Rehabilitación logopédica de la disfagia mediante técnicas compensatorias y rehabilitadoras en una paciente con enfermedad cerebrovascular en fase crónica.

Mathilde Faro
Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Logopedia, Ciencias de la Salud.
Barcelona, Cataluña

Irene Jodar
Universitat Oberta de Catalunya. Estudios de Psicología Clínica y Ciencias de la Educación.
Barcelona, Cataluña

Índice

1. Resumen y abstract ... 4

2. Marco teórico ... 5

2.1. El accidente cerebrovascular ... 5

2.1.1 Historia ... 5

2.1.2 Definición y etiología ... 5

2.1.3 Pronóstico ... 5

2.1.4 Los factores de riesgo ... 6

2.1.5 Incidencia y prevalencia ... 6

2.2 La deglución ... 7

2.2.1 Definición ... 7

2.2.2 Fisiología: las tres fases ... 7

2.2.3 El control nervioso ... 8

2.3 Los trastornos de la deglución post- ACV ... 8

2.3.1 Definición de la disfagia ... 8

2.3.2 Prevalencia y incidencia ... 9

2.3.3 Las aspiraciones ... 9

2.3.4 Las repercusiones en la calidad de vida ... 10

2.4 El tratamiento ... 10

2.4.1 La plasticidad cerebral ... 10

2.4.2 Una atención multidisciplinaria ... 11

2.4.3 Adaptación de texturas ... 11

2.4.4 El papel de la logopeda ... 12

2.4.5 Las técnicas compensatorias y rehabilitadoras ... 12

2.4.6 La importancia de la familia ... 13

2.5 Objetivos ... 13

3. Metodología - diseño e implementación de la propuesta ... 14

3.1 Contexto y participantes ... 14

3.2 Instrumentos de evaluación e intervención ... 15

3.2.1 Evaluación ... 15

3.2.2 Intervención ... 17

3.3 Diseño de recogida de datos ... 20

3.4 Procedimiento ... 20

3.5 Análisis de los datos *22*

4. Resultados y conclusiones ***26***

4.1 Evaluación logopédica *26*

4.2 Videofluoroscopia *29*

4.3 Recomendaciones *32*

5. Referencias bibliográficas ***34***

6. Anexos ***36***

1. Resumen y abstract

Resumen

En la actualidad, no hay un gran conocimiento sobre las intervenciones que se pueden implementar en casos de disfagia en pacientes neurológicos.

En el presente Trabajo Final de Grado, pretendemos conocer el efecto de la rehabilitación logopédica de la disfagia mediante técnicas de compensación y rehabilitadoras en una paciente que ha sufrido un accidente cerebrovascular hemorrágico.

Para conseguir el objetivo planteado, se seleccionó una muestra con único sujeto: una mujer de 47 años diagnosticada de disfagia tras haber sufrido un accidente cerebrovascular hemorrágico. Se realizó una evaluación pre-post 4 meses de intervención logopédica. Se llevó a cabo un estudio observacional de caso único, analizando los datos obtenidos con una metodología mixta.

Los resultados de la intervención fueron una mejoría notable en las habilidades deglutorias de la paciente. No obstante, para poder generalizar los resultados obtenidos, sería conveniente realizar un estudio con una muestra más amplia sobre un periodo de tiempo más largo.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular, disfagia, rehabilitación logopédica

Abstract

Currently, dysphagia presents little knowledge about the interventions that exist to restore food intake in neurological patients.

In this Final Work of Degree, we intend to learn about the effect of speech therapy rehabilitation of dysphagia through compensation and rehabilitation techniques in a patient who has suffered a hemorrhagic stroke.

To achieve this objective, a sample with only one subject was selected: a 47 year's old woman diagnosed with dysphagia after having suffered a hemorrhagic stroke. An evaluation pre-post 4 months of speech therapy rehabilitation was performed. A single case observational study was carried out, analyzing the data obtained with a mixed methodology.

The results of the intervention were a notable improvement in the swallowing abilities of the patient. However, it should be remembered that in order to generalize the results obtained, it would be desirable to conduct the study with a larger sample over a longer period of time.

Key Words: dysphagia, stroke, speech therapy's rehabilitation

2. Marco teórico

2.1. El accidente cerebrovascular

2.1.1 Historia

Los Accidentes Cerebrovasculares (ACV) son afecciones agudas conocidas desde el siglo cuarto antes de nuestra era. Fueron nombrados 'apoplejía' por Hipócrates. Este término significa en griego: «aplastado por un golpe violento», porque las víctimas de ACV suelen quedar repentinamente paralizadas y su calidad de vida se degradaba rápidamente. La primera asociación de esta enfermedad con las patologías vasculares del cerebro fue hecha por Johann Jacob WEPFER en 1658. En la autopsia, observó en algunos pacientes una oclusión arterial y en otros una hemorragia masiva (Leemann, Sergi, Sahinpasic, & Schnider , 2016).

2.1.2 Definición y etiología

La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha definido como «un síndrome clínico de desarrollo rápido debido a una perturbación focal de la función cerebral de origen vascular y de más de 24 horas de duración, que dependiendo de la localización y del tamaño de la lesión, tiene consecuencias variables". Es la primera causa de discapacidad motora adquirida de los adultos, la segunda causa de demencia después de la enfermedad de Alzheimer, la tercera causa de muerte para los hombres (después de los cánceres y las cardiopatías isquémicas) y la primera para las mujeres (antes de las cardiopatías isquémicas y el cáncer de mama) (Vogel, 2017). El ACV es causado por una interrupción repentina de la vascularización de una parte del cerebro (Jones, Cartwright, Whitworth, & Cocks, 2018). Puede tratarse de:

- Isquemia obstructiva que causa un infarto cerebral. Este tipo de ictus es el más frecuente (80% de los accidentes cerebrovasculares),
- La rotura de una arteria, provocando hemorragia intracerebral (15%) o hemorragia meningeal (5% de los accidentes cerebrovasculares).

2.1.3 Pronóstico

El pronóstico de recuperación dependerá de la severidad de la lesión, las complicaciones, el desarrollo del control motor, el tono muscular y la afectación de la sensibilidad profunda. No obstante, existen indicadores que permiten precisar la evolución y la recuperación de estos pacientes. Hay varios factores que se deben tener en cuenta en relación con el pronóstico de una lesión cerebral: las características del paciente, las características clínicas tras la lesión, las particularidades radiológicas de la lesión y las propiedades clínicas y funcionales durante

la evolución. Las características clínicas engloban el control de tronco, la función motora de las extremidades, la ausencia de recuperación precoz, los déficits cognitivos, el estado emocional, la incontinencia de esfínteres, los déficits somatosensoriales, la existencia de ictus previos, la funcionalidad o dependencia previa al ictus, la edad, el sexo y la etiopatogenia.
Por un otro lado, hay una serie de factores modificables que influyen directamente en la recuperación funcional de los pacientes que han sufrido un ACV, entre los que destacan el tiempo de inicio de la vida diaria y los problemas que la persona presenta para restablecer su vida social, el inicio, la duración e intensidad de la rehabilitación y el lugar donde se desarrolla. Existen diferentes estudios experimentales sobre los mecanismos neurobiológicos implicados en la recuperación neurológica tras el ACV que indican que hay un corto periodo durante el cual el proceso de recuperación está óptimo y la respuesta a los tratamientos rehabilitadores puede ser máxima. Un retraso en el inicio de la rehabilitación se relaciona con una disminución de la reorganización cortical y una reducción de las oportunidades de conseguir una adecuada recuperación funcional (Campos & González, 2020).

2.1.4 Los factores de riesgo

La probabilidad de sufrir un ACV varía en función de ciertos factores incidentales en la fisiopatología del ACV, relacionados con la persona y su entorno físico o social: son los factores de riesgo. Los factores de riesgo del ACV son comunes a todas las enfermedades vasculares. Algunos factores no se pueden modificar, como la edad, el sexo y los antecedentes familiares. El riesgo aumenta con la edad, ser de sexo masculino y tener familiares que hayan padecido un ACV. Los factores de riesgo modificables son numerosos, pero un tercio de los riesgos se debe a cinco factores: la hipertensión arterial (HTA), el tabaquismo, la hiperlipidemia, la diabetes y la obesidad (Bassols-Woisard & Puech, 2016).

2.1.5 Incidencia y prevalencia

El ACV es una de las principales prioridades de salud pública por su frecuencia y morbimortalidad. La OMS predice que habrá un aumento de la incidencia de los ACV de 16 millones en 2005 a 23 millones en 2030. Esta patología afecta a una persona cada 5 segundos en el mundo. Así, en Francia, cada año 150.000 personas se ven afectadas, una cada 4 minutos, entre ellos 62.000 morirán. Esta cifra tiende a crecer debido al aumento y el envejecimiento de la población (Vogel, 2017).

2.2 La deglución

2.2.1 Definición

La deglución es un proceso complejo y coordinado en el que los nervios craneales transmiten estímulos periféricos (orofaringe y esófago) y centrales (corticales y sub-corticales), hasta los centros deglutorios en el tronco encefálico, donde tiene lugar la respuesta motora, finalmente transmitida por las motoneuronas de los pares craneales hasta la musculatura del tracto digestivo (Vilardell, 2017). Por lo tanto, es un acto de gran complejidad, ya que pone en juego varias estructuras anatómicas. La integridad y la sinergia de estas estructuras son indispensables para lograr un gesto óptimo. Así, antes de describir las patologías que pueden obstaculizar una buena deglución, parece necesario efectuar un recordatorio de la anatomía y de la fisiología de los órganos que contribuyen a ella (Bassols-Woisard & Puech, 2016).

2.2.2 Fisiología: las tres fases

La deglución toma la forma de una secuencia motriz que se desarrolla en un orden inmutable y bajo el control de un programa central.

La progresión del bolo se realiza en 3 fases: las fases oral, faríngea y esofágica. Algunos autores suelen incluir una fase suplementaria, en efecto, toda deglución va precedida de una fase preparatoria (Bassols-Woisard & Puech, 2016). La fase oral corresponde a un acto voluntario, mientras que las fases faríngea y esofágica se consideran como actos inconscientes.

- Durante la fase oral, los alimentos se introducen en la boca y se mantienen encerrados con el cierre hermético de los labios. La lengua los lleva entre los dientes: son triturados y preparados para formar un bolo alimenticio compacto que es dirigido hacia la faringe mediante la contracción de la lengua contra el paladar.
- En el momento en el que el reflejo de la deglución se activa, empieza la fase faríngea. El bolo alimenticio desciende en la faringe gracias al peristaltismo. Durante el transporte de los alimentos, es primordial que las vías respiratorias estén protegidas: el velo del paladar se eleva para evitar los reflujos nasales, las cuerdas vocales se cierran, las aritenoides basculan, la epiglotis baja y la laringe sube para proteger los pulmones.
- En la última fase esofágica, los músculos del esófago se contraen para llevar la comida al estómago. La respiración se reanuda y empieza el proceso de digestión (Vilardell, 2017).

2.2.3 El control nervioso

El control nervioso de la deglución se organiza en dos niveles (Vilardell, 2017):

- Un nivel de actividad reflejo, involuntario, cuya secuencia motriz no pueda interrumpirse. El arco reflejo se conduce por las vías aferentes o sensitivas correspondientes (nervios craneales V, VII, IX, X y XI), el centro nervioso de deglución en el tronco encefálico en cada hemibulbo (compuesto por dos regiones: el núcleo del tracto solitario en la región dorsal y el núcleo ambiguo en la región ventral) y las vías eferentes o motoras (nervios craneales V, VII, XII y núcleo ambiguo, este último agrupando los núcleos motores de los nervios IX, X, XI). Este arco se encarga de la actividad faringoesofágica.
- Un nivel de control voluntario, de activación cortical, correspondiente a la actividad bucal y al desencadenamiento voluntario del reflejo de deglución. La corteza motora informa al centro bulbar de la deglución a través del haz corticobulbar.

La corteza, permite además, la realización de los actos voluntarios de preparación del bolo y el desencadenamiento voluntario de la deglución, de la apnea y de la tos en ausencia de estimulación sensorial (Vogel, 2017). La representación de los músculos de la deglución en la corteza motora y premotora es bilateral y asimétrica, lo que explica la aparición de un trastorno de la deglución en caso de lesión unilateral. La recuperación se debe a un aumento de la representación cortical del lado sano gracias a la plasticidad cerebral. El lado dominante para la deglución no corresponde necesariamente a la lateralidad del individuo (Sproson, Pownall, Enderby & Freeman, 2018).

2.3 Los trastornos de la deglución post- ACV

2.3.1 Definición de la disfagia

El trastorno de la deglución de origen neurológico es frecuente después de un accidente cerebrovascular (Leemann et al., 2016). La disfagia, en griego dys, que significa disfunción, y phagein, comer, se define como «la dificultad para tragar, como un trastorno de la deglución o, más precisamente, una dificultad para transferir la comida de la cavidad oral al estómago a través de la faringe y el esófago» (Bassols-Woisard & Puech, 2016). Según Hendrix (1980) podemos clasificar las disfagias en dos categorías : la primera es la disfagia orofaríngea, que afecta a la fase oral y faríngea por dificultades de transferencia del bolo de la boca hacia la faringe y el esófago. Provoca una regurgitación oral o nasal, una aspiración traqueal, una adherencia salival y alimentaria a nivel faríngeo, así como una mala propulsión faríngea. El segundo tipo es la disfagia esofágica, afecta a la fase esofágica por la dificultad de transportar

el bolo a lo largo del esófago hacia el estómago. Se manifiesta por una sensación de opresión al tragar, que puede dar la impresión de tener el bolo alimentario atascado en la base de la garganta. Las consecuencias de la disfagia pueden ser desnutrición, deshidratación, infecciones broncopulmonares con una hospitalización en reanimación en un 30% de los casos, así como sinusitis por reflujo nasal (Vogel, 2017). Aunque los trastornos de la deglución se han reconocido desde hace una década, la asociación frecuente de estos trastornos después de un ACV y sus consecuencias sólo se han detectado en los últimos años (Bassols-Woisard & Puech, 2016).

2.3.2 Prevalencia y incidencia

Se estima que el 50% de los pacientes desarrollan disfagia después de un ictus. Además, el tiempo transcurrido entre el ictus y la evaluación condiciona los valores de la prevalencia de disfagia, con el 64-78% de pacientes afectados en la fase aguda, que disminuye en la fase crónica a un 40-81% (Suárez-Escudero, Rueda, & Orozco, 2018). La disfagia puede tener una mejoría espontánea, pero existe en un11-50% de los casos, una incapacidad a largo plazo. En la mayoría de los casos, los trastornos de deglución de origen neurológico se manifiestan mediante una disfunción sensorial de los tiempos oral y faríngeo. El retraso en la activación del reflejo de la deglución es mayor, hasta el 91% de los pacientes en los primeros 3 meses. El tiempo faríngeo puede prolongarse, lo que da lugar a una estasis de los residuos en los senos piriformes y, posteriormente, a su aspiración por las vías respiratorias. La deficiencia sensorial de la laringe es común, lo que conduce a una aspiración silenciosa en un 25% de los casos y predispone al riesgo de neumonía (Leemann et al., 2016).

2.3.3 Las aspiraciones

Las aspiraciones pueden definirse como el paso de saliva, líquidos o alimentos por las vías respiratorias superiores. Se pueden categorizar en función del momento de aparición en relación con el desencadenamiento del reflejo de deglución (inicio del tiempo faríngeo):

- Antes de la deglución, debido a un control inadecuado del bolo en la cavidad oral o a un retraso en la activación del tiempo faríngeo.
- Durante la deglución, debido a un fallo de cierre velofaríngeo que provoca fugas por la nariz o a un defecto de cierre de la laringe por la ausencia de cierre glótico.
- Después de la deglución, debido a un defecto de cierre laríngeo o a un defecto de transporte faríngeo.

No todos los pacientes con disfagia experimentan aspiraciones, aproximadamente la mitad de ellos. La proporción de aspiraciones en la disfagia varía entre el 43,2% y el 53,5% (Suárez-Escudero et al., 2018). Las aspiraciones se deben a menudo a la alteración del cierre laríngeo, pero también a la sobrecarga alimentaria o líquida de la faringe. Todo el mundo tiene la experiencia de una aspiración, pero su efecto tiene variaciones importantes. Varios factores intervienen en este efecto sobre el aparato respiratorio: la cantidad, la profundidad de la aspiración, las propiedades de las sustancias aspiradas, y finalmente los mecanismos de expulsión pulmonar. Estos incluyen la acción ciliar y la tos. Si la aspiración provoca un reflejo tusígeno fuerte, esto permite liberar las vías respiratorias. En caso de déficit sensitivo, la aspiración silenciosa puede ocurrir (Sproson et al., 2018). La mayoría de los estudios no muestran correlación entre la localización de las lesiones cerebrales y las manifestaciones clínicas de los trastornos de la deglución (Vogel, 2017).

2.3.4 Las repercusiones en la calidad de vida

La disfagia tiene repercusiones inevitables en el bienestar general y la calidad de vida de la persona, esta puede ser un factor que altera los nervios tanto del paciente como de la familia. La adaptación de la alimentación es necesaria para garantizar la seguridad del paciente. Esta condición, que además cultiva un miedo y perjudica al deseo de comer, limita las apariciones en público del sujeto con disfagia, evitando reuniones y encuentros sociales que contengan espacios y tiempos para alimentarse. Se puede también hablar de repercusiones económicas en la vida del paciente con disfagia dado los altos costos de las intervenciones a las cuales se tienen que recurrir. Además, ciertos gastos se añaden en la vida cotidiana como la compra de espesantes y utensilios especiales. Un cambio comportamental de la persona puede suceder como efecto del estrés, de la monotonía y de la disminución física. Los aspectos emocionales, psicológicos y sociales del paciente tienden a verse alterados debido a las diferentes restricciones en la ingesta, los riesgos en la seguridad de la deglución y el miedo de asfixia y de muerte. Todas estas características limitantes aíslan al sujeto, repercutiendo sobre su autoestima y a veces, sobre su voluntad de mejoría (Vargas-García,2017).

2.4 El tratamiento

2.4.1 La plasticidad cerebral

La rehabilitación funcional del paciente disfágico se basa en la plasticidad cerebral (Suárez-Escudero et al., 2018). El entrenamiento de la función deglutoria permite mantenerla mediante la modificación de sus representaciones corticales y subcorticales, así como de sus componentes fisiológicos, mientras que una deficiencia de la actividad neuronal hace difícil la recuperación a largo plazo (Sproson et al., 2018). La plasticidad cerebral se define como la

capacidad del sistema nervioso para cambiar y adaptarse en respuesta a la estimulación ambiental, experiencias, comportamientos, traumatismo o enfermedad. Se considera que es la base de los fenómenos de aprendizaje para el cerebro normal y de la recuperación para el cerebro dañado. Esta capacidad de las neuronas para recrear los vínculos sinápticos permitirá a las zonas no afectadas del cerebro suplir las funciones perdidas de las regiones necróticas. (Bassols-Woisard, & Puech, 2016).

2.4.2 Una atención multidisciplinaria

El seguimiento médico y paramédico de la disfagia post ACV requiere competencias específicas y variadas cuya organización no puede ser anodina y constituye en sí mismo un factor de eficacia. El desafío es importante porque se trata de reducir la mortalidad, prevenir y tratar las complicaciones, preservando el potencial de recuperación funcional. Se ha demostrado que el tratamiento especializado por parte de un equipo multidisciplinar mejora el pronóstico funcional del paciente. En cambio, pocos estudios tratan de la eficacia y el papel de las intervenciones de cada uno y de su necesaria coordinación (Bassols-Woisard & Puech, 2016). En este sentido, la OMS, en su reunión de febrero de 2017 «Rehabilitation 2030: a call for action», desea llamar la atención sobre las crecientes necesidades de rehabilitación, destacar el papel de la rehabilitación en la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible y pedir una acción mundial coordinada y concertada para fortalecer la rehabilitación en los sistemas de salud (Vogel, 2017). La «Haute Autorité de Santé» (HAS) defiende que «Todos los pacientes con trastornos de la deglución deben recibir rehabilitación mediante cambios en la textura de los alimentos, técnicas posturales, ejercicios orofaciales y maniobras de deglución planificada por el logopeda» (Bassols-Woisard & Puech, 2016).

2.4.3 Adaptación de texturas

La adaptación de texturas representa una práctica estándar en el tratamiento de pacientes con disfagia post ACV (Zheng, Li & Liu, 2014). La capacidad de deglución depende de la consistencia elegida, y las aspiraciones aparecen a menudo para una consistencia líquida. Espesando la bebida o el alimento, se puede compensar el déficit de deglución retrasando el tiempo orofaríngeo creando un bolo alimentario más coherente, más fácil de controlar. La adaptación de las texturas asociada al control postural permite controlar cerca del 80% de las falsas vías post ACV. La adaptación dietética es la más eficaz, seguida de la adaptación postural. (Bassols-Woisard & Puech, 2016).

2.4.4 El papel de la logopeda

Las logopedas desempeñan un papel vital para ayudar a reducir y prevenir complicaciones mediante una estrategia de intervención en las habilidades deglutorias (Jones et al., 2018). El objetivo de la atención logopédica en el tratamiento de los trastornos de la deglución de origen neurológico es mantener la autonomía y la alimentación oral durante el mayor tiempo posible, por ende, pretende compensar los déficits para que el paciente tenga un aporte hídrico y calórico suficiente durante la alimentación. La logopeda tendrá pues un papel de prevención, de información y de orientación para asegurar la deglución del paciente (Leemann et al., 2016). El programa de rehabilitación logopédica se basa en la evaluación de los déficits neuromusculares y de la severidad del trastorno. La etiología, el pronóstico, el contexto médico global, el estado psicológico del paciente y sus capacidades de adhesión a la atención son elementos importantes que se tienen que considerar. El programa terapéutico no es definitivo y debe ajustarse en función de la evolución del paciente (Bassols-Woisard & Puech, 2016). Los ejercicios empleados durante las sesiones son seleccionados en función de las capacidades del paciente.

2.4.5 Las técnicas compensatorias y rehabilitadoras

Las estrategias de adaptación o compensatorias son transitorias o definitivas según la evolución del trastorno y se eligen en función de los resultados de la evaluación funcional. Se refieren al entorno alimentario y al comportamiento del paciente durante la alimentación. Estas estrategias tienen una acción sobre el desarrollo de la deglución disminuyendo el síntoma o incluso haciéndolo desaparecer sin tener eficacia sobre el mecanismo fisiopatológico subyacente. Se enseñan y entrenan primero, sin introducir alimentos, luego se generalizan en las pruebas alimentarias. Incluyen modificaciones, estrategias o maniobras destinadas a obtener un beneficio inmediato para la seguridad y eficacia de la deglución. Las diferentes técnicas pueden ser: modificar la forma de alimentarse, modificar el tipo y la textura de los alimentos o manipular la postura corporal y la posición de la cabeza.

Los métodos rehabilitadores son terapias directas diseñadas para restaurar la función de deglución y para producir un cambio permanente a través del tiempo en la fisiología de la deglución. Requieren la participación activa del paciente y de su familia (Jones et al., 2018). Estos ejercicios tienen como objetivo la mejora de cada fase de la deglución para obtener modificaciones a nivel fisiológico con el fin de favorecer la reinstalación de los automatismos necesaria para una buena deglución (Bassols-Woisard & Puech, 2016). Se centran en:

- La estimulación del tiempo oral mediante el aumento de las informaciones propioceptivas y sensoriales. Se trata de un trabajo de reconocimiento gnóstico mediante la manipulación de objetos en la boca. Las presiones digitales sobre la parte

anterior de la lengua permiten iniciar la secuencia motriz de la deglución, mientras que las presiones sobre el suelo de la boca inician los movimientos de propulsión.

- El control motor y voluntario del bolo alimentario, así como su cohesión y propulsión, gracias al aumento del tono muscular mediante la realización de praxias bucofaciales.
- La estimulación del tiempo faríngeo gracias al aumento de la información sensitiva mediante estimulaciones térmicas y masajes, así como el uso del reflejo de la succión-deglución. El terapeuta debe realizar un trabajo sobre el control de la respiración, sobre el refuerzo de la oclusión glótica, sobre la ascensión laríngea, sobre el desarrollo de una tos eficaz, así como sobre el posicionamiento de la cabeza y del tronco.
- El retraso en la activación faringe: el objetivo es compensar un defecto de cierre velofaríngeo por el aumento de las sensaciones propioceptivas de la zona velofaríngea y de la base de lengua. El paciente tiene que aprender a controlar y gestionar el bolo alimentario a lo largo de la base de la lengua antes de deglutirlo (Bassols-Woisard & Puech, 2016).

2.4.6 La importancia de la familia

Como se mencionó anteriormente, la atención logopédica en la disfagia post ACV necesita una estrecha colaboración entre el equipo multidisciplinar, pero es también de vital importancia incorporar a la familia. En efecto, la información proporcionada a la familia es esencial, ya que a menudo, la disfagia no es constatada por el entorno, incluso minimizada en comparación con otros trastornos, en particular los que afectan las funciones superiores y el lenguaje. Las disfagias de origen neurológico entran en un cuadro complejo, la mayoría del tiempo vienen asociadas a otros trastornos tal que la afasia, la disartria, un estado confuso, incluso la demencia (Zheng et al., 2014). El equipo tiene que mantener la familia informada sobre la evolución del paciente y la conducta a seguir (Bassols-Woisard & Puech, 2016).

2.5 Objetivos

El presente estudio plantea como objetivo principal: conocer el efecto de la rehabilitación logopédica mediante técnicas compensatorias y rehabilitadoras en la disfagia. Como primer objetivo específico, observar el efecto de la rehabilitación logopédica en el tono, motricidad y sensibilidad buco-faríngea de una paciente con afectación neurológica. El segundo objetivo específico consiste en valorar el impacto de la rehabilitación logopédica en los mecanismos fisiopatológicos identificados en las 3 fases de la deglución.

3. Metodología - diseño e implementación de la propuesta

A continuación, se explica el desarrollo de la metodología que se ha llevado a cabo para alcanzar los objetivos planteados.

3.1 Contexto y participantes

En el contexto del estudio, la clínica Bonneveine en Marseille, Francia, se detectó un alto porcentaje de pacientes con trastornos de la deglución.

El criterio para la selección de la muestra fue: los pacientes tenían que presentar trastornos de la deglución tras haber sufrido un accidente cerebrovascular. En lo que se refiere a los criterios de exclusión, se descartaron todos los pacientes que presentaban trastornos de la deglución de origen neurodegenerativo o no neurológico.

En los pacientes que recibíamos en consulta, una única respondía a los criterios determinados: Señora M, una mujer de 47 años, ama de casa. En este sentido, se determinó una muestra con un único sujeto.

La paciente tuvo un hematoma capsulo talámico izquierdo y lesiones cerebolosas bilaterales después de haber sufrido un accidente cerebrovascular hemorrágico, el 5 de diciembre 2019. Esto provocó una afasia mixta, trastornos de la deglución, heminegligencia y hemiplejía derecha completa. En lo que se refiere a las estructuras implicadas en el proceso de deglución, la paciente llegó a la clínica con un informe de derivación que indicaba una cavidad bucal sana con una dentición preservada y una lengua sin signos de deshidratación. La sensibilidad y la motricidad de la esfera oral se encontraban alteradas. El esfínter labial estaba afectado: la paciente tenía la boca abierta en reposo y se podían observar residuos alimentarios en la comisura labial durante la alimentación. El reflejo de la deglución funcionaba de manera retrasada, no obstante, el ascenso de la laringe era adecuado. Presentaba insuficiencia velofaríngea que generaba un ronquido audible mientras estaba despierta. El esfínter glótico estaba también alterado con una voz débil y una tos voluntaria inexistente. Las cuerdas vocales eran móviles y simétricas, no obstante, existía un trastorno de la sensibilidad a nivel laríngeo y faríngeo. Se alimentaba con texturas adaptadas, suaves y fluidas (tipo compota) y la hidratación se realizaba con espesantes de líquidos para conseguir una textura néctar.

3.2 Instrumentos de evaluación e intervención

3.2.1 Evaluación

En primer lugar, antes de empezar la intervención, se entregó al represente legal de la paciente el consentimiento informado por parte de la universidad, en el cual se reflejan todas las condiciones y características que forman parte del proceso de Trabajo Final de Grado. Es importante mencionar que el protocolo del estudio se adhiere a los principios éticos generales que regentan la ética de la investigación como por ejemplo la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013). El representante legal (el marido de la paciente) ha aprobado su participación en el estudio y ha firmado el documento.

Evaluación logopédica

La evaluación logopédica en el contexto de los trastornos de la deglución del adulto no se aparta de las reglas atribuidas generalmente a una evaluación: se trata de "un acto inicial indispensable para toda decisión terapéutica, que permita al logopeda, con ayuda de la entrevista y de la anamnesis, mediante pruebas y herramientas de evaluación, especificar un trastorno, juzgar la necesidad inmediata o diferida de una reeducación» (Bassols-Woisard & Puech, 2016). El enfoque debe ser riguroso para poder responder de la mejor manera posible a los diferentes objetivos planteados.

Los objetivos principales son:

- Evaluar el riesgo frente a la alimentación oral
- Implementar adaptaciones dietéticas y ambientales que permitan la rápida regresión de los síntomas y una mayor tolerancia del trastorno
- Los objetivos específicos son:
- Aportar elementos funcionales realizando una evaluación de las competencias dinámicas del paciente y de sus capacidades de deglución.
- Elaborar un perfil analítico y funcional como base para la elaboración del programa de rehabilitación.

La evaluación logopédica de los trastornos de la deglución se organiza partiendo de la recogida de información mediante una entrevista permitiendo el análisis del trastorno y del contexto de vida del paciente y de un examen clínico permitiendo la evaluación funcional del trastorno (Bassols-Woisard & Puech, 2016). Engloba los siguientes puntos:

- La entrevista: recopilamos los datos personales de la paciente, así como sus antecedentes personales, médicos y quirúrgicos.
- La anamnesis: la información que valoramos se refiere a las condiciones de vida familiares y ambientales. La historia de la enfermedad puede aportar información sobre el contexto médico global, sobre el modo de aparición y la gravedad del trastorno, así como elementos sobre el pronóstico y las posibilidades de evolución en el tiempo. La recogida de información se realiza consultando los diferentes informes médicos.
- El estado general y las funciones asociadas a la deglución: Se evalúa la situación general o, más concretamente, la alteración de esta (cansancio, pérdida de peso, congestión bronquial…), el nivel de vigilancia, el grado de autonomía global, el grado de comunicación (producción y comprensión del lenguaje) y la conciencia del trastorno y las condiciones de vida.
- El contexto alimentario: Se valora recogiendo informaciones sobre la autonomía, las características y el modo alimentario.
- El examen clínico: Se centra en las anomalías anatómicas y neuromusculares: valoramos la morfología y la dinámica de las estructuras implicadas en el proceso de la deglución.

Viideofluoroscopia (VFC)

La VFC surge como el método diagnóstico de oro para el estudio de la disfagia. Este tipo de evaluación instrumental se realiza para objetivar las deficiencias fisiológicas de la deglución, las aspiraciones y la coordinación de la musculatura orofaríngea (Romero et al., 2018). Resulta útil para evaluar la pertinencia de determinadas estrategias terapéuticas para mejorar la seguridad de la deglución (por ejemplo, reducción del riesgo de aspiración) o hacerla más eficaz (mejora del paso de la comida y los líquidos de la boca a la faringe). Permite grabar los movimientos dinámicos mediante un formato de vídeo, mientras el paciente está tragando diferentes consistencias mezcladas con bario, se puede observar en tiempo real, además de las estructuras anatómicas, la progresión del bolo alimentario durante la deglución. Evalúa la seguridad y la eficacia de la deglución, así como los signos de alteración en las 3 fases deglutorias. Se observan los signos en las distintas etapas deglutorias: sello labial, formación del bolo, sello palatogloso, propulsión, aspiración a vía aérea y residuos en glotis. Se considera como complementaria a la evaluación logopédica sin alimento. En efecto, permite valorar el mecanismo fisiopatológico de las estructuras implicadas en la deglución mediante un ensayo de alimentación.

3.2.2 Intervención

Las técnicas compensatorias

- Modificación de la consistencia alimentaria

Según las recomendaciones escritas de la foniatra después de la videofluoroscopia, se adaptó la consistencia alimentaria a las capacidades deglutorias de la paciente, esto le ofreció una alimentación segura manteniendo un adecuado nivel de nutrición. En su caso, la foniatra indicó una textura tipo natilla, con espesantes de líquidos.

- Modificación de la postura

La paciente tuvo que adoptar una posición en concreto, es decir, tenía que estar sentada y realizar una ligera flexión anterior. La flexión anterior de la cabeza contribuye a la protección de la laringe, consiste en inclinar la cabeza, mentón en dirección del esternón. En esta postura, el movimiento anterior de la faringe permite disminuir las dimensiones de la entrada de la laringe; la base de la lengua y la epiglotis son proyectadas hacia la pared faríngea, provocando una expansión del espacio vallecular. Refuerza la protección y permite una mejor orientación del bolo alimenticio hacia los senos piriformes (Bassols-Woisard & Puech, 2016).

- Modificación del entorno

Era esencial que la paciente comiera en un entorno tranquilo, evitando todo tipo de distracción como puede ser la televisión o conversaciones durante la comida. Se debía respetar su ritmo y ofrecerle el tiempo necesario para la comida, siempre supervisando el ritmo de la ingesta. Acompañábamos la alimentación de instrucciones verbales claras y precisas.

Las técnicas rehabilitadoras

En base a los resultados de la evaluación, se planteó los diversos pasos que se tenían que seguir en cada sesión logopédica.

• **Masaje facial** (5 minutos)

Objetivo: Permitir la estimulación de las aferencias sensoriales, propioceptivas y sensoriales de la cara.

Instrucciones: Realizamos el masaje con un vibrador desde el interior hacia el exterior de la cara. Estimulamos los músculos uno por uno, de la parte superior hacia la parte inferior de la cara. La intervención se realiza primero en simetría, aumentando progresivamente la intensidad de las vibraciones, para luego concentrarse en el lado paralizado.

Material: Guantes y cepillo vibrante

• **Masaje intraoral** (5 minutos)

Objetivo: Desensibilizar la zona perioral e intraoral mediante la relajación de la fibra muscular.

Instrucciones: Con el pulgar dentro de la boca y el índice en la cara, realizamos movimientos de estiramiento del interior hacia el exterior en ambos lados en las siguientes zonas:

1. Labio superior
2. Labio inferior
3. Encías
4. Mejillas

Material: Guantes

• **Crioterapia** (10 minutos)

Objetivo: Desensibilizar la zona oral, dinamizando la vascularización y estimulando la circulación sanguínea.

Instrucciones: Empezamos tocando su mano de lado sano (izquierdo) con el parche de hielo, sacado del congelador y preliminarmente envuelto en una gasa. Le preguntamos qué siente en la mano, una vez identificado el frío, empezamos el trabajo facial. Estimulamos primero ambos lados a la vez, para luego concentrarse en el lado paralizado. Distinguimos 3 zonas:

• Parte superior: frente/ojos

• Parte media: nariz/mejilla

• Parte inferior: labios/mentón/cuello

Realizamos la crioterapia de la parte superior hacia la parte inferior de la cara en los siguientes músculos:

• Frontal

• Temporal

• Masetero

• Supra e infrahioideos

• Cigomático mayor y menor

• Bucinador

• Risorio

• Depresor de la comisura bucal

• Elevador de la comisura bucal y del labio superior

• Orbicular de los labios

Material: Parche de hielo, gasa y guantes

• **Praxias bucofaciales** (10 minutos)

Objetivo: Obtener una mejor amplitud de los movimientos bucofaciales, además de una fuerza y un tono muscular adecuado.

Instrucciones: Las praxias se realizan en el orden siguiente;

1. Praxias linguales

• Sacar la lengua hacia delante

• Sacar la lengua a la derecha

• Sacar la lengua a la izquierda

• Sacar la lengua alternando ambos lados

• Sacar la lengua orientando la punta hacia arriba

• Sacar la lengua orientando la punta hacia abajo

• Chasquear la lengua

2. Praxias labiales

• Sonreír de forma exagerada

• Juntar los labios y echarlos hacia delante como para dar un beso

• Alternar ambos movimientos

3. Praxias de las mejillas

- Hinchar las mejillas
- Alternar el pasaje del aire a la derecha y a la izquierda

• Aspirar las mejillas

4. Las praxias de la mandíbula

- Desplazar la mandíbula hacia la derecha
- Desplazar la mandíbula hacia la izquierda
- Alternar ambos lados
- Desplazar la mandíbula hacia delante
- Desplazar la mandíbula hacia detrás
- Alternar ambos movimientos
- Imitar que se mastica un alimento exagerando los movimientos

Material: Espejo para poder tener un feedback visual de las propias producciones

• **Contra resistencia lingual** (5minutos)

Objetivo: Mejorar la fuerza y resistencia lingual para la manipulación, masticación y movimiento del bolo de adelante hacia atrás.

Instrucciones: Se pide a la paciente que saque su lengua. Ejercemos una presión mediante el depresor lingual sobre la lengua y la paciente debe empujar, siempre en el lado opuesto. Realizamos un punto de presión en las direcciones siguientes: hacia arriba, hacia abajo, hacia la derecha y hacia la izquierda. Entre cada punto de presión, la paciente cierra la boca y pone la lengua en el paladar. Se repite el ejercicio entre 2 o 3 veces, adaptándonos al estado de la paciente.
Material: Depresor lingual

• **Contra resistencia labial** (5 minutos)
Objetivo: Potenciar la tonicidad labial para mejorar el cierre de la cavidad bucal en reposo.
Instrucciones: La paciente tiene que mantener su boca cerrada, mediante la ayuda de la contracción de sus labios, un botón de camisa atado a un hilo, mientras realizamos tracciones hacia fuera. Realizamos 3 series de 5 tracciones, aumentado siempre un poco más la fuerza de la contra resistencia que efectuamos.
Material: Guantes, un botón de camisa y un hilo.

• **El bostezo** (5 minutos)
Objetivo: Estimular la oclusión del esfínter velofaríngeo para disminuir el riesgo de reflujo nasal
Instrucciones: Realizamos el bostezo por imitación, explicándole que se tiene que reproducir el mismo movimiento que nosotras: bostezamos y la paciente bosteza a su turno. Colocamos un espejo en frente de ella para que pueda tener un feedback visual de su producción. Realizamos 4 o 5 bostezos, en función del estado de cansancio de la paciente ya que se trata del último ejercicio de la sesión.
Material: Espejo

3.3 Diseño de recogida de datos

No se podían controlar todas las variables que podían influir en el sujeto, por lo tanto, la recogida de datos se llevó a cabo mediante un diseño observacional de caso único. Se decidió realizar una evaluación pre-post intervención en dos momentos clave: antes la intervención, el 30 octubre de 2020 y después de la intervención logopédica, el 26 febrero de 2021.

3.4 Procedimiento

Durante un periodo de 4 meses, se impartió la intervención logopédica para la rehabilitación de la disfagia mediante técnicas compensatorias y rehabilitadoras. Fueron dos sesiones

semanales de 45 minutos cada una, 34 sesiones en total. Es importante mencionar que otra logopeda realizaba dos sesiones semanales más de logopedia dedicadas a la rehabilitación del lenguaje. La recibíamos en el espacio de reeducación multidisciplinario que se encuentra en un edificio separado de la clínica. La recogida de datos se efectuó mediante dos herramientas: la evaluación logopédica y la videofluoroscopia realizada por la foniatra de la clínica.

- Evaluación pre-intervención

Se llevó a cabo una primera evaluación cuando la paciente acudió a la clínica por la primera vez, el 30 octubre de 2020. Se inició el procedimiento de recogida de datos con la evaluación logopédica de los trastornos de deglución y alimentación de origen neurológico pre-intervención. Se empleó el modelo de evaluación que se suele usar en la clínica Bonneveine, con una duración de aproximadamente 45 minutos. Se desarrolló en presencia de su representante legal, el marido de la paciente.

Después de la evaluación logopédica, el mismo día, se llevó a cabo la videofluoroscopia. Durante la evaluación, la paciente permaneció sentada en su silla de ruedas a 90◦. Se administraron los contrastes a los volúmenes y texturas preparados por la foniatra, intentando favorecer un entorno agradable para el paciente. La videofluoroscopia se realizó a 3 texturas diferentes (néctar, líquido y pudín) durante aproximadamente 10 minutos. La foniatra valoró la cantidad elegida en función del perfil clínico de la paciente. En su caso, se administraron dos cucharillas de 5ml cada una para cada textura:

1. Líquido: «micropaque»
2. Néctar: se realiza una mezcla entre los dos productos «micropaque» y « microtrast »
3. Pudín: «microtrast»

- Evaluación post-intervención

El 26 febrero de 2021, se llevó a cabo la segunda evaluación logopédica de los trastornos de deglución y alimentación de origen neurológico. Se desarrolló en las mismas condiciones que la primera evaluación: con la presencia del marido, en la clínica Bonneveine, durante aproximadamente 45 minutos.

La segunda videofluoroscopia se llevó a cabo a modo de post-intervención, el 26 febrero de 2021 en las mismas condiciones que la primera. Se administraron las mismas texturas, en las mismas cantidades.

3.5 Análisis de los datos

Se realizó una comparación pre-intervención - post-intervención. Llevamos a cabo un análisis mixto, combinando técnicas cualitativas y cuantitativas, lo que ha permitido contrastar las diferentes observaciones recogidas y obtener conclusiones relevantes. (Roussos, 2007).

Primero, dividimos los resultados de la evaluación logopédica en cuatro ítems diferentes, la entrevista, las observaciones generales, la evaluación del tono y de la motricidad buco-faríngea y la evaluación de las praxias. En cada ítem, se seleccionaron los puntos relevantes para poder realizar la comparación pre-post intervención. Para los tres primeros ítems, se llevó a cabo un análisis cualitativo. Las áreas evaluadas se valoraron con una escala de 1 a 5, inspirada por la escala de severidad de la disfagia de Cámpora (2020). A continuación, se detalla la leyenda:

- 1 = Alteración severa
- 2 = Alteración moderadamente severa
- 3 = Alteración moderada
- 4 = Alteración leve
- 5 = Normal

Tabla 1. Valoración cualitativa de las áreas evaluadas en la evaluación logopédica

	Áreas evaluadas	Pre	Post
Entrevista	Nivel de vigilancia		
	Nivel de autonomía		
	Nivel de comunicación		
	Calidad de la comida		
	Comportamiento durante la comida		

	Severidad de los trastornos de la deglución		
Observaciones generales	Postura		
	Respiración		
	Habilidades sensoriales		
Evaluación del tono y de la motricidad buco-faríngea	Labios		
	Mejillas		
	Mandíbula		
	Lengua		
	Sensibilidad		
	Reflejos primarios		

Se calculó luego una media de los 3 apartados en las fases pre y post-intervención para poder ilustrar la evolución de las habilidades valoradas en la tabla. Para llevar a cabo esta media, se sumaron las valoraciones de cada subapartado, dividiéndolo por el numero total de subapartados. Se redondeó el resultado un dígito después de la coma decimal.

En lo que se refiere al último ítem, el análisis de las praxias se realizó mediante un estudio cuantitativo, valorando cuantas praxias era capaz de realizar la paciente. Nuestros cálculos se fundamentaron en la escala utilizada en la evaluación logopédica, en la cual cada praxia se valoraba con un:

- 0= Imposible
- 1= Difícil
- 2= Posible

La puntuación máxima era de 40. Se dividió la puntuación obtenida por la paciente por 40, para luego multiplicarla por 100, con el fin de obtener el porcentaje de praxias realizables antes y después de la intervención.

Al final, para el análisis de los datos de la videofluoroscopia, se realizó un análisis cualitativo determinando una secuencia de mecanismos fisiopatológicos identificables en la misma. La valoración de las diferentes alteraciones se efectuó mediante el uso de la misma escala inspirada por Cámpora (2020). Como se puede observar en la tabla, se clasificaron los diferentes mecanismos respetando las tres fases de la deglución.

Tabla 2: Valoración cualitativa de los mecanismos fisiopatológicos identificables en la videofluoroscopia

	Alteraciones	Pre	Post
Oral	Defecto del cierre labial		
	Hipotonía facial		
	Hipotonía lingual		
	Calidad de la comida		
	Comportamiento durante la comida		
	Severidad de los trastornos de la deglución		
Faríngea	Insuficiencia velofaríngea		
	Reflejo deglutorio retrasado		
	Alteración del peristaltismo faríngeo		
	Disminución de la elevación laríngea		

	Alteración del cierre laríngeo		
Esofágica	Obstrucción		
	Reflujo		

Con el objetivo de representar los resultados de la tabla gráficamente, se calculó una media de los 3 apartados en las fases pre y post-intervención para tener una visión global de la alteración de cada fase de la deglución y su evolución. Para llevar a cabo esta media, se sumaron las valoraciones de cada subapartado, dividiéndolo por el numero total de subapartados. Se redondeó el resultado un dígito después de la coma decimal.

4. Resultados y conclusiones

4.1 Evaluación logopédica

En la evaluación logopédica de los trastornos de deglución y alimentación de origen neurológico pre-intervención (ver anexo I para la evaluación completa) y post-intervención (ver anexo II para la evaluación completa) se obtuvieron los resultados que se analizaron a continuación. Se dividieron en cuatro apartados distintos: la entrevista, las observaciones generales, la tonicidad y la motricidad buco-faríngea y las praxias buco-faciales.

Tabla 1.1 Valoración cualitativa de las áreas evaluadas en la evaluación logopédica

	Áreas evaluadas	Pre	Post
Entrevista	Nivel de vigilancia	2	5
	Nivel de autonomía	2	5
	Nivel de comunicación	1	3
	Calidad de la comida	2	5
	Comportamiento durante la comida	1	5
	Severidad de los trastornos de la deglución	2	5
Observaciones generales	Postura	1	4
	Respiración	2	5
	Habilidades sensoriales	5	5

Evaluación del tono y de la motricidad buco-faríngea	Labios	2	4
	Mejillas	2	5
	Mandíbula	2	5
	Lengua	2	5
	Sensibilidad	3	5
	Reflejos primarios	1	5

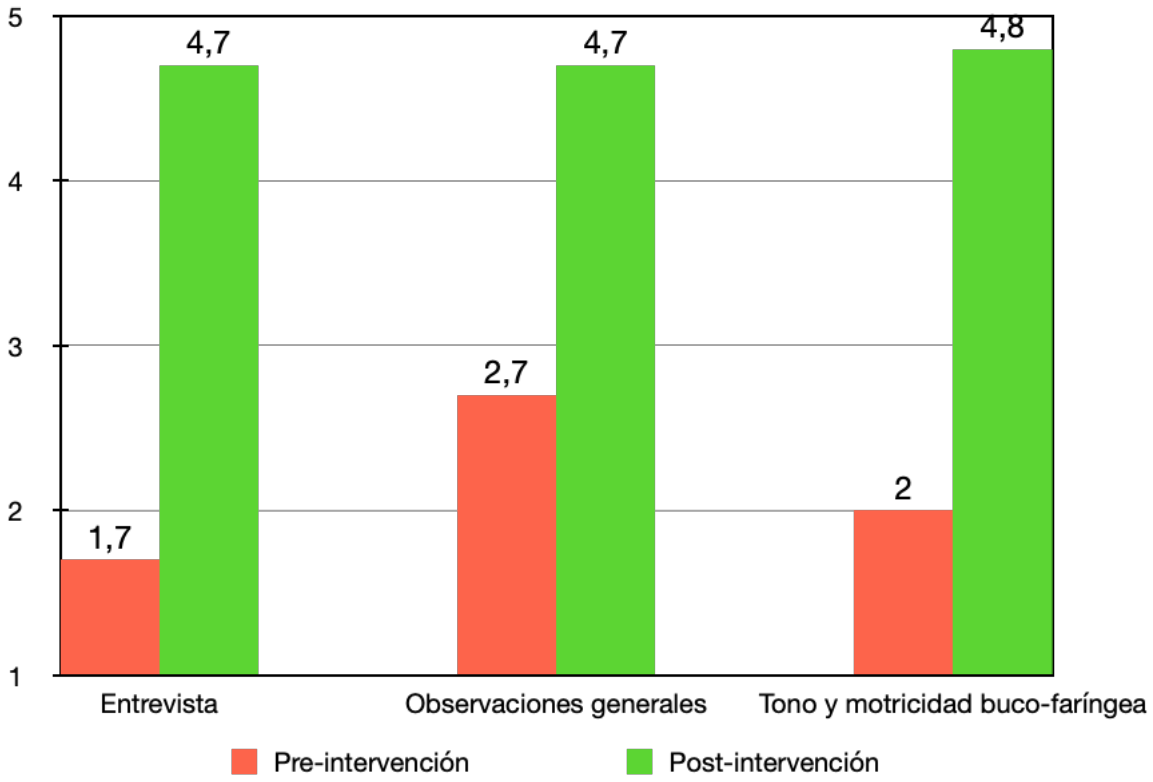
Leyenda: **1** = Alteración severa. **2** = Alteración moderadamente severa.
3 = Alteración moderada. **4** = Alteración leve. **5** = Normal

El apartado de la entrevista incluyó varios niveles como el de vigilancia, autonomía, comunicación, la calidad y el comportamiento durante la comida y la severidad de los trastornos de la deglución. La media de la evaluación pre-intervención dio constancia de un valor de 1,7 que se aproximó al de una alteración moderadamente severa en la escala inspirada por la escala de severidad de la disfagia de Cámpora (2020). Después de la intervención se observó que la puntuación obtenida aumentó considerablemente, con un resultado de 4,7, muy próximo a la normalidad representado por el 5. Los niveles de vigilancia y autonomía volvieron a la normalidad con una puntuación de 5. La calidad, el comportamiento durante la comida, así como la severidad de los trastornos de la deglución se valoraron también con un 5. El único aspecto que quedó alterado fue el nivel de comunicación, valorado con un 3, que correspondió a una alteración moderada.

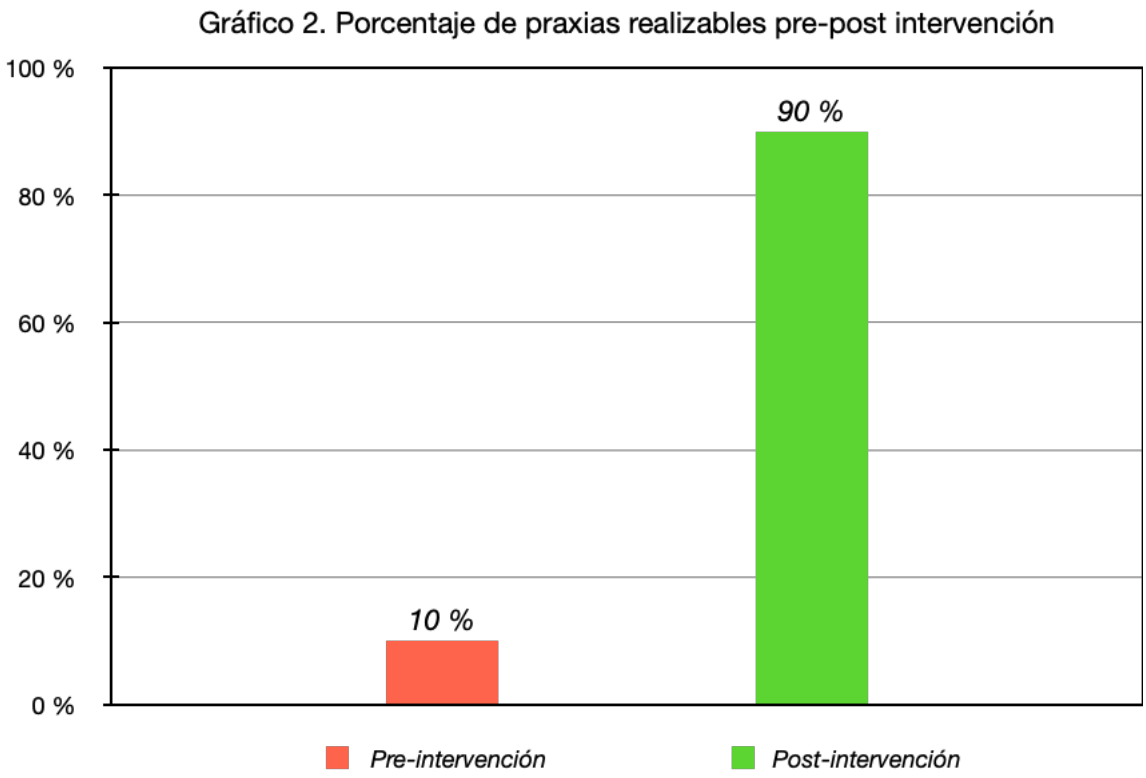
En lo que se refiere a las observaciones generales que englobaron habilidades como la postura, la respiración y las habilidades sensoriales, la media obtenida de la evaluación pre-intervención dio una puntuación de 2,7. La media obtenida post-intervención fue de 4,7 se aproximó de la normalidad, valorada con un 5 en la escala de Cámpora (2020). Observamos un progreso en las habilidades respiratorias, pasando de una alteración moderadamente severa a una respiración considerada como normal. Mejoró también la postura, pasó de una alteración severa (1) a ligera (4).

Esta evolución se tradujo también en el aumento del tono y de la motricidad buco-faríngea, pudimos visualizarlo mediante el incremento del valor de la media. La puntuación obtenida inicialmente para este apartado fue de 2, lo que correspondió a un grado de alteración moderadamente severo en la escala inspirada por la escala de severidad de la disfagia de Cámpora (2020). Después de la intervención, la media fue de 4,8, lo que se aproximó a la normalidad, representada por el 5. La tonicidad, motricidad y sensibilidad de las mejillas, mandíbula y lengua volvieron a la normalidad. Al nivel de los labios, estos aspectos quedaron ligeramente alterados. Cuando la paciente está cansada, puede ocurrir que tenga la boca abierta.

Gráfico 1. Comparación de los resultados de la evaluación logopédica



Un aspecto que ilustró también su progreso es la habilidad de la paciente en la realización de las praxias buco-faciales. Se observó un aumento considerable del porcentaje de praxias realizables de una evaluación a la otra. En la fase pre-intervención la paciente era capaz de realizar un 10% de las praxias, después de 4 meses de intervención logopédica, pudo realizar un 90% de las praxias buco-faciales.



4.2 Videofluoroscopia

Los resultados obtenidos en las videofluoroscopias pre y post intervención se analizaron respetando las tres fases de la deglución: oral, faríngea y esofágica.

Tabla 2.1: Valoración cualitativa de los mecanismos fisiopatológicos identificables en la videofluoroscopia

	Alteraciones	Pre	Post
Oral	Defecto del cierre labial	2	4
	Hipotonía facial	2	5
	Hipotonía lingual	1	5
	Calidad de la comida	2	5

	Comportamiento durante la comida	1	5
	Severidad de los trastornos de la deglución	2	5
Faríngea	Insuficiencia velofaríngea	2	4
	Reflejo deglutorio retrasado	1	5
	Alteración del peristaltismo faríngeo	5	5
	Disminución de la elevación laríngea	5	5
	Alteración del cierre laríngeo	3	5
Esofágica	Obstrucción	5	5
	Reflujo	5	5

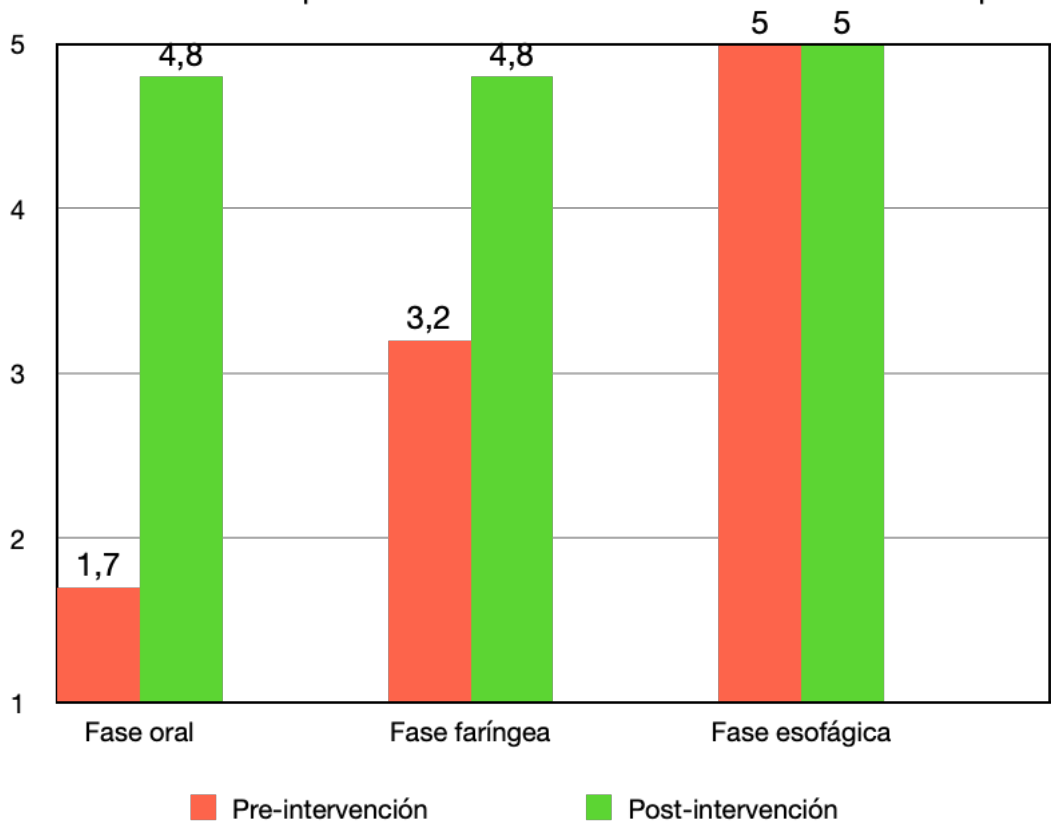
Leyenda: **1** = Alteración severa. **2** = Alteración moderadamente severa.
3 = Alteración moderada. **4** = Alteración leve. **5** = Normal

La fase oral fue la más afectada en la evaluación pre-intervención con una media de 1,7 en la escala inspirada por Cámpora (2020), un grado de alteración que se aproximó a moderadamente severo, representado por el 2. Observamos un claro aumento de este valor con la obtención de un resultado de 4,8 en la evaluación post-intervención. La hipotonía lingual y facial desparecieron y el comportamiento (relacionado con el estado de vigilancia) y la calidad de la comida volvieron a la normalidad. El grado de severidad de los trastornos de la deglución evolucionó de moderadamente severo a normal. El defecto de cierre labial es el único aspecto que se quedó ligeramente alterado (4).

La fase faríngea, valorada como moderadamente alterada con un resultado de 3,2 en la evaluación pre-intervención, evolucionó hacia un estado próximo a la normalidad con una media de 4,8 en la evaluación post-intervención. El reflejo deglutorio retrasado que era el mecanismo fisiopatológico más marcado antes de la intervención desapareció pasando de una valoración de 1 a 5 en la escala inspirada por Cámpora (2020). La alteración del peristaltismo faríngeo y la elevación y cierre laríngeo también volvieron a la normalidad con una valoración de 5. La insuficiencia velofaríngea permaneció ligeramente alterada con un resultado de 4.

Al final, la fase esofágica fue la única preservada en la evaluación pre-intervención, por lo que no se observó ningún cambio en este apartado. Los valores no evolucionaron, se observó una puntuación de 5 que corresponde a la normalidad, antes y después de la intervención.

Gráfico 3. Comparación de los resultados de la videofluoroscopia



Después de la videofluoroscopia pre-intervención, la foniatra autorizó texturas mezcladas finas, con líquidos espesados a fin de obtener una textura tipo «natilla».
En la videofluoroscopia post-intervención, sus recomendaciones fueron pequeños trozos con una salsa, además de la supresión de los espesantes.

4.3 Recomendaciones

Podemos concluir afirmando que se observó una mejoría notable en todas las habilidades deglutorias de la paciente de una evaluación a la otra. Tras la realización de este estudio, se puede responder al objetivo general inicialmente planteado, sosteniendo que la combinación de técnicas compensatorias y rehabilitadoras resulta eficaz para la rehabilitación logopédica de la disfagia en una paciente con afectación neurológica. En efecto, los síntomas de la disfagia se redujeron de forma significativa, las aspiraciones desaparecieron, y la paciente cambió de modo de alimentación pasando de una textura mezclada fina pre-intervención a alimentos en pequeños trozos post-intervención. En lo que concierne los objetivos específicos, tal y como se ha expuesto en los resultados, después de la intervención logopédica, los mecanismos fisiopatológicos identificados en las 3 fases de la deglución desaparecieron y la sensibilidad, tono y motricidad buco-faríngea mejoró notablemente.

Observando los beneficios obtenidos, podemos formular algunas recomendaciones para la práctica logopédica. En pacientes con afectación neurológica, el establecimiento de técnicas compensatorias como la modificación de la postura, consistencia alimentaria y del entorno pueden ser beneficiosas si se combinan con técnicas rehabilitadoras. En el presente estudio, las técnicas rehabilitadoras incluyen masajes faciales y intraorales, crioterapia, praxias buco-faciales, ejercicios de contra resistencia (lingual y labial) y un trabajo sobre el velo del paladar que se realiza mediante el bostezo.

Además, como se ha podido enfatizar en este Trabajo Final de Grado, la colaboración entre foniatra y logopeda es fundamental para poder realizar una evaluación exhaustiva de las capacidades deglutorias y ajustar nuestros objetivos de intervención a lo largo del tratamiento (Bassols-Woisard & Puech, 2016).

El principal inconveniente del estudio fue la situación sanitaria, si hubiera sido diferente, hubiéramos podido incorporar a la familia en la intervención, invitando al marido de la paciente a participar en algunas sesiones. De este modo, se podría haber reforzado las técnicas y las actividades empleadas durante las sesiones para poder aplicarlas dentro del hogar para que la paciente pueda seguir su evolución positiva. Otro desafío fue la escasez de literatura científica en relación con el tema: los estudios en fase crónica son raros e incluyen poblaciones pequeñas. La evaluación en fase crónica corresponde a los efectos de los protocolos realizados en fase aguda. Debido al carácter complejo de las intervenciones de rehabilitación, el número y la calidad de los estudios siguen siendo insuficientes (Vogel, 2017).

Si bien nuestro estudio permitió aportar elementos de respuesta a la problemática, conviene expresar reservas en relación con los resultados obtenidos y moderar un poco las conclusiones que podemos sacar de ellos. En efecto, el estudio se limita a una muestra demasiado pequeña para permitir generalizar los resultados obtenidos y determinar el efecto de la atención logopédica a mayor escala. Cada ser humano posee sus características psicológicas propias con diversos factores que pueden influir en su comportamiento, dando lugar a variaciones individuales múltiples que se reflejan en los estudios de caso único (Roussos, 2007). Estos aspectos quedarían controlados en un estudio con una muestra más amplia a través de la diversidad natural de los sujetos participantes.

Del mismo modo, para comprender con mayor precisión el impacto de la intervención de la logopeda, habría sido necesario realizar el estudio durante un período de tiempo más largo. Estos elementos podrían ser objeto de un nuevo estudio. Una rehabilitación logopédica de la disfagia propuesta a una población mayor y sobre un periodo de tiempo más largo nos proporcionaría una mirada más amplia y justa sobre los efectos de esta.

5. Referencias bibliográficas

1. Ariza De La Barrera, J. J. (2020). Grado de severidad de la disfagia orofaríngea neurogénica en el paciente de unidad de cuidado intermedio. *Revista herediana de rehabilitación*, *3*(1), 20-26.

2. Campos, R. H., & González, W. J. P. (2020). Factores pronósticos en la recuperación motora y funcional de pacientes posictus. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, *12*(1).

3. Jones, O., Cartwright, J., Whitworth, A., & Cocks, N. (2018). Dysphagia therapy post stroke: an exploration of the practices and clinical decision-making of speech-language pathologists in Australia. *International journal of speech-language pathology*, *20*(2), 226-237.

4. Kassabb, M. M. A. (2020). Los Masajes Intrabucales y Faciales. Una Mirada Fisiológica para el Tratamiento Logopédico. *CONOCIMIENTO, INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN CIE*, *1*(3), 11-23.

5. Leemann, B., Sergi, S., Sahinpasic, L., & Schnider, A. (2016) Détection et prise en charge d'un trouble de déglutition neurologique. *Revue médicale suisse,12*(508),467-471.

6. Romero, R. G., Arnal, I. R., Montañés, M. J. R., Calahorra, J. A. L., Alonso, C. G., Hernández, B. I., & de Vicente, C. M. (2018). Evaluación de la disfagia. Resultados tras un año de la incorporación de la videofluoroscopia en nuestro centro. *Anales de Pediatría, 89*(2), 92-97.

7. Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 12*(3), 261-270.

8. Sproson, L., Pownall, S., Enderby, P., & Freeman, J. (2018). Combined electrical stimulation and exercise for swallow rehabilitation post-stroke: a pilot randomized control trial. *International journal of language & communication disorders*, *53*(2), 405-417.

9. Suárez-Escudero, J. C., Rueda Vallejo, Z. V., & Orozco, A. F. (2018). Disfagia y neurología : ¿ una unión indefectible?. *Acta Neurológica Colombiana*, *34*(1), 92-100.

10. Vargas-García, M. A. (2017). Repercusiones sociales de la disfagia: revisión sistemática. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, *16*(1), 32-39.

11. Vilardell Navarro, N. (2017). *Fisiopatologia, historia natural, complicaciones y tratamiento de la disfagia orofaríngea asociada al ictus*. [Tesis doctoral]. Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona.

12. Vogel, J. (2017). *Suivi à long terme en MPR des personnes ayant présenté un AVC : revue de la littérature*. [Tesis doctoral]. Departamento de Medicina, Université Aix Marseille.

13. Woisard-Bassols, V., & Puech, M. (2016). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : le point sur la prise en charge fonctionnelle* (2da ed.). Marseille : Deboeck supérieur.

14. Zheng. L, Li.Y and Liu.Y (2014) The individualized rehabilitation interventions for dysphagia: a multidisciplinary case control study of acute stroke patients. *Int J Clin Exp Med, 7(10)* : 3789–3794.

6. Anexos

Anexo I. Evaluación de los trastornos de deglución y alimentación de origen neurológico pre-intervención

Clinique de Bonneveine
ÉTABLISSEMENT CERTIFIÉ PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GRILLE D'EVALUATION ORTHOPHONIQUE DES TROUBLES DE DEGLUTITION ET D'ALIMENTATION D'ORIGINE NEUROLOGIQUE

(EVALUACIÓN LOGOPÉDICA DE LOS TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN Y ALIMENTACIÓN DE ORIGEN NEUROLÓGICO)

FECHA: 30/10/2020

Page 1 sur 10

1 – Entretien avec les accompagnants
(1 - Entrevista con los acompañantes)

- Nom (Apellido) : M
- Prénom (Nombre) : M
- Date de naissance (Fecha de nacimiento): 31/05/1973
- Age (Edad): 47 años
- Téléphone (Teléfono): 06.62.79.01.49
- Adresse (Dirección): 11 Boulevard du Metro,13013 Marseille, France
- Motif de consultation (Motivo de consulta) : Evaluación de la deglución
- Antécédents médicaux (Antecedentes médicos): Cesárea en 2015/ Accidente cerebrovascular en 2019

Diagnostic (Diagnóstico): **Accidente cerebrovascular hemorrágico**

- Traitements médicamenteux en cours (medicación): **Tratamiento para el reflujo gastroesofágico y la hipertensión.**
- Hospitalizaciones**: Hospital La Timone: servicio de reanimación diciembre 2019- enero 2020 / servicio neurológico febrero 2020. Clínica Valmont marzo-octubre 2020.**

- Suivis actuels (seguimientos actuales): **Fisioterapia y logopedia. La logopeda de la clínica Valmont deriva la paciente a la clínica Bonneveine para una evaluación de la deglución.**

Vie quotidienne (Vida cotidiana)

* Repas (comida): **Tiene una ayuda en casa que prepara y da las comidas.**
* Sommeil (Sueño): **Duerme mucho, 12 horas por noche.**
* Activités (Actividades): **Ahora no sale de casa.**
* Adaptations de l'environnement (Adaptaciones ambientales): **Se han realizado adaptaciones en su piso para dejar el pasaje necesario a la silla de rueda.**
* Conditions de vie – sorties, vacances… (Condiciones de vida) **Vive con sus niños y su marido, que le ayudan. Es una familia con 5 niños que tienen respectivamente 5,6,15,18 y 22 años.**
* Réactions de l'entourage (Reacciones del entorno) **Toda la familia la sostiene , el marido y los niños mayores se encargan de ella turno por turno.**

- Evénements particuliers (Acontecimientos especiales): X
- Commentaires (Comentarios): **La paciente tiene un entorno que participa activamente en su proceso de rehabilitación, parecen ser muy motivados**.

2- Entretien spécifique pour l'adulte
(2- Entrevista específico para el adulto)

* Installation habituelle: assis / couché / autre (Instalación habitual: **sentado**/ acostado/ otro)
- Position de la tête: normale/ hypoflexion/ extension (Posición de la cabeza: **normal**/ hipoflexión/ extensión)
- Sensibilité à l'environnement: normale/ faible/ excessive (Sensibilidad al ambiente: normal/ **baja**/ excesiva)
- Histoire de la maladie : Date de début des difficultés (Historia de la enfermedad: fecha de inicio de las dificultades) **El accidente cerebral ha surgido en diciembre 2019**.
- Signes (Signos): X

* Etat de vigilance (Estado de vigilancia): **Alterado, la paciente se duerme mientras le hablamos.**
- Etat pondéral: normal/ inférieur à la norme/ supérieur a la norme (Estado ponderal: normal/ inferior a la norma/ **superior a la norma**)
- Degré d'autonomie globale (Grado de autonomía global): **La paciente no es autónoma**.
- Tenue assise: normale/ aidée/ impossible (Posición sentada: **normal**/ asistida/ imposible)
- Marche: normale/ aidée/ impossible (Marcha: normal/ ayudada/ **imposible**)
- Habillage: normale/ aidée/ impossible (Vestir: normal/ asistido/ **imposible**)
- Toilette: normale/ aidée/ impossible (Baño: normal/ asistido/ **imposible**)

* Niveau de communication (Nivel de comunicación) : **Casi nulo, es imposible obtener una palabra por parte de la paciente. Es capaz de mantener la mirada unos segundos y después, se duerme.**
- Compréhension verbale: excellente/ limitée/ faible/ nulle (Comprensión verbal: excelente/ limitada/ **baja**/ nula)
- Compréhension non verbale: excellente/ limitée/ faible/ nulle (Comprensión no verbal: excelente/ limitada/ **baja**/ nula)
- Expression verbale: excellente/ limitée/ faible/ nulle (Expresión verbal: excelente/ limitada/ baja/ **nula**)
- Qualité articulatoire: normale/ quelques troubles/ très perturbée (Calidad articulatoria normal/ algunos trastornos/ **muy alterada**)
- Expression non verbale: compréhensible/ peu compréhensible/ nulle (Expresión no verbal: comprensible/ poco comprensible/ **nula**)

* Types de troubles, description (type de difficultés, fréquence, sévérité, évolution...) :
- Tipos de trastornos, descripción (tipo de dificultad, frecuencia, gravedad, evolución…): **La paciente tosa mucho mientras se alimenta.**
- Mode d'alimentation: oral/ entéral/ mixte (Modo de alimentación: **oral**/ enteral/ mixto)
- Types d'aliments: mixés/ écrasés/ morceaux (Tipos de alimentos: **mezclados**/ triturados/ trozos)

- Type de boisson: épaissie/ liquide au verre/ autre (Tipo de bebida: **espesada**/ líquido al vaso/ otro)
- Bavage: important/ faible/ ponctuel/ surtout à l'effort (Babeo: **importante**/ bajo/ puntual/ especialmente al esfuerzo)
- Reflux nasal: fréquent/ parfois/ jamais (Reflujo nasal: frecuente/ **a veces**/ nunca)
- Blocage buccal/ blocage pharyngé (**Bloqueo oral**/ bloqueo faríngeo) **Se queda con los alimentos en la boca durante un largo tiempo antes de deglutir**.
- Stases buccales/ allongement du temps des repas (**estasis bucales**/ **prolongación del tiempo de las comidas**)
- Aliments refusés (Alimentos denegados) X
- Gêne ou douleur pendant la déglutition / Bruit anormal pendant ou après la déglutition (Molestia o dolor durante la deglución/ **Ruido anormal durante** o después **la deglución**)
- Voix mouillée après ou à distance des repas (Voz mojada después o a distancia de las comidas) **El marido nos comunica que este aspecto es difícilmente evaluable ya que casi no hable en casa**.
- Voix soufflée/ voix faible/ voix irrégulière (**Voz soplada**/ voz débil/ voz irregular)
- Toux lors du repas/ après le repas/ à distance des repas/ nocturne (**Tos durante la comida**/ después de la comida/ a distancia de las comidas/ nocturna)
- Odeur buccale désagréable/ modification de la production de salive pendant les repas (Olor bucal desagradable/ modificación de la producción de saliva durante las comidas) **No hay**.
- Reflux gastro oesophagien traité/ non traité/ vomissements (**Reflujo gastroesofágico tratado**/ no tratado/ vómitos)
- Signes de dénutrition, précisez (Signos de desnutrición, precisar): **No presenta signos de deshidratación**.
- Mycoses intra-buccales/ aphtes/ autres (Infecciones fungícas orales/ úlceras bucales/ otros) **No presenta infecciones**.
- Encombrement pulmonaire: systématiques/ parfois/ souvent (Congestión pulmonar: sistemática/ **a veces**/ a menudo)
- Encombrement nasal: systématique/ parfois/ souvent (Congestión nasal: sistemática/ **a veces**/ a menudo)

* Qualité du repas
(Calidad de la comida)

- Quantité: normale/ excessive/ faible (Cantidad: normal/ **excesiva**/ baja) **El marido nos informa que si la dejaríamos comer sola, pondría excesivas cantidades en la boca**.
- Durée: normale/ excessive/ faible (Duración: normal/ **excesiva**/ baja)
- Répartition dans la journée: normale/ repas fractionnés (Distribución diaria: **normal**/ comidas fraccionadas)

*Comportement durant le repas

(Comportamiento durante la comida)

- Angoisse/ endormissement/ autre (Angustia/ **somnolencia**/ otro)
- Facteurs déclenchants ou aggravants: stress/ fatigue/ environnement (Factores desencadenantes o agravantes: estrés/ **fatiga**/ **entorno. Se desconcentra fácilmente.**
- Capacité d'autonomie durant le repas: normale/ assistée, précisez/aucune (Capacidad de autonomía durante la comida: normal/ asistida, precisar/ **ninguna**) **No es posible dejarla comer sola ya que no es capaz de regular su comportamiento, además de la hemiplejía que dificulta el proceso.**

2 – Observations générales (Observaciones generales)

2.1/ Motricité globale (Motricidad global)

1- Topographie des troubles moteurs (Topografía de los trastornos motores)

- Quadriplégie (Cuadriplejia)
- Hémiplégie: G/ D (**Hemiplejia** Izquierda/ **Derecha**)
- Diplégie (Diplejia)

2- Typologie (Tipología)

- Spasticité (Espasticidad)
- Athétose (Atetosis)
- Ataxie (Ataxia)
- Hypotonie (**Hipotonía**)
- Forme mixte (Forma mixta)

3- Attitudes

- Spasmes toniques en extension/ en flexion (Espasmos tónicos en flexión/ extensión)
- Asymétrie G/D (Asimetría Izquierda /**Derecha**)

4- Capacités motrices et posturales (Habilidades motoras y posturales)

* Lors de l'entretien (en la entrevista) :

- Tenue assise autonome/ aidée (**Posición sentada autónoma**/ asistida)
- Tenue debout autonome/ aidée (De pie: autónoma/ asistida) **No es capaz ponerse de pie**.

2.2/ Niveau sensoriel :

- Audition (Audición): **no presenta alteraciones en este nivel**.
- Vision (Visión) : **no presenta alteraciones en este nivel**.

2.3/ Niveau de communication (Nivel de comunicación):

- Capacités expressives verbales normales/ limitées/ inexistantes (Capacidades expresivas verbales normales/ **limitadas**/ inexistantes):
- Compréhension verbale normale/ limitée/ nulle (Comprensión verbal normal/ **limitada**/ nula)

2.4/ Etat bucco dentaire (Salud bucal): **Observando su cavidad bucal, parece tener una correcta higiene buco-dental.**

2.5/ Respiration (Respiración) : **La paciente presenta una respiración superficial (torácica)**.

Conclusion et commentaires (Conclusiones y comentarios) : **La paciente presenta hemiplejía derecha que genera una asimetría facial. Puede dificultar el proceso de la deglución, especialmente durante la fase oral.**

3 – Alimentation – Déglutition (Alimentación-Deglución)

3.1/ Evaluation hors repas (evaluación fuera de las comidas)

3.1.1 EVALUATION DU TONUS ET DE LA MOTRICITE BUCCO- PHARYNGEE (Evaluación del tono y de la motricidad buco-faríngea)	
LES LEVRES (Labios)	- Lèvres hypotones **(labios hipotónicos):** se puede observar un babeo
LES JOUES (Mejillas)	- Joues hypotones (flasques, atone) **Mejillas hipotónicas** (flácidas, átonas)
LA MANDIBULE (Mandíbula)	Etudier les mouvements de la mandibule dans le sens vertical et le sens horizontal (Estudiar los movimientos verticales y horizontales de la mandíbula): Es imposible estudiar estos movimientos, la paciente no responde a las consignas verbales y tampoco lo realiza por imitación. - Hypotonie: la mandibule reste ouverte (**Hipotonía: la mandíbula queda abierta**)

LA LANGUE (Lengua)	- Mouvements de latéralité (**Movimientos de lateralidad**): es capaz de sacar la lengua por imitación, desplazarla hacia la izquierda, pero no puede orientarla hacia la derecha, corresponde con el lado paralizado. - Mouvements d'élévation et d'abaissement (**Movimientos de elevación y descenso**): puede realizar ambos movimientos por imitación - Langue hypotone (**lengua hipotónica**): presenta una posición baja.

3.1.2 EXAMEN DE LA SENSIBILITE (Examen de la sensibilidad)	
LA SENSIBILITE (Sensibilidad)	On examine la sensibilité par l'attouchement des zones buccales et péribucales : les lèvres, les joues, la langue, les gencives. Plus l'effleurement est léger, plus la stimulation est forte. (Se examina la sensibilidad tocando las zonas bucales y peribucales: los labios, las mejillas, la lengua, las encías. Cuanto más ligero es el toque, más fuerte es la estimulación) - HYPOSENSIBILITE (**Hiposensibilidad**) Absence de réaction à la stimulation thermique par le froid, le bavage est important. (Ausencia de reacción a la estimulación térmica por el frio, el babeo es importante).

3.1.3 : EVALUATION DES REFLEXES ORAUX (Evaluación de los reflejos orales)		
LES REFLEXES ARCHAIQUES (Reflejos arcaicos)	Le réflexe de mordre Préciser (Reflejo de mordida, precisar): **CONSERVADO**	Il se recherche par une stimulation sensitive péri buccale et buccale, provoquant dans les cas pathologiques une contraction et fermeture des mâchoires autour de l'objet utilisé. (Se busca mediante estimulación sensorial bucal, provocando en casos patológicos una contracción y cierre de las mandíbulas alrededor del objeto utilizado).
LES REFLEXES PRIMAIRES (Reflejos primarios)	Le réflexe tussigène (El reflejo tugénico): **ALTERADO**	On exerce une pression sur la trachée au niveau de la fourchette sternale avec un doigt qui s'applique par le travers. Le réflexe de toux se déclenche sans provoquer de douleur (Se presiona la tráquea en el rango esternal con un dedo que se aplica a través de la tráquea. El reflejo de la tos se activa sin causar dolor).

L'évaluation des praxies permet de faire le diagnostic différentiel entre le trouble purement tonique et celui de la commande. En fonction de chaque organe testé, on note si la praxie est possible, réussie difficilement ou impossible. (La evaluación de las praxias permite hacer el diagnóstico diferencial entre el trastorno puramente tónico y el del control. En función de cada órgano evaluado, se observa si la praxia es posible, difícilmente realizable o imposible.) Imposible= 0 punto Difícil= 1 punto Posible = 2 puntos	
LEVRES (Labios)	- Ouverture des lèvres (apertura de los labios): **difícil** - Fermeture des lèvres, lèvres serrées (cierre de los labios, labios apretados): **imposible** - Avancer les deux lèvres pour faire un baiser (adelantar los labios para dar un beso): **difícil** - Sourire de façon exagérée (sonrisa exagerada): **imposible** - mordre la lèvre supérieure (morder el labio superior): **imposible** - mordre la lèvre inférieure (morder el labio inferior): **imposible**
LANGUE (Lengua)	- sortir la langue (Sacar la lengua): **difícil** - sortir la langue contre résistance (sacar la lengua contra resistencia): **imposible** - élévation de l'apex vers le nez (Elevación de la punta hacia arriba): **imposible** - Vers le menton(Descenso de la punta hacia el mentón): **imposible** - apex à droite (Punta hacia la derecha): **imposible** - apex à gauche (Punta hacia la izquierda): **difícil** - rotation de la langue (rotación de la lengua): **imposible** - répéter [kkkk] : travail de la partie postérieure (repetir [kkkk] : trabajo de la parte posterior): **imposible**

JOUES (Mejillas)	- gonfler les joues (inflar las mejillas): **imposible** - gonfler la joue droite (inflar la mejilla derecha): **imposible** - gonfler la joue gauche (inflar la mejilla izquierda): **imposible** - Faire passer l'air d'une joue à l'autre(transferir el aire de una mejilla a la otra sin que se escape): **imposible**
VOILE (Velo del paladar)	- élévation et tenue du voile avec production d'une voyelle (elevación y mantenimiento del velo mediante la producción de una vocal): **imposible** - mouvements alternatifs avec opposition voyelles orales et nasales (movimientos alternativos con oposición de vocales oral y nasal): **imposible**
PUNTUACIÓN TOTAL	**4/40**

Anexo II. Evaluación de los trastornos de deglución y alimentación de origen neurológico post-intervención

Clinique de Bonneveine
ÉTABLISSEMENT CERTIFIÉ PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GRILLE D'EVALUATION ORTHOPHONIQUE DES TROUBLES DE DEGLUTITION ET D'ALIMENTATION D'ORIGINE NEUROLOGIQUE

(EVALUACIÓN LOGOPÉDICA DE LOS TRASTORNOS DE DEGLUCIÓN Y ALIMENTACIÓN DE ORIGEN NEUROLÓGICO)

FECHA: 26/02/2021

Page 1 sur 10

1 – Entretien avec les accompagnants
(1 - Entrevista con los acompañantes)

- Nom (Apellido) : M
- Prénom (Nombre) : M
- Date de naissance (Fecha de nacimiento): 31/05/1973
- Age (Edad): 47 años
- Téléphone (Teléfono): 06.62.79.01.49
- Adresse (Dirección): 11 Boulevard du Metro,13013 Marseille, France
- - Motif de consultation (Motivo de consulta): Reevaluación de la deglución
- Antécédents médicaux (Antecedentes médicos) : Cesárea en 2015/ Accidente cerebrovascular en 2019

Diagnostic (Diagnostico): **Accidente cerebrovascular hemorrágico**
- Traitements médicamenteux en cours (medicación): **Tratamiento para el reflujo gastroesofágico y la hipertensión.**
- Suivis actuels (seguimientos actuales): **Logopedia y fisioterapia en la clínica Bonneveine**

Vie quotidienne (Vida cotidiana)
* Repas (comida): **Tiene una ayuda en casa que prepara y da las comidas.**
* Sommeil (Sueño): **Duerme 8 horas por noche.**
* Activités (Actividades): **Siempre se queda en casa y sale para acudir a las consultas**.
* Adaptations de l'environnement (Adaptaciones ambientales): **Adaptaciones para su silla de rueda en casa.**
* Conditions de vie – sorties, vacances… (Condiciones de vida): **Con la situación actual, además de su patología, no han podido tomar vacaciones ni salir mucho.**
* Famille (Familia): **El marido y los 5 niños siempre están con ella en casa.**
* Amis (Amigos) **Algunos amigos vienen a visitarla en casa. Ahora que habla un poco más, la comunicación es más fácil**.

Evénements particuliers (Acontecimientos especiales): **El marido nos informa que la paciente es muy feliz desde que algunos amigos vienen a visitarla en su casa**. **Nota una real intención comunicativa.**

2- Entretien spécifique pour l'adulte
(2- Entrevista específico para el adulto)

* Installation habituelle: assis / couché / autre (Instalación habitual: **sentado**/ acostado/ otro)
- Position de la tête: normale/ hypoflexion/ extension (Posición de la cabeza: **normal**/ hipoflexión/ extensión)
- Sensibilité à l'environnement: normale/ faible/ excessive (Sensibilidad al ambiente: **normal**/ baja/ excesiva)

* Etat de vigilance (Estado de vigilancia): **Ha mucho mejorado desde estos 4 meses, es capaz de responder cuando la llamamos, tiene conciencia y reacciona a lo que se pasa alrededor de ella**.
- Etat pondéral: normal/ inférieur à la norme/ supérieur a la norme (Estado ponderal: normal/ inferior a la norma/ **superior a la norma**)
- Degré d'autonomie globale (Grado de autonomía global): **Ahora la paciente es más autónoma, puede ponerse de pie y vestirse con ayuda.**
- Tenue assise: normale/ aidée/ impossible (Posición sentada: **normal**/ asistida/ imposible)
- Marche: normale/ aidée/ impossible (Marcha: normal/ ayudada/ **imposible**)
- Habillage: normale/ aidée/ impossible (Vestir: normal/ **asistido**/ imposible)
- Toilette: normale/ aidée/ impossible (Baño: normal/ **asistido**/ imposible)

* Niveau de communication (Nivel de comunicación) : **El nivel de comunicación ha aumentado, ahora es capaz de responder a preguntas simples**.
- Compréhension verbale: excellente/ limitée/ faible/ nulle (Comprensión verbal: excelente/ **limitada**/ baja/ nula) **Es capaz de entender consignas verbales simples**.
- Compréhension non verbale: excellente/ limitée/ faible/ nulle (Comprensión no verbal: excelente/ **limitada**/ baja/ nula) **Puede entender gestos que acompañan el discurso**.
- Expression verbale: excellente/ limitée/ faible/ nulle (Expresión verbal: excelente/ limitada/ **baja**/ nula) **La expresión verbal ha evolucionado de nula a baja**. **Puede repetir palabras y frases.**
- Qualité articulatoire: normale/ quelques troubles/ très perturbée (Calidad articulatoria normal/ **algunos trastornos**/ muy alterada) **La articulación de palabras simples es posible**.
- Expression non verbale: compréhensible/ peu compréhensible/ nulle (Expresión no verbal: comprensible/ **poco comprensible**/ nula) **Es capaz de utilizar algunos gestos como la indicación mediante su mano del lado sano**.

* Types de troubles, description (type de difficultés, fréquence, sévérité, évolution...) :

- Tipos de trastornos, descripción (tipo de dificultad, frecuencia, gravedad, evolución…): **El marido nos informa que la alimentación ha notablemente mejorado. Ahora no tosa más durante las comidas**.
- Mode d'alimentation: oral/ entéral/ mixte (Modo de alimentación: **oral**/ enteral/ mixto)
- Types d'aliments: mixés/ écrasés/ morceaux (Tipos de alimentos: mezclados/ **triturados**/ trozos)
- Type de boisson: épaissie/ liquide au verre/ autre (Tipo de bebida: espesada/ **líquido al vaso**/ otro)
- Bavage: important/ faible/ ponctuel/ surtout à l'effort (Babeo: importante/ bajo/ **puntual**/ especialmente al esfuerzo) **Se nota una reducción del babeo**.
- Reflux nasal: fréquent/ parfois/ jamais (Reflujo nasal: frecuente/ **a veces**/ nunca)
- Blocage buccal/ blocage pharyngé (Bloqueo oral/ bloqueo faríngeo) **Preguntamos a la paciente realizar una masticación y una deglución sin alimentos, el bloqueo oral parece haber desaparecido, la videofluoroscopia confirmará estos datos.**
- Stases buccales/ allongement du temps des repas (estasis bucales/ prolongación del tiempo de las comidas) **El marido nos informa que ahora el tiempo de comidas es normal, y no presenta estasis bucales**.
- Aliments refusés (Alimentos denegados) **X**
- Gêne ou douleur pendant la déglutition / Bruit anormal pendant ou après la déglutition (Molestia o dolor durante la deglución/ Ruido anormal durante o después la deglución) **X**
- Voix mouillée après ou à distance des repas (Voz mojada después o a distancia de las comidas)
- Voix soufflée/ voix faible/ voix irrégulière (Voz soplada/ **voz débil**/ voz irregular)
- Toux lors du repas/ après le repas/ à distance des repas/ nocturne (Tos durante la comida/ después de la comida/ a distancia de las comidas/ nocturna) **No tosa más**.
- Odeur buccale désagréable/ modification de la production de salive pendant les repas (Olor bucal desagradable/ modificación de la producción de saliva durante las comidas) **X**
- Reflux gastro oesophagien traité/ non traité/ vomissements (**Reflujo gastroesofágico tratado**/ no tratado/ vómitos)
  - Signes de dénutrition, précisez (Signos de desnutrición, precisar): **No hay**.
- Mycoses intra-buccales/ aphtes/ autres (Infecciones fungícas orales/ úlceras bucales/ otros) **X**
- Encombrement pulmonaire: systématiques/ parfois/ souvent (Congestión pulmonar: sistemática/ **a veces**/ a menudo)
- Encombrement nasal: systématique/ parfois/ souvent (Congestión nasal: sistemática/ **a veces**/ a menudo)

* Qualité du repas
(Calidad de la comida)

- Quantité: normale/ excessive/ faible (Cantidad: **normal/** excesiva/ baja)
- Durée: normale/ excessive/ faible (Duración: **normal**/ excesiva/ baja)

- Répartition dans la journée: normale/ repas fractionnés (Distribución diaria: **normal**/ comidas fraccionadas)

*Comportement durant le repas
(Comportamiento durante la comida)
- Angoisse/ endormissement/ autre (Angustia/ somnolencia/ otro) **X**
- Facteurs déclenchants ou aggravants: stress/ fatigue/ environnement (Factores desencadenantes o agravantes: estrés/ **fatiga**/ entorno)
- Capacité d'autonomie durant le repas: normale/ assistée, précisez/aucune (Capacidad de autonomía durante la comida: **normal**/ asistida, precisar/ ninguna)

CONCLUSIONS:
(Conclusiones)
La paciente puede ahora comer sola y regular su comportamiento.

2 – Observations générales (Observaciones generales)
2.1/ Motricité globale (Motricidad global)

1- Topographie des troubles moteurs (Topografía de los trastornos motores)
- Quadriplégie (Cuadriplejia)
- Hémiplégie: G/ D (**Hemiplejia** Izquierda/ **Derecha**)
- Diplégie (Diplejia)

2- Typologie (Tipología)
- Spasticité (Espasticidad)
- Athétose (Atetosis)
- Ataxie (Ataxia)
- Hypotonie (**Hipotonía**)
- Forme mixte (Forma mixta)

3- Attitudes
- Spasmes toniques en extension/ en flexion (Espasmos tónicos en flexión/ extensión)
- Asymétrie G/D (Asimetría Izquierda /**Derecha**)

4- Capacités motrices et posturales (Habilidades motoras y posturales)
* Lors de l'entretien (en la entrevista) :
- Tenue assise autonome/ aidée (**Posición sentada autónoma**/ asistida)
- Tenue debout autonome/ aidée (De pie: autónoma/ **asistida**)

2.2/ Niveau sensoriel :

- Audition (Audición): no presenta alteraciones en este nivel.
- Vision (Visión) : no presenta alteraciones en este nivel.

2.3/ Niveau de communication (Nivel de comunicación):

- Capacités expressives verbales normales/ limitées/ inexistantes (Capacidades expresivas verbales normales/ **limitadas**/ inexistantes):
- Compréhension verbale normale/ limitée/ nulle (Comprensión verbal normal/ **limitada**/ nula)

2.4/ Etat bucco dentaire (Salud bucal): Observando su cavidad bucal, parece tener una correcta higiene dental.

2.5/ Respiration (Respiración) : La paciente presenta una respiración superficial (torácica).

3 – Alimentation – Déglutition (Alimentación-Deglución)

3.1/ Evaluation hors repas (evaluación fuera de las comidas)

3.1.1 EVALUATION DU TONUS ET DE LA MOTRICITE BUCCO- PHARYNGEE (Evaluación del tono y de la motricidad buco-faríngea)	
LES LEVRES (Labios)	- Lèvres hypotones (labios hipotónicos): **La tonicidad de los labios ha mejorado aunque queda un babeo puntual**
LES JOUES (Mejillas)	- Joues hypotones (flasques, atone) **La tonicidad de las mejillas ha mejorado**
LA MANDIBULE (Mandíbula)	Etudier les mouvements de la mandibule dans le sens vertical et le sens horizontal (Estudiar los movimientos verticales y horizontales de la mandíbula)**: La paciente es capaz de realizar todos los movimientos**. **La tonicidad de la mandíbula ha mejorado ya que es capaz de mantener cavidad bucal cerrada al reposo**.

LA LANGUE (Lengua)	- Mouvements de latéralité (**Movimientos de lateralidad**): **Ahora es capaz de realizar las praxias linguales en ambos sentidos, el derecho y el izquierdo**. - Mouvements d'élévation et d'abaissement (**Movimientos de elevación y descenso**): - **Puede realizar ambos movimiento**. **La tonicidad de la lengua ha notablemente mejorado.**

3.1.2 EXAMEN DE LA SENSIBILITE (Examen de la sensibilidad)	
LA SENSIBILITE (Sensibilidad)	On examine la sensibilité par l'attouchement des zones buccales et péribucales : les lèvres, les joues, la langue, les gencives. Plus l'effleurement est léger, plus la stimulation est forte. (Se examina la sensibilidad tocando las zonas bucales y peribucales: los labios, las mejillas, la lengua, las encías. Cuanto más ligero es el toque, más fuerte es la estimulación) - **La paciente ha recuperado unas sensaciones al nivel facial, reacciona a la stimulación térmica por el frio y al tacto.**

3.1.3 : EVALUATION DES REFLEXES ORAUX (Evaluación de los reflejos orales)		
LES REFLEXES ARCHAIQUES (Reflejos arcaicos)	Le réflexe de mordre Préciser (Reflejo de mordida, precisar): **CONSERVADO**	Il se recherche par une stimulation sensitive péri buccale et buccale, provoquant dans les cas pathologiques une contraction et fermeture des mâchoires autour de l'objet utilisé. (Se busca mediante estimulación sensorial bucal, provocando en casos patológicos una contracción y cierre de las mandíbulas alrededor del objeto utilizado).
LES REFLEXES PRIMAIRES (Reflejos primarios)	Le réflexe tussigène (El reflejo tugénico): **CONSERVADO**	On exerce une pression sur la trachée au niveau de la fourchette sternale avec un doigt qui s'applique par le travers. Le réflexe de toux se déclenche sans provoquer de douleur (Se presiona la tráquea en el rango esternal con un dedo que se aplica a través de la tráquea. El reflejo de la tos se activa sin causar dolor).

3.1.5 : EVALUATION DES PRAXIES (Evaluación de las praxias)	
L'évaluation des praxies permet de faire le diagnostic différentiel entre le trouble purement tonique et celui de la commande. En fonction de chaque organe testé, on note si la praxie est possible, réussie difficilement ou impossible. (La evaluación de las praxias permite hacer el diagnóstico diferencial entre el trastorno puramente tónico y el del control. En función de cada órgano evaluado, se observa si la praxia es posible, difícilmente realizable o imposible.) Imposible= 0 punto Difícil= 1 punto Posible = 2 puntos	
LEVRES (Labios)	- Ouverture des lèvres (apertura de los labios): **Posible** - Fermeture des lèvres, lèvres serrées (cierre de los labios, labios apretados): **Posible** - Avancer les deux lèvres pour faire un baiser (adelantar los labios para dar un beso): **Posible** - Sourire de façon exagérée (sonrisa exagerada): **Difícil** - mordre la lèvre supérieure (morder el labio superior): **Difícil** - mordre la lèvre inférieure (morder el labio inferior): **Difícil**

LANGUE (Lengua)	- sortir la langue (Sacar la lengua): **Posible** - sortir la langue contre résistance (sacar la lengua contra resistencia): **Posible** - élévation de l'apex vers le nez (Elevación de la punta hacia arriba): **Posible** - Vers le menton(Descenso de la punta hacia el mentón): **Posible** - apex à droite (Punta hacia la derecha): **Posible** - apex à gauche (Punta hacia la izquierda): **Posible** - rotation de la langue (rotación de la lengua): **Difícil** - répéter [kkkk] : travail de la partie postérieure (repetir [kkkk] : trabajo de la parte posterior): **Posible**
JOUES (Mejillas)	- gonfler les joues (inflar las mejillas): **Posible** - gonfler la joue droite (inflar la mejilla derecha): **Posible** - gonfler la joue gauche (inflar la mejilla izquierda): **Posible** - Faire passer l'air d'une joue à l'autre(transferir el aire de una mejilla a la otra sin que se escape): **Difícil**
VOILE (Velo del paladar)	- élévation et tenue du voile avec production d'une voyelle (elevación y mantenimiento del velo mediante la producción de una vocal): **Posible** - mouvements alternatifs avec opposition voyelles orales et nasales (movimientos alternativos con oposición de vocales oral y nasal): **Difícil**
PUNTUACIÓN TOTAL	**34/40**