

ESTUDIO COMPARATIVO DEL MANEJO DE LA DISFAGIA ASOCIADA AL ACV AGUDO

REHABILITACIÓN DE LA DEGLUCIÓN CON TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA CONVENCIONAL VS TERAPIA CONVENCIONAL MÁS ELECTROESTIMULACIÓN.

ANGIE TATIANA DIMATÉ DUARTE
DANIELA ALEJANDRA MONCADA PROAÑOS
KAREN EDITH MENDIZ PEREZ
LIZETH XIOMARA POVEDA BELEÑO
OLGA GONZALEZ P.



Contenido

INTRODUCCIÓN

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (ACV)

DISFAGIA

¿POR QUÉ UN ACV PUEDE CAUSAR DISFAGIA?

¿CÓMO ES EL ABORDAJE DE LA DISFAGIA EN EL ACV AGUDO?

IMPACTO:

¿CÓMO HA SIDO EL ABORDAJE FONOAUDIOLÓGICO DESDE LA DISFAGIA A NIVEL DE COLOMBIA EN LOS PACIENTES CON ACV?

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

3

4

5

6

6

11

12

13

13

14

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (**ACV**) sigue siendo una de las principales causas de discapacidad a nivel global, dejando secuelas que afectan gravemente la calidad de vida de los pacientes. Una de las complicaciones más relevantes es la disfagia orofaríngea, que se presenta en hasta el 50% de los casos en la etapa aguda y aumenta significativamente el riesgo de neumonía por aspiración, desnutrición y mortalidad (Martínez-Sánchez et al., 2023; Alarcón et al., 2022). Estudios recientes resaltan que esta condición no solo prolonga la hospitalización y eleva los costos de atención médica, sino que también incrementa las infecciones respiratorias y la tasa de mortalidad en comparación con pacientes que no presentan disfagia (González-Fernández et al., 2024; Rofes et al., 2020).

La rehabilitación convencional, basada en ejercicios para fortalecer los músculos y adaptaciones en la dieta, sigue siendo el pilar del tratamiento. Sin embargo, su efectividad puede ser limitada en pacientes con afecciones neuromusculares severas, lo que requiere el uso de estrategias complementarias para mejorar la recuperación funcional (Alarcón et al., 2022; Rofes et al., 2020). Aunque la investigación local no ha explorado en profundidad la electroestimulación neuromuscular (**EENM**) en el manejo de la disfagia, estudios internacionales sugieren que innovaciones como la estimula-

ción eléctrica faríngea podrían promover la plasticidad neuronal y reactivar fibras musculares en pacientes con daño grave (Suntrup-Krueger et al., 2019; Dziewas et al., 2021).

En los últimos años, la implementación de protocolos de tamizaje temprano ha mostrado ser efectiva para reducir complicaciones y mejorar los resultados clínicos. Por ejemplo, modelos predictivos basados en variables clínicas alcanzan una precisión superior al 80% en la identificación de pacientes con disfagia neurológica, mientras que programas educativos especializados han demostrado mejorar la seguridad alimentaria y disminuir los reingresos hospitalarios (Alarcón et al., 2022; Rev. Sanit. Investig., 2024).

El enfoque multidisciplinario, que combina una evaluación clínica exhaustiva, manejo nutricional individualizado y terapias personalizadas, se ha establecido como una prioridad en la práctica clínica. Este abordaje integral no solo reduce el riesgo de aspiración y acelera la recuperación, sino que también disminuye los costos asociados a complicaciones prevenibles (González-Fernández et al., 2024; Rofes et al., 2020). Por lo tanto, es esencial fomentar investigaciones locales que evalúen la eficacia de técnicas innovadoras como la EENM, promoviendo intervenciones fundamentadas en evidencia científica sólida y replicable.

Accidente cerebro vascular (ACV)

El **ACV** o **accidente cerebrovascular** es una condición médica que ocurre cuando el flujo sanguíneo hacia el cerebro es interrumpido debido a la obstrucción o ruptura de las arterias cerebrales, lo que bloquea el suministro de sangre al cerebro. Esta interrupción puede ser causada por diversas razones, afectando el flujo sanguíneo y poniendo en riesgo la salud cerebral.

Existen diferentes tipos de ACV siendo las principales:

ACV Isquémico: Se produce cuando una arteria cerebral se bloquea, impidiendo que la sangre llegue al cerebro. Este bloqueo puede ser causado por un coágulo sanguíneo o por la acumulación de placas de grasa (**aterosclerosis**), lo que interrumpe el suministro de oxígeno y nutrientes al cerebro.

ACV Hemorrágico: Ocurre cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe, provocando sangrado dentro del cerebro. Este sangrado interrumpe el flujo sanguíneo normal y puede causar daño cerebral significativo.

Estas causas se deben a:

Coágulos sanguíneos: Se debe a la coagulación anormal, bloqueando las arterias en el cerebro o en el cuello. Un coágulo puede formarse directamente en el cerebro (**trom-**

bosis cerebral) o viajar desde otras partes del cuerpo generando una embolia cerebral.

Aterosclerosis: Es el estrechamiento de las arterias causado por la acumulación de placas de grasa y colesterol. Estas placas pueden formar coágulos que bloquean el flujo sanguíneo en el cerebro, aumentando el riesgo de un accidente cerebrovascular.

Hipertensión arterial: La presión arterial alta es una de las principales causas de los eventos cerebrovasculares, ya que puede ocasionar la malformación de los vasos sanguíneos, haciendo que se vuelvan más débiles y propensos a romperse por una presión mal controlada.

Aneurismas cerebrales: Estas son ocasionadas cuando las arterias se encuentran débiles provocando la ruptura de las paredes de los vasos sanguíneos. Los aneurismas cerebrales son a menudo congénitos, pero también pueden desarrollarse por el mal manejo de la hipertensión o el uso de sustancias como el alcohol o las drogas.

Malformaciones arteriovenosas: Son conexiones anormales entre arterias y venas en el cerebro, que pueden romperse y causar sangrado.

Traumatismos: Un golpe fuerte en la cabeza (**por ejemplo, por un accidente**) puede causar la ruptura de vasos sanguíneos en el cerebro

Disfagia

Es una alteración en el proceso de deglución que dificulta el paso de alimentos, líquidos o secreciones propias desde la boca hasta el estómago. Afectando la fase oral, faríngea o esofágica de la deglución dado a diversas causas, como lo son las enfermedades neurológicas, trastornos musculares, traumatismos o envejecimiento. Las per-

sonas con disfagia pueden presentar los siguientes síntomas como tos, atragantamiento, odinofagia o la sensación de que la comida se queda atorada. Es importante diagnosticar y tratar la disfagia de manera adecuada, ya que esto puede provocar complicaciones como desnutrición, deshidratación o neumonía por aspiración.



¿Por qué un ACV puede causar disfagia?

Un ACV puede interrumpir el flujo sanguíneo en zonas del cerebro que controlan el proceso deglutorio:

- La afección causada en los nervios craneales implicados en la deglución (**V, VII, IX, X, XII**) Estos nervios controlan funciones motoras y sensoriales esenciales para el proceso de deglución, incluyendo el movimiento de la mandíbula, la lengua, el paladar blando y la faringe. Cuando estos nervios se ven comprometidos por la lesión neurológica, se altera la coordinación y eficacia de la deglución, lo que contribuye significativamente a la aparición de disfagia.
- Lesión en la corteza cerebral motora, cuando esta región se ve afectada, los movimientos voluntarios de la boca, lengua

y faringe se compromete la alteración de la seguridad dificultando el paso adecuado del alimento y aumentando el riesgo de aspiración.

- La lesión en el tronco encefálico teniendo en cuenta que esta región alberga los centros que controlan los reflejos deglutorios automáticos. Cuando el daño ocurre en esta zona, se ve afectada la coordinación involuntaria necesaria para iniciar y completar el proceso deglutorio.

Se ha revelado que entre el 30% y el 65% de los pacientes que sufren un accidente cerebrovascular (**ACV**) presentan disfagia durante las primeras 48 horas posteriores al evento para ello la intervención temprana mediante terapias de rehabilitación es fundamental para mejorar la función deglutoria y la calidad de vida del paciente.

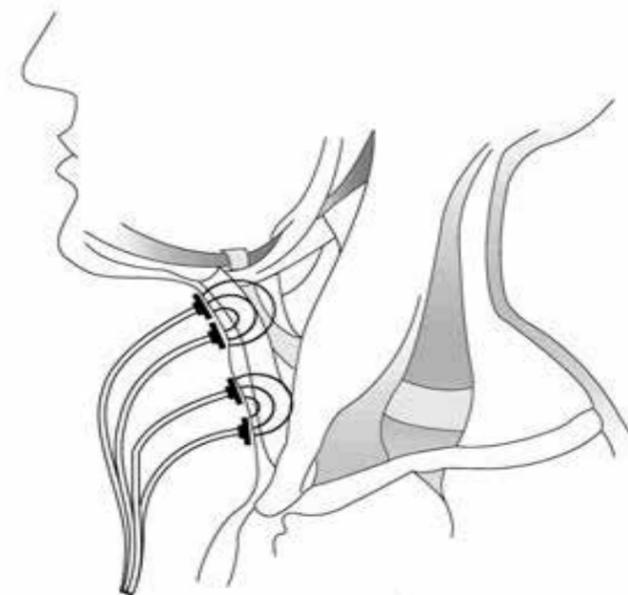
¿Cómo es el abordaje de la disfagia en el ACV agudo?

Desde el enfoque fonoaudiológico, el abordaje de la disfagia en un paciente con accidente cerebrovascular (**ACV**) en fase aguda se inicia con una valoración clínica cuidadosa, preferiblemente dentro

de las primeras 24 a 48 horas del evento. Esta incluye la revisión de reflejos orales, control postural, tono muscular orofacial, evaluación de la sensibilidad, y pruebas de ingesta segura para verificar la viabilidad de la vía de alimentación corres-

pondiente de acuerdo a la complicación y la zona de la lesión. El objetivo es identificar riesgos de aspiración, determinar el nivel de seguridad y eficacia de la deglución, y definir la conducta terapéutica

inmediata, que puede incluir maniobras compensatorias, ajustes en la dieta y estimulación sensorial para favorecer a la mejora de los procesos deglutorios.



VITALSTIM
THERAPY



Electroestimulación

La electroestimulación neuromuscular (**EENM**) es una técnica no invasiva que se usa mediante unos electrodos transcutáneos que transmiten estímulos eléctricos a los músculos generando contracción o relajación de las fibras musculares, potenciando los músculos con una inervación motora conservada.

La EENM es aplicada desde 1997 en Estados Unidos para la rehabilitación de disfagia neurogénica, desde entonces se han realizado varios estudios e investigaciones demostrando que el uso de EENM es eficaz y segura y se obtiene una mejoría significativa en la función de la de-

glución disminuyendo los síntomas de la disfagia.

Para aplicar esta técnica, es fundamental considerar dos factores: el estado de la piel del paciente y la correcta colocación de los electrodos. La estimulación se lleva a cabo utilizando dos grupos de electrodos que deben posicionarse sobre la piel, la cual debe estar limpia, seca y sin lesiones (**no debe aplicarse si hay infecciones o inflamaciones**). Estos electrodos se ubican en la región submentoniana con el propósito de fortalecer la musculatura suprahióidea.

Una vez ubicados en el área muscular correspondiente, se aplica corriente eléctrica mediante un dispositivo, generando así contracciones musculares. La inten-

sidad de la corriente se aumenta progresivamente hasta que el paciente experimenta una sensación de presión en la zona de aplicación. Se emiten pulsos eléctricos cuya intensidad puede variar entre 2,5 y 25 mA, ajustándose a la tolerancia de cada individuo. Las frecuencias intermedias, entre 30-35 y 50 Hz, estimulan principalmente las fibras musculares tipo IIA (**de metabolismo mixto aeróbico-anaeróbico**), favoreciendo el reflejo de inicio de la deglución. Por otro lado, las frecuencias superiores a 50 Hz activan fibras tipo IIB (**de metabolismo anaeróbico y rápida fatiga**), involucradas en actividades de alta intensidad como la deglución.

Durante la aplicación de la corriente eléctrica, se complementa con ejercicios terapéuticos tradicionales enfocados en mejorar la función deglutoria.

Todo programa de estimulación debe diseñarse según las necesidades individuales de cada usuario, considerando diversos factores técnicos:

Tipo de ciclo: Se prefiere la estimulación discontinua frente a la continua, ya que esta última, usada de forma aislada, no ha demostrado beneficios funcionales a largo plazo. Sin embargo, combinada con técnicas tradicionales o compensatorias, sí ofrece resultados positivos.

Frecuencia: Generalmente se utiliza una frecuencia de 50 Hz, eficaz para activar fibras musculares tipo I y IIA. Aumentos en frecuencia y amplitud deben manejarse con cautela, pues pueden generar fatiga muscular rápida y reducir la tolerancia al estímulo.

Duración del pulso: Depende de cada paciente. Hay una relación inversa entre duración del pulso y amplitud, por lo que

es clave ajustar este parámetro para garantizar comodidad.

Relación Ton/Toff: Se recomienda una proporción 1:3, ajustable según las condiciones cognitivas del paciente o el tipo de musculatura estimulada (suprahioidea o facial).

Rampas: Se suele usar una rampa de subida de 3 segundos sin rampa de bajada. En casos de hipertonía o alta sensibilidad, se prefieren rampas más prolongadas.

Amplitud: Debe alcanzar el umbral de contracción muscular sin causar dolor. Pulsos demasiado largos pueden resultar incómodos e ineficaces.

Duración de la sesión: Se aconseja no superar los 30 minutos por sesión, ya que no hay evidencia que respalde tiempos mayores.

Ubicación de electrodos: Se colocan en la región suprahioidea. A mayor distancia entre electrodos, mayor profundidad de acción. Su uso en la zona infrahioidea puede generar efectos contraproducentes, como descenso laríngeo y riesgo de aspiración.

Beneficios

La Electroestimulación Neuromuscular (EENM) busca mejorar la funcionalidad muscular y prevenir la debilidad, siendo recomendable su uso temprano para evitar que se desarrollen disfunciones en los músculos implicados en la acción terapéutica.

Contraindicaciones

No debe aplicarse en personas con enfermedades cardíacas, arritmias, marcapasos, epilepsia, dolor de causa no identificada,

ni en mujeres embarazadas. También se debe evitar su uso sobre la arteria caróti-

da, piel lesionada o insensible, y en áreas cercanas a los ojos o la boca.



Las terapias convencionales comprenden una variedad de técnicas que realiza el fonoaudiólogo para mejorar la coordinación y seguridad durante la deglución. Estas incluyen ejercicios orales, maniobras deglutorias, técnicas posturales y modificaciones dietéticas

Maniobras deglutorias	Maniobra Deglución supraglótica
	Deglución super supraglótica
	Maniobra de Mendelsohn:
	Maniobra deglución forzada
	Maniobra de Masako
Estrategias posturales	Postura de barbilla hacia abajo
	Rotación de cabeza hacia el lado afectado
	Extensión cervical

Estrategias compensatorias:	Modificación de la dieta
	Modificación del volumen del bolo
	Conductas alimentarias
	Cambios posicionales compensatorios
	Ejercicios de fortalecimiento
	Modificaciones deglutorias y respiratorias
Técnicas de estimulación sensorial	

Maniobras deglutorias

- Maniobra Deglución supraglótica:

Esta consiste en realizar una apnea voluntaria antes de la deglución y mantenerla durante la misma, para que de esta manera se logre



favorecer y prolongar el tiempo de cierre de los pliegues vocales durante la deglución, favoreciendo así protección de la vía aérea

- Deglución super supraglótica:

Esta se realiza cuando el paciente presenta déficit en el cierre glótico y cierre de vía la laringe para proteger la vía aérea, quienes presentan aspiraciones. Tiene como objetivo lograr un cierre máximo de la vía aérea, prolongando la apnea respiratoria.

- Maniobra de Mendelsohn.

Esta se realiza a pacientes que presentan poca duración o movimiento de la elevación del hioides, laringe y/o disminución en la apertura del esfínter esofágico superior. Esta maniobra incrementa la extensión y duración de la elevación laríngea, permitiendo una apertura prolongada del esfínter esofágico superior.

- Maniobra deglución forzada.

Este método mejora la contracción faríngea, el movimiento de la base de la lengua y la propulsión del bolo, evitando la acumulación de residuos tras la deglución y se emplea cuando hay debilidad en la pared faríngea posterior y residuos en los recesos faríngeos.

- Maniobra de Masako:

Esta técnica mejora el contacto de la base de la lengua con la pared faríngea posterior y aumenta la presión en la cavidad oral durante la deglución, evitando residuos post-de-

glución, favoreciendo la contracción faríngea al limitar el movimiento de la lengua.

Estrategias posturales

Son técnicas sencillas que buscan modificar el flujo del bolo alimenticio. Estas maniobras favorecen la retracción lingual, el inicio de la fase faríngea, la elevación de la laringe, el tiempo de tránsito oral y la apertura de la transición faríngeo-esofágica.

- Postura de barbilla hacia abajo

Esta técnica es utilizada en personas con disfagia, con el fin de disminuir el riesgo de aspiración, en esta posición el bolo alimenticio tiene el tiempo suficiente para facilitar el desencadenamiento del reflejo deglutorio y desvía el alimento de las vías respiratorias inferiores, gracias a la protección brindada por la epiglotis.

- Rotación de cabeza hacia el lado afectado:

Se indica la inclinación del cuello con la barbilla dirigida hacia el lado afectado, una maniobra que facilita el vaciamiento del bolo alimenticio y reduce el riesgo de aspiración. Esta posición favorece el cierre de la vía aérea, disminuye la acumulación de residuos en la base de la lengua y en la hipofaringe, y contribuye a una mejor apertura del esfínter esofágico superior.

- Extensión cervical:

Facilita el paso del bolo alimenticio desde la boca hacia la faringe, aprovechando la gravedad, protegiendo la vía aérea.

Estrategias compensatorias:

- Modificación de la dieta.

Esta tiene como objetivo lograr una deglución segura y eficaz, mediante la modificación de los alimentos según su consistencia, adaptándose a las necesidades específicas del paciente

- Modificación del volumen del bolo:

Incrementa la sensopercepción, lo que optimiza el tiempo de reflejo de deglución (RDD).

- Conductas alimentarias:

Estas incluyen precauciones como la supervisión y las indicaciones de un cuidador y evitar distracciones durante las comidas, especialmente en el caso de pacientes con deterioro cognitivo.

Impacto:

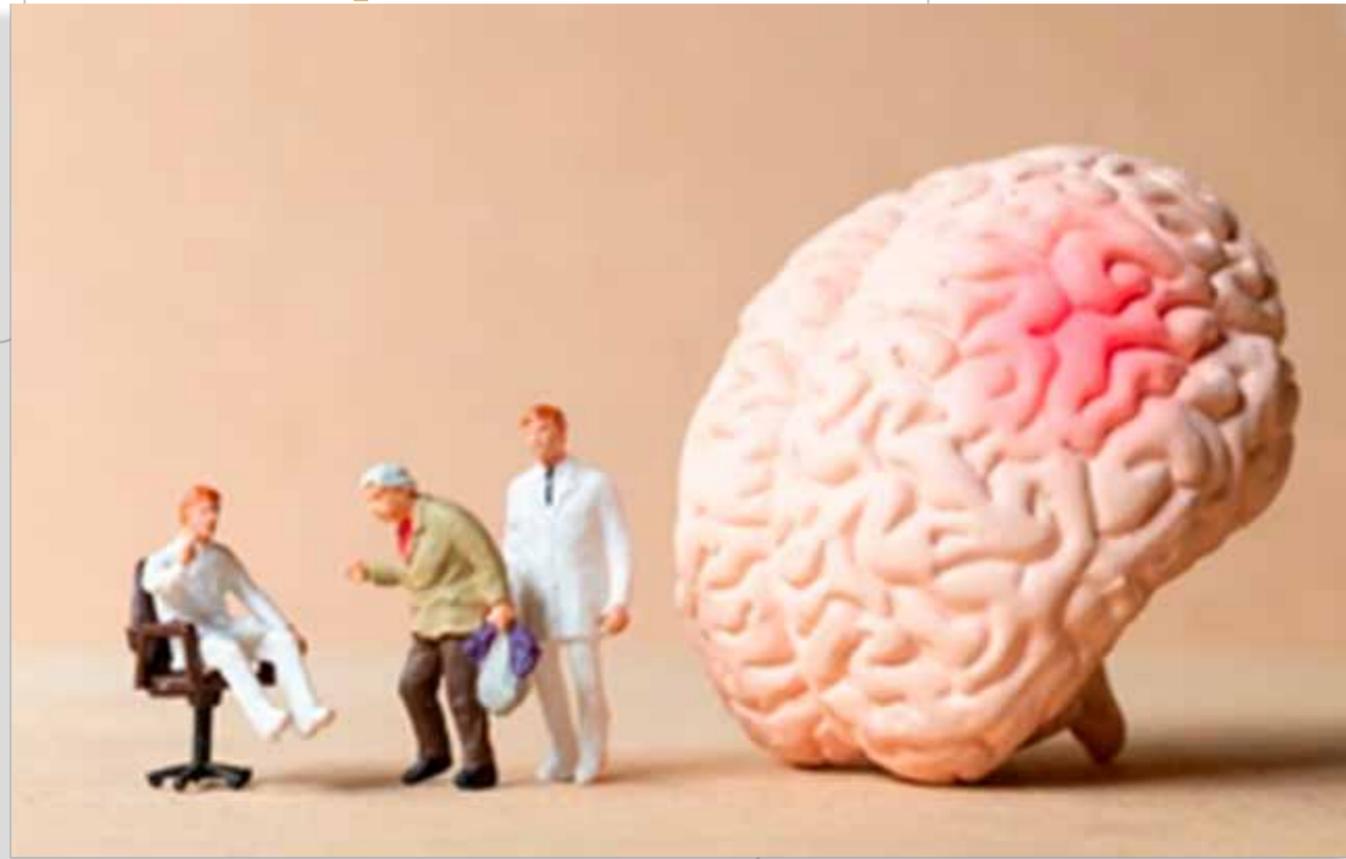
La terapia convencional y la electroestimulación neuromuscular tienen un impacto significativo en la rehabilitación de la disfagia en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (ACV). La terapia convencional, basada en técnicas fonoaudiológicas como ejercicios motores orales, maniobras deglutorias, estrategias posturales y adaptación de la dieta según la consistencia de los alimentos, ha demostrado ser altamente eficaz. Su aplicación favorece una deglución más segura, reduce el riesgo de aspiración y sus complicaciones respiratorias, y promueve la neuroplasticidad, facilitando la reorganización funcional del sistema nervioso central. Gracias a su sólida evidencia científica, esta terapia es considerada el abordaje principal en la rehabilitación de la disfagia post-ACV.

Por otro lado, la electroestimulación neuromuscular (EENM) se presenta como una intervención complementaria que utiliza corrientes eléctricas de

baja intensidad para estimular los músculos orofaríngeos. Esta técnica puede mejorar la fuerza y coordinación de la deglución, siendo especialmente útil en pacientes con déficit motor severo o con baja respuesta a la terapia convencional. Además, se ha observado que la EENM activa áreas cerebrales relacionadas con la función deglutoria, contribuyendo así al proceso de recuperación neurológica. No obstante, aunque los resultados son prometedores, la evidencia científica aún es limitada y los efectos varían según el protocolo utilizado y las características del paciente.

En conjunto, ambas estrategias pueden generar mejores resultados cuando se combinan de forma personalizada. La integración de la terapia convencional con la electroestimulación potencia los efectos terapéuticos, acelera la recuperación funcional y mejora la calidad de vida de los pacientes, convirtiéndose en un enfoque integral y eficaz en el tratamiento de la disfagia post-ACV.

¿Cómo ha sido el abordaje fonoaudiológico desde la disfagia a nivel de Colombia en los pacientes con ACV?



En Colombia, el abordaje fonoaudiológico de la disfagia en pacientes con ACV ha ido ganando mayor reconocimiento dentro del sistema de los servicios de salud y entidades prestadores de servicios médicos, especialmente en unidades de cuidados intensivos y hospitales de alta complejidad. En los últimos años, se ha fortalecido la inclusión del fonoaudiólogo en equipos multidisciplinarios en el

manejo terapéutico de los pacientes, lo cual ha permitido la detección precoz y la intervención oportuna de los trastornos deglutorios. A pesar de los avances, persisten retos como la falta de acceso equitativo a servicios especializados en zonas rurales, la necesidad de formación continua en técnicas avanzadas (como la electroestimulación) y la estandarización de protocolos clínicos en el abordaje de la disfagia neurogénica.

Discusión

La disfagia orofaríngea es una complicación frecuente tras un ACV, con importantes implicaciones clínicas como el riesgo de neumonía, desnutrición y aumento de la mortalidad. Aunque la rehabilitación convencional es esencial, su eficacia puede ser limitada en casos severos. En este contexto, la electroestimulación neuromuscular (EENM) se presenta como una alternativa complementaria prometedora, al mejorar la función deglutoria mediante

la estimulación directa de la musculatura implicada. Su aplicación, sin embargo, requiere una evaluación individualizada y personal capacitado para evitar efectos adversos. A pesar de su potencial, se evidencia la falta de estudios locales que respalden su uso. Por tanto, es clave fomentar investigaciones nacionales y fortalecer la formación de los profesionales en esta técnica, dentro de un abordaje interdisciplinario.

Conclusiones

De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada el accidente cerebrovascular representa una condición de alto impacto en la salud pública, siendo una causa importante de discapacidad, especialmente cuando se acompaña de complicaciones como la disfagia orofaríngea. Esta alteración de la deglución no solo compromete la nutrición y la calidad de vida del paciente, sino que también eleva el riesgo de infecciones respiratorias, ingresos hospitalarios y mortalidad. Aunque la rehabilitación convencional sigue siendo esencial, la incorporación de tecnologías complementarias como la electroestimulación neuromuscular (EENM) ha mostrado resultados prometedores en la mejora de la función deglutoria, especialmente en casos severos.

Desde la intervención fonoaudiológica, resulta crucial integrar la EENM con la te-

rapia convencional para potenciar los resultados terapéuticos. Esta combinación permite una intervención más efectiva al estimular tanto la musculatura implicada en la deglución como los procesos neurológicos relacionados, facilitando la recuperación funcional del paciente. La EENM no sustituye la terapia tradicional, sino que la complementa, ampliando las posibilidades de éxito clínico cuando se aplica de manera individualizada y basada en evidencia. Por ello, es indispensable fomentar investigaciones locales que validen su uso, así como formar a los profesionales fonoaudiólogos en el manejo seguro y eficiente de esta herramienta. Un abordaje integral y multidisciplinario, que contemple estas estrategias, representa el camino hacia una atención más completa, eficaz y humanizada en el tratamiento de la disfagia post-ACV.



Referencias

- Alarcón, J., Pérez, M., & Gómez, L. (2022). Modelo basado en características clínicas para identificar pacientes con disfagia orofaríngea neurogénica. *Revista Cuidarte*, 13(2), 1-12. <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/3861/3153>
- Arreola, V., Llorente, M. T., Martín, A., & Bolívar-Prados, M. (2018). Evaluación clínica de la disfagia orofaríngea: utilidad del test volumen-viscosidad (V-VST). *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 110(11), 746-752. <https://doi.org/10.17235/reed.2018.5667/2018>
- Alvarado Meza, J., Vargas García, M. A., & Eusse Solano, P. A. (2019). Efectos de la Electro-Estimulación Neuro Muscular en adultos disfágicos con secuelas de Accidentes Cerebro-Vasculares: Revisión de literatura.. *Areté*, 19. Obtenido de: <https://arete.ibero.edu.co/article/view/6321-1>
- Carnaby-Mann, G., & Crary, M. A. (2007). Examining the evidence on neuromuscular electrical stimulation for swallowing: a meta-analysis. *Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 133(6), 564-571. <https://doi.org/10.1001/archotol.133.6.564>
- Clavijo, F., & Suárez, N. (2020). Abordaje de la disfagia post-ACV: rol del fonoaudiólogo en Colombia. *Revista Colombiana de Fonoaudiología*, 30(1), 23-31. <https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/RCF>
- Ggonzález, R. (2015). Disfagia en el paciente con enfermedad cerebrovascular. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 21(1-3), 97-108. <https://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2015/06/disfagiaenelpaciente.pdf>
- Fernández, A., Sánchez, M., & Rodríguez, E. (2009). Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización. *Revista de Neurología*, 48(3), 1-8. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000100007
- López, M., García, A., & Torres, J. (2022). Factores pronóstico de la disfagia luego de un ataque cerebrovascular. *Revista de Salud Universidad del Rosario*, 16(2), 45-55. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/5371>
- Martínez, R., Navarro, C., & Ruiz, S. (2019). Influencia del ictus en el estado nutricional y su relación con la disfagia. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 50(1), 12-19. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-influencia-del-ictus-el-estado-S2013524619300066>
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756-2763. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb>
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). (2015). Guía de disfagia. Documento de Consenso SEMergen. <https://semergen.es/files/docs/grupos/digestivo/manejo-disfagia-ap.pdf>
- Rodríguez, C., & Pérez, L. M. (2021). Efectividad de la terapia convencional versus estimulación eléctrica en la rehabilitación de disfagia post ACV. *Fisioterapia Colombia*, 25(2), 45-52.
- Vázquez, A., Pérez, L., & González, T. (2023). Incidencia y factores de riesgo de disfagia post extubación en pacientes críticos. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 43(2), 78-89. <https://revistas.ucm.es/index.php/RLOG/article/view/88024>

Presentado por:
Angie Tatiana Dimaté Duarte ID:100071690
Daniela Alejandra Moncada Proaños: ID 100105157
Karen Edith Mendiz Perez ID:100032992
Lizeth Xiomara Poveda Beleño: ID 100097291
Docente asesor:
Olga Gonzalez P.
Práctica clínica
Corporación Universitaria Iberoamericana

