicitarlas a través de la Asociación o a través del e-mail [ictusevilla@hotmail.com](mailto:ictusevilla@hotmail.com)









**ICTUS-SEVILLA**  
ASOCIACIÓN SEVILLANA DE ICTUS

Avda. de Altamira, 29, Blq. 11 - Acc. A  
41020 Sevilla  
Tfno.: 954 25 15 10  
[ictussevilla@hotmail.com](mailto:ictussevilla@hotmail.com)  
[www.ictussevilla.org](http://www.ictussevilla.org)

Con la colaboración de:



Daiichi-Sankyo



ISBN: 978-84-09-55014-2



9 788409 550142